



PERÚ

Ministerio de Salud

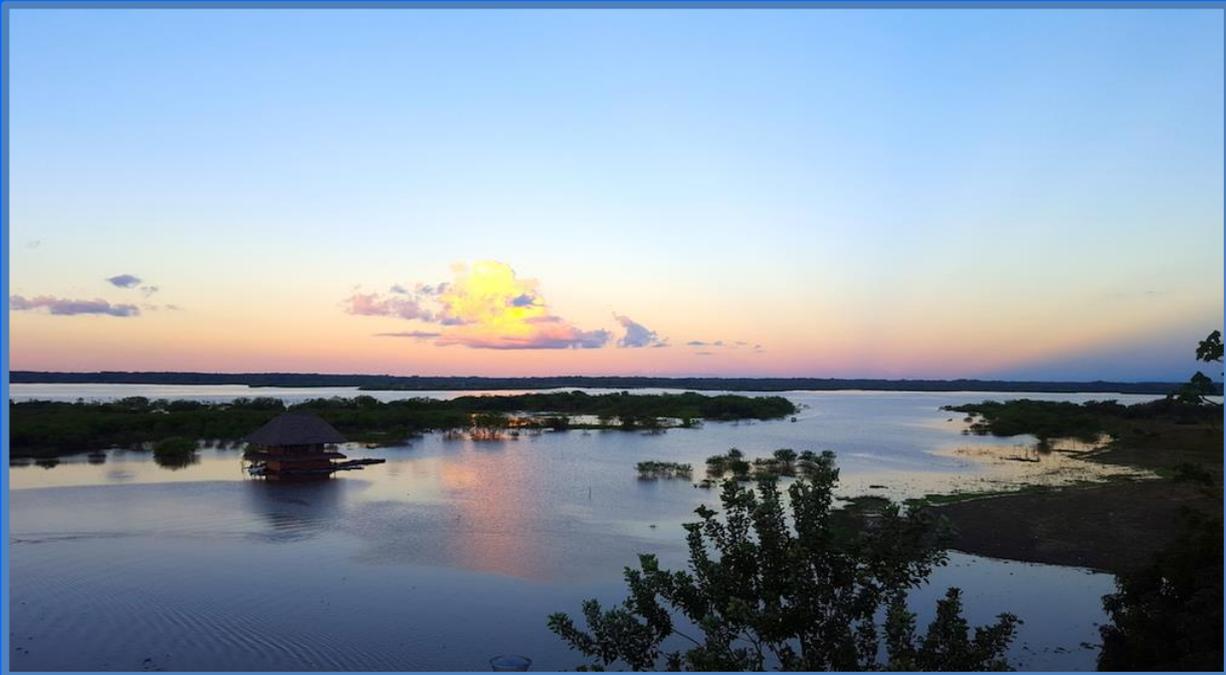


GORE LORETO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DIRESA

# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

## DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO



Loreto - Perú

## **Análisis de la Situación de Salud de Loreto - 2016**

Gobierno Regional de Loreto  
Dirección Regional de Salud  
Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control de Enfermedades  
Dirección de Epidemiología  
Avenida Avelardo Quiñones Km 1.5. Sede central de GORE Loreto, Distrito de Belén,  
Provincia Maynas, Región Loreto  
Website: [www.diresaloreto.gob.pe](http://www.diresaloreto.gob.pe)  
Correo electrónico: [epiloreto@dge.gob.pe](mailto:epiloreto@dge.gob.pe)  
Terminada en Diciembre 2017

### **Documento Elaborado por:**

Enfermera Epidemióloga : Juana Elvira VALERA PÉREZ  
Médico Epidemiólogo : Carlos Alberto ALVAREZ ANTONIO  
Médico Epidemiólogo : Cristiam Armando CAREY ANGELES

### **Revisado y Editado**

Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez  
Dr. Carlos Alberto Álvarez Antonio  
Dr. Christiam Armando Carey Ángeles

**COMITÉ TÉCNICO DE ELABORACIÓN DEL ASIS LORETO CON RD. N° 1380-2017-GRL-DRSL/30.01.**

1.- M.C. Cristiam Armando CAREY ANGELES. Director de Epidemiología. Presidente Comité ASIS.

2.- Lic. Enf. Juana Elvira VALERA PEREZ. Jefe de Área ASIS. Secretaria Técnica ASIS.

3.- M.C. Roberto RUIZ RIOS: Director Ejecutivo de Salud Individual. Titular.

\*Obst. Irma DOMINGUEZ LEON. Suplente.

4.- Lic. Adm. Darwil PINEDO TORRES. Director Ejecutivo de Administración. Titular.

\* Lic. Adm. Claudia Azucena SAIZ RODRIGUEZ. Suplente.

5.-Lic. Adm. Julio Alberto RIVADENEYRA MELENDEZ. Director de la Oficina de la Administración de Recursos Humanos. Titular.

\* Sr. James Atilio HUAMAN CERRON. Suplente.

6.- Q.F. Rubén MALDONADO URRESTI. Director Ejecutivo de Medicamento Insumos y Drogas. Titular.

\* Q.F. Christian RUIZ PINEDO. Suplente

7.- Ing. Roberto RUIZ COBA. Director Ejecutivo de Salud Ambiental. Titular.

\* Lic. Educ. Andrés URIBE ROMERO. Suplente

8.-Sr. Klaus Lyndon MACEDO MARIN. Director de Estadística e Informática. Titular.

\* Sr. Luis ARANA TAFUR. Suplente.

9.- Lic. Trab. Social. Cloris VELA ANGULO. Director Ejecutivo de Salud Comunitaria y Promoción de la Salud. Titular.

\* Ing. Maribel CORREA CAJACHAGUA. Suplente.

10.-Lic. Enf. Cinthia Irene ROJAS TORRES. Coordinador Regional de Prevención y Control de enfermedades Metaxénicas y otras Transmitidas por Vectores. Titular.

\* Blgo. Raúl Oswaldo PINEDO VELA. Suplente.

11.- Lic. Enf. Cindy Fiorella LOZANO CELIS. Directora de Atención Integral de Salud. Titular.

\* Lic. Enf. Cinthia GOMEZ VELA. Suplente.

13.-M.C. Roberto Carlos ZEGARRA DÁVILA. Director de Servicios de Salud. Titular

\* Lic. Enf. Flor Meredy MARAPARA MURAYARI. Suplente.

12.- Blgo. Juan Ernesto CURTO CHAVEZ. Director de Laboratorio Referencial. Titular.

\* Blgo. José Antonio TAFUR GONZALES. Suplente.

13.- Obst. Rubí RÍOS HIDALGO. Directora de Calidad. Titular.

\* Lic. Enf. Adita REATEGUI PANDURO. Suplente.

# **GOBIERNO REGIONAL DE LORETO ALTA DIRECCIÓN**

Lic. ADM. FERNANDO MELENDEZ CELIS  
PRESIDENTE

Lic. EDUC. ÁNGEL VELA MACEDO  
GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL

## **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO**

DR. ANÍBAL MUÑOZ MEDOZA  
DIRECTOR GENERAL

## **CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

DR. CARLOS ALBERTO ÁLVAREZ ANTONIO  
DIRECTOR EJECUTIVO

## **EQUIPO DE GESTIÓN**

DR. IRENE ROSA GONZALES VELA	: DIRECTORA GENERAL ADJUNTO
DR. CARLOS ALBERTO ÁLVAREZ ANTONIO CONTROL DE ENFERMEDADES	: DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
Lic. EDUC. ALBERTO CASANOVA GUILLENA	: DIRECTOR EJECUTIVO DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
Lic. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	: DIRECTORA EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN
DR. ROBERTO RUIZ RUÍZ	: DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD INDIVIDUAL
ASIST. SOCIAL. CLORIS VELA ANGULO	: DIRECTORA EJECUTIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DR. RUBÉN MALDONADO URRESTI	: DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DR. WIDMER ROJAS PORTOCARRERO	: DIRECTOR EJECUTIVO DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
ING. ROBERTO RUIZ COBA	: DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL

## **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO**

### **DIRECCION EJECUTIVA DEL CENTRO REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

MC. Epidemiólogo. Carlos Alberto ALVAREZ ANTONIO  
DIRECTOR EJECUTIVO

#### **DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA:**

Mc. Epidemiólogo. Cristiam Armando CAREY ÁNGELES  
DIRECTOR

#### **UNIDAD ANALISIS DE SITUACION DE SALUD**

Enf. Epidemióloga. Juana Elvira VALERA PÉREZ  
JEFE DE ÁREA

#### **UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

Lic. Enf. Ruth Trinidad CANAYO PEREA  
JEFE DE ÁREA

#### **UNIDAD DE INVESTIGACION DE BROTES**

Lic. Enf. Patricia QUEVEDO RIVADENEIRA  
JEFE DE ÁREA

#### **AREA DE INFORMATICA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Tec. Adm. Fernando MUÑOZ RODRÍGUEZ  
Tec. Adm. Verónica PAREDES VÍLCHEZ  
Tec. Adm. Lucía Marlene BALAREZO GAVIRIA.  
Tec. Enf. Riber GARCIA GORDON

#### **SECRETARIA**

Tec. Adm. Marina RUIZ RUIZ

**2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos por medio de la presente mostrar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que contribuyeron a desarrollar este documento, en calidad de Coordinadores y Directores de Estrategias Sanitarias de la DIRESA Loreto; a los representantes de las entidades públicas como a los que trabajan en las oficinas del GORE Loreto quienes nos proporcionaron información relevante, a la red Regional de Epidemiología de Loreto; ya que sin la información recopilada y analizada que nos proporcionaron no hubiese sido posible la realización el análisis de salud de la región, que servirá para contribuir al control de las principalmente enfermedades endémicas y epidémicas de la región Loreto.

Los Editores

## **PRESENTACION**

Realizar este documento del ASIS, es un reto cada vez más placentero, porque estamos seguros que va a hacer una herramienta de mucha utilidad para la toma de decisiones para los gestores de la salud de la región Loreto u otros gestores públicos y privados.

La información proporcionada en el presente documento nos permite analizar la situación de salud de nuestra región desde el punto de vista cosmopolita, dado que desde muchos años en nuestro planeta se están presentando cambios demográficos sociales, culturales, ambientales que están causando daño a la salud de la población mundial, del país y de hecho afecta a la región Loreto, lo cual es necesario e importante plantear cambios de las estrategias sanitarias a fin de enfrentarlos.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una herramienta valiosa y fundamental y el objetivo de este documento es que se conozca las necesidades y capacidades en salud, con el fin de planificar de forma eficiente los recursos y sirva para la toma de decisiones en la gestión de salud pública, de esta manera se convierte en la pieza fundamental en las agendas sanitarias.

El ASIS busca identificar, analizar, comprender y medir los factores determinantes de la salud en Loreto, con el fin de alcanzar las metas de salud y medir los factores determinantes de la salud, su enfoque integral, facilita el conocimiento, el análisis epidemiológico, incluido los factores que determinan las inequidades de salud en la Región de Loreto.

El desarrollo del ASIS de la Región de Loreto, se realizó con el aporte de datos e informaciones interinstitucional y extra institucional, que luego fueron sistematizados en un documento rico en información que muestra los problemas del estado de salud de la región Loreto.

La información contenida en el presente documento servirá de insumo para los gestores de la salud, políticos, gerentes, investigadores e instituciones en los procesos de toma de decisiones en salud, particularmente en la formulación de políticas y el planeamiento en salud.

**Dr. Aníbal Muñoz Mendoza**  
**Director Regional de Salud Loreto**

**INDICE**

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
<b>CAPITULO I. GENERALIDADES</b>	
1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA REGIÓN LORETO	13
2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA DIRESA LORETO	14
<b>CAPITULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD</b>	
<b>1. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES GEOGRÁFICOS</b>	<b>16</b>
1.1 Extensión Territorial	16
1.2 Altitud	17
1.3 Topografía	18
1.4 Bosques	18
1.5 Clima	20
1.6 Límites	20
1.7 División Política	21
1.8 Vías de Acceso	24
1.9 Zonas de Emergencias	25
<b>2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS</b>	<b>26</b>
2.1 Población	26
2.2 Densidad Poblacional	32
2.3 Pirámide Poblacional	33
2.4 Razón de Dependencia	34
2.5 Migración	35
2.6 Esperanza de Vida al Nacer	38
2.7 Fecundidad en el adolescente	39
<b>3. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS</b>	<b>42</b>
3.1 Acceso al agua	42
3.2 Acceso a los servicios sanitarios	43
3.3 Acceso a los servicios eléctricos	45
3.4 Acceso a la eliminación a los residuos sólidos	46
3.5 Vivienda	50
3.6 Analfabetismo	52
3.7 Índice de Desarrollo Humano	54
3.8 Pobreza	55
3.9 Empleo y Ocupación	58
3.10 Población Económicamente Activa (PEA)	59
3.11 Ingresos	61

**CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA OFERTA**

1. INFRAESTRUCTURA SANITARIA	64
2. RECURSOS HUMANOS	66
3. AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD	69
4. ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD	71
5. SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS (SAMU)	77
6. PLATAFORMA ITINERANTE DE APOYO SOCIAL (PIAS)	81

**CAPITULO IV. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD**

1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD	90
1.1 Mortalidad General	90
1.2 Mortalidad Infantil	97
1.3 Mortalidad Neonatal	98
1.4 Mortalidad de la Niñez	101
1.5 Mortalidad Materna	102
2. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD	112
2.1 Análisis de las causas por consulta externa	112
2.2 Morbilidad atendida por las PIAS	120
2.3 Morbilidad atendida durante las Emergencias y Desastres	122
3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SUJETAS A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	124
3.1 Enfermedades Metaxénicas	124
3.2 Enfermedades Zoonóticas	146
3.3 Enfermedades Inmunoprevenibles	154
3.4 Otras enfermedades Transmisibles	158
3.5 Enfermedades producidas por animales ponzoñosos	166
3.6 Enfermedades Infecciosas	170
3.7 Enfermedades No transmisibles	183

**CAPITULO V. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD.**

1. CONTAMINACIÓN Y RIESGOS DE EXPOSICIÓN A METALES PESADOS Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS EN LAS CUENCAS DE LA REGIÓN	201
2. EMERGENCIAS Y DESASTRES	215
3. EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES LABORALES	218
4. PERSONAS CON DISCAPACIDAD	221

**CAPITULO VI. ANÁLISIS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

1. COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO Y 1 AÑO DE EDAD	227
2. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 36 MESES DE EDAD	236
3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER	237
4. VIGILANCIA Y CONTROL DEL DENGUE, ZIKA Y CHICUNGUNYA	241
5. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MALARIA	251
6. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DEL PACIENTE CON VIH-SIDA	252
7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	255
8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	256
9. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	261
9.1 Satisfacción del Usuario Externo	261
9.2 Proyecto de Mejora Continua	267
9.3 Autoevaluación para la calidad en los Establecimientos de Salud	267

**CAPITULO VII. EVALUACIÓN FINANCIERA DE PRINCIPALES PROGRAMAS****PRESUPUESTALES**

1.- EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN SALUD DE LA REGIÓN LORETO	270
2.- ESTRUCTURA PRESUPUESTAL DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES	270
2.1 Articulado Nutricional (PP 0001)	271
2.2 Salud Materno Neonatal (PP 0002)	273
2.3 Programa TBC-VIH/SIDA (PP 0016)	275
2.4 Programa Prevención de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis (PP 0017)	277
2.5 Programa Prevención y Control del cáncer (PP 0024)	280
2.6 Programa de Control y Prevención de Salud Mental (PP 0131)	282

**CAPITULO VIII. CONCLUSIONES**

1. DETERMINANTES DE LA SALUD	286
2. DETERMINANTES DE LA OFERTA	287
3. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD	288
4. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD	293
5. ANÁLISIS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	294
6. EVALUACIÓN FINANCIERA DE PRINCIPALES PROGRAMAS ESTRATÉGICOS**	297

**CAPITULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	301
----------------------------	-----

## **INTRODUCCIÓN**

Dentro de las funciones generales en el Manual de Organizaciones y Funciones 2016, en su capítulo N° 29 y N° 30 asignadas a la Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control de Enfermedades y de la Dirección de Epidemiología de la DIRESA Loreto, es diseñar, normar y conducir el proceso de análisis de la situación sanitaria para determinar prioridades y realizar el planeamiento estratégico en salud. Su abordaje precisa de la participación activa multisectorial.

El documento del Análisis de Situación de Salud de la Región Loreto, es elaborado por un equipo de salubristas conocedoras del tema de la Dirección de Epidemiología del Centro de Prevención y Control de Enfermedades – DIRESA Loreto. Está dirigido a todas las autoridades regionales decisores o no, profesionales de la salud y público en general. Así mismo este documento nos proporciona un panorama general de la situación de salud de la región Loreto en los últimos cinco años (2012- 2016), el conocimiento de la presencia de las enfermedades emergentes-reemergentes con los múltiples factores y determinantes dinámicos que influencia en la modificación del perfil epidemiológico y su influencia en la respuesta de los servicios de salud y social.

El objetivo del presente documento es brindar conocimientos de la situación de salud de la población en la región Loreto, consta de 9 capítulos:

Capítulo I: Describe los aspectos generales de la historia de la región Loreto y de la Dirección Regional de Salud Loreto.

Capítulo II: Describe los determinantes demográficos y sociales, en donde se analiza las características geográficas y la estructura poblacional, así como los determinantes ambientales y la respuesta social.

Capítulo II: Describe los determinantes geográficos, demográficos, socioeconómicos de la región Loreto.

Capítulo III. Describe los determinantes de la Oferta de Salud a la población; se detalla los aspectos de Infraestructuras Sanitarias, Recursos Humanos, Agentes Comunitarios de Salud, así como la oferta de Aseguramiento Universal de la Salud, del Sistema de Atención Móvil de Urgencias y las Plataformas Itinerantes de Apoyo social.

Capítulo IV: Se describe el análisis el estado de salud de la población Loretana, de la morbilidad, mortalidad de las Enfermedades Transmisibles sujetas a la Vigilancia Epidemiológica.

Capítulo V: Describe los determinantes del riesgo y daños a la salud, se caracteriza la contaminación y riesgos de exposición a metales pesados y otras sustancias químicas en las cuencas de la región, las emergencias y desastres, los eventos adversos e incidentes laborales y finalmente se analiza las discapacidades.

Capítulo VI. Describe las coberturas de indicadores de la atención al niño y la mujer, la prevención y control de enfermedades producidas por vectores, transmisibles y de riesgo, así como la calidad de los servicios.

Capítulo VII. Describe la evaluación financiera de los programas presupuestales.

Capítulo IV: Detalla las conclusiones respectivas.

---

**CAPITULO I**

**GENERALIDADES**

---

## **1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA REGIÓN LORETO:**

La primera incursión conocida a esta zona amazónica fue la que permitió el descubrimiento del río Amazonas, un 26 de agosto de 1542, por Francisco de Orellana uno de los lugartenientes de Francisco Pizarro.

En 1802, al formarse la Comandancia General de Maynas y Quixos, es que Loreto regresó formalmente al Virreinato del Perú, con Moyobamba como su capital.

En 1853, el gobierno escindió de Amazonas la provincia de Maynas, que fue re categorizada como Provincia Fluvial de Loreto y luego. Por otro lado, es importante señalar que con ley del 07 de julio de 1857 señaló a la ciudad de Moyobamba como capital de la provincia litoral del departamento de Loreto. Por Decreto del 07 de febrero de 1866, “se erige en departamento la provincia de Loreto”; en dicho decreto se señala que el departamento se creó con las provincias de Moyobamba, Huallaga, Alto Amazonas y Bajo Amazonas. Dos años después, con una Ley del 11 de septiembre, se ratificó la creación también de este departamento, en los mismos términos del decreto anterior. Posteriormente, por una Ley del 25 de noviembre de 1876, se dividió la provincia de Huallaga y en cuyo territorio se creó la provincia de San Martín. El 09 de noviembre de 1897, Nicolás de Piérola nombra a la ciudad de Iquitos como capital del departamento de Loreto

En 1911 se produjo una escaramuza entre fuerzas peruanas y colombianas que llevó a las negociaciones del Tratado Salomón-Lozano de 1922, que transfirió a Colombia el interfluvio entre los ríos Caquetá y Putumayo, así como la ciudad de Leticia, que había sido fundada por peruanos en 1867. Los conflictos con Colombia concluyeron, asimismo, con una reducción importante del tamaño de Loreto. Más recientemente, en 1980, Loreto perdió su parte sur, es decir la cuenca media y alta del río Ucayali, que se transformó en departamento de Ucayali.

La región Loreto, fue creada por Ley N°25325 del 14 de junio de 1991, en la que se le denomina REGION LORETO.

## **2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA DIRESA LORETO:**

El 05 de octubre de 1935, al cumplirse el 50 aniversario del fallecimiento del mártir de la medicina peruana Daniel Alcides Carrión y siendo presidente de la República el General Oscar R. Benavides, se promulgó el Decreto Ley N° 8124, que crea el Ministerio de Salud, Trabajo y Previsión Social. Para aquel entonces las Beneficencias Públicas eran las encargadas de brindar salud, básicamente de corte curativo. Estas instituciones atendían a nivel nacional y regional. Actualmente estas se rigen por la Ley N° 8128 que fue promulgada el 07 de noviembre de 1935.

En 1943 el Hospital Santa Rosa de Itaya atendía a la población sin recursos, posteriormente pasaría a manos del Ministerio de Guerra y durante los años de la Segunda Guerra Mundial el Servicio Interamericano de Desarrollo, crea su primer establecimiento de salud en la calle Sargento Lores Tenazoa junto al mercado central con el nombre de Policlínico de Primeros Auxilios, mientras tanto la construcción del Hospital Apoyo Iquitos estaba en marcha; siendo inaugurado el 21 de Julio de 1945.

El 25 de agosto de 1945 se produce un incendio en el Servicio Interamericano y el Hospital Apoyo Iquitos fue ocupado totalmente. En 1947 se hace cargo del Hospital Apoyo Iquitos el Dr. Jorge Atkins Morales, ese mismo año el 08 de octubre de 1947 el Dr. Jorge Atkins pasa a ser el primer director de la Unidad Sanitaria de Loreto por Decreto Ley siendo su ámbito de acción los actuales departamentos de Loreto, Ucayali, San Martín, Huánuco y Amazonas.

En 1953 se crearon las áreas hospitalarias con el mismo ámbito de acción y en 1970 cambia su denominación por Dirección Regional de Salud, basándose en la Unidad Sanitaria de Loreto. En 1985 existe una Transición de Delegatura a nivel nacional cambiando su denominación por Unidades Departamentales de Salud (UDES), para en 1990 retornar a la denominación de DISA (Dirección de Salud).

El año 2004, con la creación del Gobierno Regional de Loreto se cambia la denominación a Dirección Regional de Salud Loreto (DIRESA), que es como actualmente se denomina.

---

**CAPITULO II**

**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA  
SALUD**

---

**CAPÍTULO II. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.****1. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES GEOGRÁFICOS.**

La región Loreto, se encuentra ubicada en el extremo Nor-Oriental del territorio peruano, tiene una superficie continental de 368,851.95 km<sup>2</sup>, que equivale al 28.7% del territorio nacional, ubicándose en el primer puesto dentro del ranking de extensión por departamentos. En esta región se unen los ríos Marañón y el Ucayali y nace el curso principal del río Amazonas. Es reconocida como el Llano Amazónico, representando el 49.9% de la Amazonía peruana y el 4% de la Amazonia continental.

**Tabla N° 01. Entorno Geográfico de la Región Loreto. Año 2016**

ENTORNO GEOGRAFICO				
PROVINCIAS	CAPITAL	EXTENSION (km <sup>2</sup> )	ALTITUD (msnm)	DENSIDAD POBLACIONAL (Hab. /Km <sup>2</sup> )
MAYNAS	IQUITOS	73,931.51	91	7.46
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	18,764.32	148	6.41
LORETO	NAUTA	67,434.12	98	1.06
MARISCAL RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	37,412.94	74	1.95
REQUENA	REQUENA	49,477.8	95	1.50
UCAYALI	CONTAMANA	29,293.47	134	2.51
DATEM DEL MARAÑÓN	SAN LORENZO	46,609.9	133	1.37
PUTUMAYO	SAN ANTONIO DEL ESTRECHO	45,927.9	111	0.22

Fuente: INEI, CNPV 2007.

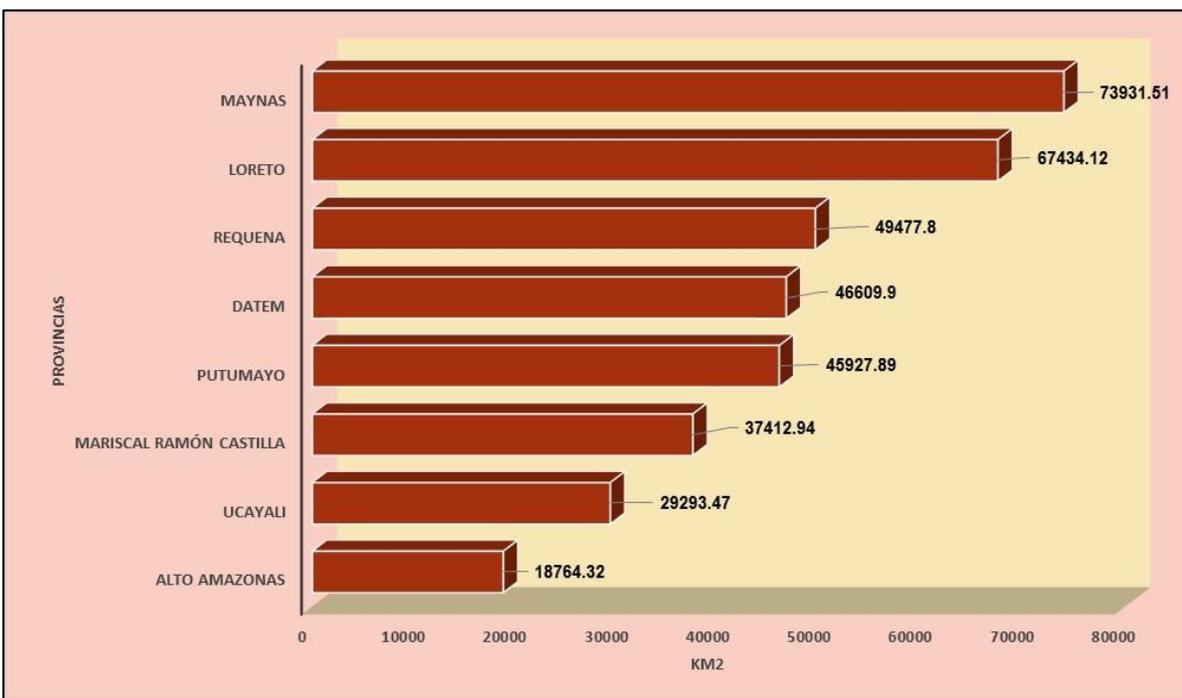
\*Perú, Estimaciones y Proyecciones de población total por sexo de las principales ciudades 2000-2015.

**1.1 Extensión Territorial**

La Provincia de Maynas es la más extensa con 73,931.51Km<sup>2</sup>, representando el 20.04% del territorio regional, seguida de la provincia de Loreto 67, 434.12 Km<sup>2</sup> que representa el 18.28%, luego está la provincia de Requena con 49 477.8 Km<sup>2</sup> (13.41%), seguida de la provincia del Datem del Marañón con 46, 609.9 Km<sup>2</sup> (12.63%) y la provincia del Putumayo con 45, 927.9 Km<sup>2</sup> (12.45%), siendo las menos extensas las provincias de Mariscal Ramón Castilla, Ucayali y Alto Amazonas con 37,412.94 (10.14%), 29,293.47 (7.94%) y 18,764.32 (5.08%) respectivamente.(Grafico N°01).

El territorio de Loreto pertenece al denominado "Llano Amazónico, la altitud más baja del territorio de Loreto oscila entre los 61 msnm (distrito Yavarí, provincia Mariscal Ramón Castilla) y la más alta 220 msnm (distrito Balsapuerto, provincia Alto Amazonas).

**Gráfico 01. Región Loreto. Superficie Territorial por provincias. 2016**



Fuente: INEI, CNPV 2007.

\*Perú, Estimaciones y Proyecciones de población total por sexo de las principales ciudades 2000-2015.

## 1.2 Altitud

El rango altitudinal varía desde 70 msnm en Puerto Amelia, hasta 1,000 msnm la sur de la región en la zona montañosa de Contamana, Arco de contaya y sierra divisora.

**Tabla N° 02. Coordenadas geográficas de la Región Loreto. Año 2016**

ORIENTACIÓN	NORTE	ESTE	SUR	OESTE
Latitud Sur	00°02'37"	04°22'41"	08°42'01"	04°50'26"
Longitud Oeste	75°10'29"	69°56'57"	75°56'44"	77°48'41"
Lugar	Río Putumayo a 12 Km. de la desembocadura del río Güeppi.	Río Amazonas, al Sur del Centro de Salud Ramón Castilla.	Cumbre de las nacientes de los ríos Pisqui, Santa Ana y Aspusana.	Línea de cumbre en la naciente de los ríos Numpaque y tributarios del río Nieva.

Fuente: INEI Censos Nacionales 2007

Elaborado: DIRESA-Dirección de Epidemiología

En relación a la Altitud por provincias, en la Tabla N°01, observamos que la provincia de Alto Amazonas tiene la altitud más alta (148 msnm), seguida de la provincia de Ucayali y Datem

del Marañón con 134 y 133 msnm respectivamente. Los **Pisos altitudinales**: Son Omagua y Rupa Rupa.

Las coordenadas geográficas de la región Loreto se encuentran entre 0° 01' y 8° 42' de latitud Sur y 69° 56' 5" y 77° 48' 20" de longitud Oeste de Greenwich.

### 1.3 Topografía

La Región Loreto está cubierta de una densa vegetación, con colinas de poca elevación y superficies ligeramente onduladas recorridas por diversos ríos de la cuenca del río Amazonas, siendo esta la más grande del mundo, no sólo por su extensión sino por su caudal y por la riqueza biológica que alberga, la fauna íctica es considerada la más rica del planeta, cuyo potencial hidrobiológico cuenta con una biomasa de más de 748 especies identificadas, la que actualmente es explotada de manera artesanal.

Loreto es la región más extensa del país (368,852 km<sup>2</sup>), su inmenso terreno está cubierto de áspera vegetación. Su relieve es poco accidentado y predominan las superficies ligeramente onduladas, exceptuando las de poca elevación que se observan en su sector occidental, en los límites de la Selva Alta, así como en el sur este del departamento, en zonas limítrofes de las provincias de Requena y Ucayali con el Brasil. Allí se ubican los llamados Cerros de Contamana.

La cuenca del Amazonas se caracteriza por su densa vegetación, con colinas de poca elevación, y marcado por innumerables ríos y tributarios, y del enorme río Amazonas que en tiempo de creciente los territorios se convierten en amplios lechos de inundación, quedando convertidos en zonas pantanosas durante el estiaje.

En estas áreas inundables existen sectores con terrenos altos que tienen el nombre de "restingas" que son elevaciones que a manera de plataformas sobresalen siempre en el llano amazónico, aún más en las épocas de mayores crecientes. En el territorio se observan numerosas lagunas conocidas con el nombre de "cochas" y "tipishcas", bordeadas por zonas pantanosas con abundante vegetación de gramíneas.

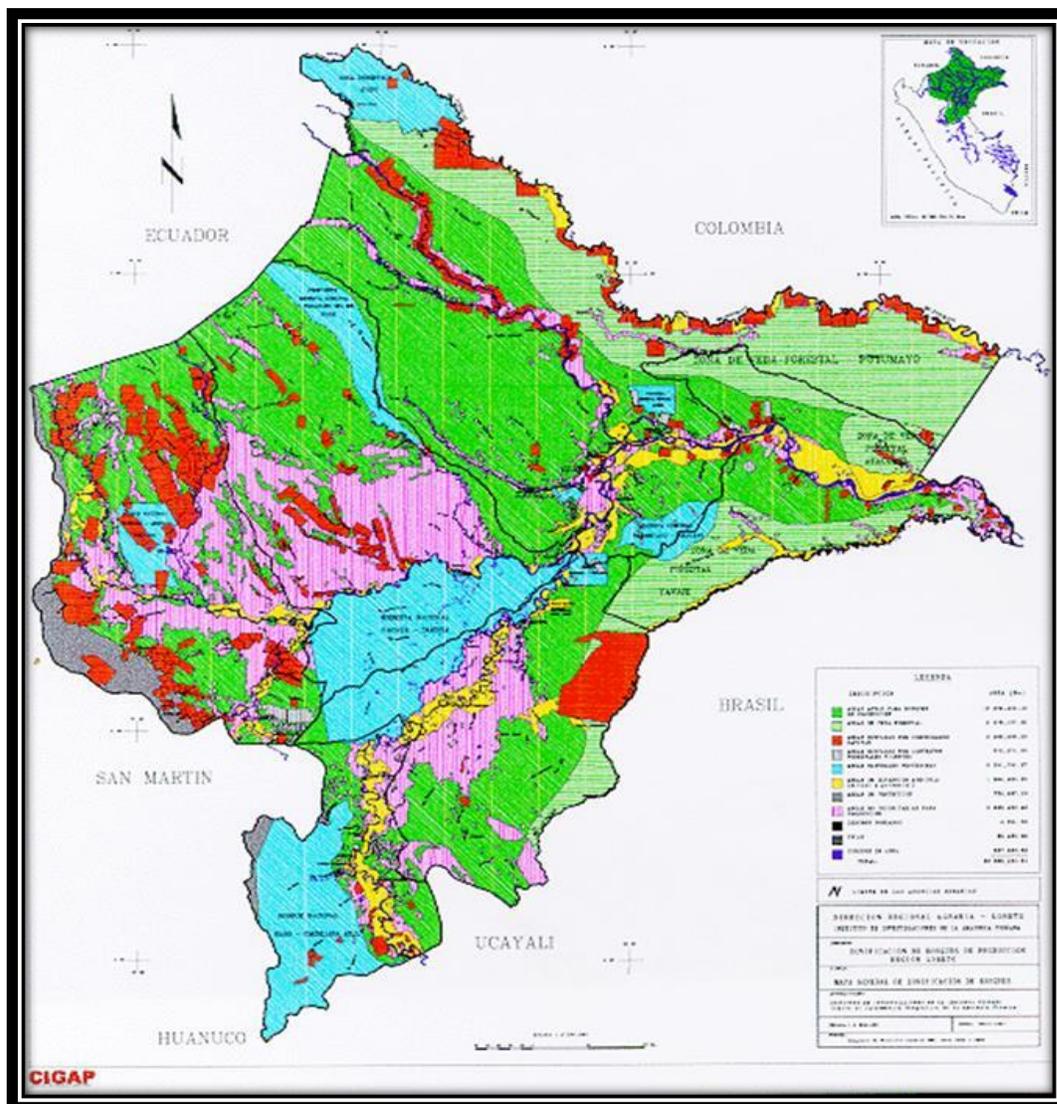
Numerosos ríos cruzan su territorio, todos forman parte del Sistema Hidrográfico del Amazonas y la gran mayoría son navegables. Se caracterizan por su curso sinuoso, el gran volumen de sus aguas y la poca pendiente de su lecho. Los principales ríos que surcan el departamento son: El Amazonas, de lecho muy sinuoso, con numerosas curvas que son amplios meandros de gran radio y que evolucionan constantemente, el volumen de sus aguas es muy importante y su ancho entre riberas es de 4 km ; el Yavarí, que sirve de límite al Perú con el Brasil a lo largo de todo su recorrido, es un río de curso muy sinuoso; el Putumayo, que sirve de límite con Colombia; el Ucayali y el Marañón, que penetra a Loreto después de atravesar el Pongo de Manseriche.

### 1.4 Bosques.

El departamento de Loreto está cubierto de una densa vegetación, más del 90% de su territorio corresponden a ecosistemas naturales y dentro de ellos el 90% son bosques. Presenta colinas de poca elevación y superficies ligeramente onduladas recorridas por diversos ríos de la cuenca del río Amazonas, un tupido bosque tropical cubre todo su territorio, con árboles gigantescos y coposos que forman una suerte de techo que impide la llegada del sol a sus suelos. Estos árboles permiten el desarrollo de una floreciente industria maderera instalada a orillas de sus ríos. Loreto tiene el 55% de bosque del Perú (35.8 millones de hectáreas), alberga al mayor pantano con más de 5 millones de ha. Presenta

una deforestación de menos del 3% de sus bosques, lo que lo convierte en el más boscoso a nivel nacional.

**Mapa N° 01. Zonificación de Bosques de la Región Loreto. Año 2016**



Los bosques están distribuidos según tipos de bosque: Bosque de colina baja I y II 54%, Bosque Aluvial inundable 29% y bosque de terrazas disectadas 5%, el 44% corresponde a bosques de vigor medio, 27% a vigor bajo, 24% de bosques hidromórficos. 3% a vegetación agrícola y 20% a cuerpos de agua.

De acuerdo a la tenencia de los bosques y en cierto grado al ordenamiento y uso actual, se observa que el 27% de la superficie del territorio de la región Loreto está orientada a la Producción Forestal Permanente (PFP), seguido por las Áreas Naturales Protegidas (ANP) y otras formas de conservación con el 24%, el 15% está bajo tenencia de comunidades indígenas y campesinas, mientras solo el 3% son tierras de carácter privado, pero existen todavía una amplia proporción de tierras con régimen de tenencias no definidas que alcanza el 29% dentro de las Áreas Naturales Protegidas, el 37% corresponde a recursos nacionales,

el 25% a Zonas Reservadas, el 21% Áreas de Conservación Regional, el 10% a Parques Nacionales y el 5% a otras formas de conservación.

### 1.5 Clima.

El clima es cálido, Húmedo y muy lluvioso. Es Cálido por que la temperatura es constantemente alta con medias anuales superiores a 25°C (alrededor de 27°C). Las máximas absolutas son mayores a 35°C y las mínimas oscilan entre 11°C y 18°C. La variación térmica diaria es poco sensible y el calor persiste a lo largo del día y la noche, la temperatura promedio es de 17° C a 20° C en los meses de junio y julio, ocurriendo un fenómeno particular es el llamado “Friaje” causada por la llegada de masas de aire de origen antártico y durante el cual la temperatura baja hasta 10°, mientras que en los meses de diciembre a marzo la máxima llega hasta 36° C, no obstante el clima cálido en estos meses, se considera época del año como invierno.

Las precipitaciones anuales son siempre superiores a 1000 m.m., pero sin sobrepasar los 5000 m.m. Sin embargo, esta precipitación no está uniformemente distribuida a lo largo del año, existen meses con menos de 100 m.m. No existe una época seca definida, pero en junio a setiembre las lluvias son menos frecuentes.

La humedad promedio es de 84% con fuertes lluvias durante todo el tiempo. La humedad atmosférica es alta durante todo el año. Durante la época de ocurrencia del fenómeno del niño, se incrementan los períodos del verano, lo que genera épocas prolongadas de ausencia de lluvias, teniendo una radiación solar de 4.2 horas/día aproximadamente.

### 1.6 Límites

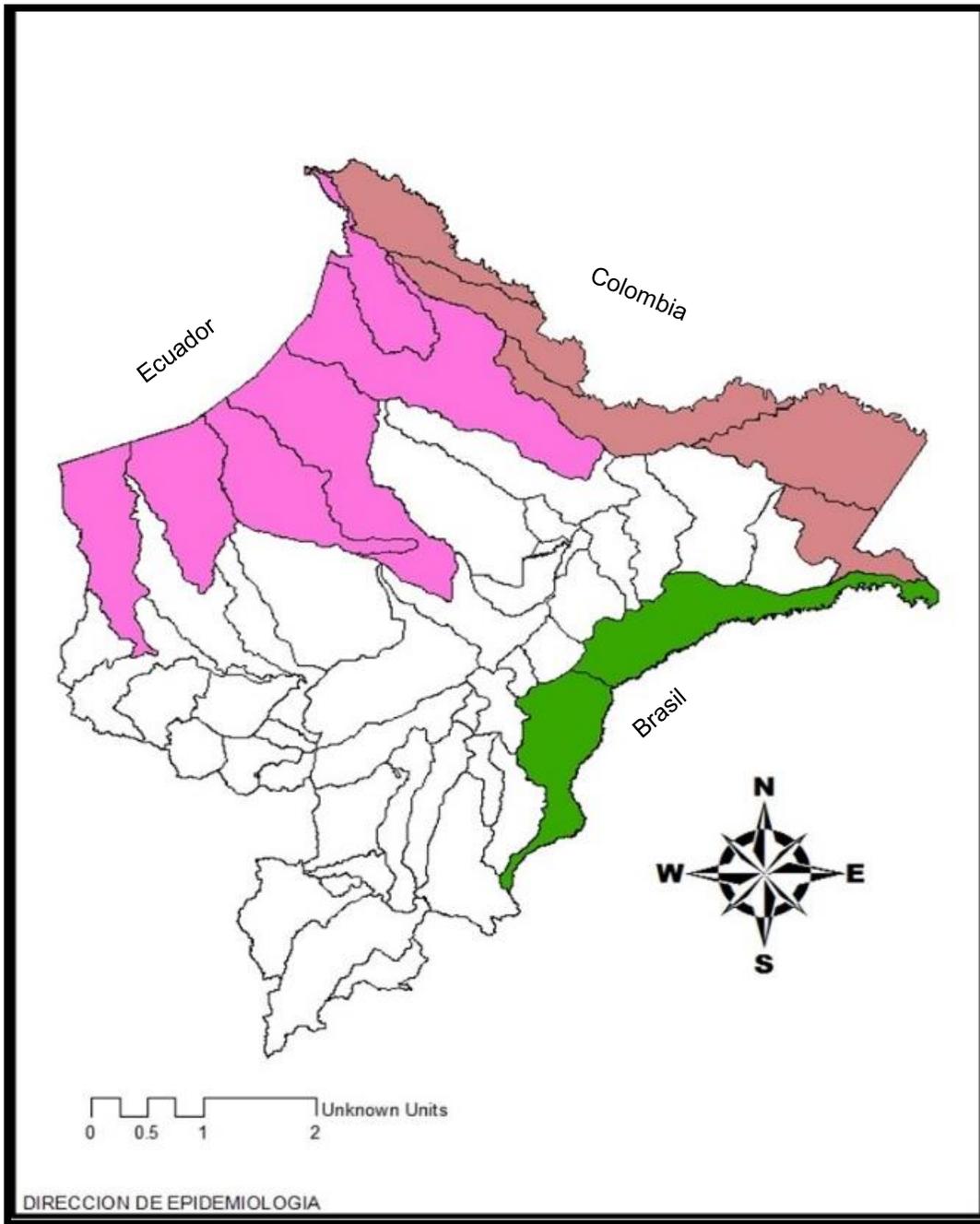
Es la Región que poseen más límites internacionales. Posee 3 891 Km<sup>2</sup> lineales de frontera internacional con tres países: Al Nor-oeste con Ecuador (1285 km<sup>2</sup>), al Nor-este con Colombia (1515 km<sup>2</sup>) y al Este con Brasil (1154.3 km<sup>2</sup>). Esta extensión fronteriza representa el 38% del total de frontera que posee el país, y es una de las zonas de mayor vulnerabilidad geopolítica, debido a la irradiación cultural que recibe de localidades limítrofes, como Leticia (Colombia) y Tabatinga (Brasil).

Sus límites están comprendidos por: Norte: Repúblicas de Ecuador y Colombia, Este: República de Brasil, Sur: Región Ucayali. Oeste: Regiones Amazonas, San Martín y Huánuco.

La zona de frontera con los países vecinos incluye 14 distritos con los siguientes países:

- **ECUADOR:** A través de 06 distritos: Morona, Pastaza, Tigre, Corrientes, Napo y Torres Causana.
- **COLOMBIA:** A través de 05 distritos: Teniente Manuel Clavero, Rosa Panduro, Putumayo, Yaguas y Ramón Castilla.
- **BRASIL:** A través de 03 distritos: Yavarí, Yaquerana y Alto Tapiche.

**Mapa N° 02. Delimitaciones limítrofes Fronterizas Región Loreto. 2016**



**1.7 División política de Loreto por provincias y Distritos**

A partir del año 2014, la Región Loreto, está organizada en 08 Provincias (Alto Amazonas, Datem del Marañón, Maynas, Loreto, Ramón Castilla, Requena, Putumayo y Ucayali) y 53 distritos.

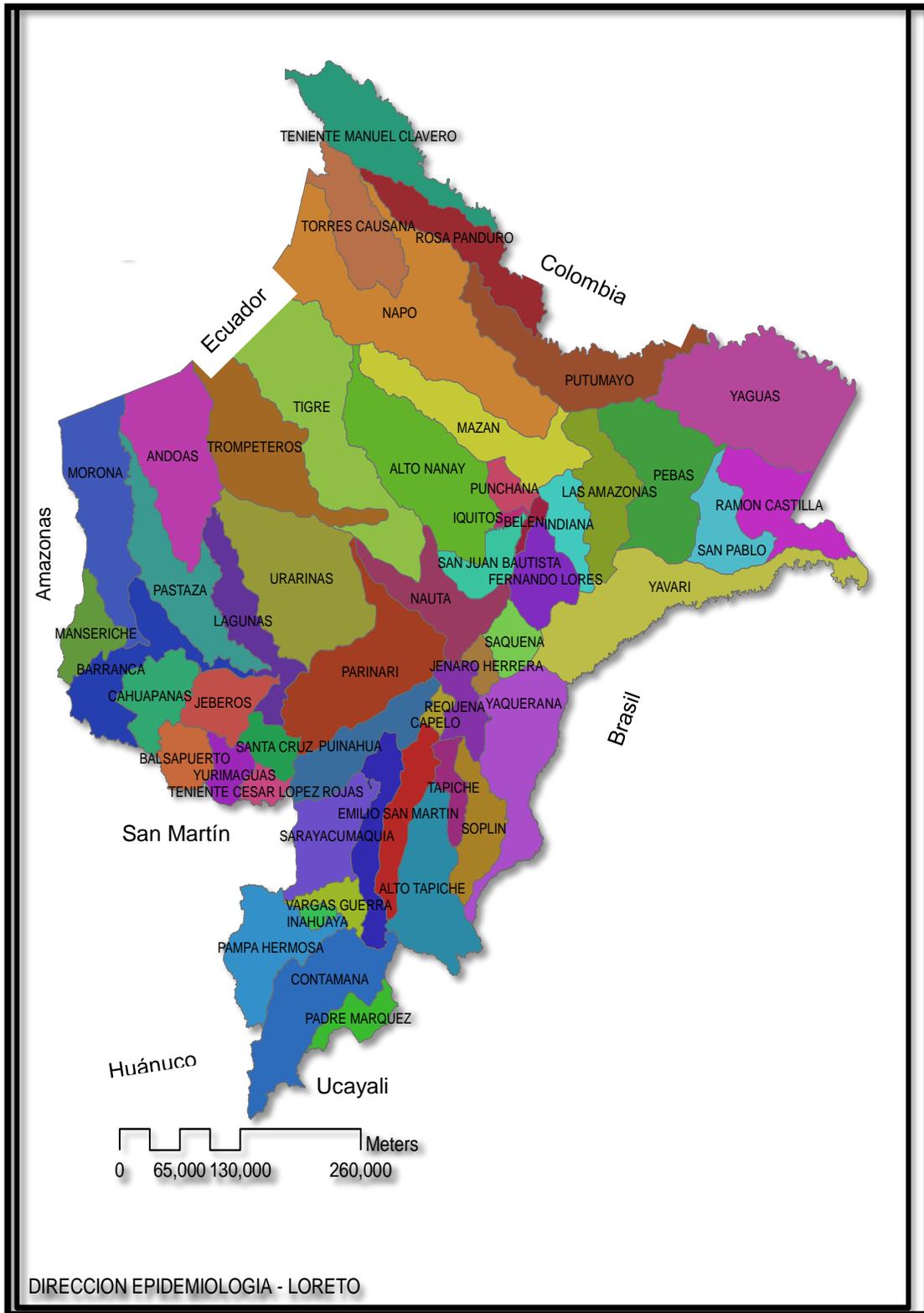
★ El 02 de agosto del año 2005, con Ley N° 30186 se crea la Provincia del Datem del Marañón, con su capital San Lorenzo, dividiendo así a la Región Loreto en 07 provincias, con 51 distritos, agregándose el distrito de Andoas y Teniente Manuel Clavero.

★★ El 5 de mayo del 2014, con Ley N° 30186, se crea oficialmente la Provincia del Putumayo, con su capital San Antonio del Estrecho, constituyéndose la Región de Loreto en 08 provincias y 53 distritos, porque se agrega los distritos de Rosa Panduro y Yaguas.

Mapa N°03. Región Loreto por Provincias -2016



Mapa N° 04. Región Loreto por Distritos - Año 2016



### 1.8 Vías de Acceso.

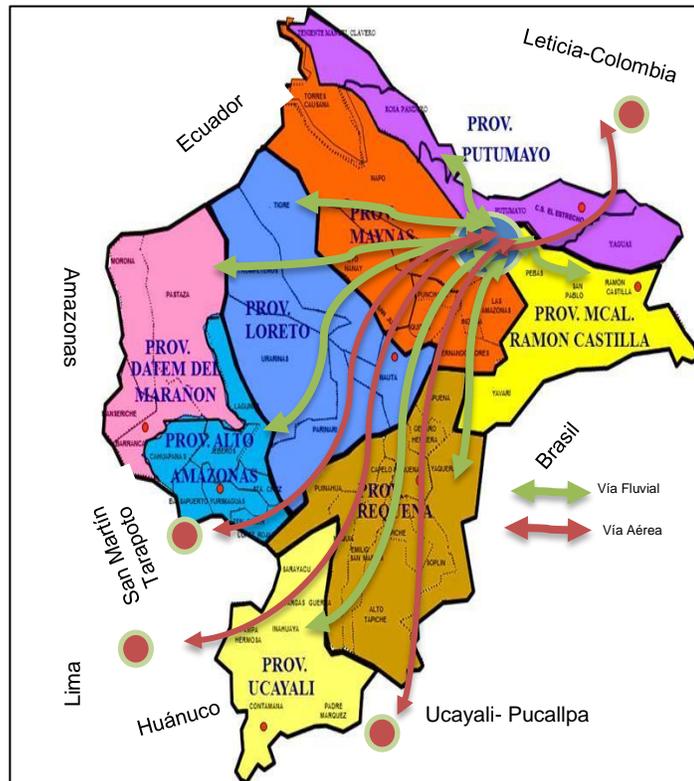
La Región Loreto, es poco accesible hacia o desde la capital de Lima y el resto del país, al no contar con carretera, Iquitos solo es accesible por aire y por río. La población migra generalmente al interior de la región por vía fluvial.

Por vía aérea existen vuelos comerciales regulares: A Lima es de (1 hora y 30 minutos), Tarapoto (50 minutos), Pucallpa (1 hora); Los vuelos irregulares suelen realizarse a la ciudad de Yurimaguas (40 minutos), Estrecho-Putumayo (40 Minutos.) Contamana (1 hora) Leticia - Colombia (1 hora).

**Mapa N° 05. Vías de acceso  
Región Loreto. Año 2016**

Por vía Fluvial desde Pucallpa por el río Ucayali, con paradas en los puertos de Requena y Contamana; el tiempo que dura el viaje en deslizador (embarcación chica pero rápida, con capacidad para 10 a 15 personas), que se contrata como servicio particular demora 1 o 2 días, dependiendo del nivel del río; y en lancha o "motonave" (embarcación grande pero lenta, con capacidad para 250 personas), demora 4 o 5 días, dependiendo de la corriente del río. En estas embarcaciones de 250 pasajeros la distancia en km<sup>2</sup> y en tiempo es la siguiente:

- Yurimaguas (Prov. Alto Amazonas) 388 km / 4 días en lancha.
- Nauta (Prov. Loreto) 115 km / 2 horas en bus o 14 horas en lancha.
- Caballococha (Prov. Mariscal Ramón Castilla) 311 km / 2 días en lancha.
- Requena (Prov. Requena) 157 km / 19 horas en lancha.
- Contamana (Prov. Ucayali) 431 km / 3 días en lancha.
- Estrecho-Putumayo (7 -10 días)



Fuente: Dirección de Epidemiología - DIRESA Loreto  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

## 1.9 Zonas de Emergencias

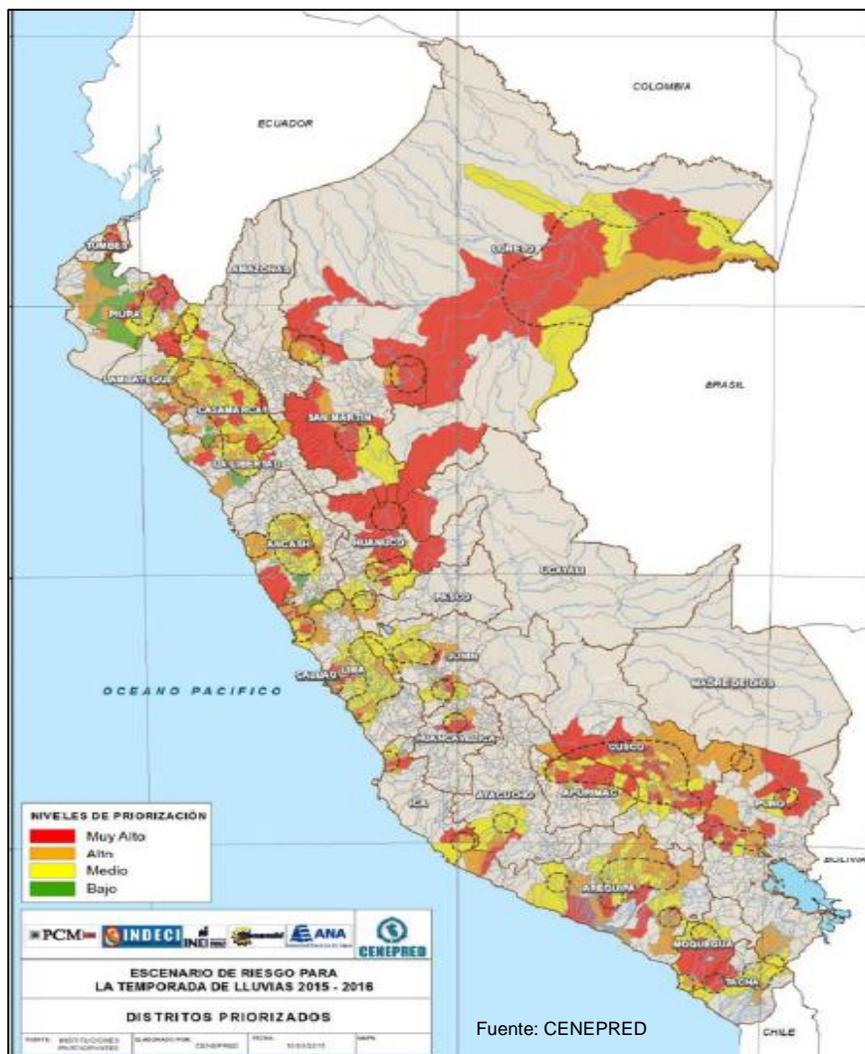
La historia de Loreto nos señala que los desastres más frecuentes han sido originados por las **inundaciones** como consecuencias de las **lluvias intensas** que se producen en la Sierra Alta cuyas aguas son vertidas a los tres grandes ríos de la hoya amazónica como el Huallaga, Marañón, entre los meses de Octubre a Abril de cada año, la magnitud se mide por el nivel del caudal de los ríos (normal, moderada, alta extraordinaria o inusual), igualmente **las lluvias** que se producen en las cabeceras de las cuencas de los ríos afluentes del Amazonas.

Este fenómeno considerado como de alto riesgo afecta directamente a miles de familias residentes de las áreas ribereñas y periurbanas de Iquitos, incluso ha superado niveles considerados históricos, trayendo como consecuencia diversos daños a la vida, salud, bienes, áreas de cultivo, aves de crianza entre otros, de las poblaciones asentadas en sus márgenes y de Asentamientos Humanos Marginales y Pueblos Jóvenes de las principales ciudades.

Los territorios de muy alta vulnerabilidad, para la ocurrencia de inundaciones, derrumbes en épocas de alta precipitación pluvial (octubre y abril), son las Provincias de Ucayali, Requena, Loreto, Maynas, Alto Amazonas y Ramón Castilla; Lluvias con Vientos Fuertes en Maynas y Alto Amazonas, Deslizamientos en las Provincias de Ucayali, Requena, Loreto, Maynas, Naufragios en Ramón Castilla.

Con estas emergencias miles de personas quedan en situación de doble vulnerabilidad. Además de abandonar sus viviendas o permanecer en ellas corriendo grandes riesgos, se quedan sin escuelas porque éstas también resultan afectadas, o se convierten en albergues de las familias damnificadas. Es decir, no cuentan ni con sus casas ni con sus escuelas para

**Mapa N° 06. Escenario de Riesgos para la temporada de Lluvias 2015-2016**



protegerse. La propagación de enfermedades como la malaria, el dengue y la leptospirosis y el incremento de las infecciones respiratorias agudas y las diarreas constituyen un peligro.

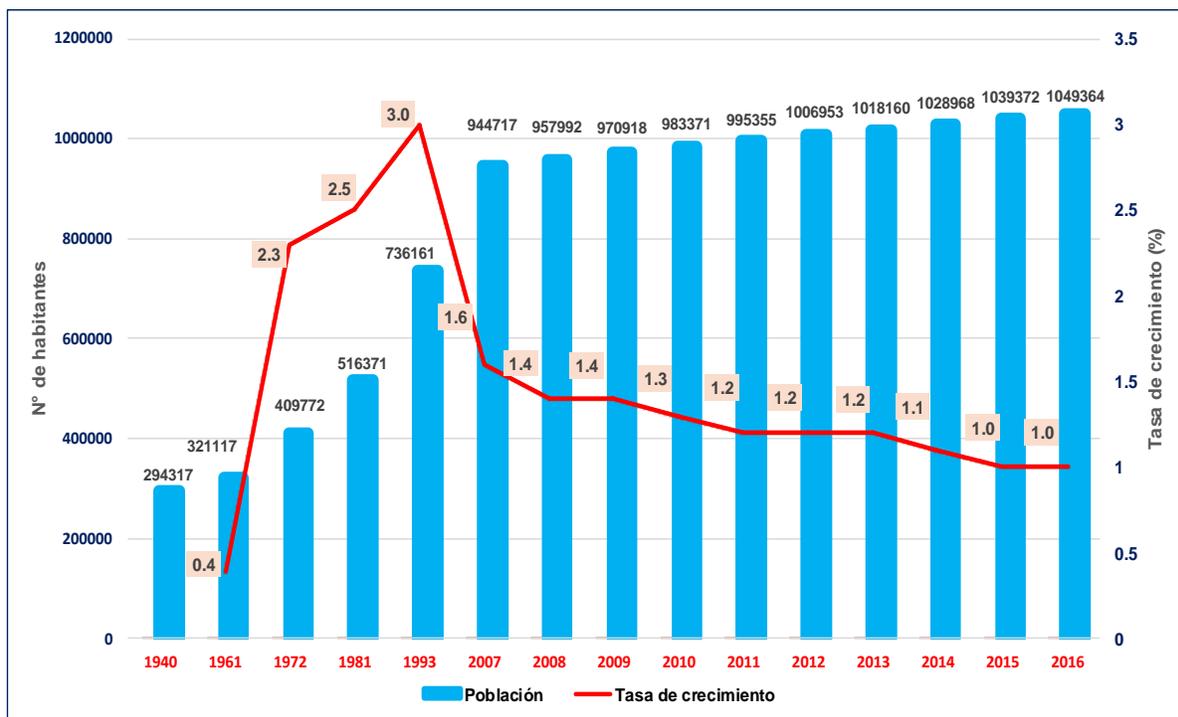
Por lo que las intervenciones deben ir dirigidas a reducir las amenazas (precipitaciones, viviendas en riesgo de afectación, antecedentes de inundaciones), vulnerabilidad sanitaria (enfermedad diarreica aguda, desnutrición crónica, capacidad de gasto del gobierno local, densidad poblacional, brecha de recursos humanos y categoría del establecimiento) así como la vulnerabilidad social (índice de carencias, acceso a saneamiento básico, electrificación y analfabetismo en mujeres).

## 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS

### 2.1 Población.

La población de la región Loreto para el año 2016 asciende a un total de 1,049364 habitantes; representa el 3.3% de la población total del país, y tiene una densidad poblacional de 2.85 habitantes por km<sup>2</sup>. (INEI).

**Gráfico N°02. Región Loreto. Población Total y Tasa de Crecimiento, 1940 - 2016.**



Fuente:

- 1.-La tasa de crecimiento obtenido de 1940- 2007 son extraídos de los Censos Nacionales 1,940, 1961, 1,972, 1,981, 1993 y 2007 – INEI.
- 2.- La tasa de crecimiento obtenido de los años 2008, 2009, 2010 y 2011 fueron obtenidos del Capítulo 18 (Principales Indicadores de la Región Loreto) – INEI.
- 3.-La tasa de crecimiento obtenido de los años 2012,2013, 2014 ,2015 y 2016, fueron elaborados de la Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

El gráfico N° 02, nos muestra históricamente el crecimiento poblacional medido por la tasa de crecimiento promedio anual de Loreto con un crecimiento promedio anual para el periodo 2015-2016 del 1,0%, presentando el mismo comportamiento entre los años 2014 y 2015. Este indicador se ha comportado de forma muy variante, observando que el mayor

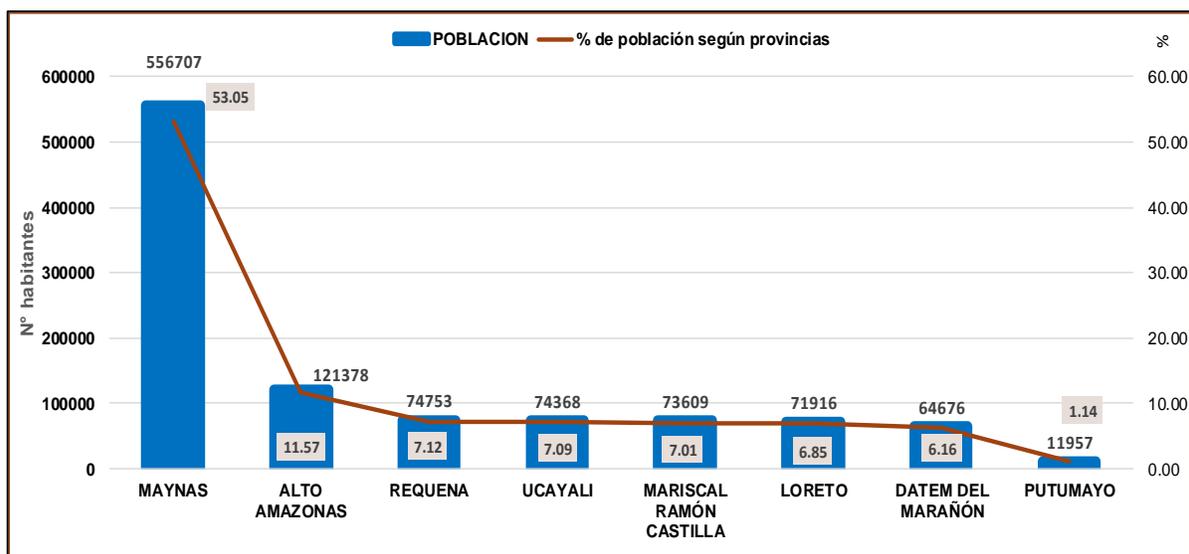
crecimiento poblacional fue entre los años 1981 y 1993 con una tasa del 3.0% y de menor crecimiento entre los años 1940 y 1961 con el 0.4 %.

Posteriormente se observa un descenso en el crecimiento poblacional desde el año 2007 hasta el 2016, siendo este comportamiento de la siguiente manera: 2007 -2008 (1.4%), 2008-2009 (1.4%), 2009-2010 (1.3%), 2010-2011 (1.2%), 2011-2012 (1.2%), 2012-2013 (1.2%), 2013-2014 (1.1%), 2014-2015 (1.0%), 2015-2016 (1.0%). Esta tendencia declinante del ritmo de crecimiento poblacional, se explica fundamentalmente por la reducción de los niveles de fecundidad; comportamiento que se confirma con los resultados de las encuestas demográficas y de salud familiar realizadas por el INEI.

### Distribución de la Población por Provincias y Distritos

Desde el punto de vista político administrativo, Loreto está conformada por 8 provincias y 53 distritos, cuya capital es la ciudad de Iquitos. En el departamento existe una desigual distribución de población entre sus provincias y distritos, que es resultado del crecimiento poblacional diferenciado entre ellas.

**Gráfico N°03. Región Loreto. Población Provincial Total y Porcentual - 2016.**



Fuente: Censos del Perú – INEI – 2007  
Elaborado: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto

Según los datos estadísticos del año 2016, las provincias, en orden de mayor a menor volumen poblacional son: Maynas con 556 mil 707 habitantes (53,05%), Alto Amazonas 121 mil 378 habitantes (11,57%), Requena 74 mil 753 habitantes (7,09%), Ucayali 74 mil 368 habitantes (7,09%), Mariscal Ramón Castilla 73 mil 609 habitantes (7,01%), Loreto 71 mil 916 habitantes (6,85%), Datem del Marañón 64 mil 676 habitantes (6,16%) y Putumayo 11 mil 957 habitantes. (Gráfico N°03)

Observando que no existe una distribución poblacional homogénea entre las 8 provincias: El 64.62% de la población regional se encuentran en las provincias de Maynas (53.05%) y la provincia de Alto Amazonas (11.57%), estando sólo el 1.14% de la población concentrada en la nueva provincia del Putumayo. (Gráfico N°03).

La Tabla N° 03, nos muestra la distribución de los 53 distritos entre las ocho provincias: La provincia de Maynas y Requena cuentan con 11 distritos cada uno respectivamente, Alto Amazonas (6 distritos), Datem del Maraón (6 distritos) y Ucayali (6 distritos), las provincias de Mariscal Ramón Castilla y Putumayo con 4 distritos cada una, mientras la provincia de Loreto con 5 distritos.

En relación a la carga porcentual poblacional de cada uno de los 53 distritos de la región Loreto, nos muestra que dos distritos (San Juan- Iquitos) correspondiente a la provincia de Maynas sobrepasan la población de 100 mil habitantes con 156 mil 183 habitantes (14.9%) y 151 mil 931 habitantes (14.5%) respectivamente; Los distritos menos poblados y con poblaciones que no sobrepasan los 1,500 habitantes se encuentran los distritos de Yaguas 1,231 habitantes (0.1%) y Rosa Panduro 735 habitantes (0.1%) ambos de la provincia del Putumayo, los distritos de Tapiche 1223 habitantes (0.1%) y Soplín 697 habitantes (0.1%) que corresponden a la provincia de Requena.

**Tabla N°03. Población Distrital Total y Porcentual  
Región Loreto - 2016.**

PROVINCIAS	N°	DISTRITOS	CAPITAL	POBLACION	%
MAYNAS	1	IQUITOS**	IQUITOS	151,931	14.5
	2	ALTO NANAY		2,811	0.3
	3	FERNANDO LORES		20,419	1.9
	4	INDIANA		11,410	1.1
	5	LAS AMAZONAS		9,980	1.0
	6	MAZAN		13,911	1.3
	7	NAPO		16,443	1.6
	8	PUNCHANA		92,004	8.8
	9	TORRES CAUSANA		5,202	0.5
	10	BELEN		76,413	7.3
	11	SAN JUAN BAUTISTA		156,183	14.9
ALTO AMAZONAS	1	YURIMAGUAS*	YURIMAGUAS	72,864	6.9
	2	BALSAPUERTO		17,604	1.7
	3	JEBEROS		5,322	0.5
	4	LAGUNAS		14,446	1.4
	5	SANTA CRUZ		4,492	0.4
	6	TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS		6,650	0.6
LORETO	1	NAUTA*	NAUTA	30,375	2.9
	2	PARINARI		7,334	0.7
	3	TIGRE		8,502	0.8
	4	TROMPETEROS		10,848	1.0
	5	URARINAS		14,857	1.4
MARISCAL RAMON CASTILLA	1	RAMON CASTILLA*	CABALLOCOCHA	24,373	2.3
	2	PEBAS		17,225	1.6
	3	YAVARI		15,788	1.5
	4	SAN PABLO		16,223	1.5

PROVINCIAS	N°	DISTRITOS	CAPITAL	POBLACION	%
REQUENA	1	REQUENA*	REQUENA	30,446	2.9
	2	ALTO TAPICHE		2,126	0.2
	3	CAPELO		4,497	0.4
	4	EMILIO SAN MARTIN		7,560	0.7
	5	MAQUIA		8,451	0.8
	6	PUINAHUA		6,075	0.6
	7	SAQUENA		4,974	0.5
	8	SOPLIN		697	0.1
	9	TAPICHE		1,223	0.1
	10	JENARO HERRERA		5,686	0.5
	11	YAQUERANA		3,018	0.3
UCAYALI	1	CONTAMANA*	CONTAMANA	27,535	2.6
	2	INAHUAYA		2,685	0.3
	3	PADRE MARQUEZ		7,670	0.7
	4	PAMPA HERMOSA		10,732	1.0
	5	SARAYACU		16,728	1.6
	6	VARGAS GUERRA		9,018	0.9
DATEM DEL MARAON	1	BARRANCA*	SAN LORENZO	13,739	1.3
	2	CAHUAPANAS		8,411	0.8
	3	MANSERICHE		10,470	1.0
	4	MORONA		13,149	1.3
	5	ANDOAS		12,483	1.2
	6	PASTAZA		6,424	0.6
PUTUMAYO	1	PUTUMAYO*	EL ESTRECHO	4,268	0.4
	2	ROSA PANDURO		735	0.1
	3	TENIENTE MANUEL CLAVERO		5,723	0.5
	4	YAGUAS		1,231	0.1
POBLACION TOTAL				1049364	100

Fuente: Estadística MINSA- Perú 2016

Elaborado: Dirección Epidemiología- DIRESA Loreto

\*Distrito donde está ubicado la capital de cada Provincia.

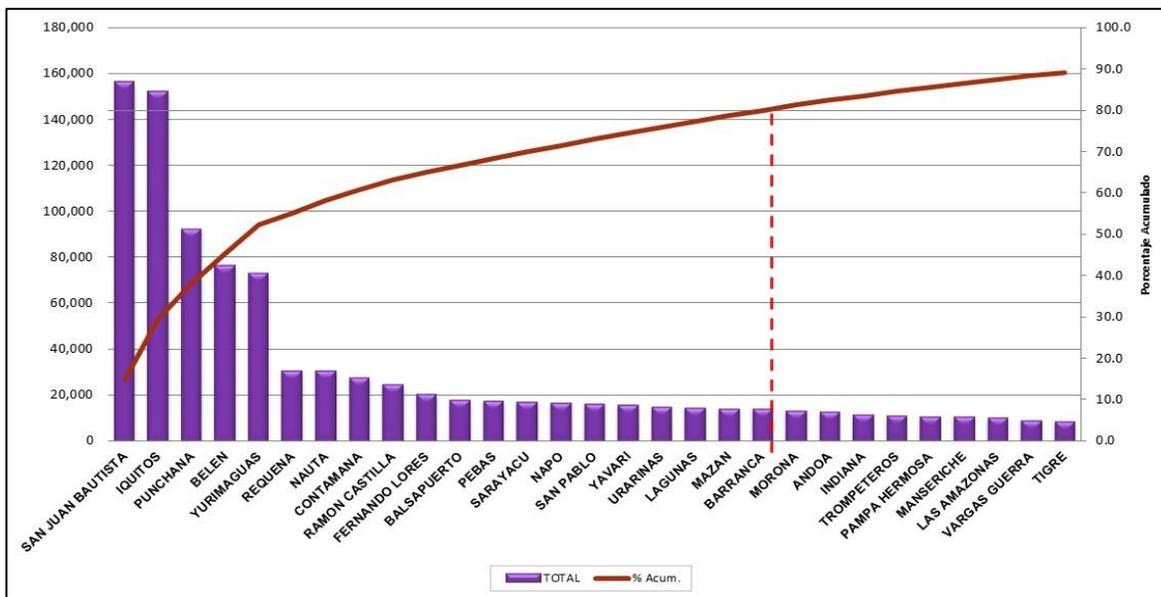
\*\* Distrito donde está ubicado la capital de la Provincia Maynas y de la Región Loreto

Los distritos con mayor carga poblacional en cada provincia están ubicadas en los distritos en donde se encuentran ubicadas sus capitales, excepto la capital de la provincia de Maynas distrito de Iquitos (14.5%) en comparación con el distrito de San Juan (14.9%) ubicada también en la misma provincia; Tenemos la provincia de Alto Amazonas con el distrito de Yurimaguas su capital Yurimaguas (6.9%), Provincia de Loreto, distrito de Nauta su capital Nauta (2.9%), Provincia de Ramón Castilla, distrito de Ramón Castilla su capital Caballo cocha (2.3%), Provincia de Requena, distrito de Requena su capital Requena (2.9%),

Provincia de Ucayali, distrito de Contamana su capital Contamana (2.6%), Provincia del Datem del Marañón, distrito de Barranca su capital San Lorenzo (1.3%) y finalmente la provincia del Putumayo, distrito del Putumayo su capital El Estrecho (0.4%).

Según el Pareto de la carga porcentual por distritos de la población de la Región Loreto, el 80% de la población se concentran en 20 distritos: San Juan Bautista, Iquitos, Punchana, Belén, Yurimaguas, Requena, Nauta, Contamana, Ramón Castilla, Fernando Lores, Balsapuerto, Pebas, Sarayacu, Napo, San Pablo, Yavari, Urarinas, Lagunas, Mazán y Barranca. (Gráfico N°04).

**Gráfico N°04. Carga Porcentual Población Distrital en la región Loreto 2016**

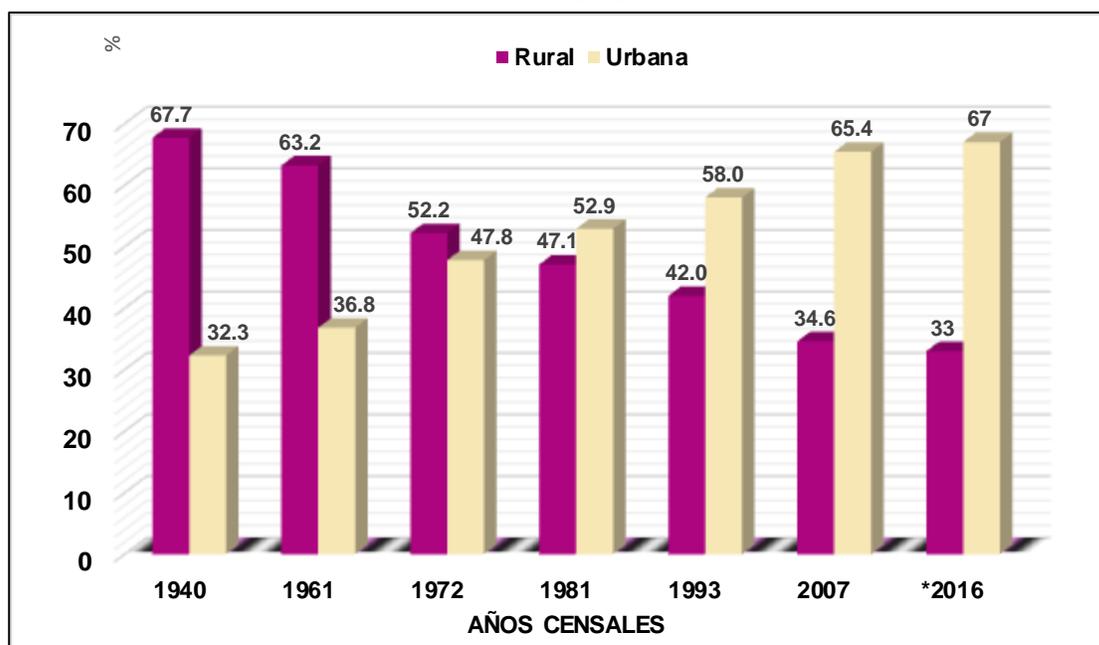


Fuente: Estadística e Informática – MINSA – 2016  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

### Población Urbana y Rural de la Región Loreto

Esta distribución de la población según la división del territorio en urbano y rural, se funda en los diferentes modos de vida y ambientes que significa uno y otro, hay pues sustanciales diferencias demográficas, económicas y sociales. El crecimiento y desarrollo económico ha producido un acelerado proceso de urbanización a partir de la década de 1960.

En 1940, la población rural, representaba el 67,7% del total del departamento, en 1961 el 63,2%; en 1972 el 52,2%; ya en 1981 el departamento empieza a tener mayor presencia urbana con el 52,9%; en 1993 el 58,0%, 2007 el 65,4% y en el 2016 (67%). Estas cifras indican que en Loreto el proceso de concentración poblacional se orienta a los centros poblados urbanos. (Ver gráfico N°05).

**Gráfico N°05. Proporción de la población Urbana y Rural en la Región Loreto 1940-2007**

Fuente: Censos del Perú – INEI – 2007, No incluye la provincia del Putumayo.

\*Los datos de la provincia del Putumayo fueron obtenidos del Plan de Desarrollo Concertado 2011-2014 (Putumayo).

Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

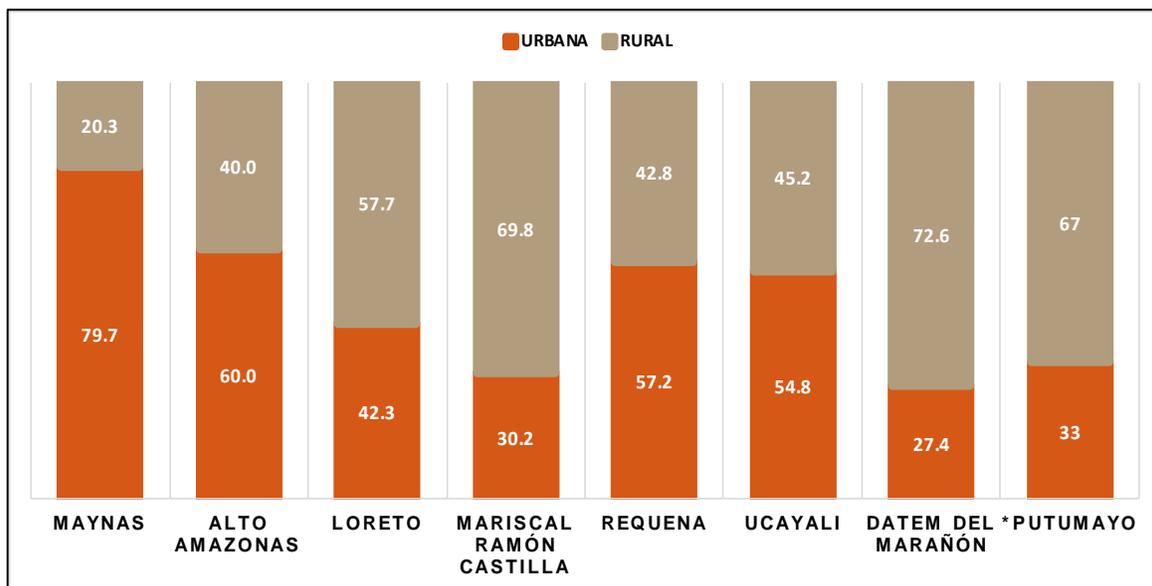
Ello probablemente se debe a las constantes migraciones internas de la población del campo a la ciudad, así como de migración externa a las grandes ciudades (capitales de provincias y distritos) como es el caso desde la Región Ucayali que, a la vez sirve como puerta de entrada a la población de la costa y sierra del Perú, producto del comercio y turismo.

### **Población Urbana y Rural por Provincias**

En el gráfico N° 06, se aprecia los porcentajes de las poblaciones urbanas y rurales distribuidas en las 8 provincias de la región Loreto; Las provincias de Maynas, Alto Amazonas, Requena y Ucayali son las que cuentan con mayor proporción de población urbana con 79.7%, 60%, 57.2% y 54.8% respectivamente, mientras que las provincias de Loreto, Mariscal Ramón Castilla y el Putumayo con menor proporción población urbana y más porcentaje de población rural, destacando la provincia de Mariscal Castilla con 30.2% de población rural, seguida de la provincia del Putumayo con 33%.

Dentro de la dinámica demográfica las provincias de mayor crecimiento poblacional fueron las de Ramón Castilla (3.6% de la población total) y Datem del Marañón (3.4%). Este dinamismo es explicado por dos causas principales. Una es la inclusión estadística de los nativos del Datem del Marañón y la otra, por la conexión que tienen estos distritos con el resto del país, vía carretera. Los procesos migratorios originados por diversos motivos, tales como los económicos, el acceso a bienes y servicios públicos que son ofrecidos en las ciudades y muy poco en el campo, ha originado que la población de Loreto se duplique en los últimos años y además, sea la población urbana mayor que la rural. Otro hecho que influye en el crecimiento poblacional de Loreto es el alto porcentaje de madres adolescentes.

**Gráfico N°06. Proporción de Áreas Rurales y Urbanas por Provincias Región Loreto (%).**



Fuente: MINSA. Estadística e Informática 2016.  
Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

**Población por Etapas de Vida.**

El conocimiento de la distribución por etapas de vida de la población es muy importante, no solo para planificar la oferta de servicios, si no para reconocer la presencia de conductas y estilos de vida particulares que se encuentran en aquellos grupos de población prioritarios y/o vulnerables.

**Tabla N°04. Población por Etapas de Vida en la Región Loreto - 2016.**

PROVINCIAS	TOTAL	ETAPAS DE VIDA				
		NIÑO (0-11 años)	ADOLESCENTE (12- 17 años)	JOVEN (18 -29 años)	ADULTO (30-59 años)	ADULTO MAYOR (60 años a +)
<b>Proporción de la población por Etapas de Vida (%)</b>		<b>26.5</b>	<b>12.9</b>	<b>20.4</b>	<b>33.3</b>	<b>6.9</b>
MAYNAS	556707	130271	69248	119286	196030	41872
ALTO AMAZONAS	121378	34970	15782	22138	40344	8144
LORETO	71916	21435	9319	13866	22917	4379
MARISCAL RAMÓN CASTILLA	73609	21393	9848	15397	22386	4585
REQUENA	74753	21639	10336	13692	23600	5486
UCAYALI	74368	21753	10153	13869	23573	5020
DATEM DEL MARAÑÓN	64676	23570	9007	12645	17067	2387
PUTUMAYO	11957	3113	1762	2916	3529	637
<b>REGIÓN LORETO</b>	<b>1049364</b>	<b>278144</b>	<b>135455</b>	<b>213809</b>	<b>349446</b>	<b>72510</b>

Fuente: MINSA. Estadística e Informática 2016.  
Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

Al analizar la población por etapas de vida a nivel regional el 26.5% son niños, el 12.9% son adolescentes, el 20.4% de la población son jóvenes, 33.3% son adultos y 6.9% corresponde a la población adulto mayor, lo que indica que en la región Loreto el mayor porcentaje de la población son adultos, seguido de los niños menores de 11 años de edad y un porcentaje considerable corresponde a los y las jóvenes (20.4%), el menor porcentaje está representado por los adultos mayores. (Tabla N° 04).

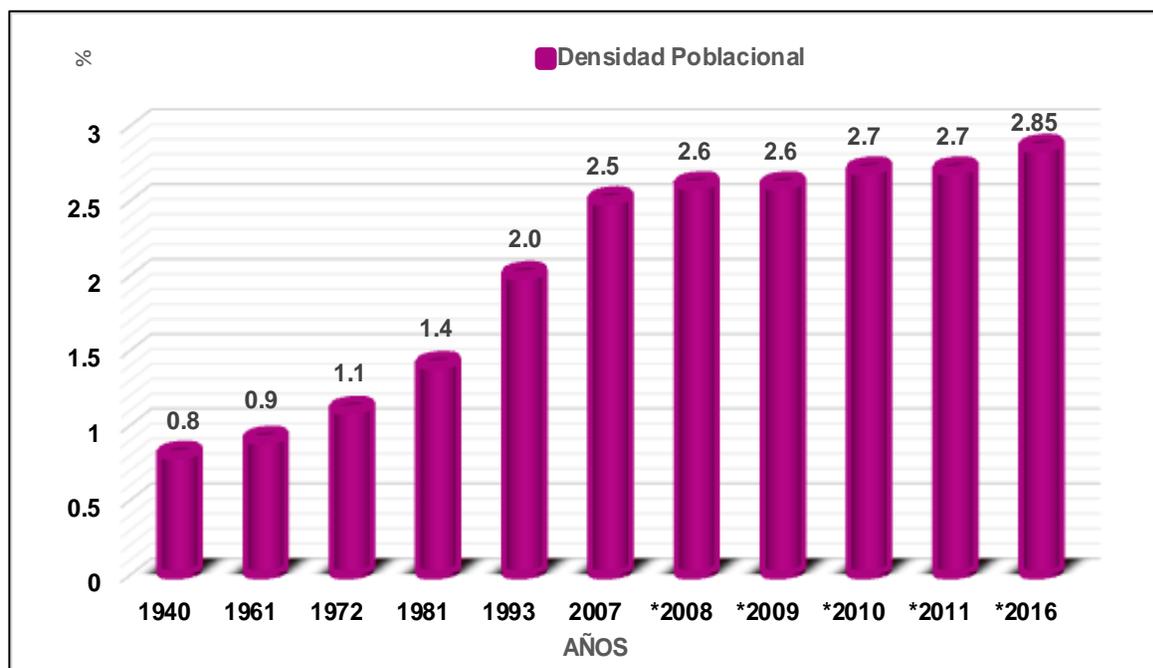
## 2.2 Densidad Poblacional

La densidad poblacional, es un indicador que permite evaluar la concentración de la población de una determinada área geográfica; comprende el número de habitantes por kilómetro cuadrado, que se encuentran en una determinada extensión territorial.

La densidad de la población total de Loreto para el año 2016, es 2,85 Hab. /Km<sup>2</sup>. Al evaluar el comportamiento de este indicador, tomando como referencia la información censal de 1940, se observa que en los últimos 76 años se ha incrementado en 3,56 veces, pasando de 0,8 Hab. /Km<sup>2</sup> a 2,85 Hab./Km<sup>2</sup> en el año 2016; en 1961 el número de personas por kilómetro cuadrado fue de 0,9, en tanto que en 1972 alcanzó 1,1, iniciándose un incremento gradual en 1981 subió a 1,4 en 1993 llegó a 2,0 habitantes por Km.2, ya para los años 2008 al 2016 sobrepasan los 2.5 porcentuales cada año.

Este incremento de la densidad poblacional, probablemente se debe a que las grandes ciudades o capitales de provincias están en pleno proceso de migración del campo a la ciudad, por lo que la densidad poblacional está relacionada con el grado de urbanización y desarrollo socioeconómico de las provincias.

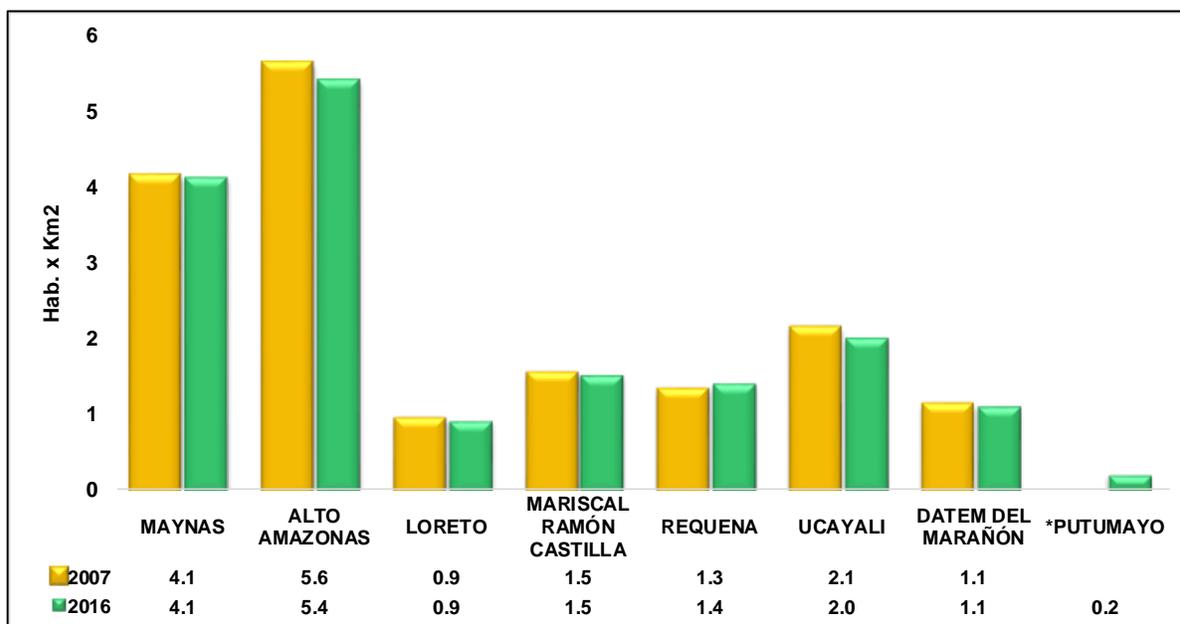
**Gráfico N° 07. Evolución de la Densidad Poblacional Región Loreto (%).**



Fuente: Censos del Perú – INEI – 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, 2007.

\*INEI. Perú. Estimaciones y proyecciones de población y sexo, según departamento, provincias y distritos 2000-2016.

**Gráfico N° 08. Región Loreto. Evolución de la Densidad Poblacional por provincias. 2007-2016.**



Fuente: Censos del Perú – INEI – Censo 2007.

INEI-Perú. Estimaciones y proyecciones de población y sexo, según departamento, provincias y distritos 2000-2016.

En el gráfico N° 08, podemos observar gráficamente los porcentajes correspondientes a los ámbitos territoriales provinciales, pudiendo apreciar un ligero incremento en la densidad poblacional solo en la provincia de Requena de 1.3 hab. /Km<sup>2</sup> (2007) a 1.4 hab. /Km<sup>2</sup> (2016), mientras que en el resto de las provincias las densidades se mantienen iguales o disminuyeron mínimas proporción de 0.1%, entre un año y el otro, excepto en la provincia del Putumayo solo contamos con datos del año 2016, dado que en el año 2007 aún no estaba considerada como provincia.

Así mismo observamos que las provincias de mayor densidad poblacional se encuentran: Alto Amazonas con 5.6 hab. /km<sup>2</sup> (2007) y 5.4% (2016), Maynas con 4.1 hab. /km<sup>2</sup> en ambos años, seguida de la provincia de Ucayali con 2.1 (2007) y 2.0% (2016), las provincias con un rango menos o igual 1.5 hab / Km<sup>2</sup> se encuentran las provincias de Mariscal Ramón Castilla (1.5 hab/ Km<sup>2</sup>), Datem del Marañón (1.1 hab. /Km<sup>2</sup>), Loreto 0.9 hab. /km<sup>2</sup>, y con una densidad muy baja la provincia del putumayo con 0.2 hab/km<sup>2</sup> en el 2016.

Este indicador nos revela que es probable que su mayor significado esté en la evaluación del grado de concentración de la población en centros urbanos importantes, principalmente capitales de Distritos y Provincias. En todo caso estos fenómenos son consecuencia del proceso demográfico que vienen dándose en la región, desde la década del 70 cuyo dinamismo se funda en su elevada tasa de crecimiento natural y en los flujos migratorios internos que distribuyen la población favoreciendo el crecimiento de los Centros Urbanos.

### 2.3 Pirámide Poblacional.

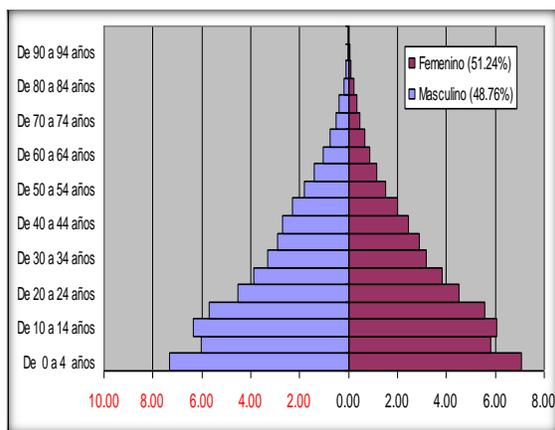
Cuando se analiza el crecimiento de la población por edad o grupos de edad, se observa un comportamiento diferenciado en cada una de las edades o grupos de edad; el mismo se define en términos de la estructura por edad, y se puede visualizar en las pirámides de población, de los años 2007 y 2016.

La evolución de la población en los últimos 10 años se refleja en la forma que ha adoptado la pirámide poblacional, luego de haber presentado una base más ancha y vértice angosto en el año 2007, en el año 2016 se observa una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en las edades jóvenes y adulta, lo que refleja una progresiva disminución en la base de niños menores 5 años. Asimismo, se visualiza mayor proporción de población adulta mayor, que indica el inicio del proceso de envejecimiento.

La diferencia relativa del grupo de edad de 0 a 4 años de los Censos 1993 y 2007, responde a la reducción de la natalidad; asimismo, los gráficos revelan la disminución de la importancia relativa de los cuatro siguientes grupos quinquenales (5 a 14 años de edad) en hombres y mujeres, que es consecuencia de la reducción progresiva de la base piramidal. Por otro lado, en general a partir de los grupos de 15 años de edad, se observa una mayor proporción relativa en hombres y mujeres, siendo mayor la proporción de mujeres que sus pares hombres entre los 30 y 59 años de edad. En el año 2016, 47.79% son del sexo femenino y el 52.21% del sexo masculino.

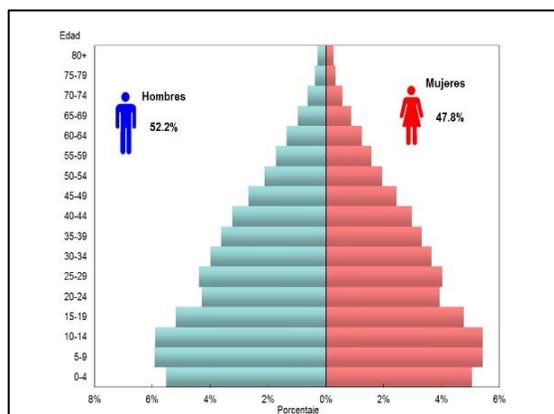
Estos cambios demográficos significarán cambios en el patrón de la demanda por servicios de salud, incorporándose progresivamente perfiles de morbilidad y mortalidad de las poblaciones de la tercera edad, es decir predominancia de enfermedades crónicas y degenerativas y la disminución ligera de la base como consecuencia de la reducción de la fecundidad, se reduce el número de niños y aumenta la proporción de la población adolescente y joven. El vértice se va engrosando ligeramente por el aumento del peso relativo de la población en edades avanzadas., lo que se conoce como envejecimiento de la población.

**Gráfico N°09. Región Loreto.  
Pirámide Poblacional de 2007.**



Fuente: Censos del Perú – INEI – 2007.  
Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

**Gráfico N°10. Región Loreto.  
Pirámide Poblacional de 2016.**



Fuente: INEI. Estimaciones y proyecciones de Población. Boletín especial N° 18. Gobierno Regional de Loreto (incluyen datos del año 2016)

## 2.4 Razón de Dependencia

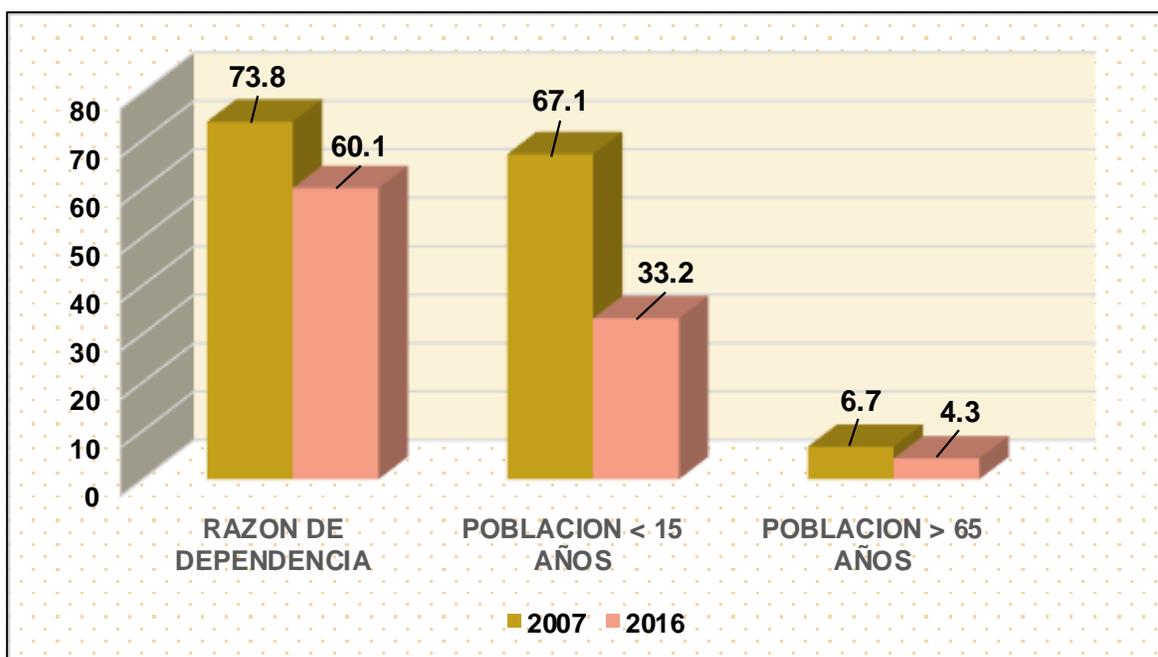
La razón de dependencia por edad es la razón de personas en edad en las que "dependen" de otras (generalmente personas menores de 15 y mayores de 64 años de edad) correspondiendo a la población de edades "económicamente productivas" (entre 15 y 64 años de edad).

La razón de dependencia demográfica en la región Loreto para el año 2007, fue de 74 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar, sin embargo, en el año 2016 fue de 60 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar. Este indicador, es la relación de la población menor de 15 años más la población de 65 y más años de edad, entre la población en edad activa, es decir, la población de 15 a 64 años de edad; La tendencia de la población entre los años 2007 y 2016 apunta a reducir la carga potencial de dependientes.

El componente de población joven también muestra esta tendencia a disminuir, es decir, presenta una reducción de 34 personas en el periodo intercensal 2007-2016. El componente de población joven es la relación entre la población menor de 14 años y la población de 15 a 64 años de edad, este componente en 2007 fue de 67 dependientes, mientras que en el año 2016 es 33 dependientes jóvenes por cada 100 en edad activa.

Por el contrario, el componente de población envejecida, es decir, la relación entre la población de 65 y más años de edad y la población de 15 a 64 años ha disminuido en tres personas en el periodo 2007 y 2016, pasando de siete en 2007 a cuatro dependientes de población envejecida por cada 100 personas en edad activa.

**Gráfico N°11. Región Loreto. Razón de Dependencia de la población y sus componentes 2007 y 2016.**



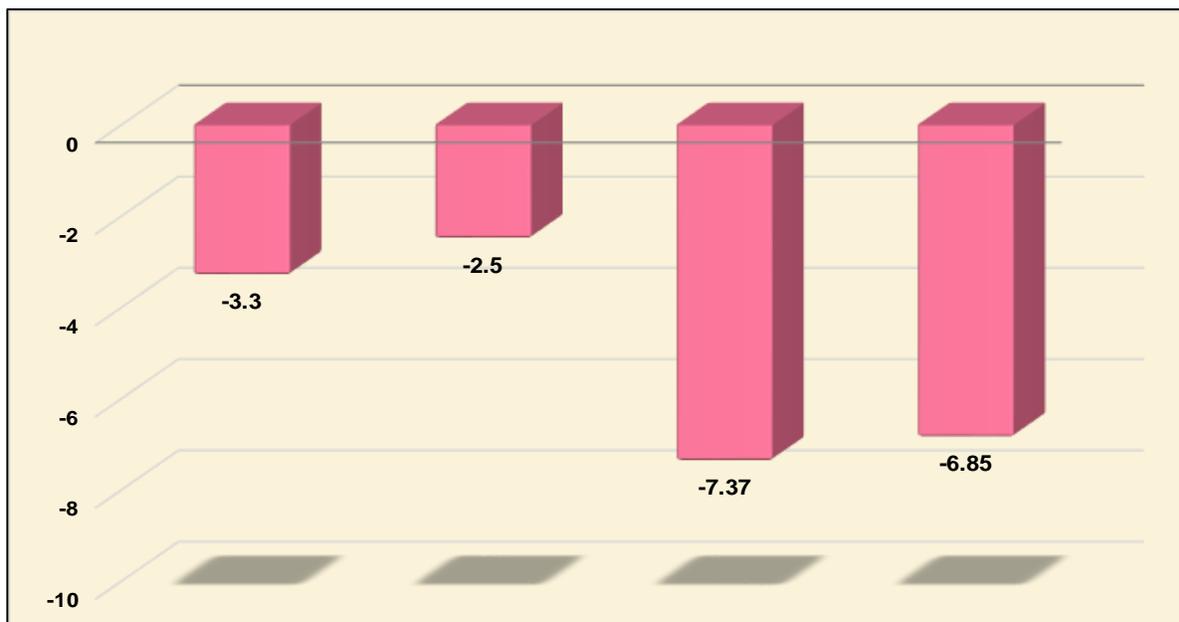
Fuente: INEI. Censo Nacionales de Población y Vivienda (2007)  
MINSA. Estadística e Informática 2016.

## 2.5 Migración

En la región de Loreto se resalta, que, del total de la población inmigrante hacia este departamento, el 60,8% está conformada por población proveniente de los departamentos colindantes y son los que más contribuyen: San Martín con el 32,6% y Ucayali 13,0%; y el departamento de Lima con 15,2%, juntos suman 35 mil 854 inmigrantes, incrementaron de esta manera el volumen poblacional del departamento de Loreto.

**La Tasa Neta de Migración (TNM)** indica la contribución de la migración al nivel total de cambios demográficos. Altos niveles de migración pueden causar problemas tales como el aumento del desempleo y posibles conflictos étnicos (si las personas están llegando a un país) o una reducción en la fuerza laboral, quizás en sectores claves (si las personas dejan un país o una región).

**Gráfico N°12. Región Loreto. Evolución de la Tasa Neta de Migración 1993,2002-2007, 2010-2015, 2016.**



Fuente:

\*INEI. Censo Nacionales de Población y Vivienda (1,993, 2007)

\*\*INEI. Estimación y proyección de Población por departamentos, Sexo y grupo quinquenales de edad 1995-2015. Boletín de Análisis Demográfico N°37.

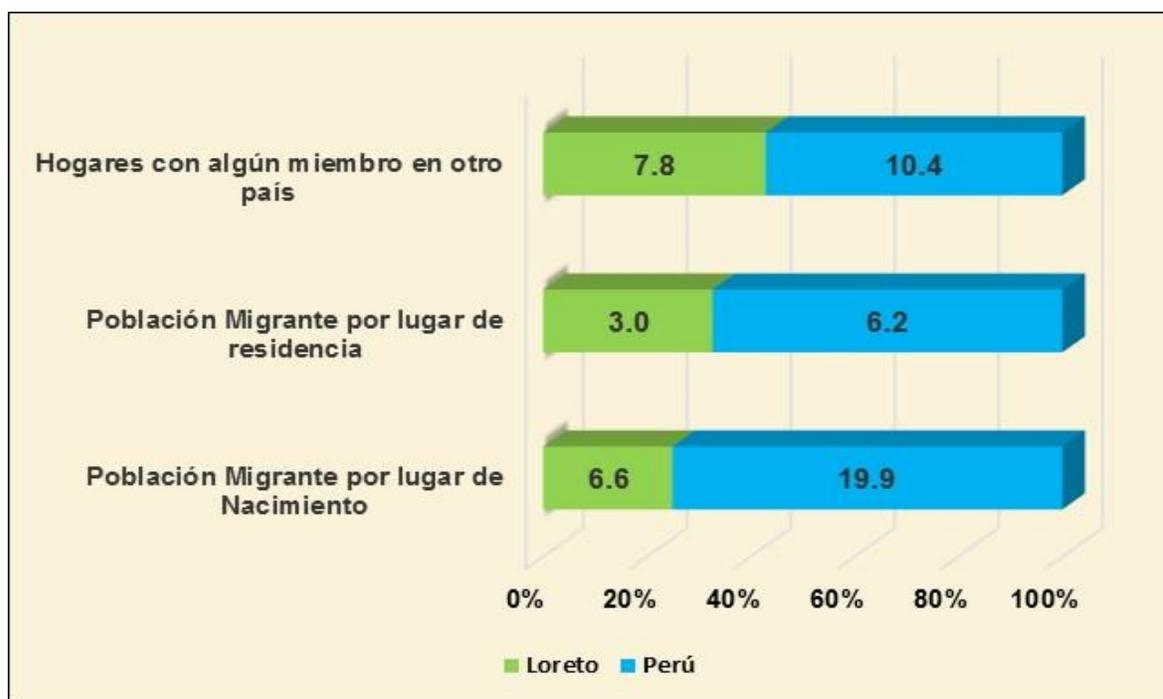
\*\*\*INEI. Oficina de Gestión de la información y estadística.

Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

En relación con la TNM en la región Loreto desde 1993 al 2016, se observa una tendencia a la reducción de -3.3% a -6.85% en el año 2016, tasa que sustenta la emigración a otros departamentos del país o hacia el extranjero probablemente con el propósito de establecer una nueva residencia, y generalmente, al interés por alcanzar un mejor nivel de bienestar (Ver gráfico N°12).

### Comportamiento de las Tasas de Migración

El Gráfico N° 13. Muestra los resultados del Censo del INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, en donde la Región Loreto muestra una población migrante por lugar de nacimiento del 6.6%, en comparación a nivel del Perú de 19.9%. La población migrante por lugar de residencia 5 años antes en Loreto es del 3%, mientras que el Perú es del 6,2%, en los hogares con algún miembro en otro país en Loreto es del 7,8% y en el Perú es del 10,4%.

**Gráfico N°13. Región Loreto. Comportamientos de Tasas de Migración. 2007.**

Fuente: INEI. Censo Nacionales de Población y Vivienda (2007)  
Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRA Loreto

Para el año 2016 no se cuenta con datos estadísticos de la población inmigrante a Loreto, pero consideramos que Iquitos, capital de la región Loreto, representa el atractivo migracional más importante tanto de las demás ciudades del país, de la frontera con Colombia y Brasil (migración externa) así como de las demás localidades de la región (migración interna) especialmente de las capitales de provincias.

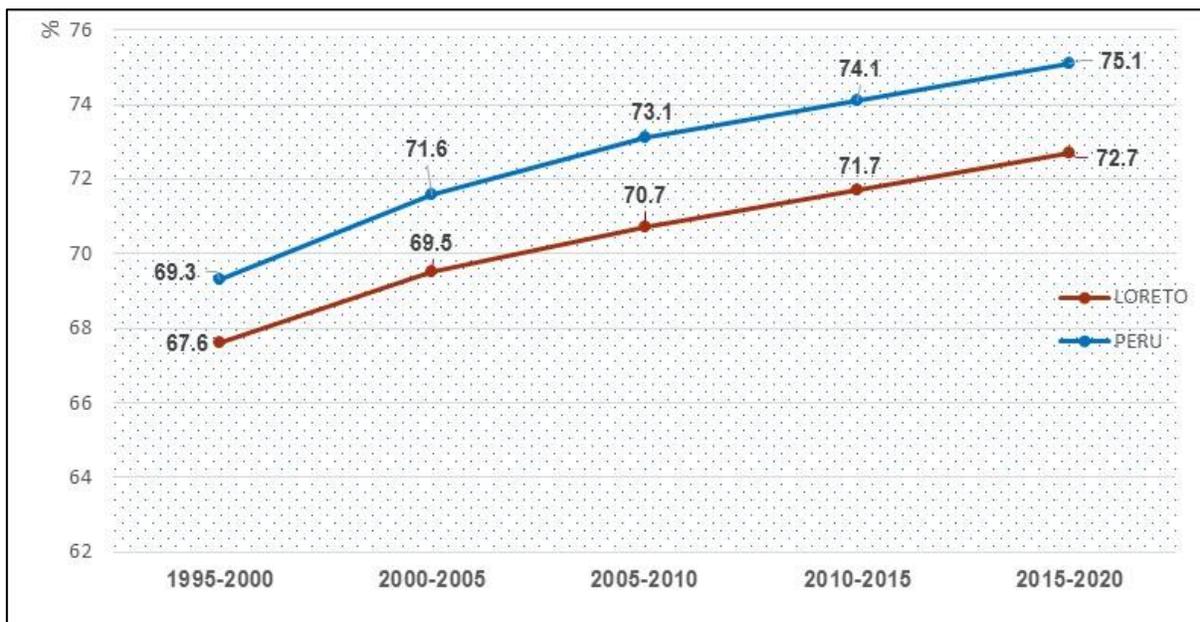
Un corredor económico representa Yurimaguas, que es el nexo migracional hacia y desde la costa del país a través de la carretera hacia Tarapoto (San Martín), así como desde las localidades de la provincia en las cuencas del Marañón y Huallaga; La ciudad de Caballococha tiene una relación comercial y social directa con los países vecinos de Brasil y Colombia. Es el primer contacto de ingreso de turistas por barco desde Estados Unidos y Europa. Al año ingresan aproximadamente 12 embarcaciones de turistas con 50 a 100 pasajeros cada una; Por otro lado, la localidad de San Antonio del Estrecho a lo largo del río Putumayo establece una frontera de alto grado migracional entre Colombia y Perú.

Las migraciones internas importantes están básicamente en la población que tiene como fuente de ingreso las tareas extractivas de madera, petróleo, turismo ecológico, caza de animales silvestres, situación que evidencia el riesgo de infección accidental en el hombre por introducción de éste al nicho ecológico del vector y de los reservorios.

## 2.6 Esperanza de Vida al Nacer (EVN).

La esperanza de vida al nacer es el indicador que mejor sintetiza el nivel de mortalidad de una población, pues expresa el número de años que una persona espera vivir. Este indicador se ha ido incrementando tanto a nivel nacional como regional, sin embargo, la EVN de Perú está siempre por encima de la EVN de la región Loreto.

**Gráfico N°14. Región Loreto. Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer 1993-2000, 2000-2005, 2005-2010, 2010-2015, 2015-2020.**



Fuente: INEI. Estimación y proyección de Población por departamentos, Sexo y grupo quinquenales de edad 1995-2015.

En la Región Loreto, la Esperanza de Vida al Nacer en el quinquenio 1995-2000 fue de 66.7 años el cual fue incrementándose en un promedio de 1.2 años cada 5 años, proyectándose para el 2000-2005 a 69.5 años, en el año 2005-2010 (70.7 años), 2010-2015 (71.1 años) y con una proyección para el año 2015-2020 una EVN de 72.7 años. (Ver gráfico N°14).

La Esperanza de Vida al Nacer proyectadas del 2010 al 2020 en la región Loreto en ambos sexos es de 72.8 años, mientras que para los hombres es de 70.1 años y para las mujeres es de 75.5 años. En comparación con las cifras presentadas a nivel del Perú estas están por encima de los mismos, siendo para ambos sexos de 75.1 años, hombres 72.5 años y Mujeres 77.8 años. La EVN para las mujeres es superior que el de los hombres, tanto a nivel de Perú como de la región Loreto (Ver gráfico N°15).

**Gráfico N°15. Comparación de la Esperanza de Vida al nacer por Sexo Perú y Región Loreto 2010-2020**



Fuente: INEI. Estimación y proyección de Población por departamentos, Sexo y grupo quinquenales de edad 1995-2015. Boletín de Análisis Demográfico N°37. Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

## 2.7 Fecundidad en el adolescente

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población; la reducción de la fecundidad es considerada importante en la actualidad porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna. La Tasa Global de Fecundidad, es el promedio de hijos nacidos vivos que tienen las mujeres durante su vida reproductiva.

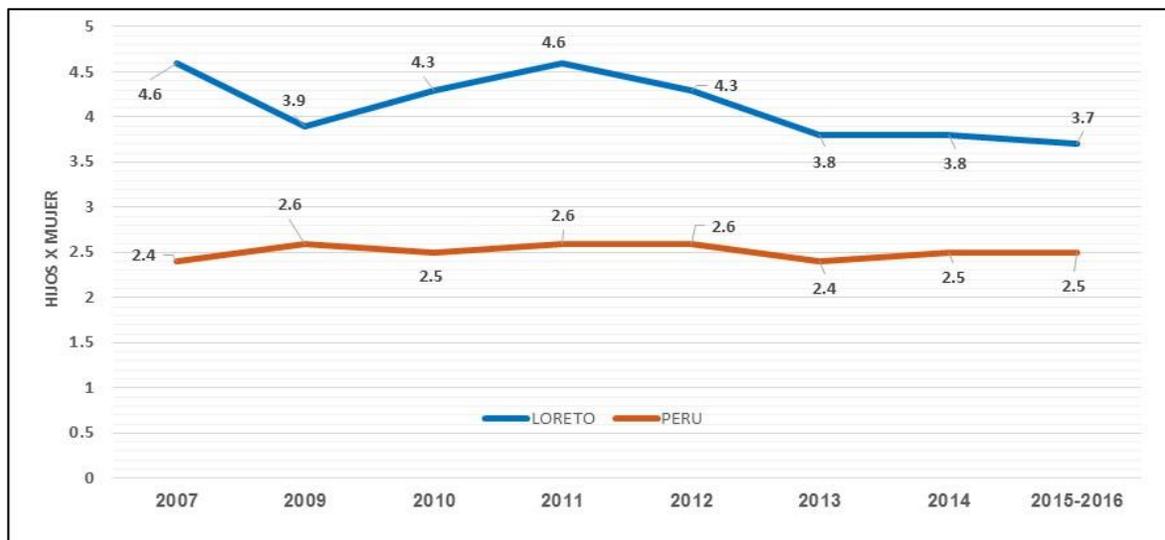
### Tasa Global de Fecundidad (TGF)

El porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años) que ya son madres en Loreto, en los últimos 4 años (2011-2016) se diferencia notablemente porque se encuentra por encima del promedio nacional. En el periodo 2015-2016 el 27.3% de las adolescentes de Loreto ya eran madres, mientras que en el promedio nacional sólo el 10.8% de adolescentes estaban en la misma situación.

Según el Gráfico N° 16, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de la Región Loreto durante los últimos 8 años (2007-2016), la TGF muestra una tendencia estacionaria con un promedio de 2.5 hijos por mujer, mientras la tendencia a nivel de Perú es de 3.6 hijos por mujer. Siendo la TGF en Perú superior a la TGF de la región Loreto durante este tiempo.

La Tasa Global de Fecundidad de la región Loreto en el año 2007 fue de 2.4 hijos por mujer no sufriendo variación significativa hasta el año 2016 (2.5 hijos por mujer), a nivel de Perú la TGF en el año 2007 y 2011 fue de 4.6 hijos por mujer por cada año y en el año 2016 de 3.7 hijos por mujer.

**Gráfico N° 16. Evolución de la Tasa Global de Fecundidad Perú y Loreto (2007 al 2016)**



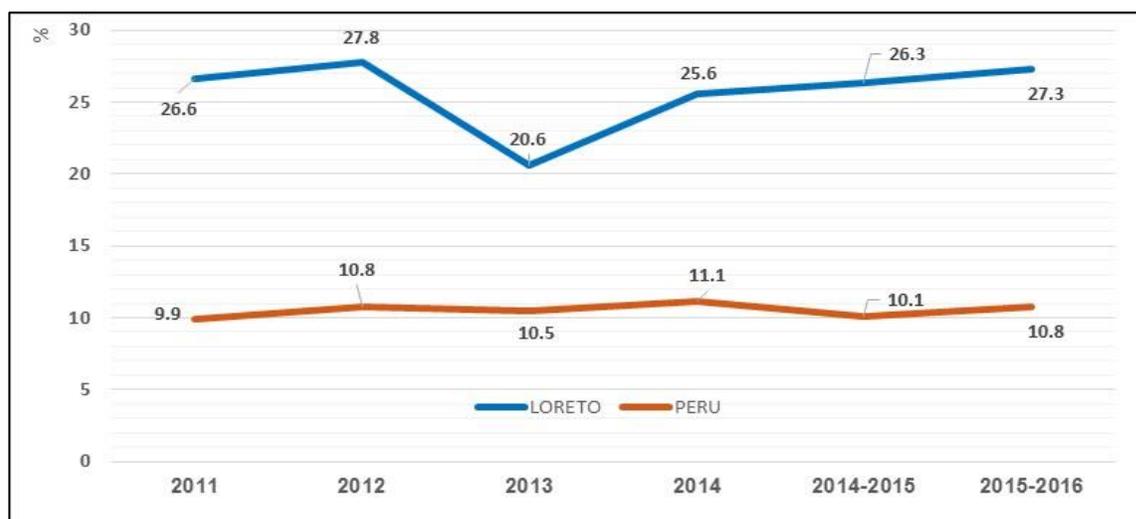
Fuente: INEI. Estimación y proyección de Población por departamentos, Sexo y grupo quinquenales de edad 1995-2015. Boletín de Análisis Demográfico N°37.

Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud.

El porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años) que ya son madres en Loreto, en los últimos 4 años (2011-2016) se diferencia notablemente porque se encuentra por encima del promedio nacional. En el periodo 2015-2016 el 27.3% de las adolescentes de Loreto ya eran madres, mientras que en el promedio nacional sólo el 10.8% de adolescentes estaban en la misma situación.

**Gráfico N° 17. Región Loreto: % Adolescentes (15 a 19 años) que ya son madres en comparación con el promedio nacional. 2011 - 2016**

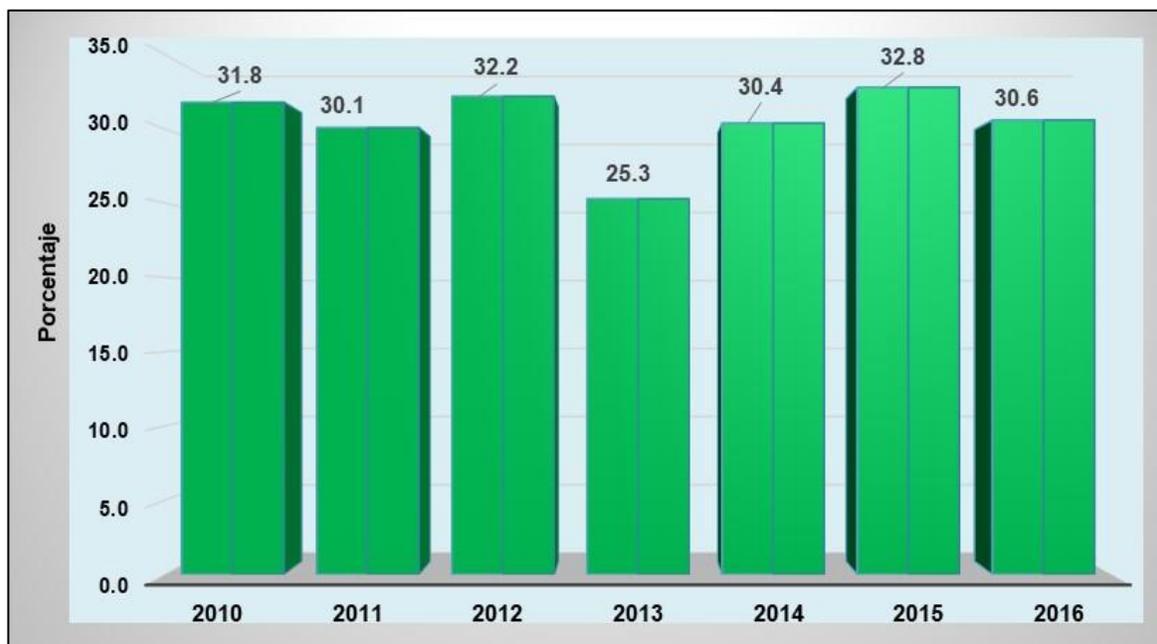


Fuente: INEI. Estimación y proyección de Población por departamentos, Sexo y grupo quinquenales de edad 1995-2015. Boletín de Análisis Demográfico N°37.

Elaborado Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

Se estima que 30 de cada 100 adolescentes en la región de Loreto son madres o están embarazadas por primera vez, representa la tasa más alta a nivel nacional. Así mismo estas cifras se mantienen en este promedio todos los años, excepto lo presentado en el año 2013 con el 25.3%. Dicha cifra no es un dato aislado.

**Gráfico N° 18. Región Loreto. Distribución Porcentual de Embarazos en Adolescentes. 2010 -2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional de la Etapa Adolescente.

Loreto también ostenta la edad mediana más baja de iniciación sexual (19 años) así como un bajo desempeño en las políticas anticonceptivas. El 30% de mujeres entre 15 y 49 años en la región no adopta métodos de planificación familiar, mientras que el promedio de hijos por mujer es el más alto (3,7 frente al 2,5 promedio en el país).

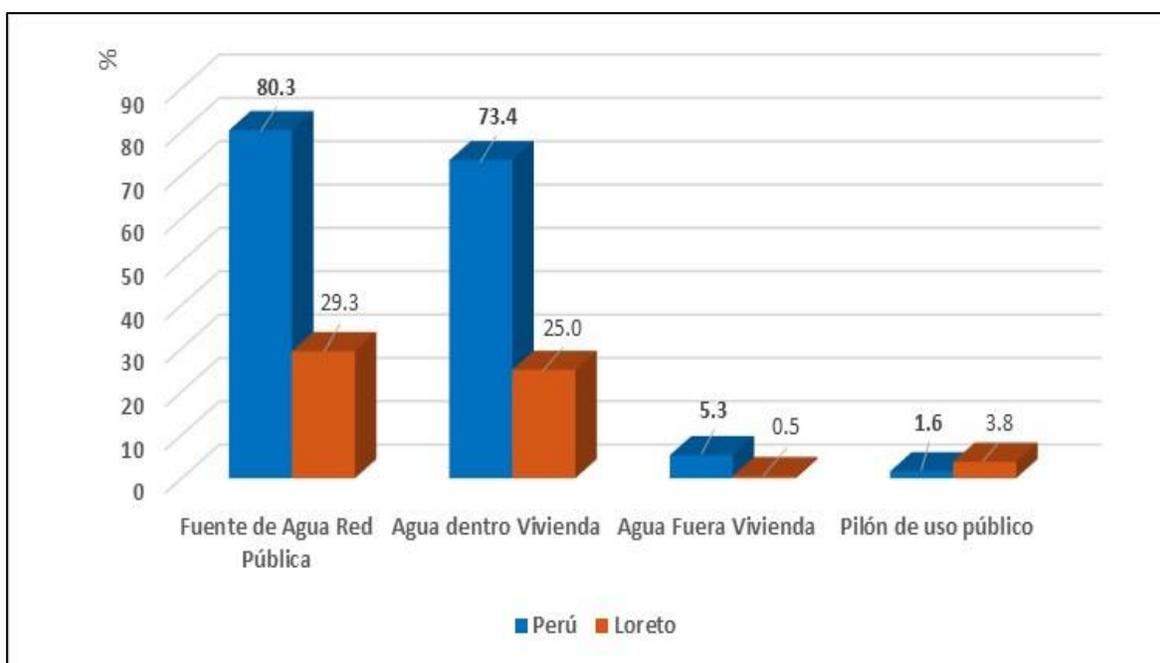
La ENDES reporta que entre los años 2010 y 2016, el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años ha descendido en 1.2%, pero se evidencia una tendencia fluctuante similar a los reportes del HIS de la DIRESA Loreto.

### 3. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

#### 3.1 Acceso al Agua

Según ENDES 2016; La proporción de viviendas con acceso de agua por Red Pública es mayor en el Perú (80.3%) que en la región Loreto (29.3%); En relación a la proporción de agua por red Pública dentro de sus viviendas el Perú cuenta 73.4% y Loreto con 25.0 % y aquellos que cuentan con agua por red Pública fuera de sus viviendas en el Perú es de 3% en Loreto 0.5%, mientras los que tienen acceso al pilón de uso público en el Perú es de 1.6% y Loreto 3.8%. (Ver gráfico N°19).

**Gráfico N°19. Región Loreto: Viviendas con acceso de Agua por Red Pública según lugar de obtención - 2016**

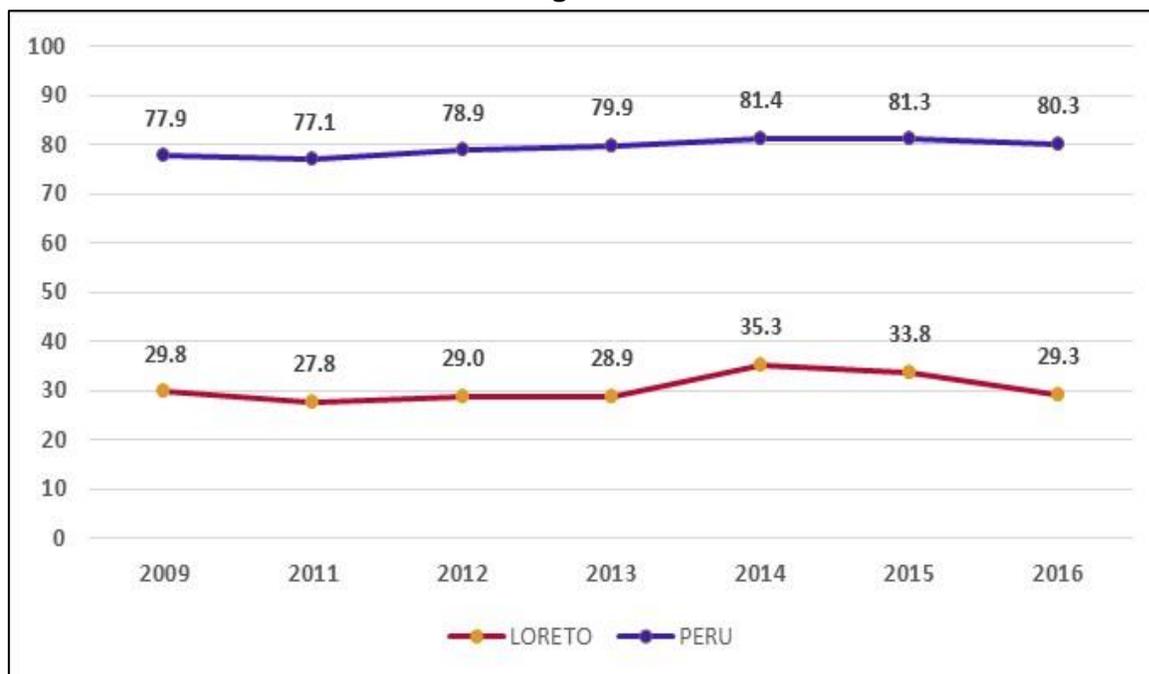


Fuente INEI - ENDES 2016.

Analizando con otros departamentos que cuentan con mayor y menor acceso al agua por red Pública encontramos que cusco (91.9%) y Junín (90.9%) son los que cuentan con viviendas con mayor proporción de viviendas con agua por Red Pública y los departamentos con menos proporción se encuentra la región Loreto con 29.3% seguida de la región Ucayali (51.3%).

A nivel nacional las viviendas con acceso de agua por red pública son superiores a la región Loreto, superando los 80% en comparación con la región Loreto que durante 7 años no superan los 35.3% como lo ocurrido en el año 2013. Si analizamos a nivel regional la evolución por años del 2009 al 2013 observamos que el incremento es mínimo, habiendo un descenso al año 2016 de 0.5% de hogares que utilizaba el agua de red pública para beber, ya sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público.

**Gráfico N° 20. Región Loreto: Viviendas con acceso de Agua por Red Pública según años 2009 - 2016**



Fuente INEI - ENDES 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

La limitada cobertura de agua potable es un problema en algunas zonas urbanas y los centros poblados rurales dispersos, a ello se agrega la necesidad de mejorar la calidad del suministro de agua segura o potable mediante conexiones domiciliarias o públicas provenientes de tanques, pozos, canales entubados, incluyendo fuentes protegidas de recolección de agua de lluvia.

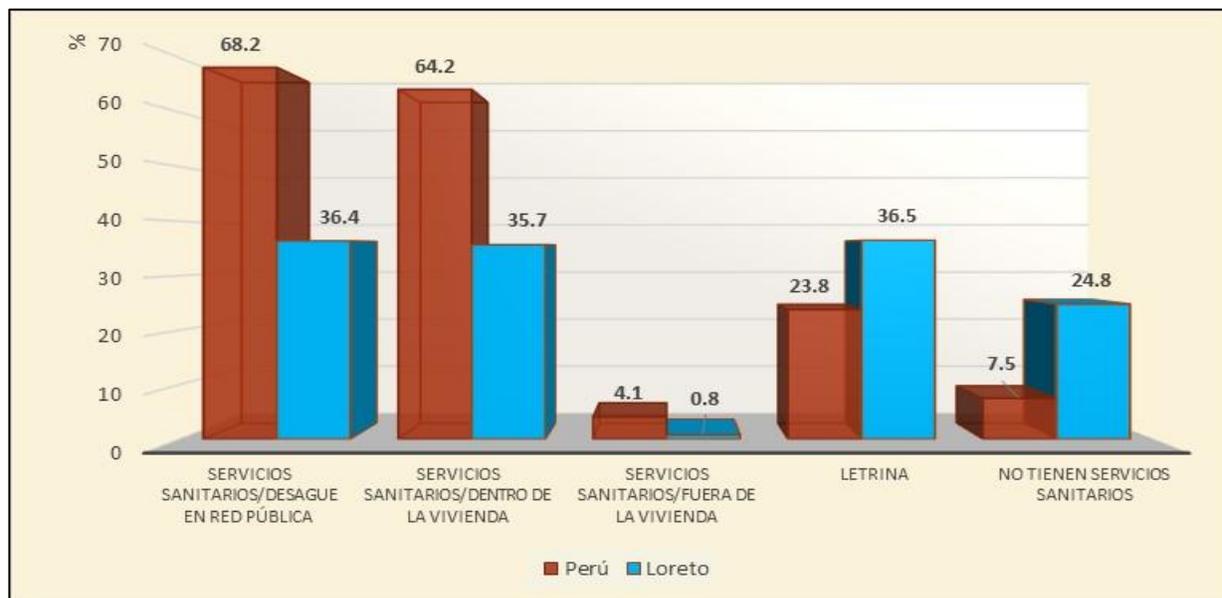
El acceso al líquido elemento de baja calidad incluyen las fuentes contaminadas como los ríos, las lagunas, incluyendo los suministradores, los camiones cisterna y las albercas y demás fuentes no protegidas. El servicio de agua potable es limitado en zonas urbanas y en zonas rurales es carente.

### 3.2 Acceso a los servicios sanitarios:

El no acceso al alcantarillado o población sin desagüe, es una situación de riesgo en la salud pública por la aparición o incremento de enfermedades. Según ENDES 2016, las mayores proporciones de hogares carentes de servicio higiénico se presentaron en los departamentos de Loreto (36.4%), Ucayali (36.5%) y Cusco (37.5%).

Según el Gráfico N° 21 muestra que el 36.4% de las viviendas de la Región de Loreto cuentan con servicios sanitarios/desagüe por red pública en comparación con datos porcentuales del Perú (68.2%). De igual manera en relación a estos servicios sanitarios que se encuentran dentro de la vivienda, observamos que solo el 35.7% se presentan en la región Loreto y en Perú las cifras son superiores (64.2%). Los servicios sanitarios fuera de la vivienda conectadas a una red pública en ambos son bajos en la región Loreto es 0.8% y en Perú 4.1%, ahora si analizamos el servicio de las letrinas vemos que el 36.5% de las viviendas cuentan con letrina y el 24.8% no cuentan con servicios sanitarios.

**Gráfico N° 21. Región Loreto: Viviendas con Servicios Sanitarios con desagüe en Red Pública. 2016**



Fuente INEI - ENDES 2016.

Al analizar el acceso a estos servicios por provincia, observamos que en el año 2007 el 69.7% de las viviendas contaban con algún tipo de servicio higiénico (red pública, pozo ciego o pozo séptico), lo cual representó un incremento del 11.3% en comparación a 1993. Este incremento es más importante en la provincia de Ucayali (26.8%) seguida de la Provincia de Mariscal Ramón Castilla (26.1%) y Loreto (21.7%). La Provincia de Maynas es la que presentó el menor incremento (5.2%). No se puede comparar estos datos en la provincia de Datem del Marañón, dado que esta provincia estaba incorporada en la provincia de Alto Amazonas en el año 1993. (Ver Tabla N° 5).

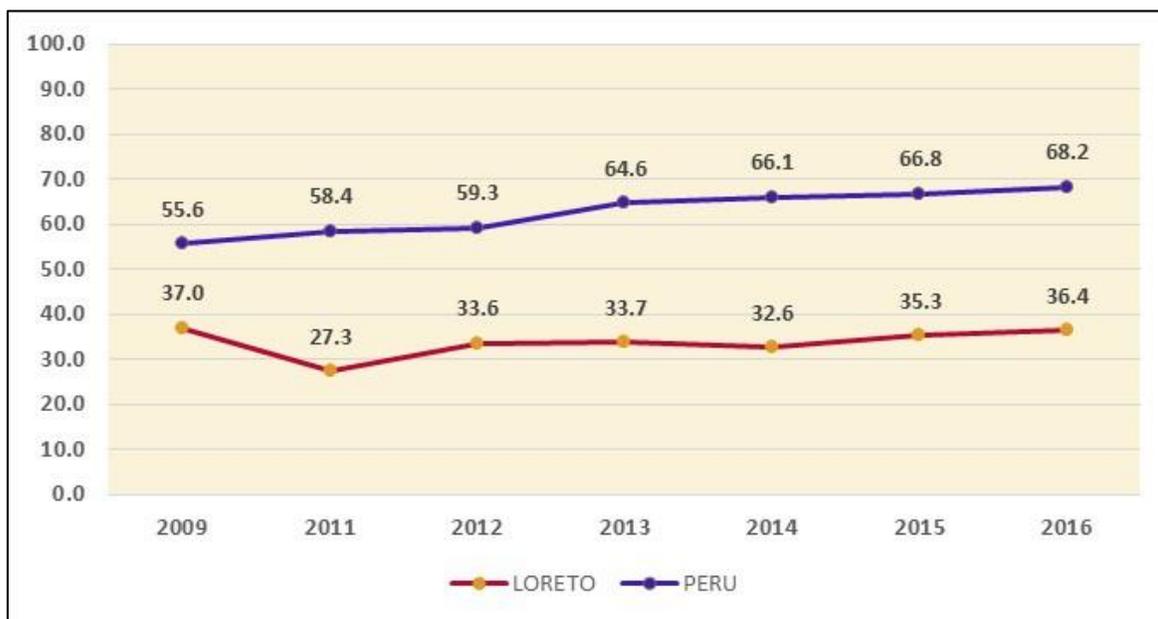
El porcentaje departamental de viviendas con acceso a adecuados servicios higiénicos es bajo, ascendiendo al 36.4%. Es así que más del 60% de la población loretana está expuesta a condiciones insalubres y al riesgo de contraer enfermedades diarreicas y Metaxénicas debido al contacto con aguas contaminadas.

**Tabla N° 5. Porcentaje de Viviendas que Tienen Acceso a Cualquier Tipo de Servicios Higiénicos. Loreto y Provincias. 1993-2007**

Provincias	1993	2007	Variación %
Alto Amazonas	32.5	53.1	20.6
Datem Del Marañón	0	32.6	-
Loreto	44.7	66.4	21.7
Mariscal Ramón Castilla	42.8	68.9	26.1
Maynas	72.6	77.8	5.2
Requena	44.7	66.2	21.5
Ucayali	42.1	68.9	26.8
<b>Regional</b>	<b>58.4</b>	<b>69.7</b>	<b>11.3</b>

Fuente: INEÍ – Censos Nacionales de los años 1993 y 2007.

El gráfico N°22, nos muestra una evolución de 7 años al acceso de Servicios Sanitarios con desagüe en red pública a nivel nacional y de la región Loreto, siendo el acceso a estos servicios a nivel nacional superior al 68.2% (2015). Mientras en la región Loreto el año 2009 arrojaba un 37%, disminuyendo 10.3% para el año 2011 (27.3%), para luego en el año 2016 alcanza un 36.4% con una disminución de 1.4% con respecto al año 2009 (37.0%).

**Gráfico N°22. Región Loreto: Viviendas con acceso a servicios sanitarios con desagüe a red Pública, según años 2009 - 2016**

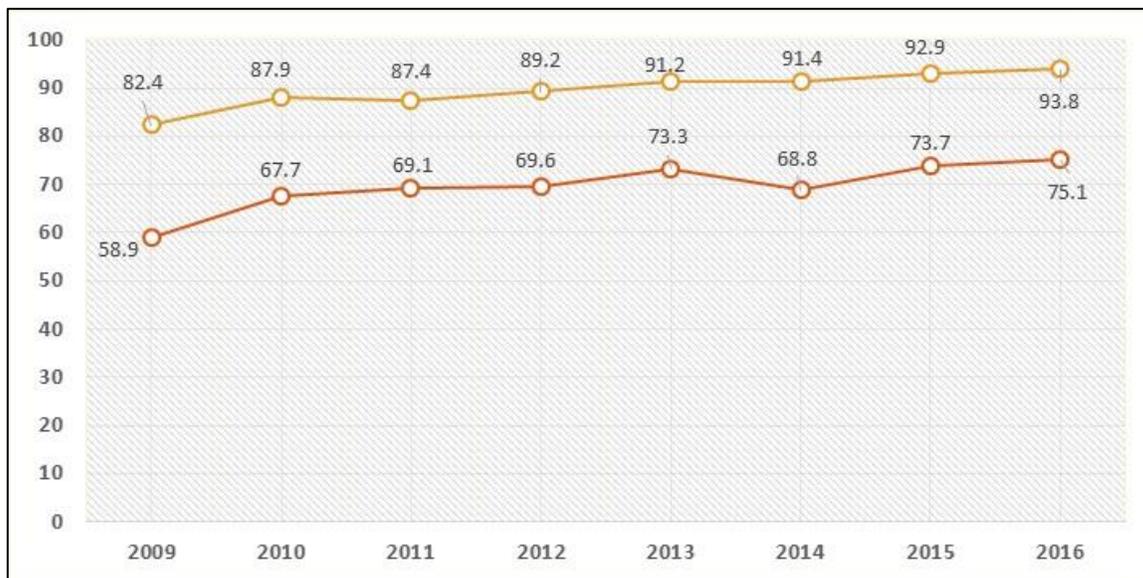
Fuente INEI - ENDES 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

### c. Acceso a Servicios Eléctricos

Entre los servicios básicos, la energía eléctrica es el que tiene mayor cobertura en los hogares del país. Sin embargo, las coberturas de servicios eléctricos en la región Loreto son inferiores en comparación al nivel nacional.

A nivel regional para el año 2016 el 75.1 por ciento de los hogares tenían acceso a este servicio, lo que constituye un incremento de 16.2 puntos porcentuales respecto a la ENDES 2009 (58.9 por ciento).

**Gráfico N° 23. Región Loreto: Viviendas con acceso a Servicios Eléctricos En Comparación con el Nivel nacional. 2009-2016**



Fuente INEI - ENDES 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

Loreto no tiene generación de energía suficiente para garantizar un desarrollo deseable en el futuro. En realidad, la situación energética del departamento es una de las más críticas del país. El costo por kilovatio es muy caro y el nivel de interrupciones del servicio de electricidad es uno de los más altos dentro del sector. También existen problemas de antigüedad de los equipos de generación térmica, del alto costo de su operación y mantenimiento y de la dificultad de conseguir los repuestos para los mismos. El costo de la energía eléctrica es excesivo y en zonas rurales es limitado solo tienen horas de energía eléctrica.

### 3.4 Acceso a la eliminación de residuos sólidos

Los residuos son los materiales desechados que ya no son necesarios por el propietario o usuario. Uno de los más grandes problemas ambientales en el país es la disposición de los residuos sólidos; Perú cuenta con 8 rellenos sanitarios para residuos sólidos domésticos y 1 relleno sanitario para residuos peligrosos. Sin embargo, cada día son generados grandes cantidades de residuos en 1 mil 838 distritos a nivel nacional.

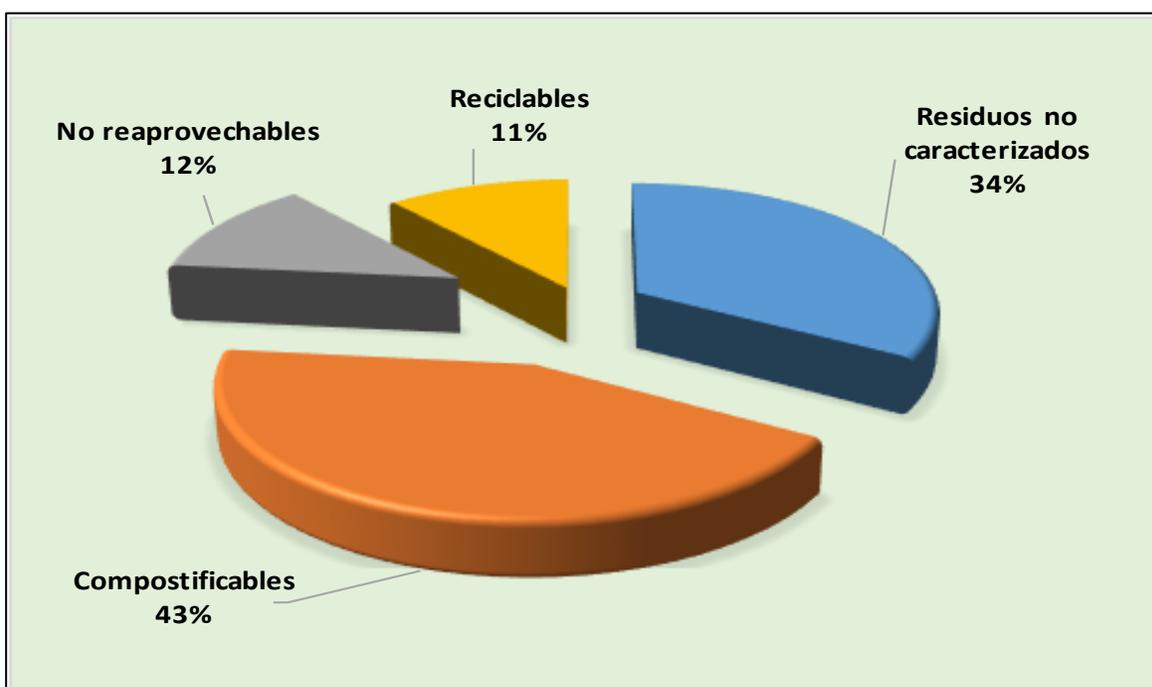
Según el “Estudios de Caracterización Física de Residuos Sólidos Municipales de la ciudad de Iquitos” realizado en el 2013 por un equipo consultor, en coordinación con el Ministerio del Ambiente, con apoyo de la Corporación Financiera Ambiental Nórdica (NEFCO); Se encontró que la generación per cápita y día de residuos sólidos municipales en Iquitos es de 0.846 Kg/hab/día, y la generación absoluta para el presente año se estima en 31,532 t/año, y de éstos la cantidad de 16,954 t/año corresponde a residuos sólidos domiciliarios.

La generación per cápita de residuos sólidos domiciliarios en los niveles socioeconómicos estudiados, varía de 0.432 Kg/hab/día en el Nivel Socio Económico- NSE- Muy Pobre hasta los 0.485 Kg/hab/día en el NSE Pobre. En cuanto al NSE Muy Pobre, se tiene una generación

per cápita de 0.432 kg/hab/día, en este mismo estrato se ha identificado que le corresponde al mayor consumo de alimentos (composición orgánica), pues en su composición presenta 67.29%, versus 61.02% y 58.83% en los NSE Pobre y No Pobre, respectivamente.

En cuanto a la composición de los residuos sólidos municipales, se presenta un potencial de reaprovechamiento del 54 %, que se subdivide en 43 % de residuos sólidos compostificables y 11 % de residuos sólidos reciclables, lo cual presenta un potencial de intervención con rentabilidad social y económica. (Ver Gráfico N°24).

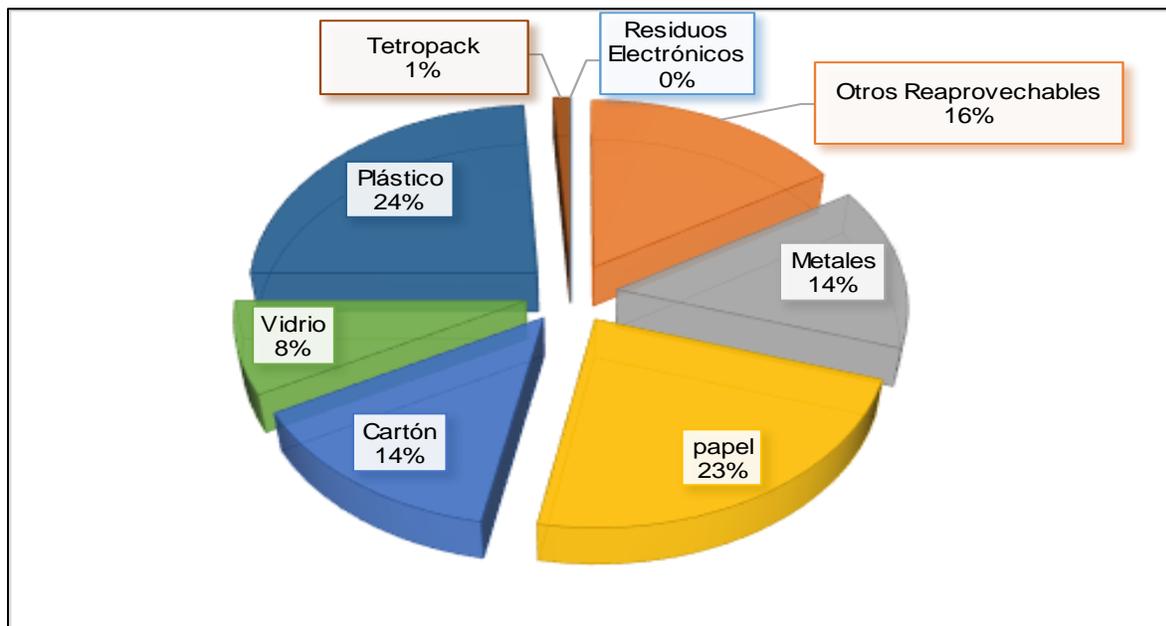
**Gráfico N° 24. Región Loreto: Composición de residuos sólidos municipales según potencial de aprovechamiento-2013**



Fuente: Ministerio del Ambiente. NEFCO. 2013.

En relación a la composición de residuos sólidos de la fracción reciclables, vemos que el 24% corresponden plásticos, seguida de los papeles con el 23%, otros reaprovechables con el 16%, lo siguen los residuos sólidos de metales y carbón con el 14% respectivamente y en menos porcentaje el vidrio (8%), Tetrapack (1%), no se presentaron los residuos electrónicos. (Ver Gráfico N°25).

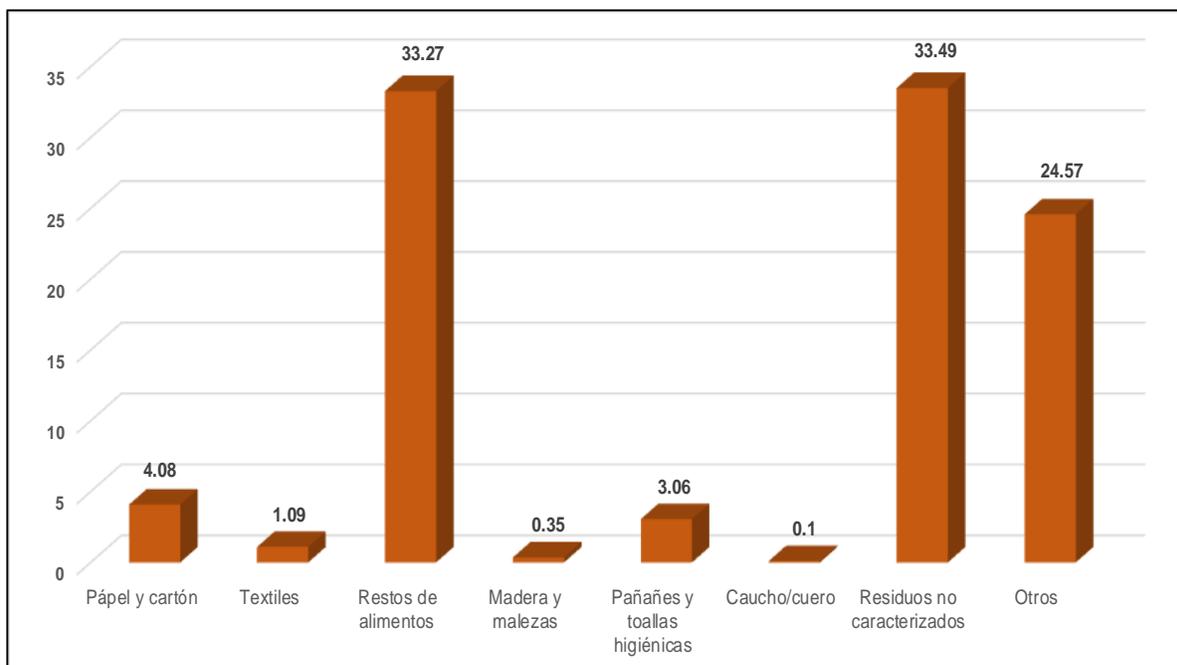
**Gráfico N° 25. Región Loreto: Composición de residuos sólidos de la fracción de reciclables municipales -2013**



Fuente: Ministerio del Ambiente. NEFCO. 2013.

De la fracción correspondiente a los residuos sólidos reciclables que representa el 11%, se ha determinado una sub composición según tipo,

**Gráfico N° 26. Región Loreto: Composición Física de residuos sólidos de acuerdo a la propuesta por el IPCC-2013**



Fuente: Ministerio del Ambiente. NEFCO. 2013.

La composición de residuos sólidos municipales en función de las directivas del IPCC presenta una composición física compuesta por restos de alimentos con el 33.27%, lo cual representa un potencial para la implementación de acciones de mitigación de GEI, tomando en cuenta las condiciones para la implementación de tecnologías de captura, quema o reaprovechamiento de gases en la infraestructura de disposición final de residuos sólidos.

La generación total de residuos sólidos en la ciudad de Iquitos está dada por la generación de residuos sólidos domiciliarios y no domiciliarios; se presentan a continuación los aportes de cada fuente de generación y los porcentajes que representa dentro de la generación total de residuos sólidos en la ciudad.

**Tabla N 6. Región Loreto. Composición Física de residuos sólidos de acuerdo a la propuesta por el IPCC-2013**

<b>Fuentes de Generación de residuos Sólidos</b>	<b>Generación de Residuos Sólidos (t/día)</b>	<b>% de Generación</b>
Generación en Domicilio	46.449	53.7
Generación de Comercio	2.658	3.07
Generación de Restaurantes	14.498	16.76
Generación de Hospedajes	0.372	0.43
Generación de Instituciones Públicas	6.652	0.88
Generación de Instituciones Educativas	1.769	2.04
Generación de Establecimientos de salud	0.018	0.02
Generación de Barrido	11.489	13.28
Generación de Mercado	8.353	9.66
Generación de Farmacias	0.132	0.15
<b>Generación Total de Residuos Sólidos Municipales al año 2013</b>	<b>86.389</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio del Ambiente. NEFCO. 2013.

La fuente de generación de residuos sólidos proveniente de los domicilios corresponde al 53.7% del total de residuos sólidos generados en la ciudad de Iquitos, seguidas de los residuos sólidos de los restaurantes con el 16.76%, luego la generación de residuos sólidos por barrido del 13.28% y el 9.66% los residuos sólidos generados por los mercados.

### 3.5 Vivienda:

La vivienda está asociada a las condiciones de vida de los hogares y de la población en general. Esta información sobre las viviendas su condición, los servicios con que cuentan y los materiales predominantes en pisos, paredes tienen una valiosa utilidad para el estudio de las condiciones y carencias básicas de la población.

#### Tipo de viviendas:

En la Tabla N° 7, se puede observar que en la región Loreto en el año 2009 predominaban las viviendas de tipo independientes (72.6%), seguidas por las viviendas de tipo chozas o cabañas con 25.8%, las viviendas de tipos independientes en el año 2015 se incrementaron en 9.6%, mientras en las viviendas de tipo chozas o cabañas disminuyeron en 9.1%.

**Tabla N° 7. Región Loreto. Porcentaje de Tipos de Vivienda Según años 2009-2015**

Tipo de Vivienda	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Casa Independiente	72.6	69.3	68.5	71.7	75.5	79.4	82.2
Choza o cabaña	25.8	29.4	28.8	27.3	23.7	20.2	16.7
Vivienda en quinta	0.6	0.4	0.4	0.3	0.1	0.3	0.2
Departamento en edificio	0.2	0	0.2	0.1	0.2	0	0
Otro Tipo	0.1	0.4	1.8	0	0	0.1	0
Vivienda en casa de vecindad	0.5	0.6	0.3	0.5	0.5	0.1	0.9

Fuente INEI – Principales Indicadores Departamentales 2009-2016.

**Tabla N° 8. Región Loreto. Porcentaje de Tipos de Vivienda Según Provincias. 2007**

Tipo de Vivienda	LORETO	Alto Amazonas	Datem del Marañón	Loreto	Maynas	Ramón Castilla	Requena	Ucayali
Casa Independiente	78.6	71.5	91.4	76.1	81.9	59.4	82.4	78.1
Choza o cabaña	16.9	25.6	6.9	22.2	12.9	38.1	15.8	19.0
Vivienda en quinta	02.6	1.5	0.7	0.8	3.9	1.1	0.6	1.5
Vivienda. Improvisada	00.6	0.6	0.2	0.0	0.7	0.0	0.5	0.4
Departamento en edificio	00.4	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0
Casa Vecindad	00.3	0.3	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0	0.2
Hotel, hospedaje	00.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.6	0.2	0.3
Otros (calle, pensión, aldea infantil, orfanato, cárcel, asilo)	00.1	0.1	0.6	0.2	0.1	0.8	0.5	0.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>							

Fuente INEI – Censo de Población y de Viviendas 2007.

Según el Censo de Población y Vivienda del 2007, se observa que a nivel provincial se repite este tipo de distribución, siendo la provincia de Datem del Marañón la que cuenta con más viviendas del tipo casa Independiente (91.4%) mientras que Mariscal Ramón Castilla sólo cuenta con un 59.4% de este tipo de vivienda. En el tipo Choza o Cabaña la provincia de Mariscal Ramón Castilla cuenta con un 38.1%, mientras que Datem del Marañón solo tiene

un 6.9%. En la provincia de Maynas se encuentran viviendas del tipo Departamento en Edificio, que representa el 0.6% del total provincial.

### Material de las Paredes:

En la región Loreto, los dos materiales predominantes en la construcción de las paredes de las viviendas son las hechas con ladrillo y con madera, según los datos del INEI de los años 2009 -2015, se aprecia esta tendencia durante los 7 años. Comparando entre los años 2009 y 2015; Predomina en el año 2009 las viviendas hechas con Ladrillo (31.2%) y en el 2015 (30.8%), habiendo una ligera disminución de 0.4%, mientras que las viviendas con paredes de Madera se han incrementado en 9.2% de 47.1% en el año 1993 a 56.3% en el año 2007. (Ver Tabla N° 9).

**Tabla N° 9. Región Loreto. Porcentaje de Tipos de Vivienda Según Material Predominante de las Paredes. 2009-2015**

Material predominante de las paredes	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ladrillo/Bloque de cemento	31.2	31.7	28.6	31.6	29.1	30.4	30.8
Madera	47.1	46.9	51	49.7	56.9	55.2	56.3
Quincha(caña o barro)	0.4	0.1	0.1	0.5	0.3	0.2	0
Adobe	0	0.1	0.3	0.1	0.4	0.2	0.3
Tapia	0	0.1	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1
Piedra con barro	0.2	0	0	0.1	0.1	0.1	0
Estera	0.4	0	0.6	0.7	0.5	0.7	0
Otro material	20.1	21	19	17	12.4	13.1	12.3

Fuente INEI – Principales Indicadores Departamentales 2009-2016.

**Tabla N° 10. Región Loreto. Porcentaje de Tipo de Material de las Paredes de las Viviendas (Ladrillo y madera), Según Provincias. Años 1993 y 2007.**

Provincia	Ladrillo		Madera	
	1993	2007	1993	2007
Alto Amazonas	11.8	20.6	78.8	71.1
Datem del Marañón	--	2.2	--	86.5
Loreto	2.5	5.2	89.4	89.3
Mariscal Ramón Castilla	1.2	4	94.7	93.5
Maynas	33.1	44.4	60.6	52.2
Requena	2.6	6.6	94.1	91.1
Ucayali	1.6	3.5	93.4	93.2
<b>Regional</b>	<b>21.6 (6.3)</b>	<b>27.9</b>	<b>71.8 (-5.2)</b>	<b>66.6</b>

Fuente INEI – Censo de Población y de Viviendas 2007.

La Tabla N° 10, nos muestra la variabilidad porcentual entre las viviendas construidas con paredes de ladrillo y madera de los años 1,993 y 2007. Observando que las viviendas cuyas paredes fueron construidas con ladrillo que en el año 1993 fueron de 21.6% y en el 2007 de 27.9% habiendo un incremento de 6.3%. En relación a las paredes hechas con madera hubo una disminución de 5.2%, entre los años 1993 (71.8%) y 2007 (66.6%).

Así mismo según Provincias, se observa que en el año 2007 las provincias que tienen más viviendas cuyas paredes fueron construidas con ladrillo se encuentran la Provincia de Maynas con el 44.4% y la provincia de Alto Amazonas (20.6%); Mientras las provincias en donde más predominan las paredes construidas con madera se encuentran las provincias de Mariscal Ramón Castilla con 93.5% y la provincia de Ucayali (93.2%).

### Material de los Pisos

La importancia de investigar el piso de las viviendas tiene relación con problemas de salud, en especial de la población infantil.

En Loreto, el material que predominaba en los pisos de las viviendas en 7 años consecutivos 2009-2015 era la de tierra, madera y cemento. En el año 2009 predominaba las viviendas cuyos pisos eran de cemento/ladrillo con el 29.6%, Tierra/Arena (27.6%) y Madera (27.5%) mientras en el año 2015 predominaba los pisos de madera con 35.8%, cemento/Ladrillo (32.5%) y Tierra/Arena (21.7%).

Las viviendas cuyos pisos son de material de tierra/arena disminuyeron en un 5.9% entre los años 2009 (27.6%) y 2015 (21.7%), mientras los pisos hechas de Madera (35.8%) y cemento (32.5%) aumentaron en un 8.3% al 2015.

**Tabla N<sup>o</sup> 11. Porcentaje de Viviendas por material predominante en los pisos en la región Loreto. Años 2009-2015**

Material predominante de los pisos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tierra/Arena	27.6	26.3	26.3	22.4	22.4	25.8	21.7
Madera	27.5	26.2	29.1	30.3	32.8	32.7	35.8
Cemento/Ladrillo	29.6	31.9	30.1	32.9	33.3	30.4	32.5
Láminas asfálticas	0.4	0.1	0.3	0.2	0.2	0.8	0.2
Lozetas, Terrazas o similares	4.2	3.6	4.4	4.6	3.9	5.1	4.5
Parquet o madera pulido	0.1	0.5	0.5	0.4	0.1	0.1	0.3
Otro	10.6	11.3	9.3	9.2	7.3	5.2	5.0

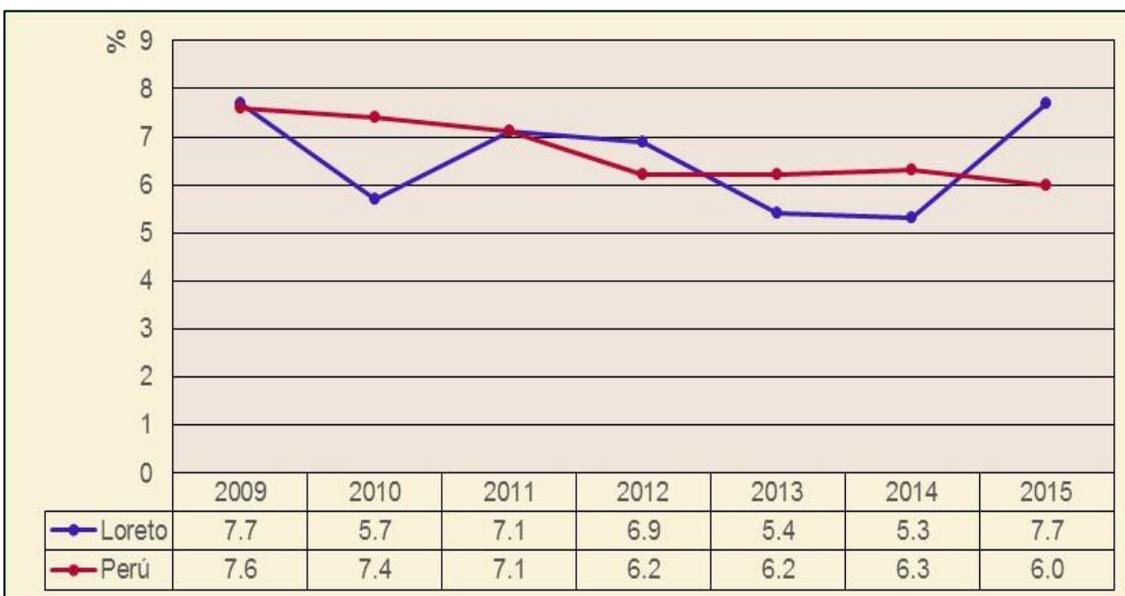
Fuente INEI – Principales Indicadores Departamentales 2009-2016.

### 3.6 Analfabetismo:

Se considera a una persona como analfabeta cuando tiene 15 y más años de edad y no sabe leer ni escribir. La Tasa de analfabetismo en la región Loreto para la población de 15 años a más entre los años 2009 al 2015 es variable, en comparación con la tasa de alfabetismo en el Perú la tasa de analfabetismo en la región Loreto fueron menos en los años 2010, 2013 y 2014. Siendo el comportamiento en el 2010, Loreto (5.7%), Perú (7.4%), igual se repite esta tendencia en el año 2013, Loreto (5.4%), Perú (6.2%), en el 2014, Loreto (5.3%), Perú (6.3%).

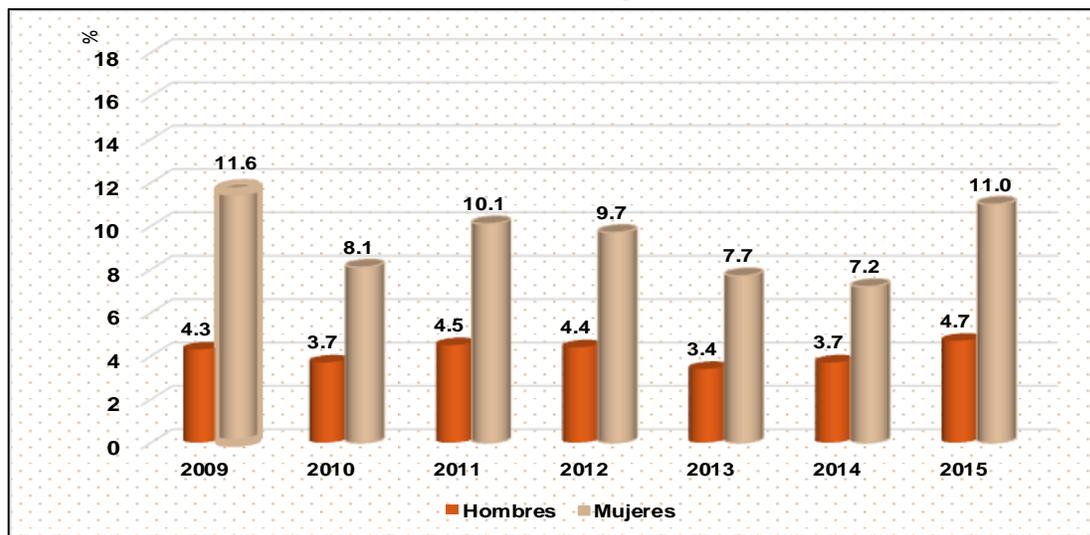
En la región Loreto se observa que la Tasa de Analfabetismo en el 2015 no sufrió variación alguna en el año 2009 la tasa de analfabetismo fue del 7.7%, habiendo una disminución en el año 2010 a 5.7%, en el año 2013 y 2014 hay una disminución de 5.4% y 5.3% respectivamente, habiendo un incremento en el año 2015 a 7.7% que se iguala a lo ocurrido en el 2009

**Gráfico N° 27. Región Loreto. Distribución Porcentual de Analfabetismo en la Población de 15 a más años 2009-2015.**



Fuente INEI – Principales Indicadores Departamentales 2009-2016.

**Gráfico N° 28. Región Loreto. Distribución Porcentual de Analfabetismo de la población de 15 a más años según Sexo 2009-2015**



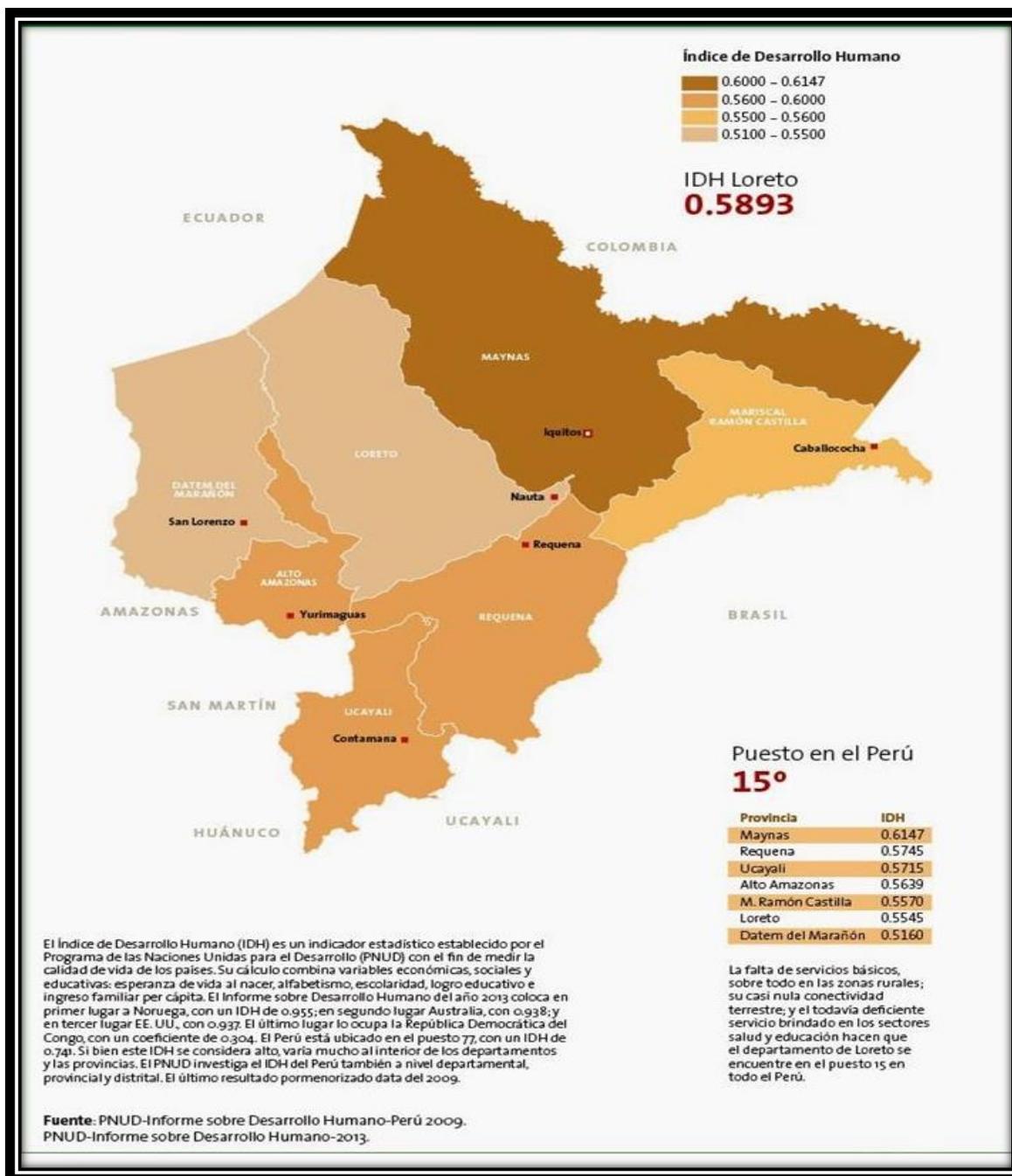
Fuente INEI – Principales Indicadores Departamentales 2009-2016.

En el Gráfico N°28. En relación a la Tasa de Analfabetismo en la población de 15 años a más según sexo, se observa evidentemente que las tasas de analfabetismo son mayores en las mujeres que en los hombres; En el año 2009 la tasa de Analfabetismo en las mujeres fue de 11.6% y 11.0% en el 2015 habiendo una disminución durante los 5 años de 0.6%. Sin embargo, la tasa de analfabetismo en hombres ha aumentado en 0.4% entre los años 2009 (4.3%) y 2015 (4.7%).

### 3.7 Índice de Desarrollo Humano (IDH).

El desarrollo humano tiene por objetivo ampliar las oportunidades de las personas, prestando especial atención a la riqueza de las vidas humanas y no solamente a la riqueza de las economías. El IDH se determina en función de tres aspectos considerados básicos: Salud (la vía para una vida larga y saludable), Educación (la vía para abrir oportunidades) e Ingresos (la vía para lograr un nivel de vida digno). Es un indicador que trata de representar el adelanto medio del ingreso de un país más allá de las consideraciones económicas.

**Mapa N° 7. Región Loreto: Índice de Desarrollo Humano por Provincias - 2012**



Según el programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), en su informe del año 2013, con la data del 2009, coloca al departamento de Loreto en el puesto 15° en el Perú, con un IDH de (0.5893), considerado como mediano desarrollo. Las Provincia con más alto IDH se encuentra la provincia de Maynas con 0.6147 y la provincia con más bajo IDH está el Datem del Marañón con 0.5160. (Mapa N° 7).

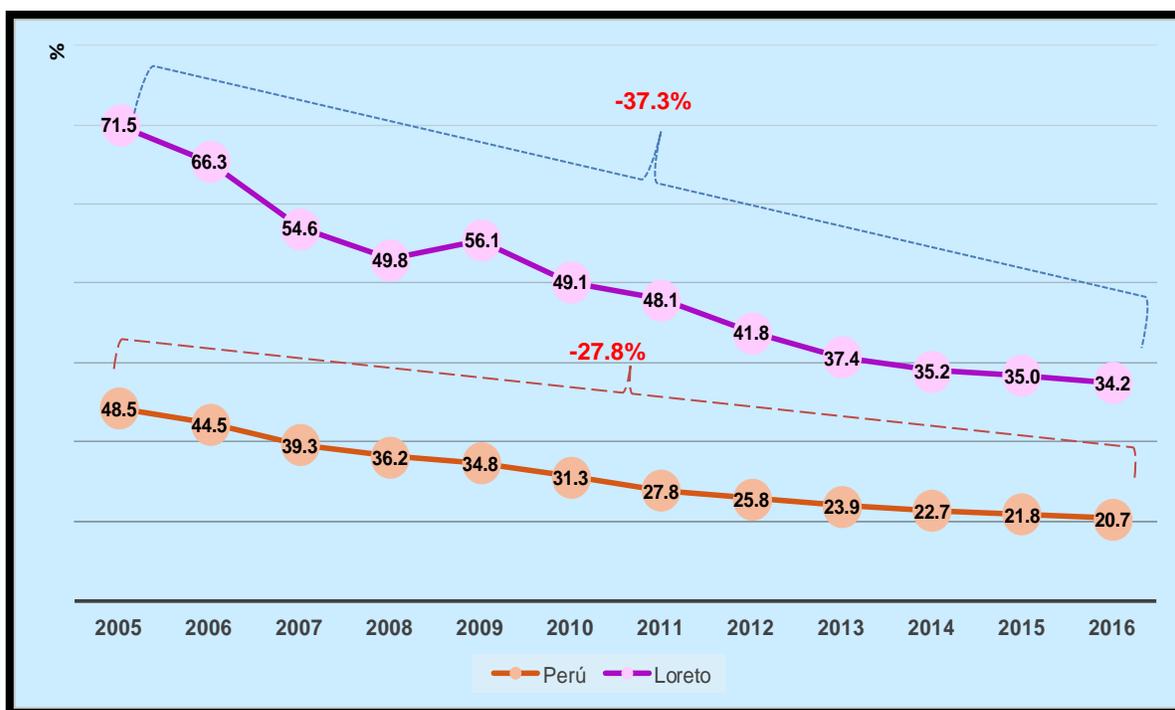
### 3.8 Pobreza.

Son considerados **pobres** aquellos que no pueden cubrir el costo promedio mensual de la canasta básica de consumo, compuesta por alimentos y otros bienes, valorizada en S/328 por persona. Para el INEI, aquellos no logran cubrir ese valor (línea de pobreza) son considerados pobres.

La **línea de pobreza** es el valor monetario con el cual se contrasta el gasto per cápita mensual de un hogar para determinar si está en condiciones de pobreza o no.

En el gráfico N° 29, se presenta los valores de la línea de pobreza de la región Loreto en comparación con los niveles de pobreza del nivel nacional para el período 2005- 2016, observando una tendencia al descenso para ambos ámbitos, en estos 11 años hubo un descenso de la pobreza a nivel regional de -37.3%, mientras para el Perú fue del -27.8%.

**Gráfico N° 29. Región Loreto. Evolución de la línea de Pobreza (%) 2005-2016**



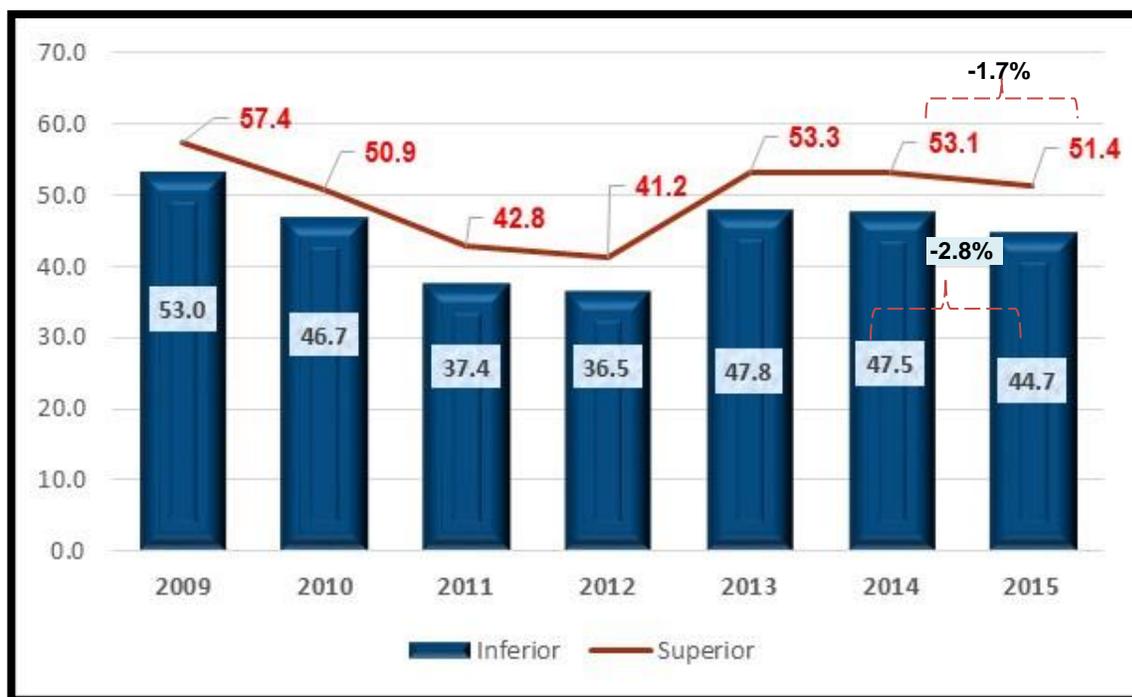
Fuente INEI – Oficinas Sectoriales de Estadística 2009-2015.

### Pobres monetarios.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática, se considera a las personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.). Son pobres extremos aquellas personas que integran hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos.

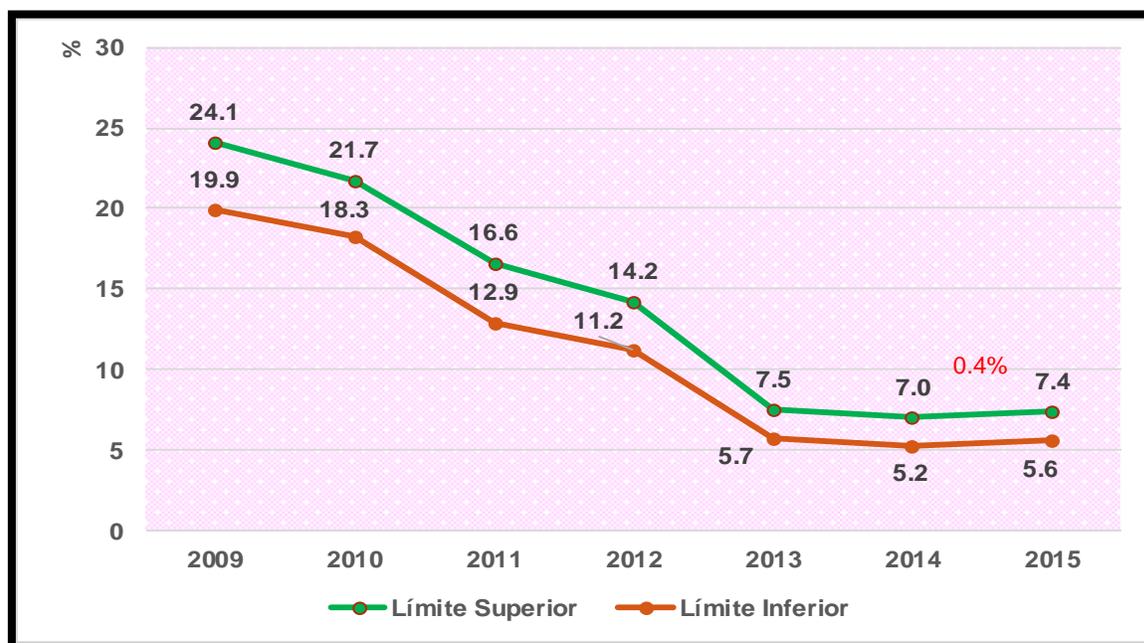
En el Gráfico N° 30. Se observa que la incidencia de **Pobreza Monetaria Total** en la región Loreto, ha disminuido entre los años 2009 al 2015, en el límite superior de -6.0% y en el límite inferior a un -8.3%, siendo el porcentaje actual (2015) en el límite superior de 51.4% y del límite inferior de 44.7%. Al comparar con el nivel obtenido en el año 2014 y el año 2015, la incidencia de la pobreza disminuyó en -1,7% en el límite superior y en el límite inferior un -2.8%.

**Gráfico N° 30. Región Loreto. Incidencia de la Pobreza Monetaria Total, por Intervalo de confianza (Límite Superior y límite Inferior). 2009-2015**



Fuente INEI – Oficinas Sectoriales de Estadística 2009-2015.

El Gráfico N° 31, nos muestra una reducción significativa de la incidencia de la **Pobreza Monetaria Extrema** en la región Loreto entre los años 2009-2015, en el límite superior de -16.7% y del límite inferior de -14.3%, pero al analizar la incidencia entre los años 2014 y 2015 hay un ligero incremento tanto en el límite superior (0.4%) como del límite inferior de 0.4%.

**Gráfico N° 31. Región Loreto. Incidencia de la Pobreza Monetaria Extrema, por Intervalo de confianza (Límite Superior y límite Inferior). 2009-2015**

Fuente INEI – Oficinas Sectoriales de Estadística 2009-2015.

**La Robustez de las cifras de la pobreza total** en el año 2016, estableció seis grupos departamentales, en el primer grupo con incidencia de pobreza más alta que fluctúan entre 43,8% y 50,9%, se ubican dos departamentos: Cajamarca y Huancavelica. En el **segundo grupo** con tasas de pobreza que se ubican entre 32,4% y 36,1% están: Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huánuco, Loreto, Pasco, Piura y Puno. El tercer grupo de departamentos con incidencia de pobreza entre 20,6% y 46 Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016 24,7% lo integran Áncash, Cusco, La Libertad, y San Martín. En el cuarto grupo con tasas de pobreza que se ubican entre 14,0% y 18,1% se encuentran los departamentos de, Junín, Lambayeque y Tacna. El quinto grupo con incidencia de pobreza entre 9,6% y 12,0% se encuentran: Arequipa, Madre de Dios, Moquegua, Provincia Constitucional del Callao, Provincia de Lima, Región Lima, Tumbes y Ucayali. En el último grupo con la tasa de pobreza más baja, se encuentra Ica, con niveles de pobreza de 1,8% y 4,3%. (Ver Tabla N° 12)

**La Robustez de las cifras de la pobreza Extrema**, permitió determinar para el año 2016, cinco grupos de departamentos con niveles de pobreza extrema semejantes, el primer grupo lo integra Cajamarca con tasa de pobreza extrema entre 16,6% y 23,3%. El segundo grupo de departamentos con tasas de pobreza extrema entre, 7,7% y 9,8% se encuentran: Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, **Loreto**, Pasco y Puno. En el tercer grupo de departamentos Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016, 53 con tasa de pobreza extrema que se ubica entre 3,9% y 5,7% se encuentran: Áncash, La Libertad, Piura y San Martín. El cuarto grupo de departamentos con tasas de pobreza extrema, entre 1,3% y 2,5% lo integran: Cusco, Junín y Ucayali. Finalmente, el quinto grupo de departamentos conformado por Arequipa, Ica, Madre de Dios, Moquegua, Provincia Constitucional del Callao, Provincia Lima, Región Lima, Tacna y Tumbes, se caracterizan por haberse prácticamente erradicado la pobreza extrema. (Ver Tabla N°13).

**Tabla N° 12. Perú: Grupos de Departamentos con niveles de pobreza Total Estadísticamente Semejantes – 2016**

GRUPOS	Departamentos	Intervalo de Confianza al 95%	
		Límite Superior	Límite Inferio
Grupo 1	Cajamarca, Huancavelica	43.8	50.9
Grupo2	Amazonas, Apurimac , Ayacucho, Huánuco Loreto, Pasco, Piura , Puno	32.4	36.1
Grupo 3	Ancash, Cuzco, La Libertad, San Martín	20.6	24.7
Grupo 4	Junín, Lambayeque, Tacna,	14	18.1
Grupo 5	Arequipa, Madre de Dios, Moquegua, Provincia Callao, Provincia Lima, Región Lima, Tumbes, Ucayali	9.6	12.0
Grupo 6	Ica	1.8	4.3

Fuente INEI – Informe Técnico de la Evolución de la pobreza monetaria 2007-2016

**Tabla N° 13. Perú: Grupos de Departamentos con niveles de pobreza Extrema Estadísticamente Semejantes – 2016**

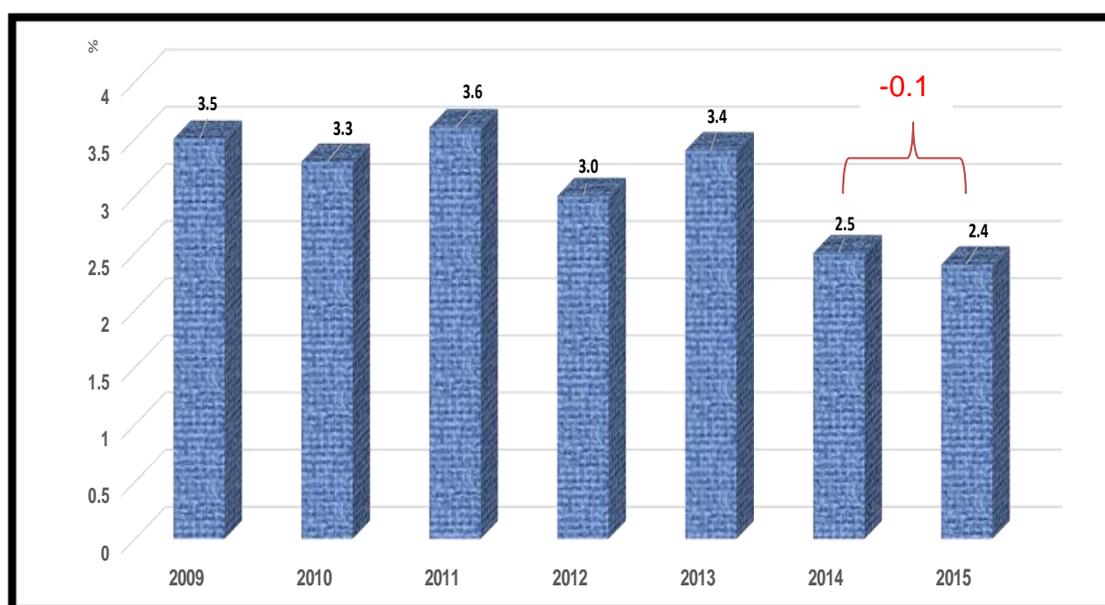
GRUPOS	Departamentos	Intervalo de Confianza al 95%	
		Límite Superior	Límite Inferio
Grupo 1	Cajamarca	16.6	23.3
Grupo2	Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco Loreto, Pasco, Puno	7.7	9.8
Grupo 3	Ancash, Apurimac, La Libertad, Piura, San Man Martín	3.9	5.7
Grupo 4	Cusco, Junín, Lambayeque, Ucayali.	1.3	2.5
Grupo 5	Arequipa, Ica, Madre de Dios, Moquegua, Provincia Callao, Provincia Lima, Región Lima, Tacna, Tumbes.	0.1	0.4

Fuente INEI – Informe Técnico de la Evolución de la pobreza monetaria 2007-2016

### 3.9 Empleo y ocupación:

Según el INEI, el 2016 se registraron 16 millones 197,100 personas con empleo en el Perú, reflejando un aumento de 1.8 % respecto al 2015, en base a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Es decir que en los últimos 10 años (2007-2016) la población ocupada a nivel nacional aumentó en 2 millones 514,000 personas a una tasa promedio anual de 1.7 %, es decir, 251,000 personas por año.

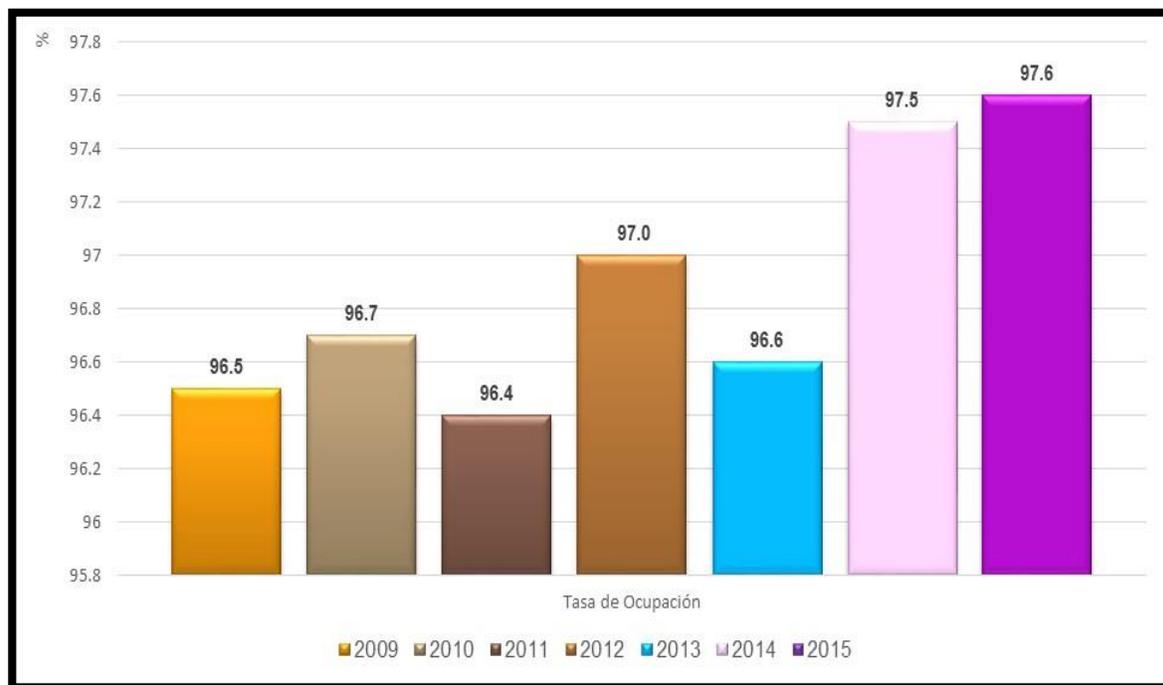
**Gráfico N° 32. Región Loreto: Tasa de Desempleo 2009 – 2015**



Fuente INEI- ENAHO 2009-2015.

En la región Loreto, observamos que la **Tasa de Desempleo** en los años del 2009 al 2015 ha sufrido una disminución relativa del -1.1% de 3.5% a 2.4% en los años respectivos, mientras entre los años 2014 y 2015 disminuyó un -0.1%. (Gráfico N° 32).

**Gráfico N°33. Región Loreto: Tasa de Ocupación 2009 – 2015**



Fuente INEI- ENAHO 2009-2015.

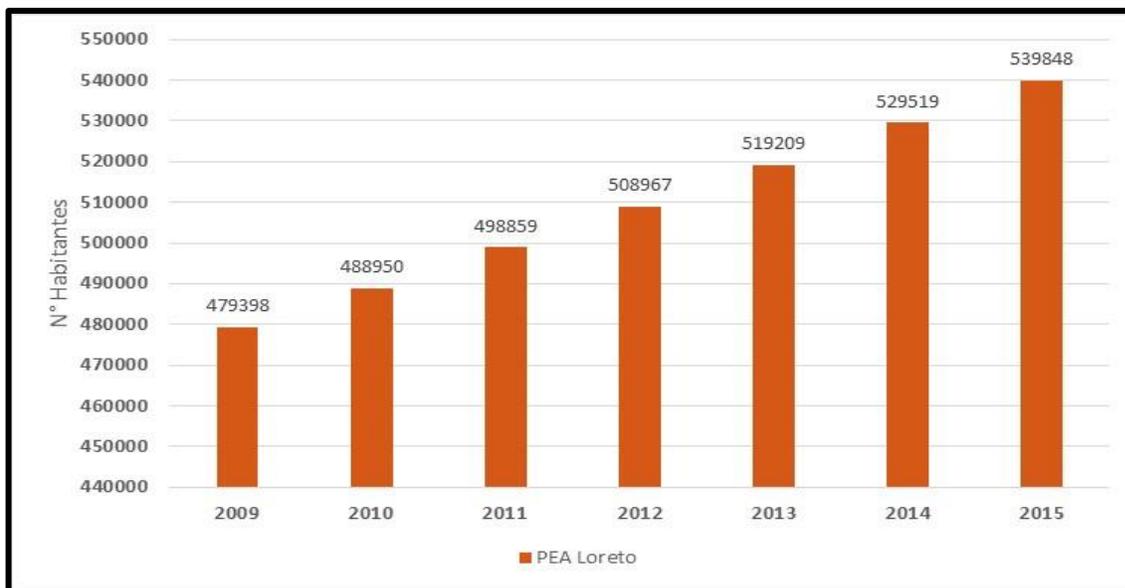
La **Tasa de Ocupación** se incrementó entre los años 2009 (96.5%) al 2015 (97.6%) a 1.1%; Al comparar con el nivel obtenido en el año 2014, la incidencia de la tasa de desempleo se incrementó en 0.1%. (Gráfico N° 33).

### 3.10 Población Económicamente Activa (PEA)

La población económicamente activa (PEA) o fuerza de trabajo, la integran las personas que están ocupadas y las que buscan estarlo. La PEA total en la región Loreto para el año 2015, asciende a 539,848 personas, el 69.7% pertenecen al área urbana y el 30.3% al área rural, la PEA masculina representa el 60.0% (32,5149 hab.) y la PEA femenina el 40% (219,699 hab.), Con un ritmo de crecimiento anual de 9,000 a 10,000 habitantes que se incorporan anualmente a la PEA en la región Loreto, lo que representa el 2% anual.

En el año 2015, la PEA ocupada según tipo de empleo; El 18.1% tienen empleo formal de ello el 20% son del sexo masculino y el 80% son del sexo femenino y en relación al 81.9%, del empleo informal el 15.2% son del sexo masculino y el 84.8% son del sexo femenino.

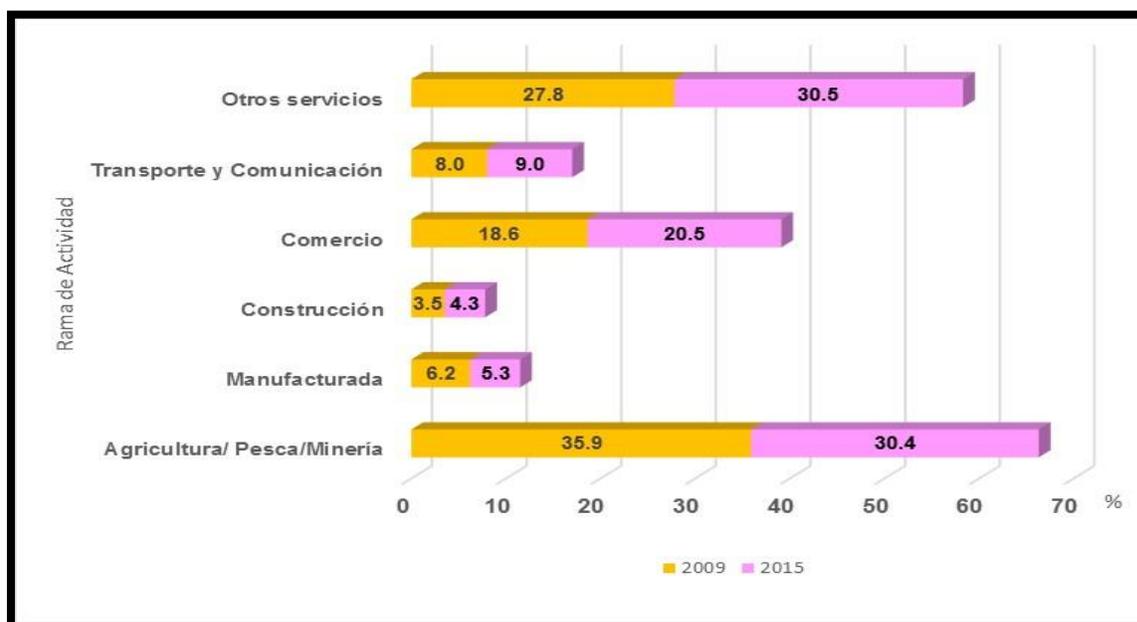
**Gráfico N° 34. Población Económicamente Activa (PEA) 2009-2015. Región Loreto.**



Fuente INEI- Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Económicamente Activa, Urbana y Rural por Sexo y Grupos de Edad, según Departamento, 2000 - 2015.

El gráfico N° 35. Nos muestra la PEA ocupada según rama de actividad de la región Loreto, comparando los años 2009 y 2015, se observa que en la rama de agricultura, pesca y minería hubo una disminución de la PEA ocupada de 35.9% a 30.4%, esta disminución también se presentó en la rama de manufactura de 6.2% a 5.3%. Sin embargo en las ramas de transporte y comunicación hubo un incremento de 8.0% a 9.0%, en la rama de comercio de 18.6% a 20.5%, este incremento también ocurrió en la rama de construcción de 3.5% a 4.3%.

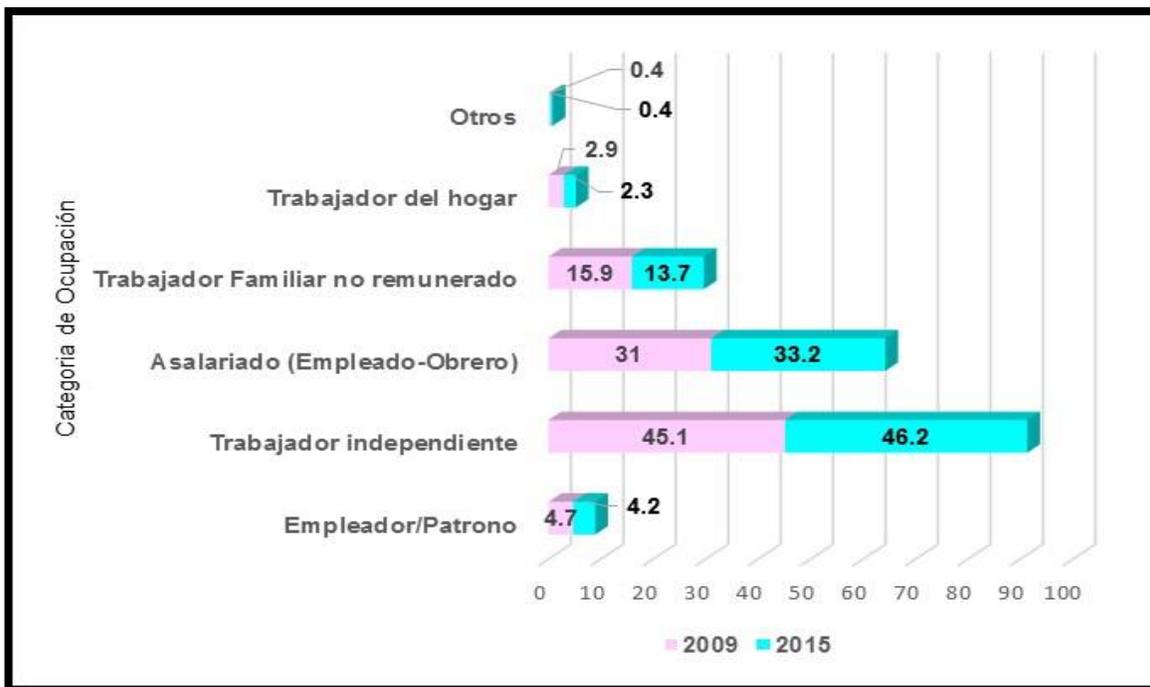
**Gráfico N° 35. Región Loreto: Población Económicamente Activa (PEA) Ocupada según Rama de Actividad. 2009 y 2015**



Fuente INEI- ENAHO 2009-2015.

Al analizar la PEA ocupada según categoría de ocupación entre los años 2009 y 2015, se observa un incremento en la categoría de la PEA ocupada de trabajador independiente de 45.1% a 46.2%, Asalariado (Empleado, Obrero) de 31.0% a 33.2%, sin embargo, hay reducción en las categorías de trabajador familiar no remunerado de 15.9% a 13.7%, trabajador del hogar de 2.9% a 2.3% y finalmente en la categoría de Empleador /patrón de 4.7% a 4.2%. (Ver gráfico N°36).

**Gráfico N° 36. Región Loreto: Población Económicamente Activa (PEA) Ocupada según Categoría de Ocupación. 2009 y 2015**



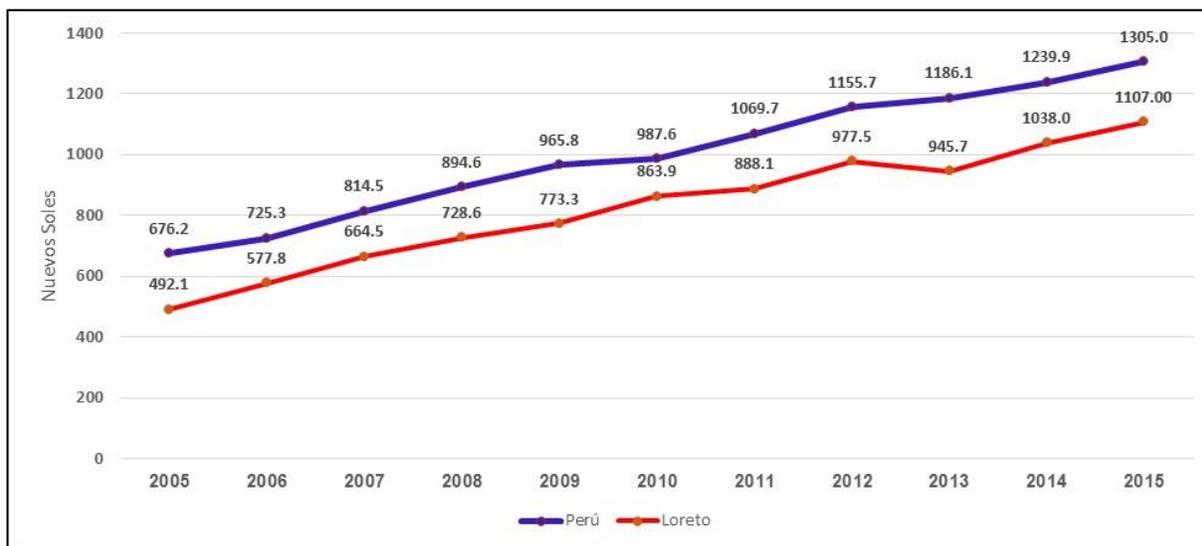
Fuente INEI- ENAHO 2009-2015.

### 3.11 Ingresos

En el gráfico N° 37, se observa el promedio mensual provenientes del trabajo a nivel nacional y de la región Loreto, en ambos ámbitos se observa que hay un incremento desde el año 2005 al 2015, es notorio que los ingresos son más a nivel nacional.

En la región Loreto el incremento de ingresos entre los años 2005 al 2015 fue de S/.614.9 de S/.492.1 en el 2009 a S/.1107.0 en el 2015. En comparación entre los años 2014 y 2015 el incremento de sus ingresos promedio mensual fue de S/.69.0 de S/.1038.0 (2014) a S/.1107.0 (2015).

**Gráfico N° 37. Ingreso promedio mensual provenientes del trabajo de la región Loreto en comparación con el nivel nacional. 2005-2015**

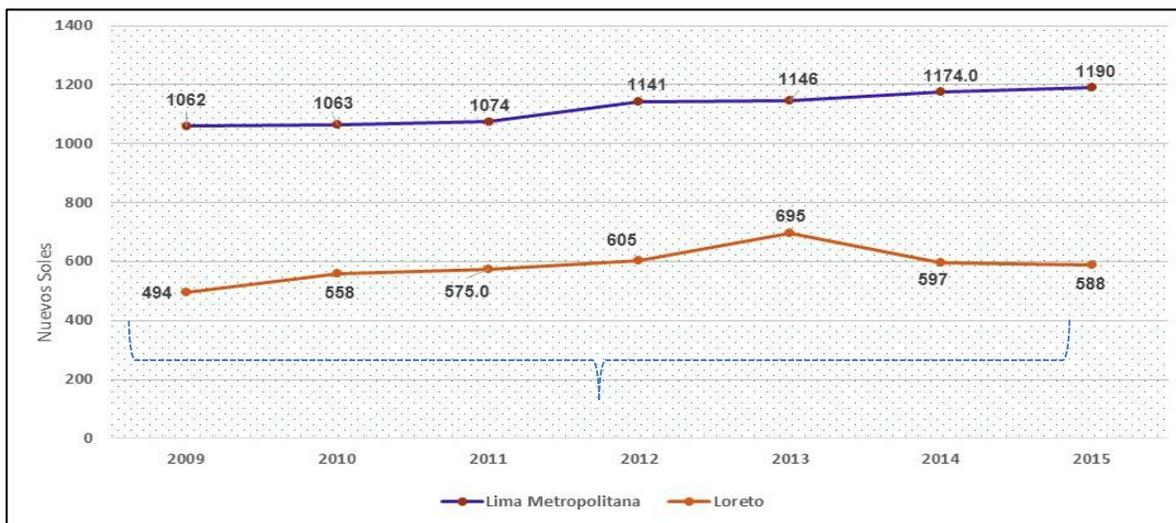


Fuente INEI- ENAHO 2005-2015.

**Ingreso Real Promedio Per Cápita Mensual**

Para el caso del ingreso real promedio per cápita mensual según los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Hogares, se tiene el análisis de los años 2009 al 2015, observando que el ingreso real promedio per cápita mensual en Lima metropolitana es dos veces más que el de la región Loreto; Mientras el 2015 en Lima metropolitana el ingreso real promedio mensual fue 1192 nuevos soles (n.s) en la región de Loreto era de 588 nuevos soles. Observando además que el incremento del Ingreso real Promedio Per cápita Mensual en la región Loreto del 2009 al 2015 fue de 94 nuevos soles. (Gráfico N°38).

**Gráfico N° 38. Ingreso Real Promedio Per Cápita Mensual de la región Loreto en comparación con Lima metropolitana. 2009-2015**  
(Soles constantes base=2015 a precios de Lima Metropolitana)



Fuente INEI- ENAHO 2009-2015.

---

**CAPITULO III**

**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA  
OFERTA**

---

## 1. INFRAESTRUCTURA SANITARIA

En el año 2016, se registraron a nivel de la región Loreto 510 Establecimientos de Salud (EE. SS), de ellos el 76% corresponden al Ministerio de Salud (MINSA) y el 24% a otros efectores de la salud.

El sistema sanitario público del departamento de Loreto hasta el 2016 estuvo conformado por 6 unidades ejecutoras. La principal es la DIRESA Loreto que concentra el 76% de los establecimientos de salud (EESS) en el departamento, la Red de Salud Yurimaguas presenta el 24% de los establecimientos, mientras que la Red Datem del Marañón concentra el 13%. El resto de unidades ejecutoras están representadas por el Hospital de Apoyo de Iquitos, el Hospital Regional Felipe Santiago Arriola y el Hospital de Santa Gema de Yurimaguas.

La DIRESA Loreto, le corresponde 386 Establecimientos de Salud, que incluyen 3 Hospitales (Hospital Regional de Loreto, Nivel III-1. El Hospital Iquitos Nivel II-2 y Hospital Santa Gema de Yurimaguas Nivel II-1), 295 Puestos de Salud I- 1, 32 Puestos de Salud I-2, 45 Centros de Salud I-3 y 10 Centros de Salud I-4 y finalmente 1 Laboratorio de Salud Pública sin categoría.

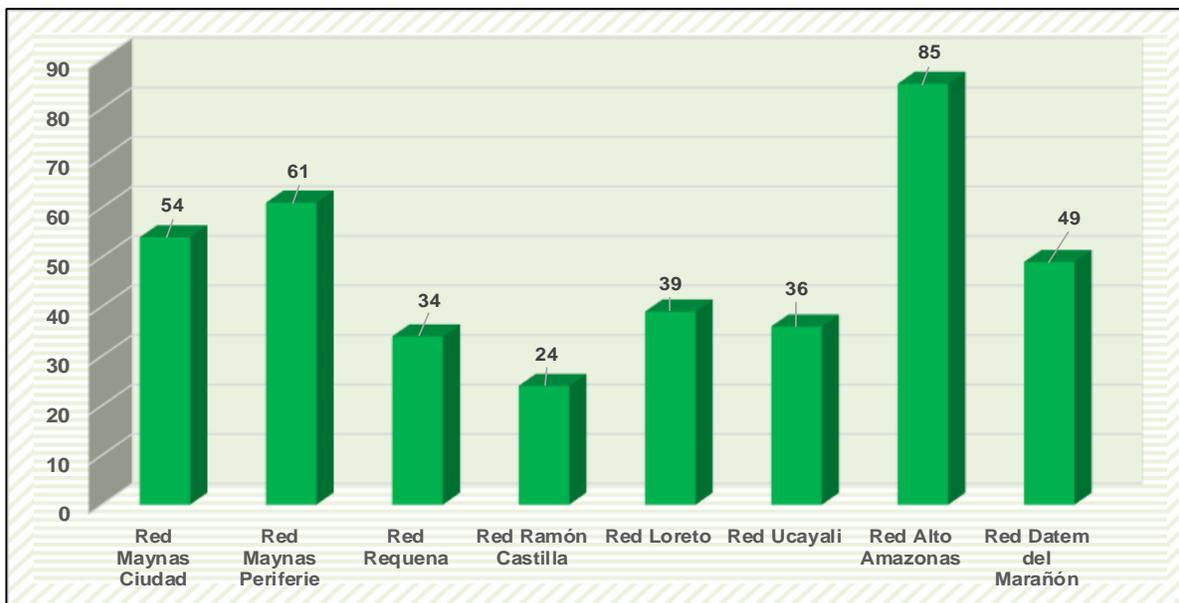
**Tabla N° 14. Distribución de Establecimientos según nivel y categoría - DIRESA Loreto - 2016**

NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORÍAS DE EESS	Nº DE EESS	TOTAL DE EESS	NIVEL DE COMPLEJIDAD
	SIN CAT		1	LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
1er NIVEL DE ATENCIÓN	I-1	295	382	Puesto de Salud
	I-2	32		P.S. con médico
	I-3	45		CS sin internamiento
	I-4	10		CS con internamiento
2º NIVEL DE ATENCIÓN	II - 1	1	2	Hospital y Clínica de Atención General
	II - 2	1		Hospital y Clínica de Atención General
	II - E	0		Hospital y Clínica de Atención Especializada
3er NIVEL DE ATENCIÓN	III - 1	1	1	Hospital y Clínica de Atención General
	III - E	0		Hospital y Clínica de Atención General
	III - 2	0		Instituto de salud especializado
<b>Total</b>		<b>386</b>		

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud

De los 386 Establecimientos de Salud del MINSA, la mayor cantidad de se encuentran en la Red Alto Amazonas (85), seguida de las Redes Maynas Periferie, Red Maynas Ciudad y la Red Datem del Marañón con 61, 54 y 49 Establecimientos de Salud cada uno respectivamente (Ver Gráfico N°39).

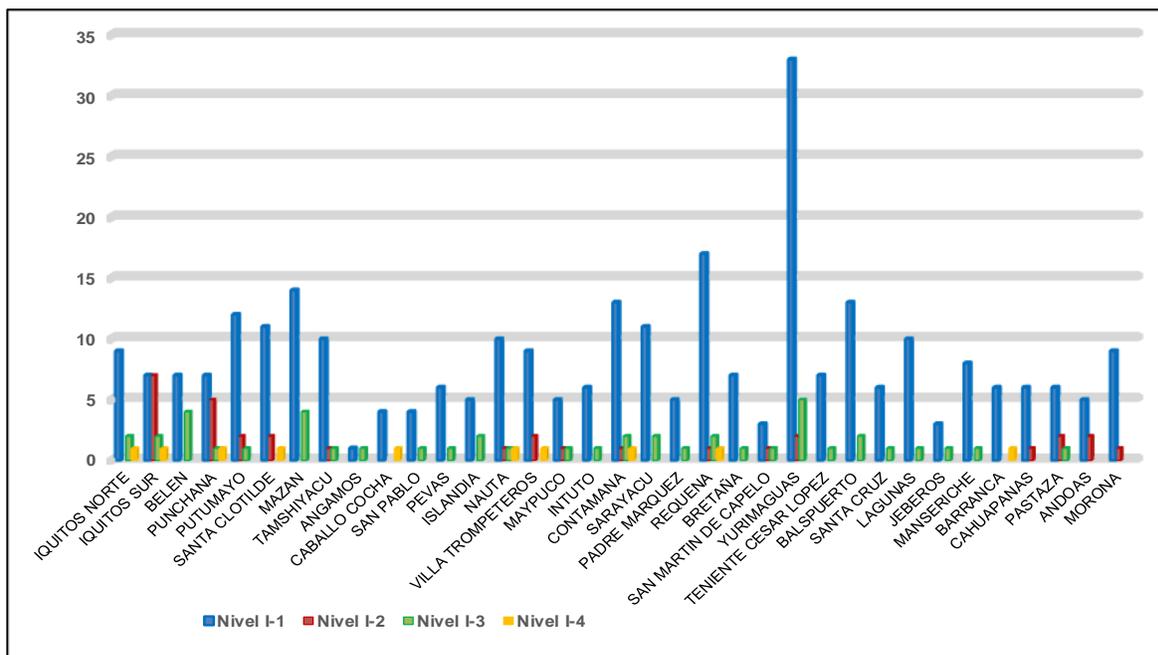
**Gráfico N° 39. Región Loreto. Número de Establecimientos de Salud del MINSA por Redes - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud

El Gráfico N° 40. Nos muestra que, la gran mayoría de Establecimientos de salud I-1 se encuentran en la Microrred Yurimaguas, Requena y los I-2 se encuentran en su mayoría en las Microredes Iquitos Sur y Punchana, los EE. SS I-3 la mayoría se encuentran en las Microredes Yurimaguas y Belén, los EE. SS 1-4 se encuentran en las Microredes Iquitos, sur, Punchana, Norte y en las capitales de provincias periféricas.

**Gráfico N°40. Región Loreto. Número de Establecimientos de Salud del MINSA por Microrredes - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud

## 2. RECURSOS HUMANOS

Los puestos o postas de salud con profesionales de salud no médico representados en la categoría I-1 concentran el 76% del total de establecimientos de salud. En términos agregados el primer nivel de atención concentra el 99% de los establecimientos que conforman el sistema sanitario público del departamento. La atención especializada propia de los niveles II y III se concentra en las provincias de Maynas y Yurimaguas, las cuales albergan el 42% y el 18% de la población departamental, respectivamente.

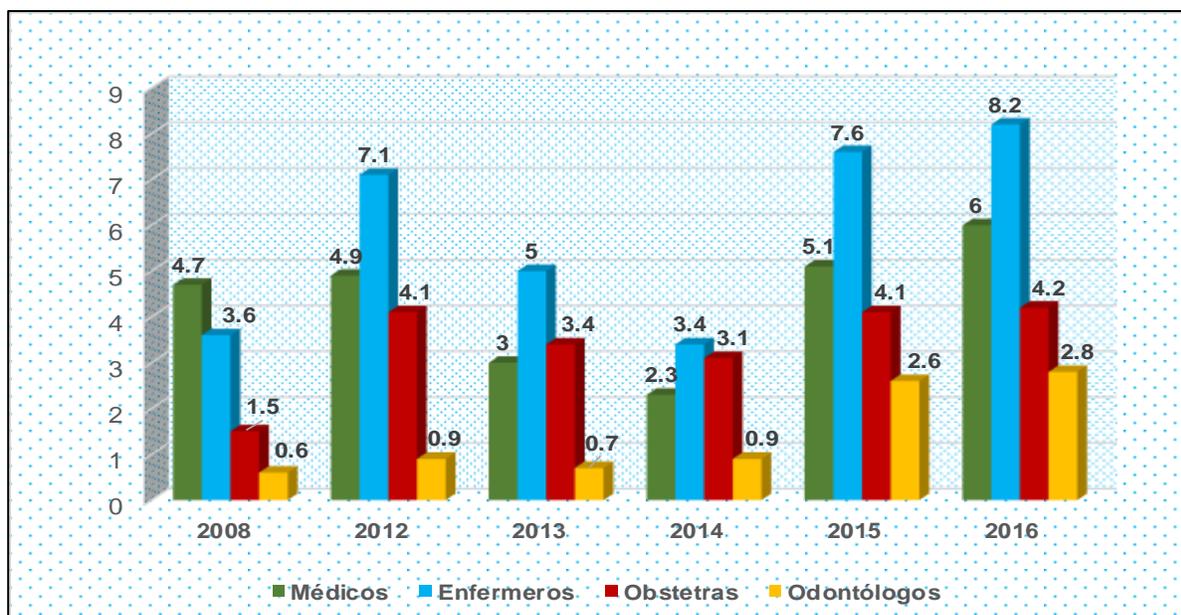
El Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS) del MINSA señala que en 2015 el personal de salud para el departamento de Loreto estaba conformado de la siguiente manera: i) 533 médicos que representan el 1.4% del total nacional; ii) 796 enfermeros, correspondientes al 2% del total nacional; iii) 425 obstetras que representan el 2.9%; iv) 144 odontólogos que concentran el 2.5% de profesionales a nivel nacional.

### a. Densidad de Profesionales de la Salud

La Organización Mundial de la Salud, indica que como mínimo se requiere una densidad de 25 recursos humanos (médicos y Enfermeros) por 10,000 habitantes para asegurar un nivel mínimo de cobertura sanitaria.

En el año 2016, la densidad de profesionales a nivel nacional fue de 30.1 x 10,000 habitantes, existiendo 18 departamentos que se encuentran por encima del indicador, entre los tres primeros está el Callao (47.0 por 10 000 hab.), Arequipa (47.3 por 10 000 hab.), Apurímac (42.3 por 10 000 hab.), así también existen 7 departamentos que se encuentran por debajo del indicador de densidad del país como: Junín (24.2 por 10 000 hab.), Ucayali (24.1 por 10 000 hab.), Cajamarca (22.8 por 10 000 hab.), Puno (22.0 por 10 000 hab.), San Martín (18.7 por 10 000 hab.) y finalmente la región Loreto con 18.0 por 10 000 habitantes.

**Gráfico N° 41. Región Loreto. Densidad de Profesionales Médicos, enfermeros, Obstetras y Odontólogos. 2015- 2016**



Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos-Observatorio RHUS. Lima: Ministerio de Salud; 2015,2016.

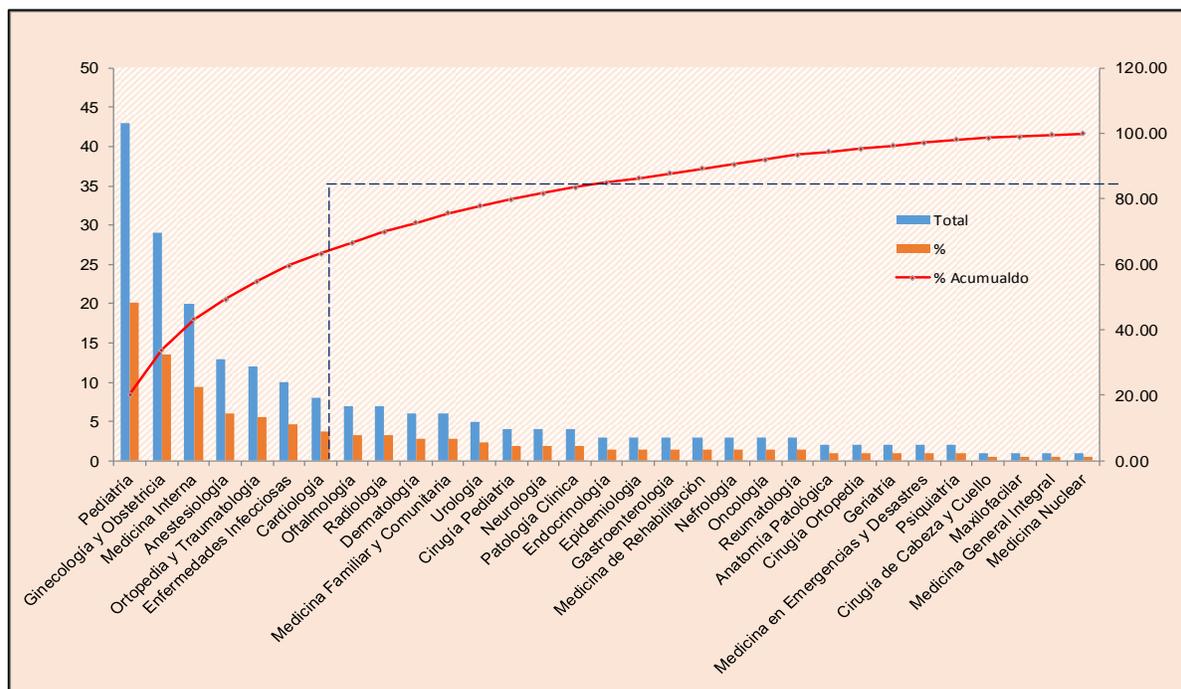
En la Región Loreto, en el año 2016, la densidad de Profesionales (médicos, enfermeros, obstetras y odontólogos), fue de 18.4 x 10000 habitantes, 1.7 profesionales más que en el año 2015 que alcanzó 16.7 x 10 000 habitantes.

Así mismo se puede observar que la densidad de recursos humanos para Enfermeros es mayor al resto de profesionales analizados, le siguen los médicos, obstetras y finalmente los odontólogos que durante el 2008 al 2014 la densidad era menor al 1 por 10,000 habitantes, ya en el año 2015 y 2016 alcanzaron a 2.6 y 2.8 odontólogos por 10,000 habitantes.

**b. Especialidades Médicas**

El 80% de las especialidades médicas en la región Loreto en el año 2016, corresponden a la especialidad en pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Anestesiología, Ortopedia, enfermedades Infecciosas y Cardiología, todas distribuidas en Hospitales y Clínicas de la ciudad de Iquitos y Yurimaguas.

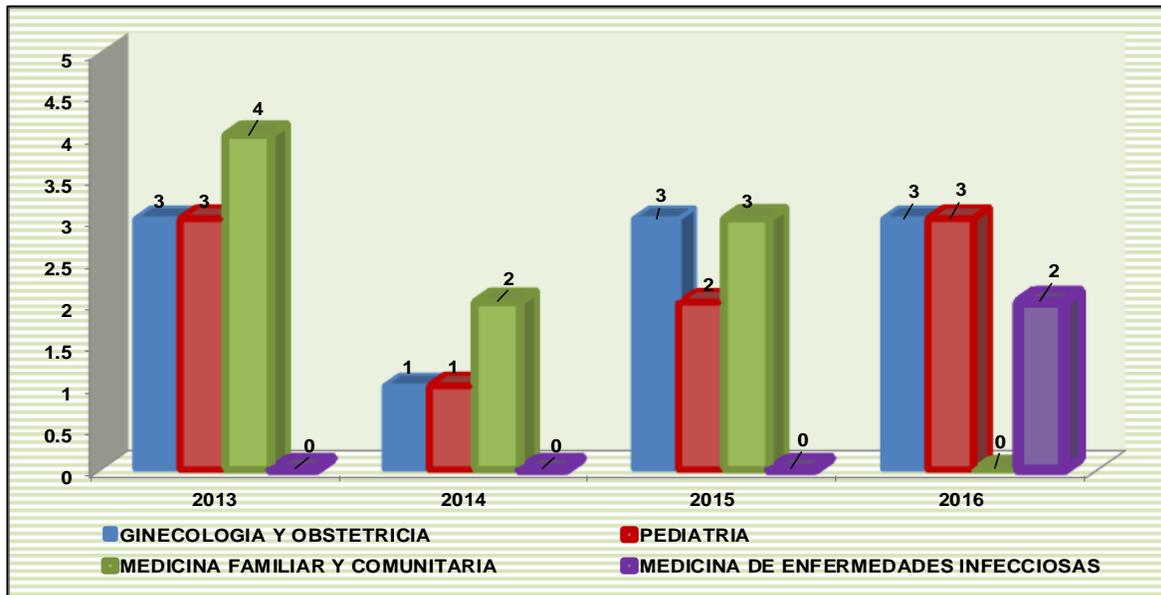
**Gráfico N° 42. Región Loreto. Especialidades Médicas en Establecimiento de Salud 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos -2016.

En el año 2010, la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) y el Gobierno Regional de Loreto (GOREL), firmaron un convenio para que el GOREL financie 3 plazas cautivas para especialistas en la región Loreto. Entre el año 2013 al 2016, egresaron de la UNAP 30 especialistas entre plazas cautivas y plazas libres; De 10 especialistas egresados en el 2013, se encuentran 4 médicos en Medicina Familiar, 3 en Ginecología y 3 en Pediatría, en el 2014 egresaron 4 especialistas 2 en Medicina Familiar, 01 en Pediatría y 01 en Ginecología, en el año 2015 egresaron 8 especialistas, 3 en Medicina Familiar, 3 en Ginecología y 2 en Pediatría; Para el 2016 egresaron también 8 especialistas de ellos 3 en ginecología, 3 en Pediatría y 2 en Enfermedades Infecciosas.

**Gráfico N° 43. Región Loreto. Número de Especialistas Médicos Egresados de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana 2013-2016**

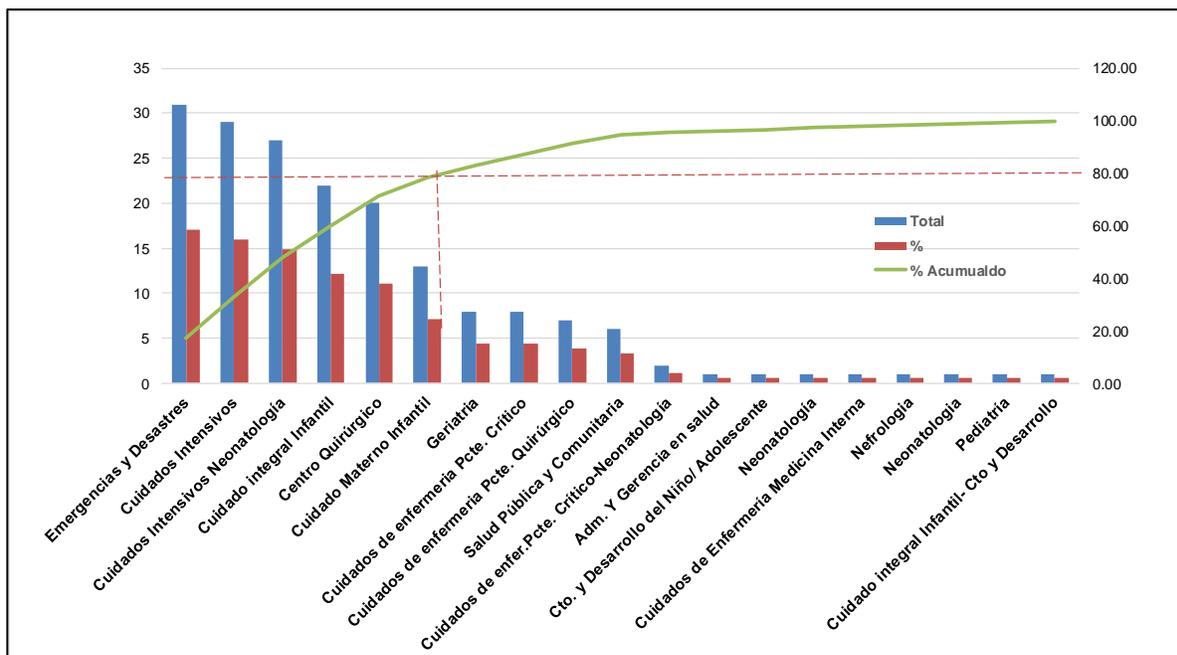


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos -2016.

**c. Especialidades Enfermería**

El 80% de especialistas de enfermería se concentran en las especialidades de Emergencias y Desastres, Cuidados Intensivos/ Cuidados Intensivos Neonatología, Cuidado integral infantil, Centro quirúrgico y Cuidado Materno infantil.

**Gráfico N°44. Región Loreto. Número de Especialistas Enfermeros 2016**



Fuente: Colegio de Enfermeros de Loreto- Consejo Regional VI- 2016

**d. Especialistas en Odontólogos:**

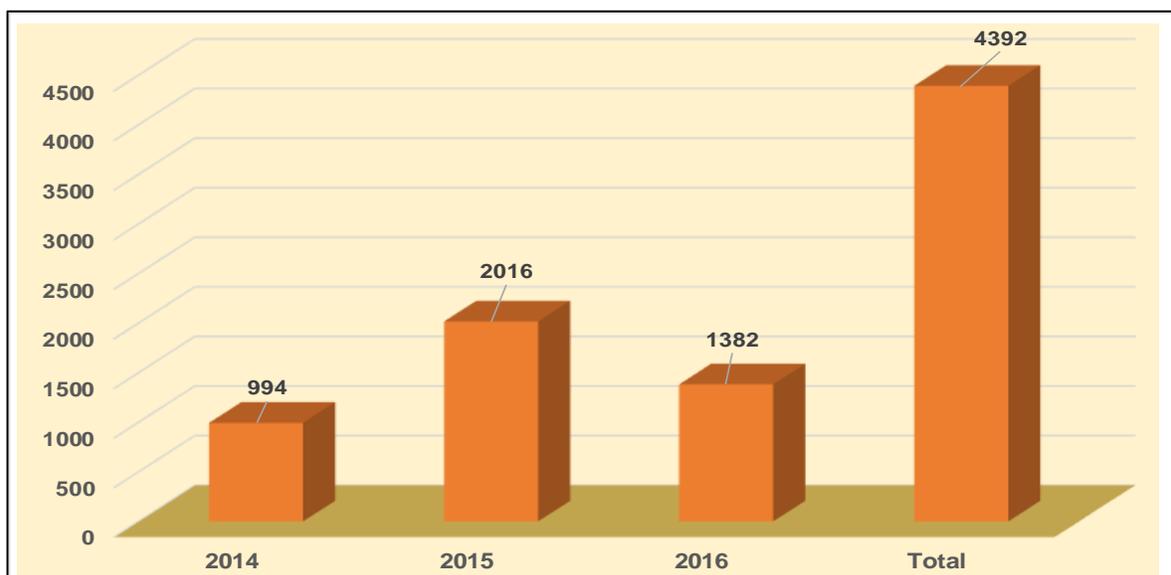
Existen 02 especialistas odontólogos en la región Loreto en la especialidad de Cariología y endodoncia, ambos en el primer nivel de atención de Diresa Loreto

**3. Agentes Comunitarios en Salud (AGS).**

La Dirección General de Promoción de la Salud a través de la Dirección de Participación Comunitaria, viene desarrollando capacitaciones para lograr las competencias de los Agentes Comunitarios de la Salud en su labor permanente y voluntaria con las personas, familia y comunidad. Una ventaja importante del trabajo con los agentes de salud es que plantea un modelo de respuesta a las necesidades de la población, basado en la necesidad de dar una respuesta global a las necesidades específicas de la población atendida. Esta fórmula permite definir en cada zona los colectivos concretos donde es necesario intervenir, niños, adolescentes, tercera edad y a partir de allí definir el equipo de agentes comunitarios de salud que son necesarios.

En la región de Loreto, se capacitaron 4,392 Agentes Comunitarios de Salud desde el 2014 al 2016, habiéndose capacitado en el 2014 (994 agentes comunitarios) en el 2015 (2016 agentes comunitarios), y en el 2016 (1382 agentes comunitarios).

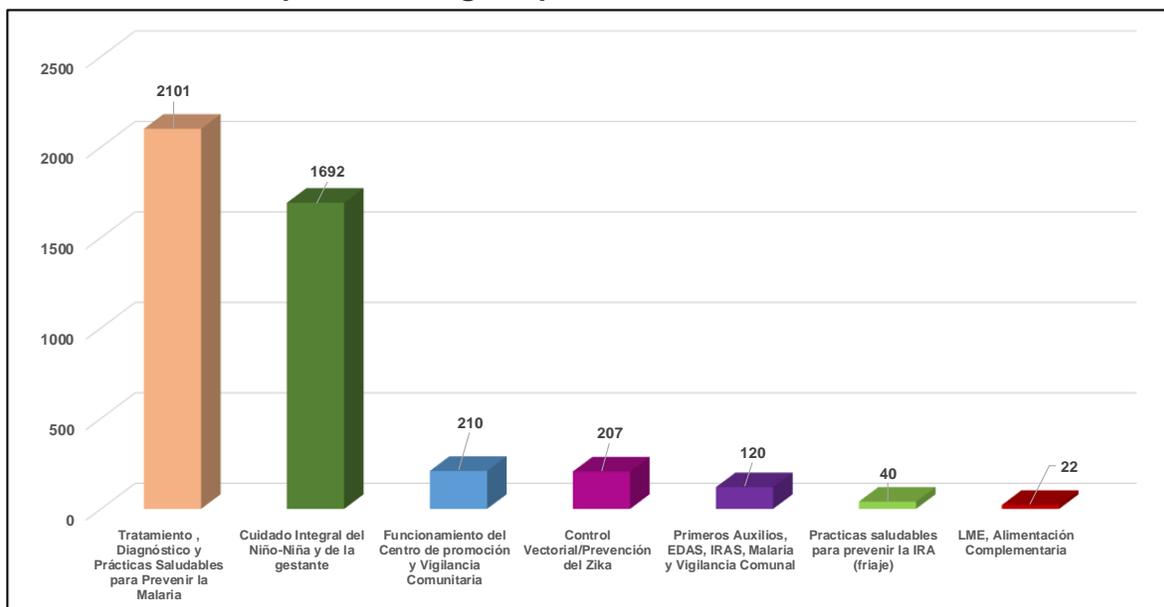
**Gráfico N° 45. Región Loreto. Número de Agentes Comunitarios en Salud, Capacitados. 2014 - 2016**



Fuente: Diresa Loreto. Dirección de Promoción de la Salud

El Gráfico N°46, nos muestra que los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) fueron capacitados en temas priorizados de interés regional como "Tratamiento, Diagnóstico y Prácticas Saludables para Prevenir la Malaria" capacitándose en este tema a 2101 ACS, "Cuidado Integral del Niño- Niña y de la gestantes" a 1692 ACS, y en menos cantidad de capacitados en los temas de "Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunitaria", "Control Vectorial/Prevención del Zika", "Primeros Auxilios, EDAS, IRAS, Malaria y Vigilancia Comunal", "Prácticas saludables para prevenir las IRAs, " LME y Alimentación Complementaria.

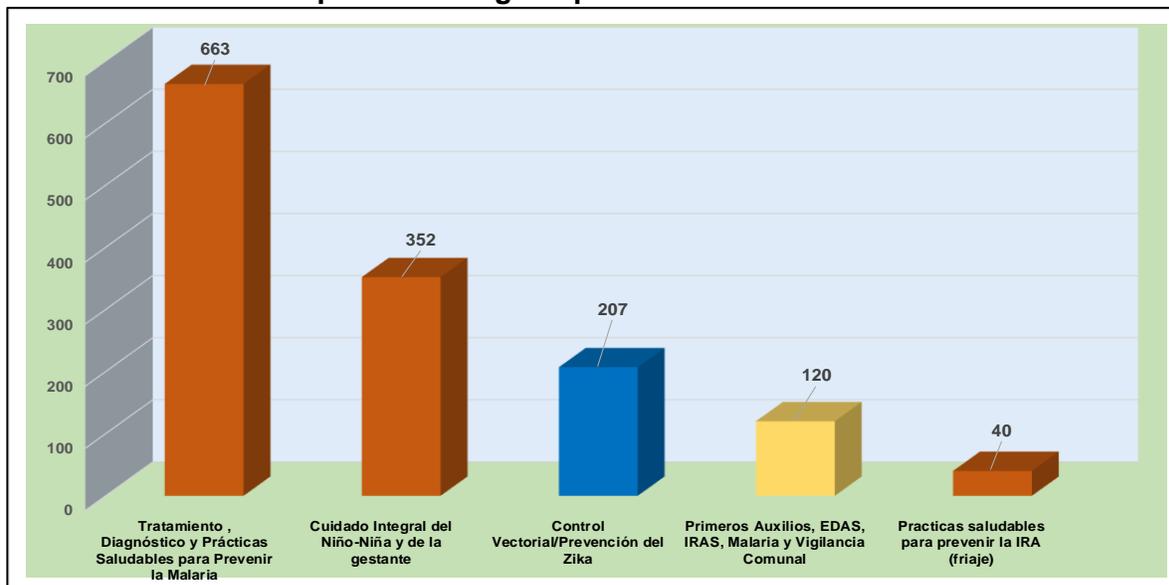
**Gráfico N°46. Región Loreto. Número de Agentes Comunitarios en Salud, Capacitados según tipos de Temas. 2014 - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Promoción de la Salud

En el Gráfico siguiente, se puede observar que, en el año 2016, también como el gráfico anterior se priorizaron temas de interés regional como: Tratamiento, Diagnóstico y Prácticas Saludables para Prevenir la Malaria capacitándose a 663 ACS, seguida de la capacitación a 352 ACS en el tema Cuidado Integral del Niño-Niña y de la Gestante; También se capacitaron por coyuntura de brotes se capacitaron a 207 ACS en “Control Vectorial/Prevención del Zika. Las demás capacitaciones estuvieron relacionadas en temas de Primeros Auxilios y Prácticas Saludables para prevenir las IRAs.

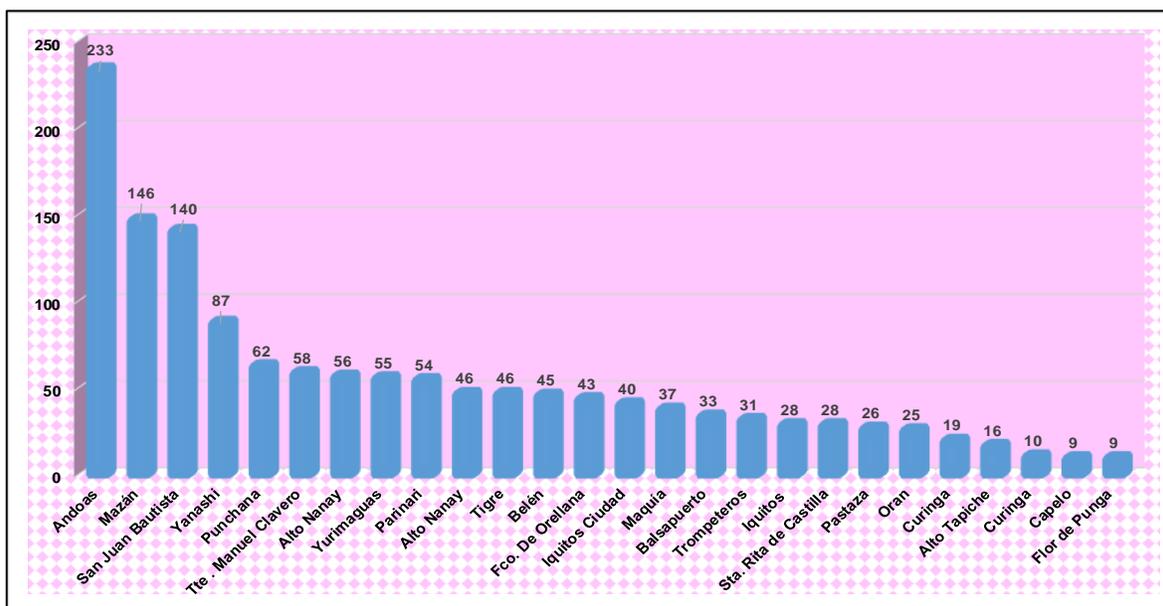
**Gráfico N°47. Región Loreto. Número de Agentes Comunitarios en Salud, Capacitados según tipos de Temas. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Promoción de la Salud

Cuando evaluamos las capacitaciones realizadas a los agentes Comunitarios de Salud por distritos, observamos que se abarco estas capacitaciones en 26 distritos de las 53 existentes en la región Loreto; En el distrito de Andoas se capacitaron a 233 ACS, seguida en el distrito de Mazán a 146 ACS y en tercer lugar en el distrito de San Juan Bautista a 140 ACS.

**Grafico N° 48. Región Loreto. Número de Agentes Comunitarios en Salud, Capacitados según Distritos. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Promoción de la Salud

#### 4. ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

La ley marco del Aseguramiento Universal en Salud, en su artículo 6° establece que el Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y las políticas relacionadas con la promoción, implementación y fortalecimiento del Aseguramiento Universal en Salud.

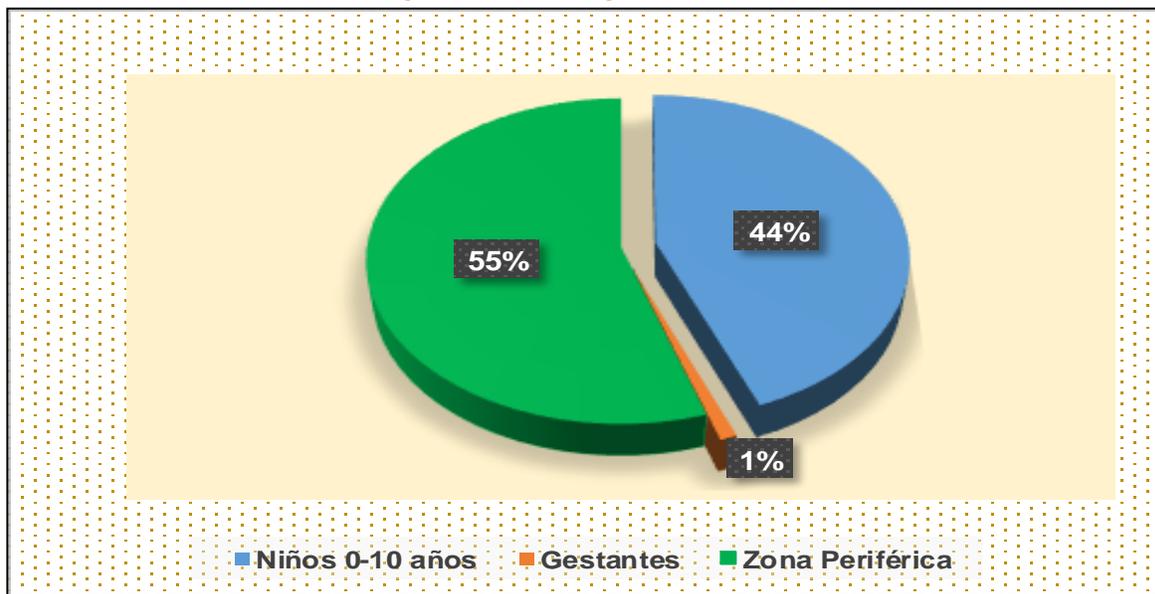
La universalización del sistema de aseguramiento universal en salud es para todos los peruanos, uno de los lineamientos de política sectorial, la lucha contra la pobreza es otro de los ejes de acción prioritaria, siendo el SEGURO INTEGRAL DE SALUD una estrategia fundamental contra ella, en el que se debe priorizar los grupos humanos más vulnerables y con especial énfasis en las comunidades alejadas (poblaciones indígenas) y excluidas, cuyo objetivo es proteger la salud de las personas que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

El 63% se encuentra afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS), ESSALUD cuenta con una población afiliada de 14.3%, mientras que el 2.8% de la población departamental se encuentra afiliada a otro tipo de seguro (INEI, 2015).

**a. Afiliaciones:**

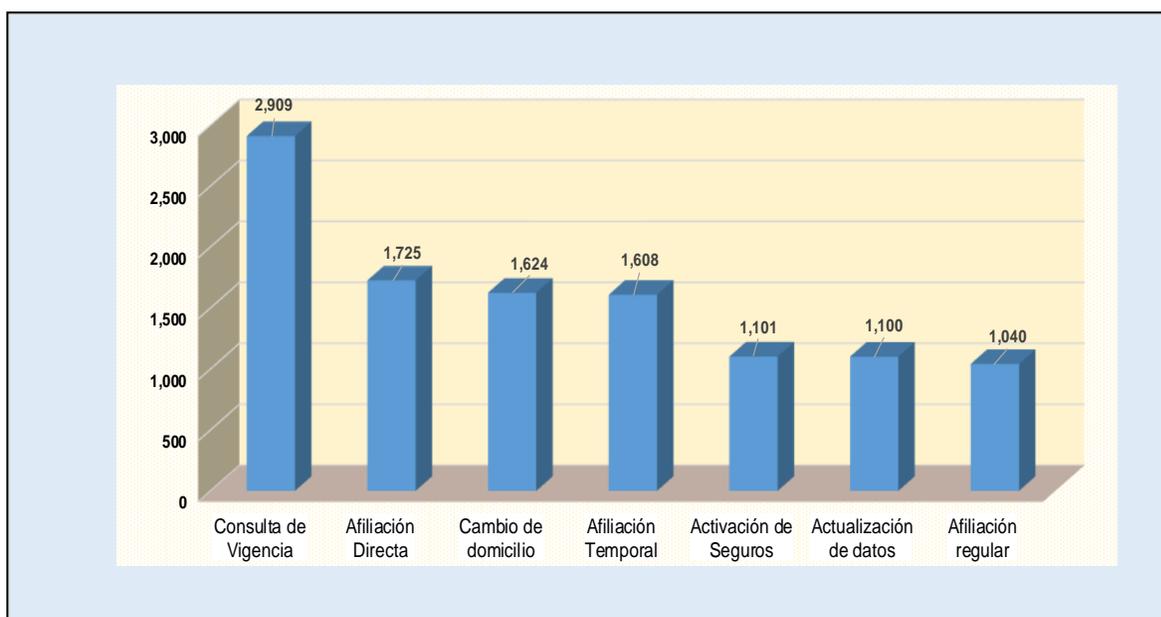
La Implementación de la “Central de Afiliaciones”, ha permitido atender las emergencias de zonas periféricas en un 55%, de las cuales el 44% son las emergencias en niños de 0 a 10 años de edad y el 1% las emergencias en gestantes.

**Gráfico N° 49. Región Loreto. % de Atenciones de emergencias atendidos a grupos de riesgos. 2016**



**Fuente:** DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia y Seguros- Registro de ocurrencias de la central de afiliación.

**Gráfico N° 50. Región Loreto. Número de Atenciones realizadas por la Central de Afiliación del SIS. 2016**

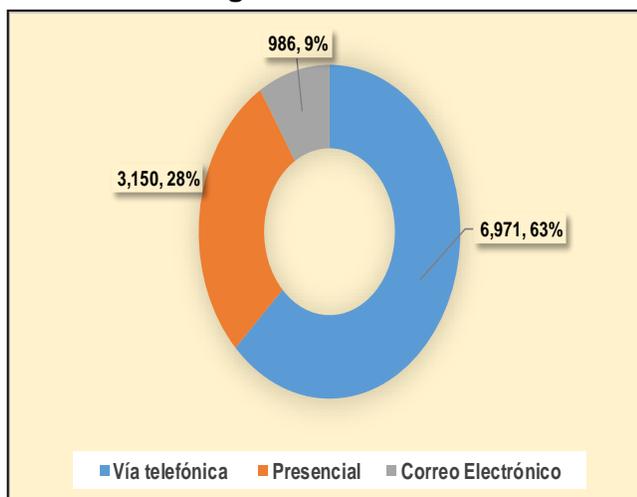


**Fuente:** DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia y Seguros- Registro de ocurrencias de la central de afiliación.

Del total de 11,107 atenciones realizadas por la Central de Afiliación de la DIRESA Loreto, 2,909 fueron para realizar Consultas de Vigencia, 1725 Afiliaciones Directas, 1624 Cambios de Domicilio, 1608 Afiliaciones Temporales, así mismo 1,101 Activaciones de Seguros, 1100 Actualizaciones de Datos y finalmente 1040 Afiliaciones Regulares.

Las atenciones realizadas se dieron a través de vía Telefónica en un 63% con 6,971 atenciones, mientras el 28% fueron presencial y el 9% fueron por correo electrónico, en este caso generalmente en las IPRESS donde no se cuenta con el acceso a internet se realizan las recolecciones de datos siendo procesadas en la central de afiliación de la DIRESA Loreto, habiéndose atendido durante el periodo 2016 unas 986 afiliaciones, un motivo más para considerar en la central de afiliación el acceso a internet y las herramientas necesarias para cumplir con los objetivos de los indicadores SIS cápita y los lineamientos del aseguramiento universal en salud y acuerdos regionales establecidos.

**Gráfico N° 51. Región Loreto. Número de Atenciones según medio de consulta. 2016**



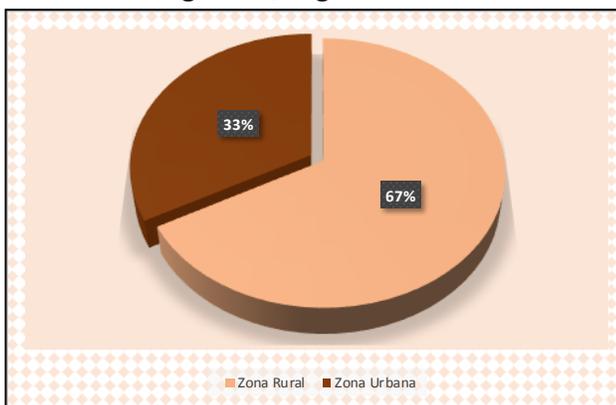
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia y Seguros- Registro de ocurrencias de la central de afiliación.

**b. Atención del asegurado**

En el 2016 se atendió 11,107 pacientes, 3649 de la zona urbana que representa el 67% de las atenciones; 7458 en la zona rural con el 33%, facilitando las citas, referencias, exámenes auxiliares.

Así mismo se vienen realizando la orientación y acompañamiento a pacientes afiliados en los procesos de atención, seguimientos de pacientes con referencia fuera del Departamento de Loreto y Casos especiales.

**Gráfico N° 52. Región Loreto. Número de Atenciones realizadas en el Área Atención al asegurado, según zonas. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia.

**c. Referencias y Contrarreferencias**

En el 2016, se reforzó el equipo técnico de Referencias y Contrarreferencia, con el objetivo de brindar una atención personalizada y soporte técnico a los profesionales en la elaboración de los expedientes. Se ha realizado **2,953** referencias a nivel regional, gracias a la oportuna coordinación para realizar el traslado de pacientes en estado de emergencia, entre la Unidad de Referencias – Contrarreferencia y las IPRESS de la región. Los más referidos fueron la del sexo femenino (68.9%).

**Tabla N° 15. Región Loreto. Número de Referencias Realizadas según vía de transporte y meses. 2016**

MESES	VIA DE TRANSPORTE				TOTAL PACIENTES
	AEREO	FLUVIAL	TERRESTRE	FLUVIAL / TERRESTRE	
ENERO	46	72	129	9	256
FEBRERO	39	66	163	10	278
MARZO	34	52	114	18	218
ABRIL	47	57	135	23	262
MAYO	52	79	167	10	308
JUNIO	37	66	147	15	265
JULIO	40	53	132	15	240
AGOSTO	45	72	134	10	261
SEPTIEMBRE	40	65	137	13	255
OCTUBRE	35	74	111	5	225
NOVIEMBRE	26	46	97	11	180
DICIEMBRE	24	55	116	10	205
<b>TOTAL</b>	465	757	1582	149	<b>2953</b>

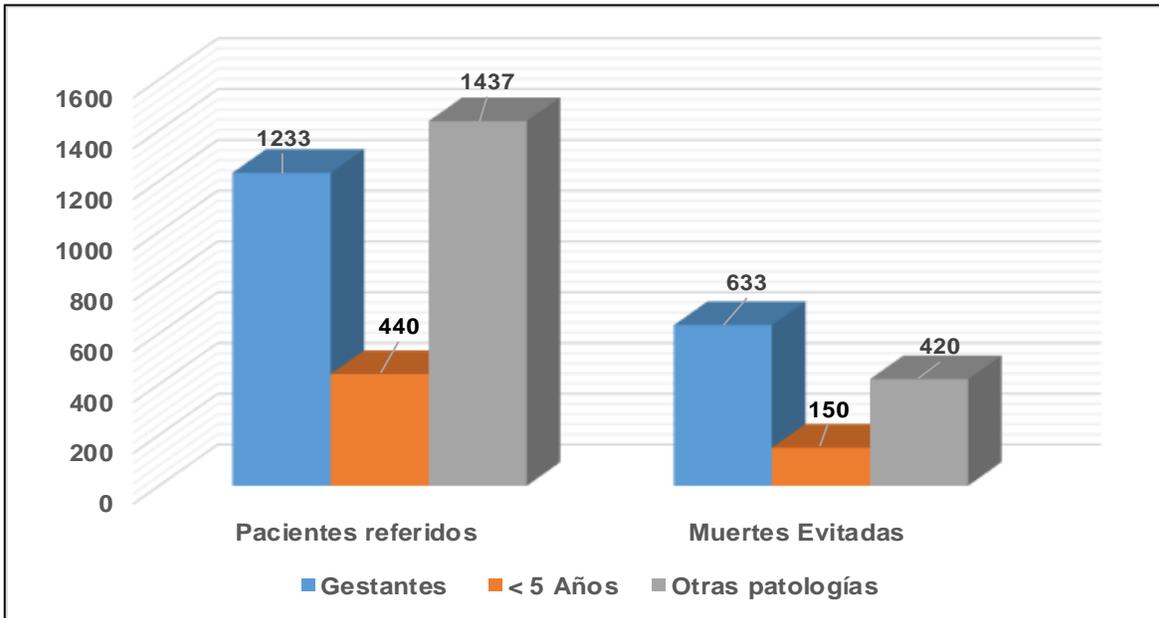
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia.

Estas referencias la mayor cantidad se hizo a través de la vía Terrestre con 1582 referencias, vía fluvial con 757 referencias, seguidas de las realizadas de la vía aérea con 465 referencias y finalmente a través de la vía Fluvial/terrestre con 149 referencias. Las referencias que depara más costo para las referencias son las realizadas por vía es la vía aérea.

Así mismo en el segundo trimestre del 2016 se presentaron 835 referencias, superiores a los demás trimestres del mismo año, abril (262), Mayo (308) y Junio (265) referencias.

En el 2016, 3100 personas fueron referidas de diferentes puntos de la región Loreto, de las cuales 1233 fueron gestantes (40%), de las cuales se han evitado el 51.3% de muertes maternas; Así mismo se han referido 440 niños menores de 5 años (14%) de ellos 150 niños se evitaron sus muertes; Por último 1437 pacientes fueron referidos por causa de otras patologías (46%), el 29.2% de muertes fueron evitadas.

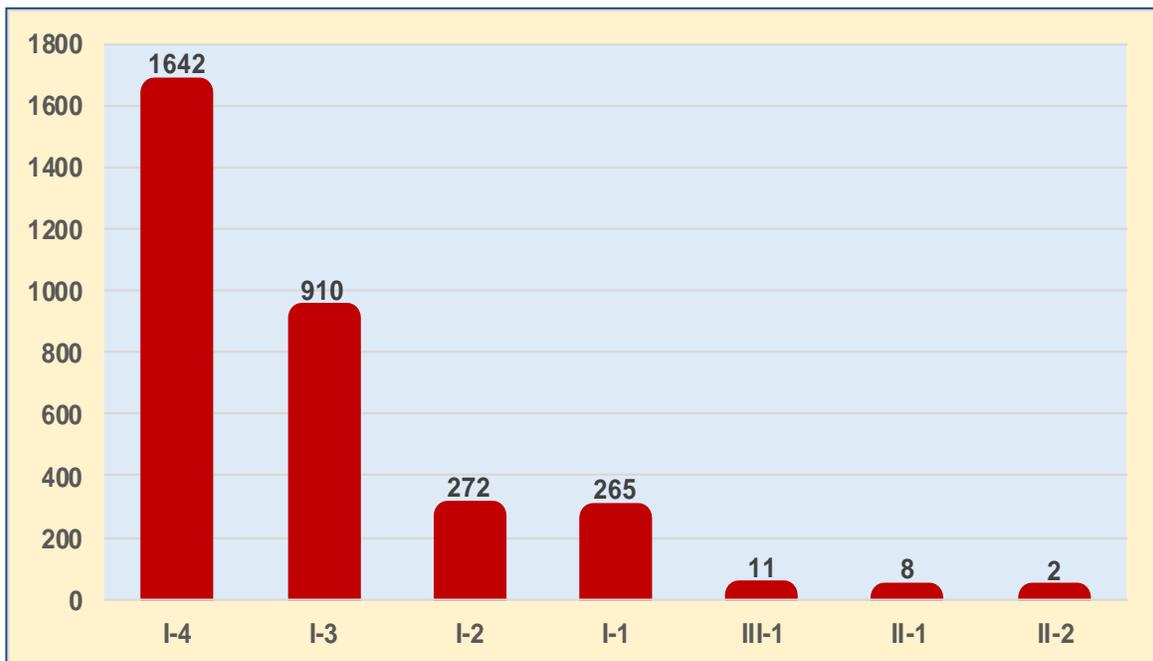
**Gráfico N° 54. Región Loreto. Número de Pacientes Referidos Vs Muertes Evitadas en Gestantes, Menores de 5 años y Otras Patologías. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia.

La IPRESS con categorización I-4 son las que han referido la mayor cantidad de pacientes en el 2016 con 1646 referidos; seguidas de las IPRESS I-3 con 910 referidos y en menos cantidad las IPRESS II-1 y II-2 con 8 y 2 referidos respectivamente.

**Gráfico N° 55. Región Loreto. Número de Pacientes Referidos según Categorización de las IPRESS. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia.

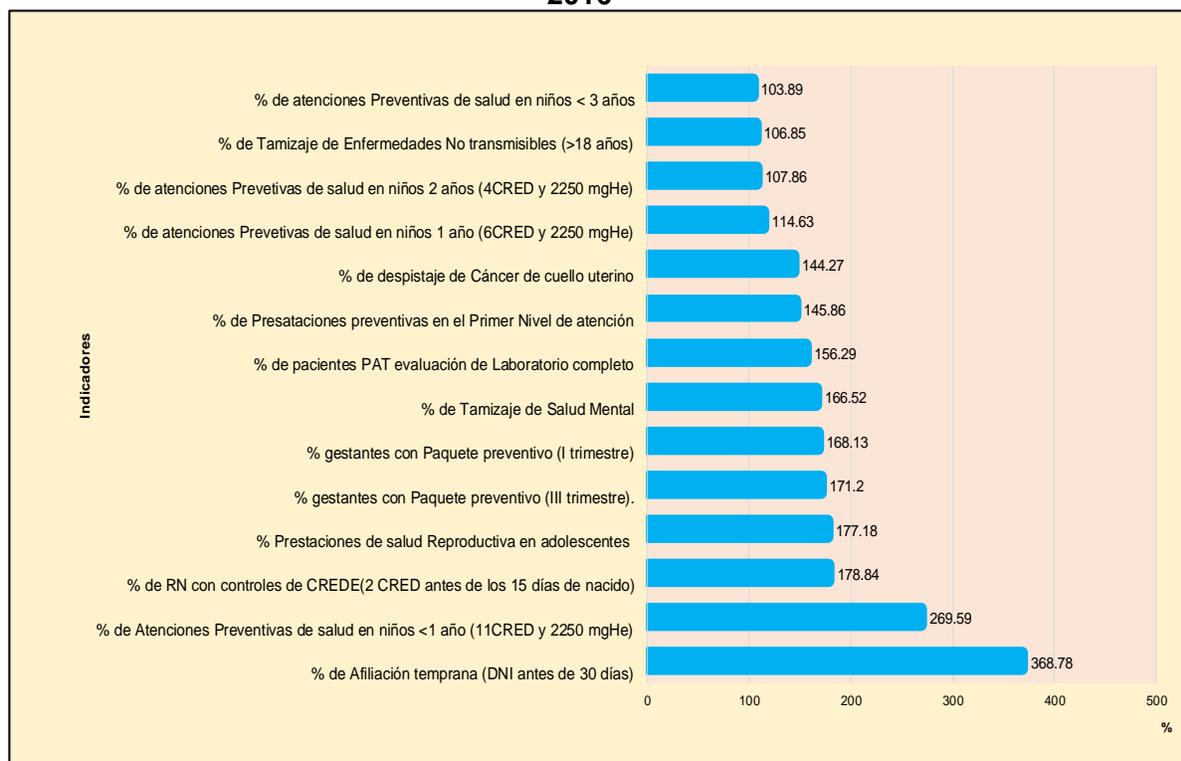
**d. Indicadores del SIS Cápita**

Los indicadores SIS cápita fueron indicadores que vienen estipulados en el Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional de Loreto y el Seguro Integral de Salud para pago capitado. La piedra angular de este convenio fue las atenciones preventivas (extensión de actividades preventivas), esto significó la proporción de asegurados que hacen uso de los servicios de salud preventivos financiados por el Convenio Cápita.

El objetivo fue ofertar cobertura paquetes preventivos, esto quiere decir proporción de asegurados que reciben un paquete preventivo completo (según normativa vigente) relacionado a los programas presupuestales prioritarios.

En el presente gráfico, se puede observar los 14 indicadores del SIS Cápita, de las cuales todas alcanzaron el 100% de coberturas, el indicador más alto fue el % de afiliación tempranas (DNI antes de los 30 días) con 368.78%, seguida de los indicadores de % de atenciones preventivas de salud en niños menores de 1 año (11 CRED y 2,250 HgHe), luego el tercer indicador % de RN con controles de CRED (2 CRED antes de los 15 días de nacido).

**Gráfico N° 56. Región Loreto. % de resultados de indicadores del SIS Cápita. 2016**



**Fuente:** DIRESA Loreto. Dirección de Referencias, Contrarreferencia., Contrarreferencia. Mirador GREP – Resultado Evaluación Indicadores Convenio Cápita

## 5. SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS-SAMU

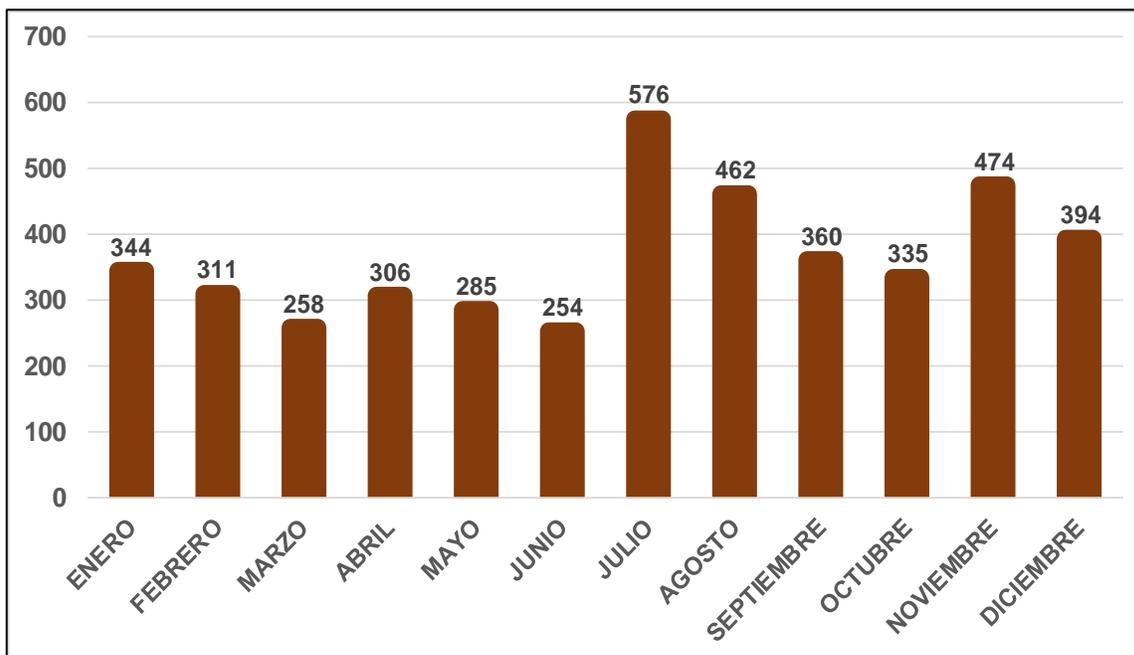
La creación del “Sistema de Atención Móvil de Urgencias - SAMU” consiste en un sistema ofertante de servicios de Salud para la Atención de urgencias y emergencias a nivel pre hospitalario con un circuito de ambulancias a demanda de una central de llamadas y fortalecimiento de los servicios de tóxico de urgencias en los Establecimientos del primer nivel de atención. Este sistema, a su vez impulsa el fortalecimiento de los servicios y emergencias hospitalarias.

Considerando que en el artículo 2º de la Ley N° 27657, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

### a. Atenciones por meses

En el año 2016, se atendieron por el SAMU a 4,359 pacientes, al inicio del I Bimestre se atendieron 655 pacientes, luego en marzo se disminuyó a 258 pacientes, en abril se incrementó a 306 pacientes, entre mayo y junio se atendió 539 pacientes, fue Julio el mes con mayor número de atenciones con 576 pacientes, luego en agosto, septiembre y octubre disminuyó a 462, 360 y 335 atenciones respectivamente. Notoriamente en noviembre se incrementó a 474 atenciones, finalmente en diciembre a 394 atenciones. (Ver Gráfico N° 57).

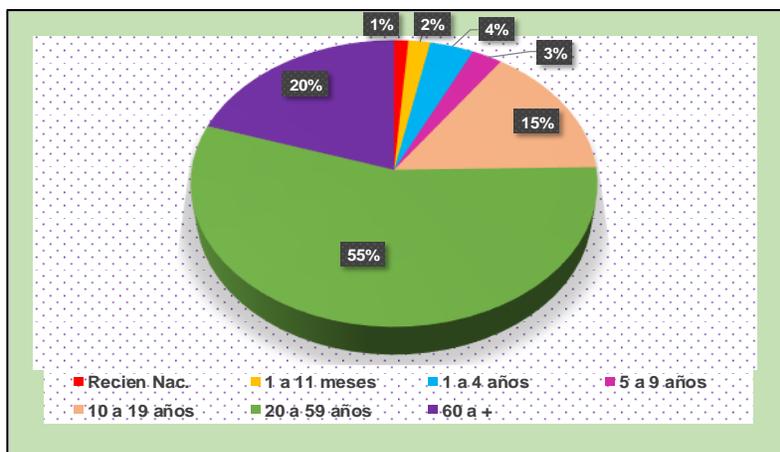
**Gráfico N° 57. Región Loreto. Número de Atenciones por el SAMU, Según meses 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Control y Prevención de Emergencias y Desastres

**b. Atenciones por grupo Etáreo**

**Grafico N° 58. Región Loreto. Porcentaje de Atenciones por el SAMU, según Grupo Etáreo - 2016**



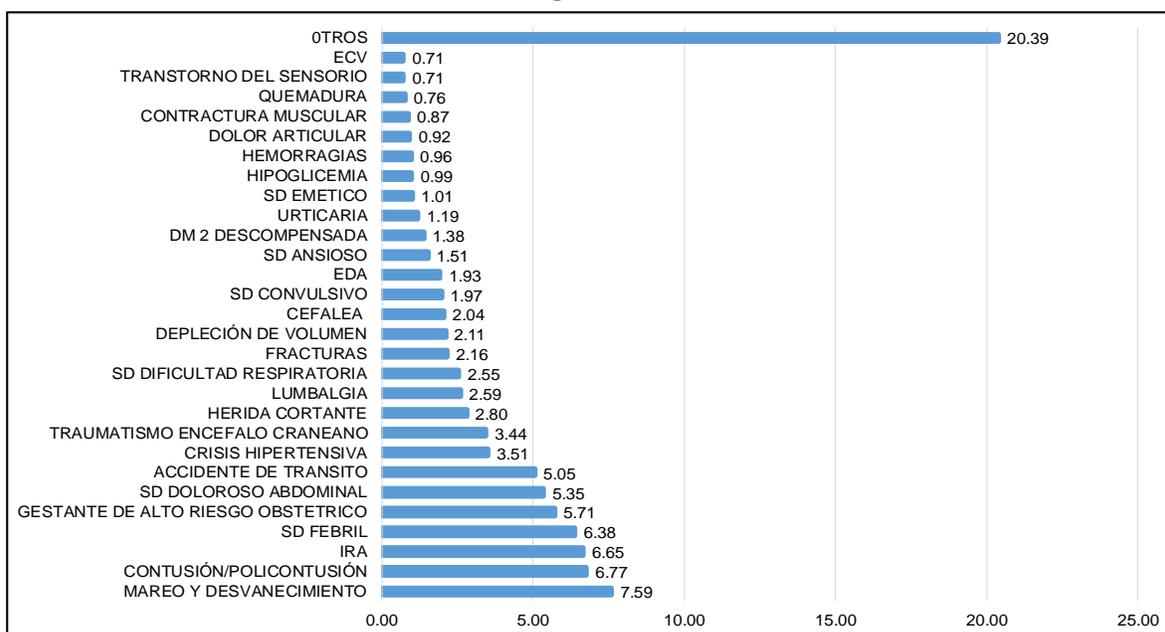
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Control y Prevención de Emergencias y Desastres

Así mismo podemos observar que las lesiones en estas Emergencias y Desastres los más afectados se encuentran en las edades de 20 años a más, siendo el grupo etario más afectado los de 20 a 59 años con el 55%, de 60 años a más (20%) y de 10 a 19 años (15%) y en mínima proporción fueron afectados en las edades de 1 a 4 años (4%), de 5 a 9 años (3%), de 1 a 11 meses (2%), y con el 1% los Recién Nacidos (Ver Gráfico N°58).

**c. Atenciones según Tipo de Diagnóstico.**

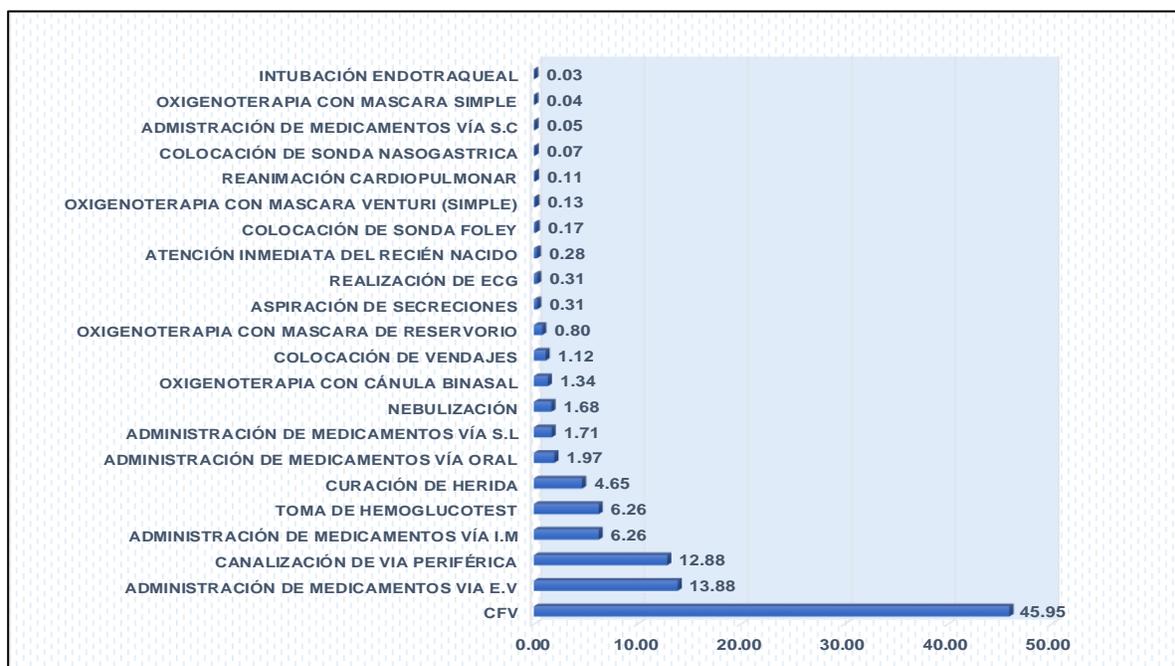
En relación a los tipos de lesiones atendidos por el SAMU en el año 2016, el 7.59% fueron Mareos y Desvanecimientos, con el 6.77% Contusión/Policontusión, seguido de IRA con el 6.65%, Síndrome Febril (6.38%), Gestante de Alto Riesgo Obstétrico (5.71%), Síndrome Doloroso Abdominal (5.35%), Accidente de Tránsito (5.05%), entre otras lesiones. (Ver Gráfico N°59).

**Grafico N° 59. Región Loreto. Porcentaje de Atenciones por el SAMU, según Tipo de Diagnóstico. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Control y Prevención de Emergencias y Desastres

**Gráfico N° 60. Región Loreto. % de Procedimientos realizados durante las Atenciones por el SAMU - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Control y Prevención de Emergencias y Desastres

Se realizaron 7,478 procedimientos en las atenciones de emergencias por el SAMU, de los cuales el control de las funciones vitales fueron las más realizadas (45.95%), seguida de Administración de Medicamentos por vía Endovenosa (13.88%), Canalización de vía periférica (12.88%), Toma de Hemoglucotest y Administración de Medicamentos Vía Intramuscular (6.26%) y Curación de Herida (4.65%). Luego vienen procedimientos no menos importantes con menos del 4%. (Ver Gráfico N° 60).

#### d. Accidentes de Tránsito atendidos por el SAMU por meses

Es importante recalcar que durante el año 2016 el SAMU acudió a las llamadas de Emergencias de 446 Accidentes de Tránsito, en enero se atendió 9.19 %, con una variación del 7.62 % en febrero, en marzo y abril se atendió 6.95%, en mayo y junio se atendió no mayor al 9%, disminuyendo julio y agosto del 7.62 % al 4.93%. A partir del mes de septiembre y octubre empieza a incrementarse de 6.73%, 9.64% respectivamente y a sobrepasar en algunos meses más del 10%, en noviembre y diciembre se acudió a las Emergencias por Accidentes de Tránsito en un 10.76% y 12.78% respectivamente. (ver Gráfico N° 61).

**Gráfico N° 61. Región Loreto. % Accidentes de Tránsito atendidos por el SAMU Por Meses - 2016.**

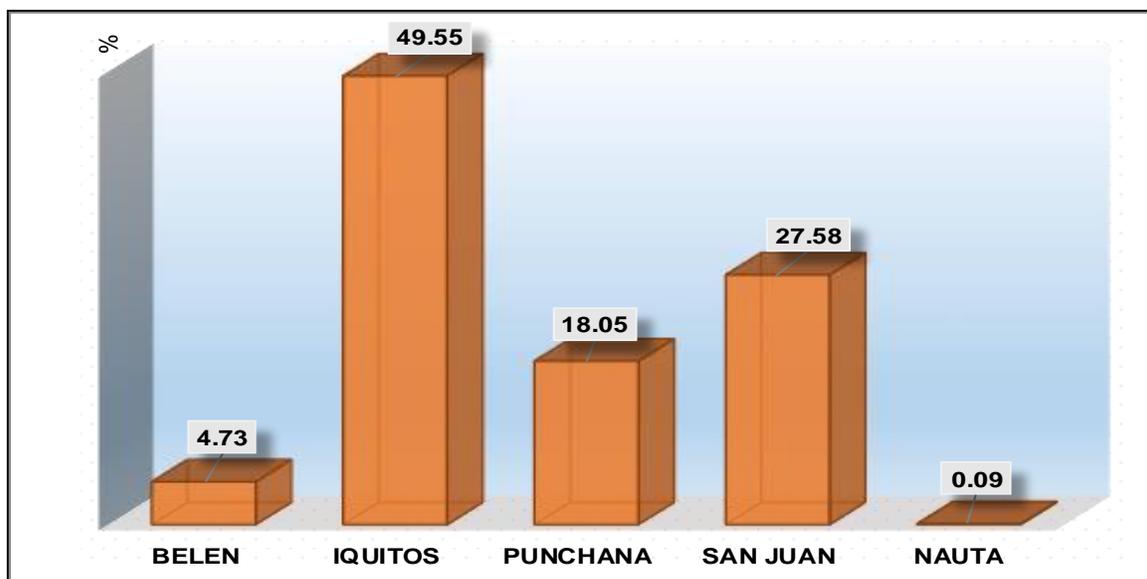


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Control y Prevención de Emergencias y Desastres

**e. Accidentes de Tránsito atendidos por el SAMU, según Distritos**

Según las atenciones realizadas según Distritos, se observa que las atenciones están enfocadas en los 4 distritos de la Provincia de Maynas, Iquitos (49.55%), San Juan (27.58%), Punchana (18.05%), Belén (4.73%) y el distrito de Nauta, Provincia de Loreto con el 0.09%.

**Gráfico N° 62. Región Loreto. Porcentaje de Atenciones por el SAMU según Distritos 2016.**

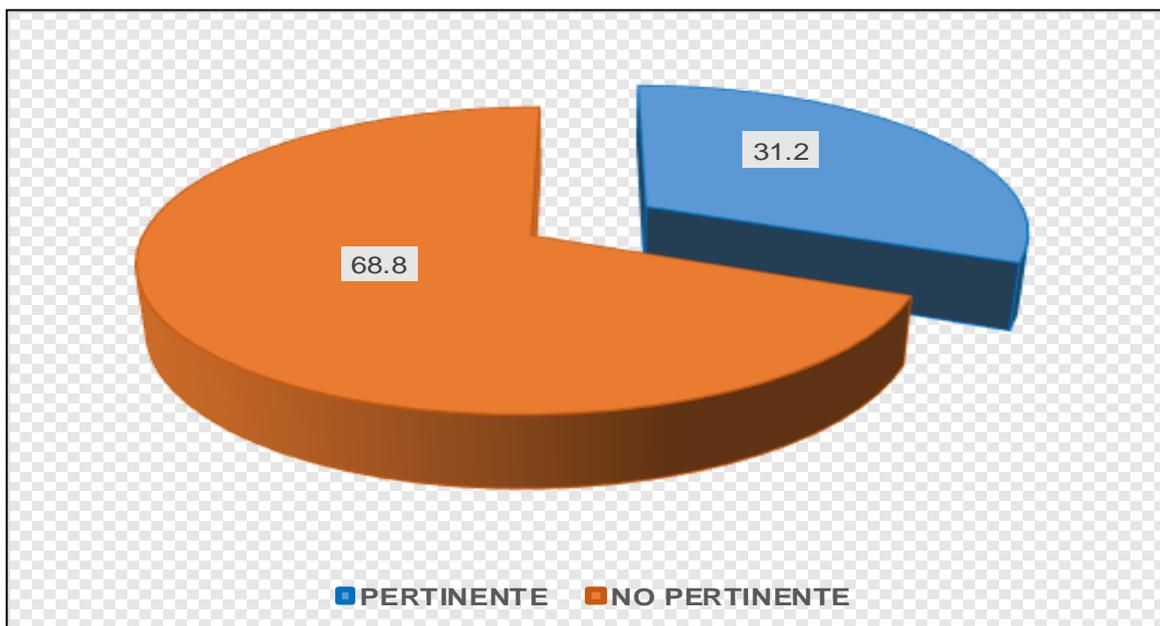


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Control y Prevención de Emergencias y Desastres

### f. Llamadas de Emergencias

Del 100% de llamadas gratuitas de Emergencias al 106, el 69% fueron llamadas No pertinentes y el 31% fueron pertinentes.

**Grafico N° 63. Región Loreto. Tipos de Llamadas de Emergencias vía Telefónica al 106 de para la Atención del SAMU-2016 (%).**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Control y Prevención de Emergencias y Desastres

## 6. PLATAFORMA ITINERANTE DE APOYO SOCIAL (PIAS)

Las Plataforma Itinerante de Acción Social (PIAS): Son unidades fluviales acondicionadas como plataformas multisectoriales que acercan los organismos estatales a la población rural de cada cuenca de la Amazonía.

Las PIAS buscan y buscarán en las recientes plataformas acercar los servicios del estado a las comunidades alejadas y dispersas de la Amazonia Peruana, en la perspectiva de incluir a las poblaciones en los procesos de desarrollo sostenido, y en salud específicamente, brindar una atención integral de salud a poblaciones que se encuentran en pobreza y pobreza extrema.

Los PIAS en lo que respecta a servicios de salud, ofrecen los servicios de Consultorios Médicos, Odontología, Enfermería, Obstétrica, Tópico, Laboratorio, Farmacia, Triage, Cirugía Menor, Imágenes y Telemedicina.

Existen 4 Plataformas Itinerantes de acción social (PIAS Putumayo I, Putumayo II, Napo y Morona), Tienen Nivel de categoría de I - 2. La tabla nos muestra que en total cuenta con 25 recursos humanos entre las 4 PIAS en la región Loreto, en cada PIA hay un promedio de 6 recursos humanos. En general el 20% son médicos (5 médicos), 4 Cirujanos dentistas, 4 Obstetras, 04 Licenciadas en enfermería, 04 Técnicos de enfermería y 4 Técnicos de Laboratorio.

**Tabla N° 16. Región Loreto. Distribución de Recursos Humanos en salud en las PIAS Napo, Morona, Putumayo I y Putumayo II -2016.**

N°	RECURSOS HUMANOS	RIO NAPO	RIO MORONA	RIO PUTUMAYO I	RIO PUTUMAYO I	TOTAL	%
1	MEDICO CIRUJANO	1	2	1	1	5	20.0
2	CIRUJANO DENTISTA	1	1	1	1	4	16.0
3	OBSTETRAS	1	1	1	1	4	16.0
4	LIC. ENFERMERIA	1	1	1	1	4	16.0
5	TEC. ENFERMERIA	1	1	1	1	4	16.0
6	TEC. LABORATORIO	1	1	1	1	4	16.0
TOTAL		6	7	6	6	25	100.0

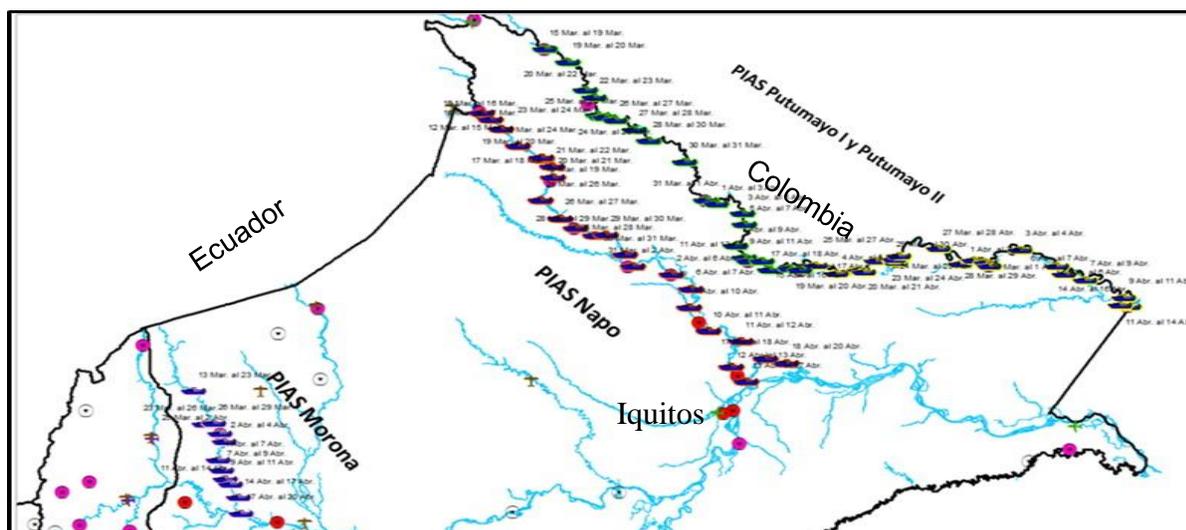
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de atención integral de Salud.  
Coordinación Regional AIPED-PIAS

Los PIAS, realizan prioritariamente acciones de fomento, protección y prevención de la salud de la persona por etapa de vida en el contexto de su familia y comunidad, así como atenciones y seguimiento activo de grupos de alto riesgo en el marco de las prioridades sanitarias nacionales, regionales y locales.

#### a. Ámbitos de Acción de las Brigadas de Plataforma Itinerante de Apoyo Social (PIAS) en la región Loreto

El ámbito del PIAS son localidades de las poblaciones indígenas ribereñas en situaciones de pobreza y exclusión social asentadas en zonas rurales y dispersas en las cuencas de los ríos Napo, Morona y Putumayo de la región Loreto.

**Mapa N° 08. Región Loreto. Ámbito de Acción de las PIAS Napo, Morona, Putumayo I y Putumayo II -2016.**

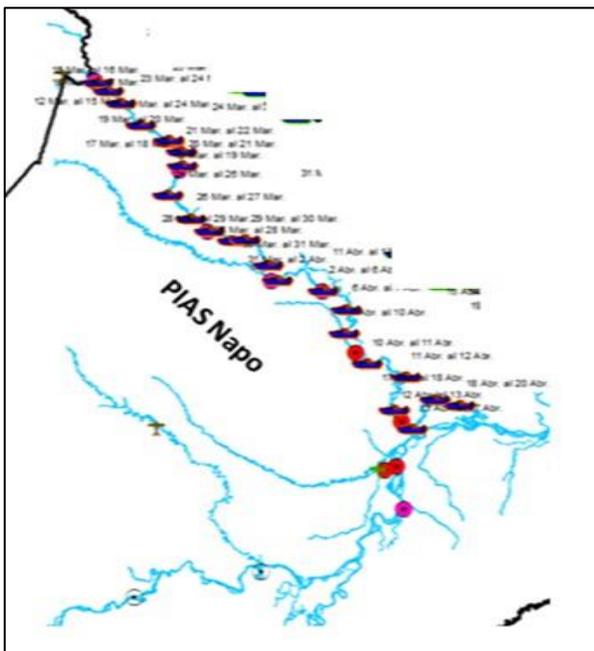


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de atención integral de Salud.  
Coordinación Regional AIPED-PIAS

**Ámbito del PIAS Napo:** Abarca 27 localidades ubicadas al margen del río Napo, está ubicado en el distrito del Napo, provincia de Maynas, tiene un acceso desde la ciudad de Iquitos por el río Amazonas hacia el río Napo.

**Mapa N°09. Región Loreto. Mapa de  
Ámbito de Acción de la PIAS Napo-  
2016.**

**Tabla N° 17. Región Loreto. Relación  
de Poblados del PIAS Napo- 2016.**



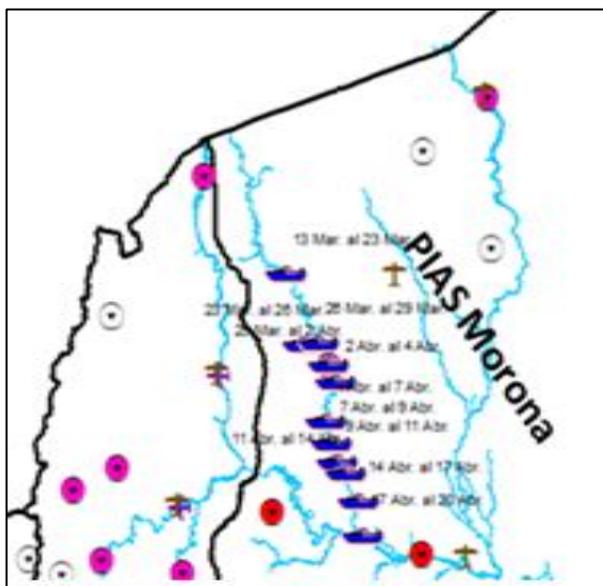
N°	POBLADOS - RIO NAPO
-	IQUITOS
-	BOCA RIO NAPO
1	CABO PANTOJA
2	MIRAFLORES
3	VENCEDORES
4	TEMPESTAD
5	YARINA LLACTA
6	CHINGANA
7	SANTA MARIA DE ANGOTEROS
8	HUMANDI
9	MONTE RICO DE ANGOTEROS
10	CAMPO SERIO
11	PUERTO ELVIRA
12	RUMI TUMI
13	PUCAYACU
14	MONTE VERDE
15	SUMAC ALLPA
16	DIAMANTE AZUL
17	SANTA CLOTILDE
18	SANTA ISABEL (PUERTO ALEGRE - LARGO COCHA - ARICA)
19	SAN LUIS DE TACSHA CURARAY
20	NEGRO URCO
21	NUEVA LIBERTAD (TUTAPISHCO - NUEVA FLORIDA)
22	SANTA MARTA
23	MAZAN
24	LLACHAPA
25	MANGUA
26	TRES DE MAYO - HUANANA
27	PUERTO RICO - YAGUAS DE TIPIHCHA
-	BOCA RIO NAPO - RIO AMAZONAS
-	IQUITOS

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de atención integral de Salud.  
Coordinación Regional AIPED-PIAS

**Ámbito del PIAS Morona:** Abarca 15 localidades, ubicadas al margen del río morona, distrito de Morona, provincia del Datem del Marañón, el acceso es través de río marañón desde la ciudad de Iquitos.

**Mapa N° 10. Región Loreto. Mapa de  
Ámbito de Acción de la PIAS Morona  
2016.**

**Tabla N° 18. Región Loreto.  
Relación de Poblados del PIAS  
Morona- 2016.**

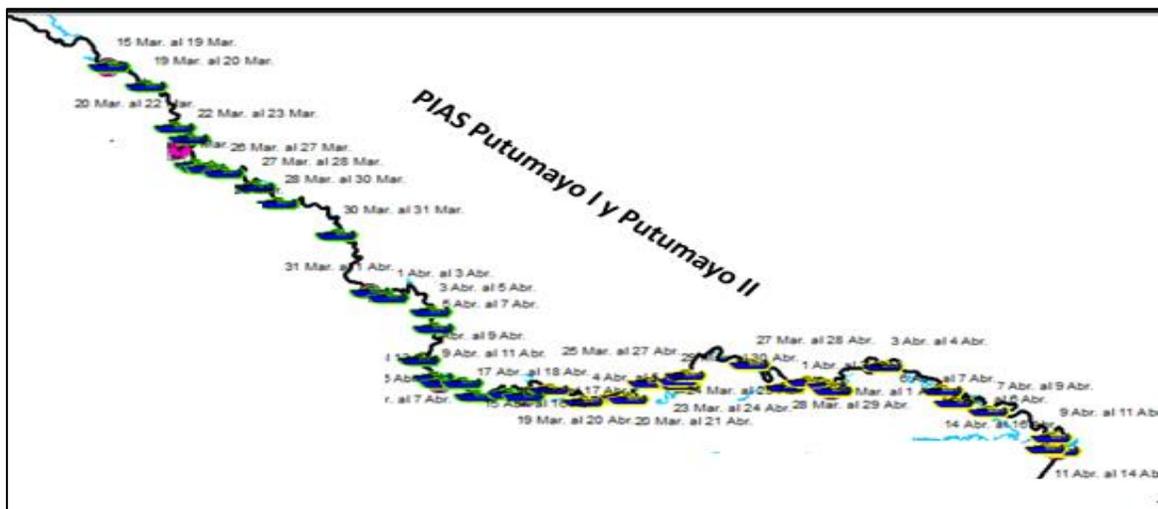


N°	POBLADOS - MORONA
-	IQUITOS
-	BOCA RIO MARAÑÓN
-	BOCA RÍO MORONA
1	SARGENTO PUÑO
2	NUEVA ALEGRIA
3	PUERTO JUAN
4	SANCHEZ CERRO
5	TIGRE YACU
6	BAGAZAN
7	CABALLITO
8	NAZARETH
9	FERNANDO ROSAS
10	SHOROYA NUEVO
11	NUEVO SAN MARTIN
12	PTO ALEGRIA
13	YAMAKAY
14	NUEVO MILAGROS
15	PUERTO AMERICA
	RIO MORONA
	RIO MARAÑÓN
-	IQUITOS

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de atención integral de Salud.  
Coordinación Regional AIPED-PIAS

**Ámbito del PIAS Putumayo I:** El ámbito del PIAS Putumayo I: Abarca 20 localidades, ubicadas al margen del río Putumayo (río arriba), distrito del Putumayo, provincia del Putumayo, frontera con el país de Colombia, el acceso desde Iquitos es a través de río Amazonas hacia la boca el río Putumayo.

**Mapa N° 11. Región Loreto. Mapa de Ámbito de Acción de la PIAS Putumayo I y Putumayo II - 2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de atención integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS

**Tabla N° 19. Región Loreto. Relación de Poblados del PIAS Putumayo I Y Putumayo II - 2016.**

N°	POBLADOS - PUTUMAYO I	N°	POBLADOS - PUTUMAYO II
-	IQUITOS	-	IQUITOS
-	SANTA ROSA	-	BOCA DEL RIO PUTUMAYO
-	BOCA RIO PUTUMAYO	-	LEGUIZAMO
-	ESTRECHO	1	SOPLIN VARGAS
1	NUEVO PORVENIR	2	PUERTO VELEZ
2	NUEVO PERU	3	RIO YARICAYA
3	MILAGRO	4	NUEVA ANGUSILLA
4	SANTA ROSA	5	NUEVA ESPERANZA
5	SAN PEDRO	6	JERUSALEN
6	DOS DE MAYO	7	NUEVO ESPEJO
7	NUEVA ESPERANZA	8	FLORIDA
8	FLORIDA	9	YABUYANOS
9	7 DE AGOSTO	10	ATALAYA
10	BOBONA	11	SANTA MERCEDES
11	PUERTO FRANCO	12	PUERTO ARTURO
12	REMANZO	13	NUEVO SAN JUAN
13	CORBATA	14	NUEVA VENECIA
14	CURINGA	15	SAN FRANCISCO ERE
15	PUERTO NUEVO	16	8 DE DICIEMBRE
16	SAN MARTIN	17	FLOR DE AGOSTO
17	TRES ESQUINAS	18	ROCA FUERTE
18	HUAPAPA	19	7 DE MAYO
19	PRIMAVERA	20	PUERTO AURORA
20	EL ALAMO (YAHUAS)	21	ESTRECHO
-	IQUITOS	-	BOCA RIO PUTUMAYO
		-	SANTA ROSA
		-	IQUITOS

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de atención integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS

**Ámbito del PIAS Putumayo II:** Abarca 21 localidades, ubicadas al margen del río Putumayo (río abajo), distrito del Putumayo, provincia del Putumayo, frontera con el país de Colombia, el acceso desde Iquitos es a través de río Amazonas hacia la boca del río Putumayo.

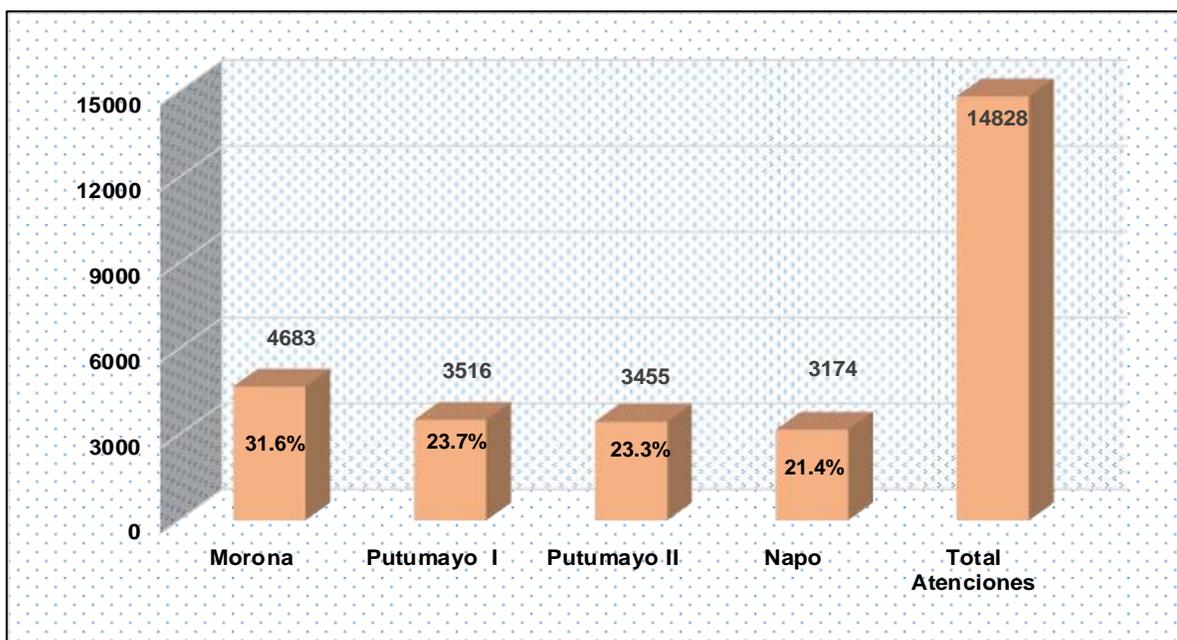
### b. Intervenciones del PIAS

El 2016, se realizaron 20 intervenciones, de las cuales 05 intervenciones en la zona del PIAS Putumayo I, 05 en la zona del PIAS Putumayo II, 05 intervenciones en el PIAS Napo y 05 intervenciones en el PIAS Morona.

### Atenciones Médicas

Durante el año 2016 se realizaron 14,828 atenciones médicas durante las 20 intervenciones realizadas, el PIAS Morona es la que realizó más atenciones 4,683 (31.6%), seguida del PIAS Putumayo I 3516 atenciones (23.7%), PIAS Putumayo II 3455 (23.3%) y finalmente el PIAS Napo con 3174 atenciones con el 21.4%.

**Gráfico N° 64. Región Loreto. Número y Porcentaje de atenciones realizadas por los médicos en zonas de acción del PIAS -2016.**

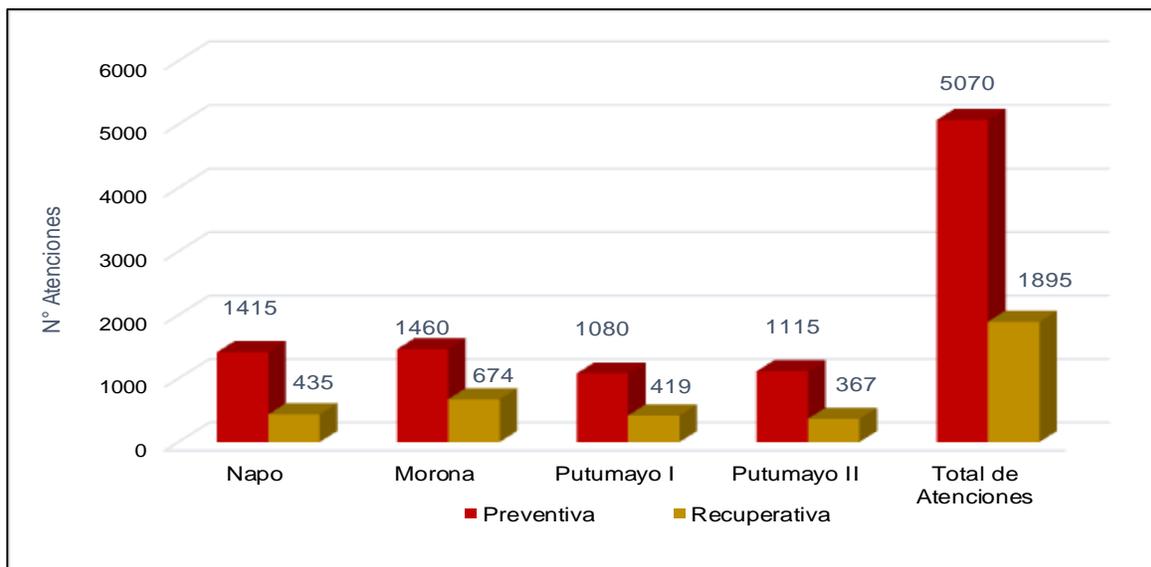


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

### Atenciones Odontológicas

Durante las intervenciones en los 5 zarpes realizados por las 4 brigadas PIAS, se realizaron 5070 atenciones preventivas y 1895 atenciones recuperativas, haciendo un total de 6965 atenciones odontológicas, se observa además que las atenciones odontológicas preventivas son las que más se realizaron que las atenciones recuperativas. Y la brigada PIAS que más atenciones ha realizado fue el PIAS Morona (30.6%), seguida por el PIAS Napo (26.6%), Putumayo I (21.5%) y finalmente el PIAS Putumayo (21.3%). (Ver Gráfico N°65).

**Gráfico N° 65. Región Loreto. Número de atenciones realizadas por Odontólogos en zonas de acción del PIAS -2016.**

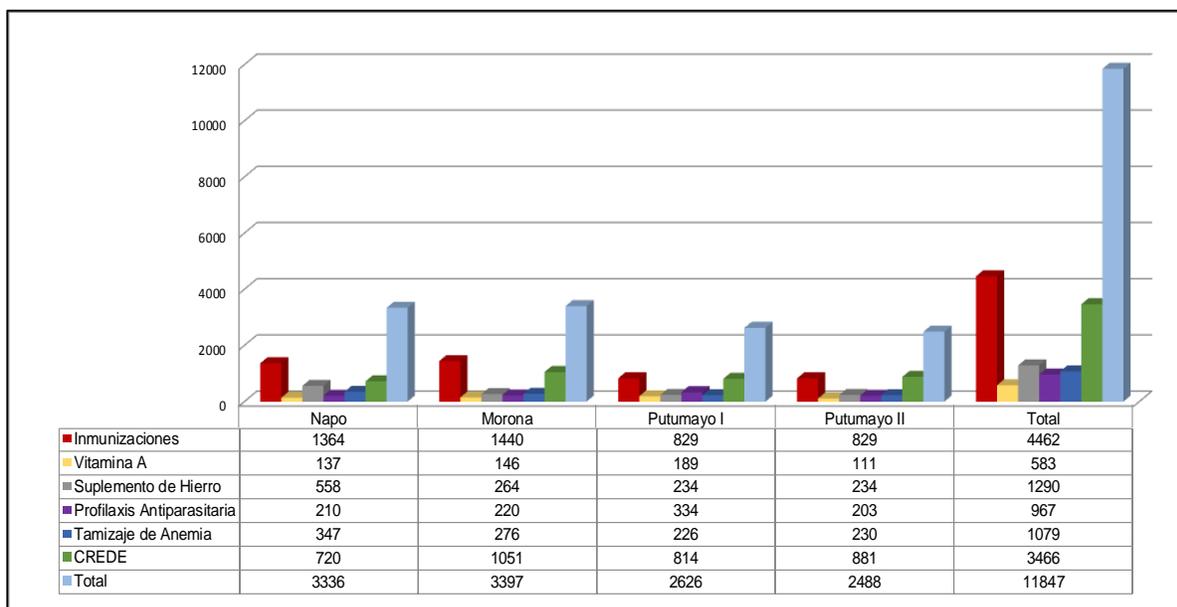


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

**Atenciones de Enfermería**

En las intervenciones por el PIAS se realizaron 11847 atenciones por enfermería, que más realizaron fueron 4462 atenciones por inmunizaciones, 3466 atenciones de CREDE, 1260 atenciones de suplemento de hierro, 967 atenciones de profilaxis antiparasitarias y finalmente las atenciones de administración de vitamina A.

**Gráfico N° 66. Región Loreto. Número de atenciones realizadas por Enfermeros en zonas de acción del PIAS -2016.**



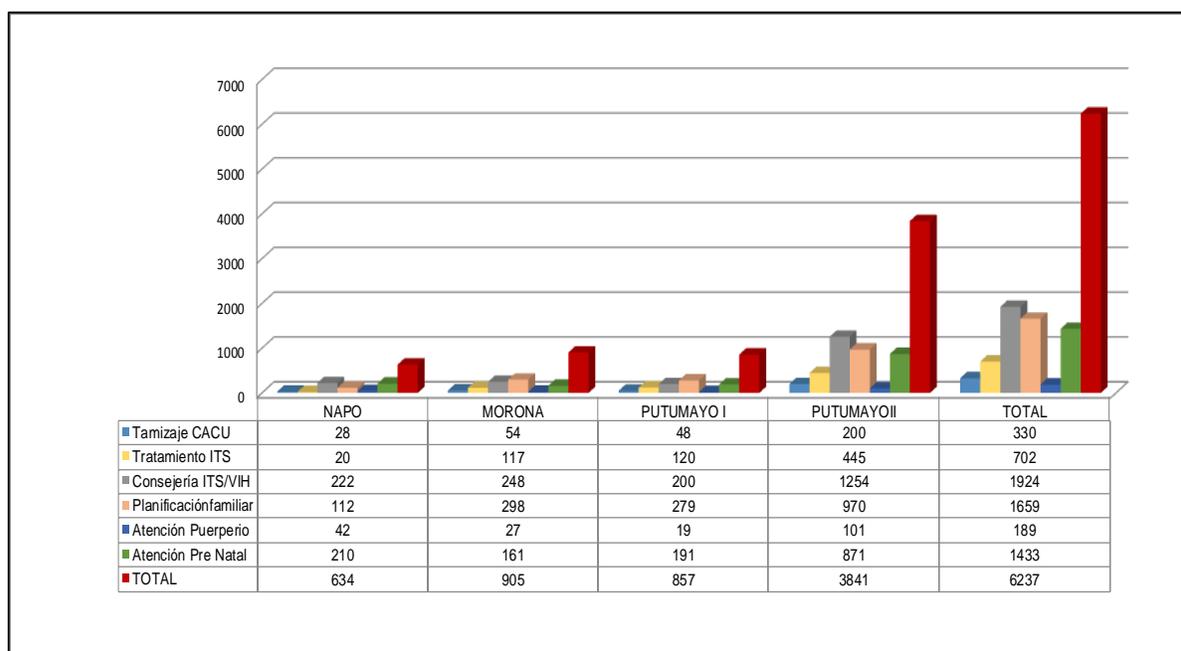
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

En relación a la PIA que más atención de enfermería realizaron fue el la PIA Morona con 3397 atenciones, PIA Napo 3336 atenciones, PIA Putumayo I 2626 atenciones y finalmente Putumayo II con 2488 atenciones.

### Atenciones de Obstetricia

Se realizaron 6,237 atenciones obstétricas, principalmente las consejerías ITS/VIH con 1924 atenciones, la PIAS Putumayo III, fue la brigada que más atenciones obstétricas realizó (3841 atenciones obstétricas).

**Gráfico N° 67. Región Loreto. Número de atenciones realizadas por Obstetras en zonas de acción del PIAS -2016.**

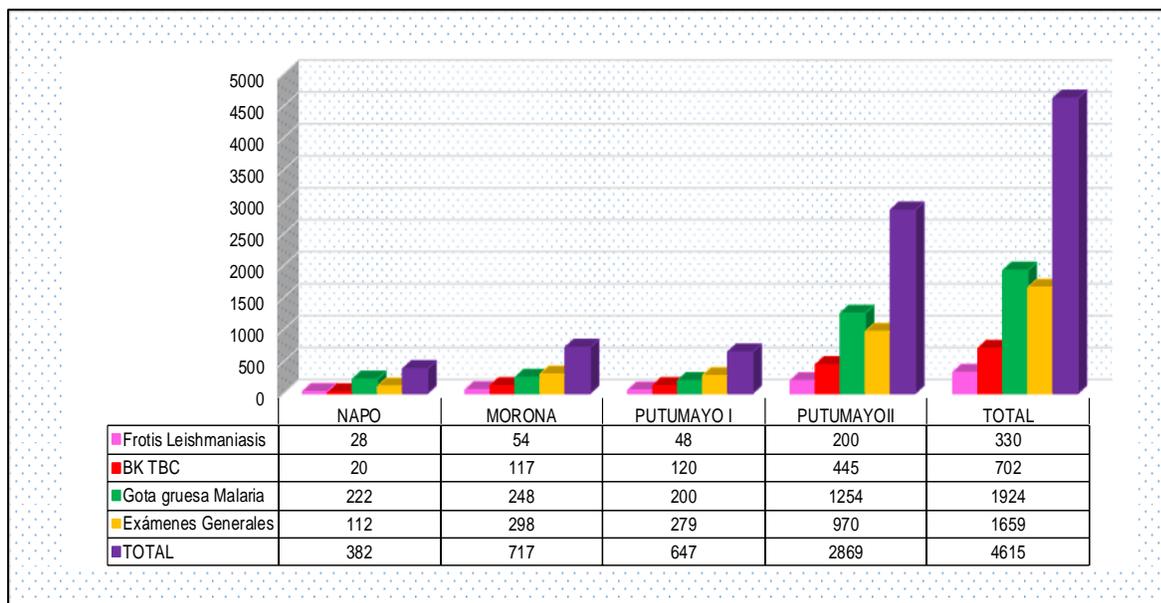


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

### Servicios de Laboratorio

El total de servicios de Laboratorio brindados durante los 5 zarpes realizados por 4 PIAS fueron en un total de 4615 servicios, siendo el servicio más brindado la gota gruesa para malaria, seguida de los servicios realizados de exámenes generales, seguida de los servicios de laboratorio de BK para TBC, finalmente los servicios realizados de frotis para Leishmaniosis. La PIAS Putumayo II, fue el que realizó más servicios de laboratorio con 2869 atenciones, seguidas de la PIAS Morona con 717 servicios, PIA Putumayo I 647 servicios y con menor servicios brindados fue la PIAS Napo con 382 servicios brindados. (Ver Gráfico N°68).

**Gráfico N°68. Región Loreto. Número de servicios de Laboratorio realizados según zonas de acción del PIAS -2016.**

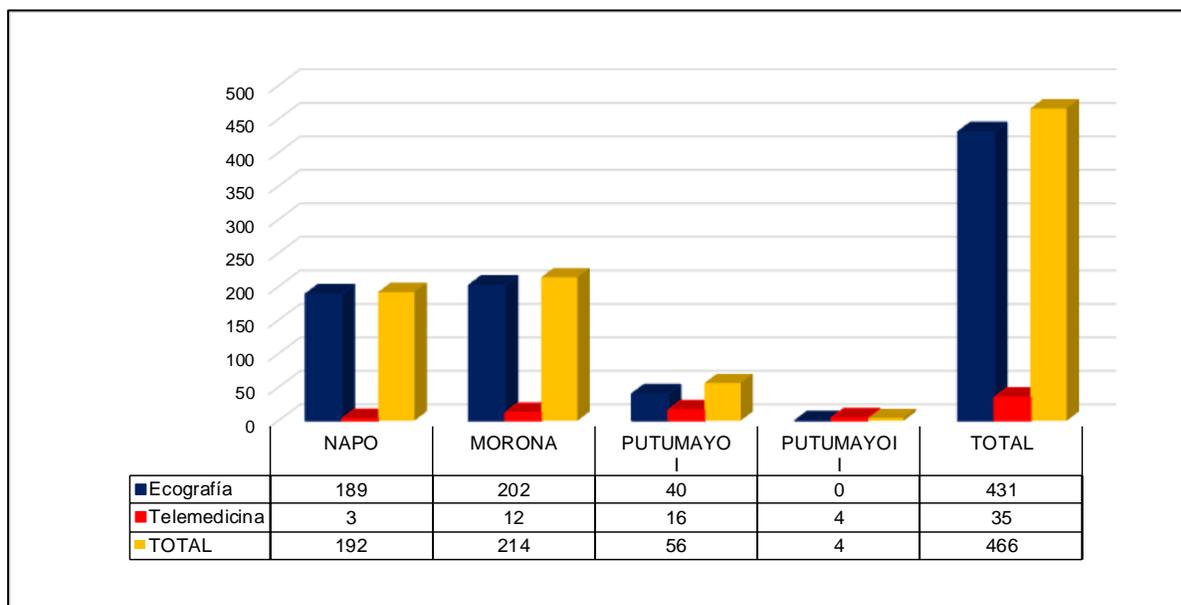


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

### Servicios de Apoyo al Diagnóstico

Se puede observar que durante las atenciones brindadas por las brigadas PIAS se realizaron 466 servicios de apoyo, siendo el servicio más brindado fueron las ecografías con 431 servicios.

**Gráfico N° 69. Región Loreto. Número de Servicios de Apoyo al diagnóstico realizados en las zonas de acción del PIAS -2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

---

**CAPITULO IV**

**ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD**

---

## 1. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

La información sobre mortalidad permite conocer los cambios en la composición y estructura de la población; asimismo, es un componente demográfico para efectuar las estimaciones y proyecciones de población. Por otro lado, es un indicador de las condiciones de vida y salud de la población. Las tasas elevadas revelan las condiciones generales de vida en una situación de escaso desarrollo socioeconómico.

### 1.1 Mortalidad General

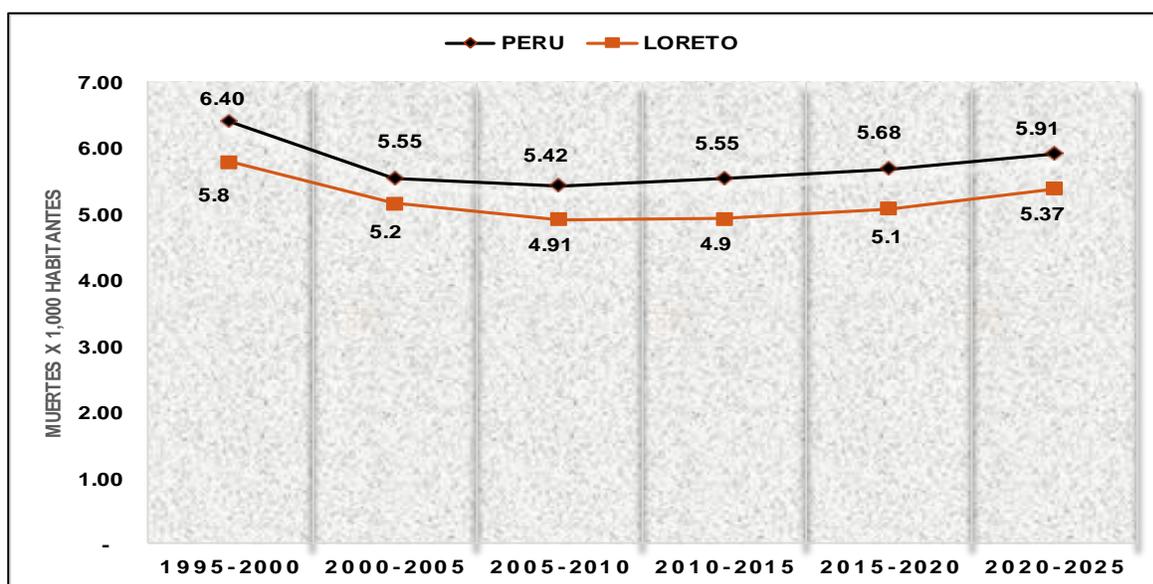
#### a. Tasa Bruta de Mortalidad (TBM):

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), expresa el número de muertes por cada mil habitantes, el presente gráfico nos muestra las proyecciones de la TBM en el Perú y la región Loreto comparando entre los quinquenios 1995-2000 al 2020-2025.

En el Gráfico N°70, se observa que las TBM en el Perú son superiores al de la región Loreto, en ambos ámbitos se observa la disminución a partir de quinquenio 1995-2000 al quinquenio 2005-2010, para luego observar una ligera tendencia al incremento a partir del quinquenio 2010-2015.

En términos generales las proyecciones nos marcan una disminución de la TBM en el Perú de 0.49 muertes por 1000 habitantes (1995-2000= 6.40 muertes x 1,000 hab y 2020-2025= 5.91 muertes x 1000 hab). En la región Loreto de 0.43 muertes por 1,000 habitantes. (1995-2000= 5.8 muertes x 1,000 hab y 2020-2025= 5.37 muertes x 1000 hab).

**Gráfico N° 70. Región Loreto: Proyecciones de la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM).  
Región Loreto 1995-2025**



Fuente INEI- Indicadores Demográficos, Estimados por quinquenios 1995-2025.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

Especial atención debe prestarse a la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), pues cuando desciende la mortalidad infantil y en la niñez, se espera que los riesgos tiendan a concentrarse en el primer mes de vida, por provenir fundamentalmente, de

causas congénitas. En cambio, las defunciones a partir del segundo mes de vida son atribuibles principalmente a los condicionantes de salud y socioeconómicos imperantes en los hogares y en su entorno. Es por ello que la situación económica de los hogares es determinante en la mortalidad infantil. (INEI).

#### b. Causas de Mortalidad General:

El análisis de la Mortalidad permite identificar las enfermedades de mayor trascendencia que afecta a una población causadas por múltiples factores de riesgo como el acceso a los servicios de salud por motivos económicos, culturales y geográficos; asimismo nos permite además discernir las muertes según género y grupos de edades. El presente análisis recopila información de las defunciones reportados por los Establecimientos de Salud del sistema de información HIS de la DIRESA Loreto.

La DIRESA Loreto en el 2016, reportaron un total de 6525 defunciones distribuidas en 179 causas de mortalidad; Las 20 primeras causas representan el 73.9% de las muertes de la población general.

**Gráfico N° 71. Región Loreto: 20 Principales causas de Mortalidad General (%). 2016**



Fuente. DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

La 2 principales causas de mortalidad lo ocupa las Neumonías no especificadas (21.4%), Septicemia, no especificada (16.6%), y la mayor parte de las causas lo ocupan las causas de enfermedades no transmisibles como el Infarto agudo de miocardio (5.5%), Tumor maligno del estómago, Otras cirrosis no especificadas, Diabetes Mellitus, Tumor maligno de la próstata, ahogamiento y sumersión, cirrosis hepáticas, Accidente cerebro vascular, tumor maligno del útero. Así mismo existen causas de mortalidad sociales muy relevantes como la tuberculosis respiratoria, Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana.

### c. Mortalidad según género

Del total de causas de Mortalidad en la región Loreto, el 60.4% corresponden al sexo masculino, mientras el 39.6% al sexo Femenino.

#### Sexo Masculino:

Según el perfil de la mortalidad en hombres, las dos primeras causas es semejante a la mortalidad en la población general; La neumonía (22.5%) y la septicemia (16.0%). La insuficiencia respiratoria pasa a ocupar la tercera causa de mortalidad en este sexo. Las causas de mortalidad de enfermedades no transmisibles vienen a prevalecer en este sexo, como el infarto agudo de miocardio, tumor maligno de la próstata, cirrosis hepática alcohólica y otras cirrosis, ahogamiento, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus; Entre las 20 primeras causas también se encuentran las causadas por enfermedad por virus de inmunodeficiencia y la tuberculosis pulmonar.

**Gráfico N° 72. Región Loreto: Principales causas de Mortalidad en Hombres (%). 2016**

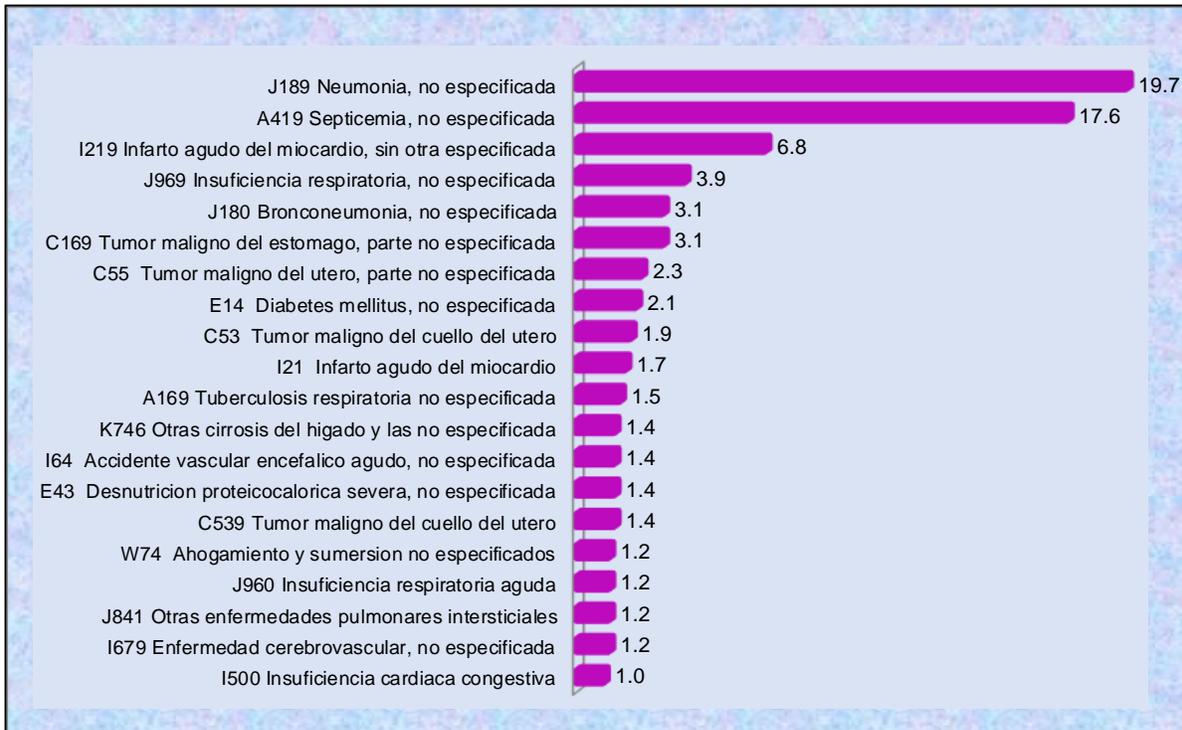


Fuente. DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

#### Sexo Femenino:

En el sexo femenino, las causas de mortalidad son similares a los resultados obtenidos de la mortalidad general y la del sexo masculino, en donde la neumonía (19.7%) y la septicemia (17.6%) ocupan las dos primeras causas de mortalidad, el infarto de miocardio pasa a ocupar el tercer lugar de las causas de las muertes, a diferencia del sexo masculino hace su aparición las muertes causadas por las bronconeumonías y la desnutrición proteico calórica severa, como enfermedades propias de las mujeres el tumor maligno del útero y del cuello del útero propio de la mujer tiene su aparición dentro de las 20 primeras causas. A diferencia del sexo masculino no aparece la enfermedad por virus de inmunodeficiencia, sin embargo la tuberculosis pulmonar persiste como causa de muerte. (Ver Gráfico N° 73).

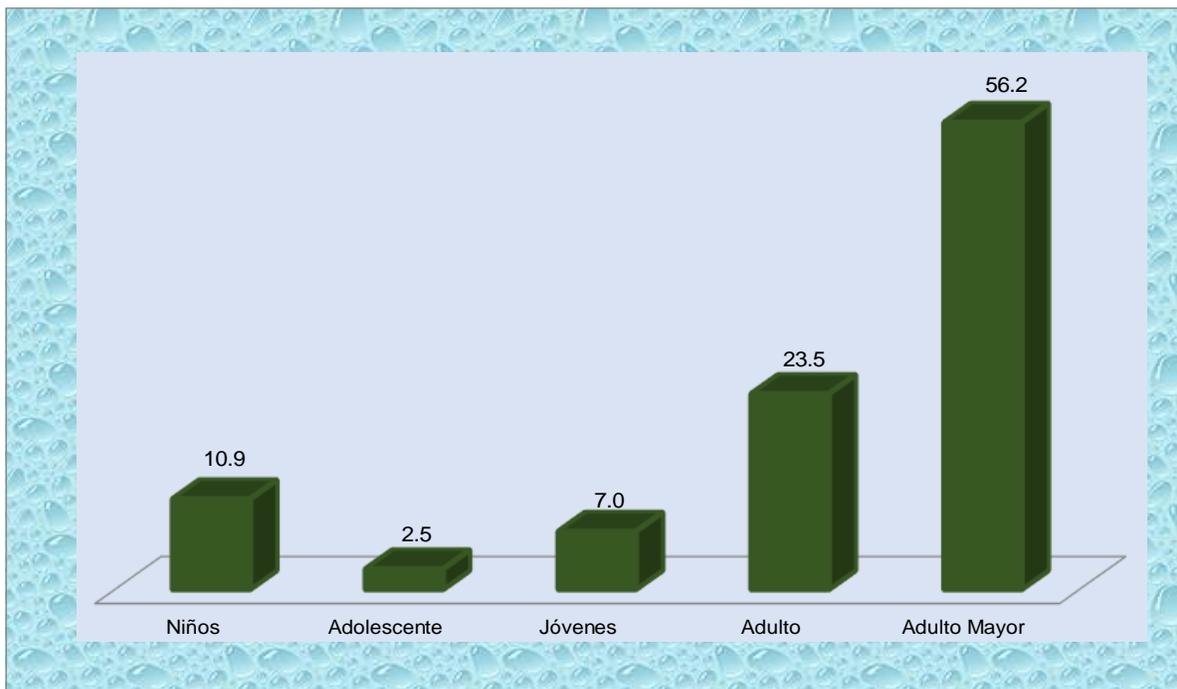
**Gráfico N° 73. Región Loreto: Principales causas de Mortalidad en Mujeres (%). 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

**d. Mortalidad por ciclos de vida**

**Gráfico N° 74. Región Loreto. Mortalidad general según grupo de edades 2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

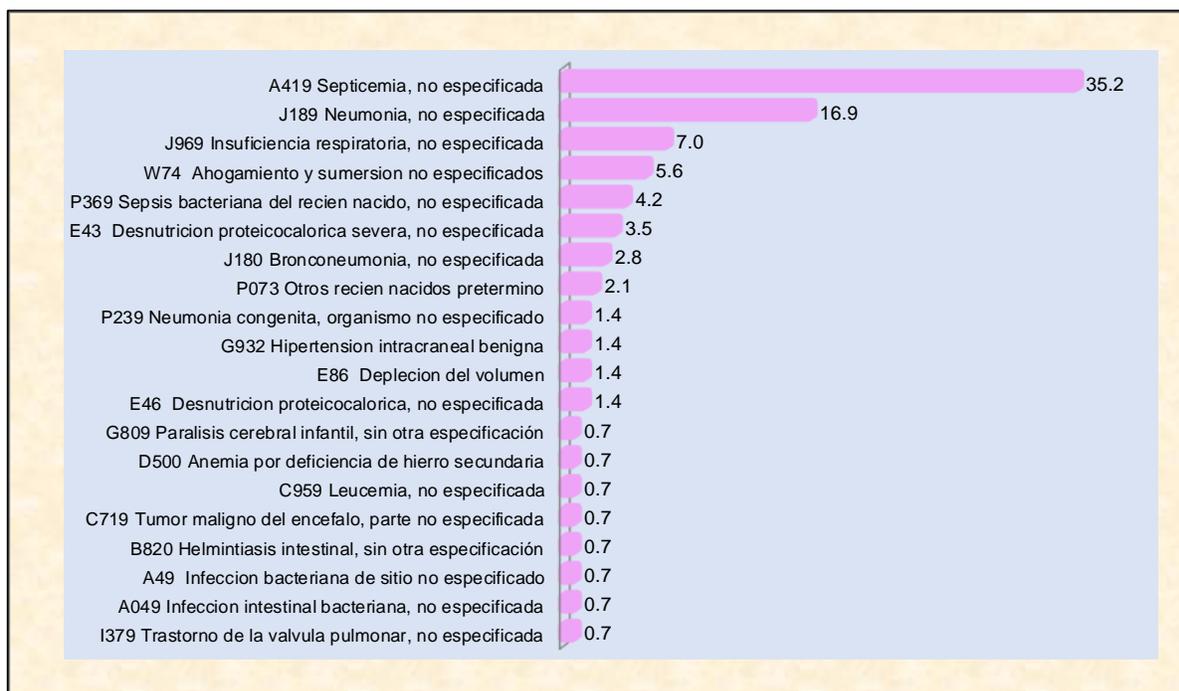
Según grupo de Edades, el 56.2% de las muertes generales se presentan en los adultos mayores (60 años a más), seguida de la etapa adulta (30 a 59 años) con el 23.5%, así mismo las muertes ocurren en un 10.9% en los niños (0-9 años), jóvenes 7% y finalmente en los adolescentes con el 2.5%. (Ver gráfico N° 74).

### Mortalidad en Niños (0 a 11 años)

En la etapa de vida niño se presentaron 31 causas de muertes, de ellas 20 representan el 88.7%. Entre las cinco primeras causas de mortalidad se encuentran la septicemia no especificada (35.2%), la neumonía no especificada (16.9%), la Insuficiencia respiratoria (7%), Ahogamiento y sumersión no especificados (5.6%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (4.2%).

El 11.3% de las muertes son producidas por otras causas, entre estas enfermedades se encuentran la desnutrición proteico severo, bronconeumonía, neumonía congénita, hipertensión intracraneal benigna, depleción de volumen y desnutrición proteico calórico.

**Gráfico N° 75. Región Loreto. Principales causas de mortalidad general en niños de 0 a 11 años. 2016.**



Fuente. DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

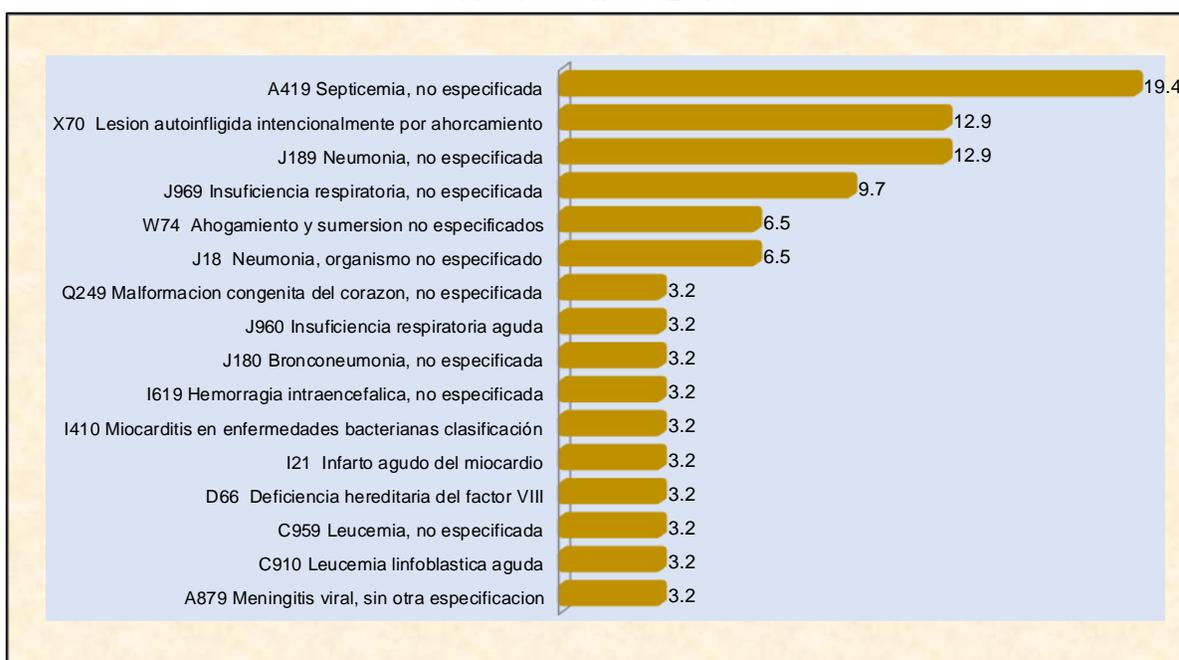
Existiendo el 0.7% por cada una de las causas de muertes en niños de 0 a 11 años: La parálisis cerebral infantil, anemia por deficiencias, Leucemia, Tumor maligno del encéfalo, helmintiasis intestinal, infección bacteriana, infección intestinal bacteriana y trastorno de la válvula pulmonar. (Ver Gráfico N°75).

### Mortalidad en Adolescentes (12 a 17 años).

El Gráfico N° 76, Nos muestra las 17 causas de mortalidad en adolescentes que representa el 100% de causas de muertes reportadas. El 19.3% de las muertes son causadas por septicemia, no especificada, seguida de las muertes causadas por lesiones autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento (12.9%), Neumonía no especificada (12.9%), Insuficiencia respiratoria no especificada (9.7%), ahogamiento por sumersión (6.5%) y las causadas por neumonía por organismo, no especificado (6.5%).

Dentro de las otras causas de mortalidad en esta etapa de vida que son 10 y que representan el 3.2% cada una, se encuentran las malformaciones congénitas del corazón, Insuficiencia respiratoria aguda, bronconeumonía, hemorragia intraencefálica, las leucemias y la deficiencia hereditaria del factor VIII, cobran fuerza entre las principales causas de muerte en esta etapa de vida

**Gráfico N°76. Región Loreto. Principales causas de mortalidad general en Adolescentes 2016.**

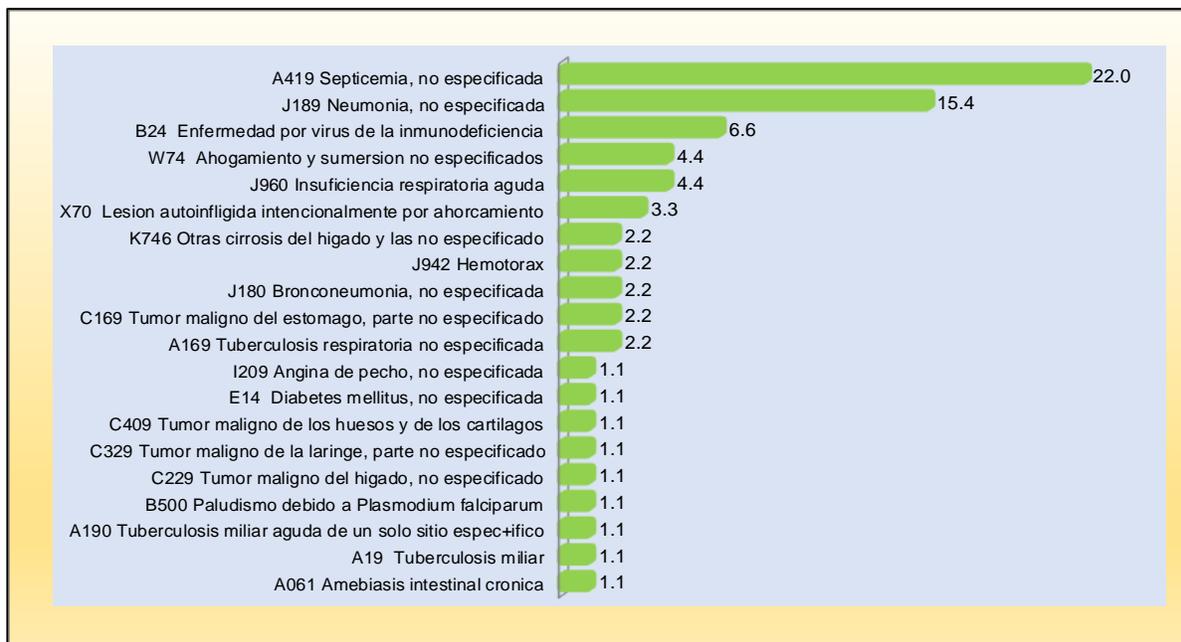


Fuente. Diresa Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- Diresa Loreto

### Mortalidad en Jóvenes (18 a 29 años)

En los jóvenes se presentaron 41 causas de muertes, de las cuales las 20 analizadas representa el 76.6%. Dentro de las 5 primeras causas de muerte en jóvenes se encuentran las septicemias (22%), La neumonía (15.4%), Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (6.6%), el ahogamiento y sumersión no especificada y la insuficiencia respiratoria aguda con 4.4% cada uno respectivamente y dentro de las demás causas aparece la cirrosis, tuberculosis, la diabetes mellitus, los tumores malignos y la malaria. (Ver Gráfico N°77).

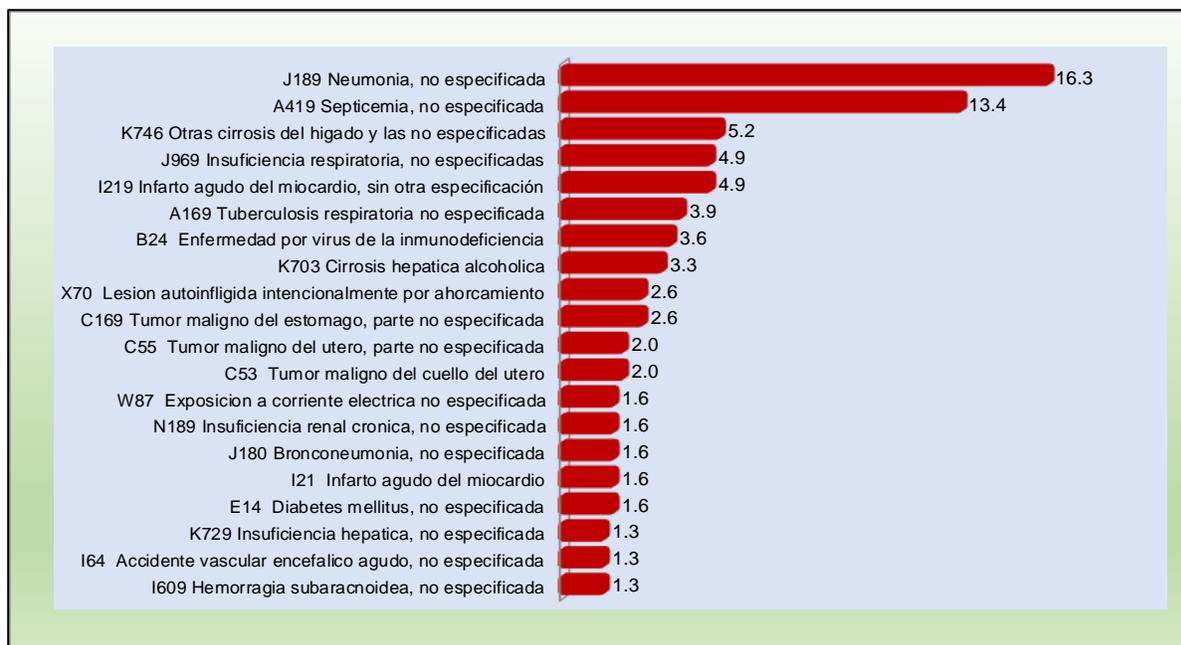
**Gráfico N° 77. Región Loreto. Principales causas de mortalidad en Jóvenes. 2016**



Fuente. DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

**Mortalidad en Adultos (30 a 59 años)**

**Gráfico N° 78. Región Loreto. Principales causas de mortalidad en Adultos. 2016.**



Fuente. DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

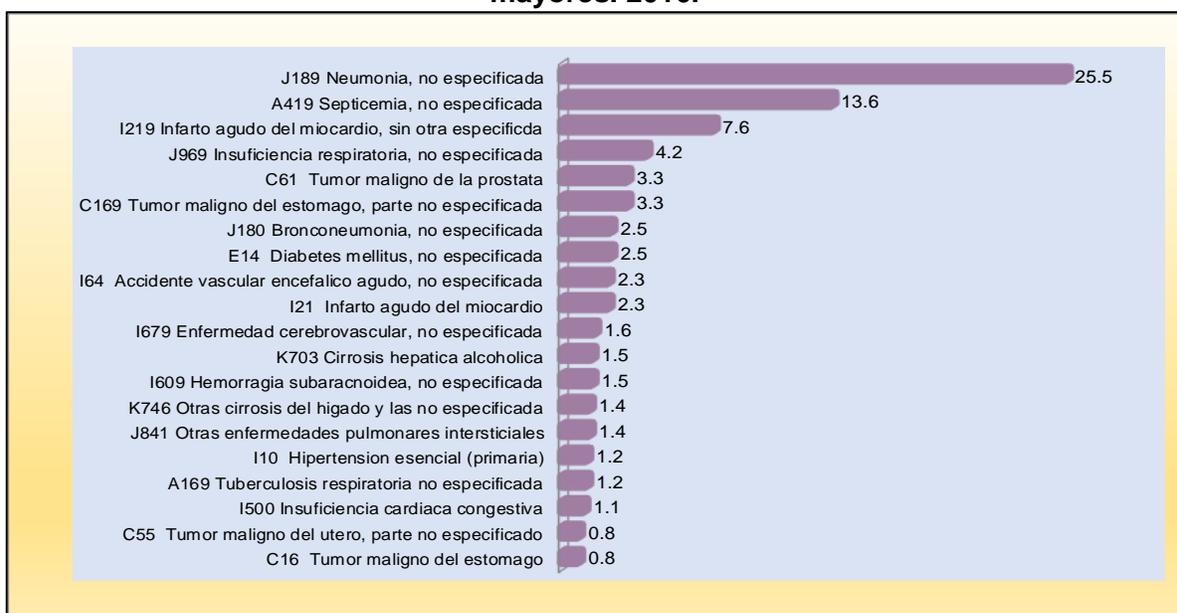
En la etapa adulto, 76 causas fueron las que produjeron las muertes, de las cuales 20 de ellas analizadas representa el 76.5%, dentro de las 5 principales causas de muertes se

encuentran las neumonías (16.3%), La septicemia (13.4%), otras cirrosis del hígado (5.2%), la insuficiencia respiratoria y el infarto de miocardio con 4.9% cada uno. La tuberculosis y la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia aparece al igual que en los jóvenes, los tumores, la diabetes mellitus y la cirrosis destacan en esta etapa.

### Mortalidad en Adultos Mayores (60 años a más)

En esta etapa se presentaron 105 causas de mortalidad, 20 de las principales causas de mortalidad representa el 79.5% del total de las causas. Entre las 5 primeras causas se encuentran las neumonías con el 25.5%, septicemias (13.6%), el infarto agudo de miocardio (7.6%), la insuficiencia respiratoria (4.2%) y el tumor maligno de la próstata (3.3%). Los tumores, la diabetes, enfermedades cerebrovasculares, accidentes vasculares encefálico agudo, hemorragias subaracnoidea, hipertensión arterial son las que se destacan.

**Gráfico N° 79. Región Loreto. Principales causas de mortalidad en los adultos mayores. 2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.  
Elaborado: Dirección de Epidemiología- DIRESA Loreto

### 1.2 Mortalidad Infantil:

Es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. En la práctica, se define como el cociente entre las defunciones de los niños menores de un año ocurridas en un período dado y los nacimientos ocurridos en el mismo lapso.

El Gráfico N° 80, nos muestra la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Loreto en comparación con la TMI en el Perú. La Tasa de Mortalidad Infantil en Loreto es superior a los niveles alcanzados a nivel nacional. Observando en ambos casos que la TMI está sufriendo una disminución progresiva entre los años 2009 y 2015, a nivel Regional de 45 a 22.5 defunciones en menores de 1 año por 1,000 nacidos vivos, es decir una disminución de 22.5 defunciones en menores de 1 año por mil nacidos vivos.

Entre el año 2015 y 2016 la TMI muestra una disminución 3.7 defunciones en menores de 1 año por mil nacidos vivos.

**Gráfico N° 80. Región Loreto. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) (Por cada 1000 NV). 2009 al 2016**

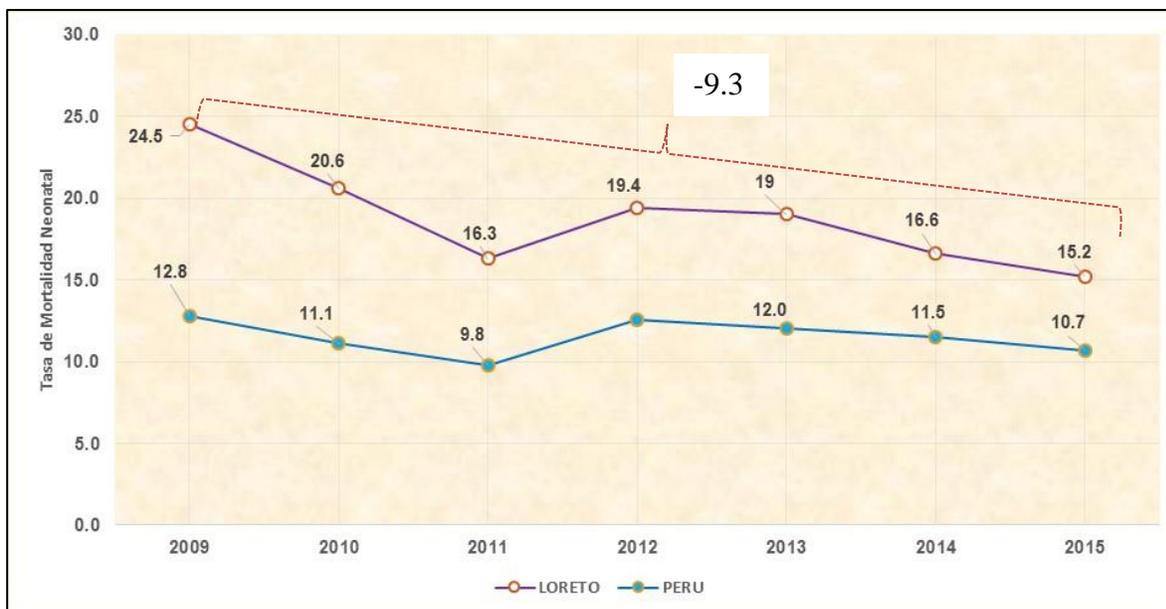


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Indicadores Departamentales 2009-2016  
 Elaborado: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

### 1.3 Mortalidad Neonatal (MNN)

La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) o tasa de mortalidad de recién nacidos es el número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado. Uno de los objetivos del Desarrollo Sostenible para el año 2030, es reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos.

**Gráfico N° 81. Región Loreto. Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) (Por cada 1000 NV) 2009-2015.**



Fuente: SNVEPN. Dirección Regional de Salud Loreto- MINSA –Perú  
 Elaborado: DFIRESA Loreto. Dirección de epidemiología

El gráfico N°81, nos muestra la evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) en la región Loreto en comparación con el nivel nacional; Observando que las TMN de la región Loreto son superiores y que en ambos casos hay una tendencia a la reducción. En la región Loreto entre los años 2009 y 2015 hay una disminución de 9.3 muertes neonatales por 1,000 Nacidos Vivos (N.V), de 24.5 a 15.2 muertes neonatales por mil nacidos vivos en los años respectivos. Así mismo entre los años 2014 y 2015 hubo la reducción de la mortalidad neonatal de 1.4 defunciones por mil N.V. Comparando con el nivel nacional en el año 2015 la TMN en la región Loreto fue superior con 4.5 muertes neonatales por mil N.V: Loreto (15.2 muertes neonatales por 1,000 NV.) y Perú (10.7 muertes neonatales x 1,000 N.V).

#### a. Características de las Muertes Neonatales

La Tabla N° 20, Nos muestra las características de las muertes neonatales producto del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Neonatal del MINSA en la región Loreto de los años 2015 y 2016. Las Muertes Neonatales en los años 2015 y 2016 superaron las 100 muertes, en el año 2016 se reportaron 149 muertes neonatales y 106 muertes neonatales, en el año 2015.

**Tabla N° 20. Características de la Muerte Neonatal. Región Loreto 2013-2016**

<b>CARACTERÍSTICAS DE LAS MUERTES NEONATALES</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Edad del fallecimiento (días)</b>		
Menos de 1 día	29.2	24.2
De 1 a 7 días	53.8	53.0
De 8 a 28 días	17.0	22.8
<b>Peso al nacer (gr)</b>		
<1,500 gr	46.2	55.0
1,500-2500gr	29.2	21.5
>2500 gr	24.5	23.5
<b>Prematuridad</b>		
A término >= 37 SG	28.3	24.8
Prematuro <=36 SG	71.7	75.2
<b>Lugar de Fallecimiento</b>		
Comunidad	99.0	0.0
Establecimiento de Salud	1.0	100.0
<b>TOTAL DE MUERTES NEONATALES</b>	<b>107</b>	<b>149</b>

Fuente: SNVEPN. Dirección Regional de Salud Loreto- MINSA –Perú  
Elaborado: DFIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

En el año 2016 según la **edad de fallecimiento**, se reportaron el 53.0% de muertes neonatales en los niños de 1 a 7 días de edad, seguida de las muertes neonatales ocurridas en niños menores de 1 día (24.2%) y finalmente el 22.8% en los niños de 8 a 28 días de edad; En comparación con el año 2015 el incremento de muertes neonatales se dio en los niños de 8 a 28 días de edad. Entre el año 2015 y 2016 con respecto a la edad de fallecimiento existe un incremento de 5.8% de muertes neonatales en las edades de 8 a 28 días de edad.

En relación al **peso al nacer**, observamos que los niños con menos de 1,500 gr. son los que más fallecen en los años 2015 y 2016. En el año 2016 el 55.0% de las muertes ocurrieron en los niños que pesaron menos de 1,500gr, seguida de los que pesaron de 1500-2500 gr. (23.5%), finalmente fallecen los que nacen con más de 2,500gr.

En relación a la característica de **prematuridad** en el año 2016, las Muertes Neonatales se presentaron en los niños con menos o igual a 36 semanas gestacional representando un 75.24% del total de las muertes.

Con respecto al **lugar de fallecimiento** de las Muertes Neonatales, estos ocurren principalmente en los Establecimientos de Salud con más del 99.0% en los años 2015 y 2016. En el año 2016 el 100% de las Muertes Neonatales ocurrieron en los Establecimientos de Salud.

#### b. Causas básicas de Muerte Neonatal

**Tabla N° 21. Principales causas Básicas de Muerte Neonatal.  
Región Loreto 2016**

N°	CAUSAS BÁSICAS DE MORTALIDAD NEONATAL	N°	%
1	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDOE NO ESPECIFICADA	42	28.2
2	INMATURIDAD EXTREMA	31	20.8
3	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	21	14.1
4	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	11	7.4
5	ANEMIA DE LA PREMATURIDAD	5	3.4
6	ASFIXIA DEL NACIMIENTO NO ESPECIFICADA	3	2.0
7	MALFORMACION CONGENITA DEL ENCEFALOE NO ESPECIFICADA	3	2.0
8	PESO EXTREMADAMENTE BAJO AL NACER	3	2.0
9	ENFERMEDAD VIRAL CONGENITAE SIN OTRA ESPECIFICACION	2	1.3
10	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	2	1.3
<b>SUB TOTAL</b>		<b>123</b>	<b>82.6</b>
11	OTRAS CAUSAS	26	17.4
<b>TOTAL</b>		<b>149</b>	<b>100%</b>

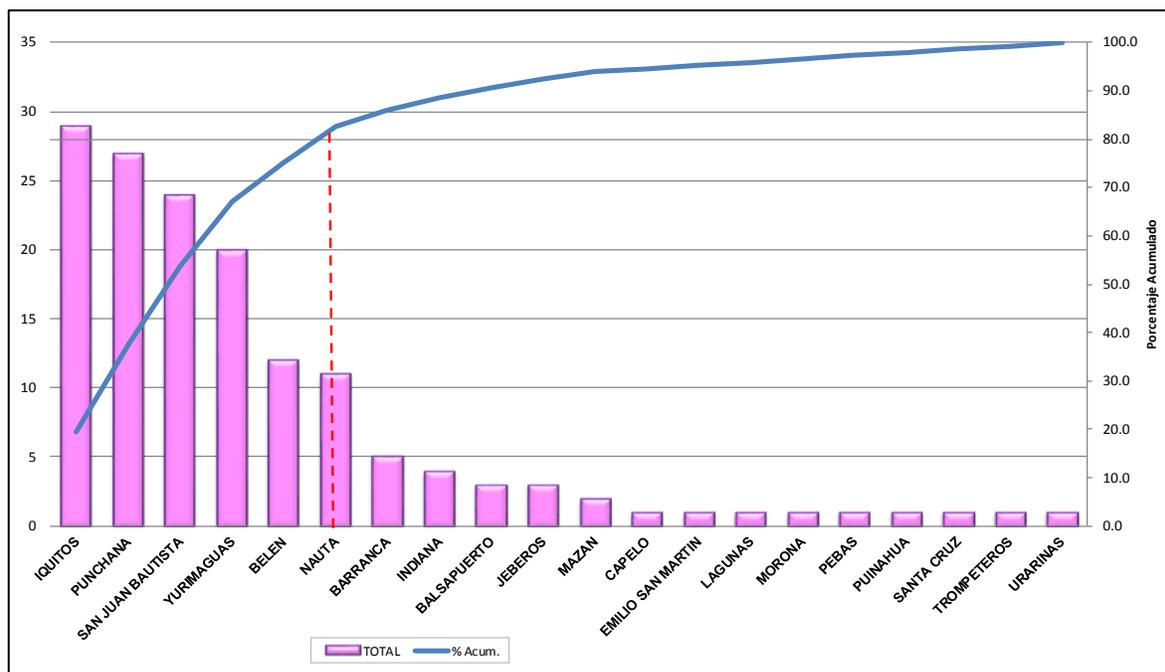
Fuente: SNVEPN. Dirección Regional de Salud Loreto- MINSA –Perú  
Elaborado: DFIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

En el año 2016 en la región Loreto se reportaron 149 Muertes neonatales, cuyas 10 principales causas de Muertes Neonatales en la Región Loreto, fueron aquellas vinculadas a la Sepsis Bacteriana (28.2%), seguida las causadas por Inmadurez Extrema (20.8%), Insuficiencia Respiratoria del recién nacido (14.1%), Otros recién nacidos pre términos (7.4%), Anemia de la prematuridad (3.4%), Asfixia del nacimiento no especificada (2.0%), Malformación Congénita del Encéfalo no especificada (2.0%), Peso Extremadamente bajo al nacer (2.0%), Enfermedad Viral Congénita sin otra especificación (1.3%) y Feto y Recién Nacido afectados por ruptura prematura de las membranas (1.3%); Existiendo un 17.4% de muertes por otras causas (Tabla N°21).

### c. Mortalidad Neonatal por Distritos

En el 2016, se registró 149 muertes neonatales; de éstos la mayor concentración de muertes neonatales, se encuentra en 20 distritos de las 53 existentes en la región Loreto, 6 distritos concentran el 80% de las muertes neonatales entre ellos se encuentran 5 distritos de la provincia de Maynas (Iquitos, Punchana, San Juan Bautista, Belén, Nauta) y el distrito de Yurimaguas correspondiente a la provincia de Alto Amazonas.

**Gráfico N°. 82. Región Loreto. Número de Muertes Neonatales por Distritos -2016**



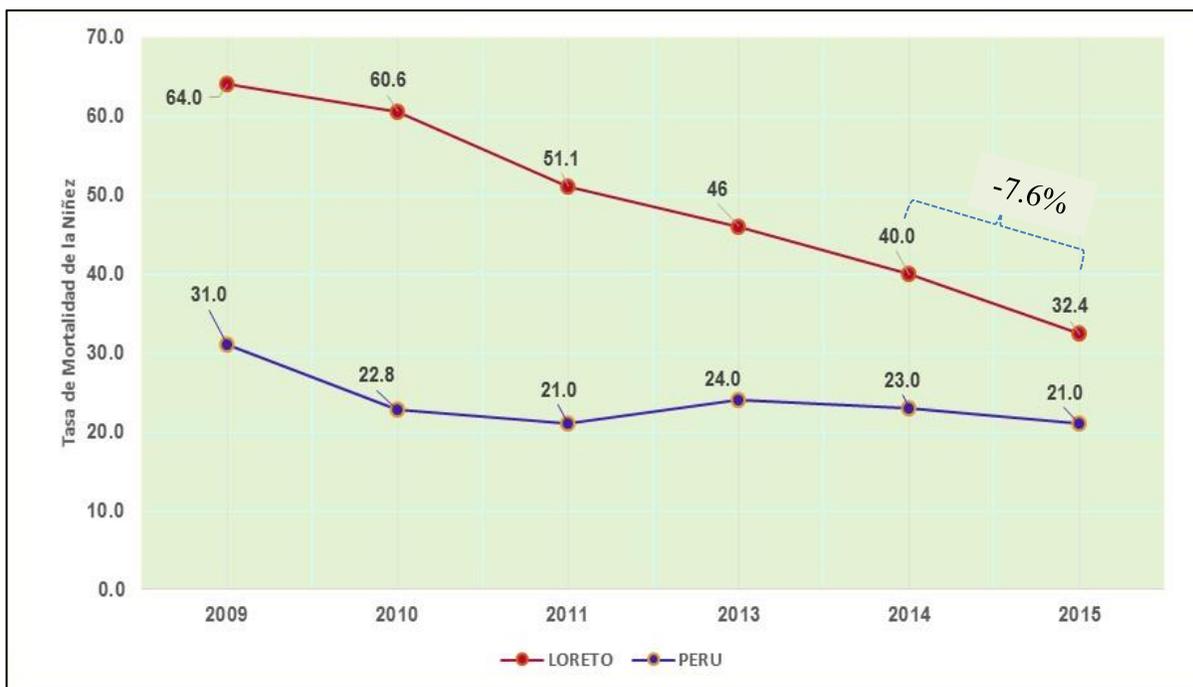
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Indicadores Departamentales 2009-2016  
Elaborado: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

### 1.4 Mortalidad de la Niñez

Es la probabilidad de morir antes de los cinco años de vida. La Tasa de Mortalidad en la niñez en la región Loreto es superior a la presentada a nivel del Perú, existiendo una tendencia a la disminución en ambos ámbitos. En la región Loreto, desde el año 2009 al 2015 hubo una disminución del 31.6 muertes en niños menores de 5 años por mil nacidos vivos, mientras a nivel nacional la disminución fue de 10.0 muertes en niños menores de 5 años por mil nacidos vivos.

En el año 2015 la región Loreto presentó una Tasa de Mortalidad en la Niñez de 32.4 muertes en niños menores de 5 años por mil nacidos vivos, habiendo una disminución en comparación con el año 2014 de 7.6 muertes en niños menores de 5 años por mil nacidos vivos. (Gráfico N°83).

**Gráfico N° 83. Región Loreto. Evolución de la Tasa de Mortalidad en la Niñez (por cada 1000 NV). 2009-2015.**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Indicadores Departamentales 2009-2016  
Elaborado: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

### 1.5 Mortalidad Materna (MM)

La Mortalidad Materna, es considerada un problema grave de salud pública y es un indicador sensible del estado de la mujer en la sociedad, considerada como una tragedia familiar y social por las repercusiones familiares que trae consigo y refleja el acceso a los Establecimientos de Salud y la calidad de atención recibida.

Hay una gran proporción de mujeres cabeza de familia que llevan las riendas de sus núcleos familiares y soportan la economía del hogar, la muerte de éstas genera en sus hijos no sólo una carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también carencias afectivas y de protección.

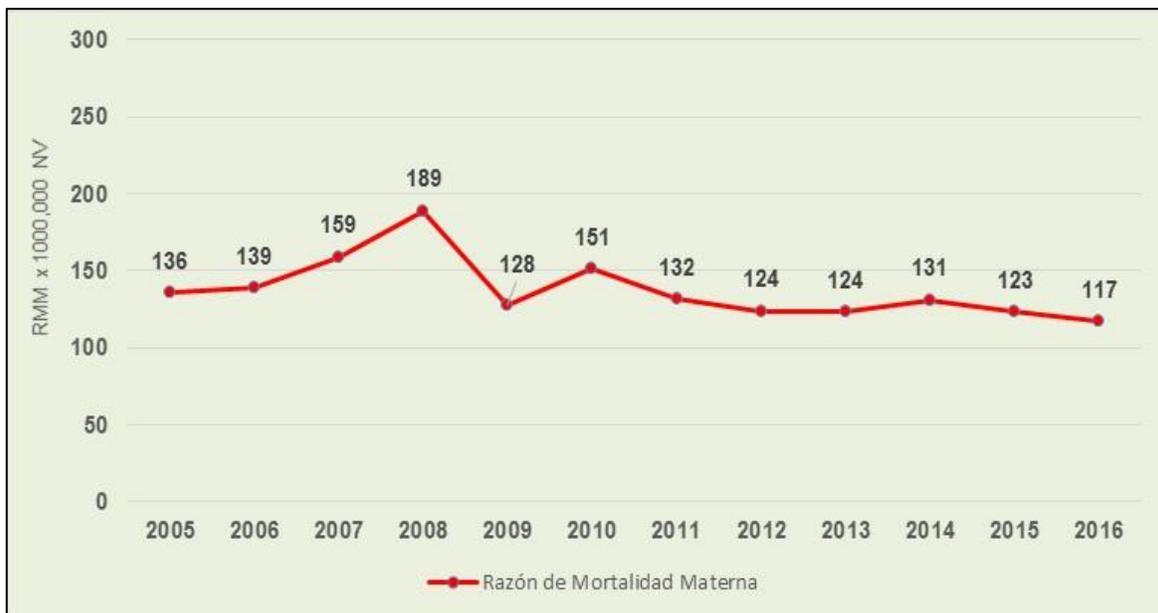
#### a. Razón de Mortalidad Materna según datos de número de nacimientos - INEI

La **razón** de Mortalidad Materna es el número de mujeres que fallecen durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, por cada 100.000 nacidos vivos ese mismo año.

El Gráfico N° 84. Nos muestra el análisis de la Razón de Muerte Materna en la región Loreto de 12 años desde el año 2005 al 2016, en ella nos muestra una ligera tendencia a la

disminución, la RMM en el año 2008 fue de 189 MM x 100,000 NV fue la RMM más alta en estos 12 años, luego se observa que en el año 2009 la RMM fue de 128 MM x 100 000 NV, disminuyendo 61 MM x 100 00 NV. Comparando en los últimos años, en el año 2016 hubo una RMM de 117 MM x 100,000 NV inferior al año 2015 que fue de 123 MM x 100,000 NV.

**Gráfico N° 84. Región Loreto. Razón de Muertes Maternas (RMM). 2005-2016 Por 100, 000 NV.**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

\*La Población de nacimientos se tomó de la proyección poblacional por años -INEI.

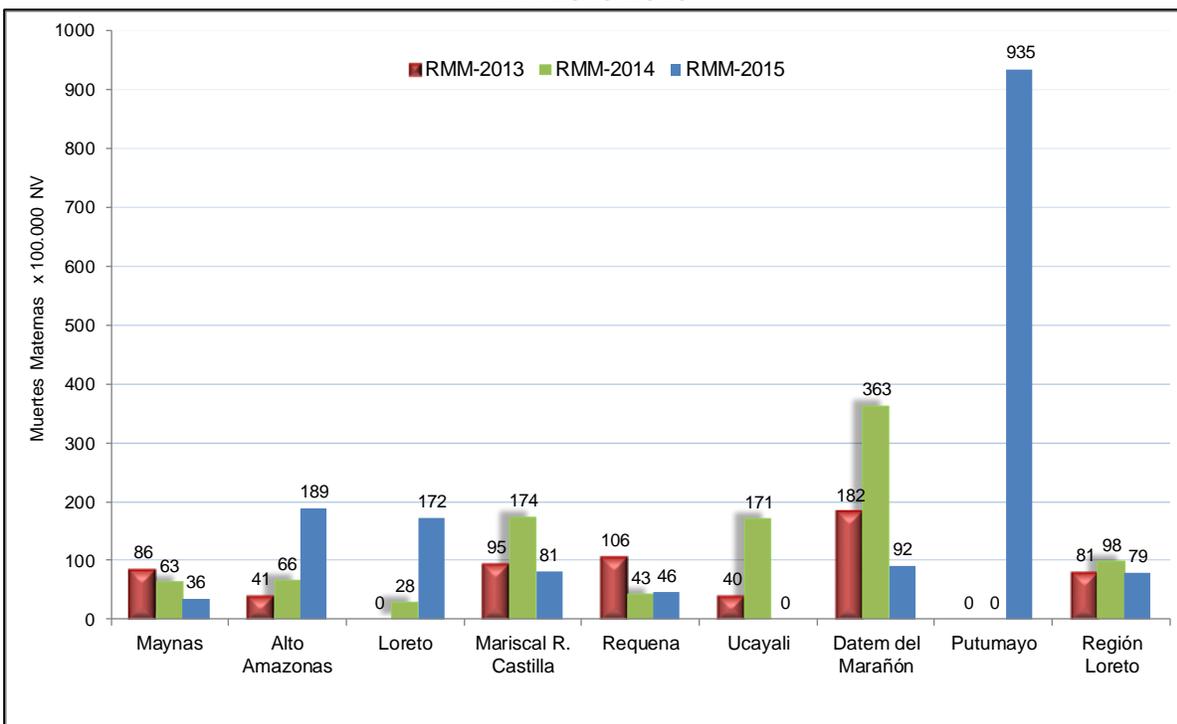
\*\* Las Muertes Maternas analizadas corresponden al total de Muertes (Directas, indirectas e Incidental).

#### **b. Razón de Mortalidad Materna según datos de número de nacimientos - RENIEC**

Tomando la fuente del número de nacimientos proporcionados por la RENIEC- Loreto, se calculó la Razón de Mortalidad Materna de la región Loreto y de las provincias de los años 2013, 2014 y 2015. La razón de Muerte Materna del año 2013 fue de 81 x 1000,000 NV y del 2014 y 2015 fueron de 98 y 79 x 100,000 NV respectivamente. Si analizamos por provincias se observa que la provincia del Putumayo en el año 2015 tuvo una RMM de 935 MM x 100,000 NV superior a todas las provincias y en los tres años analizados.

En el año 2014 la mayor RMM lo tenía la Provincia del Datem del Marañón con 363 MM x 1000,000 NV. En el año 2015 fueron tres provincias que tuvieron mayor RMM que el resto de las provincias; La Provincias del Putumayo 935 MM x 100,000 NV, seguida de la Provincia de Alto Amazonas con 189 MM x 100,000 NV y finalmente la provincia de Loreto con 172 MM x 100,000 NV. (Ver Gráfico N°85).

**Grafico N° 85. Región Loreto. Razón de Muertes Maternas (RMM) según Provincias (Datos de Nacidos Vivos proporcionados por la RENIEC). Por 100,000 NV. 2013-2015**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

\*La Población de nacimientos se tomó de fuente: **RENIEC-Loreto**.

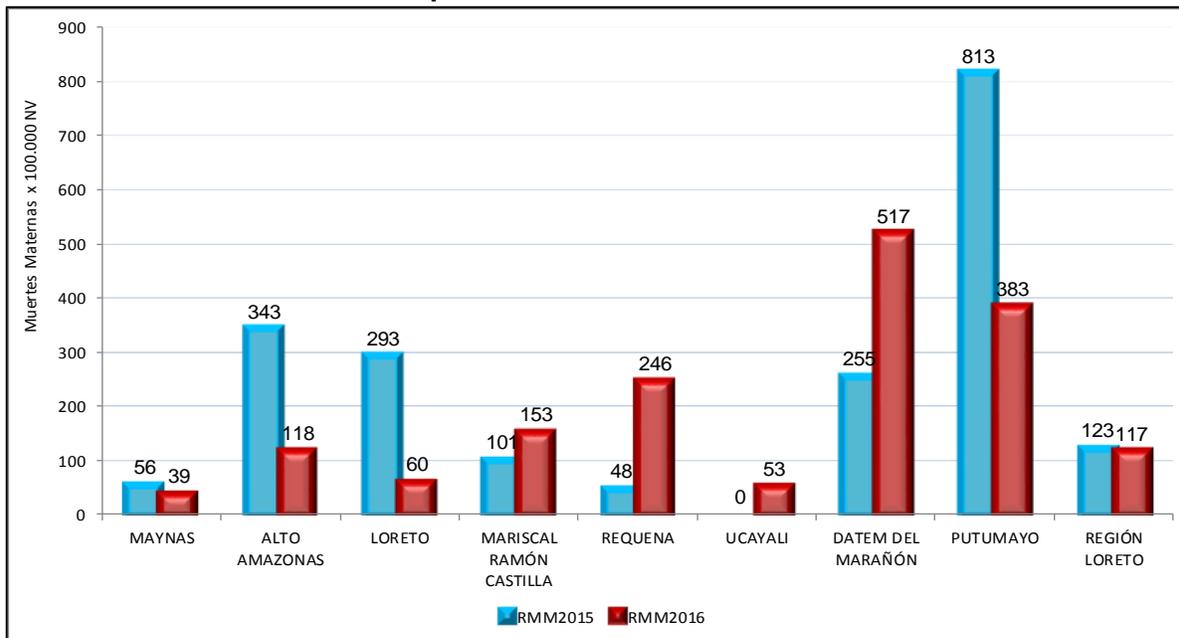
\*\* Las Muertes Maternas analizadas corresponden al total de Muertes (Directas, indirectas e Incidental).

### c. Razón de Muertes Materna Por Provincias según número de Nacimientos proporcionados por INEI.

A pesar de las mejoras significativas de la salud materna durante los últimos años, todavía se encuentran grandes desigualdades por lugar de residencia y nivel de educación, sobre todo entre las mujeres que viven en la región de la Selva y en el área rural. La atención calificada en el parto hace la diferencia entre la vida y la muerte. Es por ello, que las políticas de calidad de los servicios de salud materna son importantes para la garantía de la salud y la vida de las mujeres gestantes.

En relación a la Razón de Muerte Materna de los años 2015 y 2016 por provincias, observamos que en 5 provincias se incrementaron en relación al año anterior, en la Provincia de Mariscal Ramón Castilla de 101 (2015) a 153 MM x 100,000 NV (2016), seguido de la Provincia de Ucayali de 0 (2015) a 53 MM x 100,000 NV (2016), finalmente la provincia del Datem del Marañón de 255 (2015) a 517 MM X 100,000 NV. La provincia del Putumayo en el año 2015 la RMM fue superior al resto de las provincias con 813 MM x100, 000 NV, logrando disminuir en el 2016 a 383 MM x 1000,000 NV. (Ver Gráfico N° 86).

**Gráfico N° 86. Región Loreto. Razón de Muertes Maternas (RMM) según INEI por Provincias. 2015-2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

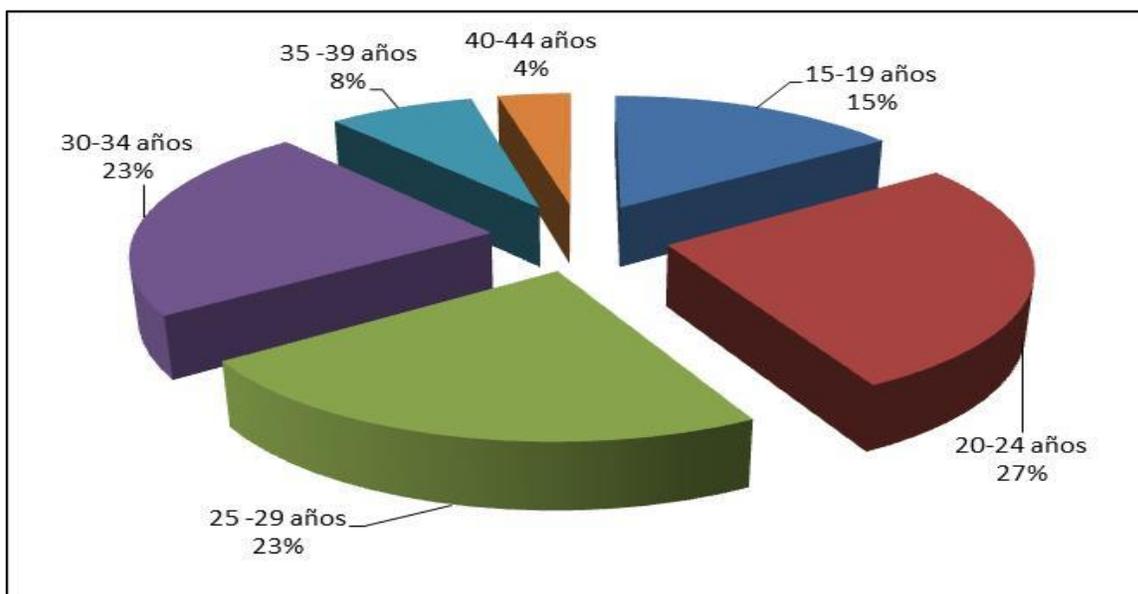
\*La Población de nacimientos se tomó de la proyección poblacional del año 2016-INEI.

\*\* Las Muertes Maternas analizadas corresponden al total de Muertes (Directas, indirectas e Incidental).

**d. Muerte Materna según grupo de Edad**

De las 26 Muertes Maternas Notificadas en el año 2016, la mayor proporción de MM (27%) ocurrieron en el grupo de edad de 20 a 24 años, seguida en las edades de 25 a 29 años con el 23% y de 30-34 años (23%).

**Gráfico N° 87. Región Loreto. Muertes Maternas según grupo de Edad - 2016**



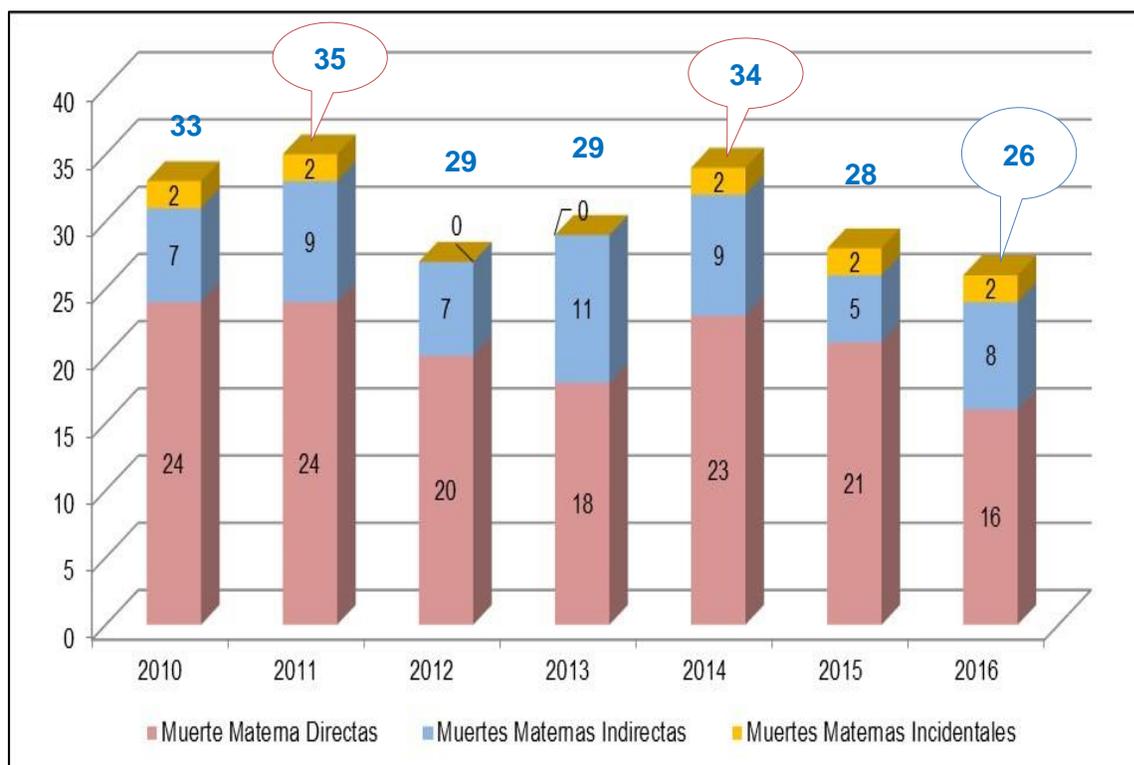
Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

### e. Muertes Maternas por Tipos

Al analizar el número de Muertes Materna por años y según tipo de muertes, podemos determinar que el promedio de Muertes Maternas en los 7 años analizados es 31 Muertes Maternas, así mismo se observa que predominan las MM producidas por muertes directas, seguidas de las Indirectas y en mínima cantidad las muertes de tipo incidental. En el año 2016 se presentaron 26 MM, 16 Muertes Directas, 8 Muertes Indirectas y 2 Muertes Incidentales.

Finalmente, el incremento de MM sucede en el año 2011 y 2014 con 35 y 34 MM x 100,000 NV, habiendo una disminución en los años siguientes de 28 (2015) y 26 MM x 100, NV.

**Grafico N° 88. Región Loreto. Número de Muertes Maternas según tipo de Muertes (Directas, Indirectas e incidentales) 2010-2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

Continúan siendo las causas directas las que engloban el mayor número de muertes maternas, por lo que es imperante vigilar mediante el monitoreo el cumplimiento de la Atención Pre Natal con Calidad y cumpliendo el paquete integral, así como de trabajar con la gestante y la familia el plan de parto en domicilio, para tener como resultado un Parto Institucional y sobre todo fortalecer la planificación familiar que es la principal estrategia para prevenir muertes maternas, aunado a ello el abastecimiento adecuado y oportuno de medicamentos, así como garantizar el recurso humano profesional capacitado.

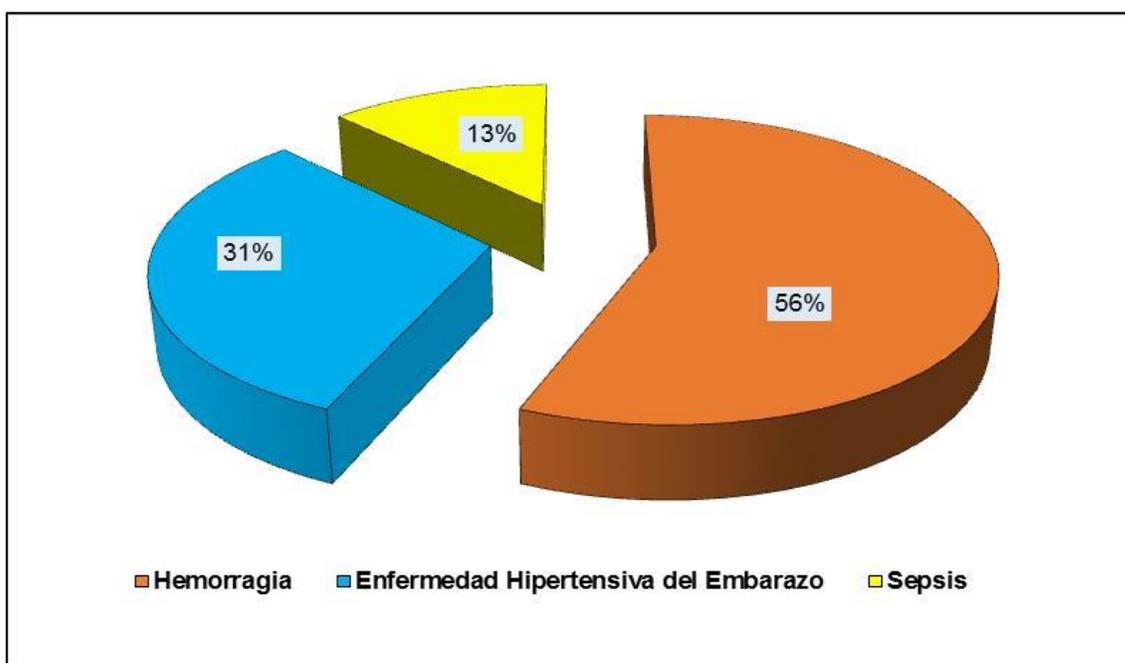
Cabe resaltar que en el marco de la lucha contra esta tragedia familiar y social se ha implementado estrategias que resultan exitosas como el caso de las intervenciones de los equipos AISPED, de los PIAS, la adecuación cultural de las salas de parto, captación temprana de gestantes (I Trimestre de Gestación), evaluación de la capacidad resolutive e indicadores de calidad, monitoreo permanente a los establecimientos de salud de ciudad y

periferie, fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los EESS, Fortalecimiento de las competencias del personal de salud y el involucramiento de la comunidad organizada a través de la conformación y capacitación de los Comités de vigilancia comunal y capacitación a promotores en Salud Sexual y Reproductiva.

#### f. Muertes Maternas según Causas Directas

En el año 2016, de las 16 Muertes Maternas Directas el 56% fueron Hemorragia, el 31% por Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y finalmente por causa de Sepsis con el 13%.

**Gráfico N° 89. Región Loreto. % de Muertes Maternas según Causas Directas- 2016**



Fuente: Diresa Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

La Hemorragia y la Hipertensión continúan siendo la principal causa de mortalidad materna y de mayor importancia, por ello es urgente fortalecer y organizar el trabajo, empezando por la redistribución del personal Obstetra, las mismas que se encuentran concentrados en Iquitos Ciudad, teniendo la urgente necesidad en periferie. El monitoreo permanente de que los servicios de emergencias de los hospitales, centro y puestos de salud cuenten con las claves completas de emergencias obstétricas, continuar apostando por la capacitación al personal de salud, sobre todo al Técnico en Enfermería. Así también se menciona la importancia de fortalecer el trabajo con las autoridades locales para implementar **Casas Maternas** en todos los distritos de la región, sobre todo en los distritos con presencia de población Amazónica.

Es importante mencionar que las muertes indirectas fueron causadas por: Hemorragia Cerebral Parénquima (1), Choque Cardiogénico (2), Falla Multiorgánica Y Síndrome de HELP. Las Muertes Incidentales ocurrieron a causas de Ahogamiento por Sumersión (9).

**g. Características de las Muertes Maternas**

En el año 2016, todas las provincias de la región Loreto notificaron 26 Muertes Maternas; El 30.8% fueron de la Provincia del Datem del Marañón en los distritos de Cahuapana (4), Morona (2), Pastaza (1) y Barranca (1); El 19.2% fueron de la Provincia de Requena en los distritos de Emilio San Martín (2), Saquerana (1), Yaquerana (1), Requena (1), El 15.4% estas muertes ocurrieron en la Provincia de Maynas en los distritos de San Juan Bautista (1), Punchana (1), Belén (1) y Mazán (1). El 11.5% ocurrieron en la Provincia de Alto Amazonas en los distritos de Yurimaguas (2), Balsapuerto (1). Así mismo el 11.5% ocurrieron en la provincia de Mariscal Ramón Castilla en los distritos del Yavarí (2), Ramón Castilla (1), finalmente en las provincias de Loreto (Nauta), Putumayo (Yaguas) Y Ucayali (Padre Márquez) 1 muerte materna en cada uno respectivamente. Las dos muertes incidentales ocurrieron en las provincias del Datem del Marañón y Yurimaguas con 1 muerte cada uno.

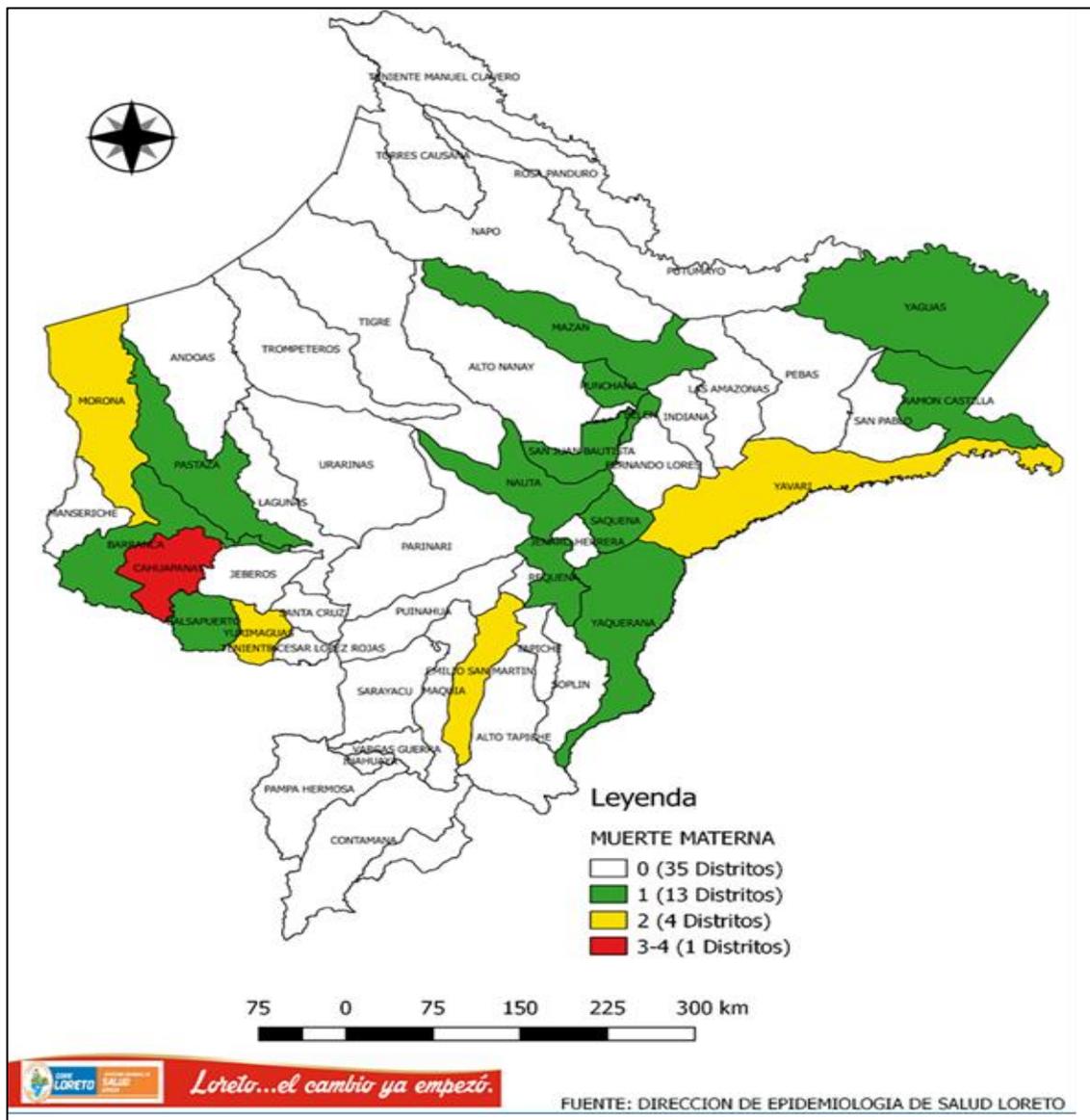
**Tabla N°. 22 Región Loreto. Características de las Muertes Maternas - 2016**

Provincia	Distrito	Edad	Muerte Materna Directa	Muerte Materna Indirecta	Muerte Materna Incidental	Total	Total Por Provincia	%
Datem del Marañón	Cahuapana	16	1			1	8	30.8
		19	1			1		
		35	2			2		
	Morona	18		1		1		
		35			1	1		
	Pastaza	19	1			1		
Barranca	30		1		1			
Requena	Emilio San Martín	29		1		1	5	19.2
		40	1			1		
	Jenaro Herrera	25	1			1		
	Yaquerana	24	1			1		
	Requena	32		1		1		
Maynas	Punchana	25		1		1	4	15.4
	Belén	20	1	1		2		
	Mazán	21		1		1		
Alto Amazonas	Yurimaguas	28			1	1	3	11.5
		33	1			1		
		20	1			1		
Mariscal Ramón Castilla	Yavarí	20	1			1	3	11.5
		27	1			1		
	Ramón Castilla	20		1		1		
Loreto	Nauta	31	1			1	1	3.8
Putumayo	Yaguas	32	1			1	1	3.8
Ucayali	Padre Márquez	28	1			1	1	3.8
Total General			16	8	2	26	26	100%

Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

El distrito que tuvo 3- 4 Muertes maternas fue el distrito de Cahuapana y los distritos que tuvieron 2 Muertes Maternas fueron Morona, Yavarí, Emilio San Martín y Yurimaguas. (Ver Mapa N° 12).

**Mapa N° 12. Región Loreto. Muertes Maternas según ámbito geográfico de ocurrencia 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología.

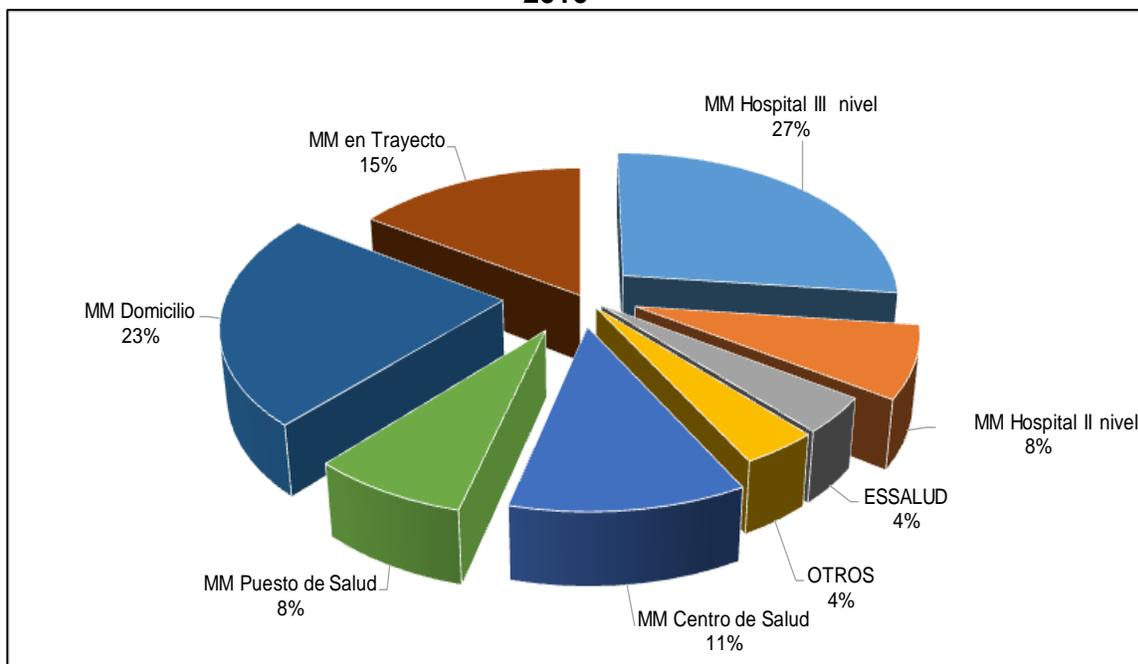
La principal demora para la ocurrencia de la Muertes Maternas está relacionada con la decisión de la familia en solicitar ayuda, llegando muchas veces a lo EESS con la situación de salud muy complicada, incrementando la problemática que los establecimientos de salud no están respondiendo con calidad las necesidades de salud de la población, debido a múltiples factores identificados durante los monitoreos, así tenemos la baja calidad de atención durante las APN, parto y puerperio, Falta de Personal Profesional en los establecimientos de salud de periferie, falta de equipamiento y desabastecimiento de insumos y medicamentos.

Además se pudo determinar muchas debilidades, como la falta de captación oportuna a la gestante que vive en zonas alejadas de la Región, donde no se cuenta con establecimientos de salud, el débil trabajo extramural y de visita en domicilio, la no atención a través de las brigadas de la jurisdicción, toma de decisiones tardías en sus diferentes tiempos, la baja calidad durante la atención a la gestante y el no cumplimiento de la atención integral a la gestantes, no permitió detectar y/o identificar oportunamente los signos de alarma durante el embarazo, aunado a ello las barreras geográficas, culturales (Comunidades Nativas), económicas, sociales, las mismas que vienen siendo abordadas mediante el fortalecimiento del personal de salud para la atención de poblaciones indígenas amazónicas, la adaptación de los servicios de atención con enfoque de interculturalidad ya sea en los consultorios externos, sala de partos y un tema prioritario y de mucha importancia es la implementación y la sostenibilidad de las casas maternas, donde se cuenta con el involucramiento de algunos de los gobiernos locales, promoción de la salud, la estrategia sanitaria Salud Sexual y Reproductiva, SIS. Con el apoyo de los agentes comunitarios como nexo importante de los EE. SS para la participación de la comunidad en el cuidado de la salud materna y neonatal.

**h. Según Lugar de ocurrencia**

En el año 2016, se registró 26 Muertes Maternas; El 39% ocurrieron en Hospitales: Hospital III Nivel (27%), Hospital II Nivel (8%) y Hospital Es Salud (4%); Luego se observa que el 23% de las Muertes ocurrieron en el domicilio, el 15% en el trayecto, el 11% y 8% en Centros de Salud y Puestos de Salud del MINSA respectivamente. Otros 4%.

**Gráfico N° 90. Región Loreto. Muertes Maternas según Lugar de Ocurrencia- 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

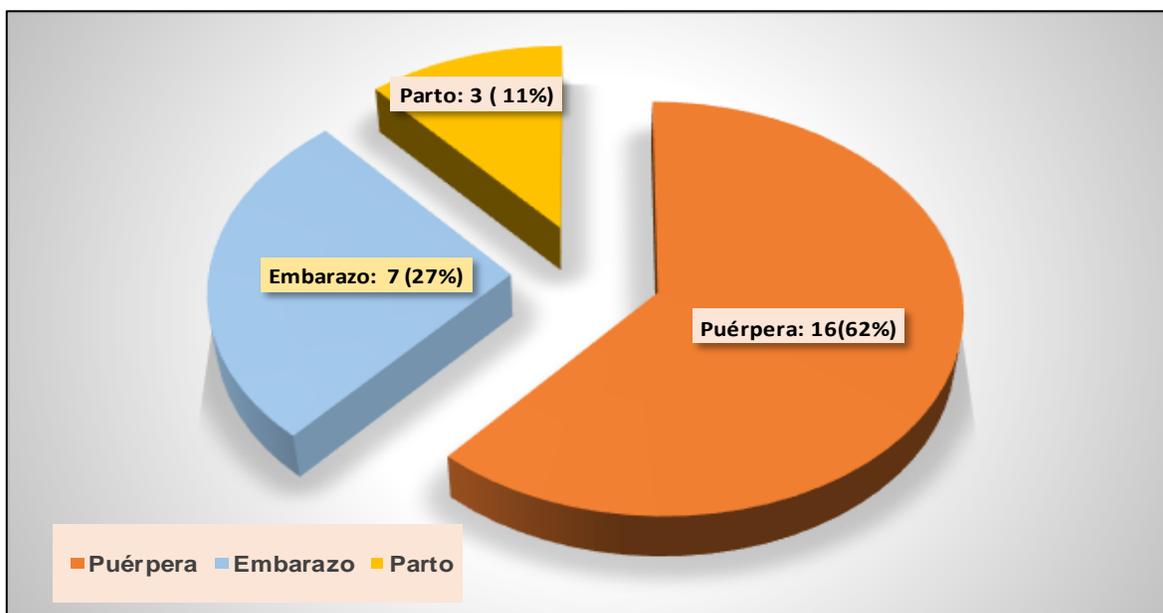
Los Hospitales constituyen Establecimientos de Salud referenciales no solo de emergencias sino también de gestantes de alto riesgo obstétrico referidas a los consultorios externos, por lo que es imperante gestionar acciones, para que los servicios que prestan estos hospitales sean de calidad, bajo una infraestructura adecuada, equipos e insumos estratégicos suficientes para la atención materna, contar con recursos humanos que puedan estar programados las 24 horas en la atención de las emergencias obstétricas, es palpable en estos hospitales la falta de personal profesional médico especialista necesario para la atención de emergencias obstétricas, como son los gineco obstetras y anestesiólogos.

Cabe mencionar que la familia y la comunidad juegan un rol muy importante en cuanto a la rapidez de identificar y buscar ayuda inmediata para el traslado de la mujer a un Establecimiento de Salud, la mayoría de los casos fueron por la demora en reconocer el problema y la demora en tomar la decisión de buscar ayuda, lo que nos permite analizar la importancia vital de educar a la gestante y su familia sobre el reconocimiento temprano de los signos de alarma durante la gestación, parto y puerperio, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive medido a través del Aplicativo de las Funciones Obstétricas Neonatales, la cual permite ejecutar decisiones y acciones para mejorar la calidad de los servicios de atención materna y neonatal y por último el primer nivel de atención debe fortalecer y cumplir el trabajo de seguimiento para identificar e iniciar la atención pre natal tempranamente, cumplir con el plan de parto que debe ser trabajado y concertado con la familia.

#### i. Momento de Fallecimiento

En el año 2016, según momento del fallecimiento observamos que 16 MM (62%) ocurrieron durante el Puerperio, 7 MM durante el Embarazo y 3 MM (11%) murieron durante el Parto.

**Gráfico N° 91. Región Loreto. Muertes Maternas según Momento de Fallecimiento- 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.

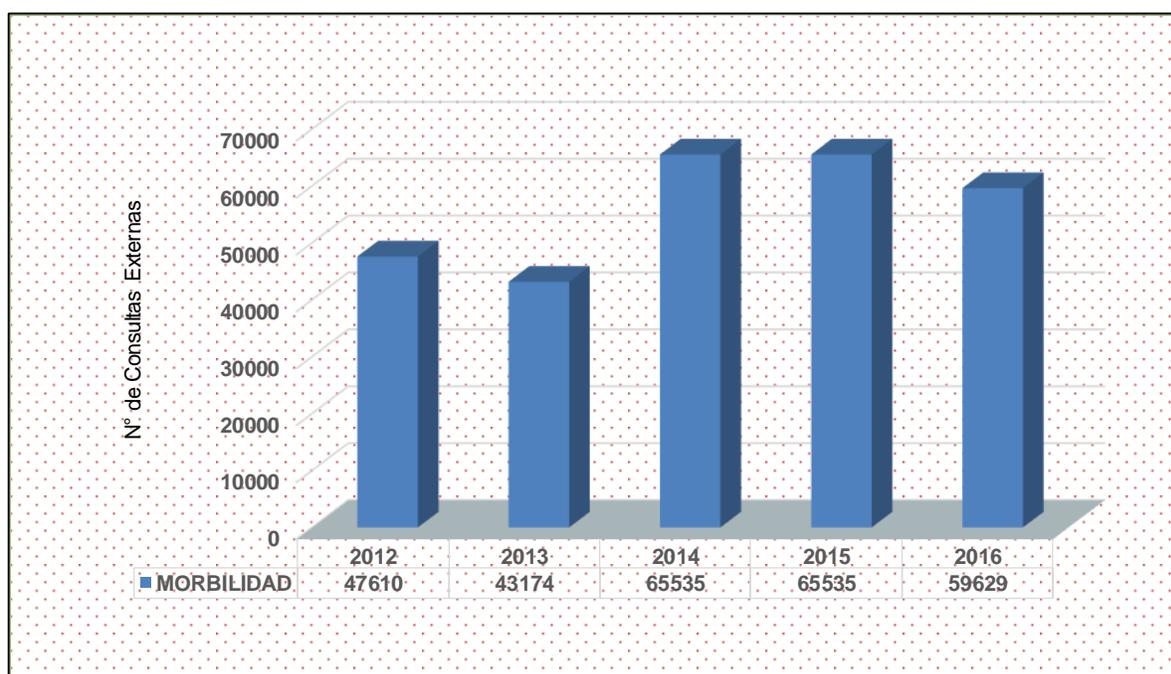
## 2. ANÁLISIS DE MORBILIDAD

### 2.1 Análisis de las causas de consulta Externa

#### a. Morbilidad según años

En el año 2016, se analizaron la morbilidad con el primer diagnóstico de consulta de los 386 Establecimientos de Salud de la DIRESA Loreto – MINSA. Observamos que hubo un incremento de consultas externa a partir del 2014 y 2015, el 2016 se atendieron 59,629 enfermedades por consultas externas habiendo un descenso de 5,906 consultas con respecto al 2015 que se atendieron 65,535 enfermedades en establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de atención.

**Gráfico N° 92. Región Loreto. Morbilidad en la Consulta externa en los años 2012, 2013, 2014, 2015, y 2016**

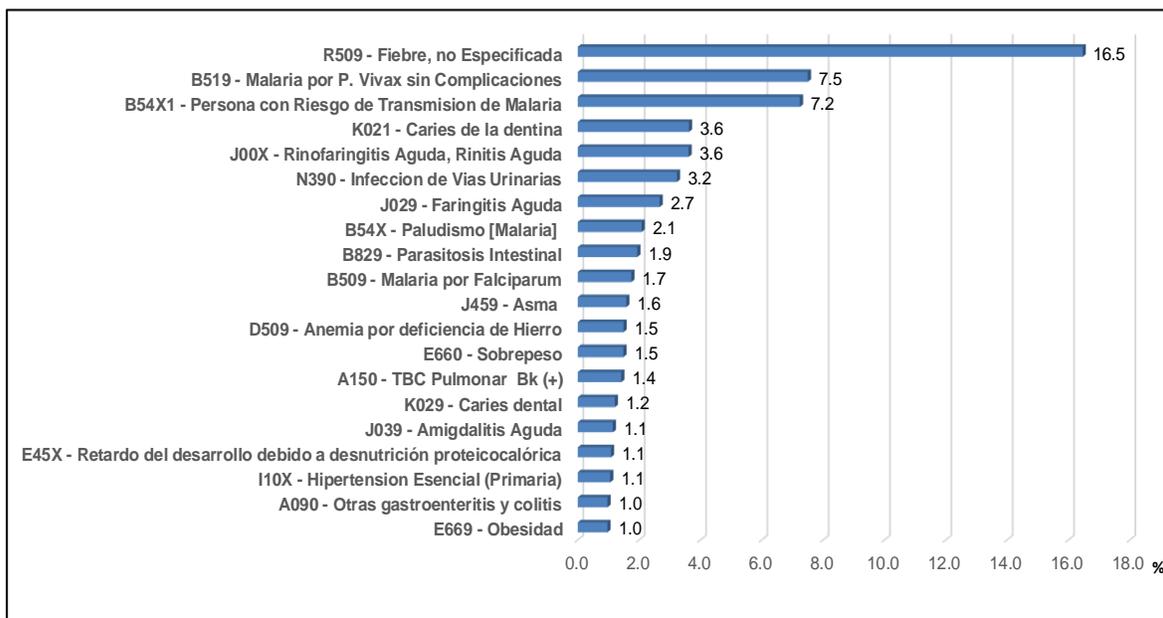


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

Durante el año 2016, las 20 primeros diagnósticos de consulta externa representa el 62.51% del total de enfermedades. La fiebre no especificada, la malaria Vivax, las personas con riesgo de transmisión de la malaria representan el 31.2% de las tres primeras enfermedades atendidas, se suman los otros diagnósticos de morbilidad por vectores, el paludismo y la malaria por falciparum.

Existen otro grupo las enfermedades infecciosas y transmisibles entre ellas tenemos las rinofaringitis, faringitis, asma y amigdalitis aguda, infecciones de las vías urinarias, el VIH/SIDA y la tuberculosis Pulmonar, por otra parte, se encuentran las enfermedades no transmisibles, la caries dental o de la dentina, la anemia por deficiencia de hierro, el retardo del crecimiento y desarrollo debido a la desnutrición proteico calórica, obesidad y la hipertensión esencial (Primaria). (Ver Gráfico N°93.).

**Gráfico N° 93. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA - 2016**

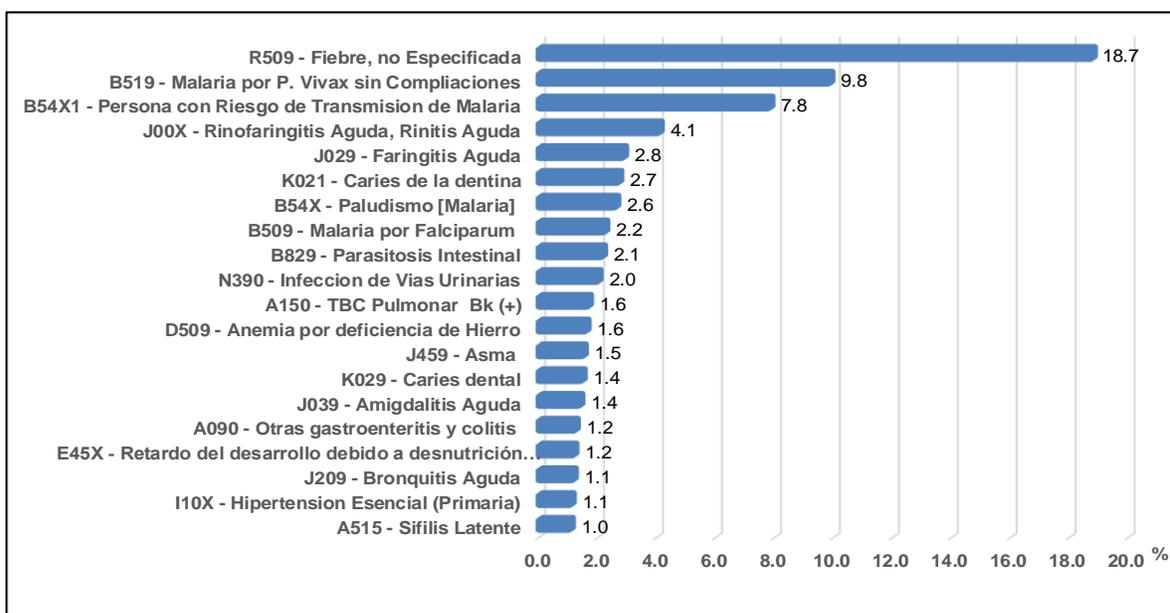


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

**b. Morbilidad según género**

El 56.2% de las enfermedades atendidas en los consultorios externos son del sexo femenino, mientras el 43.8% pertenecen al sexo masculino.

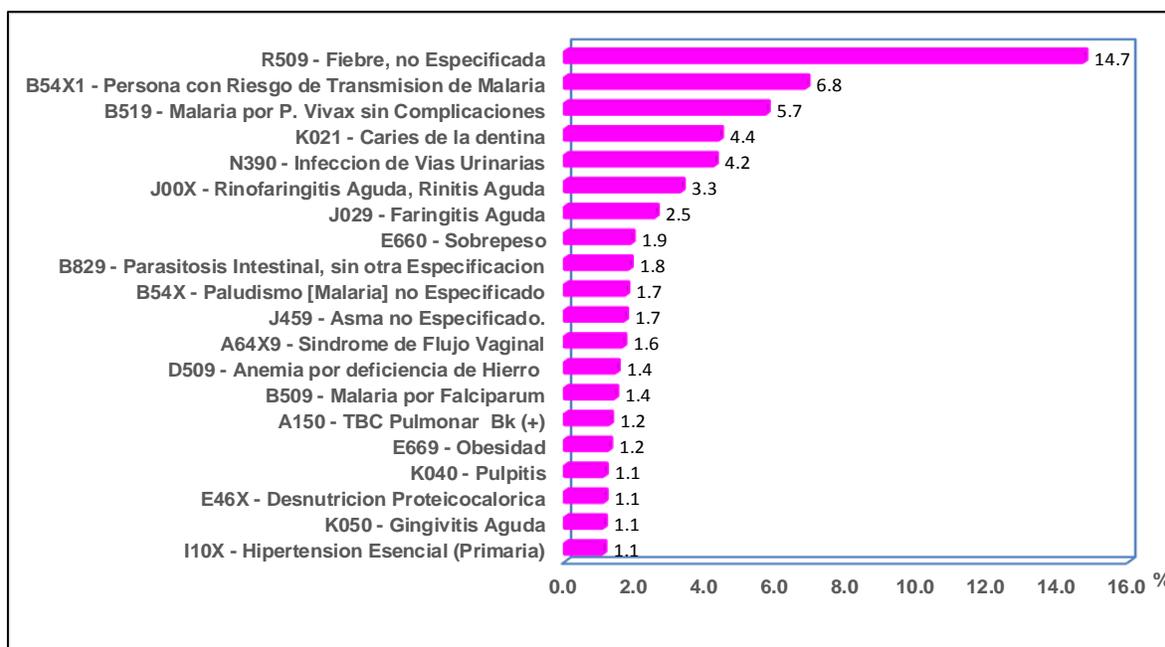
**Gráfico N° 94. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, sexo masculino. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

La Fiebre no especificada, la malaria Vivax sin complicaciones y las personas con riesgo de transmisión de la malaria son las 3 primeras consultas externas que mayormente acuden los hombres a los establecimientos de salud del MINSA de la región Loreto, en su conjunto hacen un 36.3% del total de consultas. Teniendo el 18,7% de fiebres, no especificadas, malaria Vivax sin complicaciones con el 9.8%, las consultas a las personas con riesgo de transmisión de la malaria con el 7.8%. Las infecciones respiratorias como la rinofaringitis la faringitis aguda también se encuentran dentro de las 5 principales enfermedades atendidas. Se resalta la aparición de la tuberculosis pulmonar y el VIH/SIDA y la sífilis latente. (Ver Gráfico N° 94).

**Gráfico N° 95. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, sexo femenino -2016**



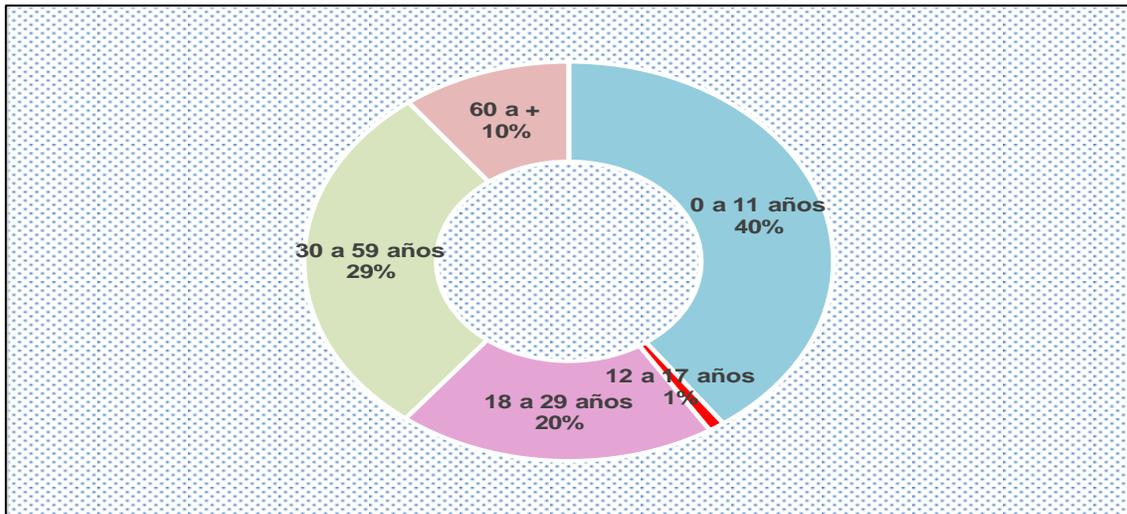
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

En el sexo femenino, las enfermedades febriles como la malaria Vivax y Falciparum se ubicaron en los primeros lugares de atención de consulta externa al igual que la del sexo masculino; La fiebre no especificada alcanzó el 14.75% del total de las consultas externas, seguidas de las personas con riesgo de la transmisión de la malaria y la malaria Vivax sin complicaciones con el 6.8% y 5.7% respectivamente. Aparecen la pulpitis, la gingivitis aguda y el síndrome de flujo vaginal como enfermedades que son atendidas en los consultorios externos de los establecimientos de salud del MINSA-Loreto.

### c. Morbilidad según Etapas de Vida

Al observar las atenciones por etapas de vida en los consultorios externos del MINSA de la DIRESA Loreto, se observó que el 40% del total de atenciones se dieron en los niños, le siguieron los adultos con el 29%, los jóvenes con 20%, adultos mayores con el 10% y adolescentes con el 1%, quienes demandaron menos atenciones en los consultorios externos. (Ver Gráfico N°96).

**Gráfico N° 96. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, según Etapas de Vida -2016**

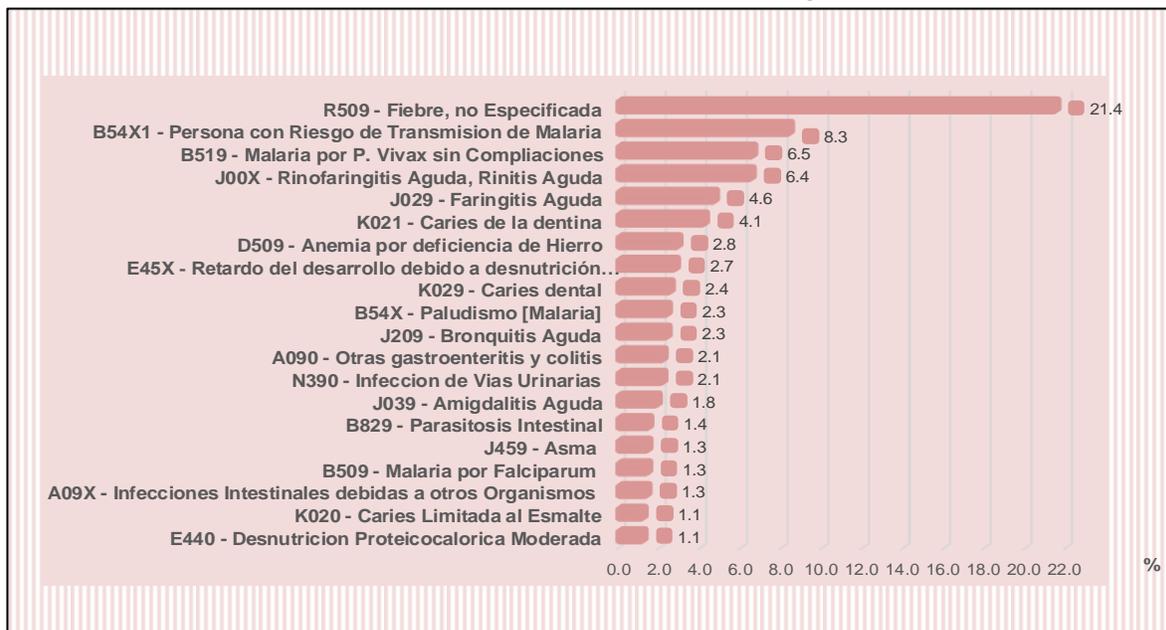


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

**Niño (0 a 9 años)**

Las 20 primeras atenciones por consulta externa en la etapa niño, representan el 77.4% del total de atenciones; El 39.8% representan las enfermedades febriles, entre ellas las febriles no especificadas (21.4%), el riesgo de transmisión de la malaria (8.3%), malaria Vivax sin complicaciones (6.5), Paludismo (2.3%) y la malaria Falcíparum (1.3%), le siguen las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias y las relacionadas con la anemia y la desnutrición proteico calórico.

**Gráfico N° 97. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, en la etapa Niño -2016**

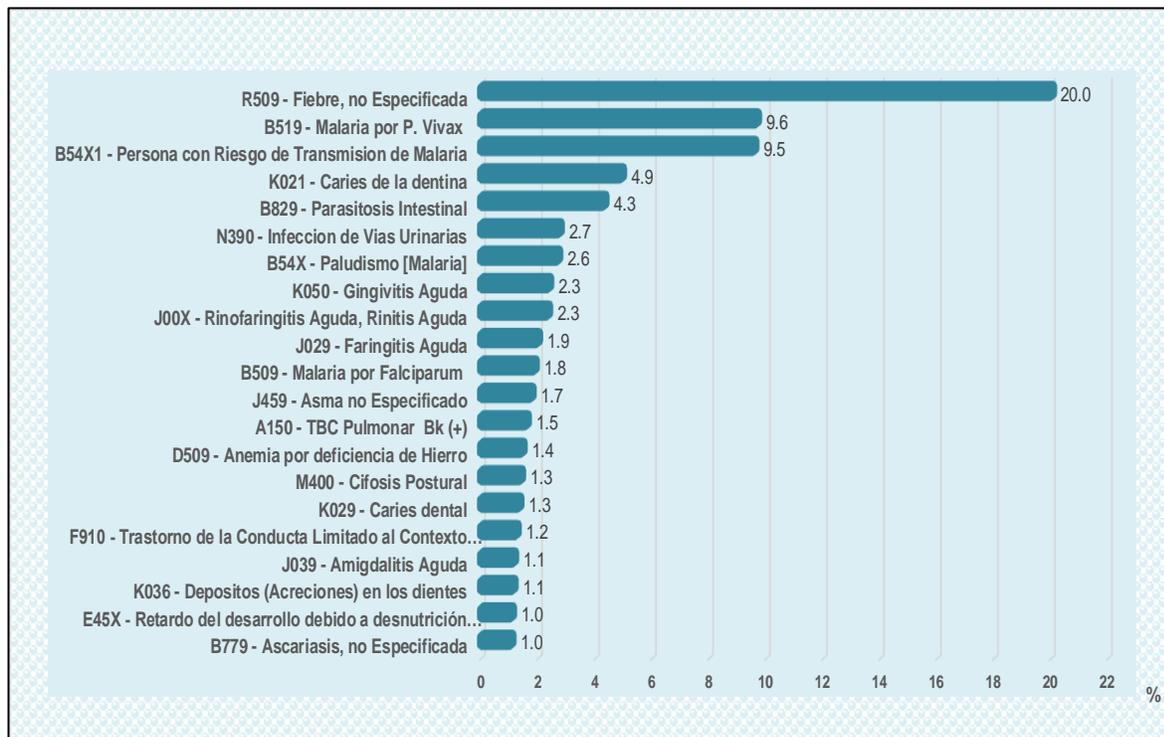


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

**Adolescente (12 a 17 años)**

Las 20 primeras causas de morbilidad atendidas en las consultas externas representan el 74.7% del total. Las enfermedades febriles igual que al de los niños representan las primeras causas de consultas externas en esta etapa, las caries dentales hacen su aparición como una de las 5 primeras causas, seguidas de la parasitosis infantil, aparecen las morbilidades de la gingivitis aguda, la TBC Pulmonar, Cifosis postural y el trastorno de la conducta limitado al contexto familiar.

**Gráfico N° 98. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, en la etapa Adolescente -2016**

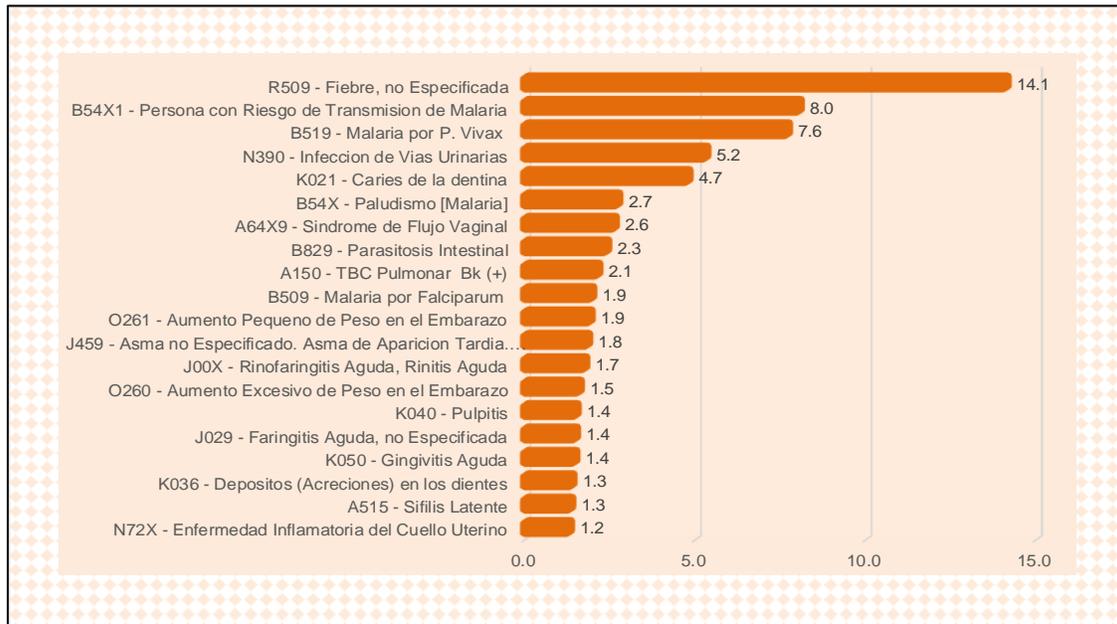


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

**Joven (18 a 29 años)**

El Gráfico N° 99. De 554 enfermedades atendidas en consultorio externos en la etapa joven, las 20 primeras enfermedades presentan el 66.1% del total de las consultas externas. Las enfermedades febriles, no especificadas, la malaria, el paludismo, la malaria falciparum siguen siendo las enfermedades que más predominan en las atenciones externas. Aparecen dentro de las 5 primeras enfermedades de atención las infecciones de las vías urinarias y caries de la dentina, la tuberculosis pulmonar; Aparecen en esta etapa de vida las enfermedades relacionadas a la mujer el aumento de peso durante el embarazo, las enfermedades inflamatorias del cuello uterino, aparece además la pulpitis, la gingivitis aguda, la sífilis latente en esta etapa.

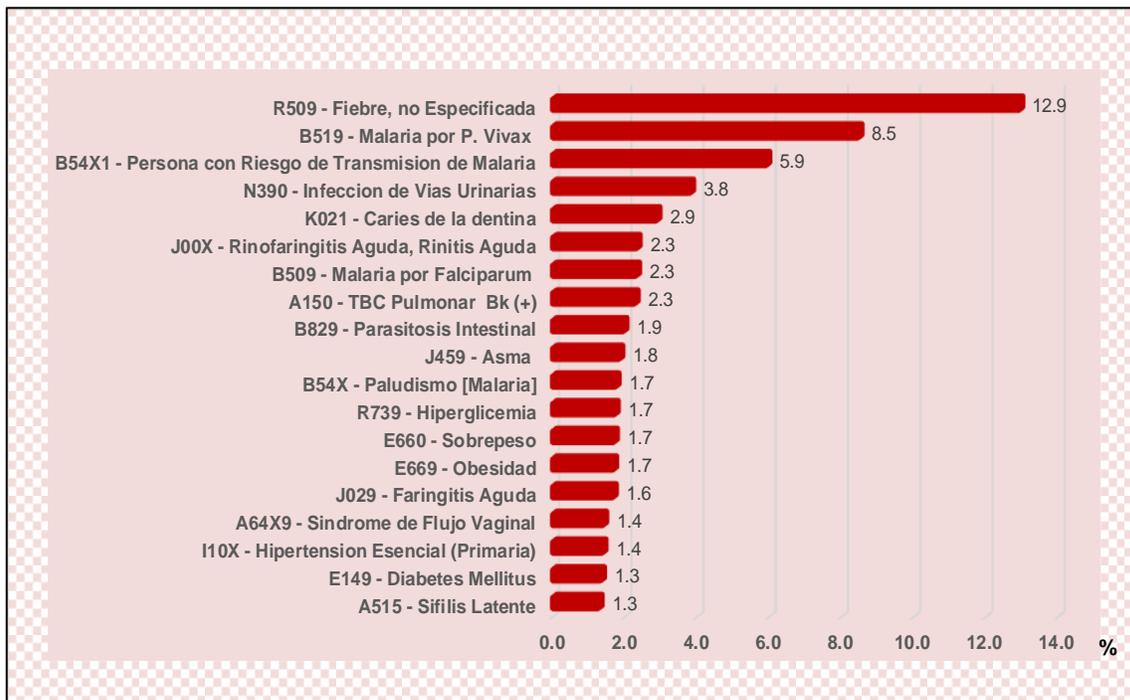
**Gráfico N°. 99 Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, en la etapa Joven -2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

**Adulto (30 a 59 años)**

**Gráfico N° 100. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, en la etapa Adulto -2016**



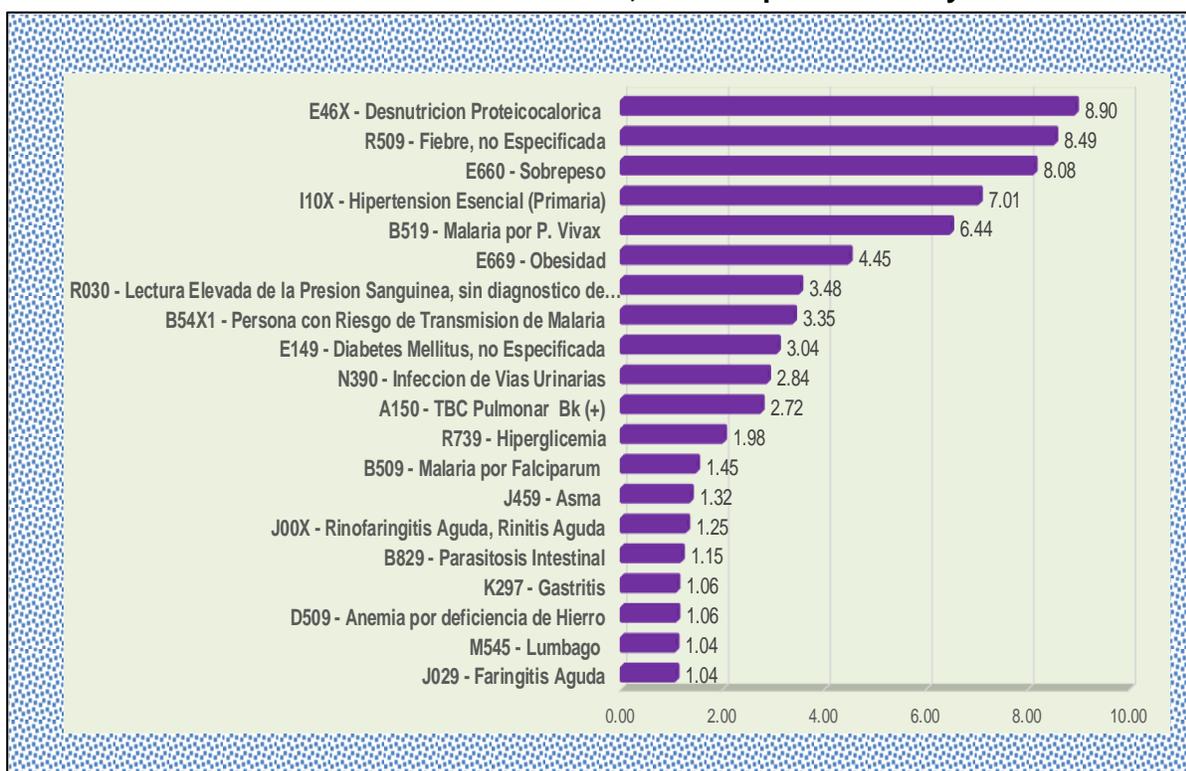
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

El 58.3% representan las 20 primeras enfermedades del total de atenciones en los consultorios externos, se mantienen las enfermedades febriles y la malaria en todas sus formas como principales enfermedades en este perfil, aparecen la hiperglicemia, el sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus dentro de estos grupos.

### Adulto Mayor (60 años a más)

En esta etapa las 20 primeras enfermedades analizadas, representan el 70.14% del total de enfermedades que se atendieron en la consulta externa, La desnutrición proteico calórica es la primera enfermedad que más se atendió en esta etapa diferente al resto de las demás etapas de vida, en segundo lugar, la fiebre, no especificada y aparece dentro de las 5 primeras enfermedades el sobrepeso, la hipertensión arterial; A diferencia de las otras etapas de vida se presentan la gastritis y el lumbago como enfermedades de atención en las consultas externas.

**Gráfico N° 101. Región Loreto. % Morbilidad en la Consulta externa de los establecimientos de Salud del MINSA, en la etapa Adulto Mayor -2016**



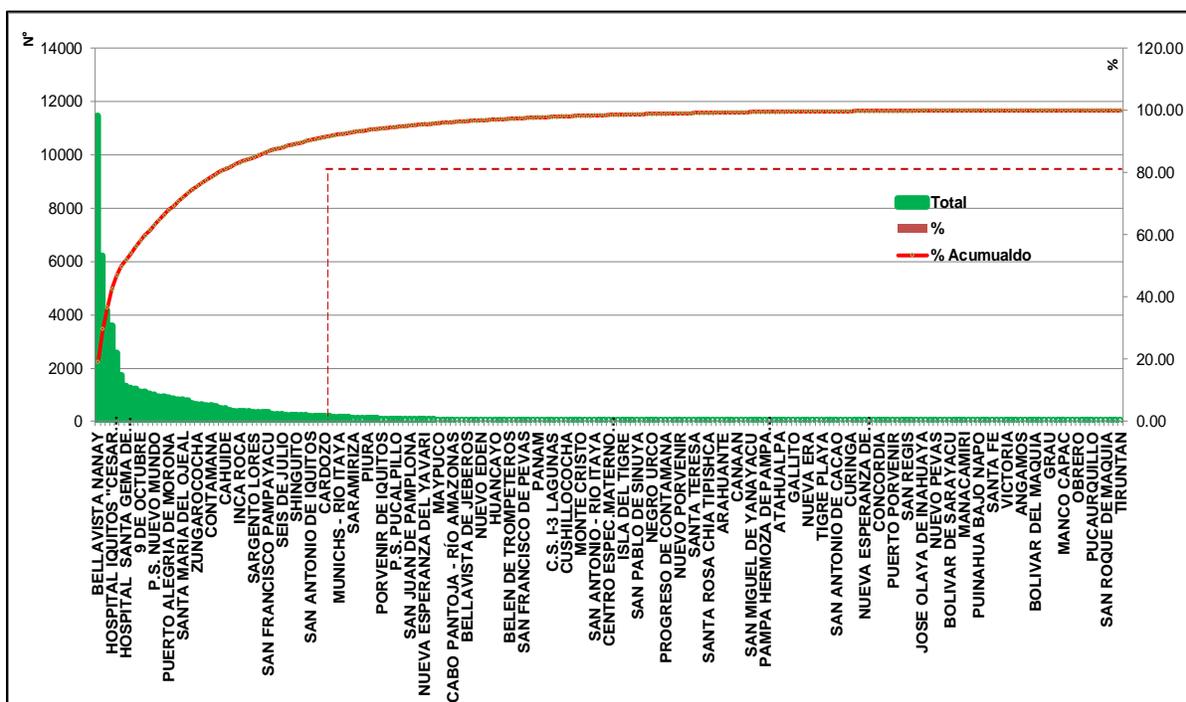
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

#### d. Morbilidad según IPRESS

El 80% de las enfermedades que fueron atendidas en las consultas externas se realizaron en 12 de 385 IPRESS del primer nivel y Hospitales del segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Loreto.

Entre las 12 IPRESS que donde se atendieron enfermedades mediante la consulta externa, se encuentran el IPRESS I-4 Bellavista Nanay, Hospital Iquitos II-1, Hospital Santa Gema de Yurimaguas II-1, IPRESS I-3 9 de octubre, IPRESS I-1 Nuevo Mundo, IPRESS I-1 Puerto Alegría de Morona, IPRESS I-1 Santa María del Ojeal, IPRESS I-1 Zungarococha, IPRESS I-4 Contamana, IPRESS I-1 Cahuide, IPRESS I-1 Inca Roca, IPRES I-1 Sargento Lores, IPRESS I-1 Pampayacu, IPRESS I-1 Seis de Julio, IPRESS I-1 Shinguito, IPRESS I-3 San Antonio de Iquitos e IPRESS I-3 Cardozo.

**Gráfico N° 102. Región Loreto. Morbilidad en la Consulta externa según atenciones realizadas en las IPRESS y Hospitales del MINSA - 2016**

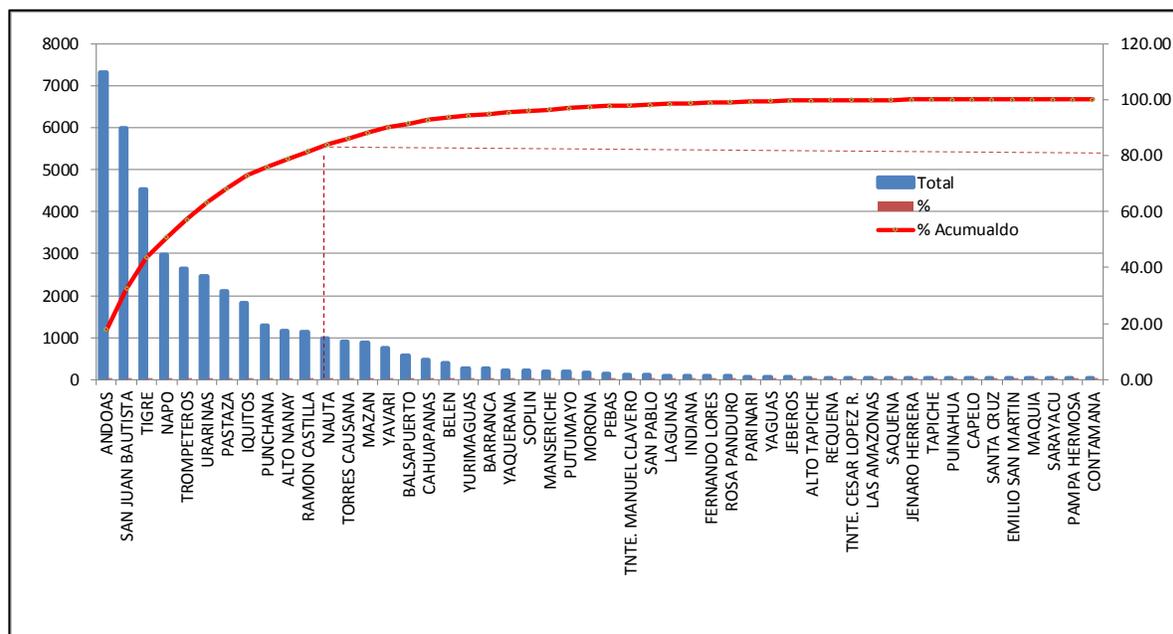


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

**e. Morbilidad según distritos**

En el Gráfico N° 103; Se puede observar que el 80% de los distritos atendieron las enfermedades en consulta externa, tenemos a los distritos de Andoas, san Juan Bautista, Tigre, Napo, Trompeteros, Urarinas, Pastaza, Iquitos, Punchana, Alto Nanay, Ramón Castilla y Nauta.

**Gráfico N° 103. Región Loreto. Morbilidad en la Consulta externa según atenciones realizadas en las IPRESS y Hospitales del MINSA - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.

**2.2 Morbilidad atendida por las PIAS. Los PIAS atendieron en los 5 zarpes 39,459 atenciones.**

El presente gráfico nos muestra que la primera causa de morbilidad atendidos por el PIAS Morona es la caries de la Dentina (407), seguida de la ascariasis (249), Necrosis de la Pulpa (281), la anemia también está dentro de las 10 primeras causas (169).

**Gráfico N° 104. Región Loreto. Morbilidad atendidos por el PIAS Morona -2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

La Necrosis de la pulpa es la primera causa de morbilidad atendidas por el PIAS Napo con 680, seguida de la faringitis aguda (412), Rinofaringitis (362), una de las causas que se muestra como una de las 10 primeras causas atendidas son las enfermedades de Transmisión sexual con 154 y aparecen también una enfermedad no transmisible que es la hipertensión arterial con 140.

**Gráfico N° 105. Región Loreto. Morbilidad atendidos por el PIAS Napo -2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

La principal causa de morbilidad atendida por la brigada PIAS durante los 5 zarpes fueron las Rinofaringitis con 497, seguida de la caries de la dentina (409), Parasitosis Intestinal (385), así mismo las infecciones urinarias, la anemia, la hipertensión arterial forman parte de estas 10 causas de morbilidad atendidas por el PIAS Putumayo I.

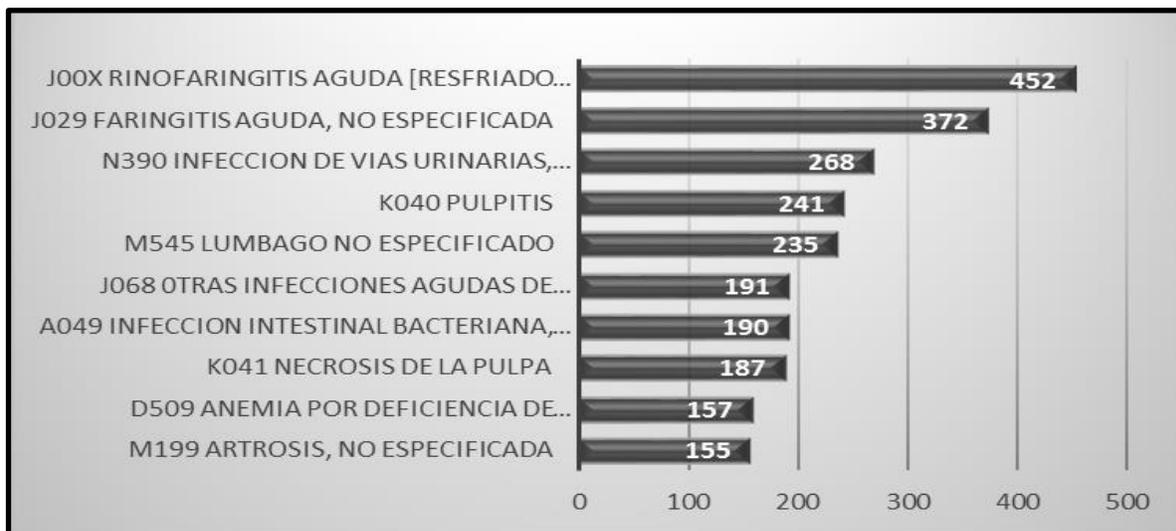
**Gráfico N° 106. Región Loreto. Morbilidad atendidos por el PIAS Putumayo I -**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

En la PIAS Putumayo II, observamos que se atendieron con más frecuencia las enfermedades causadas por Rinofaringitis aguda (452), seguida de la faringitis aguda (372), las infecciones urinarias (268), también se hicieron presentes las enfermedades de la anemia por deficiencia de hierro (157) y la artrosis con 155.

**Gráfico N° 107. Región Loreto. Morbilidad atendidos por el PIAS Putumayo II -2016.**

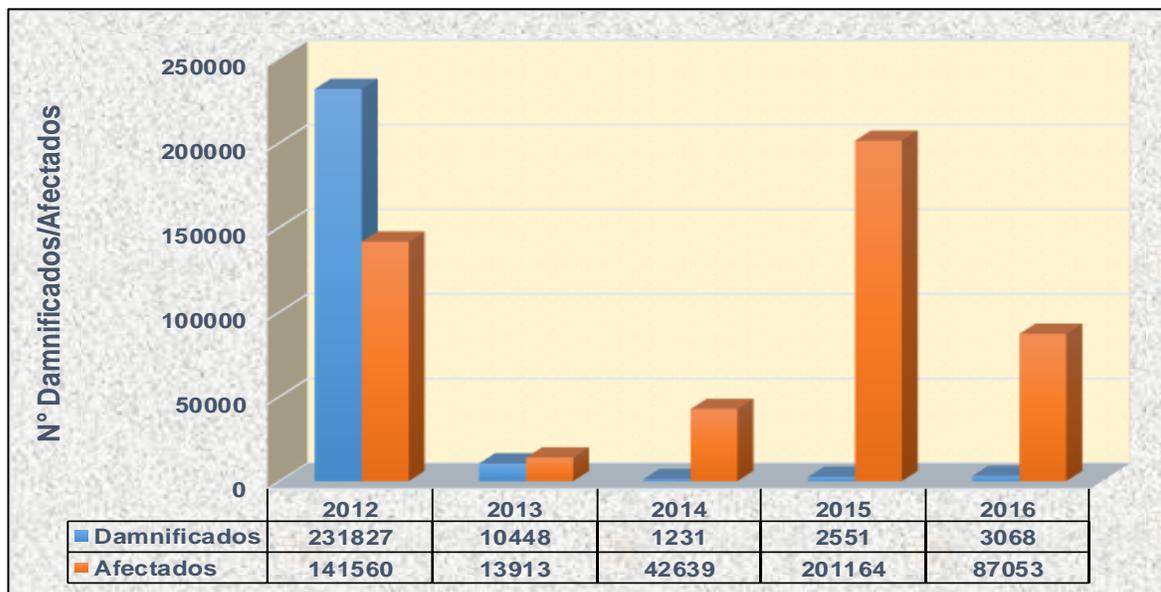


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección Ejecutiva de Salud Individual – Dirección de Atención Integral de Salud. Coordinación Regional AIPED-PIAS.

### 2.3 Morbilidad durante las Emergencias y Desastres

#### Damnificados y Afectados

**Gráfico N° 108. Región Loreto. Números de Damnificados y Afectados de las Emergencias y Desastres - 2016 (%).**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Prevención y Control Emergencias y Desastres

En el Gráfico N°108. Se Observa que en el año 2012 hubo 23,1827 Damnificados y 141,560 Afectados del total de eventos de emergencias y desastres ocurridos en ese periodo, en el año 2013 disminuyó significativamente con 10,448 Damnificados y 13,913 Afectados, en el año 2014 disminuyó notoriamente a 1,231 Damnificados y 42,639 Afectados, en el año 2015 hubo 2551 Damnificados se observa que se incrementó los Afectados en relación al año anterior en 201,164, finalmente, en el año 2016 hubo 3,068 Damnificados y 87,053 Afectados.

**Heridos, Fallecidos, Desaparecidos.**

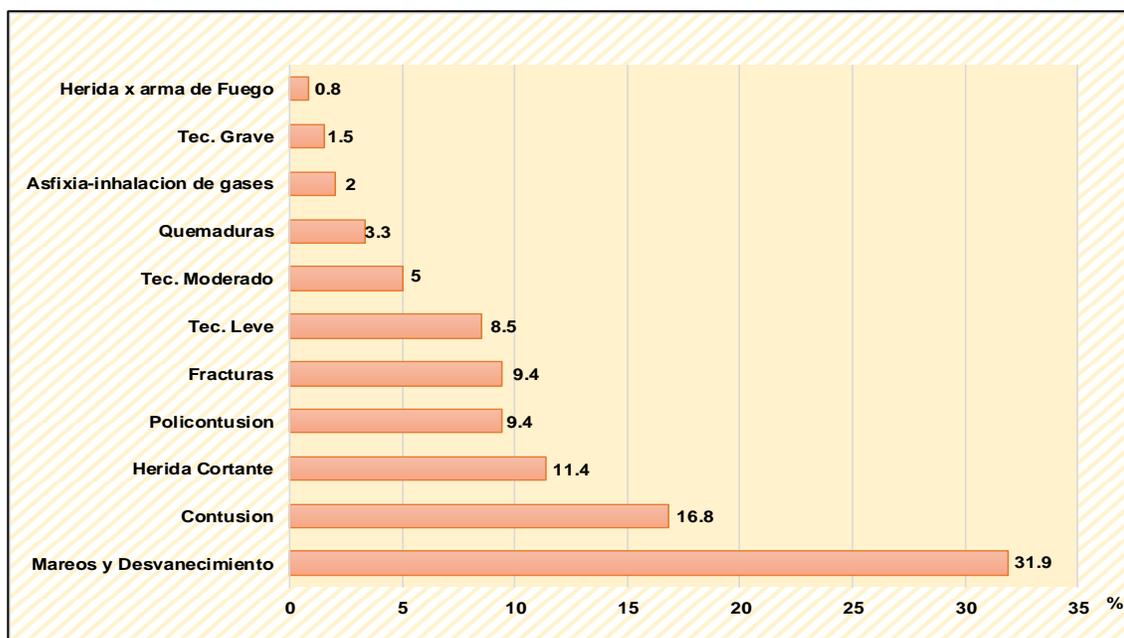
**Tabla N° 23. Región Loreto. Números de Heridos, Fallecidos y Desaparecidos de las Emergencias y Desastres. 2012- 2016.**

DAÑOS	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Heridos	30	22	3	2	58	115
Fallecidos	16	3	0	2	19	40
Desaparecidos	0	0	0	0	0	0

Fuente: SINPAD-COEN-INDEC

Durante los años 2012 al 2016 se observa que se reportados 115 heridos, 40 fallecidos y 0 Desaparecidos. En el año 2012 reportaron 30 heridos y 16 fallecidos, disminuyendo relativamente en el año 2013 a 22 heridos y 3 fallecidos, en el año 2014 solo se reportaron 3 heridos, ningún fallecido y desaparecido, en el año 2015 solo se reportaron 2 heridos, 2 fallecido y ningún desaparecido, sin embargo, en el año 2016 aumento considerablemente a 58 heridos, 19 fallecidos y ningún desaparecido (Ver Tabla N°23).

**Gráfico N°109. Región Loreto. Tipos de Lesiones Registrados en los Eventos de Emergencias y Desastres. 2016 (%).**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Prevención y Control Emergencias y Desastres

Según los datos registrados en la DIRESA Loreto, el 31.9% de las lesiones registradas en los Eventos de Emergencias y Desastres fueron Mareos y Desvanecimiento, seguido de las Contusiones con el 16.8%, Heridas Cortantes (11.4%), con 9.4% tenemos Policontusiones y Fracturas, TEC Leve (8.5%), TEC Moderado (5%) y en menor proporción las lesiones de Quemaduras (3.3%), Asfixia por gases (2%), TEC grave (1.5%) y Herida por arma de fuego (0.8 %)

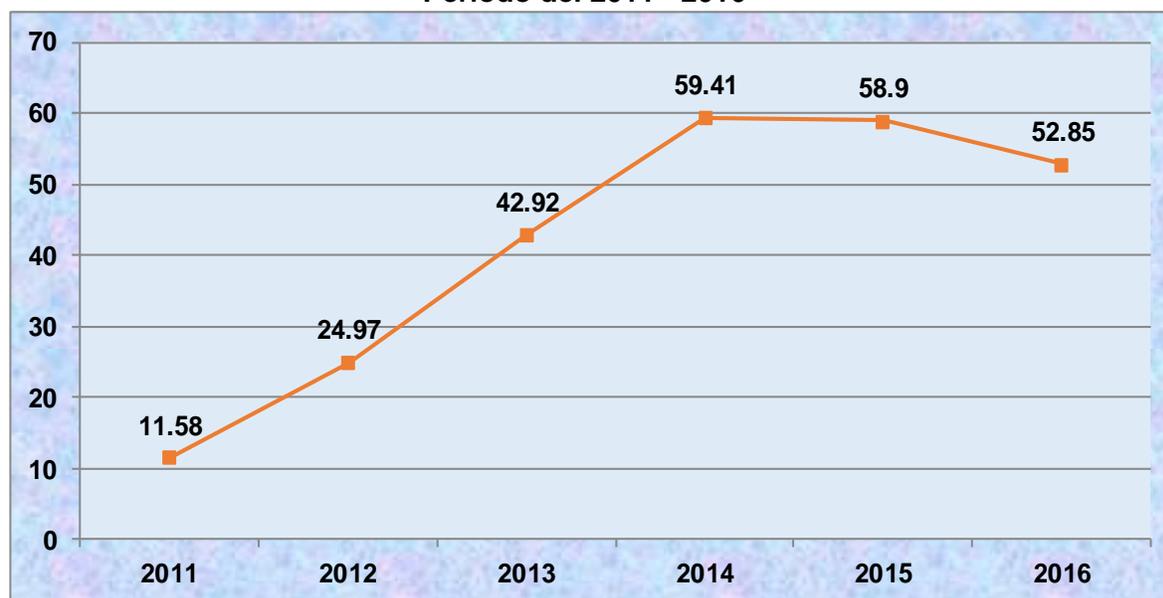
### 3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SUJETAS A LA VIGILANCIA.

#### 3.1 Enfermedades Metaxénicas

##### a. Malaria

Históricamente la malaria en la Región Loreto en el año 1991 solo presentaba casos de malaria por *Plasmodium falciparum* en el distrito del Putumayo, zona fronteriza con el país de la república de Colombia. En el año 1993, se reportaron los primeros casos de malaria por *Malaria Falciparum* de la zona del río blanco, localidades de Cahuapanas y Curinga en la provincia de Requena, investigaciones posteriores, indicaron que dichas cepas, eran procedentes de Brasil, del Matto Grosso, resistentes a la cloroquina y sulfadoxina primetamina. Para el año 1994 los focos malarígenos, ya se habían diseminado. En este mismo año se descubre que dicho vector, se había ubicado en las localidades urbanas marginales de Iquitos y en la zona de la carretera Iquitos –Nauta, especialmente en las zonas adyacentes a la ciudad de Iquitos. En el año 1997, llegamos a niveles de malaria nunca antes observados en región alguna con más de 110,000 casos confirmados en nuestra región en un año; Y fue justamente el distrito de Alto Nanay, el que reportó uno de los índices Parasitario Anual más altos de la región.

**Gráfico N° 110: Región Loreto: Índice Parasitario Anual de casos de Malaria, Período del 2011 - 2016**



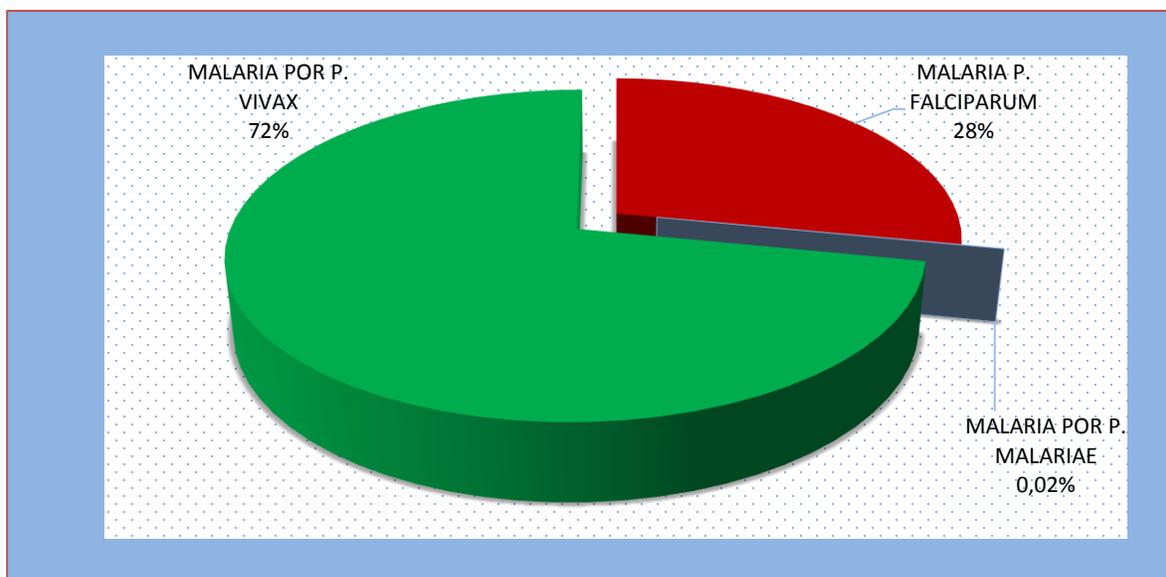
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

La región de salud de Loreto, en los últimos 5 años, viene afrontando una tendencia de incremento de casos de Malaria. En el año 2016 la Región Loreto alcanzó un **IPA de 52.85** casos x 1000 habitantes, lo que refleja una disminución en seis puntos porcentuales en relación al año 2015.

En relación con la Malaria Vivax, Loreto reportó el 95.3% del total de casos del Perú. En total 16 departamentos reportaron casos en el año 2016 y con respecto a Malaria falciparum, Loreto reportó el 99,7% del total de casos del Perú. Los otros departamentos que reportaron casos son: San Martín (19 casos) y Ucayali (08).

En el año 2016, se reportaron 54,363 casos confirmados de malaria; 39,086 casos (71.8%), Vivax, 15,261 (28.1%) Falciparum y 16 (0.02%) Malariae.

**Gráfico N° 111: Región Loreto: Distribución porcentual de los Tipos de Malaria. 2016**

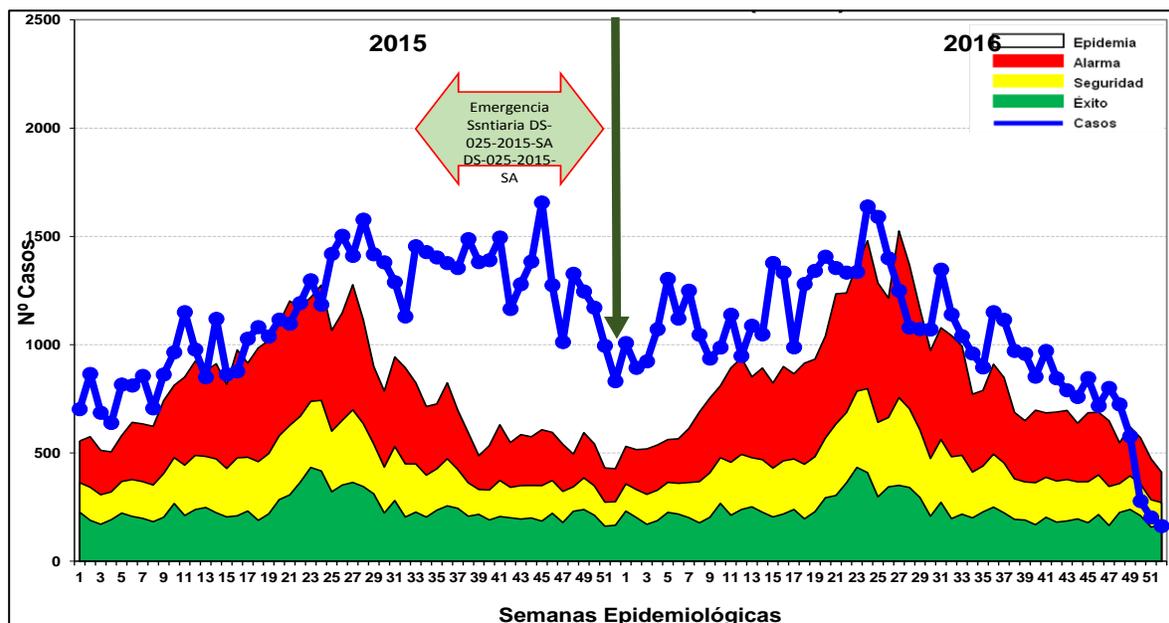


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DiRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

Respecto al comportamiento de la Malaria, el canal endémico muestra que desde el segundo semestre del año 2015 inicia un incremento sostenido de casos por encima de lo esperado y se ubica en zona de epidemia. En éste período inicia la Declaratoria de Emergencia N° 025 y una ampliación D.E. N° 036 hasta finales del año en mención, donde se realizaron actividades de vigilancia, prevención y control de enfermedades metaxénicas en situación endémicas, teniendo brigadas de campo permanente para control del reservorio humano.

Durante todo el período 2016, los casos se ubicaron de manera sostenida en zona de epidemia con un comportamiento oscilante, superando los 1,500 casos semanales, para luego descender a menos de 1000 casos en las últimas 15 semanas del año 2016.

**Grafico N°112. Región Loreto. Canal endémico de casos de Malaria 2015-2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

Según el reporte de casos el año 2016, 50 distritos reportaron casos de malaria; los distritos que reportaron más casos son: Andoas (10,095 casos), San Juan Bautista (6,911), Tigre (6,133) Napo (4,462), Pastaza (3,634), Trompeteros (3,608) y Urarinas (2,760).

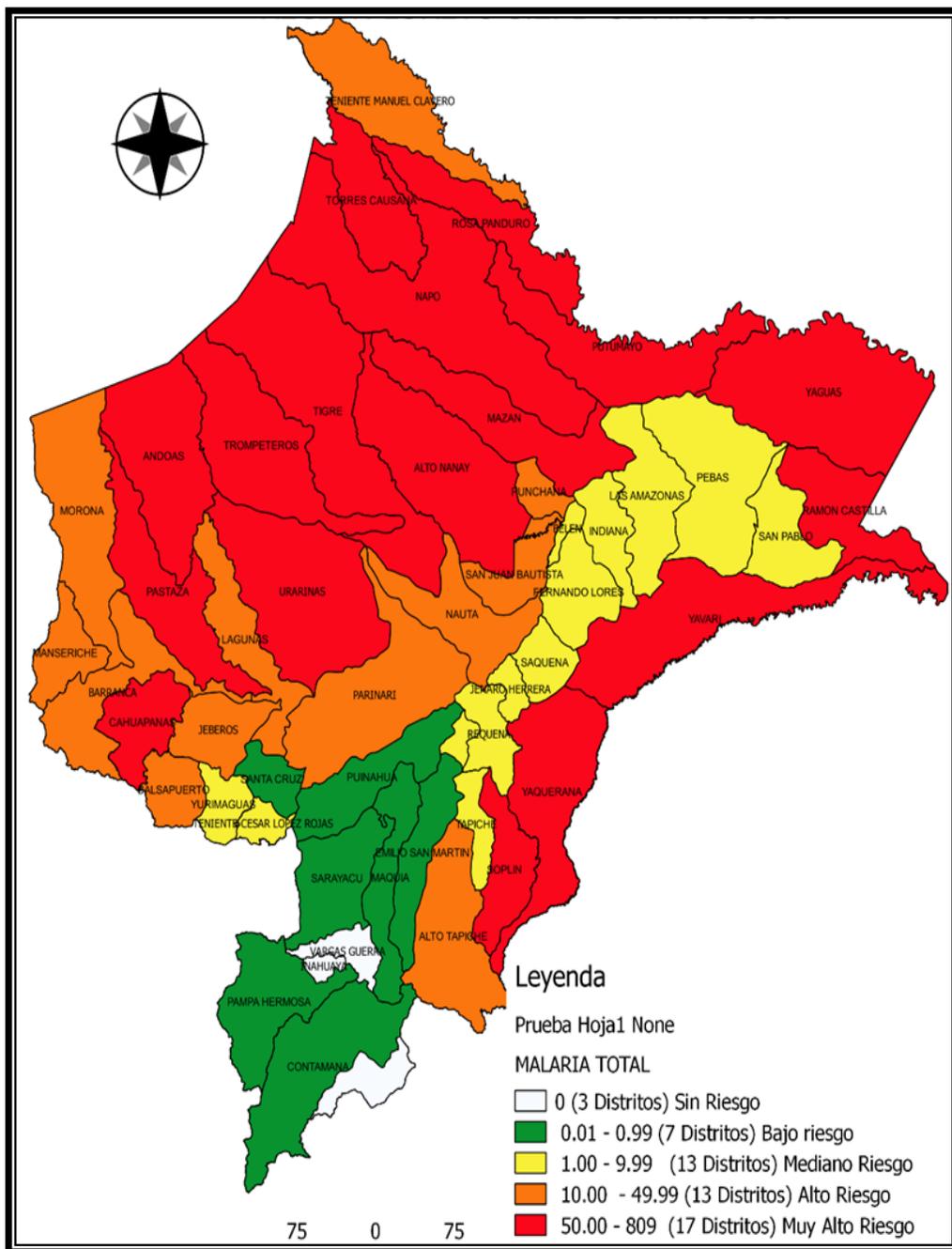
Según el Índice Parasitario Anual, el mismo que expresa en Tasa de Incidencia Acumulada (T.I.A) regional del 2016, fue 52.16 x 1000 habitantes considerando a la región como de Muy Alto Riesgo; La estratificación del riesgo por distritos es lo siguiente:

Muy Alto Riesgo: 17 distritos, Alto Riesgo: 13 distritos, Mediano Riesgo: 13 distritos, Bajo Riesgo: 07 distritos, Sin Riesgo: 03 distritos.

Entre los primeros distritos que se encuentran en la clasificación de muy alto riesgo por malaria, están los distritos de Andoas, Tigre y Pastaza con 808.94, 720.77 y 566.31 de incidencia acumulada por mil habitantes respectivamente. Por otra parte, los distritos sin riesgo están considerados los distritos de Jeberos, Inahuaya y Padre Márquez del Ucayali.

Un aspecto importante que hace que se incremente el riesgo de la malaria, es que existen establecimientos con comunidades de muy difícil acceso, y en donde el acceso al diagnóstico y tratamiento son muy limitados, por lo cual no se corta la cadena de transmisión de manera oportuna.

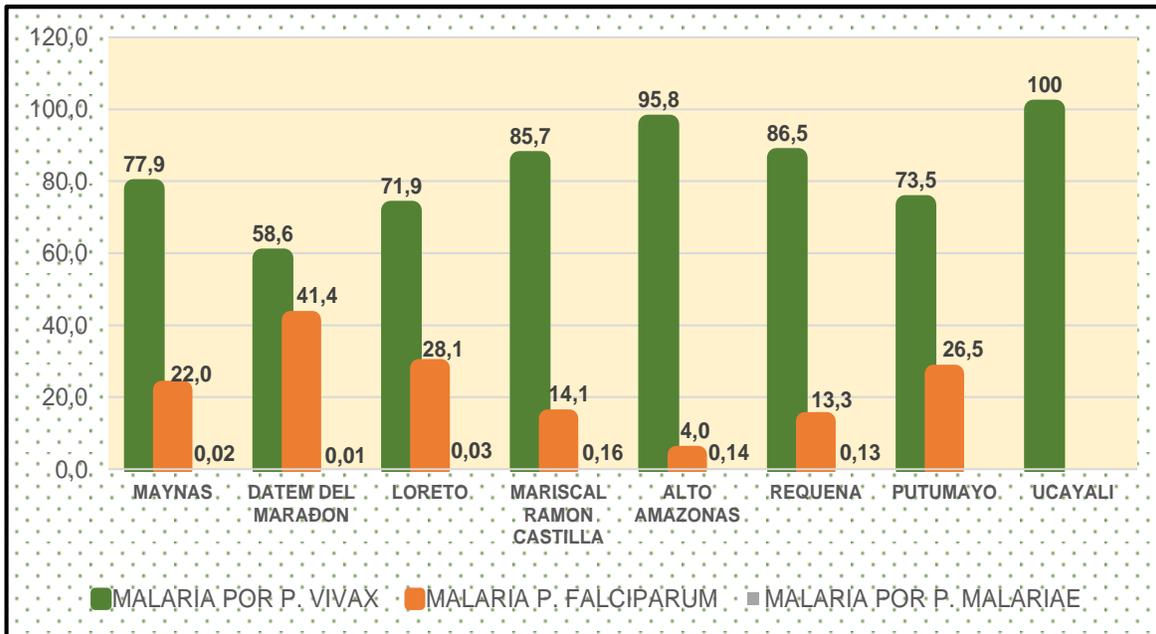
**Mapa N°13. Tasas de Incidencia Acumulada de Malaria Región Loreto. Año - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
 Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

El Gráfico N°113. Nos muestra el predominio de la malaria vivax en todas las provincias, sin embargo, observamos que en la provincia del Datem del Maraón el 41,4% del total de casos fueron malaria falcíparum superior que, en todas las provincias, le sigue Loreto (28.1%), Putumayo (26,5%), Maynas (22%), Mariscal Ramón Castilla (14.1%), Requena (13,3%), finalmente en la provincia de Ucayali solo reportaron malaria vivax que representa el 100% del total de casos.

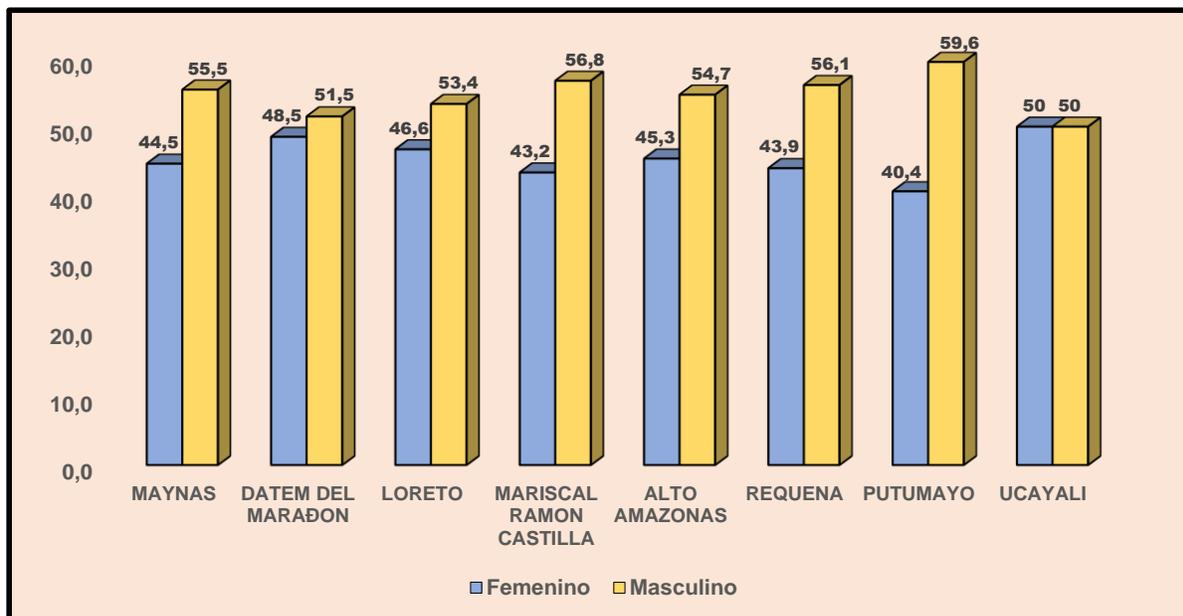
**Gráfico N°113. Región Loreto: Porcentaje de casos de malaria según Provincias y Tipo de Malaria -2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

El 54% de los casos de malaria se presentaron en el sexo masculino y el 46% en el sexo femenino. Cuando observamos según provincias el predominio también se encuentra en el sexo masculino, son más resaltantes en las provincias de Putumayo (59.6%), Mariscal Ramón Castilla (56.8%), Requena (56.1%).

**Gráfico N° 114. Región Loreto: Porcentaje de casos de malaria según Provincias y Sexo-2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

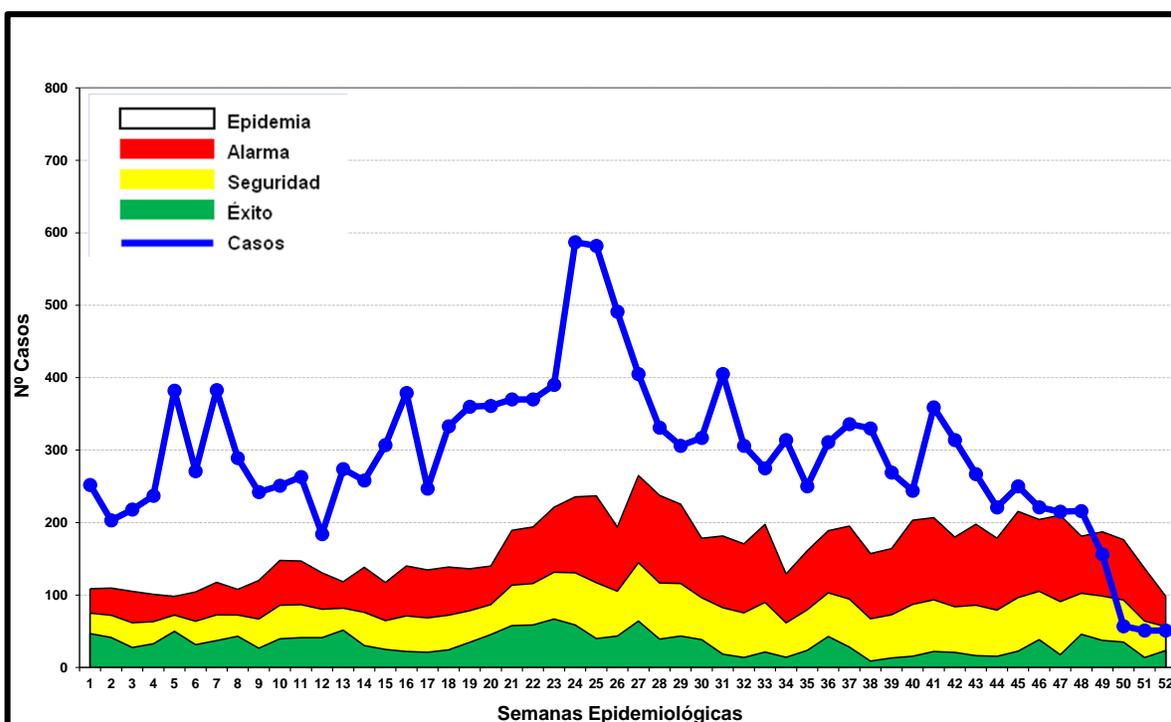
## Malaria Falcíparum

En el Perú, la malaria por *P. falcíparum* es endémica, principalmente en la región Loreto.

En el año 2016 se reportaron 15,261 casos confirmados de malaria falcíparum, que representa el 28.07% del total de los casos de malaria en la región; en relación al mismo periodo del 2015 se tiene un incremento del 21.3%.

El Canal Endémico de la malaria falcíparum, nos muestra que desde inicios el comportamiento de ésta especie fue epidémico, con un incremento mayor a lo esperado, alcanzando en algunos distritos en igual proporción al de la especie vivax, luego se ubicó a finales de año se ubicó en zona de Alarma.

**Gráfico N°115. Región Loreto: Canal Endémico de la Malaria Falcíparum según semanas epidemiológicas - 2016**

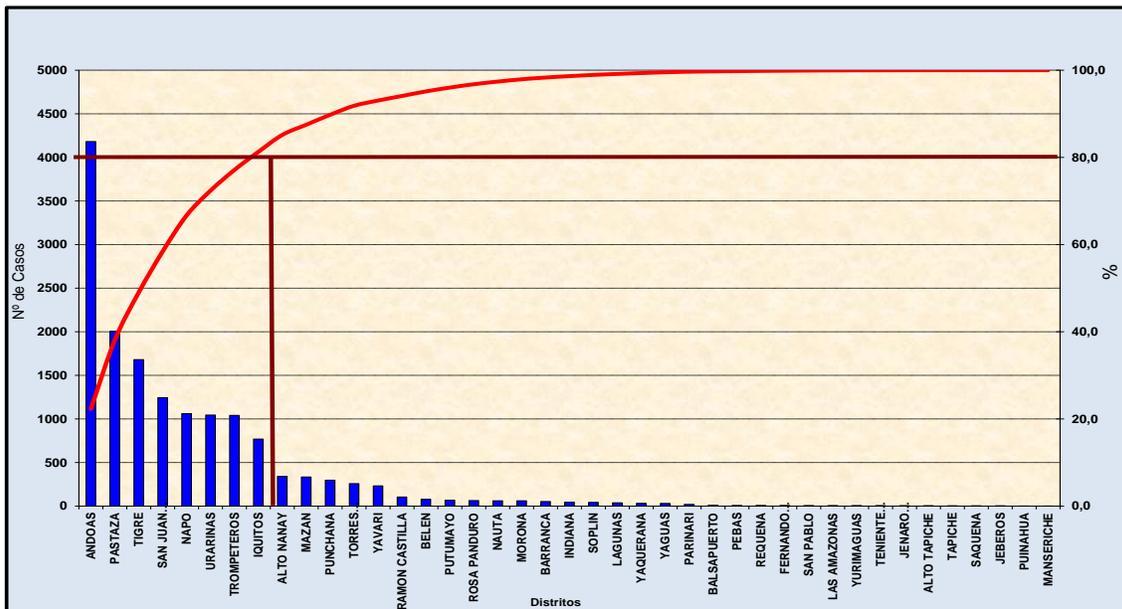


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

Durante todas las semanas del 2016 se reportaron e identificaron brotes de malaria falcíparum en la región Loreto, siendo ubicados en los distritos de Andoas, Pastaza, Tigre, Napo, Trompeteros y Urarinas.

Al realizar el análisis de casos de Malaria falcíparum por distritos, se observa que 08 distritos de los 41 que reportaron casos de malaria falcíparum son los que reportaron el 80% de casos de malaria en el año 2016: Andoas, Pastaza, Tigre, San Juan Bautista, Napo, Urarinas, Trompeteros e Iquitos.

**Gráfico 116. Región Loreto. Distribución Porcentual de casos de malaria falcíparum según distritos, Año - 2016**

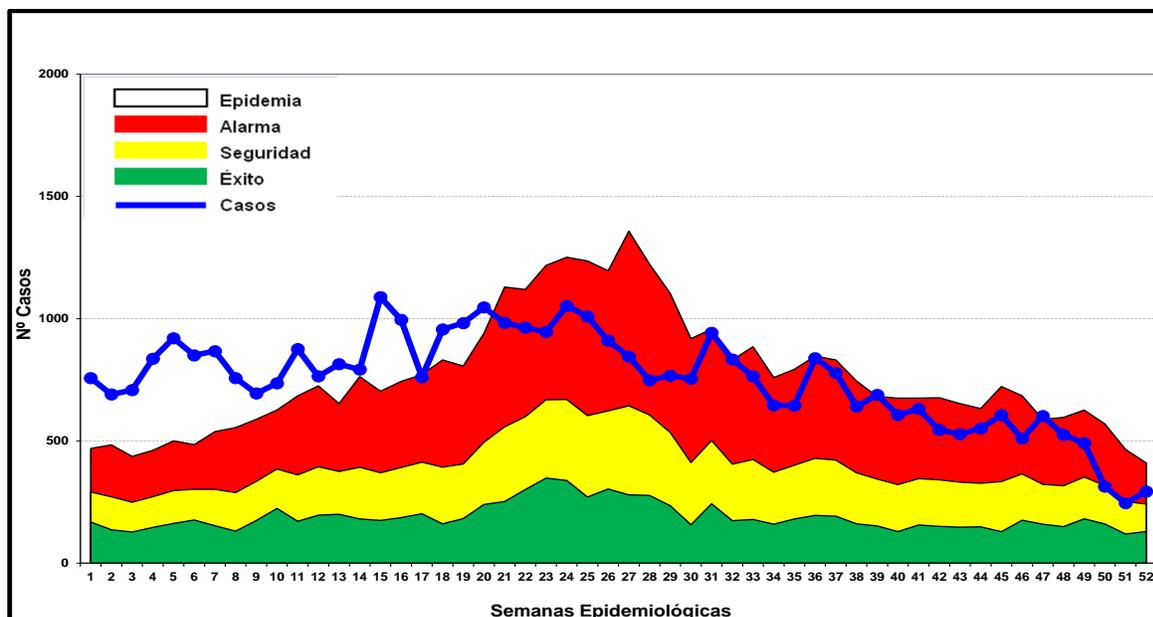


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado: DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

### Malaria Vivax

La malaria vivax es el tipo de malaria que más afecta a la población de riesgo, representa el 71.9% del total de casos de malaria que se presentan en la región Loreto.

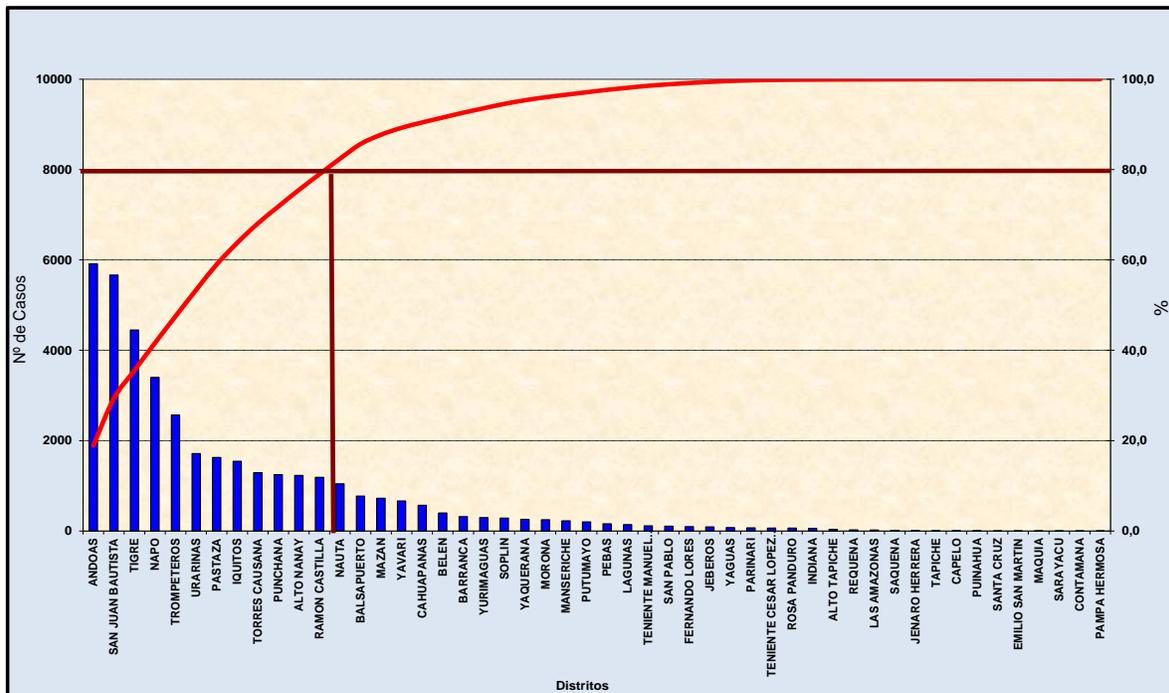
**Gráfico N° 117. Región Loreto. Canal endémico de casos de Malaria Vivax por semanas epidemiológicas - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

El Canal Endémico de la malaria vivax del año 2016, se mostró en zona epidémica desde inicios del año hasta la Semana 21, luego se observa que el comportamiento de casos se ubica con predominio en zona de Alarma.

**Gráfico N° 118. Región Loreto. Distribución Porcentual de casos de malaria Vivax según distritos, año - 2016**

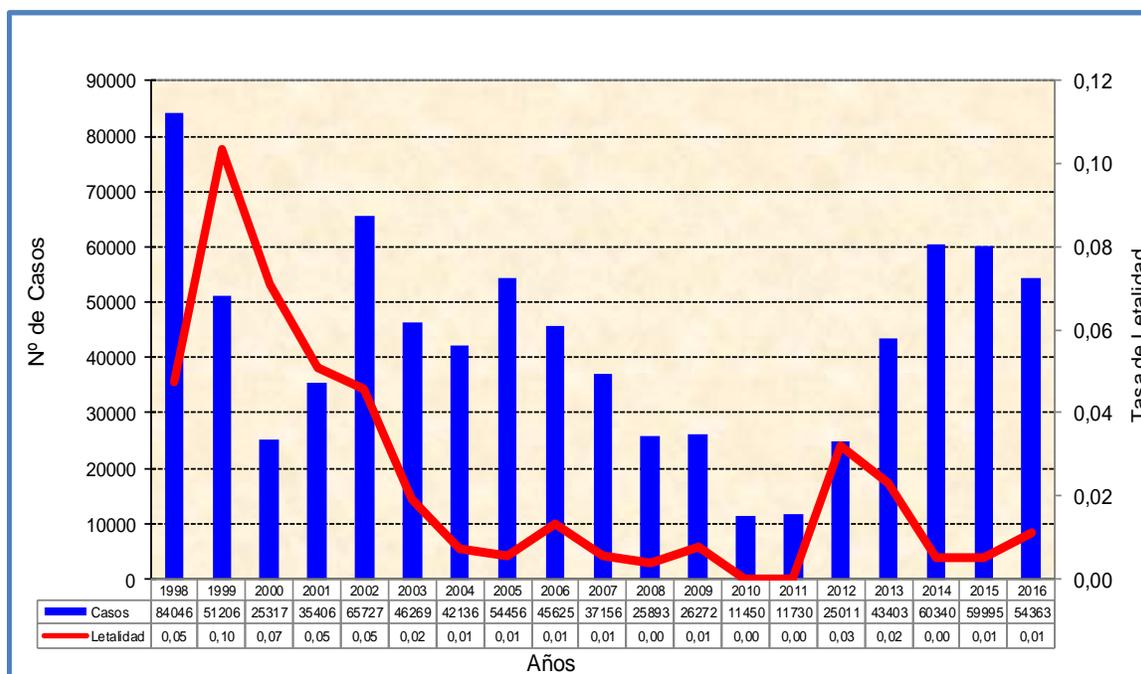


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DiRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

En 50 distritos de los 53 existentes en la región Loreto reportaron casos de malaria vivax, 12 distritos representan el 80% de total que aportan casos de malaria vivax para la región Loreto; correspondiente a los distritos de Andoas, San Juan Bautista, Tigre, Napo, Trompeteros, Urarinas, Pastaza, Iquitos, Torres Causana, Punchana, Alto Nanay, y Ramón Castilla.

### Defunciones por Malaria

Las muertes por Malaria según el histórico se atribuyeron a las formas graves por la especie falcíparum, sin embargo, en los últimos años las formas graves y muertes se presentaron por la especie vivax en igual proporción. La tasa de letalidad por éste daño en el 2016 es de 0.01% en similar porcentaje al 2015.

**Gráfico N°119. Región Loreto. Casos y Letalidad por Malaria 1998-2016**

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

En el 2016, Loreto reportó 06 defunciones, 03 por malaria vivax y 03 por malaria falcíparum, 04 corresponde al sexo femenino y 02 son del sexo masculino. Según etapa de vida se tiene 03 niños y 03 adultos; 01 falleció en el C.S. Ullpayacu, 01 en el P.S. Nva. Yarina, ambos provenientes del distrito de Pastaza, 01 en el P.S. Chuintar cuya procedencia es de Andoas, 01 en el C.S. San Lorenzo perteneciente al distrito de Morona, 01 en el P.S. Tucunará distrito de Urarinas y 01 en el C.S. Caballo Cocha del distrito de Ramón Castilla. La mayor proporción de muertes causadas por éste daño se dieron en la Provincia del Datem del Maraón.

**Tabla N° 24. Región Loreto. Caracterizaciones de las defunciones por Malaria - 2016**

SEMANA EPIDEMIOLOGICA	DIAGNOSTICO	EDAD		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO DE PROCEDENCIA
		MASCULINO	FEMENINO		
13	Vivax		67 años	C.S. Ullpayacu	Pastaza
17	Falciparum		65 años	P.S. Chuintar	Andoas
22	Falciparum		4 años	P.S. Tucunará	Urarinas
28	Vivax	2 años		P.S. Nva. Yarina	Pastaza
35	Vivax	1 mes		C.S. Caballo Cocha	Ramón Castilla
36	Falciparum		18 años	C.S. San Lorenzo	Morona

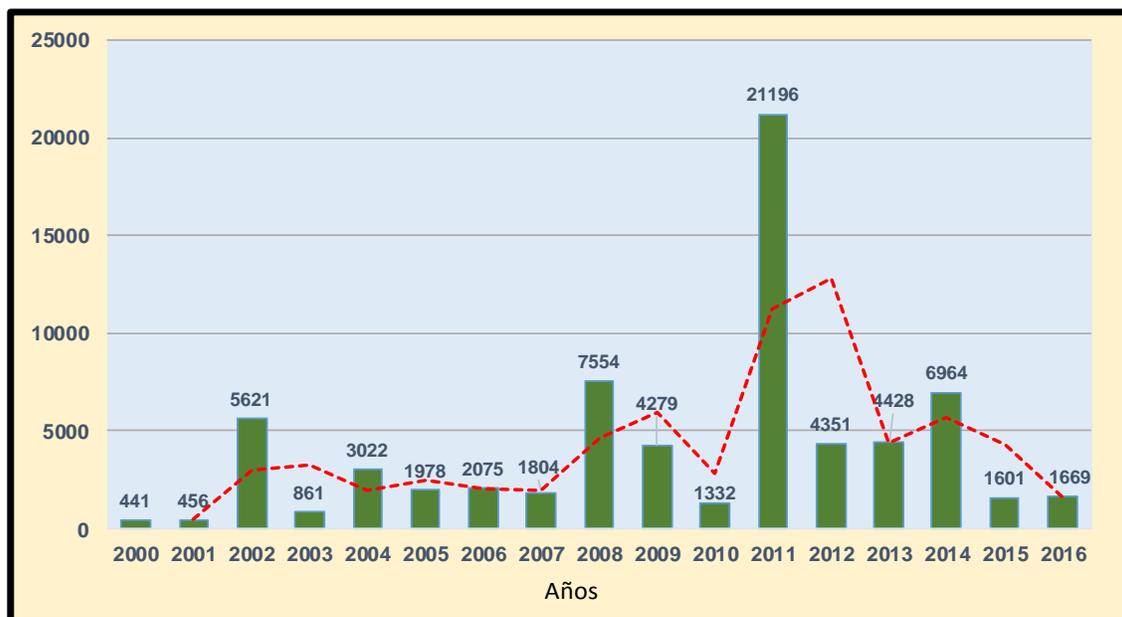
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado: DiRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

**b. Dengue:**

El primer reporte epidémico de dengue clásico confirmado por laboratorio en el Perú se hizo en la ciudad de Iquitos durante el año 1990, causado por el serotipo 1; brote que aparentemente fue precedido por un incremento en la densidad del vector (10% en 1985 a 26% en 1988). En 1995 fue reportado un segundo brote en la ciudad de Iquitos.

Durante el año 2000 y 2001 se reportaron 441 y 456 casos (probables y confirmados de dengue clásico respectivamente) y en el 2002 hubo un brote que fue muy evidente con 5,623 casos, en ese año no se reportaron casos de dengue con señales de alarma y dengue grave, luego la tendencia fue cíclica durante los años 2003 al 2007, luego en el año 2008 nuevamente se incrementa 4 veces más que el año anterior, desciende relativamente en el 2009 y 2010, pero sucede un brote histórico con 21197 casos en el año 2011, se logra disminuir 5 veces menos en el 2012 y 2013; en el año 2014 se incrementa a 6,989 casos; para luego observar una tendencia a disminuir los últimos dos años, llegando a 1,669 casos en el 2016 sólo con un incremento de 4.2% respecto al año anterior.

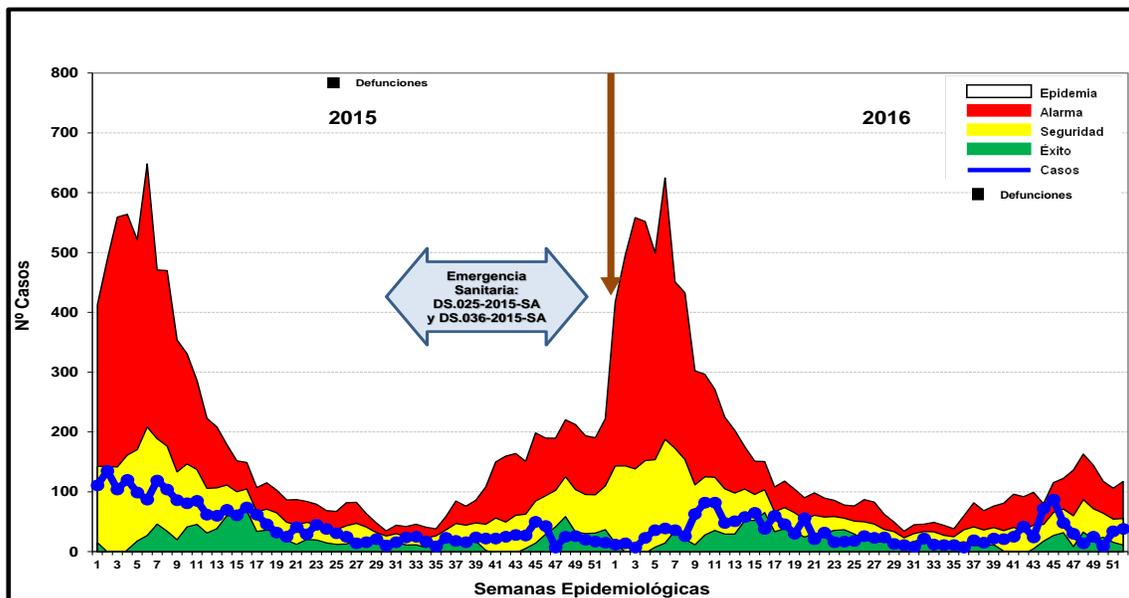
**Gráfico N° 120. Región Loreto: Número de Casos de Dengue, Años 2000 al 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

Durante el 2016, se observa que el comportamiento de los casos de dengue en el canal endémico se ubica en zona seguridad, con una baja transmisión durante la mayor parte del año (10 meses); sin embargo, se inicia un incremento significativo a partir de la semana 40 alcanzando picos elevados y ubicándose en zona de ALARMA por tres semanas. Finalmente termina con una tendencia de casos en zona de seguridad.

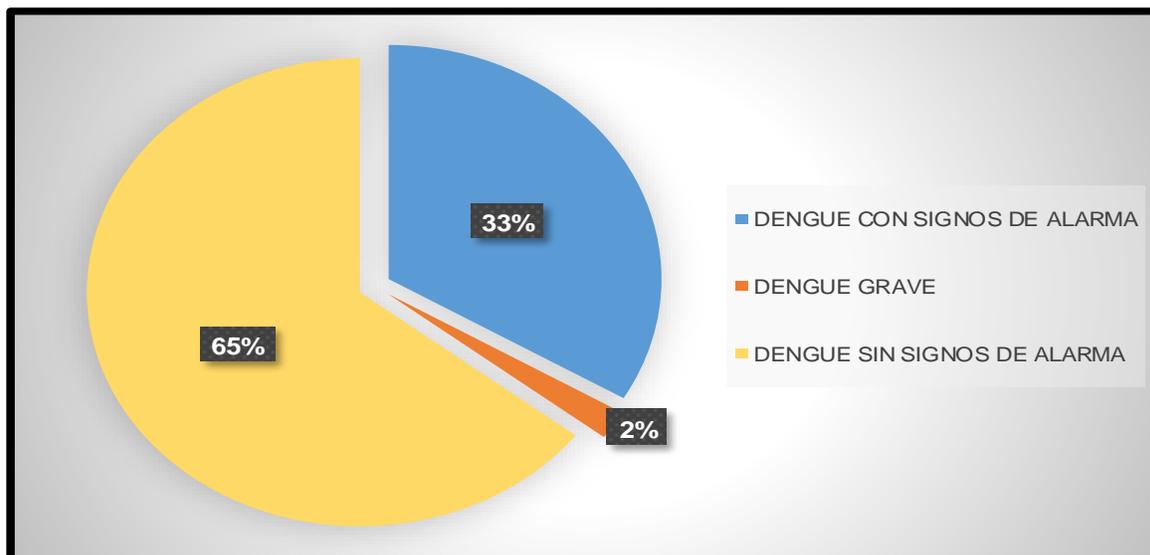
**Gráfico N° 121. Región Loreto. Canal endémico de casos de Dengue Total - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

Según el reporte epidemiológico en el año 2016 se notificaron un total de 1,669 casos de Dengue, 1,061 casos (63,5%) se confirmaron por clínica, laboratorio ó nexa epidemiológico y 608 casos (36,5%) se clasificaron como casos probables.

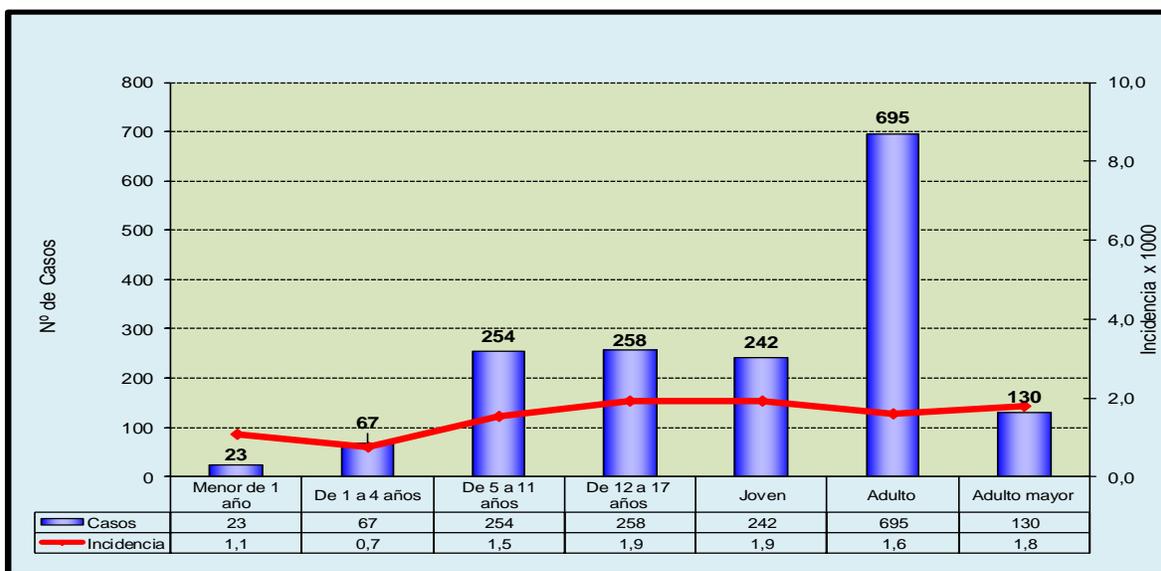
**Gráfico N° 122. Región Loreto: Distribución Porcentual de los casos de dengue según tipo - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPvCE Metaxénicas

Según el tipo de presentación se tiene que, el 65% de casos reportados fueron Dengue sin señales de alarma, el 33% Dengue con señales de alarma y el 2% Dengue grave. (Ver Gráfico N°122).

**Gráfico N° 123. Región Loreto. Número de casos y Tasa de Incidencia Acumulada de Dengue por grupo Etéreo -- 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

Se observa que los casos del dengue se presentan en mayor número en la etapa del adulto y es baja en los extremos de la vida, de igual manera se observa que la mayor tasa de incidencia por grupo etéreo se encuentra entre las edades de 12 a 17 años (Adolescentes) y de 18 a 25 años (Jóvenes) con T.I.A de 1.9 por 1000 habitantes respectivamente. Así mismo la menor incidencia de casos se encuentra en niños menores de 5 años (Ver Gráfico N°123).

**Tabla N° 25. Indicadores de Dengue en Loreto, Comparativo entre los años 2013-2016- Región Loreto.**

DESCRIPCIÓN	AÑO			
	2013	2014	2015	2016
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	2014	2408	513	559
DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	2390	4518	1071	1077
DENGUE GRAVE	24	38	17	33
FALLECIDOS	8	14	2	5
<b>Total de casos reportados</b>	<b>4428</b>	<b>6964</b>	<b>1601</b>	<b>1669</b>
% Casos con Signos de Alarma	45,5	34,6	32,0	33,5
% Casos Graves	0,5	0,5	1,1	2,0
Letalidad General	0,2	0,2	0,1	0,3
Letalidad Casos Graves	33,3	36,8	11,8	15,2

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

En el año 2016, de 327 muestras remitidas al INS-MINSA para aislamiento viral, PCR y tipificación, se tiene el resultado publicado en el netlab, 20 muestras son positivas (6.1%) y 307 son negativas (93.9%). El serotipo circulante a predominio en un 65% es DENGUE 2 y DENGUE 3 en un 35%.

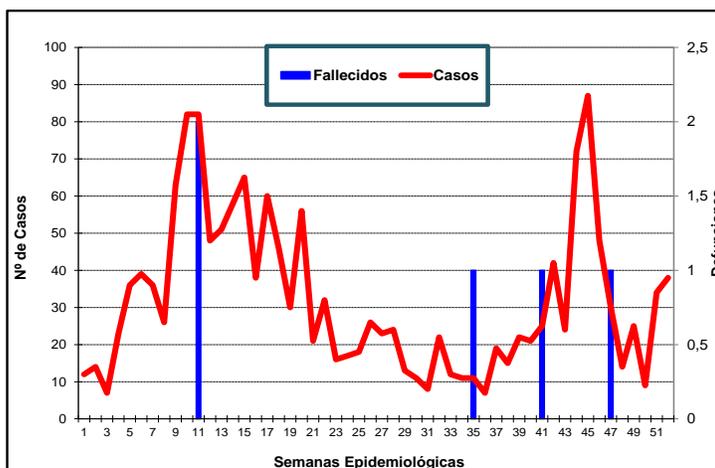
En la Tabla N°25. Se observa que del total de casos reportados de dengue desde el año 2013 al 2016 hay una disminución de casos en los últimos dos años (2015 y 2016) y en relación a los casos de dengue con signos de alarma en el 2016 se observa un ligero incremento de 1.5% respecto al año anterior; sin embargo, la letalidad por casos graves es de 15,2% se incrementa sustancialmente en 3.4% en relación al 2015.

**Defunciones por dengue:**

Loreto reportó 05 defunciones de las 44 que se reportó en el Perú (11.3%). La Tasa de letalidad general a nivel regional a la SE 52-2016 es de 0.3%, se observa un incremento de 0.2% comparados con el año 2015.

La edad promedio de los casos fallecidos confirmados es de 50 años con un rango entre 36 a 72 años. El mayor porcentaje de defunciones se concentran en el grupo de adultos de 30-59 años del sexo masculino (siendo éste el grupo etéreo más productivo).

**Gráfico N° 124. Región Loreto. Número de Casos Vs Número de defunciones - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

Estas muertes corresponden a los distritos de Iquitos (02), Fernando Lores (01), Parinari (01) y San Juan Bautista (01). 02 muertes ocurrieron en el Hospital Regional, 02 en el Hospital Iquitos y 01 en el Hospital III Es Salud.

**Tabla N° 26. Región Loreto. Defunciones por Dengue - 2016**

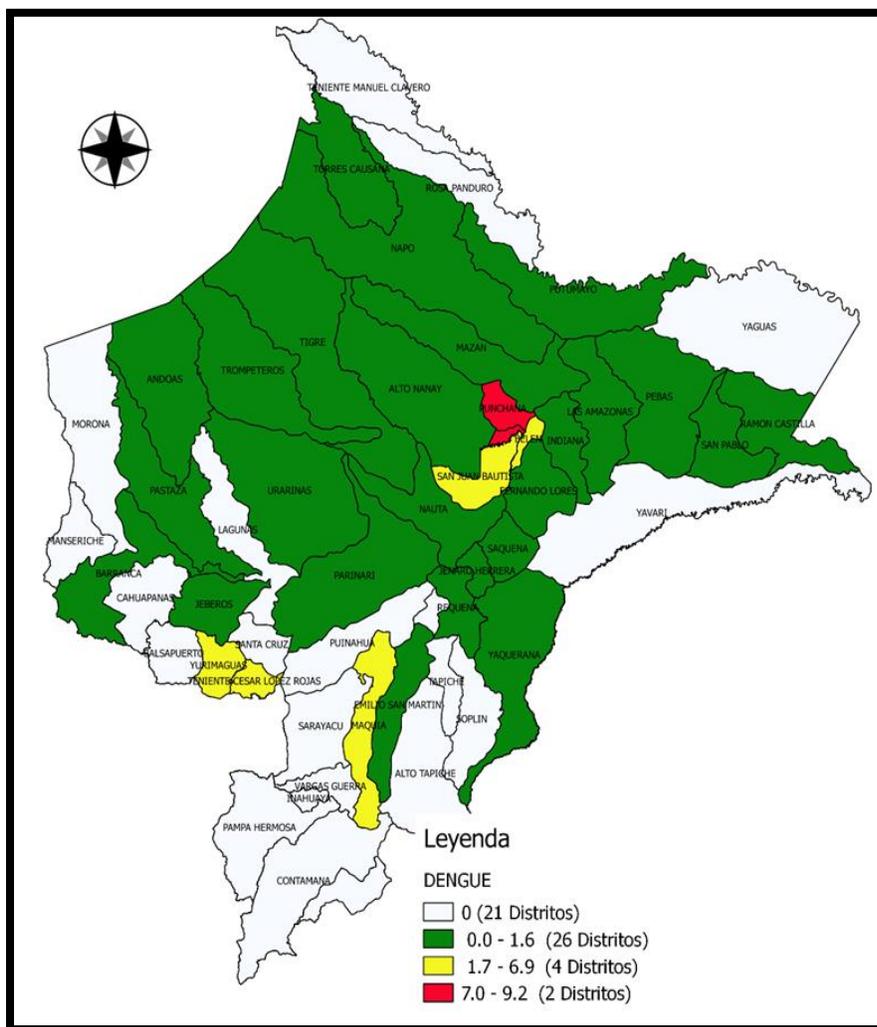
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	EDAD		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO DE PROCEDENCIA
	MASCULINO	FEMENINO		
11	36		Hospital Apoyo Iquitos	Fernando Lores
11	72		Hospital III EsSalud	San Juan Bautista
35		41	Hospital Apoyo Iquitos	Parinari
41		54	Hospital regional de Loreto	Iquitos
47		49	Hospital regional de Loreto	Iquitos

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPvCE Metaxénicas

La Tasa de Incidencia Acumulada (T.I.A) regional es de 15.9 por 10 000 habitantes, considerado de mediano riesgo para dengue. Los distritos que reportan mayor número de casos son Iquitos (714 casos), San Juan Bautista (315 casos), Punchana (260 casos), Belén (137 casos) y Yurimaguas (133 casos).

Los distritos de mayor riesgo según T.I.A. es Iquitos y Punchana con 46.9 y 28.2 por 10 000 habitantes respectivamente, estratificándolos como de Alto riesgo. (Ver Gráfico N°...).

**Mapa N° 14. Tasa de Incidencia Acumulada de Dengue.  
Región Loreto - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

### c. Zika

Entre los departamentos de la selva con alto riesgo a presentar brotes de Zika, se encuentran Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Ucayali y Huánuco, el aedes urbano es principalmente agente causal en zonas con problemas de agua y saneamiento.

#### Zika por Diagnóstico

En el 2016, se reportaron 1565 casos de Zika en general, 714 confirmados y 851 casos sospechosos, al detalle se presentaron 1470 casos de Zika (654 casos confirmados y 816 sospechosos); 4 y 1 casos confirmados de Zika Asintomático y Zika Asintomáticos en Gestantes respectivamente; Finalmente se reportaron 90 casos de Zika en gestantes (55 Confirmados y 35 sospechosos).

**Tabla N° 27. Casos de Zika por Diagnóstico y Tipo de Diagnóstico.  
Región Loreto - 2016**

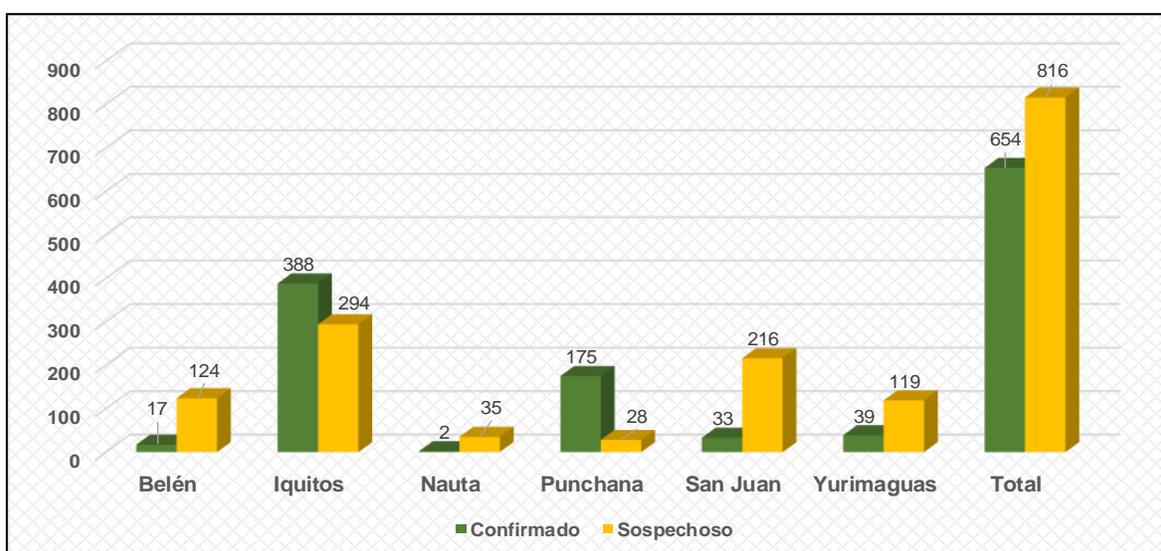
Diagnóstico	Confirmado	Sospechoso	Total General
Zika	654	816	1470
Zika Asintomático	4	0	4
Zika Asintomático en Gestantes	1	0	1
Zika en gestantes	55	35	90
Total	714	851	1565

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

### Zika por Distritos

De 1470 casos de Zika, estos se presentaron en 6 distritos de la región Loreto, la mayor cantidad de casos reportados fueron procedentes del distrito de Iquitos con 682 casos (388 confirmados y 294 sospechosos), seguidas las notificadas en el distrito de San Juan con 682 casos (33 confirmados y 216 sospechosos), luego el distrito Punchana con 203 casos (175 confirmados y 28 sospechosos).

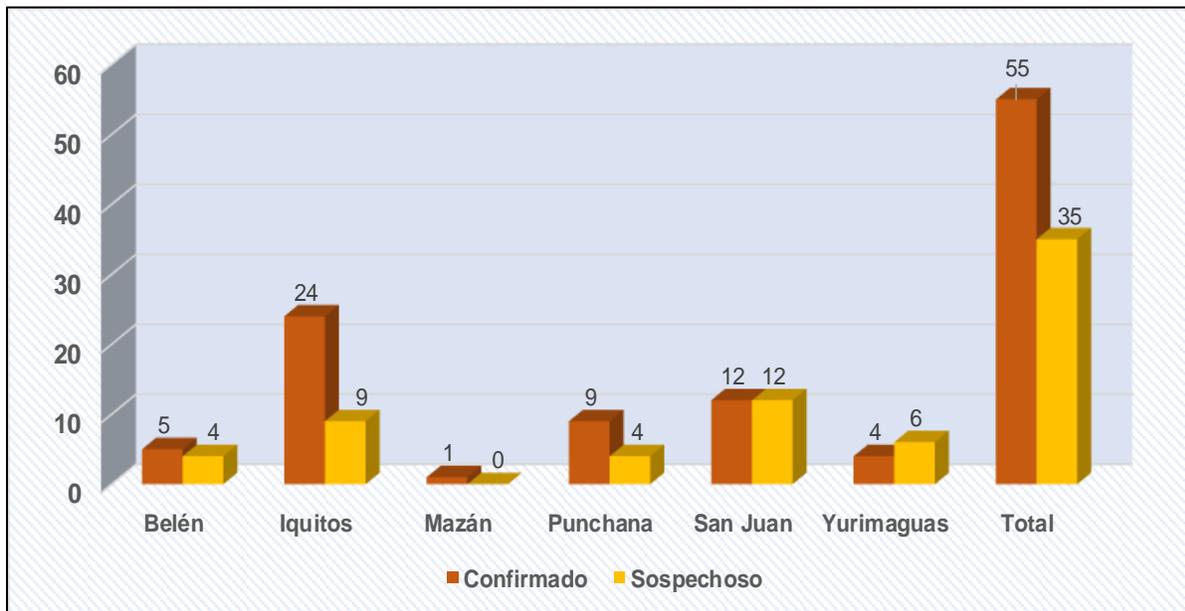
**Gráfico N° 125. Casos de Zika por Distritos. Región Loreto - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPVCE Metaxénicas

Así mismo el Zika también se presentaron en gestantes, un total de 90 casos se reportaron (55 confirmados y 35 Sospechosos), se presentaron en mayor cantidad en el distrito de Iquitos con 33 casos (24 confirmados y 9 sospechosos), le sigue el distrito de San Juan con 24 casos (12 confirmados y 12 sospechosos). Los tres distritos corresponden a la ciudad de Iquitos, sin embargo, los casos de Zika en gestantes también se presentaron en distritos periféricos como el distrito de Yurimaguas con 10 casos (4 confirmados y 6 sospechosos), un solo caso confirmado en el distrito de Mazán.

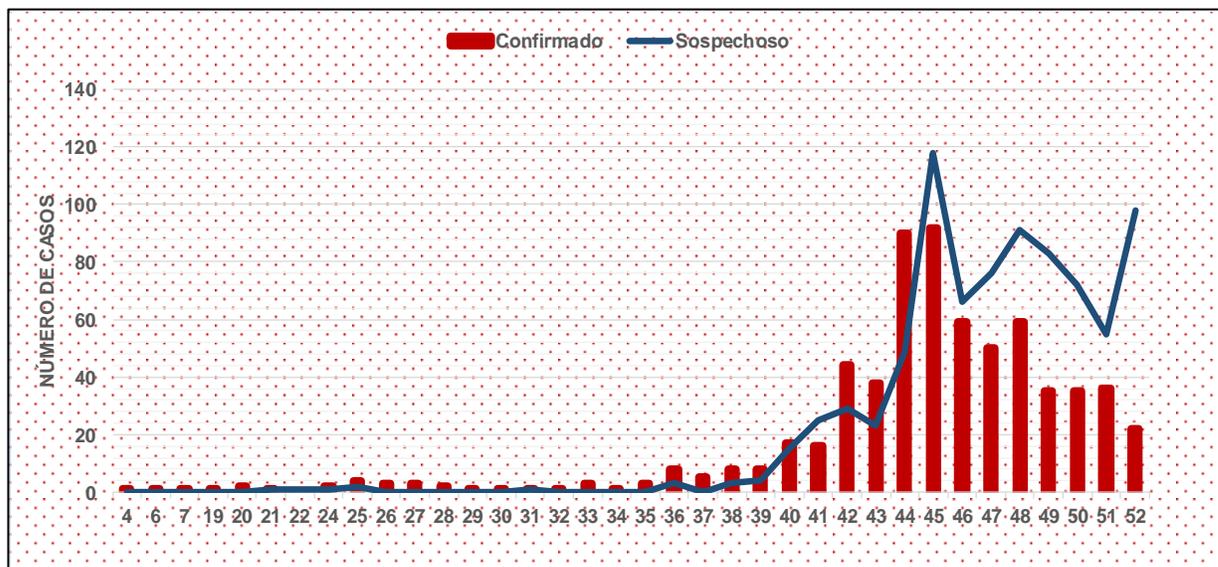
**Gráfico N° 126. Casos de Zika en Gestantes por Distritos. Región Loreto - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPvCE Metaxénicas

En el presente gráfico se evaluó la tendencia de 1470 casos de Zika durante el 2016, observando que desde 4 enero 2016 se habían estado reportando casos de Zika de 1 a 5 casos por semana hasta la semana 35 (septiembre 2016), para luego ir incrementándose los casos semanales hasta convertirse en un brote marcado desde la semana 40 hasta la semana 52 con tendencia a incrementarse a más casos semanales al próximo año.

**Gráfico N° 127. Casos de Zika por Tipo de Diagnóstico y Semanas Epidemiológicas - Región Loreto - 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPvCE Metaxénicas

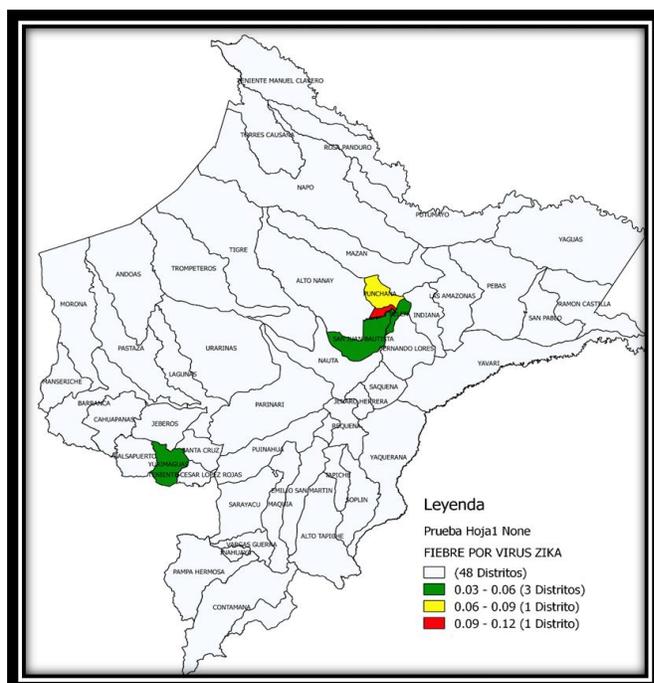
Los casos de Zika se diagnosticaron más en mujeres 447 casos (62,8 % de casos autóctonos). La mayor proporción de todos los casos con Zika correspondiente al grupo de 30-59 años con 33,3% (237) casos, seguido del grupo de 18 a 29 años 28,4% (202) casos. (Tabla N°28).

**Tabla N° 28. Región Loreto. Casos Autóctonos de Zika confirmados por Grupo Etéreo y Género - 2016**

Grupos de Edad	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
0 a 11 años	56	83	139	19,5
12 a 17 años	47	52	99	13,9
18 a 29 años	62	140	202	28,4
30 a 59 años	81	156	237	33,3
Mayor a 60 años	18	16	34	4,8
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>264</b>	<b>447</b>	<b>711</b>	<b>100</b>

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas.

**Mapa N°15. Región Loreto. Tasa de Incidencia de Zika por distritos - 2016**



La Tasa de Incidencia acumulada regional fue de 14,8 por cada 10 000 habitantes. La notificación de casos sospechosos y confirmados se concentraron en 5 distritos: Iquitos (719) casos, San Juan Bautista (273) casos, Pucallpa (216) casos, Yurimaguas (169) casos y Belén (150) casos. Otros distritos que reportaron casos en baja proporción son: Nauta y Mazán.

En estos distritos existe presencia del *Aedes aegypti*, por lo que estos casos se consideran de transmisión vectorial.; y con progresiva extensión al con la posibilidad de dispersión hacia otros distritos colindantes con presencia del vector.

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

**Zika por IPRESS**

En la región Loreto de los 1470 casos de Zika, el 97.76% de los casos se presentaron en 20 IPRESS de la región Loreto, las 5 IPRESS que reportaron el mayor porcentaje casos fueron el Hospital Regional de Loreto (30.41%), Hospital Apoyo Iquitos (19.86%), P.S Maynas (8.44%), C.S San Juan (7.14%) y con el 4.63% el C.S Morona Cocha; Todas de la ciudad de Iquitos.

**Tabla N° 29. Casos de Zika según IPRESS. Región Loreto - 2016**

RANKING	IPRESS	CONFIRMADOS	SOSPECHOSOS	TOTAL GENERAL	%
1	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	446	1	447	30.41
2	HOSPITAL APOYO IQUITOS	26	266	292	19.86
3	MAYNAS	25	99	124	8.44
4	SAN JUAN DE MIRAFLORES	4	101	105	7.14
5	MORONACOCHA	23	45	68	4.63
6	6 DE OCTUBRE	0	62	62	4.22
7	AGUAMIRO	14	37	51	3.47
8	ESSALUD DE YUARIMAGUAS	3	46	49	3.33
9	NAUTA	2	36	38	2.59
10	AMERICA DE SAN JUAN BAUTISTA	4	32	36	2.45
11	HOSPITAL DE APOYO YURIMAGUAS	17	18	35	2.38
12	SAN ANTONIO DE IQUITOS	24	8	32	2.18
13	HOSPITAL III ESSALUD	18	1	19	1.29
14	PROGRESO DE SAN JUAN BAUTISTA	1	18	19	1.29
15	LA LOMA	2	12	14	0.95
16	BELLAVISTA NANAY	11	0	11	0.75
17	CARDOZO	2	9	11	0.75
18	CLINICA NAVAL	10	0	10	0.68
19	CLINICA ANA STHALL	1	7	8	0.54
20	LA NATIVIDAD	1	5	6	0.41
SUB TOTAL		634	803	1437	97.76
OTRAS IPRESS		20	13	33	2.24
TOTAL GENERAL		654	816	1470	100.00

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPvCE Metaxénicas

**Zika en Gestantes por IPRESS**

En el año 2016 se reportaron 90 casos de Zika en gestantes procedentes de 14 IPRESS, el 27.78% se notificaron del Hospital Regional de Loreto, 24.44% del Hospital apoyo Iquitos, el 13.33% del Hospital III Essalud de Iquitos y el 7.78% de los casos de Zika del C.S San Juan de Miraflores, también hubo casos reportados de Establecimientos periféricos como del Hospital de Yurimaguas con el 5.56% Centro materno infantil Aguamiro con el 3.33% y del IPRESS Es Salud de Yurimaguas con el 2.22%.

Tabla N° 30. Casos de Zika en Gestantes según IPRESS - Región Loreto - 2016

RANKING	IPRESS	CONFIRMADOS	SOSPECHOSOS	TOTAL GENERAL	%
1	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	17	8	25	27.78
2	HOSPITAL APOYO IQUITOS	13	9	22	24.44
3	HOSPITAL III ESSALUD	7	5	12	13.33
4	SAN JUAN DE MIRAFLORES	3	4	7	7.78
5	HOSPITAL DE APOYO YURIMAGUAS	2	3	5	5.56
6	PROGRESO DE SAN JUAN BAUTISTA	2	2	4	4.44
7	9 DE OCTUBRE	3	0	3	3.33
8	AGUAMIRO	2	1	3	3.33
9	SAN ANTONIO DE IQUITOS	3	0	3	3.33
10	ESSALUD DE YUARIMAGUAS	0	2	2	2.22
11	CLINCA ANA STHALL	1	0	1	1.11
12	MAYNAS	1	0	1	1.11
13	MORONACocha	1	0	1	1.11
14	RUMOCOCHA	0	1	1	1.11
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>55</b>	<b>35</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado. DIRESA Loreto. ESPvCE Metaxénicas

### Zika en gestantes y Microcefalia

Se notificaron 90 gestantes con infección con el virus Zika, en su mayoría fueron sintomáticas, de los cuales 55 fueron confirmadas por laboratorio INS, hasta la cierre del año, las gestantes diagnosticadas con infección por virus Zika alumbraron recién nacidos que al examen clínico, no presentaron microcefalia ni otras anomalías físicas.

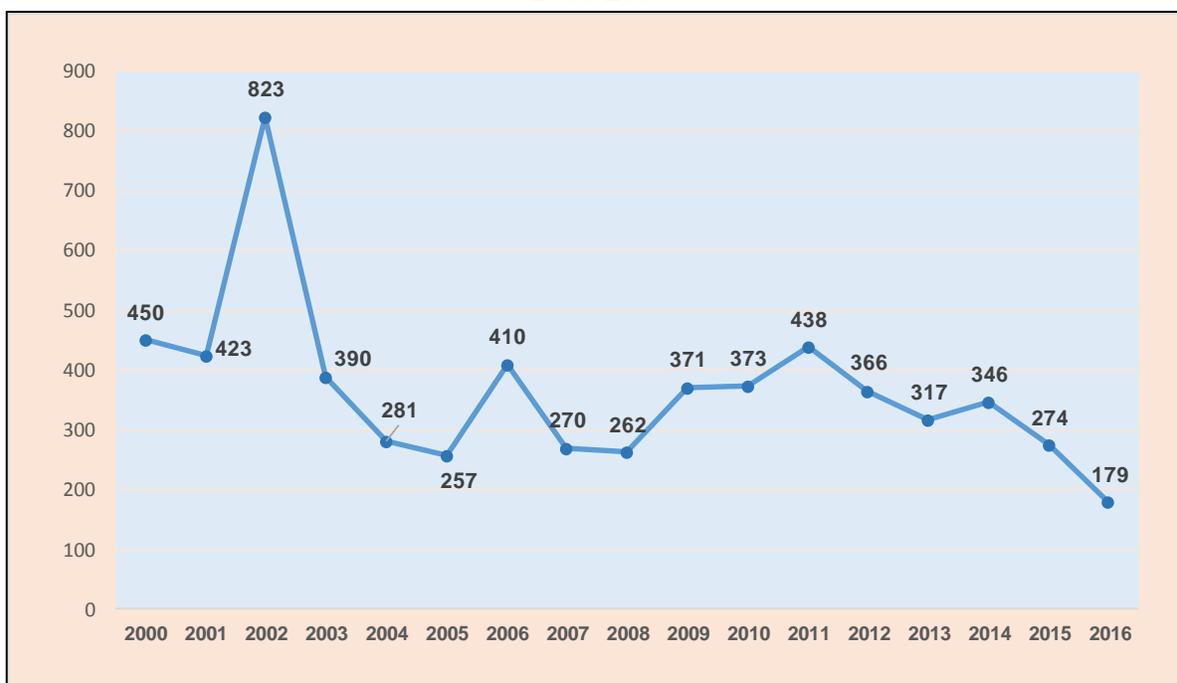
Así mismo se registraron 05 nacimientos de madres con Diagnóstico de Zika confirmado, en los distritos de Iquitos (3), Punchana (1) y Yurimaguas (1) a quienes se les realizó la obtención de muestras de los cuales todos fueron negativos para Zika.

#### d. Leishmaniosis

La Región Loreto es una zona endémica para Leishmaniosis, se presenta con un cuadro clínico cutáneo y ulceroso; el cuadro clínico cutáneo se caracteriza por la presencia de una o múltiples lesiones cutáneas que se inician en forma de nódulos (pruriginosos o no) con progresión a lesiones ulcerativas o úlceras costrosas, poco profundas, de aspecto redondeado, no dolorosas, de bordes bien definidos y signos inflamatorios; la forma ulcerosa se presenta con lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe o tráquea.

Los casos de Leishmaniosis en nuestra región se vienen presentando durante más de 15 años en forma cíclica que no llegaron a los 500 casos anuales, sin embargo, en el año 2002 alcanzó históricamente a 823 casos, en el año 2015 se reportaron 274 casos, disminuyendo sólo a 179 casos en el año 2016.

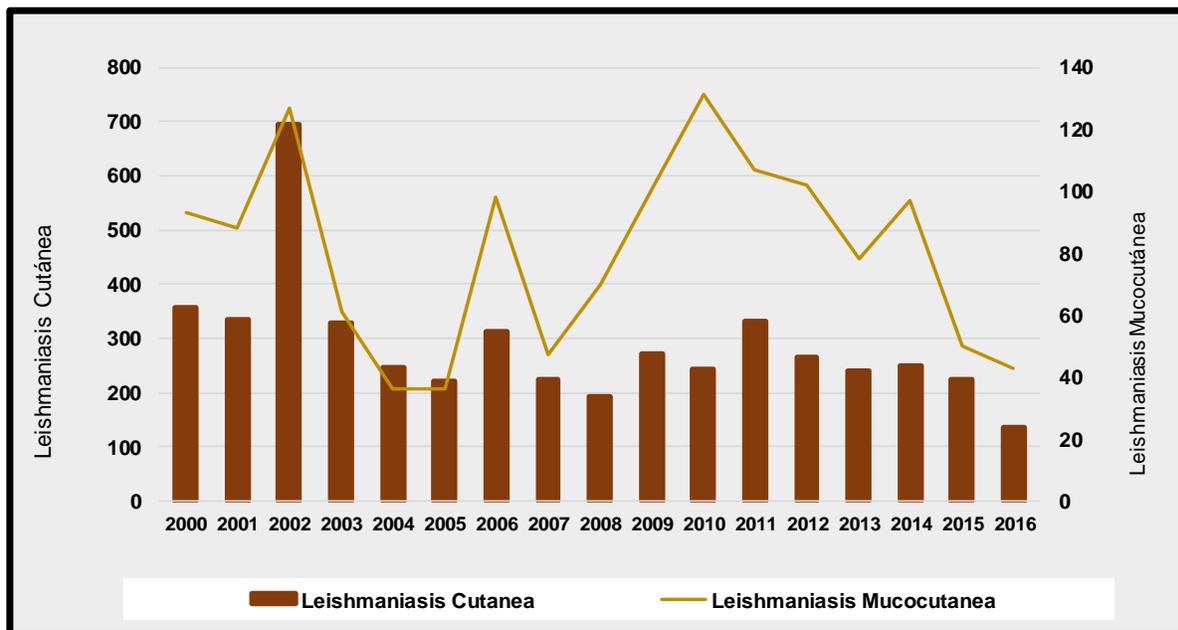
**Gráfico N° 128. Región Loreto. Número de Casos de Leishmaniosis por años 2000-2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Epidemiología  
Elaborado: DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

Es evidente que, durante 15 años, los casos anuales de leishmaniosis cutáneas fueron en mayor proporción que la Leishmaniosis Mucocutánea, con el 75% y 25% respectivamente; Los casos de Leishmaniosis cutáneas son de predominio cíclicos, habiendo un incremento relevante de casos en el año 2002 con 696 casos. Asimismo, la tendencia de los casos de Leishmaniosis Mucocutánea se incrementó en el año 2002 y 2010 con 127 y 131 casos respectivamente con un incremento sostenido entre los años 2009 al 2012. Finalmente, en el año 2016 la tendencia esta hacia la disminución donde se reportaron sólo 136 casos de leishmaniosis cutánea y 43 casos de leishmaniosis Mucocutánea.

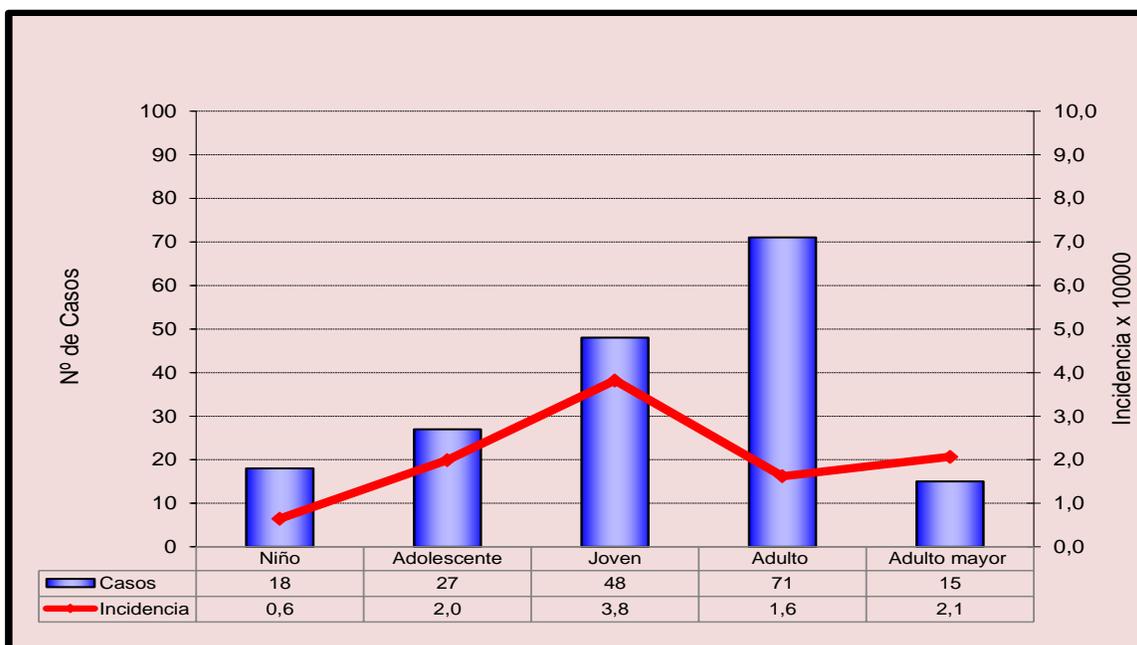
**Grafico N° 129. Región Loreto. Número de Casos de Leishmaniosis por Tipo y años 2000-2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Epidemiología 2016  
Elaborado: DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

Para el año 2016, según las etapas de vida; los jóvenes y adultos aportaron la mayor cantidad de casos, sin embargo los Jóvenes tienen mayor riesgo (T.I.A de 3.8 x 10000 hab.); siendo la más baja en la etapa niño con 0.6 x 10000 habitantes respectivamente.

**Grafico N°130. Región Loreto. Número y Tasa de Incidencia de Casos de Leishmaniosis por Etapas de Vida 2016.**



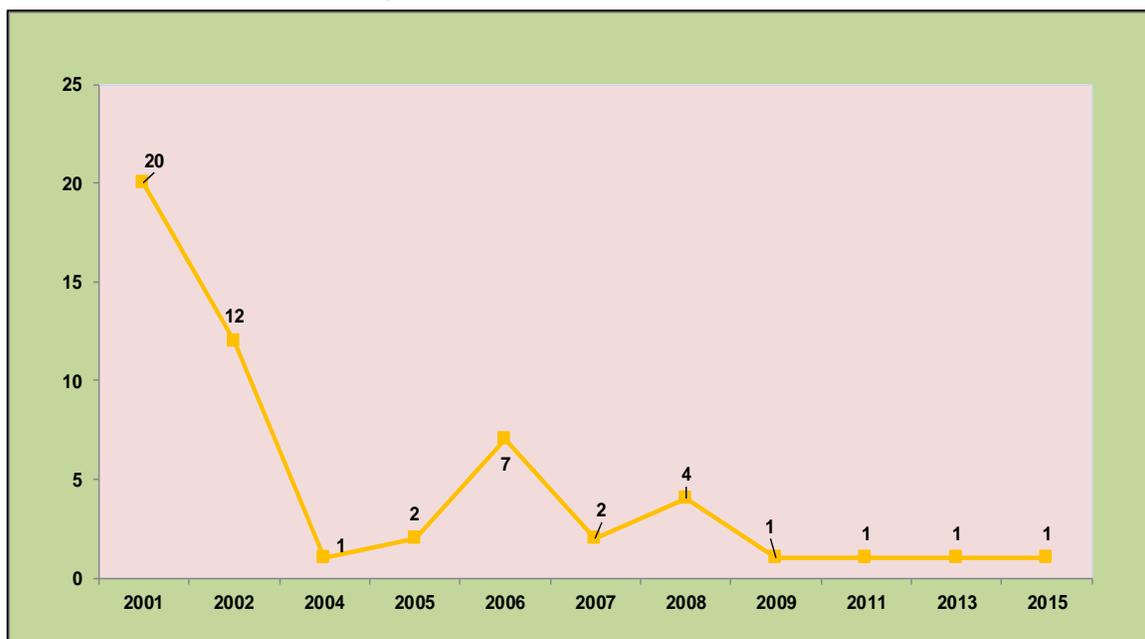
Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Epidemiología  
Elaborado: DIRESA Loreto. ESPyCE Metaxénicas

### e. Fiebre Amarilla Selvática (FAS)

La fiebre amarilla selvática es transmitida al ser humano por picadura de mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes* involucrados en la transmisión de la fiebre amarilla selvática (FAS); después de un tiempo de incubación de dos a seis días puede expresarse en la persona susceptible como un síndrome febrilicterohemorrágico. Caracterizado por fiebre, ictericia, diátesis hemorrágica, especialmente hemorragia digestiva alta (vómito negro o porráceo), compromiso hepático, insuficiencia renal, encefalopatía y eventualmente alteración miocárdica; la tasa de letalidad para las formas clínicas graves oscila entre 50 a 80%.

En el Perú la Fiebre Amarilla Selvática (FAS), sigue siendo un problema serio de la salud pública, se presenta mayormente en las zonas de asentamientos de tierras de cultivo, lo cual explica la ocurrencia de los casos de Fiebre Amarilla en localidades rurales en áreas endémicas de transmisión, de la selva alta (Rupa-Rupa) y selva baja (omagua) con presencia de casos autóctonos.

**Grafico N°131. Región Loreto. Número de Casos de Fiebre Amarilla, según grupos de edad -2001- 2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

La Fiebre Amarilla Selvática (FAS) en la región Loreto según la DIRESA Loreto, ha registrado 55 casos desde el 2001 al 2016, el 100% son fallecidos, en el 2001 se reportaron 20 casos el mayor número de casos reportados, seguida de los 12 casos presentados en el año 2002, a partir de estos años los casos fueron disminuyendo a 1 caso anual, salvo los 7 y 4 casos presentados en el 2006 y 2008 respectivamente.

En el 2016 se presentó 1 caso de FAS en un niño de 8 años del sexo masculino, perteneciente al distrito de El Tigre, provincia de Loreto.

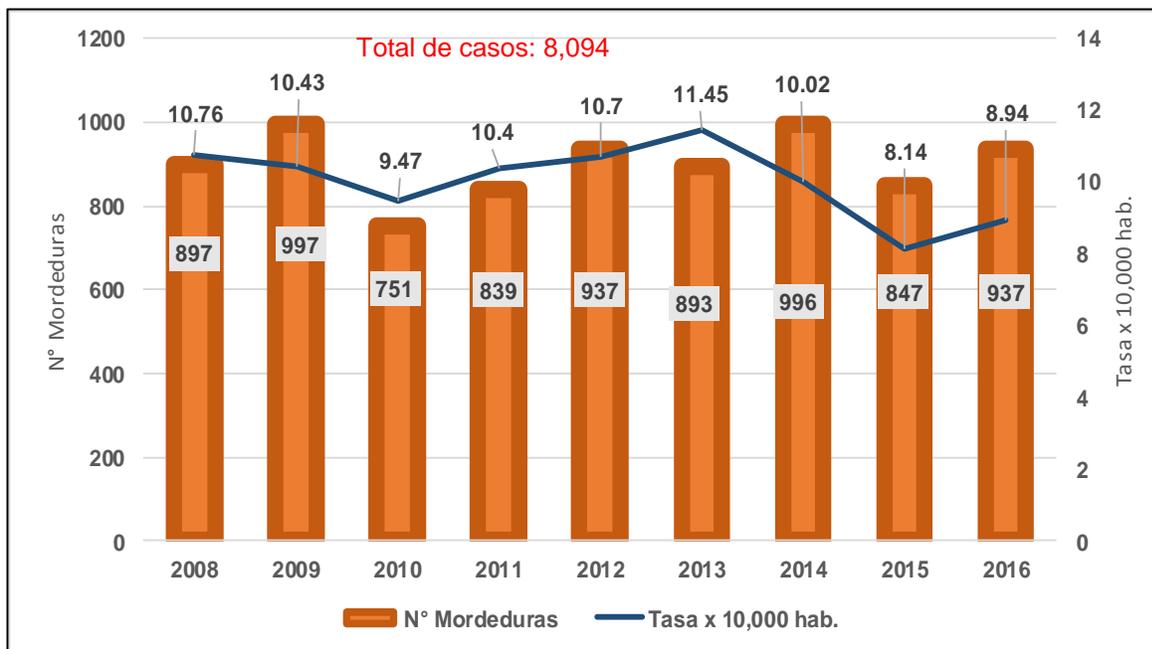
### 3.2 Enfermedades Zoonóticas

Las Zoonosis son aquellas enfermedades transmitidas de los animales al hombre o viceversa, estas enfermedades están distribuidas en todo el mundo y existen aproximadamente unas 300 Zoonosis que afectan al hombre, sin embargo, este número va en aumento conforme la ciencia avanza y el hombre explora nuevas áreas.

#### a. Rabia Urbana

En el Perú, la rabia urbana ha sido enzoótica en muchos departamentos. En los dos últimos años se ha notificado rabia canina en La Libertad, Piura, Puno, Lambayeque y Lima. En La región Loreto no hay reporte de Rabia Urbana, se viene desarrollando la vigilancia de mordeduras de canes y la vacunación canina anual.

**Gráfico N° 132. Región Loreto. Tasa de Mordeduras por canes 2008-2016.**



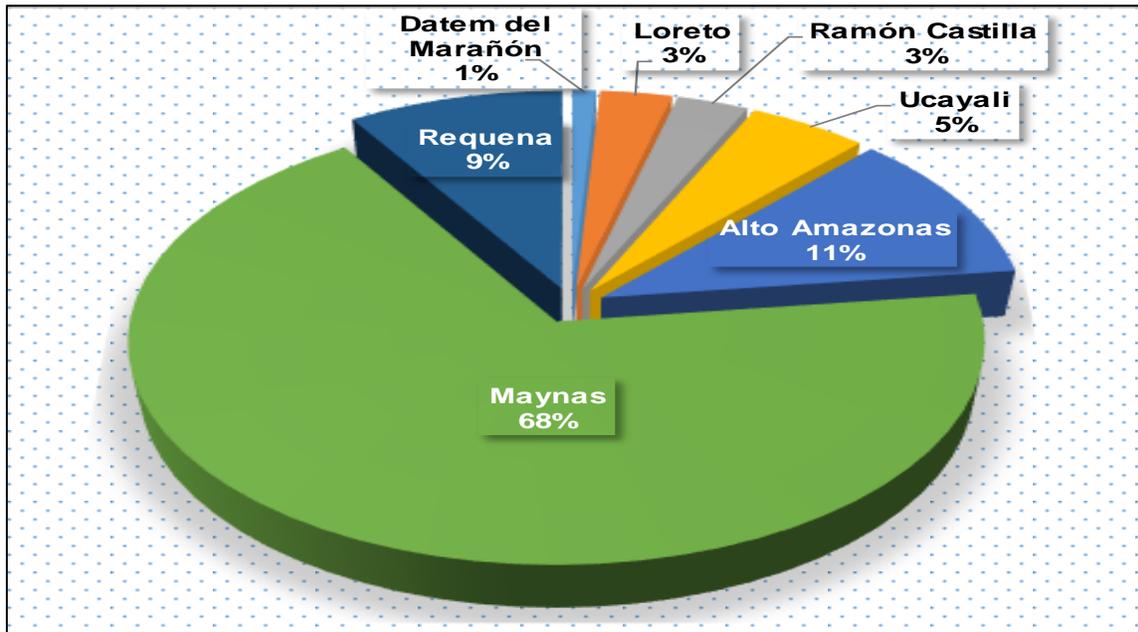
Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Sanitaria de Control de la Zoonosis

Los casos de mordeduras por animales de sangre caliente, como perros y gatos en los últimos 9 años suman 8,094 casos, siendo un promedio aproximado anual de 899, la mayor tasa de mordeduras ocurrió en 2013 con 11.45 mordeduras x 10,000 habitantes, en el año 2016 se presentaron 937 mordeduras haciendo una tasa de 8.94 mordeduras x 10,000 habitantes, con 0.8 mordeduras x 10,000 habitantes superior al año 2015. (Ver Gráfico N° 132).

#### Mordeduras de canes según provincias

Las mordeduras de canes en la región Loreto, se producen en un 68% en la Provincia de Maynas, Alto Amazonas 11%, Requena 9%, los mismos que son las provincias que tienen una mayor densidad poblacional. Así mismo se dan con mayor frecuencia en el grupo etáreo entre 5 a 10 años. (Ver Gráfico N°133).

**Grafico N° 133. Región Loreto. % de Mordeduras de Canes según Provincias. 2016.**

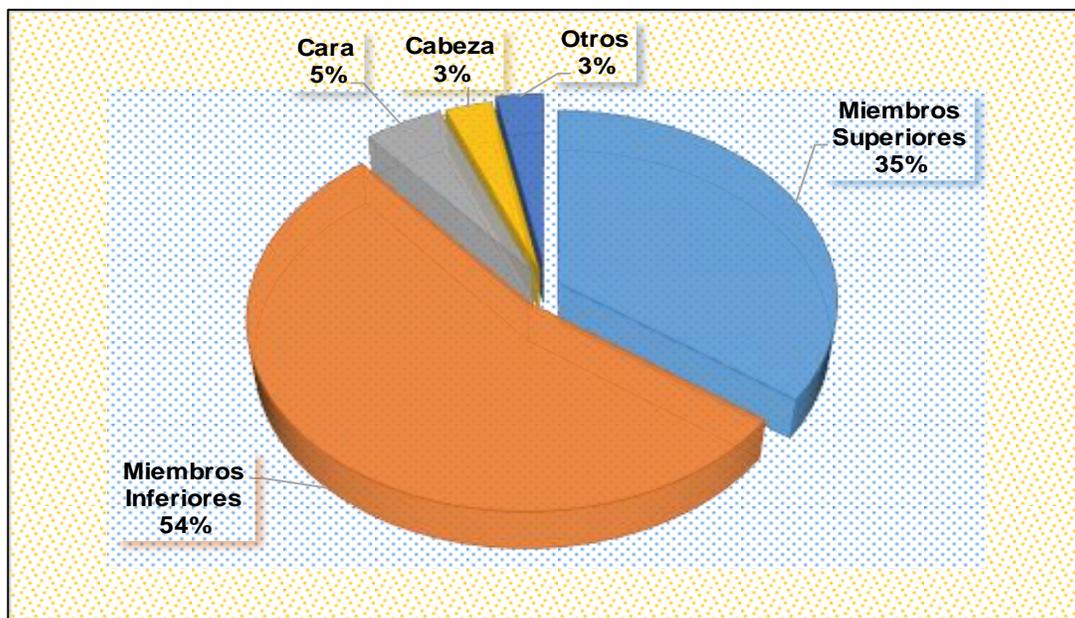


Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Sanitaria de Control de la Zoonosis.

**Según Localización de la Mordedura**

Las mordeduras por canes a personas están localizadas en miembros Inferiores en un 54%, miembros Superiores 35%, cara 5%, cabeza 3% y otros 3%.

**Grafico N°134. Región Loreto. % de Mordeduras de Canes según localización. 2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Sanitaria de Control de la Zoonosis

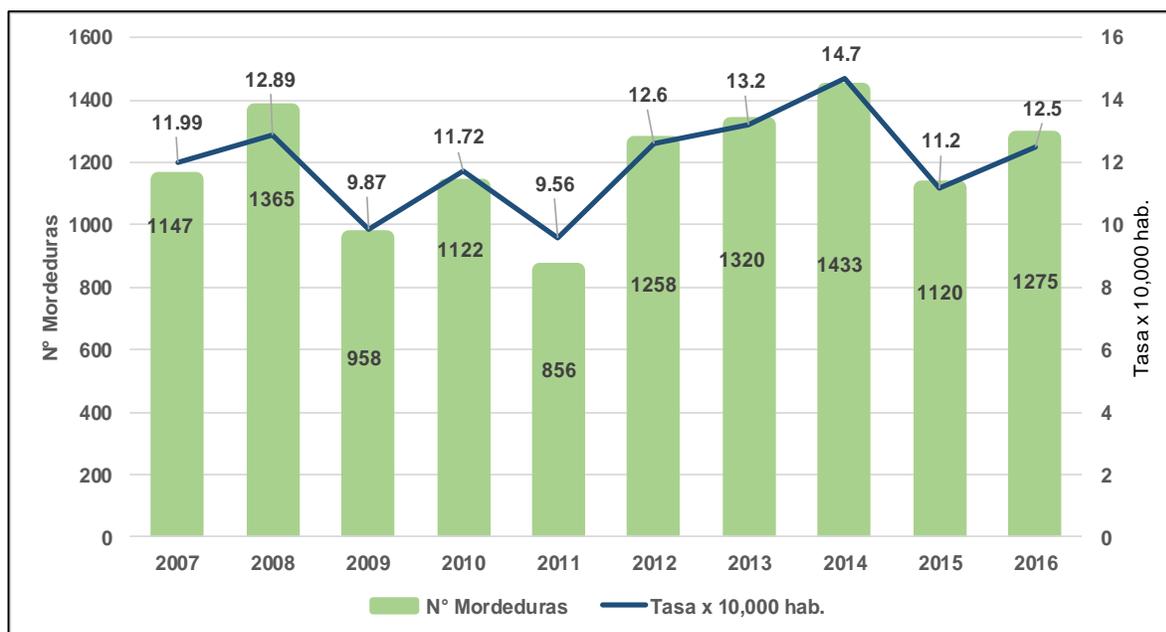
## b. Rabia Humana Silvestre

La rabia silvestre humana, es una infección viral aguda del sistema nervioso central, y casi siempre es mortal una vez que se diagnostica la enfermedad. La tasa de letalidad de la rabia en humanos es de 100 % en los casos diagnosticados.

En la región Loreto se han presentado casos de brotes de Rabia Humana Silvestre, existiendo áreas de mayor riesgo epidemiológico como es la provincia de Alto Amazonas, donde en el año 1991 se registraron por primera vez casos de rabia humana silvestre transmitida por murciélagos, presentándose 4 brotes importantes en el año 1991 y 1997, con 24 fallecidos.

Los casos de mordeduras por murciélagos hematófagos a seres humanos en áreas de riesgo epidemiológico son repetitivos, siendo la tasa más elevada durante los 10 años en el año 2014 con 1433 mordeduras con una tasa de 14.7% de mordeduras por 10,000 habitantes; en el año 2016 la tasa de mordeduras por murciélagos fue de 12.5 superior al 2015 que tuvo 11.2 mordeduras x 10,000 habitantes.

**Gráfico N° 135. Región Loreto. Tasa de Mordeduras por Murciélagos 2007-2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Sanitaria de Control de la Zoonosis.

## Fallecidos por Rabia Humana Silvestre

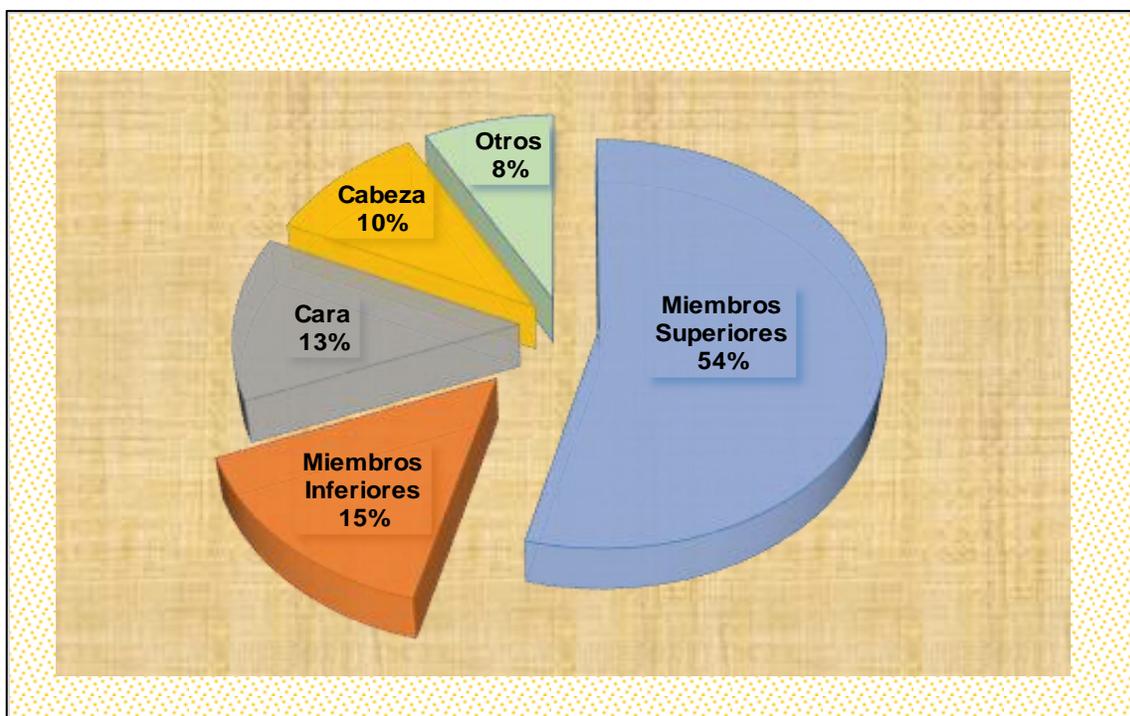
En la Tabla N°31. Entre los Años 2003 y 2016, se observa los fallecidos por Rabia Humana Silvestre en dos provincias principalmente en el Datem del Marañón y Maynas; De los 17 fallecidos reportados y confirmados 16 fallecidos corresponden a la Provincia del Datem del Marañón en el distrito de Morona con 10 fallecidos en el distrito de Morona (4 fallecidos en el año 2009 y 6 en el año 2016). Según informe de investigación los 6 fallecidos ocurridos en el 2016 proceden de la localidad de Yankuntish comunidad nativa del distrito de Morona, provincia del Datem del Marañón.

**Tabla N° 31. Región Loreto. Número de Fallecidos por Rabia Humana Silvestre según Provincias y Distritos 2003-2016.**

Provincia	Distrito	2003	2005	2009	2013	2015	2016	TOTAL
Datemdel Marañón	Manseriche		3					3
	Cahuapanas	1						1
	Morona			4				4
	Andoas				2			2
	Morona						6	6
Maynas	Napo					1		1
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>17</b>

Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Sanitaria de Control de la Zoonosis.

El Gráfico N° 136, nos muestra el porcentaje de las localizaciones de mordeduras en las personas por murciélagos, siendo el 54% en miembros superiores, 15% en miembros inferiores, 13% en la cara, 10% cabeza y un 8% en otras partes del cuerpo.

**Gráfico N°136. Región Loreto. % de Mordeduras de Murciélagos según localización. 2016.**

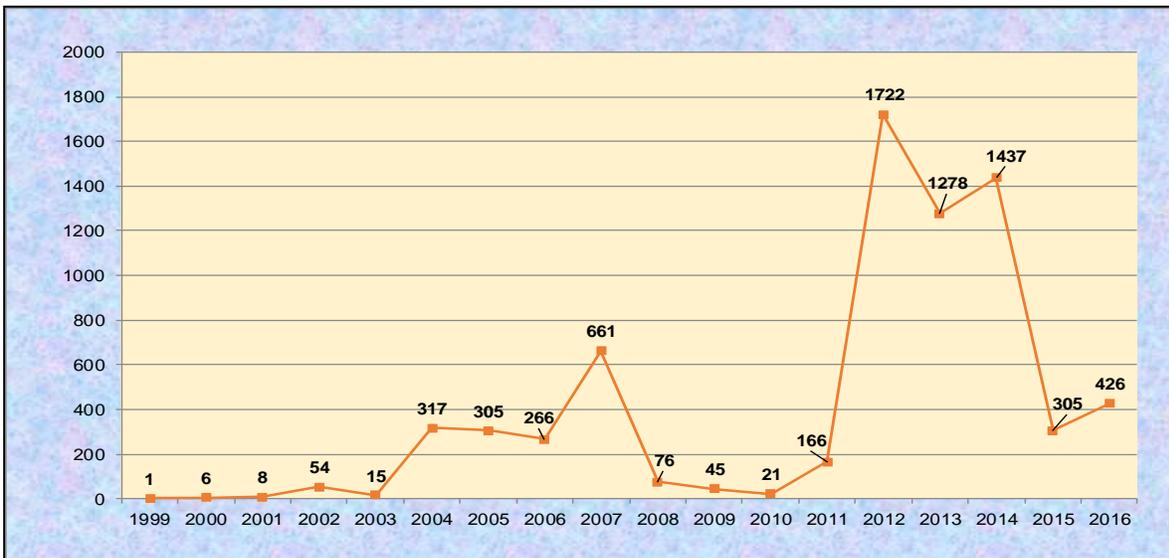
Fuente: DIRESA Loreto. Estrategia Sanitaria de Control de la Zoonosis.

## Leptospirosis

La leptospirosis es una enfermedad endémica en el Perú, numerosos estudios de seroprevalencia reportan la presencia de infección por *Leptospira* en grupos ocupacionales o poblaciones, así como en reservorios domésticos y silvestres (roedores, marsupiales y quirópteros), en diferentes partes del país.

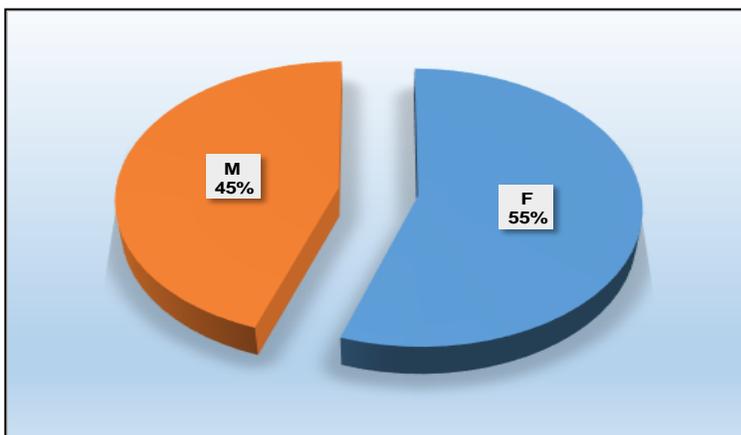
Durante 18 años se notificaron 7,452 casos de leptospirosis en la región Loreto, siendo evidente que en el 2002 se inicia el incremento con 54 casos y se incrementa 5 veces más en el año 2004 con 317 casos, luego de ello se duplica en el 2007 a 661 casos, posteriormente en los años 2008 al 2011 disminuyeron los casos para luego en el 2012 se incrementa 10 veces más a lo presentado en el año anterior con 1722 casos, hasta el 2014 los casos no bajaban de 1400 casos, en el 2016 se reportaron 426 casos de leptospirosis 121 casos más que en el año 2015 que reportó 305 casos; 272 casos confirmados y 154 casos probables.

**Gráfico N° 137. Región Loreto: Número de Casos de Leptospirosis. 1999-2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología

**Gráfico N° 138. Región Loreto: % de Casos de Leptospirosis. Según Sexo. 2016**



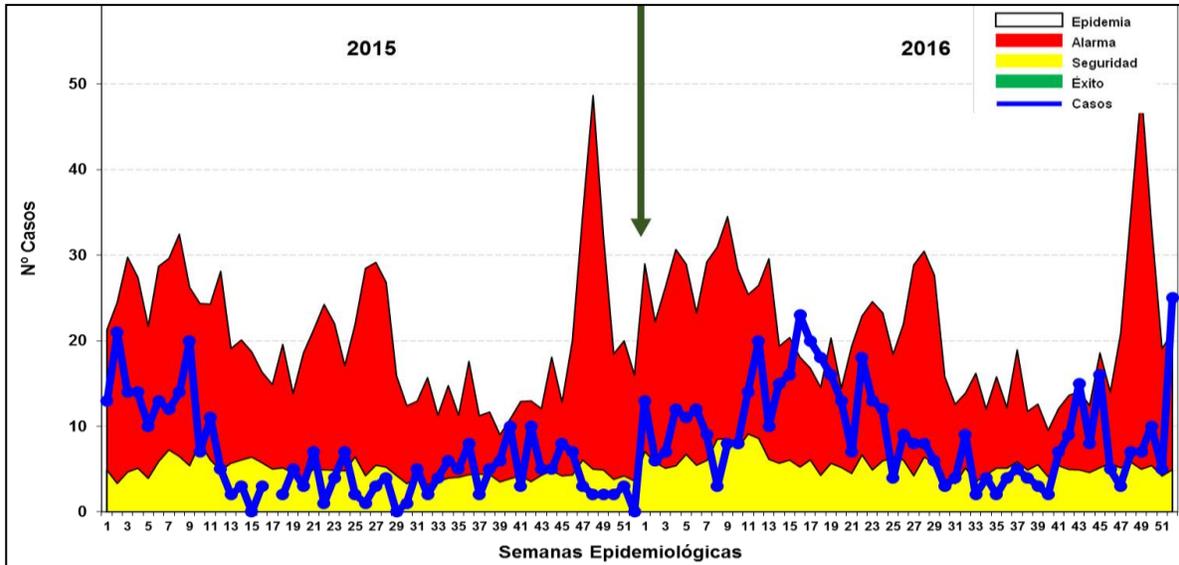
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología

Se observa que la tendencia de la leptospirosis en el año 2016 es al incremento.

Los casos de leptospirosis se presentaron en un 55% en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino fue de un 45%, no habiendo mucha diferencia con respecto a esta variable.

El canal endémico de la leptospirosis nos muestra que durante los años 2015 y 2016 los casos estuvieron mayormente ubicados en zona de alarma, sin embargo en la semana 17 y finales del 2016 los casos se ubicaron en zona epidémica.

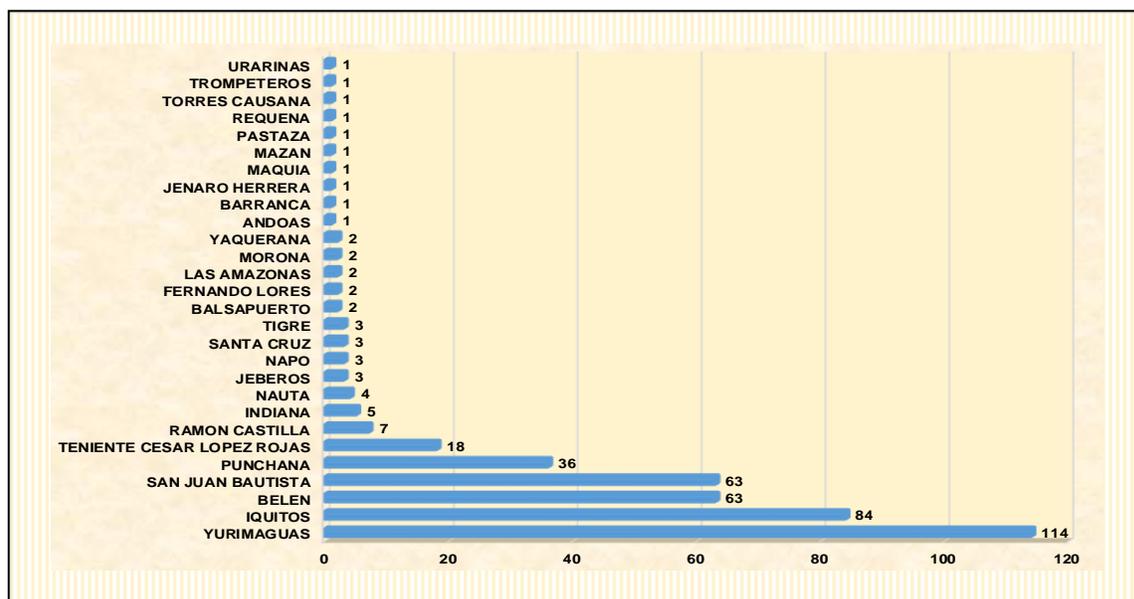
**Gráfico N° 139. Región Loreto: Canal Endémico de la Leptospirosis. 2015-2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología

De los 426 casos de leptospirosis reportados en el 2016, 114 casos provinieron del distrito de Yurimaguas, 84 casos del distrito de Iquitos, 36 casos le correspondieron a los distritos de Belén y Punchana a cada uno respectivamente. Cuatro de los distritos se encuentran en la ciudad de Iquitos y el distrito de Yurimaguas es un distrito de periferie que pertenece a la provincia de Alto Amazonas.

**Gráfico N° 140. Región Loreto: Número de Casos de Leptospirosis por distritos. 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología

Los casos de leptospirosis se presentaron más en las edades de 30 a 59 años (etapa adulto), seguida de las edades de 18 a 29 años (etapa joven).

**Gráfico N° 141. Región Loreto: Número de Casos de Leptospirosis según etapas de vida. 2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología

La Tabla N° 32, nos muestra que desde el 2012 al 2016 se reportaron 33 muertes por leptospirosis, el mayor número de casos se presentaron en el 2012 con 17 muertes y el distrito que mayor muertes reportó fue el distrito de Belén

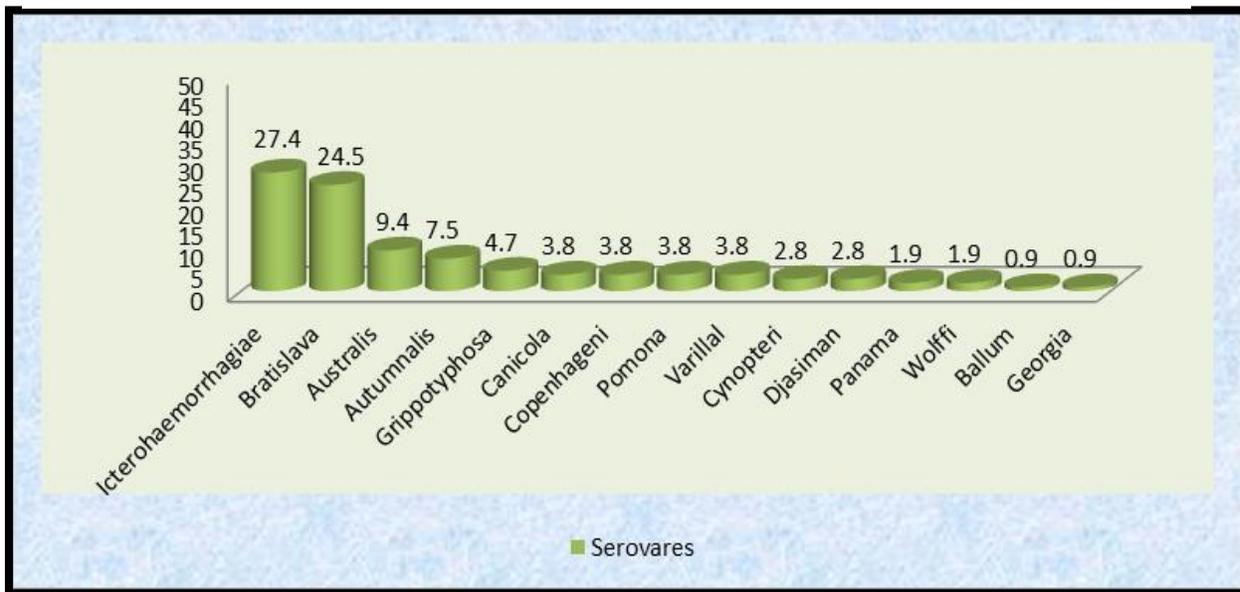
**Tabla N° 32. Región Loreto: Número de Defunciones por Leptospirosis según distritos 20012-2016**

DISTRITO	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL GENERAL
BELEN	3	1	1		1	6
FERNANDO LORES		1			1	2
IQUITOS	2	2		1		5
MAZAN			1			1
NAUTA	2					2
PUNCHANA	4			1		5
REQUENA	1	1				2
SAN JUAN BAUTISTA	2	1				3
SANTA CRUZ		1				1
SAQUENA	1					1
TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS	1					1
TIGRE		1				1
YURIMAGUAS	1		1	1		3
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>33</b>

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología

En un estudio realizado en el 2014, relacionado a la identificación de Serovares en pacientes diagnosticados, se encontró que de 106 muestras analizadas se encontraron 15 Serovares en pacientes; el mayor porcentaje fueron en los Serovares siguientes: icterohaemorrhagiae (27.4%), Bratislava (24.5%), Australis (9.4%), y otros Serovares en mínimo porcentaje.

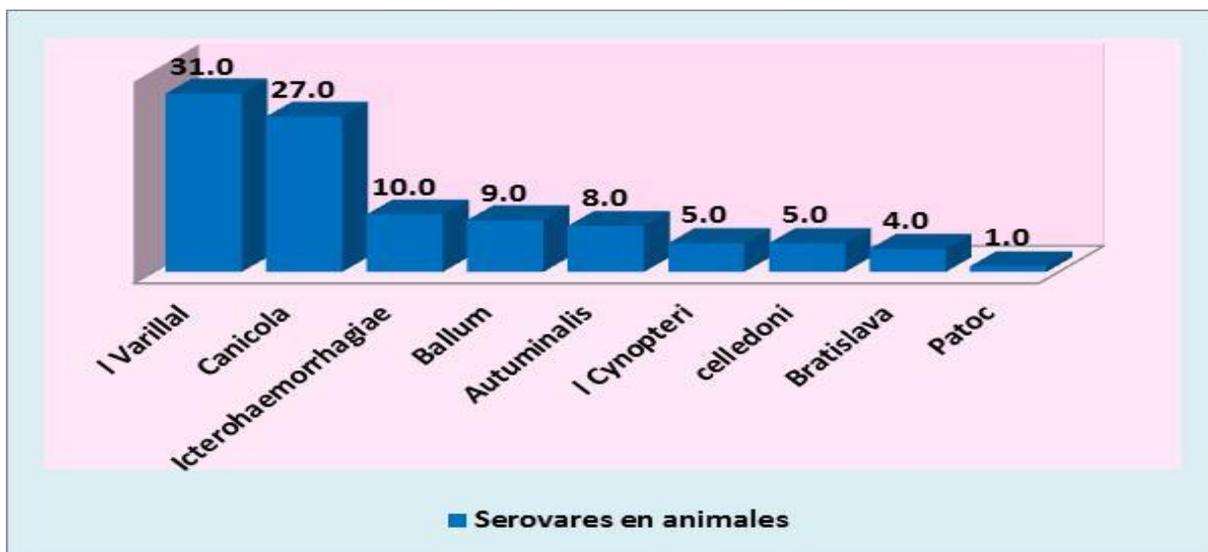
**Gráfico N° 142. Región Loreto: Serovares identificados, en pacientes diagnosticados con leptospirosis – 2014**



Fuente: Instituto Nacional de Salud  
Elaborado. DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

Así mismo se muestreó a animales domésticos, silvestres, roedores y se encontró 23 serovares circulantes en la región, el serovar I varillal es el que respresenta el mayor porcentaje de serovares identificados con el 31%, seguido de S. canicola (27%), Icterohaemorrhagiae (10%) y otros con menos porcentaje.

**Gráfico N° 143. Región Loreto. Serovares identificados en animales.2014**



Fuente: Instituto Nacional de Salud  
Elaborado. DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

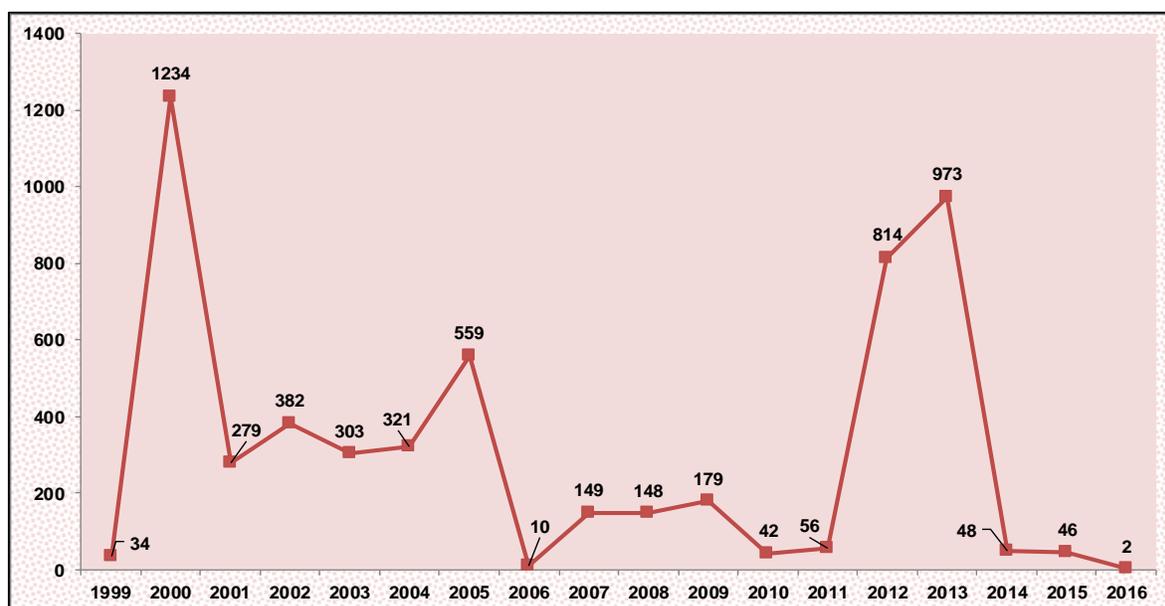
### 3.3 Enfermedades Inmunoprevenibles.

#### a. Tosferina

La Tosferina es una infección bacteriana del tracto respiratorio causada por *Bordetella pertussis*. Se transmite por gotas y es muy contagiosa. La presentación clínica varía con la edad y los antecedentes de vacunación. Es potencialmente peligrosa, sobre todo en niños menores de un año.

La Tosferina es una causa importante de morbilidad y mortalidad infantil, el estimado de casos oscila entre 50 millones de casos y 300.000 defunciones anuales a nivel global. La tasa de letalidad en países en desarrollo puede llegar hasta un 4% en los lactantes menores de 12 meses.

**Grafico N° 144. Región Loreto. Número de Casos de Tosferina 1999 -2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

Contamos con un registro de casos notificados de Tosferina desde el año 1999 hasta el 2016, en donde se puede observar que los picos epidémicos se notan en los años 2000, 2012 y 2013 con 1234, 814 y 973 casos en los años mencionados respectivamente. En el año 2016 se reportaron 2 casos de Tosferina, 44 casos menos que en el año 2015 que se reportó 46 casos de tosferina.

Desde el año 1999 se notificaron 36 fallecidos a causa de la tosferina, en el 2000 (13 fallecidos), 2005 (3 fallecidos), 2007 (2 fallecidos), 2009 (8 fallecidos), 2013 (4 fallecidos) y en el 2014 (1 fallecido).

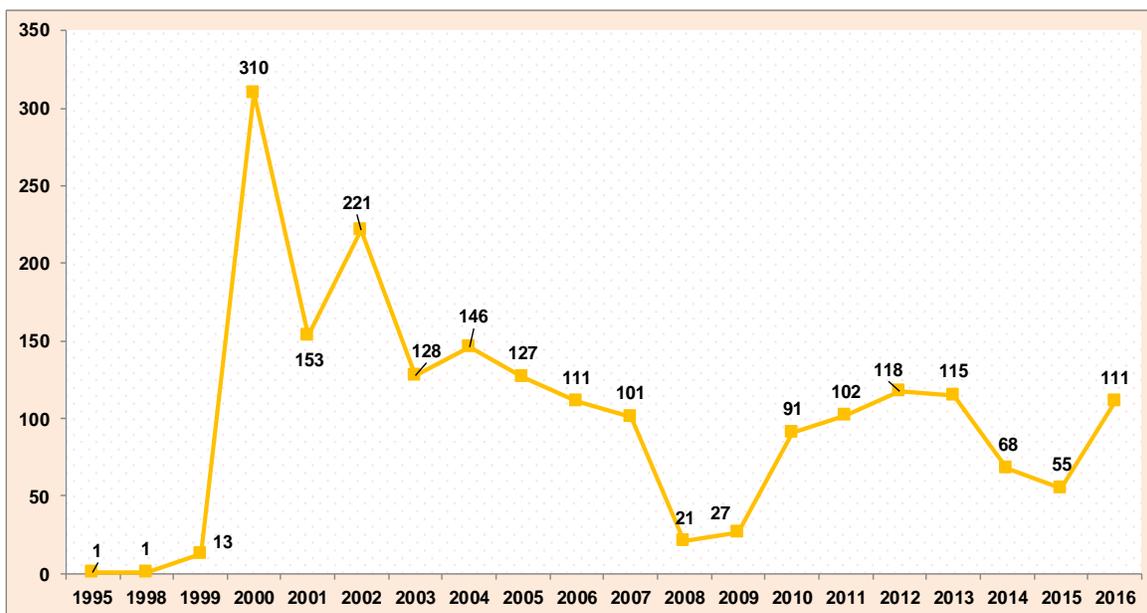
Así mismo es importante recalcar que, de los 2 casos de tosferina que se reportaron en el 2016, ambos tuvieron 1 año de edad, del sexo masculino y procedieron del distrito de Mazán, no hubo fallecidos.

## b. Hepatitis B

La Hepatitis B es una enfermedad que está cobrando singular importancia en los últimos años, por la severidad de sus presentaciones, la diseminación de la enfermedad y la presentación en grupos poblacionales de edades cada vez menores. El Ministerio de Salud ha implementado la inmunización como medio de prevención a partir del año 1997, debido al carácter endémico de la enfermedad en las regiones de la selva, en la población menor de 1 año y personal de salud, existiendo grupos de riesgo no beneficiados con esta estrategia.

La DIRESA Loreto, según el Sistema de Vigilancia epidemiológica tiene registrado los casos de Hepatitis B desde el año 1995, observando en el gráfico que en el año 1999 se produjo un incremento de casos en relación al resto de los años analizados, posterior a ello se observa una tendencia a la disminución relativamente baja en los años 2008 y 2009 con 21 y 27 casos por año; En el año 2016 se notificaron 111 casos de hepatitis B, 56 casos menos que el año anterior que se notificaron 55 casos de Hepatitis B.

**Gráfico N° 145. Región Loreto. Número de Casos de Hepatitis B 1995 -2016**

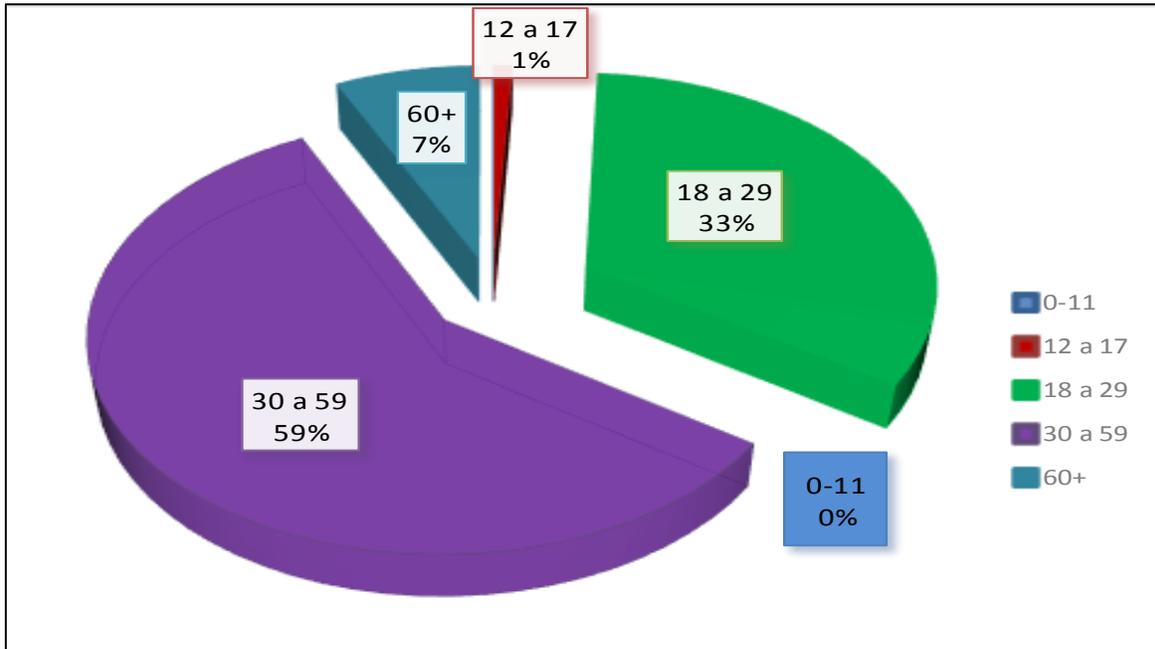


Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

El año 2016, es el único año desde el 1995 que no se presentaron casos de Hepatitis B en niños de 0 a 11 años, en este año se presentaron en mayor porcentaje en las edades de 30 a 59 años, seguida en las edades de 18 a 29 años con el 33%, en las personas de 60 a os a más fue del 7% y en los adolescentes de 12 a 17 años solo alcanzó el 1%. (Ver Gráfico N°146).

El 57.7% de los casos de Hepatitis B, fueron del sexo masculino, mientras el 42.3% correspondieron al sexo femenino.

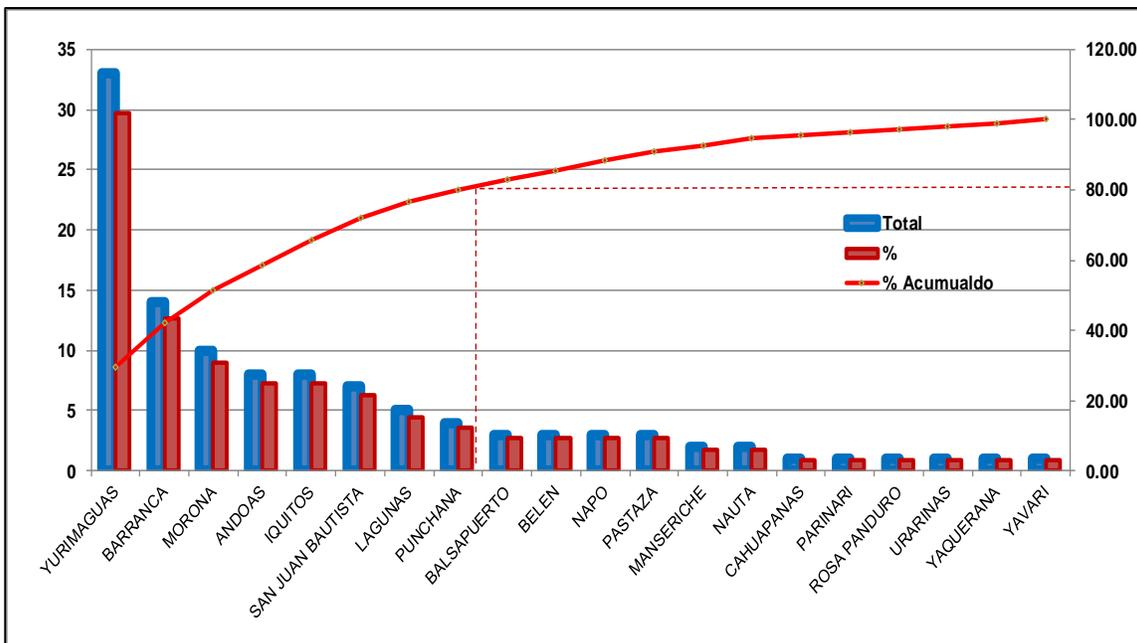
**Grafico N° 146. Región Loreto. % de Casos de Hepatitis B, según grupos de edad -2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

El 80% de los casos de Hepatitis B, son reportados de 8 distritos: Yurimaguas, Barranca, Morona, Andoas, Iquitos, San Juan Bautista, Lagunas, y Punchana. En relación a fallecidos el único caso ocurrió en el distrito de Lagunas corresponde al sexo masculino.

**Grafico N° 147. Región Loreto. Número de Casos de Hepatitis B, según Distritos -2016**



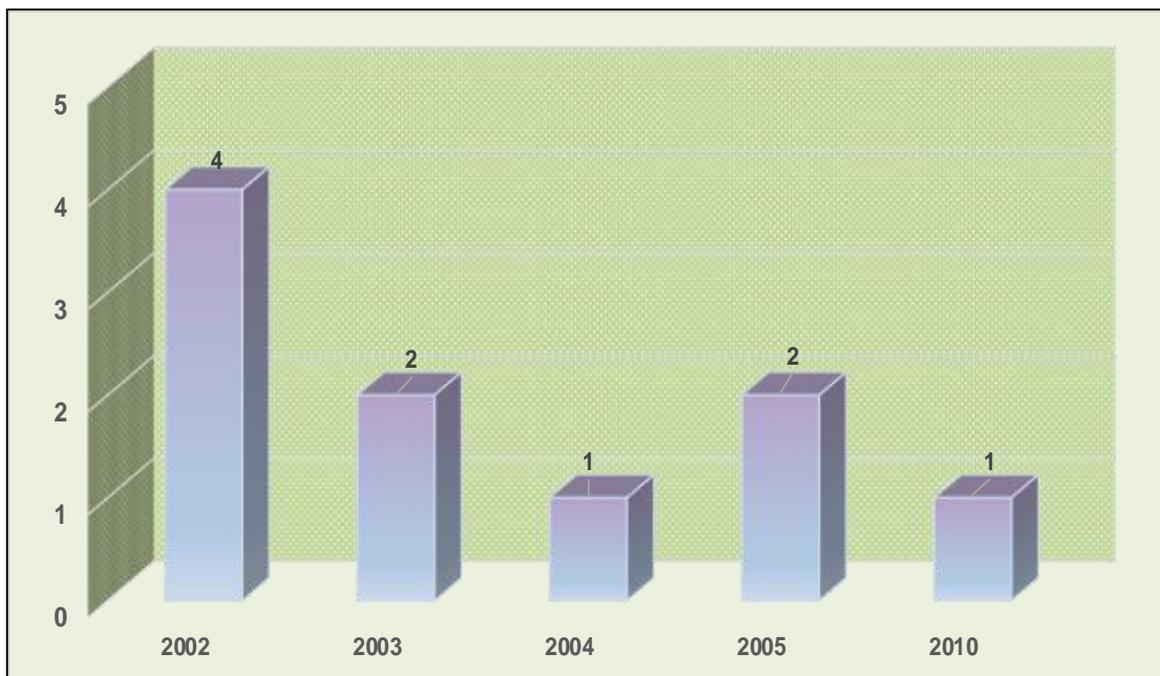
Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

### c. Tétanos Neonatal

El **Tétanos** materno y **Neonatal** es la sexta enfermedad prevenible mediante vacunación que se elimina en la región, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La región de las Américas ha eliminado el **Tétanos** materno y **Neonatal**, una enfermedad que solía causar la muerte de más de 10.000 recién nacidos al año en los países y territorios del continente.

**Grafico N° 148. Región Loreto. Número de Casos de Tétanos Neonatal, según años- 2002 al 2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

En la región Loreto desde el 2000 al 2010 se notificaron 10 casos de Tétanos Neonatal, estos casos estuvieron distribuidos en 5 distritos; Distrito de Belén (2), Cahuapanas (1), Pastaza (1), Punchana (4) y Requena (2). Los 4 casos que se presentaron en el distrito de Punchana fueron notificados en el año 2002 por el Hospital Regional de Loreto. Del total de niños diagnosticados, el 100% de los niños fallecieron. Los casos notificados presentaron características epidemiológicas similares (sin antecedente de vacunación antitetánica, sin control prenatal de parto en domicilio y procedentes de áreas rurales y urbanas)

Desde el 2011 al 2016 no se presentaron casos de tétanos. El tétanos neonatal ha dejado de ser un problema de salud pública para el país. La evidencia es la tasa de incidencia a lo largo de los últimos años.

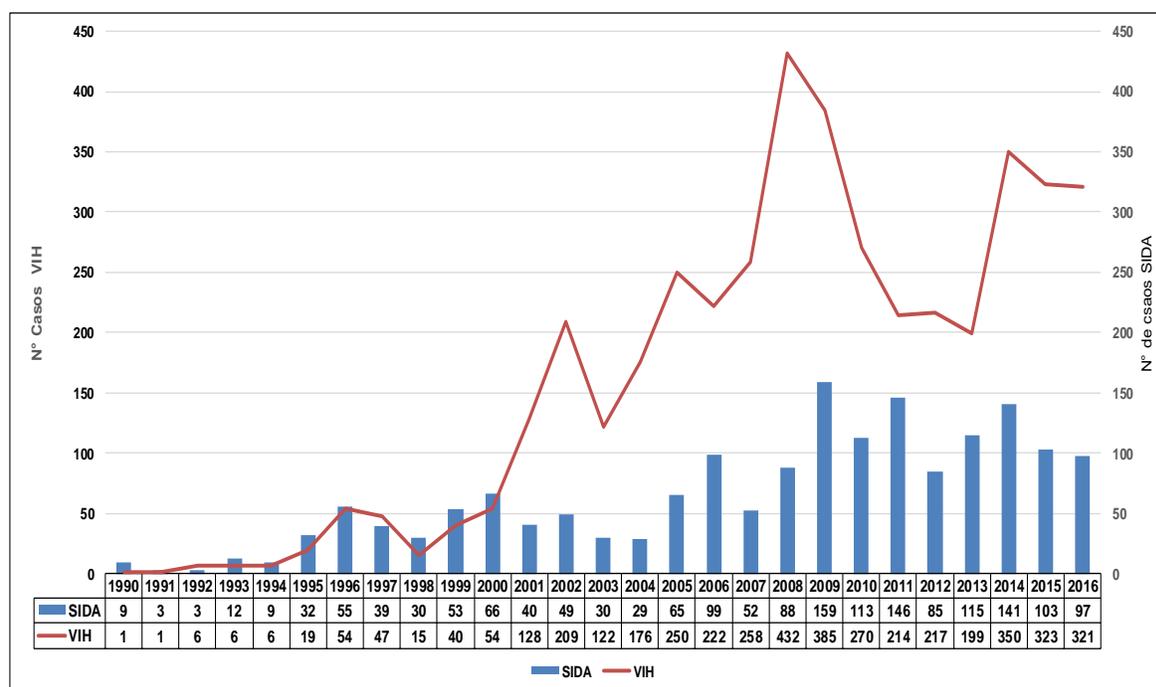
### 3.4 Otras Enfermedades Transmisibles

#### a. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

El primer caso de SIDA en el Perú fue reportado en el año 1,983, mientras que al inicio de los noventa, por cada 11 hombres infectados había una mujer infectada de VIH. Hoy por cada tres hombres infectados existe una mujer infectada; esto se refiere únicamente a la proporción hombre/mujer. Porque en el mundo, en términos globales, el número de mujeres y hombres infectados se ha incrementado.

La Región Loreto hasta el año 2016 está ubicada a nivel nacional en el primer lugar de reporte de casos de mortalidad asociados al SIDA con un 21.2 %. Desde el inicio de la epidemia en el año 1983, cabe mencionar que la Región Loreto reportó el primer caso de VIH en el año 1989 con 1,722 casos de SIDA y 4,325 casos de VIH, de los cuales 2,297 PVVS se enrolaron al Tratamiento Antirretroviral, y se encuentran recibiendo tratamiento en forma regular, incluyendo a 120 en Essalud, 99 en Selva Amazónica, siendo la Región con mayor número de casos de VIH después de Lima y Callao.

**Grafico N° 149. Región Loreto. Número de casos de SIDA y VIH 1990-2016**

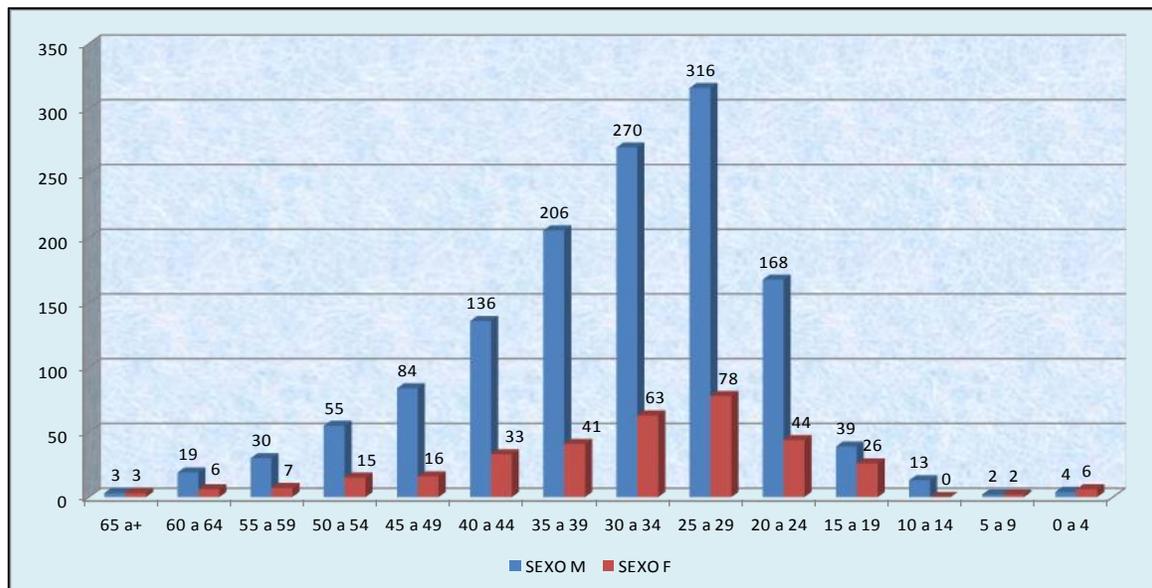


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

El Grafico N°149; Nos muestra la tendencia de casos de VIH y SIDA de la región Loreto, de los años 1990 al 2016, nos muestra una tendencia al crecimiento y observamos que los casos en el 2008 de VIH son las más altas en estos 27 años con 432 casos.

Con respecto a los casos de SIDA en el 2009 fueron las más altas con 159 casos. En el 2016 los casos de VIH y SIDA disminuyeron ligeramente en relación al 2015, los casos de VIH en el 2015 fueron 103 casos y en el 2016 fueron 97 casos, disminuyendo 6 casos de VIH; Mientras los casos de SIDA en el 2015 se notificaron 323 casos y en el 2016 321 casos, disminuyendo 2 casos de SIDA.

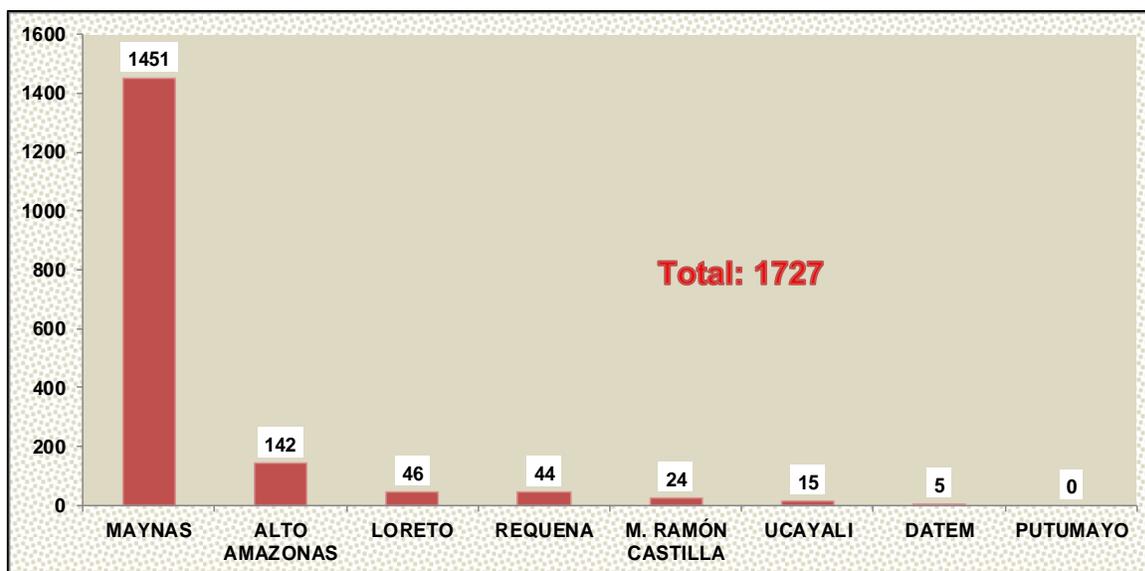
**Grafico N°150. Región Loreto. Número de casos de VIH-SIDA por Sexo y Edad del 1983 al 2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Reporte HIS ITS-VIH/SIDA

Si analizamos los casos de VIH-SIDA en la región Loreto, observamos que la mayor cantidad de casos se presentan en el sexo masculino que en el sexo femenino, asimismo entre las edades de 20 a 44 años son las edades en las que mayormente se presenta la enfermedad, siendo el grupo de edad de 25 a 29 años la que cuenta con 316 casos de VIH\_SIDA. (Ver Gráfico N°150).

**Grafico N°151. Región Loreto. Número de casos de SIDA según Provincias 1983-2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

Se observa que 7 de las 8 Provincias de la región Loreto presentan casos de SIDA, excepto no se reportaron en la provincia del Putumayo, probablemente porque antes era un distrito

que correspondía a la provincia de Maynas. El gráfico nos muestra que la mayor cantidad de casos de SIDA se presentan en la provincia de Maynas con 1451 casos, seguida de las presentadas en la Provincia de Alto Amazonas con 142 casos y en tercer lugar los casos se presentaron en la provincia de Loreto con 46 casos, Requena 44 casos, Ucayali 15 casos y finalmente se presentaron en mayor cantidad en la provincia del Datem del Marañón (Ver Gráfico N°151).

### b. Infección de Transmisión Sexual (ITS)

Las ITS son enfermedades infecciosas, que pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual vaginal, anal u oral. Las producen más de 30 diferentes tipos de virus, bacterias y parásitos. Las más frecuentes son la sífilis, gonorrea, clamidia, herpes, hepatitis B y C, VIH y VPH.

En relación a los ITS con manejo sindrómico de 5,698 casos de ITS presentados en el 2016, 2,267 corresponden a los casos con síndrome de dolor abdominal bajo, seguida de los casos de flujo vaginal compatible con ITS, en menor cantidad se encuentran los casos de bubón inguinal con 107 casos.

La Tabla N°33. Nos muestran los casos de ITS desde el año 2011 al 2016, se muestra que en el periodo del año 2013 (18,962) se presentaron mayor cantidad de ITS, seguida de los años 2011 con 18,803 casos, en el año 2014 bajó considerablemente los casos a 1,226 personas con ITS, finalmente en el año 2016 se presentaron 5,698 casos, 12,040 casos menos que en el 2015 que presentó 17,738 casos de ITS

**Tabla N°33. Región Loreto. Número de Casos de ITS con manejo sindrómico 2011 - 2016.**

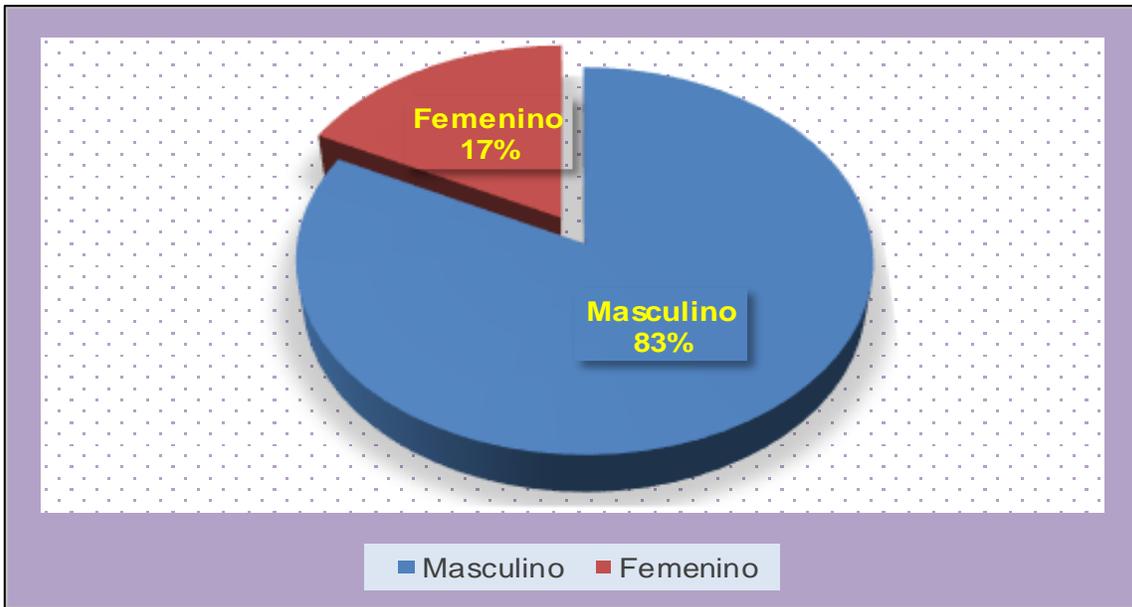
ITS CON MANEJO SINDRÓMICO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos de descarga uretral	848	708	850	28	308	283
Casos de flujo vaginal compatible con ITS	14260	14532	14090	922	14454	1588
Casos de úlcera genital	298	312	281	26	310	249
Casos de bubón inguinal	141	72	105	4	102	107
Casos con síndrome de dolor abdominal bajo	3016	2892	3295	174	2326	2267
Casos de Sífilis con serología reactiva	217	156	303	68	238	1066
Casos de Gonorrea con manejo etiológico	23	12	38	4	-	138
<b>Total</b>	<b>18803</b>	<b>18684</b>	<b>18962</b>	<b>1226</b>	<b>17738</b>	<b>5698</b>

Fuente: DIRESA Loreto. Reporte HIS ITS-VIH/SIDA

Las ITS afectan a todos independientemente de la orientación sexual o identidad de género; Desde el comienzo de la vida sexual puedes estar expuestos a estas infecciones.

En el Gráfico N°152; Nos muestra que de todos los casos de ITS presentados en la región Loreto en el año 2016, el 83% corresponden al sexo masculino y del sexo femenino 17%.

**Gráfico N°152. Región Loreto. % de Casos de ITS según sexo. 2016.**

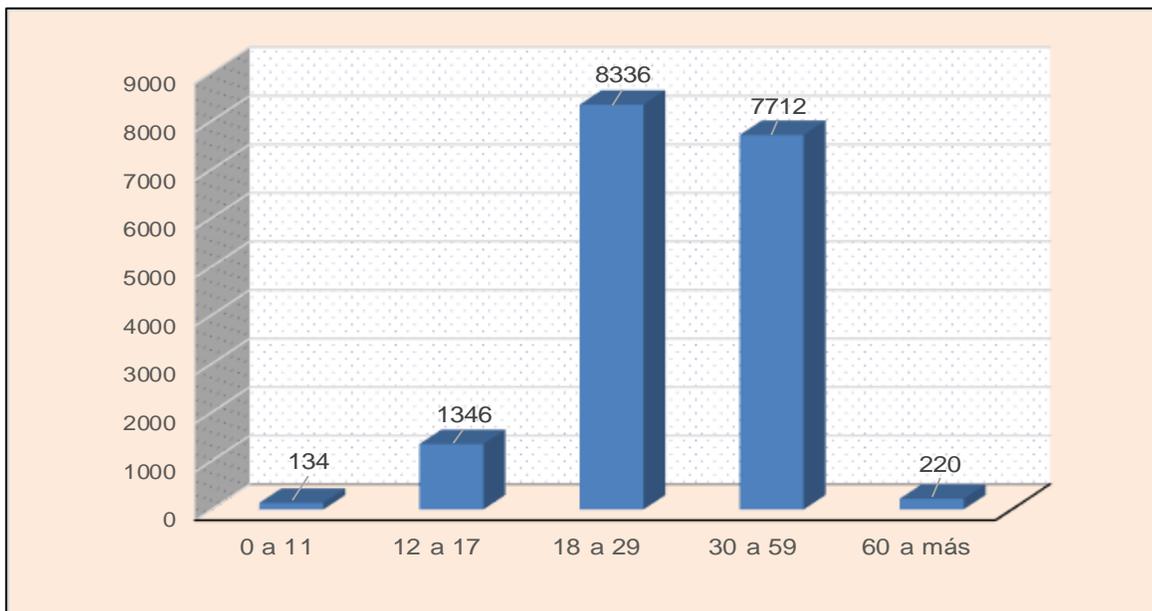


Fuente: DIRESA Loreto. Reporte HIS ITS-VIH/SIDA

**ITS según grupo de Edad**

En el año 2016, las ITS se presentaron más en las edades de 18 a 29 años (8,336 casos), seguida del grupo de edades de 30 a 59 años (7,712 casos).

**Gráfico N°153. Región Loreto. Número de Casos de ITS según grupo de edad. 2016.**

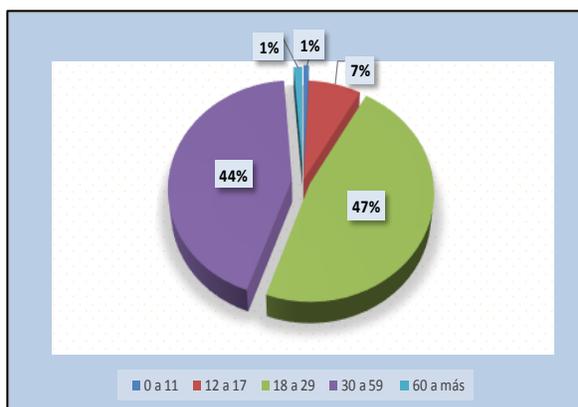


Fuente: DIRESA Loreto. Reporte HIS ITS-VIH/SIDA

En el sexo masculino el 47% de los casos de ITS se presentaron en las edades de 18 a 29 años, seguida en las edades de 30 a 59 años con el 44%, mientras en el sexo femenino los

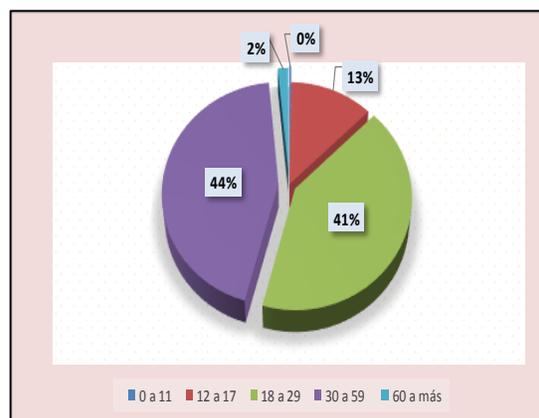
casos de ITS se han presentado en mayor proporción en las edades de 30 a 59 años de edad con el 44%, seguida en las edades de 18 a 29 años de edad con el 41%.

**Grafico N°154. Región Loreto. % de Casos de ITS por grupo de edades del sexo masculino. 2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Reporte HIS ITS-VIH/SIDA

**Grafico N° 155. Región Loreto. % de Casos de ITS por grupo de edades del sexo Femenino. 2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. Reporte HIS ITS-VIH/SIDA

En el año 2016, de los 5.698 casos de ITS, 2267 corresponden a las ITS de dolor abdominal bajo, seguida de los flujos vaginales y en tercer lugar a la serología reactiva de sífilis con 1066 casos. En relación a la atención en las Redes, estas se presentaron en mayor cantidad en la Red de salud Maynas Ciudad con 2538 casos, seguida las atendidas en la Red de salud Alto Amazonas con 1010 casos, en poca cantidad en las Redes de Salud de Ucayali y Ramón Castilla con 169 casos y 218 casos de ITS respectivamente.

**Tabla N°34. Región Loreto. Número de Casos de ITS según Redes de Salud -2016.**

REDES DE SALUD	Descarga uretral	Flujo vagina	Úlcera genital	bubón	Dolor abdominal bajo	Serología reactiva sífilis	Gonorrea	Total
MAYNAS CIUDAD	181	853	125	66	843	412	58	2538
MAYNAS PERIFERIE	3	42	20	4	183	62	11	325
LORETO	11	158	15	2	145	78	6	415
RAMÓN CASTILLA	6	14	18	1	145	28	6	218
REQUENA	3	17	15	0	135	80	7	257
UCAYALI	4	16	14	8	108	12	7	169
ALTO AMAZONAS	43	335	17	14	465	110	26	1010
DATEN MARAÑÓN	32	153	25	12	243	284	17	766
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	<b>1588</b>	<b>249</b>	<b>107</b>	<b>2267</b>	<b>1066</b>	<b>138</b>	<b>5698</b>

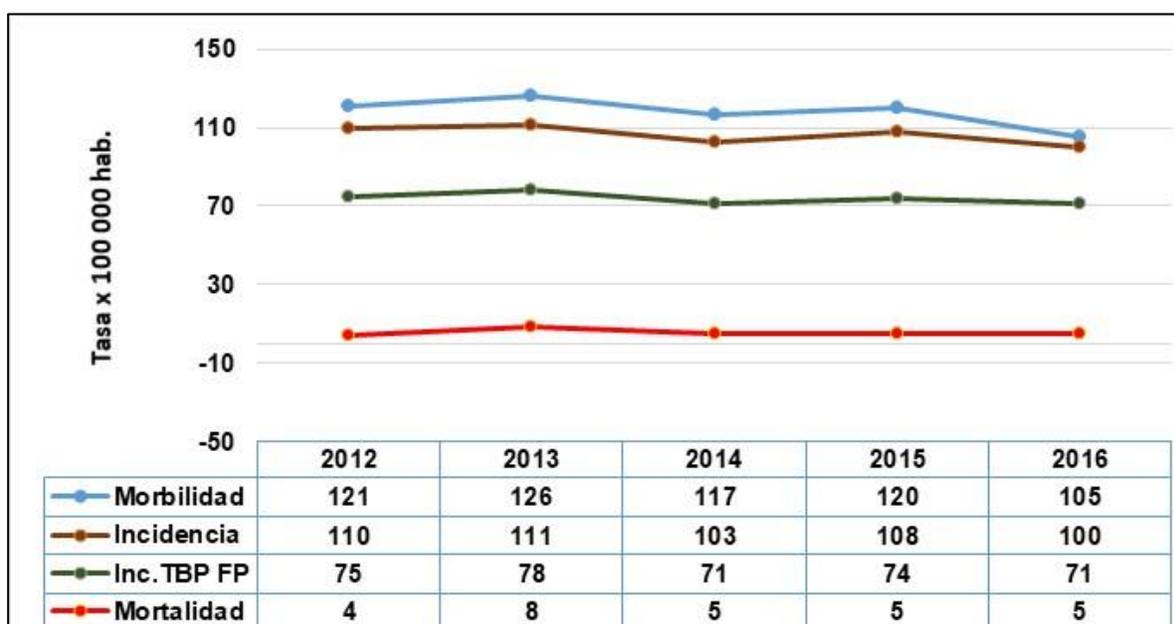
Fuente: DIRESA Loreto. Reporte HIS ITS-VIH/SIDA

### c. Tuberculosis Pulmonar

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible, curable y con un importante componente social. En el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte, y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos (AVISA). Afecta, predominantemente, a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país.

Con respecto a Tasa de morbilidad, incidencia y Tuberculosis Pulmonar con Frotis Positivo (TBPFP), se evidencia una tendencia a la disminución desde el año 2012 al 2016, en el año 2016 se presenta una disminución considerable con una Tasa de morbilidad de 105 x 100,000; Tasa de Incidencia de 100 x 100,000 habitantes, Tasa incidencia TB Frotis Positivo (TBPFP) de 71 x 100,000 habitantes. Con respecto a la Mortalidad se ha mantenido en un 5%, desde el 2014 al 2016.

**Gráfico N° 156. Tasa de morbilidad, incidencia y TBP FP, DIRESA LORETO 2012 – 2016**

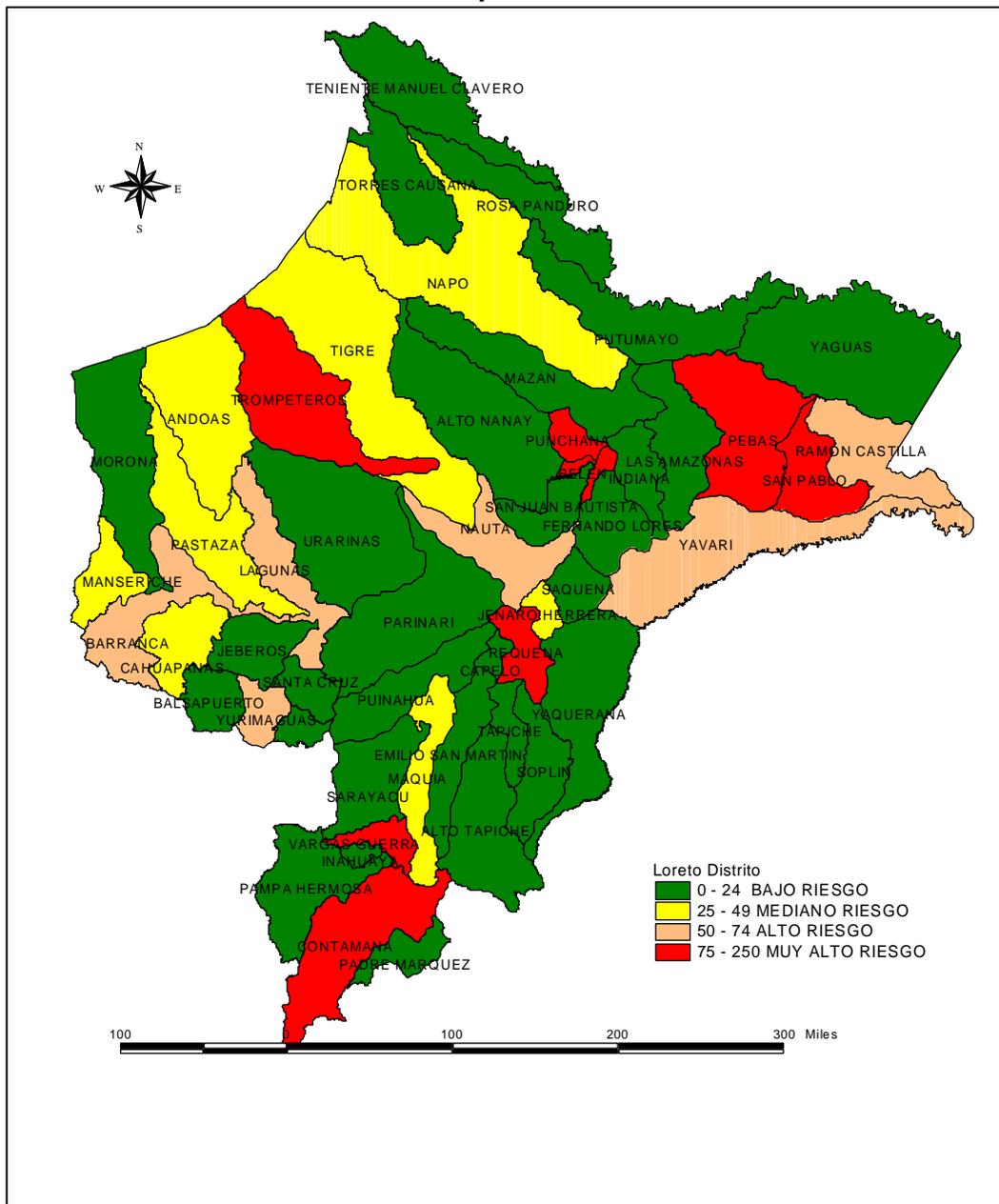


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Estadística e Informática  
Elaborado: DIRESA Loreto: Coordinación Estrategia Regional TBC.

### Tuberculosis por Distritos.

La Tuberculosis en la región Loreto se ha venido diseminando principalmente en los distritos periféricos, teniendo los distritos de muy alto riesgo a Punchana (Provincia Maynas), Pebas y San Pablo (Provincia de Mariscal Ramón Castilla), Requena (Provincia de Requena), Contamana y Vargas Guerra (Provincia de Ucayali) y Trompeteros (Provincia de Loreto). Así mismo hay distritos considerados como Alto riesgo entre ellos están los distritos de Ramón Castilla y Yavarí (Provincia de M. Ramón Castilla), Lagunas, Yurimaguas (Provincia de Alto Amazonas), Barranca (Datem del Marañón). Teniendo mucho más que trabajar la prevención en toda la región. (Ver Mapa N°16).

**Mapa N°16. Región Loreto. Estratificación de riesgos de casos de TBC por distritos 2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Epidemiología

**Multidrogo resistentes (MDR)**

La situación de los pacientes Multidrogo resistente promedia de 12 a 15 pacientes diagnosticados por año, debido al incremento de las pruebas de sensibilidad que se debe realizar al 100% de nuestros pacientes, el cual aún es una debilidad porque las muestras son procesadas en el Instituto nacional de Salud y las muestras BK (+) deben llegar dentro de las 24 horas al INS, lo que dificulta cuando son muestras de periferie.

Esta prueba de sensibilidad rápida Genotype nos permite descartar resistencias a Rifampicina e Isoniacida y poder cambiar la terapéutica al menor tiempo posible. Se está mejorando la cobertura de pacientes con prueba de sensibilidad lo que nos permite brindar el tratamiento adecuado oportunamente.

El tema de Resistencia a Medicamentos es complicado controlar, porque tenemos pacientes Multidrogo resistentes (MDR) hace varios años atrás, además de mono resistencias y poli resistencias sin criterios MDR en cifras considerables que son considerados PRE MDR, los cuales requieren una terapéutica diferente, el mismo que no está siendo monitoreada como corresponde en los Establecimientos de Salud por la falta de un personal de enfermería permanente en la estrategia, dichos pacientes con el pasar de los años se convierten en Multidrogo resistentes.

Por lo que debemos garantizar el tratamiento en Boca supervisado, evitar los abandonos, lograr que los pacientes se curen, asegurar el tratamiento de los pacientes Multidrogo resistentes y evitar tener pacientes XDR.

La siguiente tabla nos muestra los casos de TBMDR, de los cuales en el 2016 se presentaron 17 casos de TB-MDR confirmada con PS, 10 casos de TB-MDR no confirmada y 20 de otras resistentes pro P.S.

**Tabla N° 35. Región Loreto. Número de Casos de Tuberculosis Multidrogo Resistentes 2012-2016.**

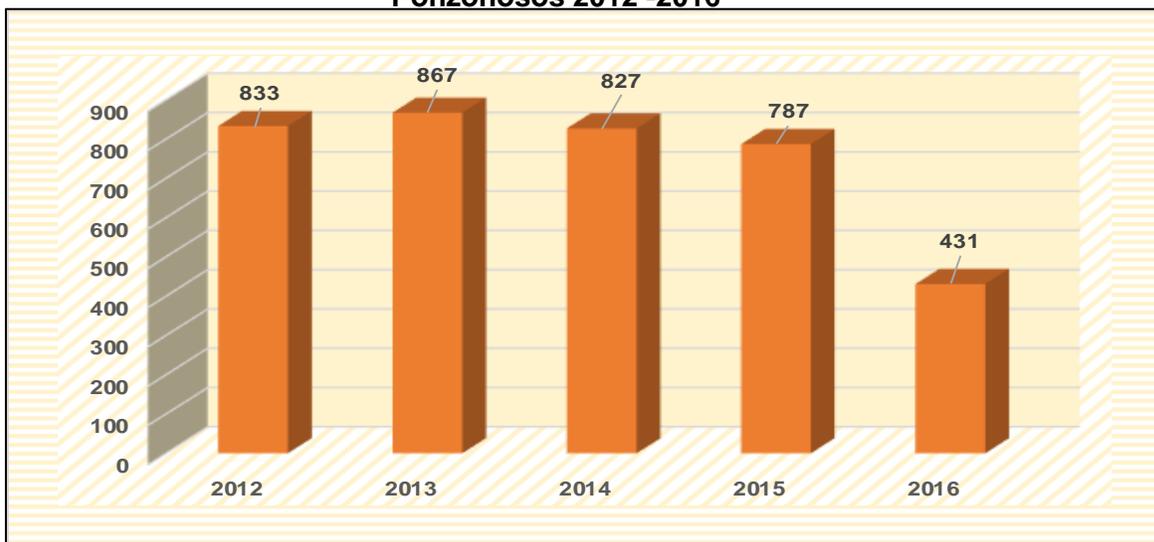
Tipo de Resistente	2012	2013	2014	2015	2016
TB-MDR Confirmada con PS	17	12	15	19	17
TB-MDR no Confirmada (Esquema Estandarizado)	0	5	18	13	10
TB XDR con P.S	0	0	0	0	0
Otras Resistencias no MDR confirmada por P.S	41	11	22	18	20

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Estadística e Informática  
Elaborado: DIRESA Loreto: Coordinación Estrategia Regional TBC.

### 3.5 Enfermedades producidas por Animales ponzoñosos

Los accidentes por animales ponzoñosos constituyen un problema de Salud Pública por su gravedad e impacto social, ya que la falta de tratamiento oportuno puede conducir a la invalidez o a la muerte de la persona afectada. Sin embargo, la trascendencia de este hecho aún no es bien conocida en nuestra región por la subnotificación de casos existentes al respecto.

**Gráfico N° 157. Región Loreto. Número de Casos de Accidentes Ponzoñosos 2012 -2016**

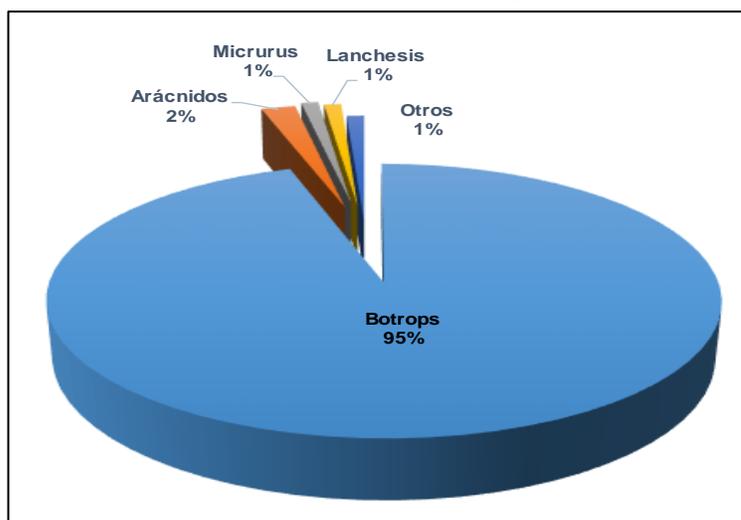


Fuente: DIRESA Loreto-Estrategia de Prevención y Control de la Zoonosis  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

El Gráfico N°157. Nos muestra que los casos por Accidentes Ponzoñosos desde el 2012 al 2016, en el 2013 ocurrieron la mayor cantidad de casos 867 en comparación con el resto del año, en el 2016 hay una disminución marcada de casos de 431 de accidentes ponzoñosos.

Estos accidentes son producidos por el ataque de serpientes, arácnidos y otros, que al inocular sus toxinas en el organismo provocan una serie de perturbaciones fisiopatológicas que dan lugar a signos y síntomas que están íntimamente relacionados con el género del animal venenoso agresor. En los últimos años estos accidentes han incrementado su notificación a los establecimientos de salud, pero se estima una sub notificación aproximada del 20%, esto por las costumbres e idiosincrasia de la población.

**Gráfico N° 158. Región Loreto. % de Casos de Accidentes Ponzoñosos 2012 -2016**



Fuente: DIRESA Loreto-Estrategia de Prevención y Control de la Zoonosis  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

Es así que año a año en promedio suman los accidentes

por animales ponzoñosos en promedio 750 casos, donde un 95% son por serpientes venenosas de los géneros Bothrops y Lachesis y el 5% son producidos por arácnidos, escorpiones, insectos, etc. (Ver gráfico N°158).

**a. Loxocelismo:**

Desde el año 2013 al 2016 se reportaron 66 casos de Loxocelismo, siendo un promedio entre los 4 años de 13 casos, el distrito que reportó más casos fue el distrito de lagunas, seguida de Yurimaguas con 13 casos, seguida del distrito de teniente Cesar López con 9 casos y jeberos con 6 casos, todos los antes mencionados corresponden a la provincia de Alto Amazonas.

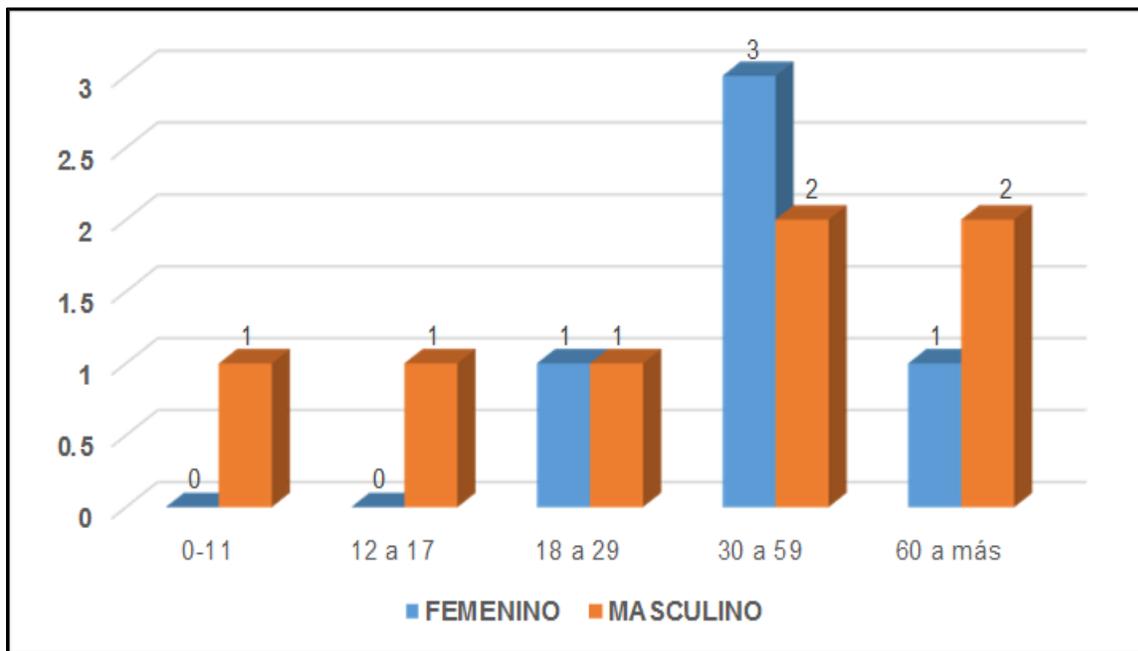
**Tabla N° 36. Región Loreto. Número de Casos de Accidentes Ponzoñosos 2012 -2016**

DISTRITOS	2013	2014	2015	2016	TOTAL GENERAL
LAGUNAS	5	7	3	1	20
YURIMAGUAS	5	3	2	2	13
TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS		4		5	9
JEBEROS		3	2		6
ALTO NANAY	2				2
BALSAPUERTO			2		2
PUNCHANA				1	2
SANTA CRUZ			1	1	2
TIGRE					2
BARRANCA			1		1
BELEN			1		1
LAS AMAZONAS					1
MAZAN					1
MORONA				1	1
NAUTA					1
PASTAZA				1	1
SOPLIN					1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>66</b>

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

De los 12 casos notificados en la región Loreto, 5 casos se presentaron en las edades de 30 a 59 años, mientras en las personas de 60 años a más se presentaron 3 casos.

**Gráfico N° 159. Región Loreto. Número de Casos de Loxocelismo - 2016**



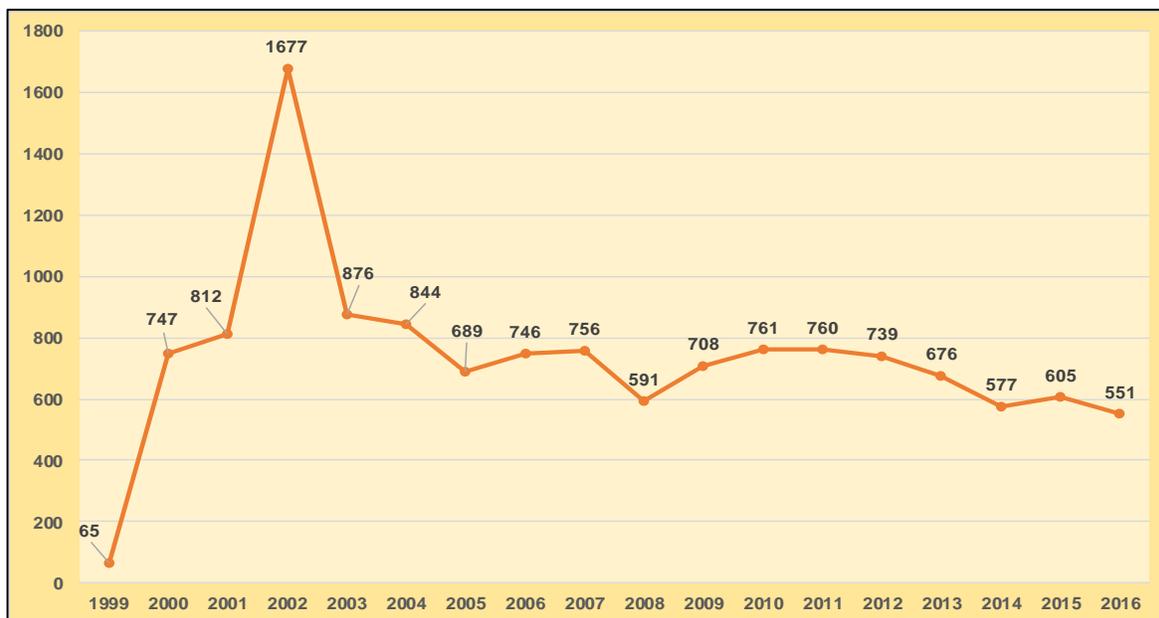
Fuente: DIRESA Loreto-Estrategia de Prevención y Control de la Zoonosis

### b. Ofidismo

El ofidismo define al síndrome resultante de la inoculación accidental de sustancias venenosas por parte de serpientes que pertenecen a las familias Viperidae y Elapidae, como también de algunas especies que poseen colmillos posteriores (opistoglifas) y que pertenecen a la familia Colubridae. La gravedad de los envenenamientos no solo dependerá del inóculo o las características del veneno, sino también de la falta de tratamiento adecuado y oportuno, pudiendo desembocar en la invalidez o la muerte de la persona afectada.

El Gráfico N° 160. Nos muestra la tendencia de casos de ofidismo desde el año 1999 al 2016, en el año 2002 se observa un incremento de casos de 1677 para luego posterior a ello se observar una tendencia estacionaria que fluctúan entre 551 a 876 casos anuales, en el año 2016 se reportaron 551 casos de ofidismo 54 casos menos que lo reportado en el 2015 que alcanzó a 605 casos de ofidismo.

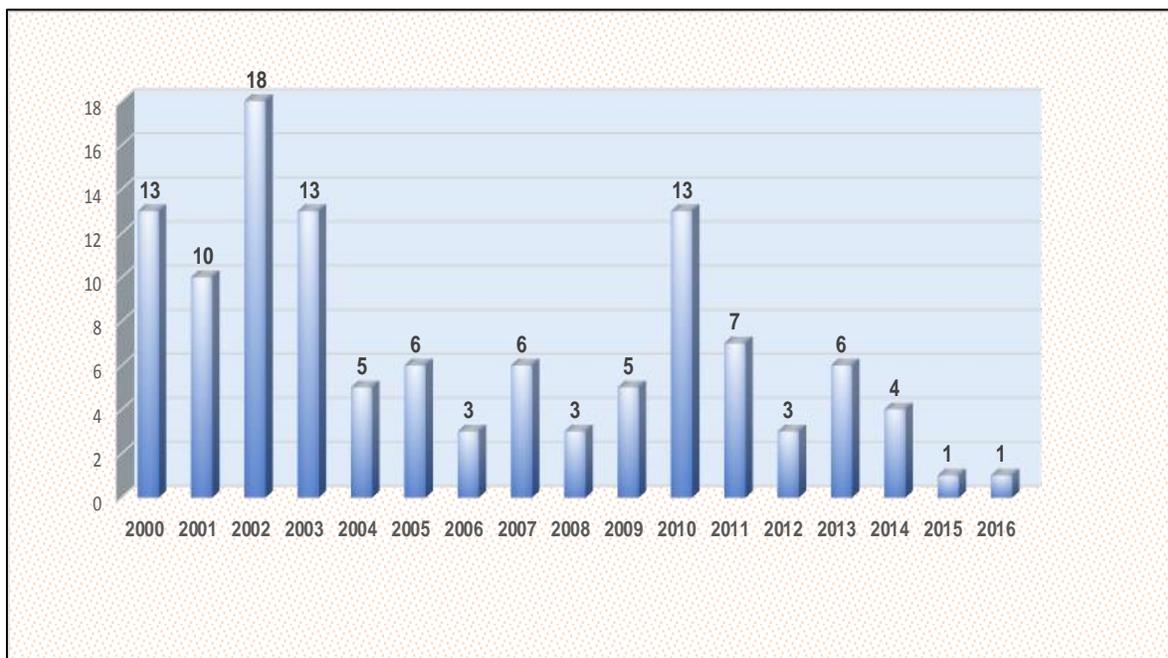
**Grafico N° 160. Región Loreto. Número de Casos de Ofidismo 1999 -2016**



Fuente: DIRESA Loreto-Estrategia de Prevención y Control de la Zoonosis

El presente gráfico nos muestra en Número de fallecidos por ofidismo reportados en la región Loreto del 1999 al 2016, en donde coinciden con el mayor número de casos de ofidismo del año 2012 en este año se reportaron 18 fallecidos, no obstante que, en el 2000, 2003 y 2010 se reportaron 13 fallecidos por ofidismo en cada año respectivamente,

**Grafico N° 161. Región Loreto. Número de Fallecidos por Ofidismo 2000 - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto-Estrategia de Prevención y Control de la Zoonosis

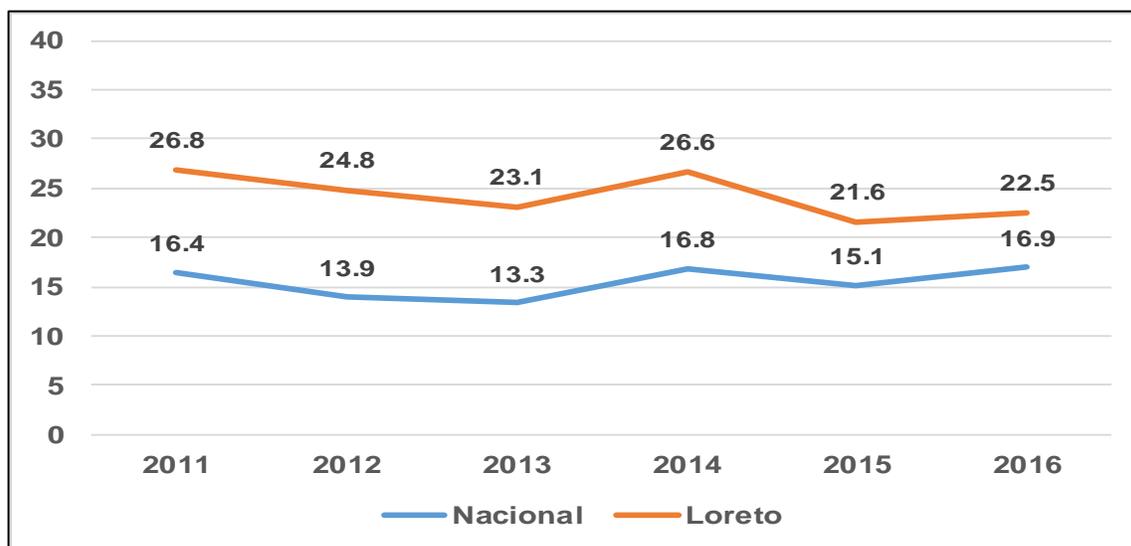
### 3.6 Enfermedades Infecciosas.

#### a. Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), en Niños Menores de 5 años:

Es toda infección que compromete una o más partes del aparato respiratorio y que tiene una duración menor de 14 días, causada por microorganismos virales, bacterianos u otros con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre. Los cambios climáticos que se presentan en nuestro país y la región Loreto, incrementan el riesgo de desarrollar esta enfermedad y la posibilidad de causar fallecimientos sobre todo en los grupos vulnerables. La temporada de frío, está asociado a fenómenos meteorológicos, como nevadas y heladas en la sierra y friaje en la selva, originando alteración de la temperatura

En Loreto tenemos el “Invierno Loretano”, que corresponden a las épocas de lluvias e inundaciones, también existen dos períodos relevantes en nuestra región: Festividades de San Juan y Santa Rosa, en donde la temperatura disminuye y se incrementa la humedad, presentándose un ligero “friaje”, afectando a los grupos vulnerables (menores de 5 años, adultos mayores, enfermos crónicos, etc.).

**Gráfico N° 162. Porcentaje de IRAS en Niños menores de 5 años en la región Loreto en Comparación con el Nivel Nacional - 2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

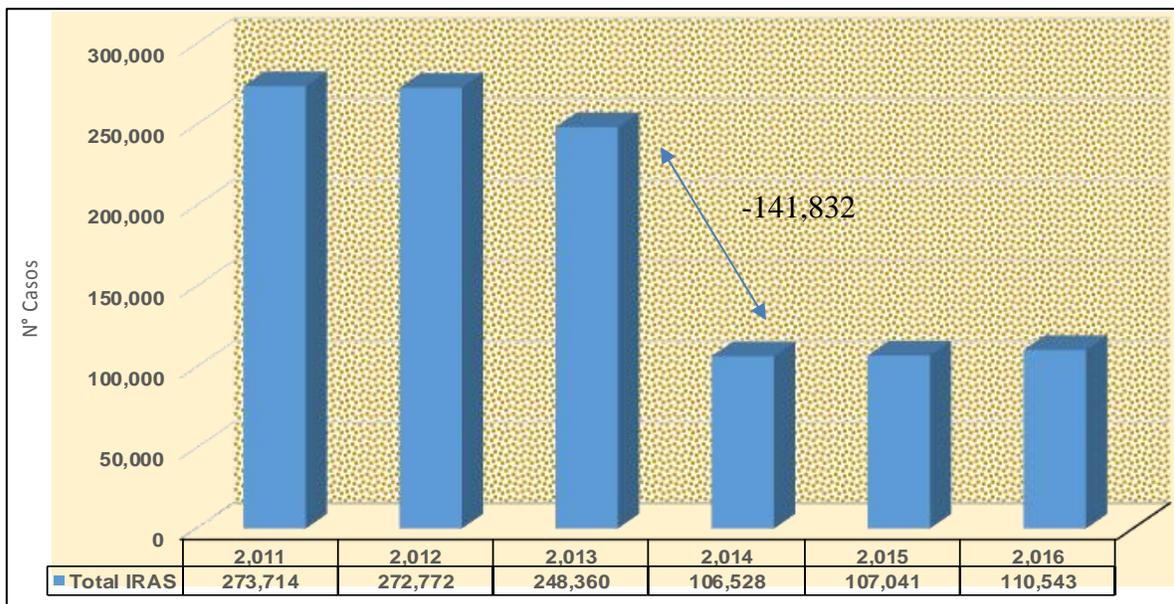
Según ENDES, se puede observar que las IRAS son superiores a nivel de la región Loreto en comparación con las IRAS del nivel nacional, Los valores en la región Loreto no disminuyen menores del 20%, habiendo un incremento en el año 2011 (26.8%) y en el 2014 (26,6%), en el 2015 hubo una ligera disminución de 21.6% y nuevamente se incrementó en el 2016 al 22.5%.

#### IRAS No Complicadas

Desde el año 2011 al 2016 se reportaron en total 1´118,958 casos de IRAs No Complicadas en niñ@s menores de 05 años en los Establecimientos de Salud de la región Loreto. Observándose un incremento de casos en los tres primeros años.

A partir del año 2014 se observa una disminución a más de la mitad de los casos del año 2013, de 141,832 casos menos de IRAS. No obstante, a partir del 2014 los casos se mantienen estacionarios para que en el 2016 se incremente ligeramente a 110,543 casos en comparación con el 2015 que tuvo 107,041 casos de IRAS.

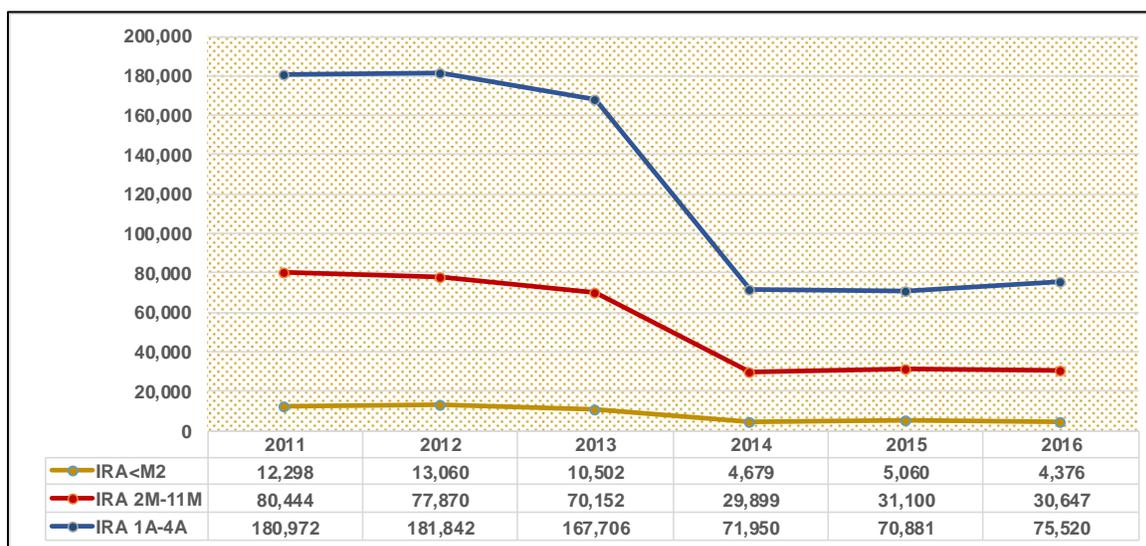
**Gráfico N° 163. Región Loreto. Total, de IRAS No Complicadas en Niñ@s Menores de 5 años. 2011-2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

En el presente gráfico se observa que desde el año 2011 al 2016 los niños de 1 a 4 años son los más afectados con las IRAS no complicadas, seguida de los niños de 2 m a 11 meses y finalmente los niños menores de 2 meses de edad.

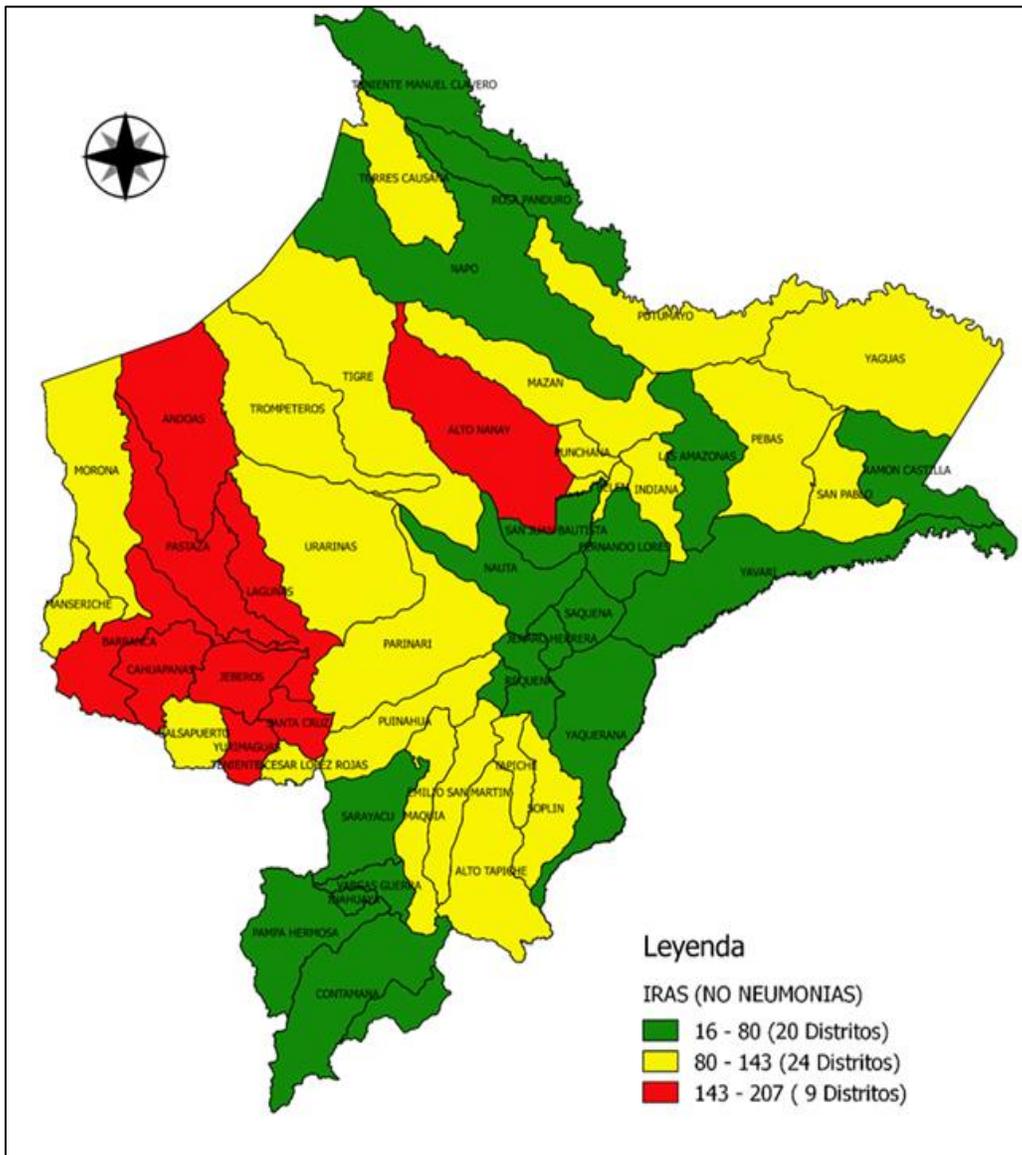
**Gráfico N° 164. Región Loreto. Comportamiento de la IRAS No Complicadas por Grupos Etáreos en Niños menores de 5 años - 2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

Así mismo desde el 2011 al 2013 las IRAS No Complicadas presentan un incremento de casos, para luego observar disminución significativa; Desde el 2014 al 2016 se inicia una tendencia estacionaria de casos, en el año 2016 se observa que las IRAS No Complicadas en niños de 1 a 4 años de 75,520 casos mayor en relación a las edades de 2M a 11M con 30,647 casos y finalmente en los niños menores de 2 meses con 4,376 casos de IRAS No Complicadas.

**Mapa N° 17. Región Loreto. Tasa de Incidencia Acumulada (TIA) de las IRAS No Complicadas por Grupos Etéreos en Niños menores de 5 años - 2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

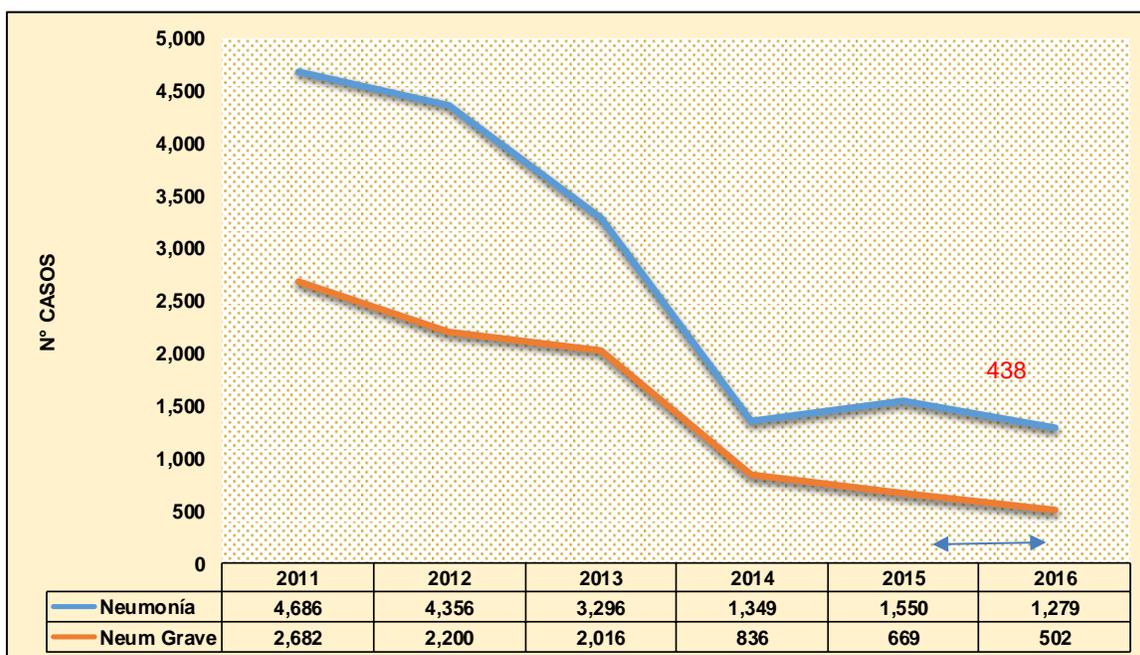
El Mapa nos muestra las TIAs de las IRAS No Complicadas, teniendo la región Loreto el 99.42 x 100 habitantes, la TIA de alto riesgo es de 143-207 % en 9 distritos de la Región Loreto y estos son los Distrito de Alto Nanay, Andoas, Pastaza, Lagunas, Barranca, Cahuapanas, Jeberos, Santa Cruz y Yurimaguas. También las TIAs de Mediano Riesgo de 80-143% está 24 distritos y las TIAs de bajo riesgo 20 distritos, Es Importante mencionar

que los distritos de la ciudad de Iquitos reportaron el 38.75% del total de atenciones Regionales.

### IRAS Complicadas

El Total de Neumonías incluye las Neumonías y las Neumonías Graves. El Gráfico nos muestra la tendencia de incremento de casos en los años 2011 al 2012 y una disminución marcada desde los años 2013 al 2016, teniendo para el año 2016 1781 casos de Neumonías observando una ligera disminución de 438 casos en relación con el año 2015 que tuvo 2219 casos de neumonías.

**Gráfico N° 165. Región Loreto. Total, de IRAS Complicadas por tipo en Niñ@s Menores de 5 años. 2011-2016**

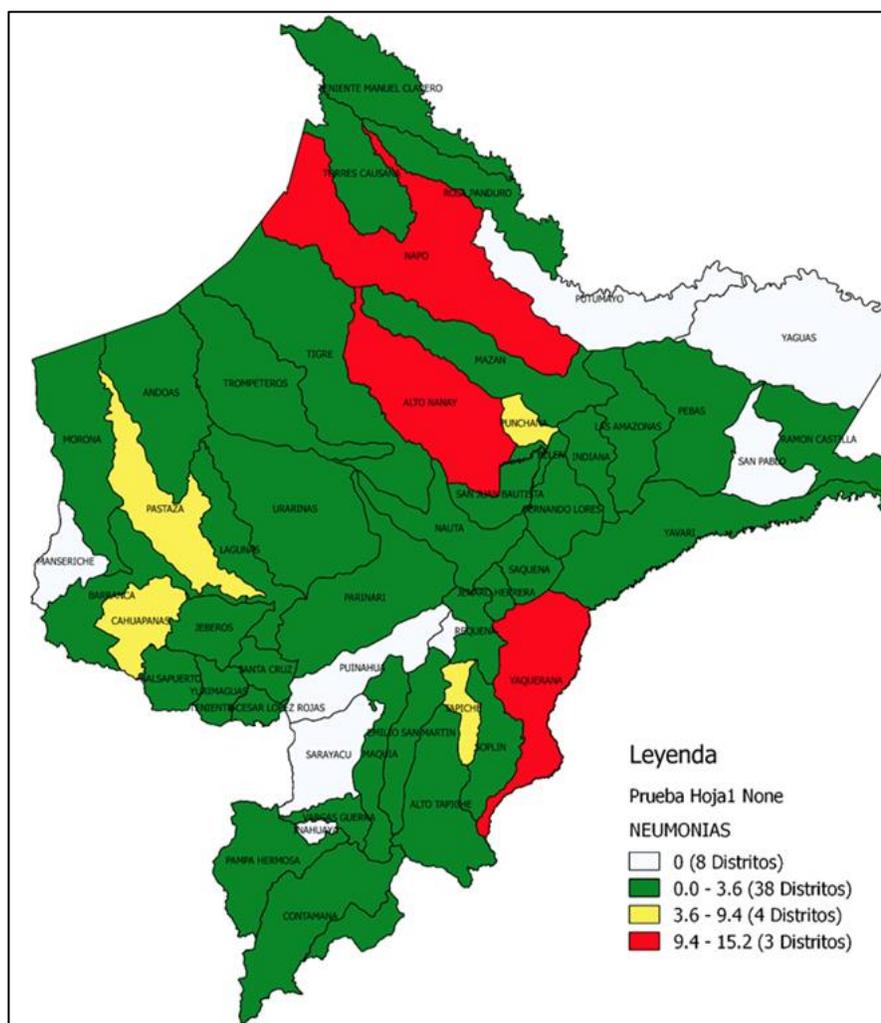


Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

El Gráfico N°165. Nos muestra a las IRAS Complicadas según tipo; Neumonías y Neumonías Graves en niños menores de 5 años; En la tendencia se sobrepone las neumonías de las neumonías graves; Se observa además el incremento de casos de ambos tipos en los años 2011 y 2012, para luego observar una marcada disminución desde el año 2013 al 2016.

Este comportamiento de disminución se puede atribuir a la introducción del Suplemento de Zinc como parte del tratamiento de las Diarreas, la que contribuyó no solo a mejorar las IRAS y Diarreas sino también al estado nutricional de los niños menores de 5 años de la región Loreto, también es atribuido a que se mejoraron los diagnósticos en los médicos.

**Mapa N° 18. Región Loreto. Tasa de Incidencia Acumulada (TIA) de las IRAS Complicadas (Neumonías) por Grupos Étáreos en Niños menores de 5 años. 2016**



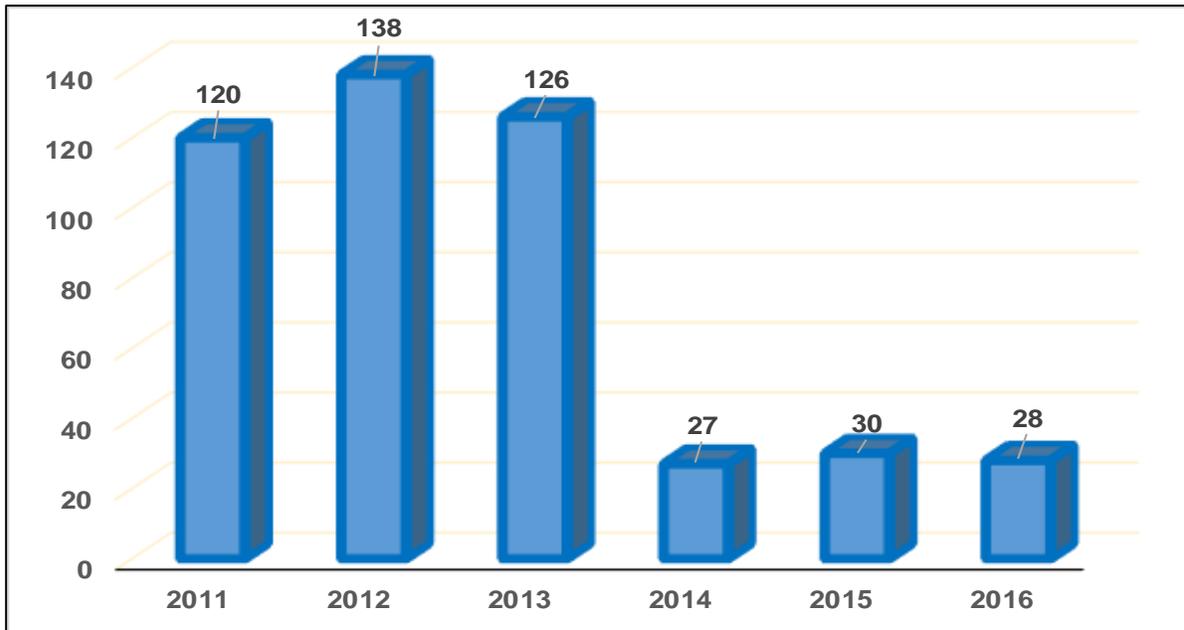
Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

La T.I.A regional de las IRAS Complicadas (Neumonías) es de 1.60 x 100 habitantes en niños menores de 5 años, si observamos por distritos la Estratificación del Riesgo se presenta de la siguiente manera; Alto Riesgo: 03 Distritos, Mediano Riesgo: 04 Distritos, Bajo Riesgo: 38 Distritos y Sin Riesgo: 08 Distritos; Los tres distritos de Alto riesgo son Napo, Alto Nanay y Yaquerana. Los distritos de la ciudad de Iquitos reportaron el 44.95% del total de atenciones a nivel Regional.

**Defunciones por IRAS**

En el Gráfico N° 166. Se puede observar el total de defunciones por IRAS por años desde el año 2011 al 2016, notándose que entre los años 2011 y 2012 hubo incremento de defunciones mayor a 18 Muertes, para luego en el año 2013 las defunciones disminuyeron a 126 muertes, luego para el 2014 hay una disminución notable a 27 defunciones y en el 2015 y 2016 se presentaron 30 y 28 defunciones respectivamente en cada año.

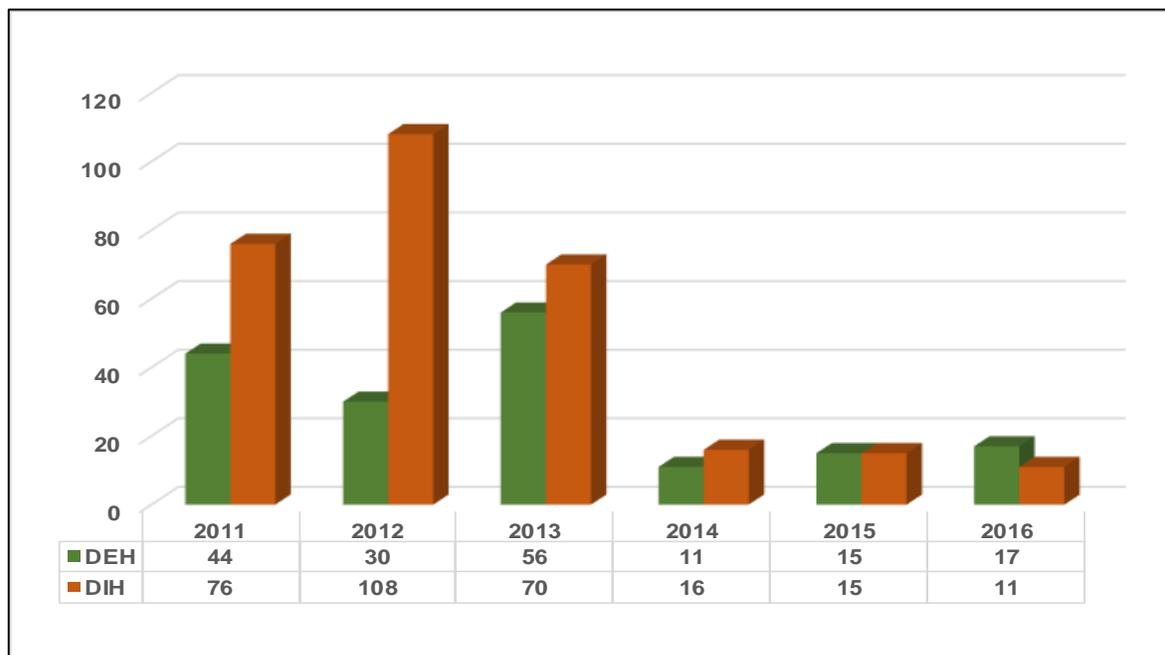
**Gráfico N° 166. Región Loreto. Total, de Defunciones por IRAS en Niñ@s Menores de 5 años. 2011-2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología Diresa Loreto

En cuanto a las defunciones por IRAS se puede observar en el Gráfico N° 165 que, desde el año 2012 se inició el descenso de las Defunciones intrahospitalarias (DIH), de 76 fallecidos en el 2011 a 11 fallecidos en el 2016.

**Gráfico N° 167. Región Loreto. Total, de Defunciones Intra y Extra hospitalarias de IRAS en Niñ@s Menores de 5 años. 2011-2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología Diresa Loreto

Sin embargo, las Defunciones Extra Hospitalarias (DEH) en el 2012 hubo un incremento superior con respecto a los demás años de 30 fallecidos. En el 2014 hay un marcado descenso de 11 fallecidos y en el 2015 y 2016 se eleva ligeramente con 15 y 17 casos respectivamente.

En la Tabla N° 37: Se observa que de los 28 fallecidos por neumonías el 60.71% se presentaron en la provincia del Datem del Marañón, principalmente en los distritos del Pastaza y Andoas, así mismo se presentaron en su mayoría en la provincia de Maynas con 17.86% en 3 distritos de la ciudad de Iquitos (Iquitos, Punchana y Belén), así como en distritos periféricos del Napo y Contamana. Es importante precisar que predominan los fallecidos Extra hospitalarios, principalmente en los niños de 2 a 11 meses de edad, seguida en los niños menores de 2 meses, sin embargo, en las defunciones intrahospitalarias predominan los fallecidos en los niños de 1 a 4 años, seguidas de los fallecidos en los niños de 2 a 11 meses de edad.

**Tabla N° 37. Región Loreto. Total, de Defunciones por IRAS en (Neumonía grave y Neumonía en menores de 5 años, por Distritos y provincias - 2016**

Provincias	Distritos	Defunciones Intrahospitalarias			Defunciones ExtraHospitalarias			Total Por Distritos	Total por provincias	%
		<2 meses	2-11 meses	1-4 años	<2 meses	2-11 meses	1-4 años			
Alto Amazonas	Jeberos	0	0	1	0	0	0	1	4	14.29
	Yurimaguas	1	0	0	1	1	0	3		
Datem del Marañón	Andoas	0	0	1	1	4	1	7	17	60.71
	Barranca	0	1	0	0	0	0	1		
	Morona	0	0	0	1	1	0	3		
	Pastaza	0	1	0	2	2	2	6		
Loreto	Trompeteros	0	0	1	0	0	0	1	1	3.57
Maynas	Belén	0	0	1	0	0	0	1	5	17.86
	Indiana	0	0	1	0	0	0	1		
	Iquitos	0	0	1	0	0	0	1		
	Napo	0	0	0	0	0	1	1		
	Punchana	0	1	0	0	0	0	1		
Ucayali	Contamana	0	1	0	0	0	0	1	1	3.57
<b>Total general</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

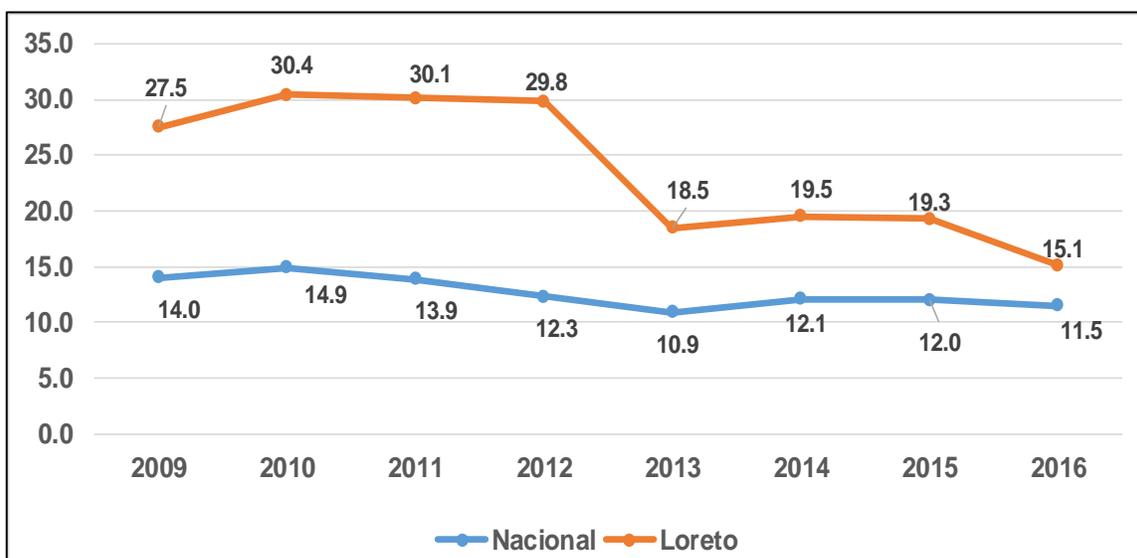
### b. Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años (EDA)

La Enfermedad Diarreica Aguda se caracteriza por la disminución de la consistencia (líquidas o acuosas) y el aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones, generalmente más de 3 en un periodo de 24 horas de duración, que puede ir acompañada de vómito y/ fiebre. La duración del episodio debe ser menor de 14 días.

Los lactantes menores de 6 meses alimentados con Lactancia Materna Exclusiva pueden tener deposiciones sueltas habitualmente; sin embargo, si éstas se hacen más frecuentes que lo usual considerar el diagnóstico de EDA. Los microorganismos más comunes asociados a diarreas son: Rotavirus, Escherichia coli enterotoxigénica, Shigella, Campylobacter jejuni, Cryptosporidium y Vibrio Cholerae.

Los agentes infecciosos que causan diarrea generalmente se diseminan por vía fecal – oral (ano-mano-boca), que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados y el contacto directo con materia fecal. Varios comportamientos de las personas contribuyen a la propagación de entero patógeno e incrementan el riesgo de sufrir diarrea.

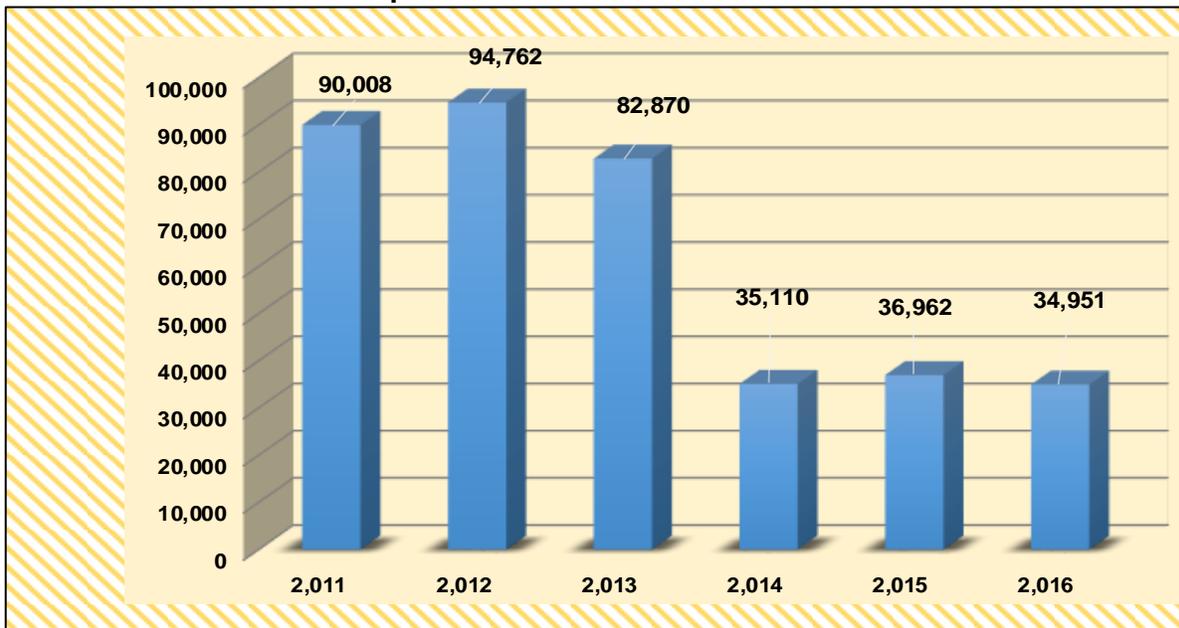
**Gráfico N° 168. Región Loreto. % de Diarreas en Niñ@s Menores de 5 años en el primer Nivel de Atención 2011-2016**



Fuente: INEI- ENDES 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016

Según ENDES podemos observar las comparaciones de los valores de los casos de Diarreas de los años 2009 al 2016 de la región Loreto con el nivel nacional, siendo las EDAS del nivel regional superiores a los del nivel nacional. El gráfico nos muestra un panorama general desde el 2009 hasta el 2012, en donde los niveles de EDAS en la región Loreto son superiores que el nivel nacional; Se observa que hay una disminución de casos de 29,8% en el año 2012 a 18,5% en el 2013 para luego tener una disminución a 15,1% en el 2016, sin embargo hay una diferencia superior de 3,6% con el nivel nacional.

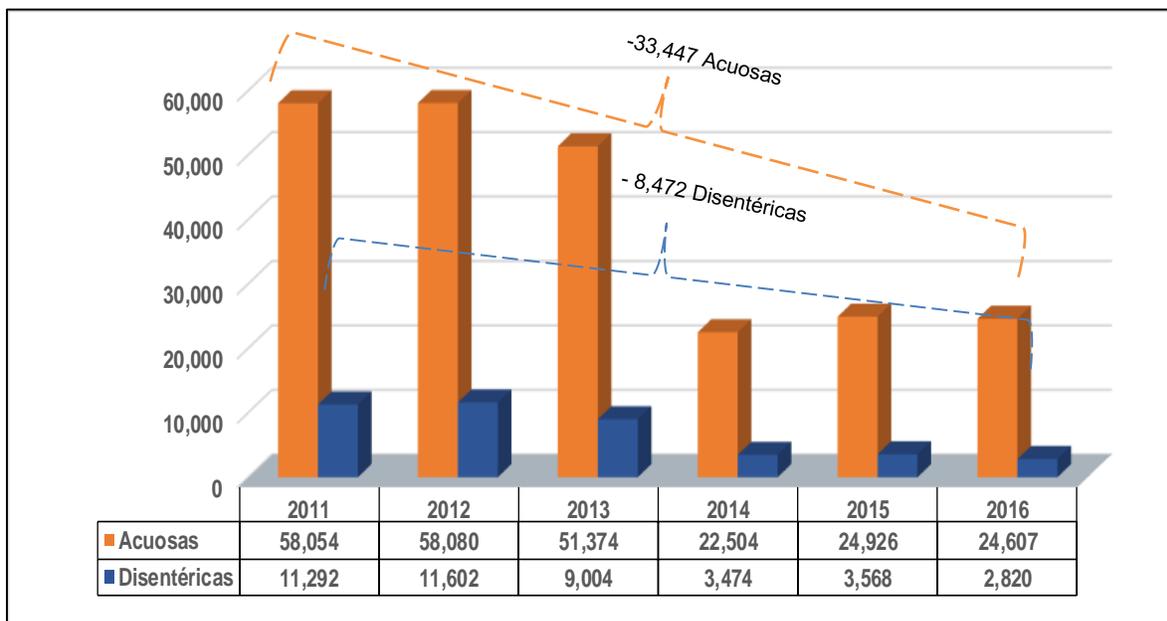
**Gráfico N°169. Región Loreto. Total, de Diarreas en Niñ@s Menores de 5 años en el primer Nivel de Atención 2011-2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

En el Gráfico N° 169. Se observa el total de Diarreas por años del 2011 al 2016, hay un incremento de EDAS en el año 2012 de 94,762 casos en relación al resto de los otros años, principalmente de los últimos tres años de análisis. En el 2016 se presentaron 34,951 casos de EDAS con 2,011 de disminución de casos en comparación del año 2015 que tuvo 36,962 casos de EDAS.

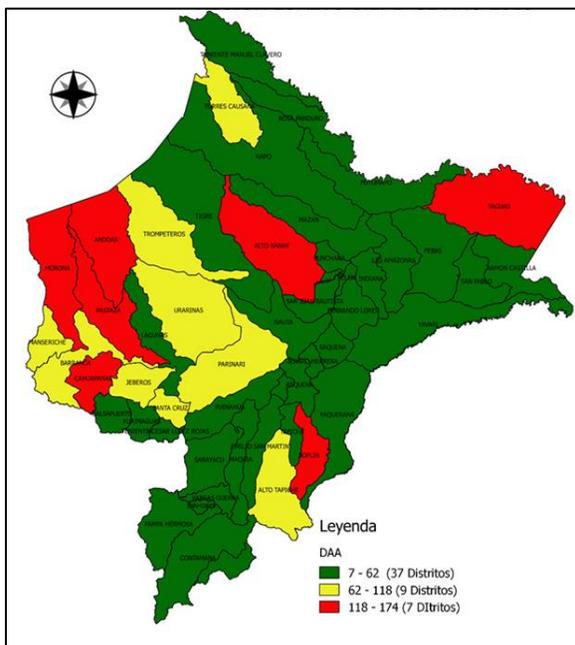
**Gráfico N° 170. Región Loreto. Total, de Diarreas en Niñ@s Menores de 5 años según Tipos atendidos en el primer Nivel de Atención 2011-2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

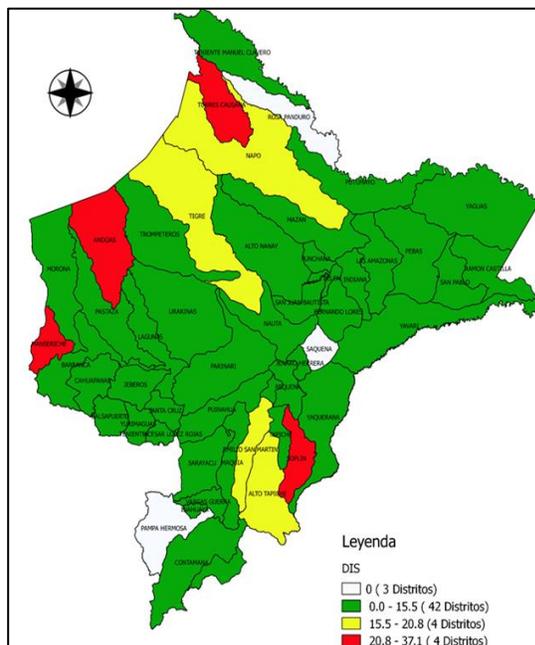
En el Gráfico N°170. Se aprecia que, entre ambos tipos de EDAS, las EDAS Acuosas son más predominantes que las EDAS Disentéricas. En ambos tipos de diarreas hubo una disminución de casos de EDAS entre el 2011 al 2016; En relación a los casos de EDAS Acuosas hubo una disminución de 33,447 casos y en las EDAS Disentéricas de 8,472 casos. En el año 2016 las EDAS Acuosas predominan con 24,607 casos en comparación de las EDAs Disentéricas que alcanzaron a 2,820 casos.

**Mapa N°19. Región Loreto. T.I.A  
EDAS Acuosa en niños menores de 5 años- 2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

**Mapa N° 20. Región Loreto. T.I.A  
EDAS Disentérica en niños menores de 5 años- 2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

Los Mapas de EDAS Acuosas y Disentéricas, nos muestran las Tasas de Incidencia Acumulada (T.I.A)

### EDAS Acuosas (Ver Mapa N°19)

La T.I.A Regional es 517.33% x 10000 habitantes, según la estratificación del riesgo por la T.I.A (x 10000) es como sigue:

Alto Riesgo: 07 distritos

Mediano Riesgo: 09 distritos

Bajo Riesgo: 37 distritos

Los distritos de la ciudad de Iquitos reportaron el 41.38% del total Regional.

### EDAS Disentéricas (Ver Mapa N°20)

La T.I.A Regional es 57.27 x 10000 habitantes, según la estratificación del riesgo según la T.I.A (x 10000) es como sigue:

Alto Riesgo: 04 distritos

Mediano Riesgo: 04 distritos

Bajo Riesgo: 42 distritos

Sin Riesgo: 03 distritos

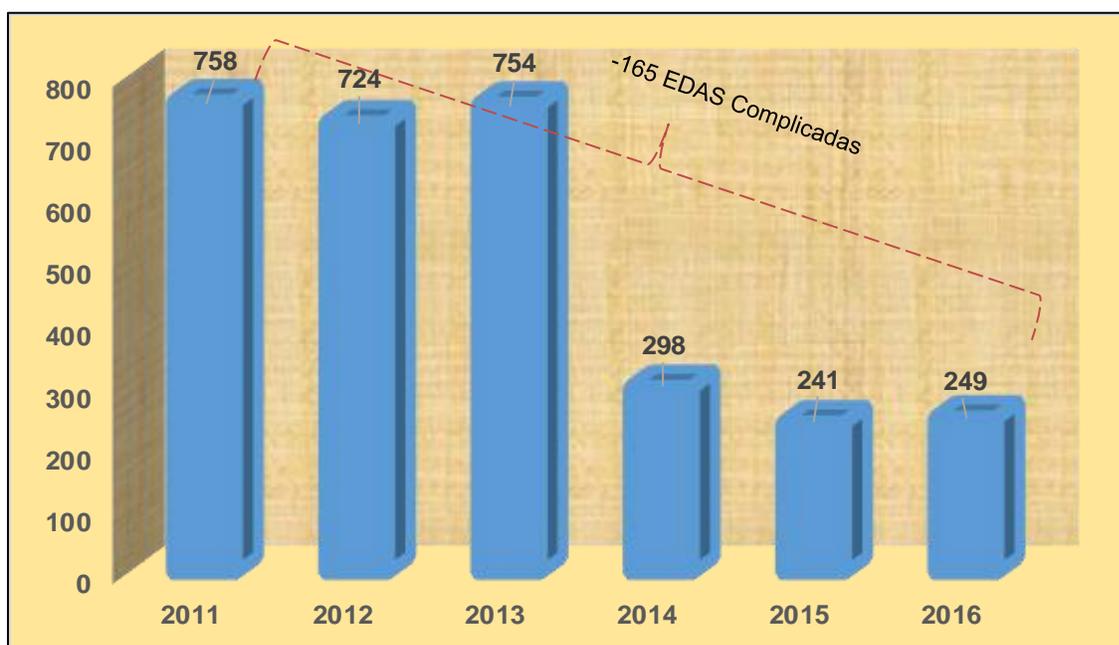
Los distritos de la ciudad de Iquitos reportaron el 17.25% del total Regional.

### Diarreas Complicadas

Respecto a las Diarreas Complicadas el cuadro N° 03 nos muestra que, son las Diarreas Acuosa por las que los niños son internados con algún grado de deshidratación, quedando en un segundo plano las Diarreas Disentéricas.

En el Gráfico N°171. Se puede notar que, el total de Diarreas Complicadas por las cuales los niños son internados presentan un descenso significativo de 165 casos complicados entre los años 2011 al 2016, de 758 en el 2011 a 249 en el 2016.

**Gráfico N° 171. Región Loreto. Total, de Diarreas Complicadas en niños menores de 5 años, atendidos en el primer Nivel de Atención 2011-2016**

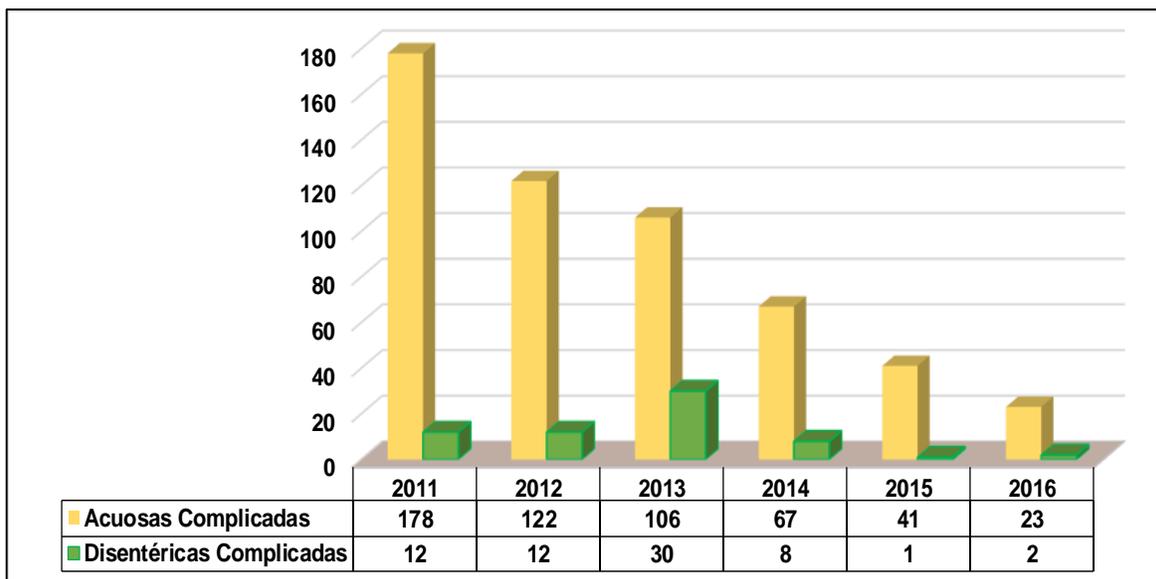


Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

En el Gráfico N°172. Se observa que las Diarreas Acuosa Complicadas son superiores a las Diarreas Disentéricas complicadas en todos los años del 2011 al 2016. Así mismo las Diarreas Acuosa Complicadas entre los años 2011 al 2013 llegaron hasta 178 casos en el 2011, luego disminuyó a 67 casos en el 2014, a 41 casos en el 2015 y finalmente en el año 2016 llegó solo 25 casos de Diarreas Acuosa Complicadas.

Las Diarreas Disentéricas Complicadas, no sobrepasan de 12 casos entre los años 2011 y 2012, sin embargo, en el año 2013 llegó a presentarse a más de la mitad de los casos de los 2 años anteriores a 30 casos y luego a 8 casos en el 2014, 1 caso en el 2015 y 2 casos en el 2016.

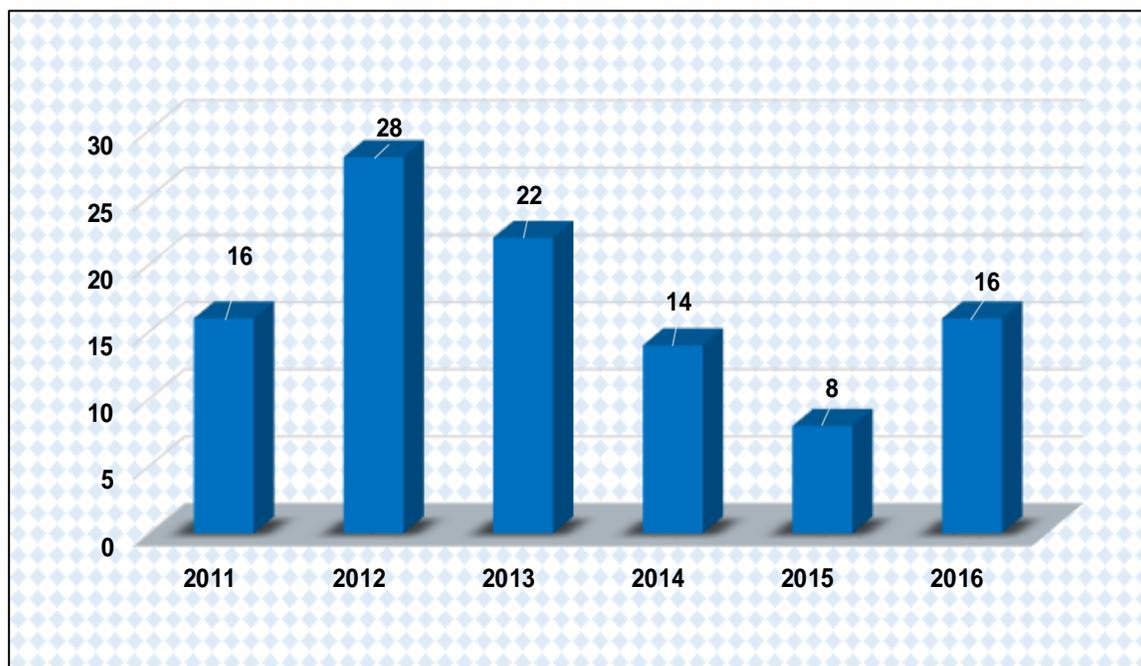
**Gráfico N° 172. Región Loreto. Diarreas Complicadas según Tipos en niñ@s menores de 5 años, atendidos en el primer Nivel de Atención 2011-2016**



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

El Gráfico N°173. Nos muestra el total de fallecidos por todas las Diarreas, observándose que, el mayor número de fallecidos fue en el año 2012 con 28 fallecidos; en el 2015 hubo el menor número de fallecidos fue en el 2015 con 8 fallecidos por EDAS. En el 2016 se presentaron 16 fallecidos, aumentando a la mitad de fallecidos en relación al 2015 que fue de 8 fallecidos.

**Gráfico N° 173. Región Loreto. Total, de Defunciones por Diarreas en niñ@s menores de 5 años. 2011-2016**



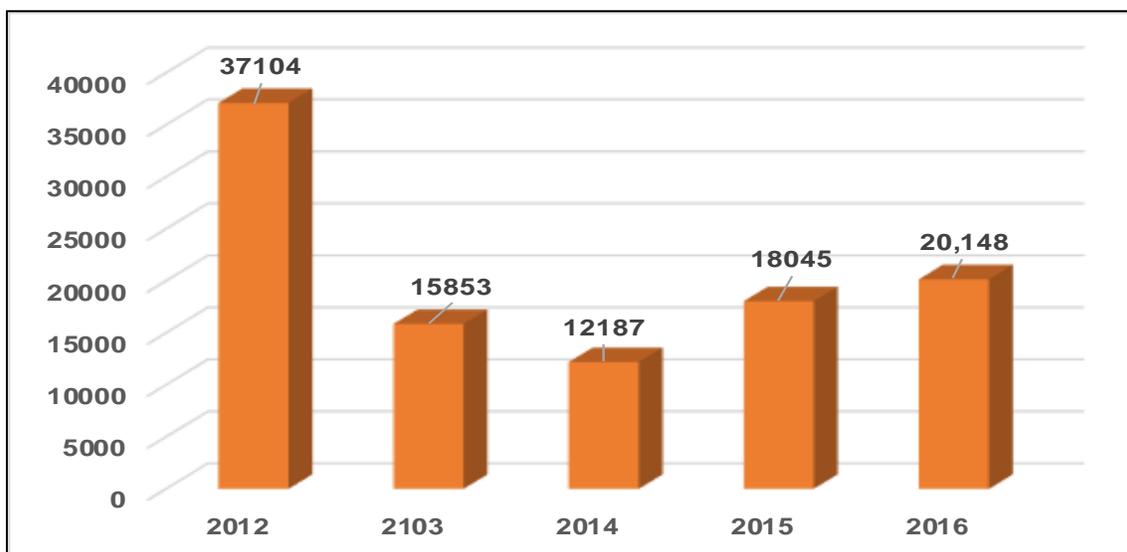
Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

**c. Conjuntivitis**

La conjuntivitis es la inflamación de una capa muy delgada y fina llamada conjuntiva, la cual recubre los párpados y el ojo en su parte más superficial, de ahí que se les llama conjuntiva tarsal (la que recubre al ojo) y conjuntiva palpebral (la que recubre a los párpados).

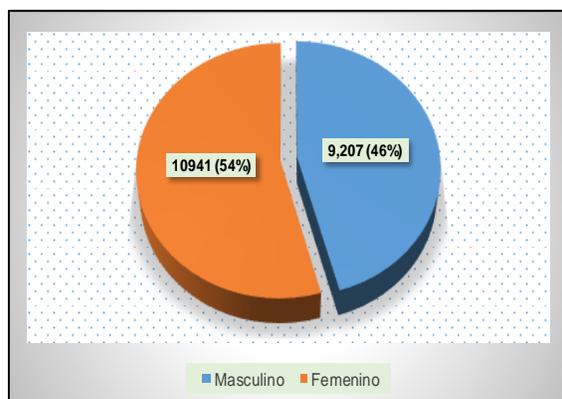
En el Gráfico N°174. Podemos observar el número de conjuntivitis atendidas en la región Loreto, en el 2012 se reportaron 37104 casos de conjuntivitis, la más alta en los 5 años analizados. Luego de ese año hubo un descenso considerable de 15,853 casos en el año 2013, un ligero descenso en el año 2014 con 12,187 casos, se vuelve a incrementar en el año 2015 con 18,045 casos, finalmente en el año 2016 se reportaron 20,148 casos de Conjuntivitis.

**Gráfico N° 174. Región Loreto. Número de casos de Conjuntivitis 2012 - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

**Gráfico N° 175. Región Loreto. Número de Conjuntivitis según Sexo 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

En la conjuntivitis no hay mucha diferencia en la aparición entre un hombre y una mujer.

La Conjuntivitis en el año 2016, se presentaron en mayor proporción en el sexo Femenino con un 54% y en el 46% en el sexo masculino.

### 3.7 Enfermedades Crónicas No Transmisibles

#### a. Desnutrición Crónica Infantil

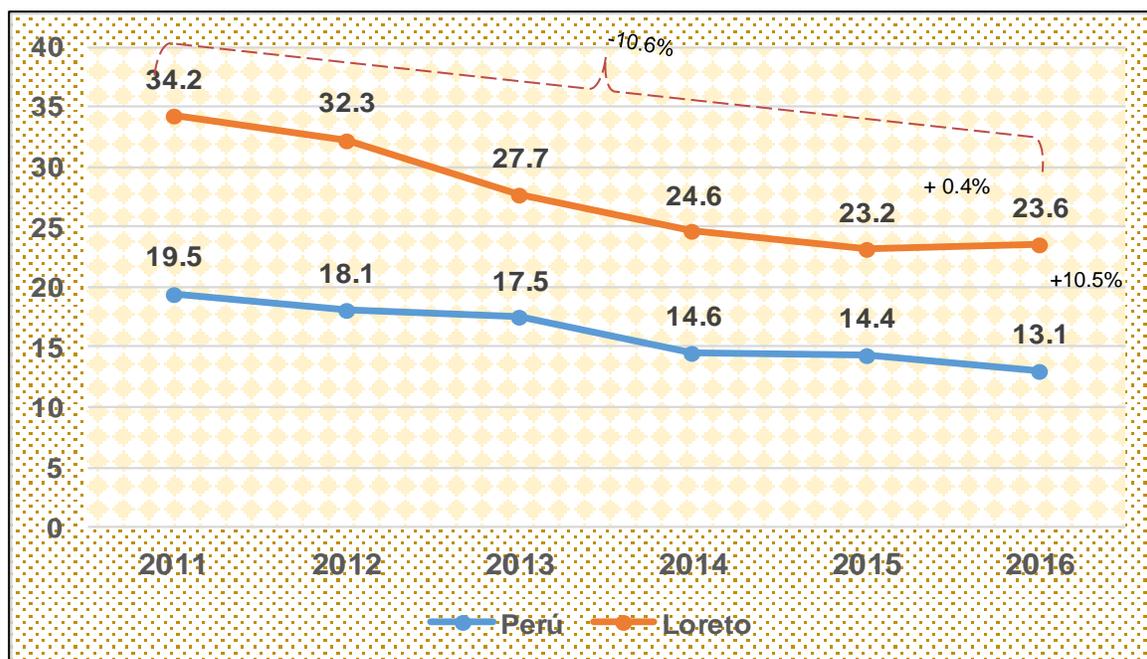
La Desnutrición Crónica Infantil, es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social.

La desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años afectó principalmente a los departamentos más pobres del país como Huancavelica, Cajamarca, Ucayali, Pasco y Loreto, con tasas de desnutrición crónica superiores al 23,0%. En el último año, la desnutrición crónica disminuyó en 16 regiones del país, siendo Huánuco y Piura las que presentaron una disminución de 5,0 puntos porcentuales<sup>27</sup>; subrayó el Jefe del INEI. Dr. Aníbal Sánchez Aguilar al presentar los Resultados de los Indicadores de Salud Materno Neonatal, Infantil y Articulado Nutricional de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016.

La Proporción de Desnutrición Crónica en la Región de Loreto viene decreciendo en 10.6% desde el año 2013 de 34.2% a 23.3% en el 2016, pero a pesar que viene descendiendo la proporción a nivel regional son superiores que el nivel Nacional, en el año 2016 hay una brecha entre el nivel regional y nacional de 10.5%.

Comparando en la región Loreto, la desnutrición crónica infantil en el 2015 fue de 23.2% (12,685 niñas y niños desnutridos) y en el 2016 de 23.6%, hay un incremento de 0.4 puntos porcentuales.

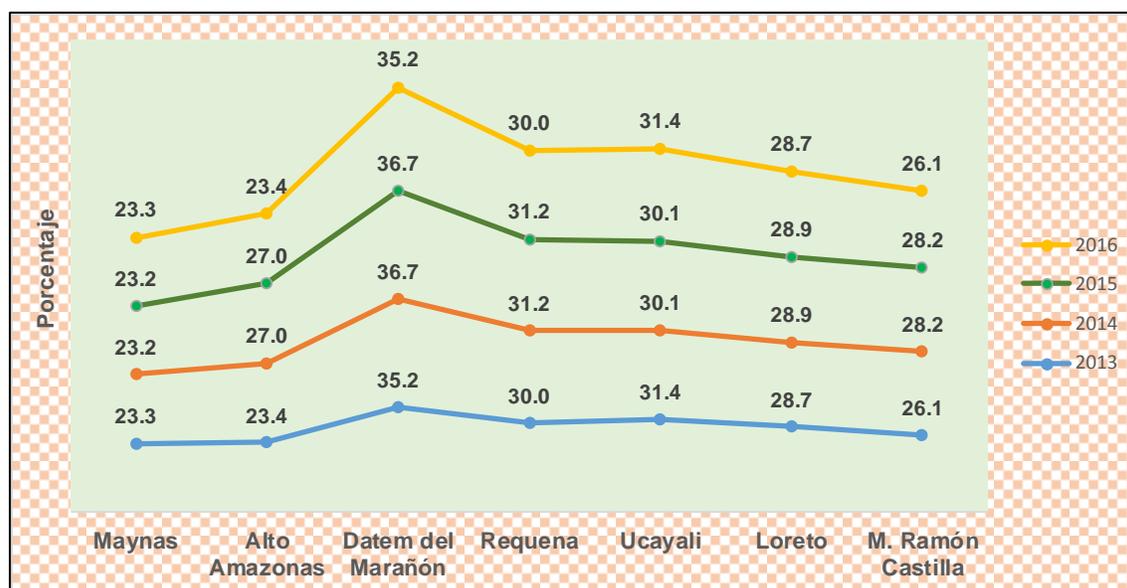
**Grafico N° 176. Región Loreto. Proporción de Desnutrición Crónica en Niños Menores de 5 Años.**



Fuente: INEI. ENDES 2011 - 2016.

Si observamos la Desnutrición Crónica por provincias desde el 2013 al 2016, se observa en los 4 años de análisis que la provincia del Datem del Marañón tuvo la proporción más elevada que las demás provincias; En el año 2016 la desnutrición crónica fue de 35.2% habiendo una disminución de 1.5% en comparación con el año 2015 que se tuvo 36.7%. La provincia de Maynas es la que tuvo la más baja proporción de Desnutrición Crónica, entre los 4 años de evaluación, la diferencia de disminución o incremento no sobrepasa de 0.1% por año., Es así que en el 2016 se tuvo una proporción de Desnutrición Crónica de 23.3% con un incremento de 0.1% en relación al 2015 que se obtuvo 23.2%.

**Grafico N° 177. Región Loreto. Proporción de Desnutrición Crónica en Niños Menores de 5 Años según provincias.**



Fuente: DIRESA Loreto. SIEN 2013-2016.

## b. Anemia Infantil

Anemia. Uno de los factores que se relaciona con la desnutrición crónica infantil, es la anemia infantil por déficit de hierro, condición que determina además el desarrollo cognitivo del niño durante los primeros años de vida, la anemia en los niños, provocada principalmente por la ferropenia, causa un aumento de la mortalidad infantil, así como la alteración del desarrollo cognitivo, motor y conductual.

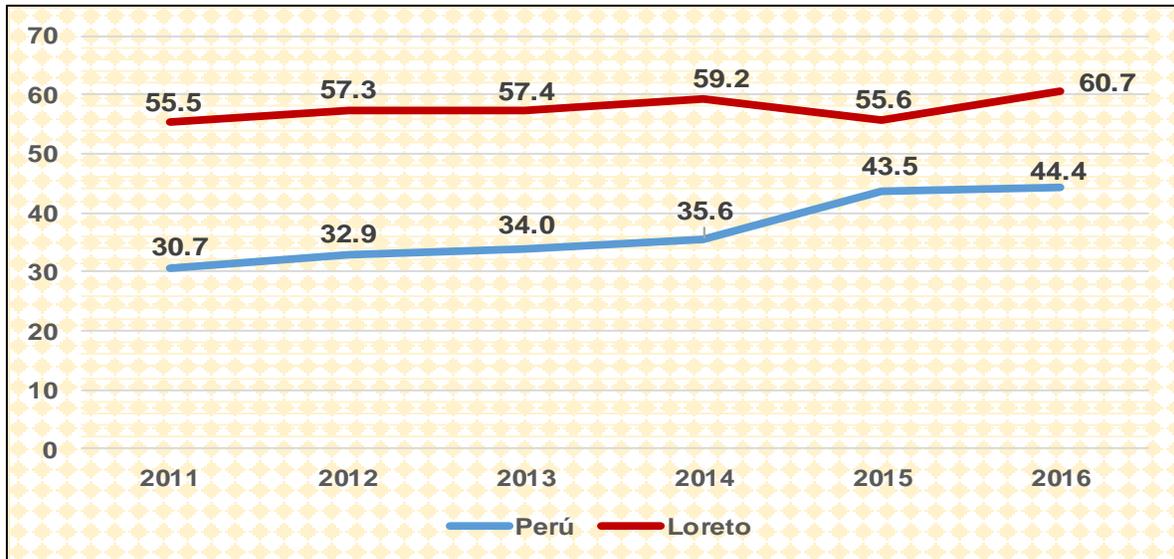
La causa principal de la anemia es la deficiencia de hierro, condicionada algunas veces por el bajo peso al nacer y la prematuridad, además de otras causas como enfermedades infecciosas o pérdida de sangre por causas externas. La prevalencia de anemia en menores de 5 años en el Perú es catalogada como un problema de salud pública severo.

La anemia afectó en el año 2016, a las regiones de Puno, **Loreto** y Pasco con porcentajes superiores al 60,0%. Asimismo, disminuyó en 11 regiones, registrándose las mayores reducciones en Áncash (9,5 puntos porcentuales), Región Lima (7,8 pp), Cajamarca (5,2 pp), Tacna (3,8 pp), Ica (3,5 pp), Apurímac (3,3 pp) y Madre de Dios (2,6 puntos porcentuales).

En el Gráfico N° 178; Se observa la proporción de Anemia en la región Loreto en comparación con el nivel nacional desde el 2011-2016, siendo la proporción de anemia en la región Loreto

en todos los años evaluados, superior a la presentada por el nivel nacional. En el año 2016 la región Loreto, tuvo el 60.7% de anemia la más alta presentada en los últimos 5 años, siendo 5.1% superior al año 2015 que obtuvo el 55.6% de anemia, así como superior a 16.3% en comparación con el nivel nacional que obtuvo el 44.4%.

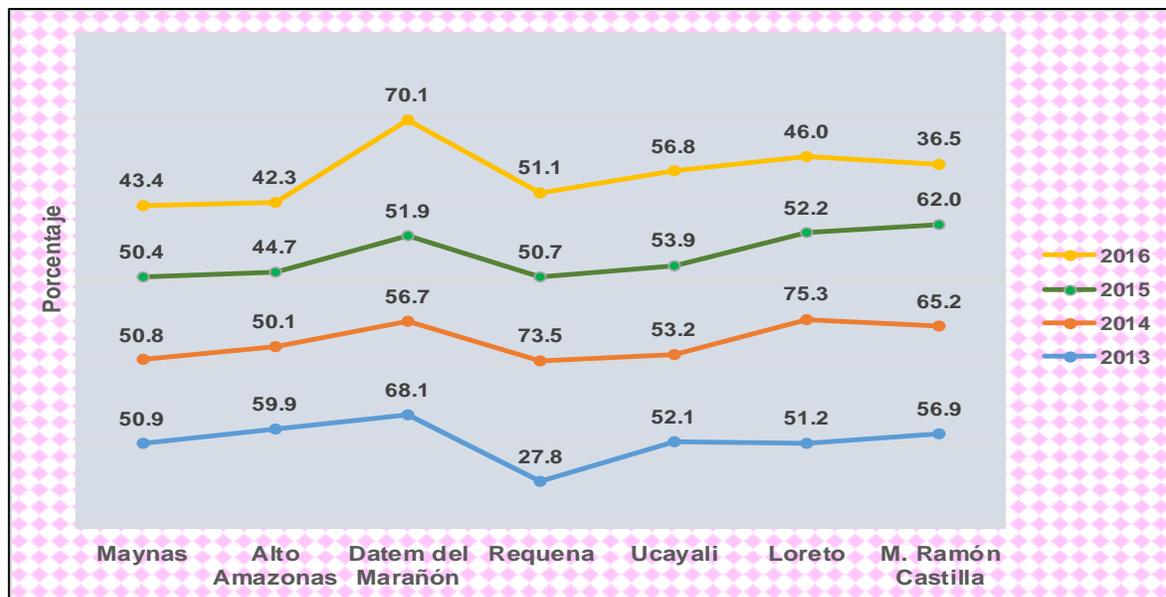
**Grafico N° 178. Región Loreto. Proporción de Anemia en Niños Menores de 5 Años 2011-2016.**



Fuente: DIRESA Loreto. SIEN 2013-2016.

El Gráfico N° 179. Nos muestra que en el año 2016 en todas las provincias las tasas de anemia se incrementaron y la provincia del DATEM del Marañón presenta la mayor tasa de Anemia en los años 2013 y 2016.

**Grafico N°179. Región Loreto. Proporción de Anemia en Niños Menores de 5 Años según provincias 2013-2016.**



Fuente: INEI. ENDES 2011 - 2016.

### c. Cáncer

El Cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos.

El Cáncer es un problema de salud pública, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad en la Región Loreto. El 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado.

#### Morbilidad del Cáncer

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en hospitales, de un total de 322 casos notificados en el período 2016, los cánceres más frecuentes fueron los de Cuello Uterino 121 casos (37.5%), Mama 30 casos (9.3%), Piel 21 (6.5%), Leucemia 20 (6.2%), Hígado 11 (3.4%), Linfomas 10 (3.1%), Próstata 7 (2.1%), Colón 4 (1.2), Pulmón 3 (0.9%), finalmente hay otros tipos de cáncer 95 casos (29.5%). Contribuyendo en el incremento de la mortalidad general por enfermedades no transmisibles.

**Gráfico N° 180. Región Loreto. Número de Casos de Cáncer según localización - 2016.**



Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales-2016.

Así mismo se puede observar en la Tabla N° 38, la morbilidad acumulada del año 2006 al 2015 por sexo, encontrándose que, de 1028 casos de cáncer notificados, 709 casos corresponden al sexo femenino (68.9%) y 319 al sexo masculino (31.1%), como también que durante esos 9 años el cáncer de cérvix representa el 34.3% del total de cánceres notificados, seguidas del cáncer al estómago con el 7.1%, luego el cáncer hematológico (5.4%).

**Tabla N°38. Región Loreto. Número de Casos de Cáncer según Sexo 2006- 2015.**

N°	LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
1	Cérvix	0	353	353	34,3
2	Mama	0	78	78	8
3	Estómago	45	29	74	7,1
4	Hematológico	31	25	56	5,4
5	Piel	22	21	43	4
6	Pulmón	20	12	32	3
7	Tiroides	1	15	16	2
8	Ovario	0	14	14	1,3
9	Próstata	5	0	5	0,4
10	Colón	5	1	6	0,5
11	Otros	190	161	351	34
<b>TOTAL</b>		<b>319</b>	<b>709</b>	<b>1028</b>	<b>100</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales 2016.

**Mortalidad Por Cáncer:**

La mayor parte de las defunciones son consecuencias de las demoras en el diagnóstico, aunado a ello la falta de cultura de prevención de la población, que en la mayoría de las veces tienen mucha resistencia de acudir a un establecimiento a realizarse un chequeo anual, incrementando al problema la difícil accesibilidad de acceder a un servicio de salud, y las fallas en el sistema en cuanto a la capacidad de respuesta con calidad en los establecimientos y/o hospitales (Desabastecimiento de insumos y reactivos), Falta de equipamiento (equipos de Crioterapia, Colposcopios), Falta personal (especialistas-Oncólogos).

**Tabla N°39. Región Loreto. Número de Muertes por Cáncer según grupo de edades - 2016.**

Mortalidad por grupos de Edad y tipos de Cáncer	Ca Cuello Uterino	Ca Mama	Ca Próstata	Ca Pulmón	Ca Colón	Ca Piel	Linfoma	Leucemias	Ca Hígado	Otros Tipos Cáncer	Total
0-14 años	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
15 -19 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 -29 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-39 años	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4
40 -49 años	5	0	0	1	1	0	0	0	0	4	11
50 -59 años	2	0	0	1	0	0	0	0	2	3	8
60-69 años	4	0	1	1	0	0	1	0	3	6	16
70-79 años	0	1	1	0	1	0	1	1	0	6	11
80 +	0	2	3	3	0	1	0	0	1	8	18
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>69</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales.

La Tabla N° 39. Nos muestra la mortalidad por cáncer en el año 2016, de 69 muertes 18 muertes corresponde al grupo de edad de 80 a más, seguida de las muertes en el grupo de edad de 60 a 69 años, 11 muertes en los grupos de edades de 40-49 años y de 70 a 79 años respectivamente.

Con respecto a la mortalidad, está demostrado que el 95% de pacientes diagnosticados con Cáncer, pueden curarse si es que han sido diagnosticado en etapa temprana, Durante el año 2016 en la Región, se reportaron 69 casos de muerte por cáncer, siendo el Cáncer de Cuello Uterino una de las causas en las mujeres y el Cáncer de Pulmón en los hombres.

**Tabla N° 40. Región Loreto. Número de Muertes de Cáncer por Causas Básicas – 2007 - 2015**

N°	Causas Básicas de Mortalidad	Defunciones 2007 -2015	Porcentaje
1	Cáncer Cervix	200	19,3%
2	Cáncer de Estómago	139	13,4%
3	Cáncer de hígado y vías biliares	96	9,4%
4	Cáncer del Pulmón	91	8,8%
5	Metastasis	61	5,9%
6	Leucemia	55	5,4%
7	Cáncer de Próstata	55	5,4%
8	Cáncer de Colón y Recto	38	3,7%
9	Cáncer de mama	36	3,5%
10	Cáncer de Páncreas	32	3,2%
11	Cáncer SNC	26	2,5%
12	Otros Cánceres	202	19,5%
<b>TOTAL</b>		<b>1031</b>	<b>100,0%</b>

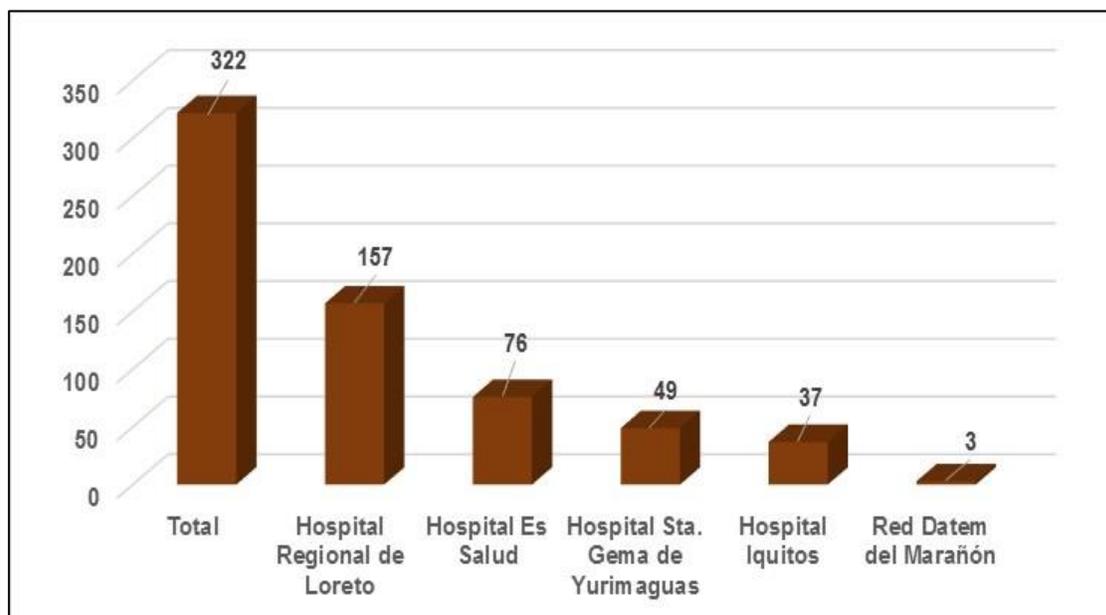
Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales.

La Tabla N° 40. Nos muestra el cáncer por causas básicas en el periodo 2007 al 2015. Que, dentro de las 5 primeras causas básicas de mortalidad por cáncer se encuentran: El cáncer al cérvix con el 19.3%, seguida del cáncer al estómago con el 13.4%, cáncer de hígado y vías biliares con el 9.4%, Cáncer al Pulmón con el 8.8%, finalmente la Metástasis con el 5.9%.

#### **Cáncer por Establecimiento Notificante:**

A finales del año 2016 se reportaron 322 casos de Cáncer, de los cuales: 157 casos reportaron el Hospital Regional de Loreto, 76 casos el Hospital Essalud 49 casos el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, 37 casos el Hospital Iquitos y 3 casos la Red Datem de Maraón (Ver Gráfico N°181).

**Gráfico N° 181. Región Loreto. Número de Casos de Cáncer por Establecimiento de Salud Notificante - 2016.**



Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales.

Así mismo, García Hugo, en su Tesis para optar el título de médico cirujano; Estudió el perfil epidemiológico de cáncer maligno en el **Hospital Regional de Loreto** en el año 2016, encontrando como predominio de neoplasias malignas en las edades de 30 a 64 años (58.15 %), en mujeres (67.38 %), amas de casa (48.23 %), instrucción primaria (63.12 %). En mujeres predominó cáncer de cuello uterino (46.10 %); mientras que en varones predominó el cáncer de estómago (9.93 %).

La presentación clínica predominó como método de primer diagnóstico (89.36 %). A manera general los 5 Cánceres más frecuentes en el Hospital regional de Loreto en el año 2016 fueron: Cáncer de cuello uterino (46.10 %), Piel no melanoma (17.02 %), Estómago (12.77 %), Mama (4.26 %) y Cáncer de pene (3.55 %)

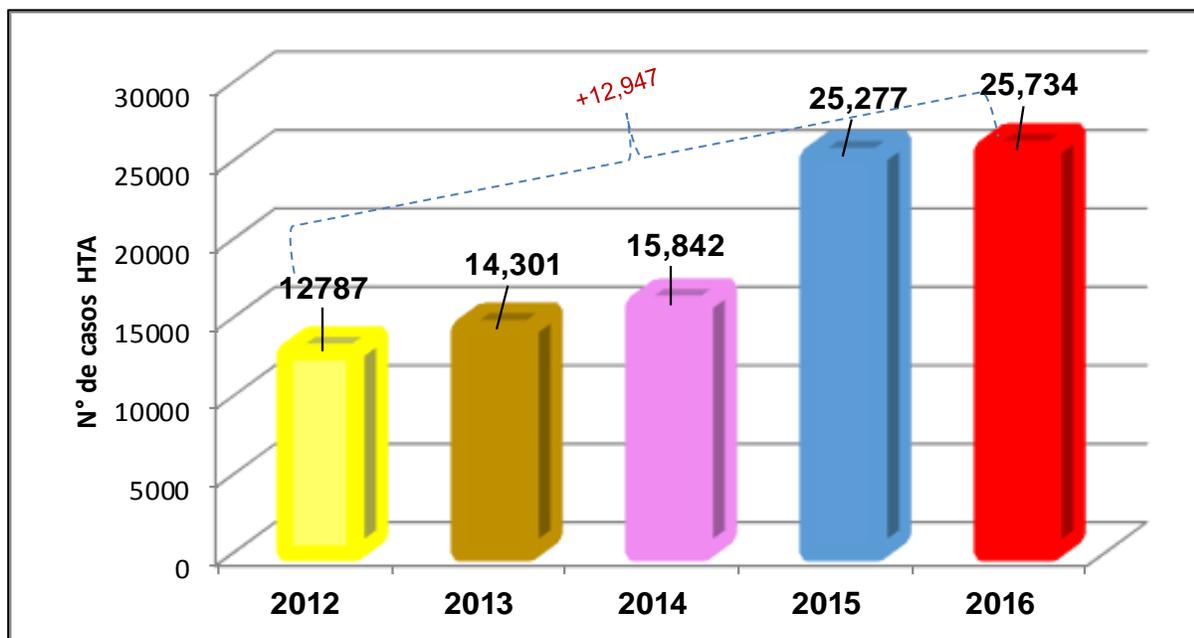
#### **d. Hipertensión Arterial (HTA)**

La Hipertensión Arterial es la Enfermedad No Transmisible más frecuente y fácil de diagnosticar, pero también la que trae consigo un mayor número de complicaciones, así como un mayor riesgo de mortalidad. Su prevención es la medida más importante y menos costosa universalmente.

Existen factores de riesgo que condicionan al desarrollo de la enfermedad, estos se dividen en dos grandes grupos: Los modificables (Hipercolesterolemia, tabaquismo, Obesidad, Diabetes Mellitus, Sedentarismo, Factores psico sociales) que pueden como su nombre lo indica ser controlados por la propia persona; y los no modificables: edad, sexo, raza, antecedentes familiares.

En el Gráfico N° 182. Se observa una tendencia de incremento de HTA entre los años 2012 al 2016 con 12,947 casos de HTA, no habiendo mucha diferencia de casos entre los años 2015 y 2016 solo de 457 casos de HTA.

**Gráfico N° 182. Región Loreto. Número de casos de Hipertensión Arterial año 2012- 2016**

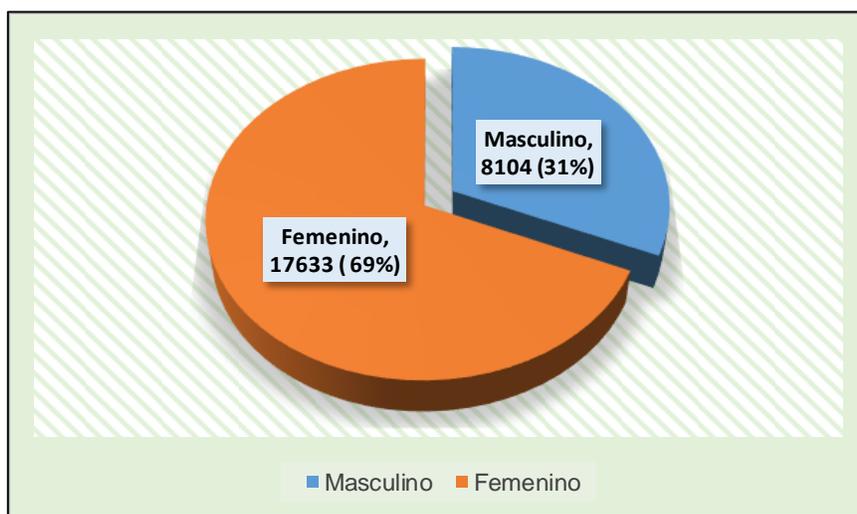


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### Hipertensión Arterial según sexo

Según los datos estadísticos, del total de casos reportados de Hipertensión Arterial en el año 2016, observamos que predomina las HTA en el sexo femenino con 17633 casos de HTA del total de los casos presentados con el 69%, seguidas las presentadas en el sexo masculino con 8104 casos de HTA con el 31%.

**Gráfico N° 183. Región de Loreto. % de Casos de Hipertensión Arterial según sexo - 2016**

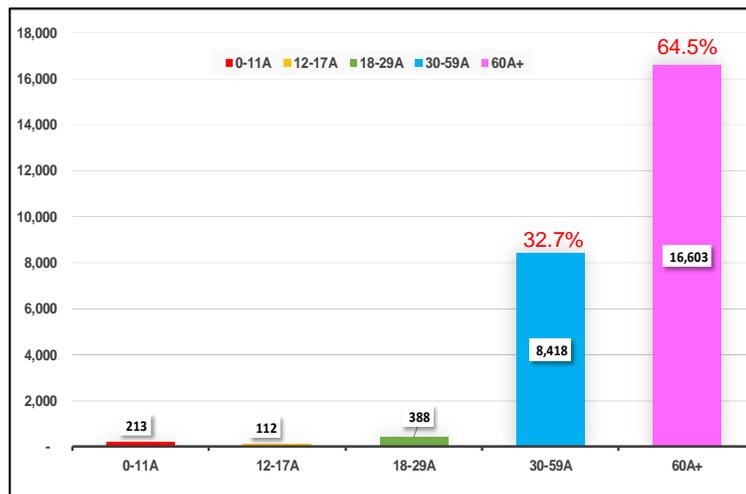


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### Hipertensión Arterial según Grupo de Edad

Podemos observar que el 64.5% de las Hipertensiones Arteriales se presentaron en las edades mayores de 60 años con 16,603 casos, seguidas en el grupo de edades entre los 30 a 59 años con 8,418 casos de HTA con el 32.7%, existe un mínimo porcentaje de casos en las edades de 18- 29 años con 388 casos, en las edades de 12 a 17 años y en las 0-11 años con 112 y 213 casos de HTA respectivamente.

**Gráfico N° 184. Región de Loreto. Casos de Hipertensión Arterial por Etapas de Vida - 2016**

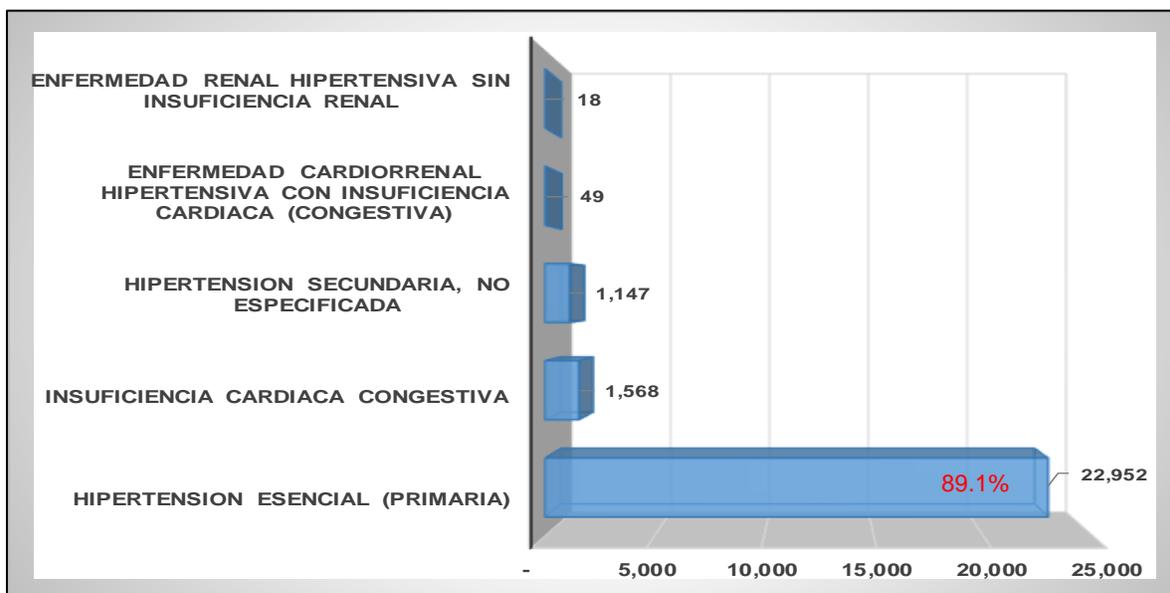


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### Hipertensión según Clasificación

Se puede observar que, del total de casos de Hipertensión Arterial reportados en el año 2016, el 89.1% corresponde a la Hipertensión Esencial Primaria (22,952 casos), seguida de las causadas por Insuficiencia cardiaca congestiva (1568 casos) y en tercer lugar las Hipertensiones secundarias, no especificadas con 1147 casos de HTA.

**Gráfico N°185. Región Loreto. Número de casos de Hipertensión Arterial según Clasificación - 2016**

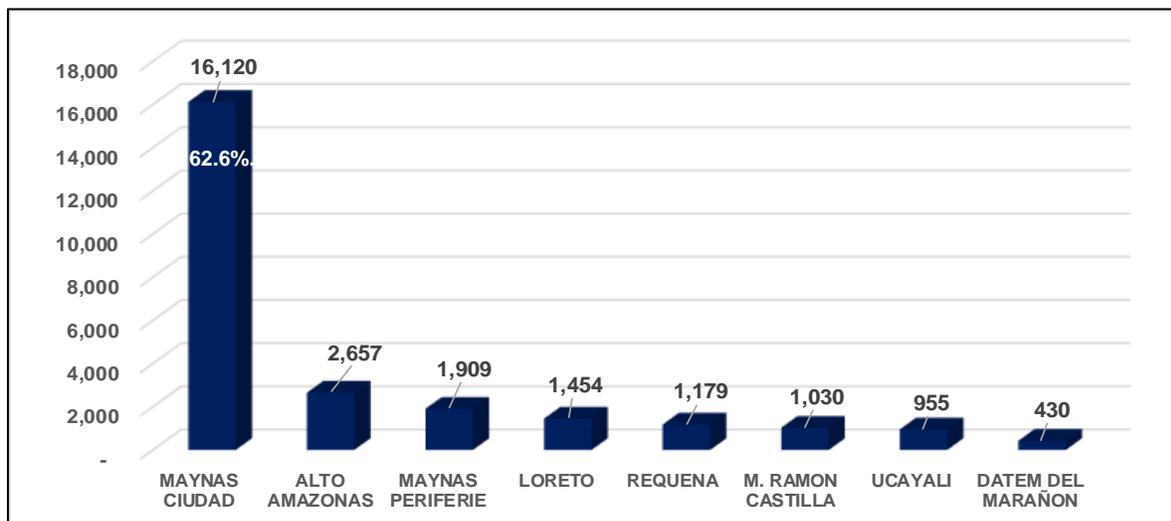


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### Hipertensión Arterial según Redes

En el gráfico N° 186. Se observa que en la Red Maynas se atendieron 16,120 personas con HTA que representa el 62.6% del total de casos, seguida por la Red Alto Amazonas con 2,657 casos y la Red Maynas Periferie con 1,454 casos de HTA.

**Gráfico N° 186. Número de casos de Hipertensión Arterial atendidos en Redes de Salud. Región Loreto - 2016**

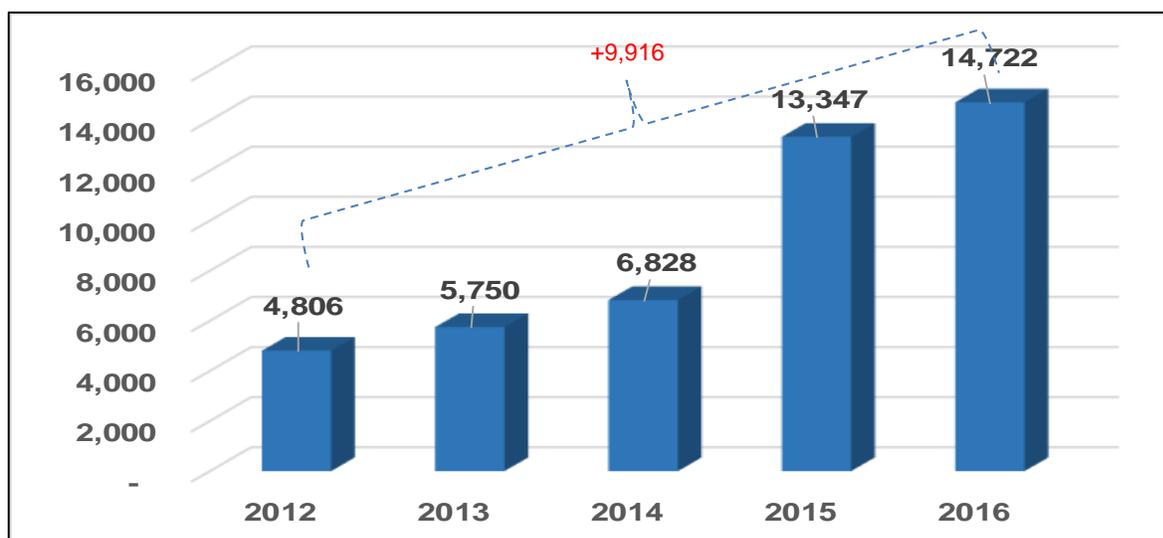


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### e. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en la población peruana. Las complicaciones macro vasculares y micro vasculares derivadas de la hiperglicemia crónica son causa importante de muerte prematura y discapacidad.

**Gráfico N° 187. Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus por años 2012 - 2016**



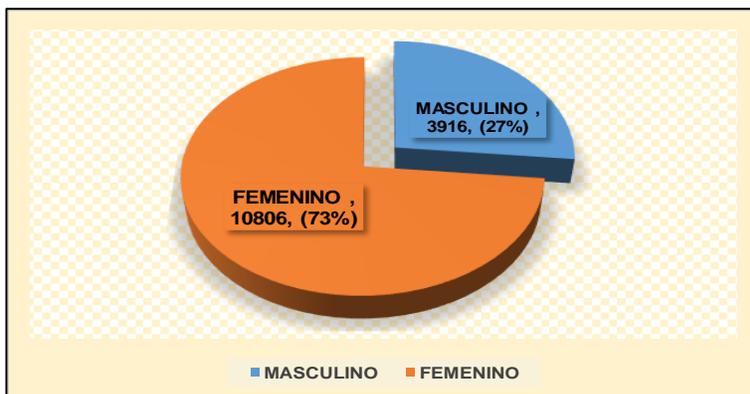
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

En el Gráfico N° 187. Los casos de diabetes del 2012 al 2016 se incrementaron con 9,916 casos, reportándose mayor número de casos en el año 2016 con 14,722 casos de diabetes, incrementándose 1,375 casos de DM en relación al año 2015 que tuvo 13,347 casos.

**Diabetes Mellitus según sexo**

**Gráfico N° 188. Región Loreto. % Diabetes Mellitus según sexo. - 2016**

Podemos observar en el presente gráfico que, los casos de diabetes en el año 2016 se presentaron en mayor proporción en el sexo femenino con el 73% (10,806 casos), mientras en el sexo masculino se presentó con el 27% (3,916 casos).

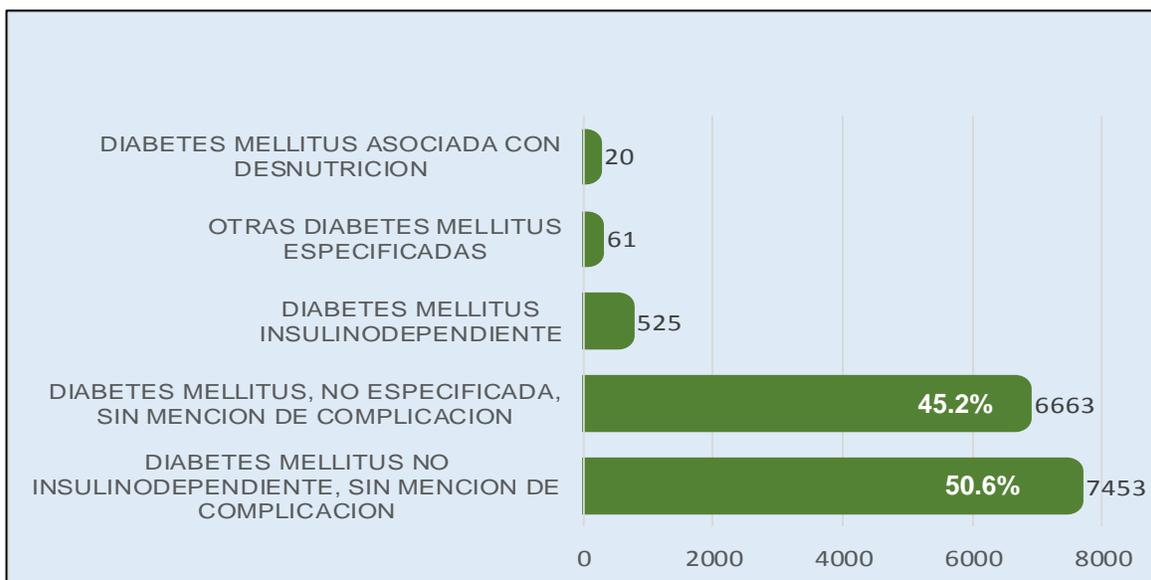


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

**Diabetes Mellitus según Clasificación**

Así mismo la Diabetes Mellitus se han presentado en mayor cantidad las no especificada, sin mención de complicación que representa el 50.6% del total de Diabetes Mellitus, seguida de las DM no insulino dependiente, sin mención de complicación con 6663 casos (45.2%), en menor cantidad de casos fueron las DM Insulino dependiente (525 casos), Las Otras DM especificadas (61) y las DM asociadas con desnutrición (20 casos).

**Gráfico N° 189. Región de Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus según Clasificación - 2016**

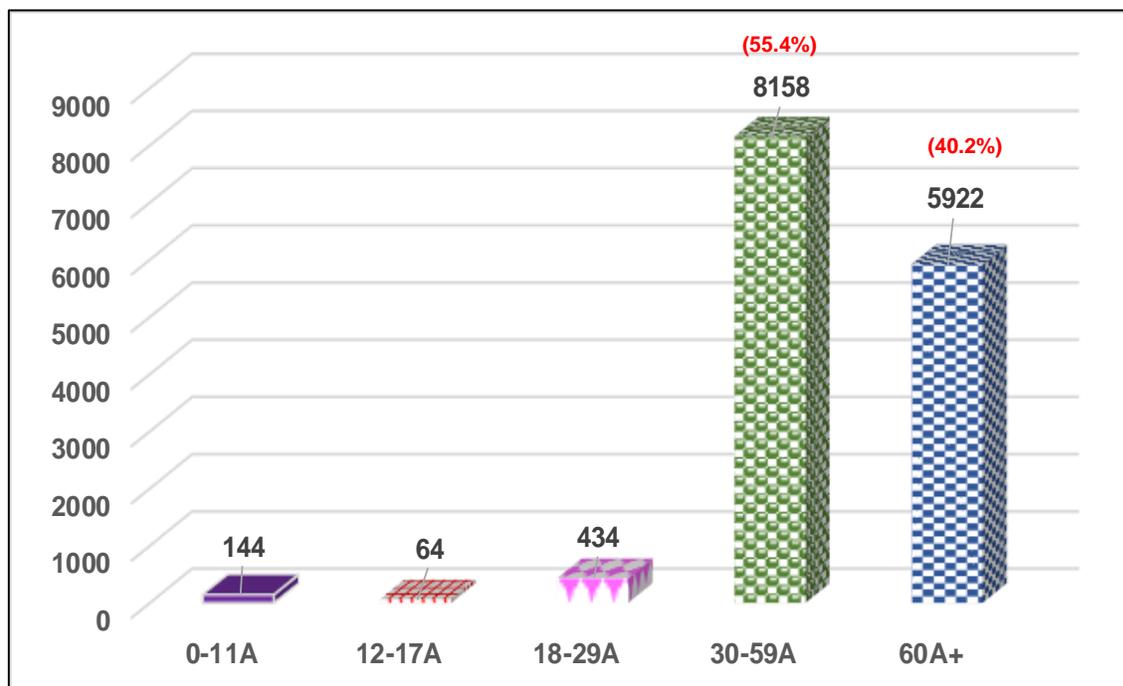


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### Diabetes Mellitus según Etapas de Vida

La Diabetes Mellitus en el 2016, se presentaron en mayor cantidad en la etapa de vida de 30 a 59 años con 8,158 con el 55.4%, seguidas las que se presentan en las edades de 60 años a más con 5,922 casos (40.2%), luego tenemos que la DM se han presentado en las edades de 18-29 años con 434 casos, de 12-17 años con 64 casos y 144 casos en las edades de 0-11 años de edad.

**Gráfico N° 190. Región Loreto. Casos de Diabetes Mellitus según Etapas de Vida - 2016**

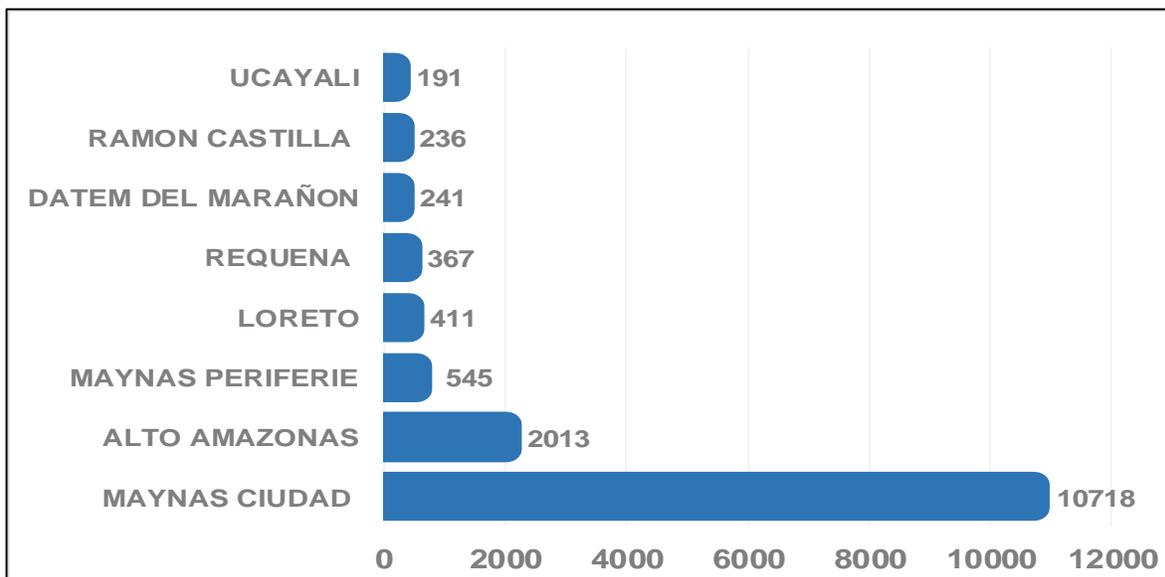


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### Diabetes Mellitus según Redes de Salud

Podemos observar que en la Red Maynas Ciudad se presentaron 10718 casos de DM con el 72.8%, seguidas las atendidas en la Red alto amazonas con 2013 casos, que representa el 13.7%, así mismo en las demás Redes de Salud se reportaron en menor cantidad, Maynas Periferie 545 casos, Red Loreto 411 casos, Red Requena 367 casos, Red Datem del Marañón 241 casos y la Red Ramón Castilla y Ucayali son las Redes que menor casos de Diabetes notificaron con 236 y 191 casos de DM respectivamente.

**Gráfico N° 191. Número de casos de Diabetes Mellitus atendidos en Redes de Salud. Región Loreto - 2016**

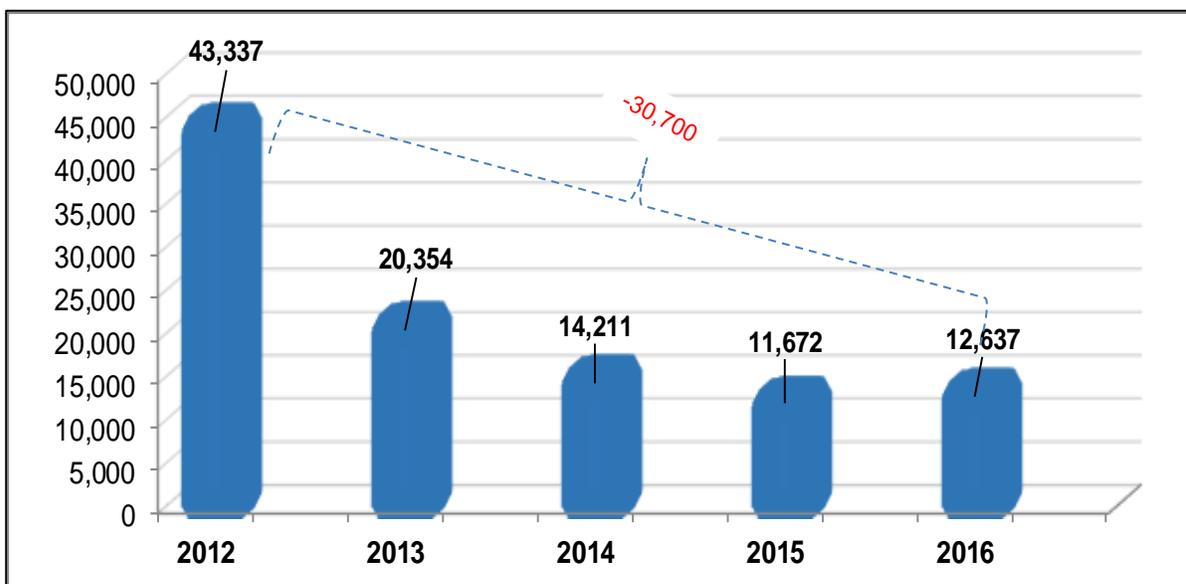


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

**f. Enfermedades Oculares**

Según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Oftalmología – INO - existe aproximadamente 160,000 ciegos y unas 600,000 personas que sufren de alguna discapacidad visual, comprometiendo la calidad de vida, el desarrollo integral y el bien familiar de las personas.

**Gráfico N° 192. Región Loreto. Número de casos de Enfermedades del Ojo y Anexos 2012 - 2016**

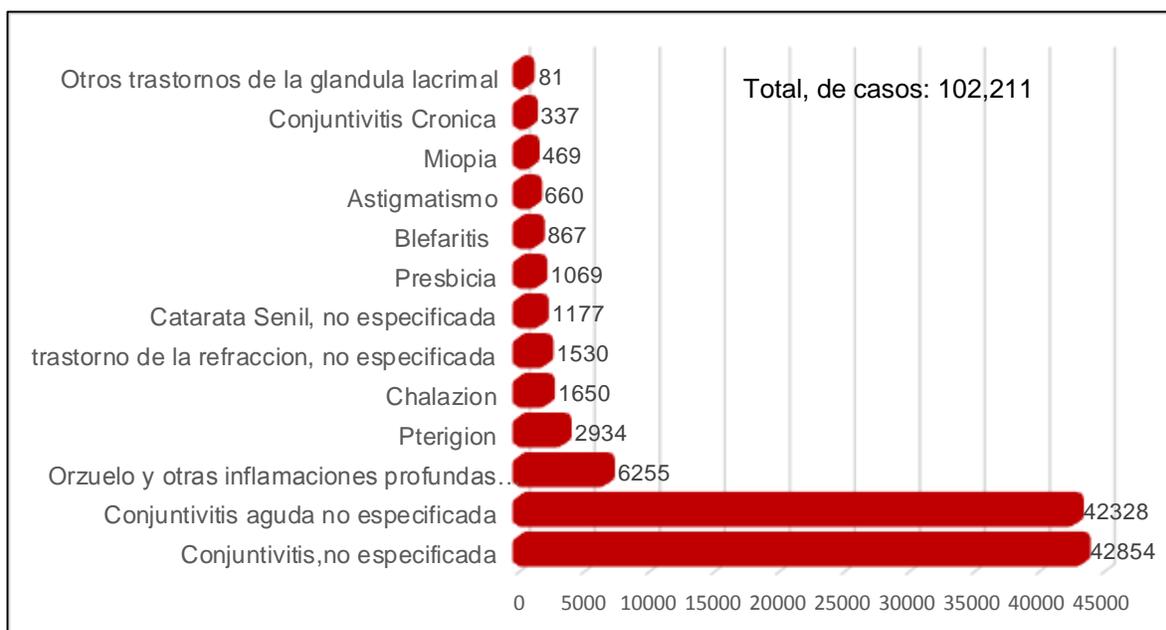


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

En el gráfico N° 192. Se puede observar que las enfermedades del ojo y anexos con el tiempo han ido disminuyendo, en el año 2012 se presentaron 43,337 casos para luego disminuir 30,700 casos hasta el año 2016 que tuvo 12,637 casos.

Históricamente en la región de Loreto, las enfermedades del ojo tienen causas específicas comunes en los 5 años de análisis desde el 2012 al 2016 se presentaron 102,211 personas con enfermedades relacionadas al ojo y anexos, en donde se observa que la conjuntivitis es la primera causa de enfermedades del ojo entre ellas se encuentran la conjuntivitis no especificada (42,854), la conjuntivitis aguda no especificada (42,328) y la conjuntivitis crónica (337) que representan el 84% del total de las causas en ese periodo.

**Gráfico N° 193. Región Loreto. Causas más frecuentes de atención en consulta externa de Enfermedades del Ojo y sus Anexos. 2012 - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

En el año 2016 las enfermedades del ojo y sus anexos se presentaron más en el sexo femenino con el 55%, no habiendo mucha diferencia con el sexo Masculino con el 45%.

En este mismo periodo la conjuntivitis en general es la causa principal de enfermedades del ojo, especificando de la siguiente manera: (Conjuntivitis: 6524, conjuntivitis aguda: 4025 y conjuntivitis crónica: 38 casos) haciendo un total de 10,587 casos del total de conjuntivitis, seguida de los Pterigion con 628 casos y en tercer lugar las causadas por orzuelos y otras inflamaciones profundas con 339 casos; La miopía aún en esta época a pesar que es una enfermedad ya operable en este año se registraron 8 casos. (Ver Gráfico N°194).

**Gráfico N° 194. Región Loreto. Causas más frecuentes de atención en consulta externa de Enfermedades del Ojo y sus Anexos. 2016**

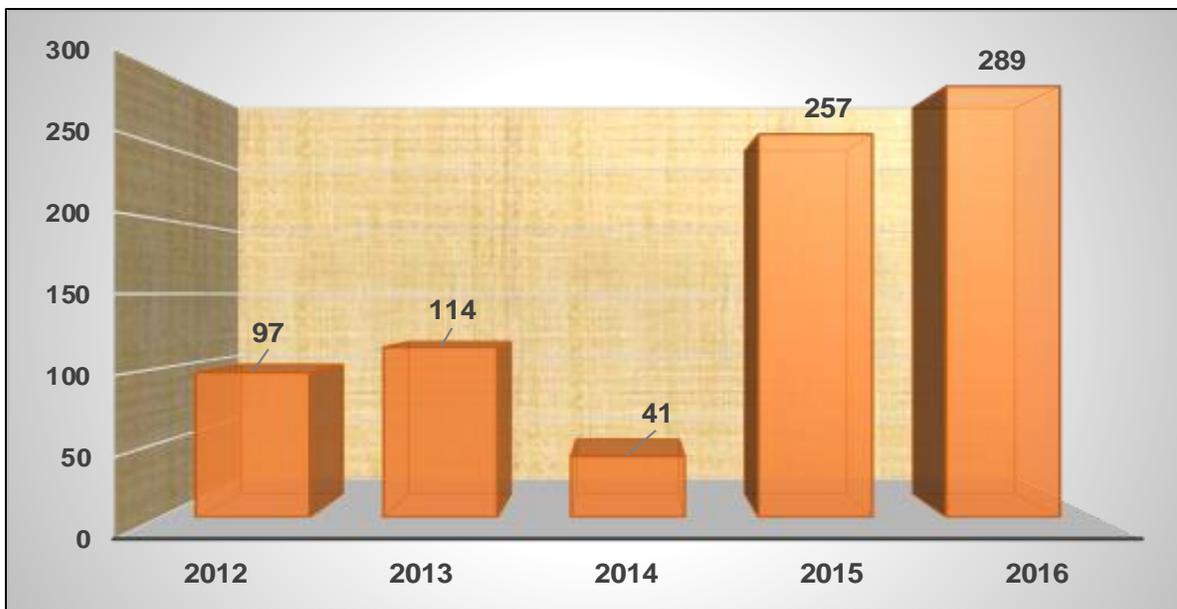


Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

### Ceguera

En la región Loreto, durante los años 2012 al 2016, se reportaron y atendieron 798 casos de ceguera en mayores de 50 años, de las cuales la mayor cantidad de casos se atendieron en el año 2015 con 257 casos y en el año 2016 con 289 casos de Ceguera.

**Gráfico N° 195. Región Loreto. Número de casos de Ceguera en Mayores de 50 años. 2012- 2016**



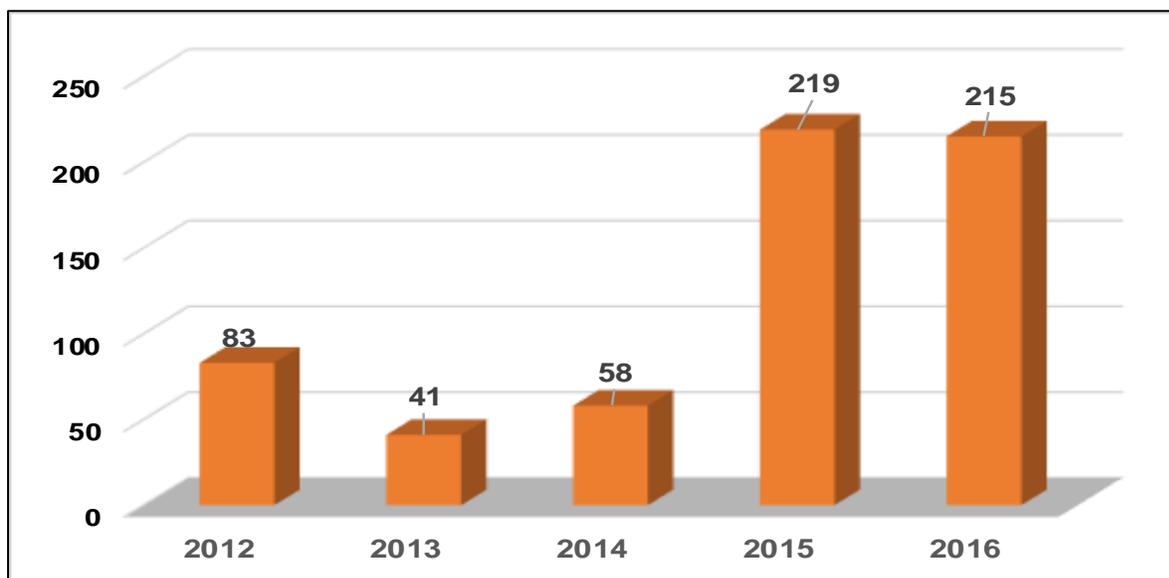
Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

De los 289 casos de Ceguera en mayores de 50 años en el año 2016, el 51% corresponde al sexo femenino y el 49% al sexo masculino.

### Glaucoma

En el presente Gráfico se observa que durante los años 2012 al 2014, los casos de glaucoma, no representaban más de 83 casos, pero luego se inicia el periodo de incremento de casos en el 2015 con 219 y en el 2016 con 215 casos de Glaucoma.

**Gráfico N°196. Región Loreto. Número de Casos de Glaucoma. 2012 - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Estadística.

Los casos de Glaucoma en el sexo femenino se presentaron en mayor proporción con respecto al sexo masculino cada uno con 55% y 45% respectivamente.

### Enfermedades Bucales

Existe en la actualidad una severa carga de enfermedades bucales que permanece notablemente alta en nuestros ciudadanos. Por ejemplo, la prevalencia de la caries dental es del 95%, la enfermedad periodontal 85% y la maloclusión 80%.

Al analizar las enfermedades bucales en la región Loreto, se observa un crecimiento del número de casos desde el 2012 al 2016, observando que el incremento al año 2016 fue de 158,458 más casos que en el año 2012. En el año 2016 se presentaron 309,672 casos de enfermedades bucales incrementándose con 67,618 casos con respecto al año anterior 2015 que alcanzó a 242,054 casos (Ver Gráfico N° 197).

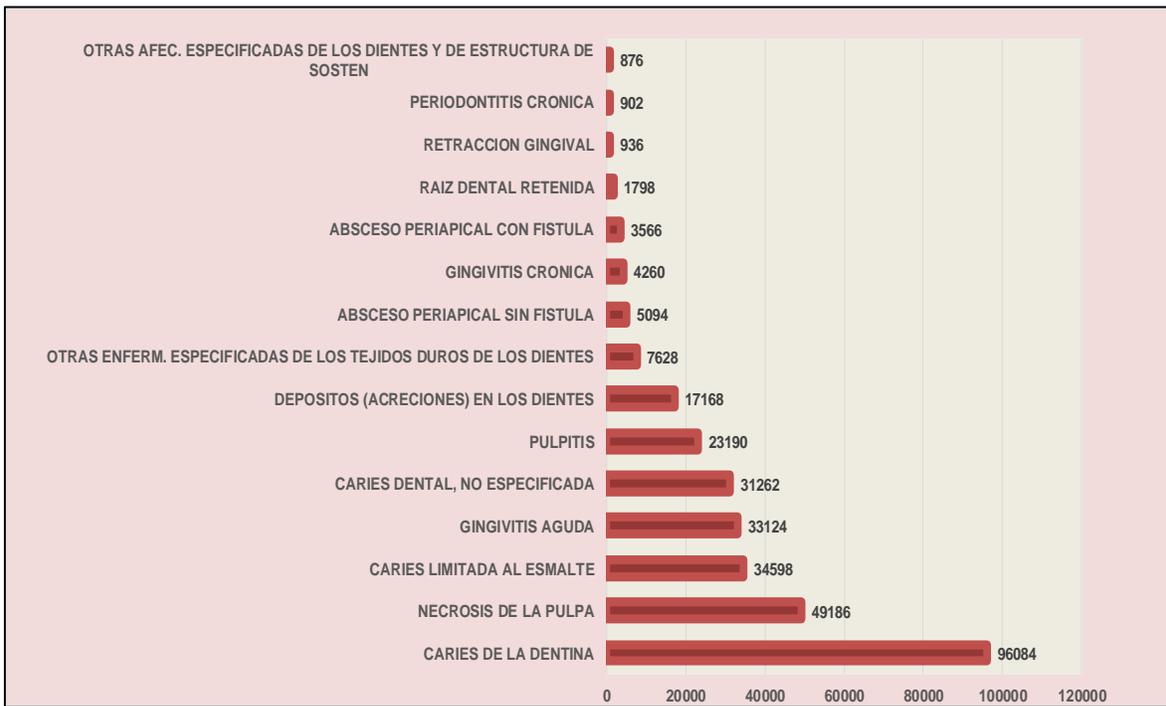
**Gráfico N°197. Región Loreto. Número de Casos de Enfermedades bucales. 2012-2016**



Fuente: Dirección de Estadística DIRESA Loreto

En el 2016, la región Loreto presenta entre las 5 primeras causas de enfermedades bucales a la caries a la dentina con 96,084 casos, le sigue la necrosis de la pulpa con 49,186 casos, caries limitada al esmalte 34,568 casos, la gingivitis aguda con 33,124 casos y la caries dental no especificada 31,262 casos. (Ver Gráfico N° 198).

**Gráfico N° 198. Región Loreto. Enfermedades Bucles según Causas. 2016**



Fuente: Dirección de Estadística DIRESA Loreto

---

**CAPITULO V**

**ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE  
RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD**

---

## 1. CONTAMINACIÓN Y RIESGOS DE EXPOSICIÓN A METALES PESADOS Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS EN CUENCAS DE LA REGIÓN LORETANA.

Podemos definir a la contaminación como un desequilibrio, resultado de la adición de cualquier sustancia al medio ambiente, debido a los diferentes procesos productivos del hombre (fuentes antropogénicas) y actividades de la vida diaria, causando efectos adversos en el hombre, animales y vegetales; problemática a la que el Perú no es ajeno.

Los niveles de contaminación ambiental han ido en aumento notablemente, especialmente entre los últimos 10 años. Entre los contaminantes más importantes se encuentran los metales pesados, estos no se degradan química ni biológicamente, por lo que una vez emitidos permanecen en el ambiente durante cientos de años en algunos casos, contaminando el agua, la tierra, y ocasionando daños a la salud de las personas. Además, su concentración en los seres vivos aumenta a medida que son ingeridos por otros, por lo que la ingesta de plantas o animales contaminados puede provocar intoxicación.

Según la Tabla N° 41. En la región Loreto según Resolución Ministerial se identificaron 4 cuencas de extracción petrolera con riesgo a Contaminación de Metales Pesados: Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón, cada una de ellas cuenta con centros poblados y población que se encuentran expuestos a contaminación. Estas cuencas están ubicadas en dos provincias (Datem del Marañón y Loreto) y 7 distritos (Andoas, Pastaza, Trompeteros, Intuto, Urarinas, Parinari, Y Nauta) de la región Loreto.

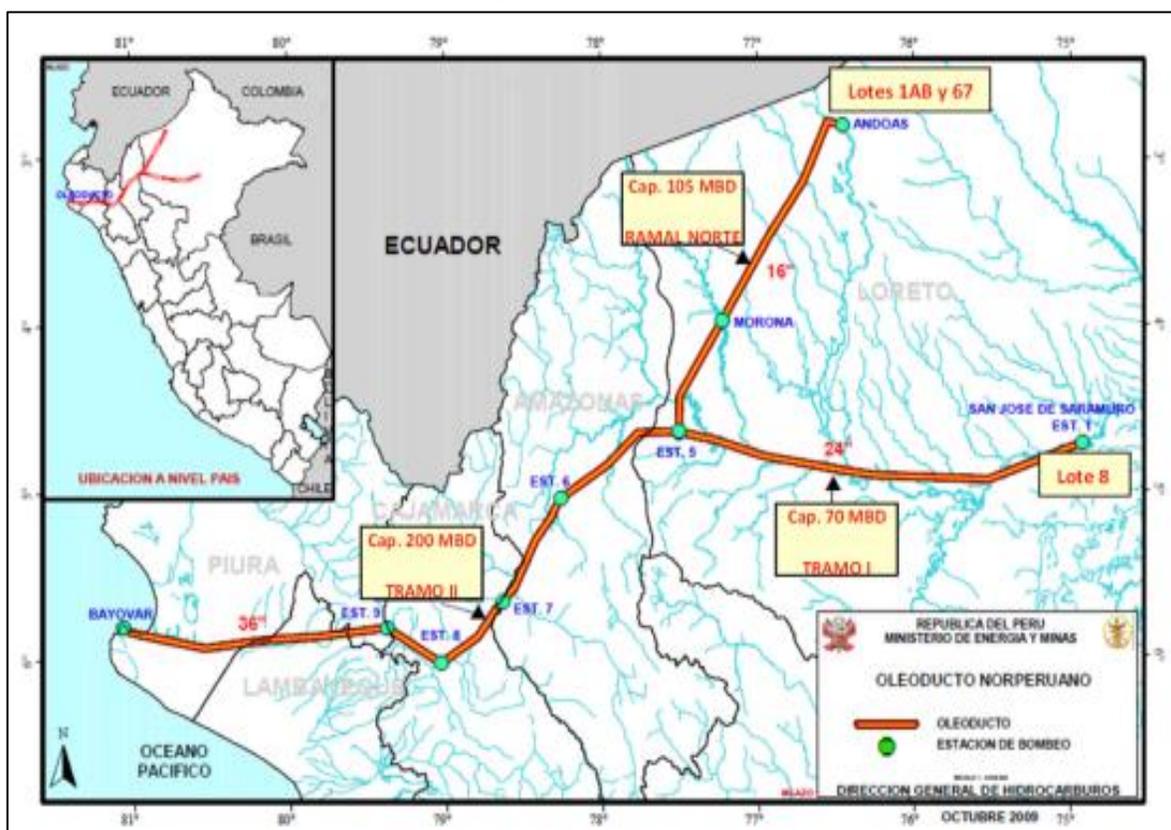
**Tabla N° 41. Descripción de las Cuencas por su ubicación geográfica, población y Familias en riesgo según Resoluciones Ministeriales - 2016**

N°	Cuencas	Provincias	Distritos	Centros Poblados	Total de población	N° de Familias
1	Pastaza (RM.N°094-2013.MINAM). Fecha 22 de Marzo 2013	Datem del Marañón	Andoas, Pastaza	Los jardines, Andoas viejo, Alianza, Topal, Nuevo Andoas, Nueva Esperanza(Murupishcu), Loboyacu, Sungachi, Bolognesi, Soplín, Sabaloyacu, Alianz Cristiana, Santa María, Campo Verde, Nueva Unión, Trueno Cocha, Nuevo Ungurahui.	5,360	1,075
2	Corrientes (RM.N°263-2013.MINAM). Fecha 06 de Septiembre 2013	Loreto	Trompeteros	Antioquía, José Olaya, Pampa Hermosa, Sauki, Valencia, Pijuayal, Belén de Platanuyaco, Sión, San José, Sanya Rosa, Nueva Jerusalén.		
3	Tigre (RM.N° 370-2013.MINAM). Fecha 22 de Noviembre 2013	Loreto	Intuto	12 de Octubre, Andrés Avelino Cáceres, Marsella, San Juan de Bartra, Vista Alegre, Nuevo Remanente, El salvador, Teniente Ruiz, Nuevo Canaan, Paiche Playa.	2177	471
4	Marañón (RM.N°1360-2014.MINAM). Fecha 15 de Mayo 2014	Loreto	Urarinas	San Pedro, San José de Saramuro, Alfonso Ugarte, San Gabriel, Nuevo Lima.	1677	366
			Parinari	San Martín de Tipishca, Nuevo Arica, Bolívar, san José de Samiria, Leoncio Prado, San miguel, San Juan de Lagunillas.	2492	551
			Nauta	Lisboa, Bagazán, Dos de mayo, Puerto Orlando, Solterito.	1215	241

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

La creación de los lotes petroleros en los años 70 vino acompañada de la apertura e instalación de ductos para el transporte del crudo que fuese extraído. Estos ductos (RAMAL norte en el lote 192 y Batería 1 del Oleoducto Norperuano en el lote 8) son propiedad y responsabilidad directa del Estado, a través de Petroperú. El lote 192 (antes llamado 1AB) fue operado por la Occidental Petroleum Company (OXY) que vendió sus activos y pasivos (incluyendo el daño ambiental) a la compañía petrolera Pluspetrol<sup>5</sup>. Ésta operó el lote hasta la finalización de la licitación en agosto de 2015. En la actualidad la compañía Pacific Stratus Energy cuenta con un contrato de servicios por un periodo de dos años. El lote 8 fue operado por Petroperú hasta el año 1996 que fue traspasado a Pluspetrol como operadora junto con un consorcio de empresas petroleras<sup>6</sup>. Su contrato vence en el año 2024.

**Mapa N° 21. Tramos del Oleoducto Nor peruano que incluyen las zonas de la Región Loreto - 2016**



Fuente: Ministerio de Energía y Minas- Dirección General de Hidrocarburos

Según la Resolución Ministerial N° 535-2005/MINSA, en nuestro país, los principales agentes contaminantes identificados son: plomo, mercurio, aluminio, arsénico, magnesio, manganeso, hierro, cobre, cianuro, agregándose a estos, el dióxido de azufre, y el ácido sulfúrico; esto debido a que entre las principales actividades productivas que generan ingresos al país están la minería y la extracción de hidrocarburos.

#### **Antecedentes de Derrames de Petróleo en las 4 Cuencas de la Región Loreto**

Existen registros de derrames de petróleo a lo largo de toda la cuenca del Rio Corrientes, Maraón, Tigre y Pastaza desde hace décadas impactando extensas zonas como ríos, aguajales, quebradas, bosques naturales, ancestrales como también flora y fauna

representativa de estos lugares, quedando aún pasivos ambientales que no son subsanados.

A continuación, se detallan los últimos derrames de petróleo ocurridos en las principales cuencas de la región Loreto:

### **Derrames de Petróleo en la Cuenca del Corrientes**

En el año 2011, la Federación de Comunidades Nativas del Corrientes (FECONACO), en su informe “Impactos Petroleros en Territorios Indígenas: Experiencias del Programa de Vigilancia Territorial del río Corrientes”, refieren de la existencia de 92 derrames ocurridos desde noviembre del 2006 en los lotes 192 (ex 1-AB) y 8; 69 fueron considerados de mayor importancia debido a la magnitud de sus impactos. Existencia de conflictos sociales entre las comunidades y las empresas.

En febrero del 2015 se reportaron un derrame de petróleo en Trompeteros con 200 barriles derramados y 450 afectados, el derrame de crudo ocurrió en la comunidad Jerusalén, ubicada al interior del Lote 1AB en el departamento de Loreto, en dicha comunidad viven más de mil doscientas personas. La contaminación por petróleo en Jerusalén no es algo nuevo. En 2013, ante los constantes reclamos de los nativos, una comisión del Estado - integrada por el Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA), DIGESA, ANA y Osinergmin- recogió muestras hallando altos niveles de contaminación por hidrocarburos en aguas, suelos y sedimentos.

El mes de setiembre de ese año, el Ministerio del Ambiente declaró en emergencia ambiental la cuenca del Corrientes a raíz de la presencia de metales pesados. Respecto al derrame ocurrido en enero, el programa de monitoreo de la federación del Pastaza- Pluspetrol admitió que el derrame ocurrido en la quebrada de Machinpoza fue consecuencia del mal estado de una de las válvulas del ducto, donde se generó una rotura.

### **Derrame de Petróleo en la Cuenca del Marañón**

#### **\*Distrito de Morona:**

Frente a una denuncia de derrame de petróleo en febrero del 2016, ocurrido en **Morona** de 1sx000 barriles derramados; La Dirección Regional de Salud Loreto, dentro de sus funciones procedió a realizar la intervención sanitaria de la zona del derrame de crudo de petróleo, encontrado que fue debido a una fisura en la línea de conducción de Petroperú, la cual comprometió las aguas de la quebrada Cashocaño, tributario del río Morona; Evidenciando que en la boca de la quebrada habían dos barreras de contención (mangas ) para evitar la fuga del crudo de petróleo al río Morona, para que no siga expandiéndose en los terrenos.

Debido al incremento del caudal de la quebrada Cashocaño, el crudo de petróleo es arrastrado agua abajo, llegando hasta el río Morona, el cual permitió que, el derrame de crudo de petróleo, ingrese al río Marañón, la cual estaría poniendo en riesgo a la población que se abastece con dicho líquido elemento para sus necesidades básicas (consumo, aseo, recreación, entre otros), siendo afectados los pobladores de los distritos de Manseriche, Barranca, Pastaza y Cahuapanas, de la Provincia del Datem del Marañón, de la Región Loreto. Así mismo según la evaluación de daños se constató que el incremento del caudal de la quebrada Cashocaño, el crudo de petróleo ha sido arrastrado aguas abajo, contaminando las aguas del río Morona, y del río Marañón.

Producto de la contaminación de los ríos Morona y Marañón, actualmente y aproximadamente 5,024 habitantes residentes en la riberas de estos ríos antes mencionados se encuentran expuestos a dicha contaminación, puesto que estos ríos son empleados tanto para consumo humano, pesca, aseo (recreacional), entre otros.

**Tabla N° 42. Número de Comunidades, Habitantes y Familias afectadas producto del derrame de petróleo en la cuenca de Marañón -2016**

<b>Distrito</b>	<b>N° de Comunidades</b>	<b>Habitantes</b>	<b>Familias</b>
Manseriche	1	97	19
Morona	17	1768	355
Barranca	34	1786	358
Pastaza	4	1333	267
Cahuapanas	1	40	8
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>5024</b>	<b>1007</b>

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

#### **Distrito de Urarinas:**

En junio 2014, se dio el más grande derrame de los recientes. Ocurrió en **Urarinas**, nuevamente en Loreto, y fue responsabilidad de Petroperú. Se repitió en junio del mismo año con 3,000 barriles derramados y 60,000 afectados.

El derrame habría ocurrido en un tramo del Oleoducto Norperuano cerca a la quebrada Cuninico, en el distrito de Urarinas, en la región Loreto. Petroperú tomó conocimiento, a través de un poblador de la comunidad de Cuninico, (...) la presencia de trazas de petróleo crudo”.

El 22 de octubre del 2016, La DIRESA Loreto tuvo conocimiento de un derrame de petróleo por las autoridades de la comunidad de Nva Sta. Rosa y Nva Alianza, se visitó el lugar del Derrame de Petróleo en la zona km 53.310, evidenciándose que en el lugar del evento grandes cantidades de crudo en el canal de flotación donde se pudo apreciar peces muertos con olores fétidos por la descomposición todo ese crudo salía por la quebrada sabaloyacu y desembocaba al río marañón a pesar de tener barrera de protección instaladas por empresa LAMOR. Con una población en riesgo de ser afectada de 623 personas.

#### **\*Distrito de Nauta**

El 19 de junio de 2010 se produjo un derrame en la base de Pluspetrol debido al hundimiento de una barcaza transportadora de crudo. La empresa señaló que se derramaron 374 barriles. Estos cubrieron el área desde Saramuro hasta Santa Rita de Castilla, e incluso se vieron en la ciudad de Nauta. Además, la población informó que al día siguiente la empresa usaba una sustancia blanca —material orgánico llamado Grodarban— para aglomerar y hundir el crudo (Okamoto, 2011, p. 62).

### **Derrame de Petróleo en la Cuenca del Tigre**

En diciembre 2016, en territorio de la comunidad 12 de octubre, ubicada en la cuenca del río Tigre, ha ocurrido un derrame de petróleo cerca del Pozo 13 de la Batería San Jacinto, del Lote 192, donde opera la empresa Pacific Stratus. Así lo reportaron los monitores ambientales de la Organización de los Pueblos Indígenas Kichwas Amazónicos de la Frontera Perú Ecuador (OPIKAFPE), quienes dieron la voz de alerta a la empresa petrolera.

Informan que el derrame ocurrido en un afluente de la quebrada Piedra Negra, se ha desplazado 3 mil metros aguas abajo, llegando incluso a la quebrada Piedra Negra y a su desembocadura en el río Tigre. Se calculó el derrame de 10 metros de ancho y alrededor de 10 a 15 barriles derramados. La empresa Pacific tomó acciones colocando grapa industrial.

El programa de monitoreo de OPIKAFPE, indicó que este derrame no es un incidente aislado. En abril de 2015 ocurrió un derrame cerca al lugar donde hoy se puede ver el petróleo expuesto, contaminando las aguas y vegetación en las orillas de la quebrada Piedra Negra.

### **Derrame de Petróleo en la Cuenca del Pastaza**

Según OEFA y las organizaciones indígenas, existen 92 sitios impactados en las 4 cuencas del Lote 192 (ríos Corrientes, Marañón, Tigre y Pastaza), 38 están en el río Pastaza. Sin embargo, de acuerdo a registros de la misma empresa Pluspetrol, a raíz de los más de 40 años de actividad petrolera, existen más de 2000 pasivos ambientales en el Lote 192.

Los cientos de pasivos ambientales fueron ocasionados por la extracción de petróleo desde la década de 1970 hasta el 2000 con la empresa Occidental Petroleum Corporation del Perú, más conocida como 'Oxy', luego con Pluspetrol hasta el 2015. Actualmente su administración la tiene la empresa Pacific Stratus Energy hasta agosto del próximo año.

Al lado de la comunidad de Nuevo Andoas, se encuentra la 'Estación Andoas' con sus tres 'baterías' para la extracción del crudo. Son Capahuari Norte, Capahuari Sur y Tambo.

La Estación Andoas significa para la comunidad del APU la contaminación, pero también el acceso a servicios básicos. "Debido a la extracción petrolera, esta comunidad tiene luz eléctrica.

En todo este tiempo, según registros de la petrolera Pluspetrol declarados en el 2015, son más de 2000 sitios contaminados en el Lote 192. Se encuentran entre derrames petroleros, montículos de chatarra, cilindros de tóxicos abandonados, entre otros. Por otro lado, entre el 2013 y el 2014, OEFA y miembros de la Federación Indígena Quechua del Pastaza (Fediquep) hicieron un registro sobre los mismos, pero debido al tiempo y la escasa logística comparada a la de la petrolera que dispone de un registro particular, lograron confirmar hasta 92 sitios impactados en los suelos amazónicos.

Si bien están inactivas las 3 baterías extractoras de crudo alrededor de Nueva Andoas, aún no se ha remediado ningún sitio impactado por el petróleo derramado por la empresa Pluspetrol Corporation. Según el informe 411-2014-OEFA/DS-HID del Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA), tan solo entre el 2012 y el 2013, se derramaron hasta 54 barriles de petróleo en todo el lote 192.

Se detectaron 11 áreas impactadas por hidrocarburos, que se habrían originado por derrames, fugas y filtraciones de petróleo crudo desde tanques de almacenamiento, tanques sumideros, bombas, tuberías y otras instalaciones que operan en el lote 192”, dice el informe N.411 de OEFA solo en el 2014. Sin embargo, en el 2012 ya había visitado el lote 192 el personal de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), OEFA y la Autoridad Nacional del Agua (ANA) para verificar el estado de los suelos y las aguas por los derrames petroleros.

El resultado de los organismos estatales fue el siguiente: “En los suelos de la zona del río Pastaza se encuentran metales pesados en alta concentración”. Se encontraron altas concentraciones de metales como arsénico, cadmio, plomo, cromo y bario, además de PAH y TPH, derivados del petróleo en el suelo del lote 192, según OEFA. “Dado que tanto los metales como los derivados de hidrocarburos provocan muchas enfermedades graves y provocan además cáncer y mutaciones congénitas, existe un riesgo real para la población de la zona al estar expuesta a estas sustancias”, señala un estudio del organismo Source International.

Dos lugares que resaltan en el informe de Source son los visitados con los monitores ambientales: ‘Ismacaño’ (valores muy altos de arsénico, plomo y zinc) y la laguna de ‘Ullpayacu’ (donde predominan los derivados TPH, que impactan en el sistema nervioso central y producen dolor de cabeza, náusea, somnolencia y pérdida de conciencia; pero en grados altos hasta la muerte). Un estudio de Environmental Law Alliance Worldwide (ELAW), confirma estos hallazgos.

### **Estudio de la calidad del agua en las cuencas**

El informe de la DIGESA-MINSA, refieren que los pobladores de las localidades de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón del departamento de Loreto, vienen consumiendo agua que muestra valores que no cumplen los límites máximos permisibles para el consumo humano definidos en el Reglamento de Calidad de Agua para Consumo Humano, lo que constituye un riesgo para la salud de la población.

En el 2013 la Autoridad Nacional del Agua (ANA) realizó el “Monitoreo participativo de la calidad de agua superficial y sedimentos de la cuenca del río Marañón” en 30 puntos. Los resultados mostraron que las concentraciones de plomo, mercurio, zinc, arsénico y cobre superaron sus valores referenciales en determinados puntos de monitoreo. La concentración de Hidrocarburos Totales de Petróleo (HTP) fue mayor a 5000mg/Kg en la laguna de PAC y en la Quebrada Afuente Félix. En las muestras de sedimentos, los niveles de cadmio en todos los puntos de monitoreo superaron el límite de 0,02 mg/Kg establecido por la Interim Sediment Quality Guideline (ISQG).

En los años 2013 y 2014 declaran en emergencia ambiental las cuencas de los ríos Marañón, Pastaza, Corrientes y Tigre, en la cual evidencian la carencia de sistemas de abastecimiento de agua apta para el consumo humano en diversas localidades dentro del ámbito territorial de cada declaratoria de emergencia ambiental, evidenciando que no cuentan con dichos sistemas o no están funcionando adecuadamente.

### **Cuenca del Corrientes:**

En abril 2013, con las coordinaciones efectuadas entre los representantes de las Comunidades Nativas de la Cuenca del río Corrientes, la FECONACO y DIRESA Loreto; se acordó realizar un monitoreo Ambiental a la cuenca del río Corrientes.

Se evaluó la calidad del agua en las siguientes Comunidades Nativas: CCNN Antioquia, CCNN José Olaya, CCNN Pampa Hermosa, CCNN Sauki, CCNN Valencia, CCNN Pijuyal, CCNN Belén, CCNN Sion, CCNN San José, CCNN Santa Rosa, CCNN Jerusalén.

Los resultados generales de los parámetros Orgánicos e Inorgánicos del monitoreo de la calidad del agua en las 11 comunidades de la cuenca del Corrientes nos indica que si bien es cierto tiene valores mínimos de Arsénico, Cadmio, Cromo, Plomo y TPH, los resultados nos indican que las aguas de las fuentes muestreadas son dañinas para la salud de dicha población y no es apto para consumo humano. (Ver Tabla N° 43).

**Tabla N° 43. Región Loreto: Monitoreo de la calidad de Agua Superficial y Potable: Químicos Orgánicos e Inorgánicos en 11 Comunidades Nativas de la Cuenca del Corrientes - 2016.**

Comunidad Nativa	Código	Muestra		QUÍMICOS ORGÁNICOS E INORGÁNICOS				
				Arsénico	Cadmio	Cromo	Plomo	TPH
		Matriz	Origen de la Muestra	As (mg/l)	Cd (mg/l)	Cr (mg/l)	Pb (mg/l)	(mg/l)
Antioquia	M1	Agua Superficial	Qda. Antioquia	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M2	Agua Superficial	Río Corriente	<0.001	<0.002	0.0028	<0.002	<0.01
Jose Olaya	M4	Agua Superficial	Qda Mari Entzari	0.0011	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M5	Agua Superficial	Río Corriente	<0.001	<0.002	0.0025	<0.002	<0.01
Pampa Hermoza	M6	Agua Superficial	Qda. Camarón	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M7	Agua potable	Sist. Agua Potable - Deposito de almacenamiento de vivienda frente a reservorio.	<0.001	0.002	<0.002	<0.002	<0.01
Sauki	M8	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente a reservorio.	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M9	Agua Superficial	Río Macusari	0.0014	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
Valencia	M10	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente del URO.	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M11	Agua Subterránea	Afloramienrto natural costado local comunal	<0.001	<0.002	<0.002	0.0028	<0.01
Pijuyal	M12	Agua Superficial	Qda. Marunch Entza	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M13	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente vivienda Hernan Pizango	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
Belen	M14	Agua Superficial	Qda. Churuyacu	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M15	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente vivienda II Apu	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
Sion	M16	Agua Superficial	Qda. Manuel Caño	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M17	Agua Superficial	Río Plantanoyacu	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
San Jose	M18	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente local comunal	<0.001	0.002	0.0034	<0.002	<0.01
	M19	Agua Superficial	Qda. Felix Caño	<0.001	<0.002	0.0026	<0.002	<0.01
Santa Rosa	M20	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente a la entrada local comunal	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M21	Agua Superficial	Río Corriente	<0.001	<0.002	0.0021	<0.002	<0.01
Jerusalen	M22	Agua Subterránea	Afloramamiento natural costado cámara de bombeo	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
	M23	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de ducha de puesto de salud Jerusalen.	<0.001	<0.002	<0.002	<0.002	<0.01
ECA - DS 002-2008-MINAM			Categoría 1 - A1 (*)	0.01	0.003	0.05	0.01	0.05
RCA - DS 031-2010.SA			Categoría 4 - Ríos de la Selva	0.05	0.004			Ausente
				0.01	0.003	0.05	0.01	

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

Así mismo los resultados del monitoreo del agua para evaluar los parámetros microbiológicos en estas 11 localidades, nos evidencia la existencia de coliformes fecales en las fuentes de consumo de la población y que es dañino para la salud de la población, lo cual se concluye que el agua de la fuente muestreada no es apto para consumo humano. (Ver Tabla N° 44).

**Tabla N° 44. Región Loreto: Monitoreo de la calidad de Agua superficial y Potable- Análisis Organoléptico en 11 Comunidades Nativas de la Cuenca del Corrientes 2016.**

Comunidad Nativa	Código	Muestra		PARAMETROS MICROBIOLÓG.	
		Matriz	Origen de la Muestra	Coliformes Totales 35 °C (NMP/100 mL)	Coliformes Fecales 44,5 °C (NMP/100 mL)
Antioquia	M1	Agua Superficial	Qda. Antioquia	9.4 x 10 <sup>4</sup>	2.2x 10 <sup>3</sup>
	M2	Agua Superficial	Río Corriente	2.8 x 10 <sup>4</sup>	1.4x 10 <sup>3</sup>
Jose Olaya	M4	Agua Superficial	Qda Mari Entzari	1.4 x 10 <sup>4</sup>	1.7x 10
	M5	Agua Superficial	Río Corriente	3.5 x 10 <sup>4</sup>	1.4x 10 <sup>3</sup>
Pampa Hermoza	M6	Agua Superficial	Qda. Camarón	1.1 x 10 <sup>4</sup>	7.0x 10 <sup>2</sup>
	M7	Agua potable	Sist. Agua Potable - Deposito de almacenamiento de vivienda frente a reservorio.	No se tomo muestra para analizar este parámetro	
Sauki	M8	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente a reservorio.	2	<1.8
	M9	Agua Superficial	Río Macusari	3.5x 10 <sup>3</sup>	5.4 x 10 <sup>2</sup>
Valencia	M10	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente del URO.	4.5	< 1.8
	M11	Agua Subterránea	Afloramiento natural costado local comunal	6.8	< 1.8
Pijuyal	M12	Agua Superficial	Qda. Marunch Entza	1.1 x 10 <sup>4</sup>	2.2 x 10 <sup>2</sup>
	M13	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente vivienda Hernan Pizango	1.1 x 10	4
Belen	M14	Agua Superficial	Qda. Churuyacu	1.4 x 10 <sup>4</sup>	1.1 x 10 <sup>3</sup>
	M15	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente vivienda II Apu	6.8	<1.8
Sion	M16	Agua Superficial	Qda. Manuel Caño	2.2 x 10 <sup>4</sup>	4.9 x 10 <sup>2</sup>
	M17	Agua Superficial	Río Plantanoyacu	1.1 x 10 <sup>4</sup>	2.2 x 10 <sup>2</sup>
San Jose	M18	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente local comunal	4	<1.8
	M19	Agua Superficial	Qda. Felix Caño	2.2 x 10 <sup>4</sup>	1.1 x 10 <sup>3</sup>
Santa Rosa	M20	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de pileta frente a la entrada local comunal	1.1 x 10	2
	M21	Agua Superficial	Río Corriente	1.4 x 10 <sup>4</sup>	2.8 x 10 <sup>2</sup>
Jerusalen	M22	Agua Subterránea	Afloramiento natural costado cámara de bombeo	2	<1.8
	M23	Agua potable	Sist. Agua Potable - Grifo de ducha de puesto de salud Jerusalen.	No se tomo muestra para analizar este parámetro, Cloro residual > 0.5 mg/l	
ECA - DS 002-2008-MINAM			Categoría 1 - A1 (*)	50	0
			Categoría 4 - Ríos de la Selva	3000	2000
RCA - DS 031-2010.SA				<1.8	<1.8

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

**Cuenca del Marañón:**

La Evaluación de la calidad del agua en la cuenca del Marañón fue en setiembre del año 2013 por la Diresa Loreto y el Ministerio de Salud. Se tuvo como resultado que, en las 17 comunidades monitoreadas, el 100% de las fuentes de agua evaluadas no son aptos para consumo humano, tanto del río Marañón, cochas, afluentes y del sistema de agua potable de 3 comunidades (San José de Saramuro, San Miguel, Dos de mayo y Lisboa). (Ver Tabla N° 45 y Tabla N° 46).

**Tabla N° 45. Región Loreto: Monitoreo de la Calidad del agua Superficial-  
Análisis Microbiológicos en 11 Comunidades Nativas de la Cuenca del Marañón.  
Año - 2016.**

Localidad	Código	Muestra		PARAMETROS MICROBIOLÓG.	
		Matriz	Origen de la Muestra	Coliformes Totales 35 °C (NMP/100 mL)	Coliformes Fecales 44,5 °C
San Jose de Saramuro	M2	Agua Superficial	Río Marañón	$1,1 \times 10^6$	$1,4 \times 10^3$
San Pedro de Marañón	M3	Agua Superficial	Río Marañón	$1,7 \times 10^3$	$2,6 \times 10$
Nuevo Lima	M4	Agua Superficial	Río Marañón	$1,4 \times 10^4$	$2,2 \times 10^2$
San Gabriel	M5	Agua Superficial	Río Marañón	$4,9 \times 10^3$	$7,0 \times 10^2$
Alfonso Ugarte	M6	Agua Superficial	Río Marañón	$2,2 \times 10^3$	$7 \times 10$
Nuevo Arica	M7	Agua Superficial	Cocha Tipishca Samiria	$2,8 \times 10^4$	$7,0 \times 10^2$
San Martín de Tipishca	M8	Agua Superficial	Cocha Tipishca Samiria	$7,9 \times 10^3$	$1,4 \times 10^2$
Simón Bolívar	M9	Agua Superficial	Cocha Tipishca Samiria	$7,0 \times 10^4$	$2,2 \times 10^3$
San Miguel	M11	Agua Superficial	Río Marañón	$1,1 \times 10^4$	$1,4 \times 10^3$
San José de Samiria	M12	Agua Superficial	Unión río Samiria con Marañón	$1,7 \times 10^4$	$1,7 \times 10^5$
	M13	Agua Superficial	Vaca Caño	$5,4 \times 10^4$	$2,2 \times 10^3$
Leoncio Prado	M14	Agua Superficial	Río Marañón	$1,1 \times 10^4$	$1,1 \times 10^3$
Dos de Mayo	M16	Agua Superficial	Cocha San Pablo de Tipishca	$1,1 \times 10^3$	$1,1 \times 10^2$
Bagazan	M17	Agua Superficial	Caño de Cocha Capirona	$2,2 \times 10^3$	$2,2 \times 10^2$
	M18	Agua Superficial	Caño de Cocha San Pablo de Tipishca	$1,7 \times 10^3$	$2,6 \times 10$
Solterito	M19	Agua Superficial	Río Marañón	$1,7 \times 10^4$	$7,0 \times 10^3$
Puerto Orlando	M20	Agua Superficial	Unión río Tigre con río Marañón	$1,1 \times 10^4$	$4,9 \times 10^2$
Lisboa	M22	Agua Superficial	Río Marañón	$1,4 \times 10^4$	$1,7 \times 10^3$
San Juan de Lagunillas	M23	Agua Superficial	Afluente del río Marañón	$2,8 \times 10^3$	$2,2 \times 10^2$
RCA - DS 031-2010.SA				<1.8	<1.8

Fuente: Diresa Loreto. Dirección de Salud Ambiental

**Tabla N° 46. Región Loreto: Monitoreo de la Calidad del Agua Potable- Análisis Microbiológicos en 3 Comunidades Nativas de la Cuenca del Marañón 2016.**

San Jose de Saramuro	M1	Agua potable	Sist. Agua Potable Petroperú-Grifo de pileta publica.	<1.8	<1.8
San Miguel	M10	Agua Potable	Pozo tubular - Grifo debajo de reservorio	2	<1.8
Dos de Mayo	M15	Agua Potable	Grifo de surtidor de bomba manual	4.5	<1.8
Lisboa	M21	Agua Potable	Grifo de surtidor de bomba manual	6.8	2
RCA - DS 031-2010.SA				<1.8	<1.8

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

Durante la intervención del derrame de Petróleo ocurrida en la cuenca del Pastaza- Morona, se tomó 6 muestras de agua en diferentes lugares de la jurisdicción, para el análisis de TPH, no se obtuvo los resultados hasta el cierre de la información. Los lugares que se detallan en el siguiente cuadro:

**Tabla N° 47. Región Loreto: Monitoreo del agua en las comunidades nativas de Mayuriaga frente al derrame de petróleo en la Quebrada de Cashocaño - Provincia de Datem del Marañón 2016.**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	LUGAR
1	PUERTO PRINCIPAL DE LA COMUNIDAD DE NUEVO MILAGRO	MORONA/DATEM DEL MARAÑÓN
2	BOCA DE LA QUEBRADA DE MAYURIAGA	MORONA/DATEM DEL MARAÑÓN
3	ORILLA DE LA COMUNIDAD NATIVA DE MAYURIAGA	MORONA/DATEM DEL MARAÑÓN
4	BOCA DE LA QUEBRADA CASHOCAÑO	MORONA/DATEM DEL MARAÑÓN
5	ORILLA DE LA COMUNIDAD NATIVA DE TIERRA BLANCA	MORONA/DATEM DEL MARAÑÓN
6	ORILLA DE LA COMUNIDAD NATIVA COPALES UNIDOS	MORONA/DATEM DEL MARAÑÓN

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

### **Población Afectada:**

En las cuencas de los Ríos Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón (4 cuencas) habitan los pueblos indígenas de las etnias quechua, Achuar, Urarinas, Kichwa y Kukama, ubicados en la Amazonía peruana, en la región de Loreto. Estos pueblos se han visto afectados por 45 años de explotación petrolera llevada a cabo en sus territorios, superpuestos con dos lotes petroleros, el 192 (antes 1AB) y el lote 8.

La situación de contaminación ambiental en esta zona viene siendo denunciada y reportada por el mismo Estado. Tras múltiples y constantes protestas indígenas, se estableció una comisión multisectorial en 2012 que condujo a la elaboración de diversos diagnósticos por

parte de organismos técnicos del Estado que concluyeron con las declaratorias de Emergencia Ambiental y Emergencia sanitaria en las cuatro cuencas entre 2013 y 2014.

En diciembre de 2014 los Relatores de Naciones Unidas de Pueblos indígenas y de Desechos Tóxicos enviaron una solicitud de Acción urgente al gobierno peruano, y En nuestra Amazonía peruana con más de 40 años de explotación petrolera, principalmente en las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón, ubicadas al norte de Loreto, conforman en la actualidad la zona de extracción petrolera más importante de la selva.

### Estudios de Concentración de Plomo, Arsénico, Mercurio y Cadmio en Personas de las zonas de Cuninico y San Pedro del distrito de Urarinas- Cuenca del Marañón.

Los daños ocasionados por los derrames de petróleo no solo afectaron al ambiente, afectaron también a las poblaciones humanas porque se contaminó el agua, principal medio de vida, viéndose comprometida la salud y provocando diferentes daños a nivel de la piel, sangre, en las gestantes, niños y población en general por la acumulación de diferentes sustancias tóxicas como los metales pesados entre otros que contiene el crudo.

**Tabla N° 48. Distribución porcentual de pobladores según concentración de Plomo en sangre y arsénico en orina en la zona de Cuninico y San Pedro del distrito de Urarinas - 2016**

Zona	Concentración de Plomo en Sangre <sup>1</sup>				Concentración de Arsénico en orina <sup>3</sup>			
	N (%)				N(%)			
	<LCM <sup>2</sup>			Total	<LDM <sup>4</sup>			Total
	<2µg/dL	2a<10µg/L	>=10µg/L		<2.5 µg/L	2.5 a<10 µg/L	>=10a <50 µg/L	
Cuninico	27(24.11%)	84(75%)	1(0.89%)	112(100%)	27(24.8%)	72(65%)	10(9.2%)	109(100%)
San Pedro	5(29.41%)	11(64.71%)	1(5.88%)	17(100%)	4(23.5%)	13(76.5%)	0(0%)	17(100%)
<b>Total</b>	32(24.81%)	95(73.64%)	2(1.55%)	129(100%)	31(24.6%)	85(67.5%)	10(7.9%)	126(100%)

1. Guía Práctica Clínica para el manejo de pacientes por intoxicación de plomo. RM 511-2007MINSU.
2. LCM= Límite de Cuantificación del Método, es la cantidad mínima que de metal que es cuantificada por el método de análisis (Cámara de grafito de espectrometría de absorción atómica).
3. Guía práctica clínica para el manejo de diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por arsénico RM389MINSU
4. LDM= Límite de Detección del Método, es la cantidad mínima d metal que es cuantificada por el método de análisis (generación de hidruros, FIAS absorción atómica). LDM del arsénico en orina=2.5µAS/L.-

La Tabla N° 48. Nos muestra los resultados del Estudio de la determinación de metales pesados en las Comunidades de Cuninico y San Pedro del distrito de Urarinas desde el 14 al 19 de enero 2016 con un total de muestras realizadas de 129 participantes para el dosaje de Plomo en sangre y 126 de orina para el dosaje de Arsénico, Cadmio y Mercurio. Muestras obtenidas por personal capacitado de DIRESA-Loreto y enviadas por vía aérea para ser analizadas por el INS (Censopas). En Cuninico se encontró que el 75% de las muestras tomadas tuvieron valores de concentración de Plomo en sangre de 2 a <10µg/L y en San Pedro fue del 64.71%; Así mismo se encontró la concentración de Plomo en sangre >=10µ/L de 0.89% y 1.55% en las zonas de Cuninico y San Pedro respectivamente.

En relación a los hallazgos de concentración de Arsénico en orina, se encontró que en la zona de Cuninico que el 65% de las personas muestreadas tienen valores de 2.5 a<10 µg/L

y en la zona de San Pedro con los mismos valores de concentración de Arsénico en un 76.5%.

En la Tabla N° 49. Se puede observar que, de las muestras tomadas a la población de Cuninico y San Pedro para detectar Mercurio y Cadmio en orina, se encontró que en la zona de Cuninico presentan altas concentraciones de Mercurio en orina con el 67% de las muestras tomadas con valores  $\geq 5\mu\text{g/L}$ , mientras en la zona de San Pedro del 58.8%, así mismo se encontró Cadmio en orina con valores  $\geq 5\mu\text{g/L}$  en Cuninico en un 65.1% y en San Pedro en un 76.5%.

**Tabla N° 49. Distribución porcentual de pobladores según concentración de Mercurio y Cadmio en Orina en las zonas de Cuninico y San Pedro del distrito de Urarinas - 2016**

Zona	Concentración de Mercurio en orina <sup>1</sup>				Concentración de Cadmio en orinas			
	N (%)				N(%)			
	<LDM <sup>2</sup>			Total	<LDM <sup>4</sup>			Total
	(<2.5 $\mu\text{g/L}$ )	2.5 a<5 $\mu\text{g/L}$ )	$\geq 5\mu\text{g/L}$ )		(<0.5 $\mu\text{g/L}$ )	0.5 a<1 $\mu\text{g/L}$ )	$\geq 5\mu\text{g/L}$ )	
<b>Cuninico</b>	12(11%)	24(22%)	73(67%)	109(100%)	3(2.8%)	35(32.1%)	71(65.1%)	109(100%)
<b>San Pedro</b>	3(17.7%)	4(23.5%)	10(58.8%)	17(100%)	1(5.9%)	3(17.6%)	13(76.5%)	17(100%)
<b>Total</b>	15(11.9%)	28(22.2%)	83(65.9%)	126(100%)	4(3.2%)	38(30.2%)	84(66.6%)	126(100%)

1. Guía Práctica Clínica para el manejo de diagnóstico por intoxicación por Mercurio. RM 5757-2013MINSA.
2. LDM= Límite de Detección del Método, es la cantidad mínima que de metal que es cuantificada por el método de análisis (Espectrometría de absorción atómica en vapor por frío, MET-CENSDPAS-002). LDM del mercurio en orina 2.5 $\mu\text{AS/L}$
3. Guía práctica clínica para el manejo de diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por cadmio RM 757-2013MINSA
4. LDM= Límite de Detección del Método, es la cantidad mínima de metal que es cuantificada por el método de análisis (Espectrometría de absorción atómica por Horno de grafito). LDM del cadmio en orina=0.5 $\mu\text{Cd/L}$

### Morbilidad en las zonas de las Cuencas:

Mediante el Decreto Supremo N° 006-2014-SA, se declaró la Emergencia Sanitaria en 65 localidades de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón del departamento de Loreto. Se declara en emergencia una zona geográfica en los casos que presente un riesgo elevado o daño a la salud y a la vida de las poblaciones.

En todas las cuencas predomina la malaria, las diarreas e infecciones respiratorias, solo en la cuenca de trompeteros – Corrientes se notificó un caso de intoxicación de cadmio y sus compuestos en un varón de 26 años de edad de la localidad de Sauki.

**Mapa N 22°. Enfermedades Bajo Vigilancia, Notificados en las Cuencas del Pastaza, Corrientes, Tigre y Maraón de la Región Loreto - 2016**

**CUENCA DEL PASTAZA (ANDOAS)**

Malaria Vivax: 5,912  
 Malaria Falciparum: 4182  
 Malaria Malariae: 01  
 Diarreas acuosas: 1937  
 Diarreas Disentéricas: 452  
 Infecciones Resp. No Neum: 2986  
 Neumonías: 59 / 7 defunciones.  
 SOB/Asma: 7  
 Ofidismo: 12  
 Leishmaniosis Mucocutánea: 04  
 Leishmaniosis Cutánea: 15  
 Hepatitis B: 08  
 TBC C/Confir. Bacteriológica: 10  
 TBC S/confirmac. Bacteriológica: 04  
 Dengue Grave: 01  
 Varicela sin Complicación: 08

**CUENCA DEL CORRIENTES (TROMPETEROS)**

Malaria Vivax: 2,567  
 Malaria Falciparum: 1040  
 Malaria Malariae: 01  
 Diarreas acuosas: 1175  
 Diarreas Disentéricas: 17  
 Infecciones Respiratorias: 1535  
 Neumonías: 11/1 defunciones  
 SOB/Asma: 01  
 TBC C/Confir. Bacteriológica: 05  
 TBC S/Confir. Bacteriológica: 02  
 TBC Extra Pulmonar: 01  
 Ofidismo: 06  
 Dengue Sin signos de Alarma: 01  
 Leishmaniosis Cutánea: 03  
 Leptospirosis: 01  
 Leishmaniosis Mucocutánea: 01  
 Cadmio y sus Compuestos: 01

**CUENCA DEL TIGRE (INTUTO)**

Malaria Vivax: 4450  
 Malaria Falciparum: 1680  
 Malaria Malariae: 03  
 Diarreas acuosas: 428  
 Diarreas Disentéricas: 173  
 Infecciones Respiratorias: 1415  
 Neumonías: 13/00 defunciones.  
 SOB/Asma: 55  
 TBC C/Confir. Bacteriológica: 01  
 Malaria Malariae: 05  
 Dengue S/ señales de Alarma: 01  
 Dengue C/ señales de Alarma: 01  
 Leptospirosis: 03  
 Chikungunya: 02  
 Lepra: 01  
 Ofidismo: 01

**CUENCA DEL PASTAZA (PASTAZA)**

Malaria Falciparum: 2005  
 Malaria Vivax: 1629  
 Diarreas acuosas: 791  
 Diarreas Disentéricas: 135  
 Infecciones Respiratorias: 1,548  
 Neumonías: 51/6 defunciones  
 SOB Asma: 4  
 Ofidismo: 11  
 Leishmaniosis Cutánea : 11  
 Leishmaniosis Muco cutánea: 04  
 Hepatitis B: 03  
 Leptospirosis: 01  
 TBC Pulmonar C/Con.Bac.: 02  
 TBC Pulmonar S/Con.Bac.: 01  
 Muerte Materna Directa: 01  
 Loxocelismo: 01

**CUENCA DEL MARAÓN (NAUTA)**

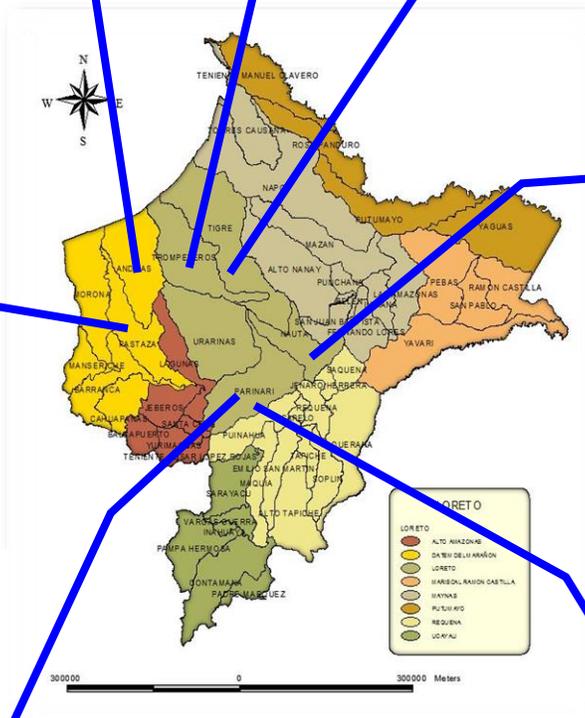
Malaria Vivax: 1045  
 Malaria Falciparum: 61  
 Diarreas acuosas: 1041  
 Diarreas Disentéricas: 314  
 Infecciones Respiratorias: 1887  
 Neumonías: 29/00 defunciones  
 SOB/Asma: 18  
 Ofidismo: 21  
 Dengue s/señales de Alarma: 10  
 Dengue C/señales de Alarma: 07  
 TBC c/confirmación bacteriológica: 27  
 TBC s/confirmación bacteriológica: 05  
 Leishmaniosis Cutánea: 03  
 Tuberculosis Extra pulmonar: 02  
 Hepatitis B: 02  
 Dengue Grave: 02  
 Mortalidad Materna Directa: 01  
 TBC Recaida: 01

**CUENCA DEL MARAÓN (URARINAS)**

Malaria Vivax: 1716  
 Malaria Falciparum: 1044  
 Diarreas acuosas: 1142  
 Diarreas Disentéricas: 103  
 Infecciones Respiratorias: 2154  
 Neumonías: 41/00 defunciones  
 SOB/Asma: 01  
 Ofidismo: 08  
 TBC C/Confir. Bacteriológica: 05  
 TBC S/Confir. Bacteriológica: 02  
 Dengue S/señales de alarma: 02  
 Leishmaniosis Cutánea: 02  
 Dengue C/señales de Alarma: 01  
 Leptospirosis: 01  
 Meningitis Tuber. <5 años: 01  
 TBC Recaida: 01

**CUENCA DEL MARAÓN (PARINARI)**

Malaria Vivax: 73  
 Malaria Falciparum: 20  
 Diarreas acuosas: 545  
 Diarreas Disentéricas: 23  
 Infecciones Respiratorias: 890  
 Neumonías: 06/00 defunciones  
 SOB/Asma: 05  
 Ofidismo: 05  
 TBC C/Confir. Bacteriológica: 01  
 Dengue C/señales de Alarma: 02



Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

## **Atención de la población afectada por contaminación de metales pesados en las 4 Cuencas de la región Loreto**

Bajo el panorama antes mencionado, el Estado peruano adoptó medidas para atender las demandas de la población local frente a las condiciones ambientales y de salud en las que se encontraban, es así que mediante Resolución Suprema N° 200-2012-PCM del 28 de junio de 2012, se creó la Comisión Multisectorial de Naturaleza Temporal, adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros, encargada de analizar, diseñar y proponer medidas que permitan mejorar las condiciones sociales y ambientales de la población en las cuencas del Pastaza, Tigre, Corrientes y Marañón del departamento de Loreto; posteriormente, con Resolución Suprema N° 212-2013-PCM, se prorrogó su plazo de vigencia hasta el 13 de julio de 2014, como resultado del trabajo realizado se conformó bajo Resolución Suprema N°119-2014-PCM la Comisión Multisectorial de carácter temporal denominada "Desarrollo de las Cuencas del Pastaza, Tigre, Corrientes y Marañón, del departamento de Loreto", con la finalidad de proponer medidas que permitan mejorar las condiciones sociales y ambientales de las poblaciones de las cuatro cuencas, favorecer el desarrollo integral y apoyar en la implementación de los proyectos de desarrollo públicos, privados y ejecución de obras que presenten la autoridad distrital, provincial y/o regional, así como la población organizada y las empresas asentadas en dicho ámbito territorial, la cual se encontrará adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros.

El diagnóstico de Contaminación por metales pesados se puede realizar en todos los establecimientos del Nivel I, sin embargo, de acuerdo a la categoría de exposición a los contaminantes, este debe realizarse en establecimientos del Nivel I – 1, 2, 3, 4, si son menores a la III categoría de exposición, si son mayores, el tratamiento se realizará en establecimientos del Nivel II de atención.

Actualmente las zonas más afectadas y en riesgo de contaminación por metales pesados corresponden a las Redes de Salud de Datem del Marañón, Alto Amazonas y Loreto. La Infraestructura de Salud presente en estos espacios geográficos son las que se detallan a continuación:

La Tabla N° 49, Nos muestra que se cuenta con 111 establecimientos de salud distribuidos en las cuencas, dispuestos para la atención de pacientes por contaminación de metales pesados, 2 de ellos son de Categoría II, el Hospital de Apoyo Iquitos (II-2) y el Hospital Santa Gema de Yurimaguas (II-1); y uno de categoría III, el Hospital Regional de Loreto.

Asimismo, la Red de Salud de Loreto, oferta un total de 39 establecimientos del primer nivel de atención, distribuidas en sus redes Nauta, Maypuco, Intuto, y Villa Trompeteros.

La Red de Salud de Alto Amazonas (correspondiente a la Unidad Ejecutora Alto Amazonas), tiene un total de 19 establecimientos en zonas de riesgo de contaminación por metales pesados, distribuidos en sus redes de Teniente César López y Lagunas.

La Red de Salud de Datem del Marañón (correspondiente a la Unidad Ejecutora Datem del Marañón), oferta un total de 49 establecimientos de salud del primer nivel de atención. Es una de las redes más alejadas de toda la región y por ende la que presenta mayor dificultad de acceso a la zona.

Los responsables de llevar la Estrategia de Metales Pesados en los Centros de Salud son los profesionales Médicos o Enfermeras, sin embargo, los establecimientos en zonas

periféricas (rural) no cuentan en la mayoría de veces con estos profesionales debidamente capacitados.

**Tabla N° 50. Distribución de los Establecimientos de Salud en las zonas afectadas y de riesgo de contaminación por metales pesados. DIRESA Loreto año 2016**

REDES	MICROREDES	Sin Categ.	CATEGORIAS								SUB TOTAL	TOTAL
			I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2		
LABORATORIO DE SALUD PUBLICA		1									1	1
HOSP. REG. LORETO									1		1	1
HOSP. APOYO IQUITOS								1			1	1
HOSP. APOYO YURIMAGUAS							1				1	1
RED LORETO	NAUTA		10	1	1	1					13	39
	VILLA TROMPETEROS		9	2		1					12	
	MAYPUCO		5	1	1						7	
	INTUTO		6		1						7	
RED ALTO AMAZONAS	TENIENTE CESAR LOPEZ		7		1						8	19
	LAGUNAS		10		1						11	
RED DATEM	MANSERICHE		8		1						9	49
	BARRANCA		6			1					7	
	CAHUAPANAS		6	1							7	
	PASTAZA		6	2	1						9	
	ANDOAS		5	2							7	
	MORONA		9	1							10	
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>87</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>111</b>	<b>111</b>

Fuente: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

En relación a la extracción de oro, actualmente, hay tres proyectos formales muy importantes de concesiones mineras, ubicados en las cercanías del río Marañón. Aunque la actividad en las concesiones legales apenas está empezando, se sabe de la existencia de más concesiones en trámite, y se prevé que la actividad seguirá aumentando. Mientras tanto, la minería informal es la que más ha crecido, tanto en el lecho de los ríos, mediante dragas e implementos similares, como en las riberas.

## 2. EMERGENCIAS Y DESASTRES

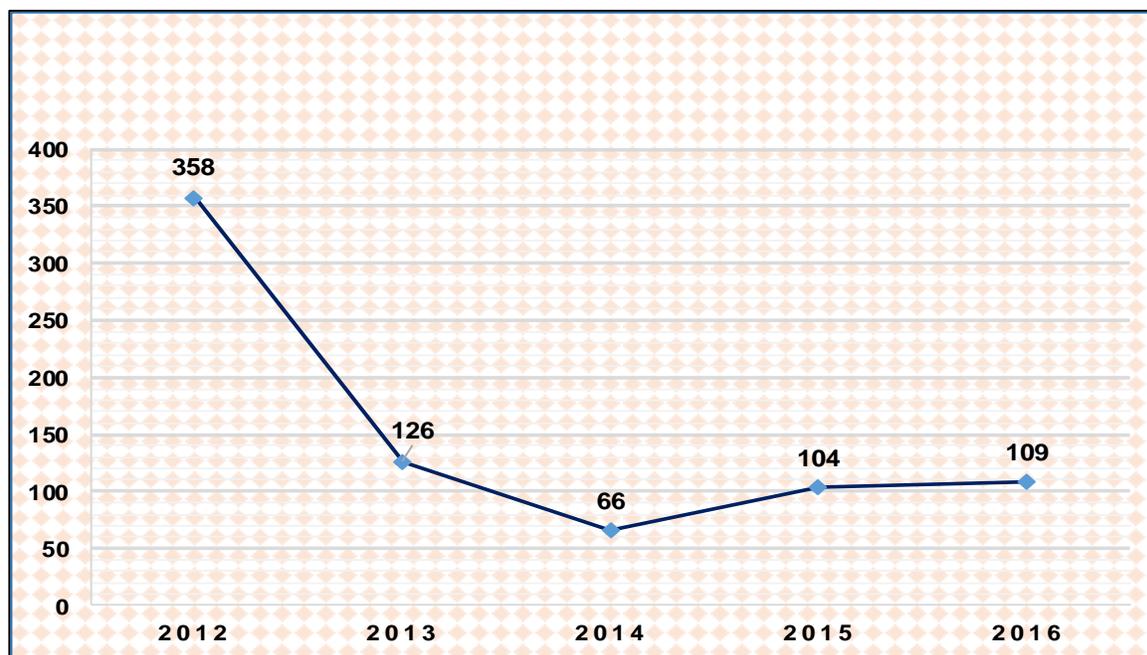
La Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD) - MINSA, encargado del planeamiento estratégico para desarrollar en el sector Salud los componentes, procesos y subprocesos de la Política Nacional de la Gestión del Riesgo de Desastres. Asimismo, Coordina con el Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres de la DIRESA Loreto, para el cumplimiento de sus dos campos de acción, el primero de la Defensa Nacional y el segundo del manejo de Emergencias Y Desastres que alteran significativamente la situación de la salud de la población y la capacidad de oferta de los servicios de salud.

La historia de Loreto nos indica que los desastres más frecuentes han sido originados por desborde de los ríos en épocas de creciente, por la erosión ribereña causada por el cambio de curso de las aguas de los ríos, y por los vientos fuertes, en cuanto a desastres originados por fenómenos naturales. En cuanto a desastres originados por intervención del ser humano

se puede mencionar los incendios urbanos, urbanos marginales, la contaminación ambiental de los ríos principalmente.

El Gráfico N°199. Nos muestra la tendencia de eventos informados desde el año 2012 hasta el año 2016, observando que en los años 2012 hubo un incremento de eventos de 358 Emergencias y Desastres y en el año 2013 (126 eventos), luego se observa en el año 2014 una disminución significativa con 66 eventos, menos que el año 2015 con 104 eventos y en el año 2016 con 109 eventos de Emergencias y Desastres.

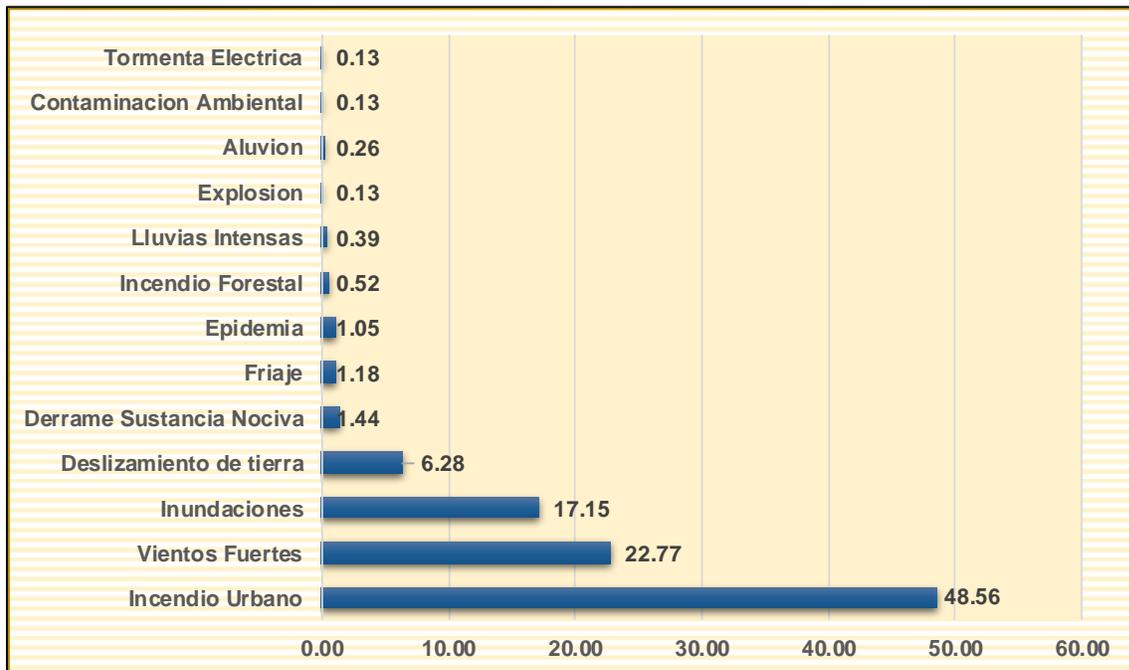
**Gráfico N° 199. Región Loreto. Números de eventos de Emergencias y Desastres por años. 2012-2016.**



Fuente: SINPAD-COEN-INDECI

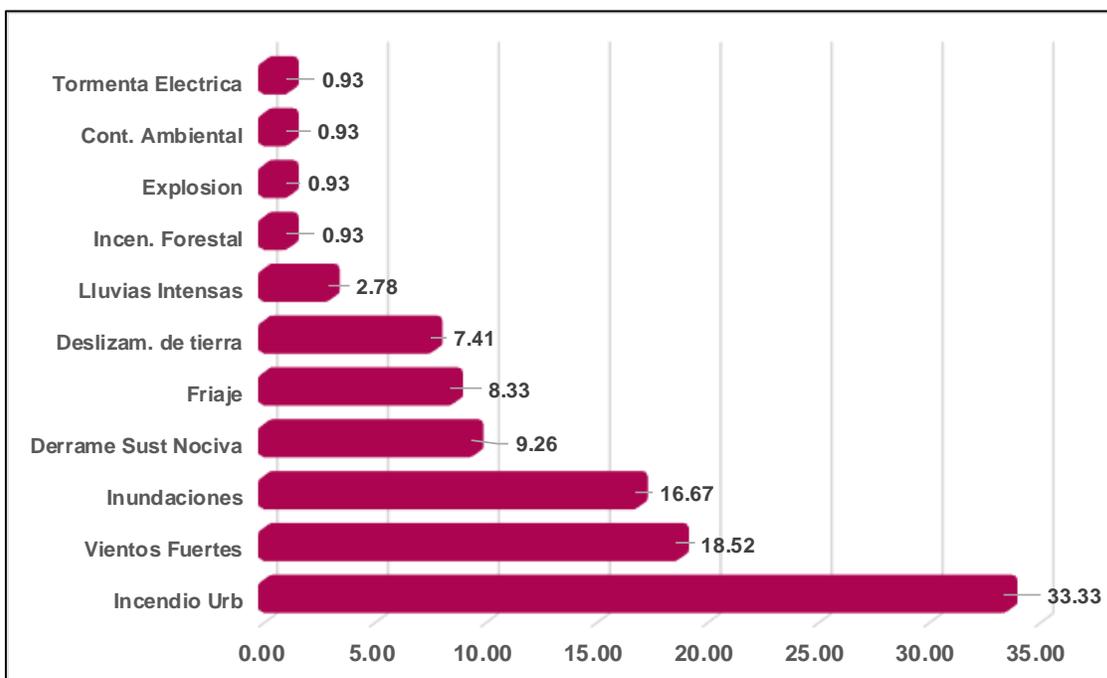
Según los Tipos de Eventos de Emergencias y Desastres durante los años 2012 al 2016, el 48.56% de los eventos son de origen antrópico, como Incendio Urbano, seguido de eventos naturales (Vientos fuertes con 22.77%, Inundaciones con 17.15% y deslizamiento de tierra con 6.28%), existiendo en menor proporción los eventos como Derrame de Sustancia Nociva, Friaje, Epidemias, Incendio Forestal entre otros menos del 0.3% (Ver Gráfico N° 200).

**Gráfico N° 200. Región Loreto. Proporción de eventos de Emergencias y Desastres según Tipos. 2012-2016.**



Fuente: SINPAD-COEN-INDEC

**Gráfico N° 201. Región Loreto. Proporción de Eventos de Emergencias y Desastres - 2016.**



Fuente: SINPAD-COEN-INDEC

### 3. EVENTOS ADVERSO E INCIDENTES LABORALES

Según la Norma Técnica de Seguridad, establece que la Alta Dirección en los Establecimientos de Salud debe mejorar la calidad, fortalecer la vigilancia la seguridad de las prestaciones y lograr el compromiso de los trabajadores de la institución con la gestión de riesgos.

La Dirección de Calidad en salud de la DIRESA Loreto, mediante entrevistas, comunicación vía telefónica y Asistencias Técnicas grupales y personalizadas ha desarrollado Monitoreo de las actividades del Plan de Seguridad del Paciente en 3 hospitales de la Región Loreto (Hospital Regional de Loreto, Hospital Iquitos, Hospital Santa Gema de Yurimaguas).

La Tabla N° 50. Nos muestra que se reportaron un total de 320 eventos adversos e incidentes, del 100% de estos 205 fueron eventos adversos (64. %) y 115 casos fueron incidentes (35.9%).

En relación a los 3 Hospitales que reportaron estos eventos adversos e incidentes; Del 100% reportados, el Hospital Regional es el que mayor casos ha reportado 201 casos que representa el 62.8%, seguida las reportados por el Hospital Iquitos con 117 casos (36.6%), finalmente el Hospital Santa Gema presentó solo 2 casos, 1 evento adverso (0.3%) y 1 incidente (0.3%).

**Tabla N° 51. Número y Porcentaje de Eventos adversos e incidentes en los hospitales de la Región Loreto- 2016**

HOSPITALES	HOSPITAL REGIONAL	%	HOSPITAL IQUITOS	%	HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS	%	TOTAL	%
INCIDENTES	53	16.6	61	19.1	1	0.3	115	35.9
EVENTOS ADVERSOS	148	46.3	56	17.5	1	0.3	205	64.1
TOTAL	201	62.8	117	36.6	2	0.6	320	100.0

Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

Si analizamos los eventos adversos e incidentes por cada hospital, observamos que del 100% de eventos adversos e incidentes presentados en los 3 Hospitales, los eventos adversos en el Hospital Regional representan el mayor porcentaje (46.3%), seguida de los incidentes ocurridos en el Hospital Iquitos con el 19.1%.

#### Eventos adversos según categorías

Entendiéndose que un Evento Adverso es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica,

productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente; Vamos a describirles las ocurridas en los 3 Hospitales de acuerdo a sus categorías relacionadas:

**Tabla N°52. Principales Eventos Adversos según categorías ocurridas en los Hospitales de la región Loreto- 2016**

EVENTOS ADVERSOS SEGÚN CATEGORÍAS RELACIONADAS:	HOSPITAL REGIONAL	%	HOSPITAL IQUITOS	%	HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS	%	TOTAL	%
Con procesos o procedimientos asistenciales.	0	0	33	16.1	1	0.5	34	16.6
Con Infección asociada a la atención Sanitaria	132	64.4	6	2.9	0	0.0	138	67.3
Con la medicación o su administración	5	2.4	2	1.0	0	0.0	7	3.4
Con el comportamiento del personal	1	0.5	1	0.5	0	0.0	2	1.0
Con el comportamiento del paciente	0	0.0	12	5.9	0	0.0	12	5.9
Con el accidente del paciente	10	4.9	2	1.0	0	0.0	12	5.9
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>72.2</b>	<b>56</b>	<b>27.3</b>	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>205</b>	<b>100.0</b>

Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

Según la Tabla N° 52. De 205 casos de eventos adversos reportados por los 3 hospitales de la región Loreto, la mayor cantidad de eventos adversos se presentaron en el Hospital Regional, 148 eventos adversos (72.2%), Hospital Iquitos 56 eventos adversos (27.3%), finalmente solo el 0.5% fueron reportados por el Hospital Santa Gema de Yurimaguas (1 caso).

En relación a las categorías relacionadas con los eventos adversos, vemos que del total reportados el 67.3% están relacionados con Infección asociada a la Atención Sanitaria, seguida de la categoría relacionada con los procesos o procedimientos asistenciales con el 16.6%; con menos proporción tenemos las categorías relacionadas con el comportamiento del paciente y con el accidente del paciente con el 5.9% respectivamente.

Así mismo observamos que del 100% de casos de eventos adversos reportados en los 3 hospitales, la categoría relacionada con Infección asociada a la atención médica ocurrida en el Hospital Regional de Loreto, seguida de la categoría relacionada con los procesos o procedimientos asistenciales ocurridas en el Hospital Iquitos.

## Incidentes

Es una circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

En la Tabla N°53. Nos muestra los resultados de los incidentes ocurridos en 3 Hospitales de la región Loreto, se reportaron 115 incidentes, de los cuales 61 incidentes de ellos ocurrieron en el Hospital Iquitos que corresponde al 53%, seguidas las ocurridas en el hospital Regional 53 incidentes (46.1%) y solamente el 1 incidente el Hospital Santa Gema (0.9%). Y según

categorías relacionadas, de 115 incidentes, 72 incidentes ocurrieron con procesos o procedimientos asistenciales (62.6%), seguidas de 21 incidentes (18.3%) relacionadas al comportamiento del personal, las demás categorías no pasan del 4.3%, como las relacionadas a la sangre y sus derivados y a los recursos de gestión del establecimiento de salud.

**Tabla N° 53. Principales Incidentes según categorías ocurridas en los Hospitales de la región Loreto- 2016**

INCIDENTES SEGÚN CATEGORÍAS RELACIONADAS:	HOSPITAL REGIONAL	%	HOSPITAL IQUITOS	%	HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS	%	TOTAL	%
A la Administración Clínica	2	2.0	0	0.0	0	0.0	2	1.7
Procesos o procedimientos asistenciales	30	30.0	42	36.5	0	0.0	72	62.6
Errores en la documentación	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Infección asociada a la atención sanitaria	1	0.9	1	0.9	0	0.0	2	1.7
La medicación o de su administración	0	0.0	2	1.7	0	0.0	2	1.7
A la sangre o sus derivados	5	4.3	0	0.0	0	0.0	5	4.3
El comportamiento del personal	14	0.0	7	6.1	0	0.0	21	18.3
El comportamiento del paciente	0	0.0	3	2.6	1	0.9	4	3.5
Los recursos de gestión del Establecimiento de salud	1	0.9	4	3.5	0	0.0	5	4.3
Ala administración de oxígeno o gases medicinales	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>46.1</b>	<b>61</b>	<b>53.0</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

#### 4. PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PCD)

La Persona con Discapacidad (PCD) es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás. (Art.2 Ley N°29973).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), la cual sostiene que la discapacidad es: “un paraguas general para las deficiencias, las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación” que resultan de la interacción entre la persona con una condición de salud y los factores ambientales, por ejemplo, la edad o el género.

**Tabla N° 54. Región Loreto. Número de población con Discapacidad proyectada para los años 2012- 2016**

Años	2012	2013	2014	2015	2016
Población con Discapacidad (Proyectada)	31962	52944	53506	54047	54588

Fuente: INEI. Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012).

Al análisis del Diagnóstico situacional de la región Loreto se tiene estimada una población de personas con discapacidad de 54,588 para el año 2016.

Estos datos nos muestran que la región Loreto al 2016 cuenta con una prevalencia de discapacidad del 3.2%, no escapa a la realidad del Perú que es de 5.2% que representa prevalencia y tendencia de discapacidad más elevada de América.

Los problemas de Discapacidad se van incrementando conforme aumenta la edad, de tal manera que muchos de nuestros pobladores llegan a adulto, parcial o totalmente Discapacitados. Asimismo, Loreto cuenta con más Mujeres Discapacitadas (50,2%) en comparación con los hombres (49.8%). (Fuente INEI 2012 – ENEDIS 2014).

La mayoría de las intervenciones Médicas en la región han sido enfocadas a Certificar el daño y/o discapacidad ya sufrida en la población. En nuestra región, los factores de riesgo y su predisposición para generar discapacidad van desde la Etapa Prenatal, Perinatal, y Postnatal hasta la Etapa adulta. Asimismo, los factores de riesgo sociales contribuyen a generar discapacidades o limitaciones en el funcionamiento; Concluyendo los factores que pueden significar riesgo de discapacidad, pueden ser reducidos con una buena calidad en la atención de salud en la embarazada y en la niña o el niño, a través de un diagnóstico oportuno (prevención secundaria) y el tratamiento adecuado de las complicaciones (prevención terciaria). “Una buena calidad de atención de salud en la embarazada puede reducir el riesgo de discapacidad en el niño, y así tener un adulto saludable”

**Tabla N° 55. Región Loreto. Número y distribución de Médicos que realizan Atención de Especialidad y certificación según Microredes de salud 2016**

HOSPITALES/MICROREDES (MR)	MEDICOS ESPECIALISTA DE REHABILITACION	MEDICOS GENERALES CERTIFICADORES
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	2	1
HOSPITAL STA GEMA DE YURIMAGUAS	1	0
MR BELEN		1
MR SAN JUAN		2
MR PUNCHANA		1
MR DATEM DEL MARAÑÓN		2
MR REQUENA		1
MR MAZÁN		1
MR CABALLOCOCHA		1
MR NAUTA		1
MR VILLA TROMPETEROS		1
MR CONTAMANA		1
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>13</b>

Fuente: DIRESA Loreto. Programa Presupuestal 0129 Prevención y Control de la Discapacidad.

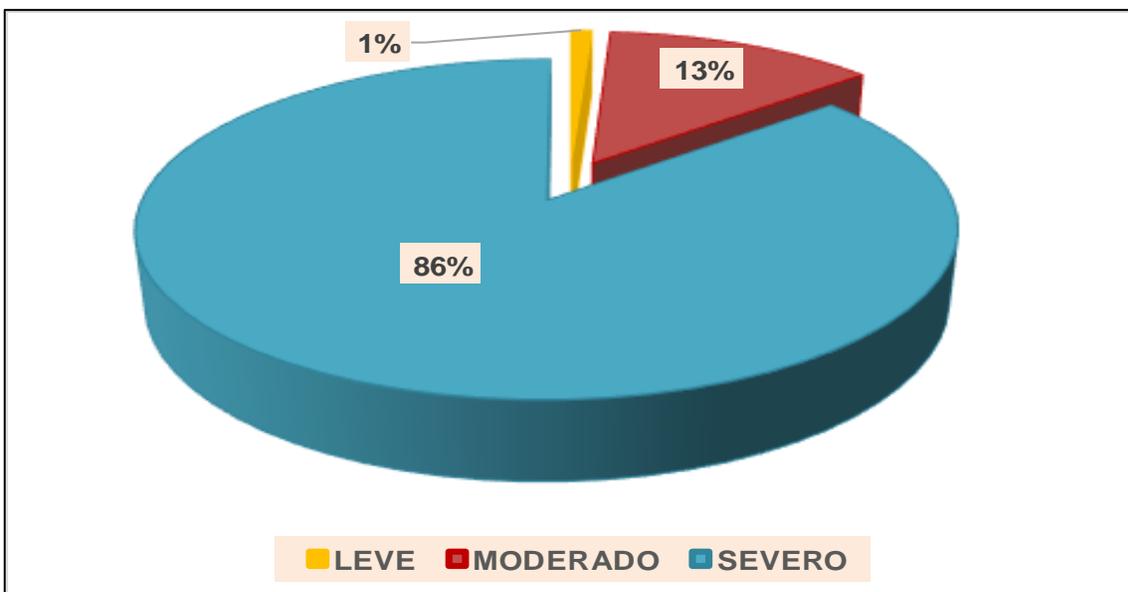
La Tabla N° 55. Nos muestra que la Región Loreto cuenta con 13 Médicos Generales Certificadores de la Discapacidad y 03 Médicos Especialistas en Medicina de Rehabilitación; 12 médicos generales en 12 establecimientos del primer nivel de atención y 01 médico general en el Hospital Regional de Loreto; los médicos especialistas se encuentran 02 en el Hospital Regional de Loreto y 01 en el Hospital Santa gema (Yurimaguas). Esto significa; que solo un 0.58% de establecimientos de 1er, 2do y 3er niveles de atención brindan los servicios de Atención en Medicina de Rehabilitación y Certificación a la población con Discapacidad.

De los 12 Médicos Generales que trabajan en Establecimientos de Salud, todos son Médicos Cas y Nombrados, lo que significa que su permanencia en dichos Centros de Salud está asegurada, lo que no permite un trabajo continuo. 04 Médicos trabajan en establecimientos de Iquitos de los 382 que están en toda la región.

Se cuenta con 01 Unidad Prestadora de Servicios de Salud en Medicina de Rehabilitación UPSS – MR con implementación básica en los servicios de **Atención de medicina de rehabilitación para PCD y Certificación de discapacidad**, asimismo se cuenta con la Oficina Regional de Certificación para PCD e INVALIDEZ; ambos ambientes pertenecen al Hospital Regional.

Podemos observar en el siguiente gráfico que del total de personas que obtuvieron Certificados de Discapacidad, el 86% tuvieron un grado de discapacidad severo, mientras el 13% tuvieron discapacidad moderada y finalmente un 1% tuvieron discapacidad leve. (Ver Gráfico N°202).

**Gráfico N° 202. Región Loreto. Porcentaje de Personas con Certificados de discapacidad según grado de severidad - 2016**

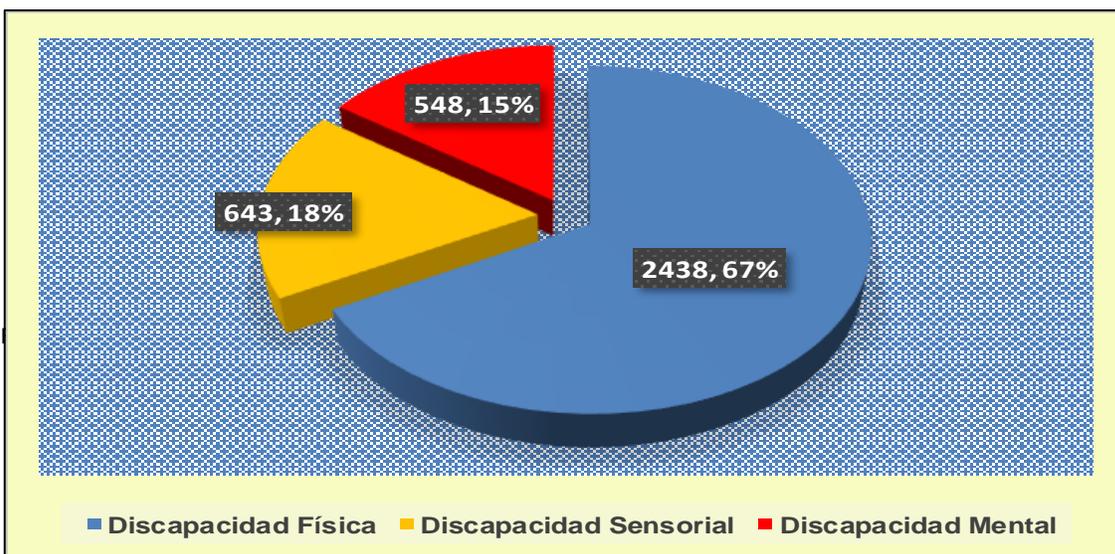


Fuente: Hospital Regional de Loreto. Prevención y Control de la Discapacidad.

### Hospital Regional de Loreto

Se observa que el 67% de atenciones que se realizaron en el Hospital Regional de Loreto en relación al tipo de discapacidad fueron de tipo física, seguida de la Discapacidad Sensorial con 643 atenciones (18%) y las atenciones con Discapacidad Mental con 548 atenciones que representa el 15%.

**Gráfico N° 203. Hospital Regional de Loreto. Porcentaje de Atenciones según Tipo de Discapacidad - 2016**



Fuente: Hospital Regional de Loreto. Prevención y Control de la Discapacidad.

**Tabla N° 56. Hospital Regional de Loreto. Número y Porcentaje de Atenciones según Discapacidad Física - 2016**

N°	Discapacidad Física	N° Casos	%
1	Enf. Articular degenerativa	683	28.0
2	Lesiones Medulares	463	19.0
3	Enf. Cerebro Vascular	295	12.1
4	Síndrome Down	284	11.6
5	Lesiones del nervio Periférico	246	10.1
6	Transtorno del desarrollo función Motriz	141	5.8
7	Encefalopatía Infantil	119	4.9
8	Amputaciones de Miembro Superior	56	2.3
9	Transtornos Posturales	51	2.1
10	Amputación de Miembro Inferior	34	1.4
11	Enf. Muscular y Unión Mioneuronal	34	1.4
12	Enf. Parkinson	32	1.3
<b>Total</b>		<b>2438</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Hospital Regional de Loreto. Prevención y Control de la Discapacidad.

En la Tabla N° 56. Podemos observar que, de 2438 atenciones realizadas en el Hospital Regional de Loreto por Discapacidad Física, 5 enfermedades representan el 70.7% del total de atenciones, el 28% son por Enfermedades Articulares Degenerativas, seguida de por Lesiones Medulares con el 19%, en tercer lugar, están las atenciones por Enfermedades Cerebros Vasculares con el 12.1%, seguidas de atenciones por Síndrome Down con 11.6%, habiendo atenciones del resto de discapacidades físicas no menos importantes representan el 29.3% del total de atenciones.

**Tabla N° 57. Hospital Regional de Loreto. Número y Porcentaje de Atenciones según Discapacidad Sensorial - 2016**

N°	Discapacidad Sensorial	N° Casos	%
1	Parálisis Cerebral Infantil	327	50.9
2	Baja Visión y/o Ceguera	135	21.0
3	Enfermedad Cerebro vascular	79	12.3
4	Hipoacusia y/o Sordera	68	10.6
5	Sordomudez	34	5.3
<b>Total</b>		<b>643</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Hospital Regional de Loreto. Prevención y Control de la Discapacidad.

Se observa que del 100% de atenciones por discapacidad Sensorial, el 50.9% corresponde a la Parálisis Cerebral infantil, seguida de Baja Visión y/o Ceguera con el 21.0% y en tercer lugar las Enfermedades Cerebro vasculares con el 12.3%. (Ver Tabla N° 57).

**Tabla N° 58. Hospital Regional de Loreto. Número y Porcentaje de Atenciones según Discapacidad Mental - 2016**

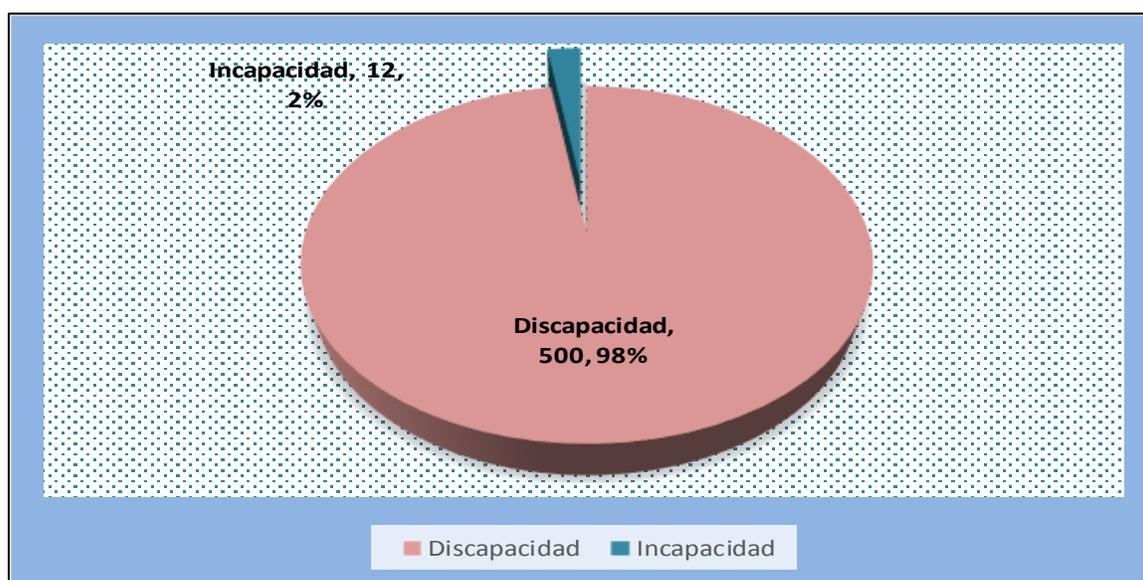
N°	Discapacidad Mental	N° Casos	%
1	Retraso Mental (Leve, Moderado y Severo)	432	78.8
2	Otros trastornos de Salud Mental	68	12.4
3	Trastorno del aprendizaje	34	6.2
4	Trastorno Espectro Autista	14	2.6
<b>Total</b>		<b>548</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Hospital Regional de Loreto. Prevención y Control de la Discapacidad.

Con respecto a las atenciones realizadas por Discapacidad Mental, podemos observar que el mayor porcentaje de atenciones son producidas por Retraso Mental (Leve, Moderado y Grave) con el 78.8%, segundo lugar por Otros Trastornos de Salud Mental con el 12.4%, seguidas de los Trastornos de Aprendizaje (6.2%) y los Trastornos Espectro Autista con el 2.6%. (Ver Tabla N° 58).

En relación a las atenciones de Certificaciones, el 98% fueron por Discapacidad y el 2% por Incapacidad.

**Gráfico N° 204. Hospital Regional de Loreto. Porcentaje de Atenciones según Tipo de Certificación - 2016**



Fuente: Hospital Regional de Loreto. Prevención y Control de la Discapacidad.

---

**CAPITULO VI**

**ANÁLISIS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN  
SALUD**

---

## 1. COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO Y 1 AÑO DE EDAD.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en la Región de las Américas, y particularmente en el **Perú**, ha logrado erradicar la viruela y la poliomielitis, eliminar el **tétanos neonatal** como problema de salud pública, y controlar otras enfermedades inmunoprevenibles.

Las vacunas contribuyen a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas; entre ellas la Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B, Influenza, Poliomielitis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, formas graves de la Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por Rotavirus, infección por VPH. Por ello es importante la vacunación de forma oportuna.

### a. Coberturas de vacunación en niños menores de 1 año de edad.

#### \*Cobertura de la Vacuna Pentavalente 3era dosis

La cobertura de vacunación de la Pentavalente en niños menores de 1 año con tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, en la región Loreto alcanzaron en el 2012 y 2013 coberturas del 95% y 96% respectivamente, superiores a los años posteriores, en el año 2016 alcanzó la cobertura del 79.8% la más baja cobertura en los 5 años analizados 1.7% menor que el año 2015 que alcanzó el 81.5%.

**Grafico N° 205. Región Loreto. Coberturas de vacuna Pentavalente 3era Dosis, en niños menores de 1 año (%). 2012-2016**

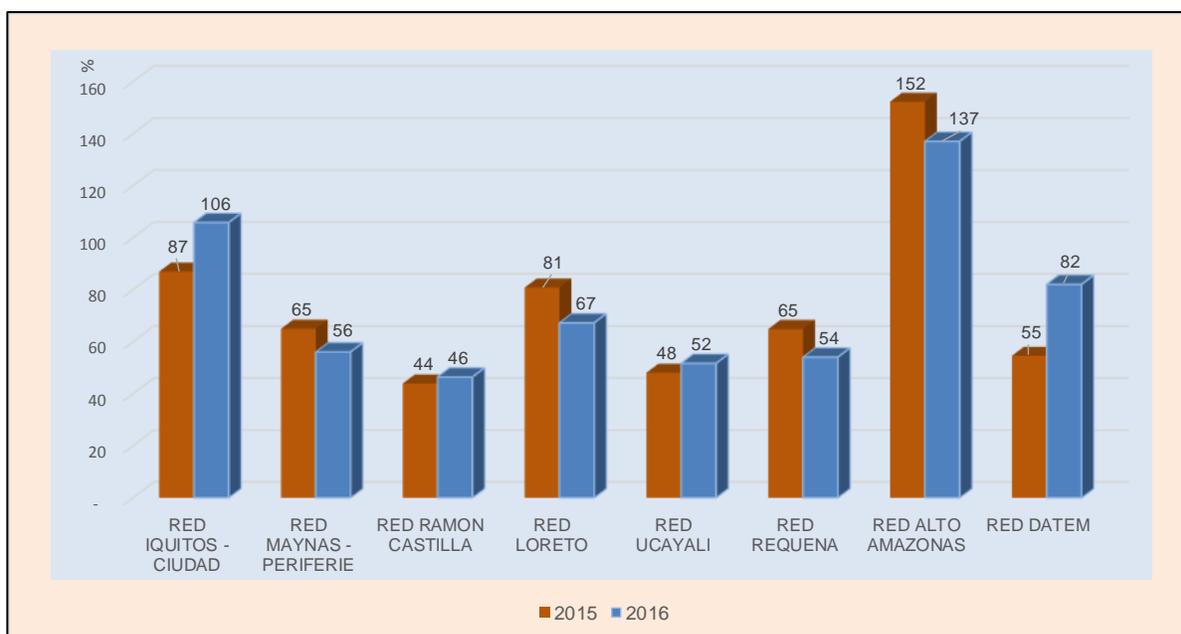


Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

Si analizamos las coberturas por redes de salud en comparación entre los años 2015 y 2016, encontramos que la provincia de Alto Amazonas tuvo las más altas coberturas que sobrepasan el 100%, con 152% y 137% en los años 2015 y 2016 respectivamente.

La otra red que alcanzó en el año 2016 más del 100% fue la red Iquitos ciudad con el 106%. Luego todas las demás redes no alcanzaron el 95% de cobertura establecida por el MINSA. Las redes con muy bajas coberturas fueron las redes de Ramón Castilla (46%), Ucayali (52%), Requena (54%) y la red Maynas Periferie con el 56%. La Red Loreto y la Red Datem del Marañón alcanzaron el 67% y el 82% respectivamente.

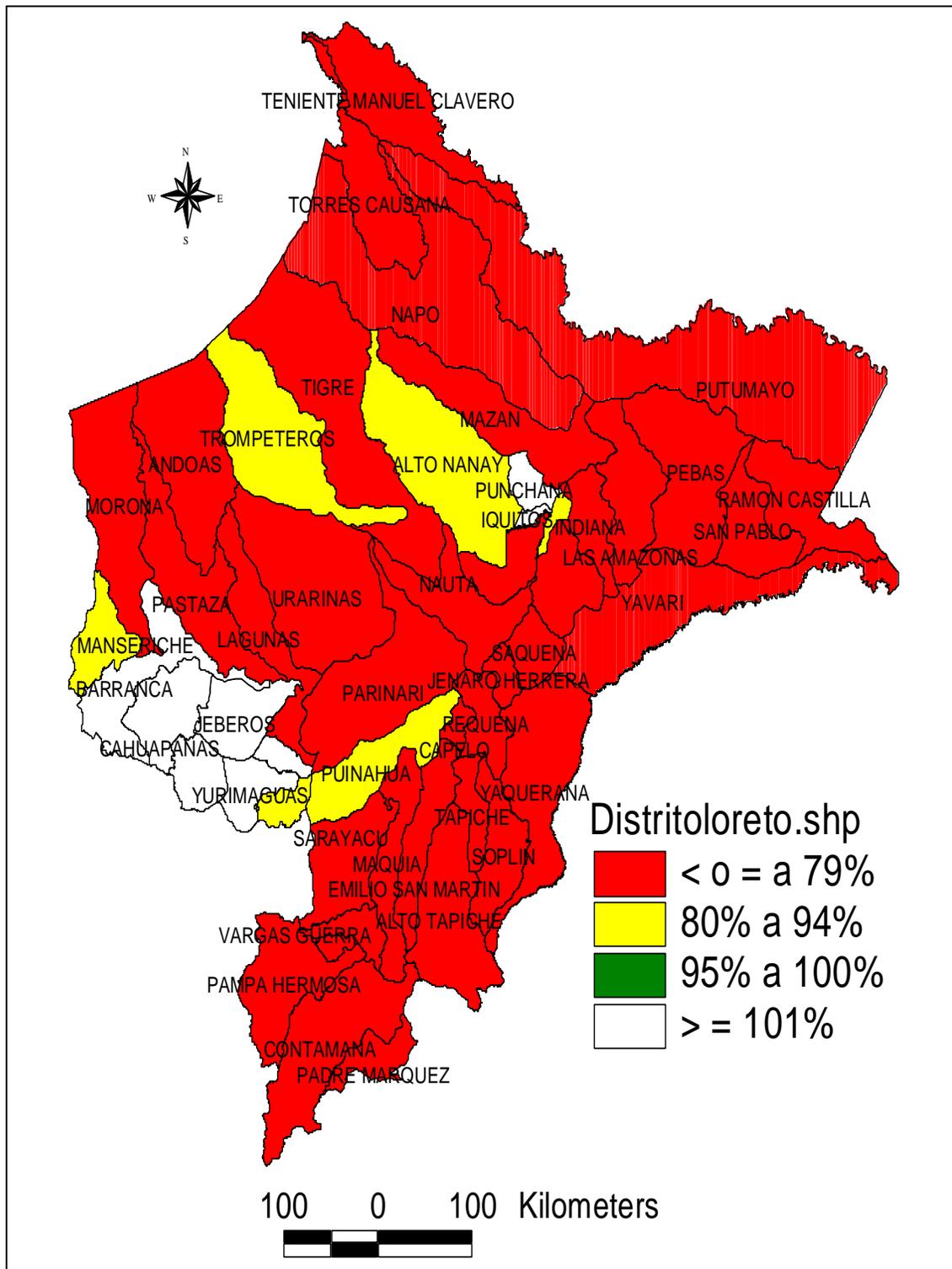
**Grafico N°206. Región Loreto. Coberturas de la Vacuna Pentavalente 3era Dosis, en niños menores de 1 año, según Redes de Salud (%). 2015-2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

Si analizamos las coberturas por distritos vemos claramente que la gran mayoría de los distritos se manchan con rojo, es decir los distritos de alto riesgo a contraer las enfermedades Inmunoprevenibles con menos del 79% de cobertura, además observamos que los distritos de Trompeteros, Alto Nanay, Belén, Puinahua, Tte. Cesar López y Manseriche son los distritos que se encuentran en mediano riesgo y los distritos sin riesgo se encuentran Yurimaguas, Sta. Cruz, Balsapuerto, Barranca, Jebero, Cahuapanas y Manseriche. (Ver Mapa N° 23).

**Mapa N°. 23 Región Loreto. Coberturas de la Vacuna Pentavalente 3era Dosis, en niños menores de 1 año, según Distritos - 2016**

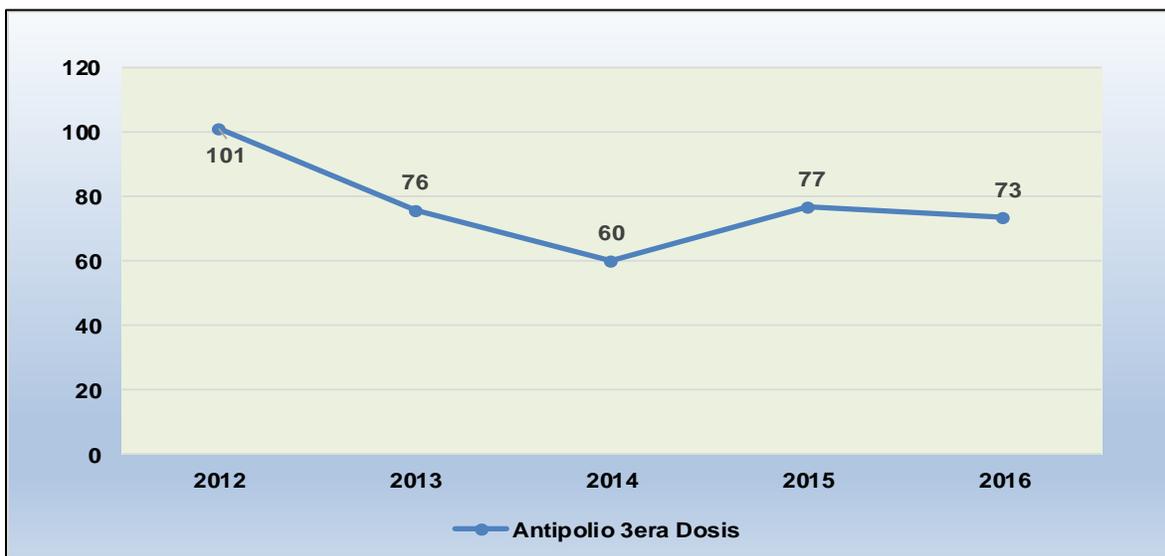


Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

**\*Cobertura de la Vacuna Antipolio  
3era dosis**

Las coberturas de la vacuna anti polio solo en el año 2012 logró alcanzar el 101%, luego de ello no se logró coberturar más del 95%, lo máximo que se alcanzó fue el 77% en el 2015 y el más bajo fue el 60% en el año 2014, la cobertura del año 2016 fue del 73%.

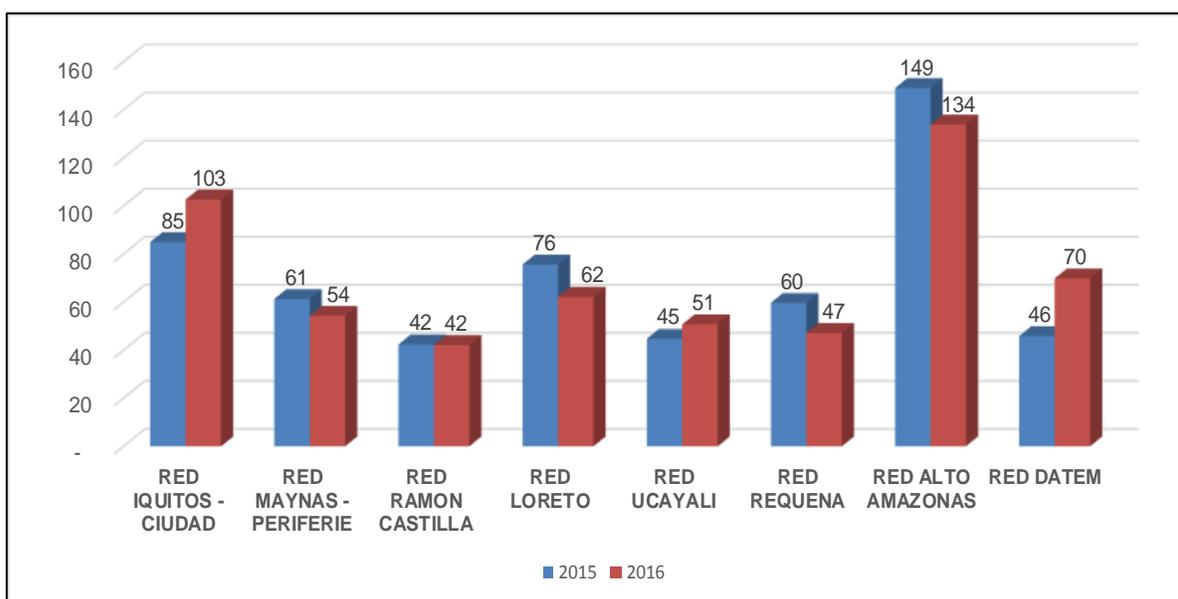
**Grafico N°207. Región Loreto. Coberturas de la Vacuna Antipolio 3era Dosis, en niños menores de 1 año – 2012-2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

Según las redes de salud, las coberturas más altas y que sobrepasaron el 95% fueron las redes de Alto Amazonas 149% y 134% en los años 2015 y 2016. La red Maynas ciudad alcanzó el 103% en el año 2016, el resto de redes no lograron coberturas adecuadas.

**Grafico N° 208. Región Loreto. Coberturas de la Vacuna Anti Polio 3era Dosis, en niños menores de 1 año, según Redes de Salud (%). 2015-2016**

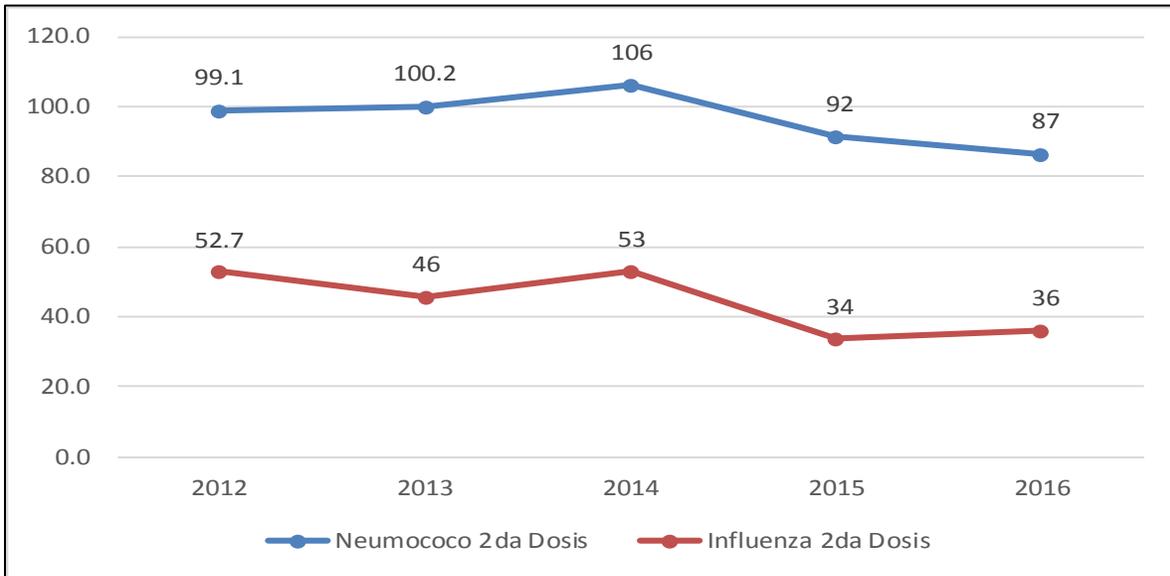


Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

**\*Cobertura de la Vacuna Influenza y Neumococo 2da dosis**

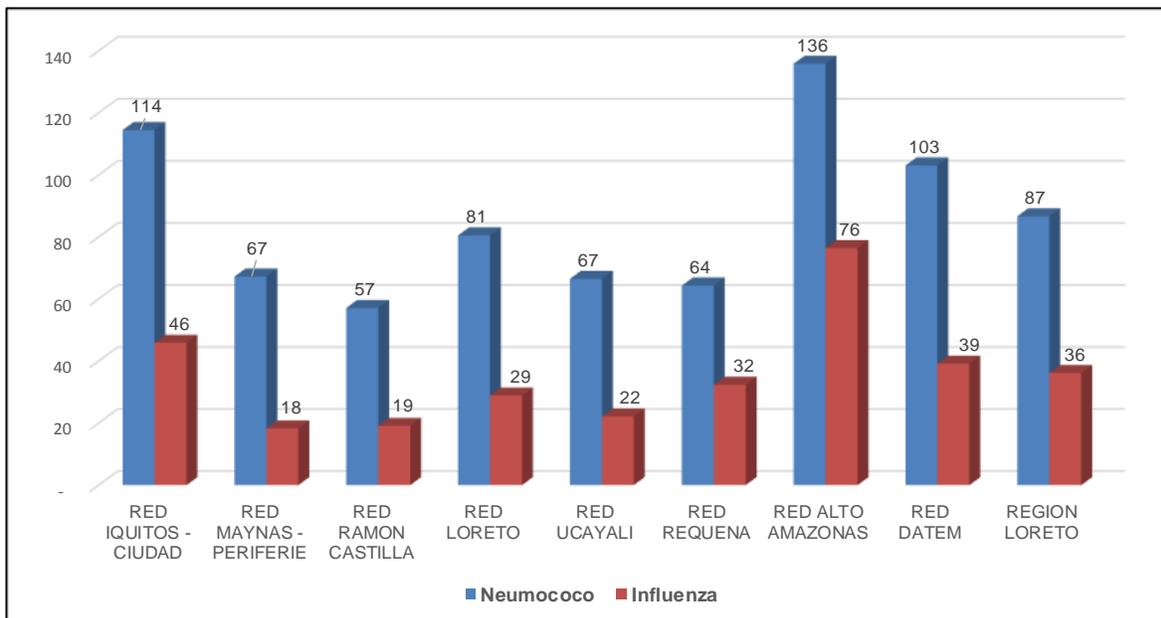
Observamos que las vacunas de neumococo fueron las que tuvieron mejores coberturas que las vacunas contra la influenza. Las coberturas de neumococo solo en los años 2012 al 2014 alcanzaron más del 95%, luego bajó a 92% y 87% en los años 2015 y 2016 respectivamente; Las vacunas de influenza la máxima cobertura fue del 52.7% en el 2012 y la más baja cobertura en el 2015 con el 34%, en el 2016 alcanzó al 36%.

**Gráfico N°209. Región Loreto. Coberturas de la Vacuna Influenza y Neumococo 2da dosis en niños menores de 1 año. 2012-2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

**Gráfico N°210. Región Loreto. Coberturas de la vacuna Neumococo e Influenza 2da dosis en niños menores de 1 año, según Redes de Salud. 2016**



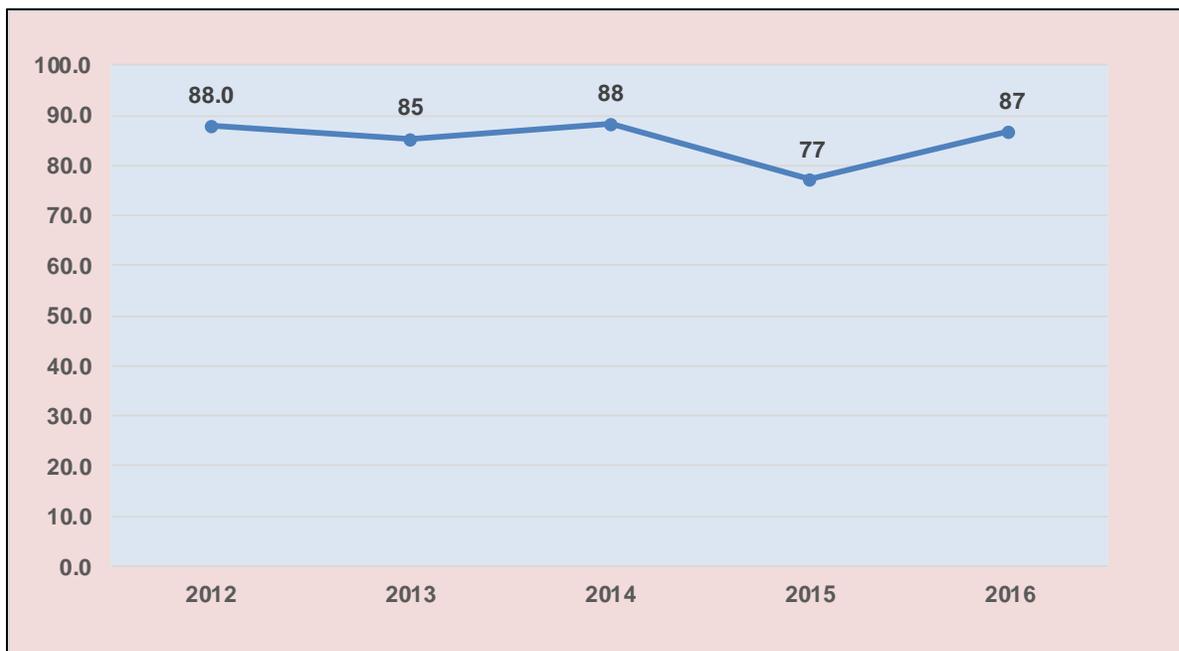
Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

En el año 2016, la vacuna Neumococo fue la que alcanzó mejores coberturas que la vacuna influenza siendo las Redes Alto Amazonas, Red Iquitos Ciudad y la Red Datem del Marañón que alcanzaron coberturas superiores al 95% con 136%, 114% y 103% de coberturas cada uno respectivamente. La cobertura máxima que alcanzó la vacuna influenza fue en la red Alto Amazonas con el 76%. (Ver Gráfico N°210).

**\*Cobertura de la vacuna Rotavirus 2da dosis**

La cobertura de la vacuna Rotavirus 2da dosis desde el año 2012 al 2016 no ha logrado alcanzar las coberturas adecuadas oscila entre el 77% y el 88%. En el año 2016 alcanzó la cobertura del 87%.

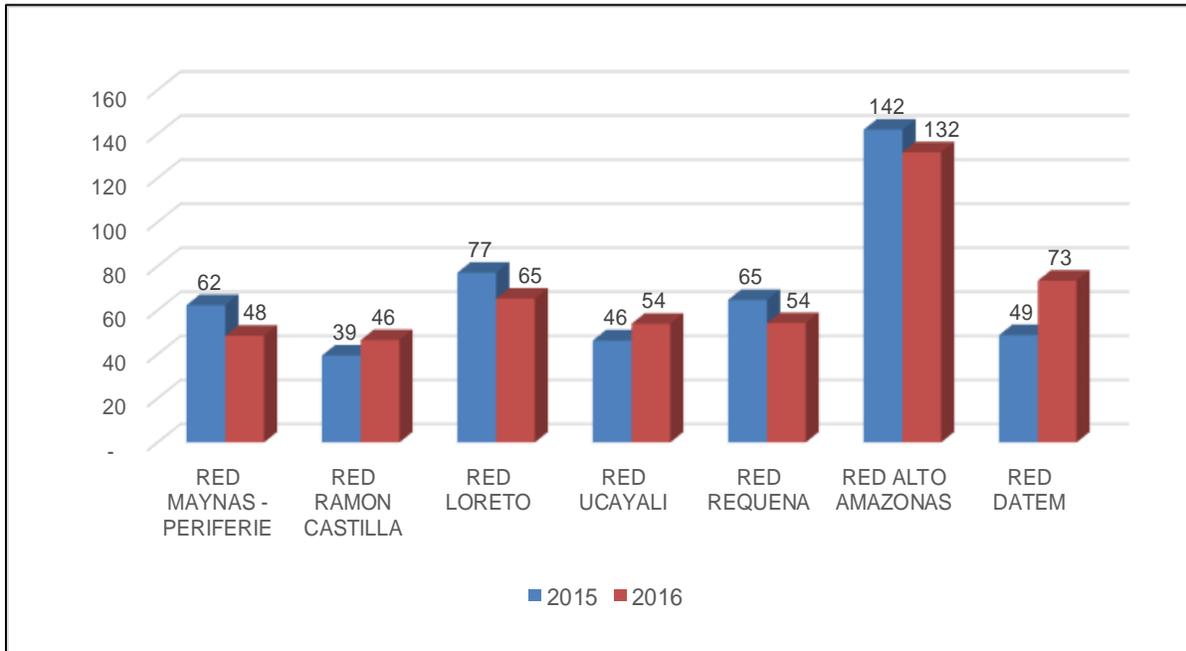
**Gráfico N°211. Región Loreto. Coberturas de la Vacuna Rotavirus 2da dosis en niños menores de 1 año. 2012-2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

La Red Alto Amazonas es la que alcanzó adecuadas coberturas en el 2015 y en 2016 con 142% y 132%, en el año 2016 a parte de la red Alto Amazonas la Red Datem del Marañón alcanzó el 73%, el resto de las redes sus coberturas fueron muy bajas como es el caso de la red Ramón Castilla que alcanzó 46% y la red Maynas Periferie con el 48%.

**Grafico N°212. Región Loreto. Coberturas de la vacuna Rotavirus 2da dosis en niños menores de 1 año, según Redes de Salud. 2016**



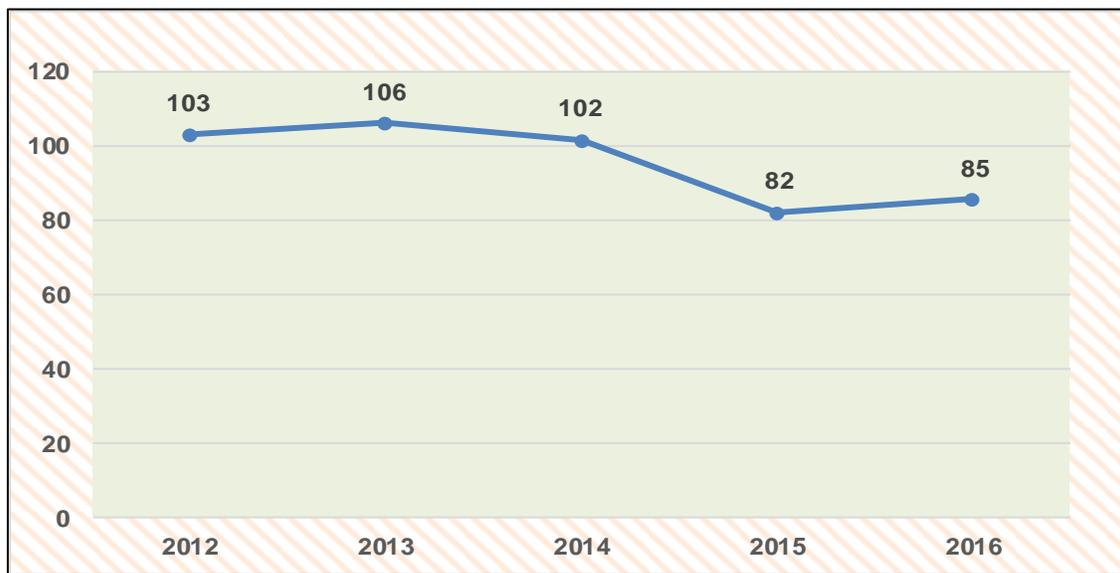
Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

**b. Coberturas de vacunación en niños de 1 año de edad.**

**\*Cobertura de la vacuna Sarampión y Rubeola (SPR)**

La cobertura de SPR logró alcanzar par el 2016 al 85%, 3% más de cobertura que el año 2015 que alcanzó al 82%. Sólo en los año 2012 al 2014% superaron el 100% de coberturas.

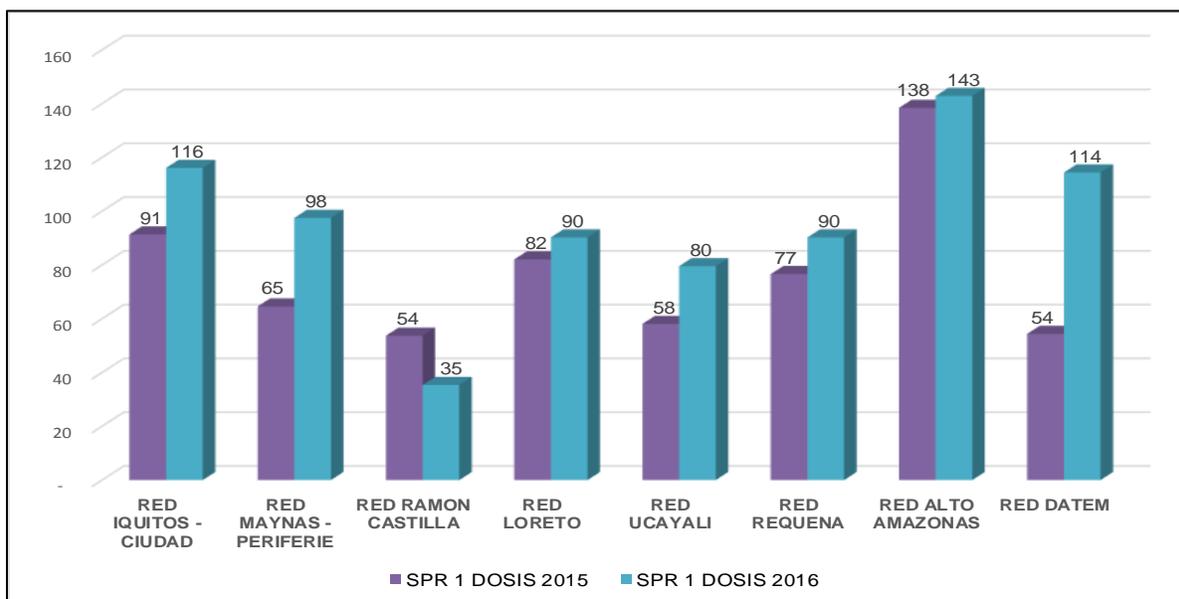
**Grafico N°213. Región Loreto. Coberturas de la vacuna Sarampión y Rubeola (SPR) 1era Dosis en niños de 1 año. 2012 - 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

En relación con la cobertura de la vacuna SPR en niños de 1 año, vemos que la red Alto amazonas logró coberturas más del 100% de 138% Y 143% en el año 2015 Y 2016 respectivamente. En el 2016 se suman las redes con buenas coberturas la red Maynas ciudad (116%), Datem del Marañón con el 114%, red Maynas Periferie con el 98%, y los que llegan al 90% las redes de Loreto y requena con el 90% cada uno. Las redes con bajas coberturas se encuentran la Red ramón castilla con el 35% y la Red Ucayali con el 80%.

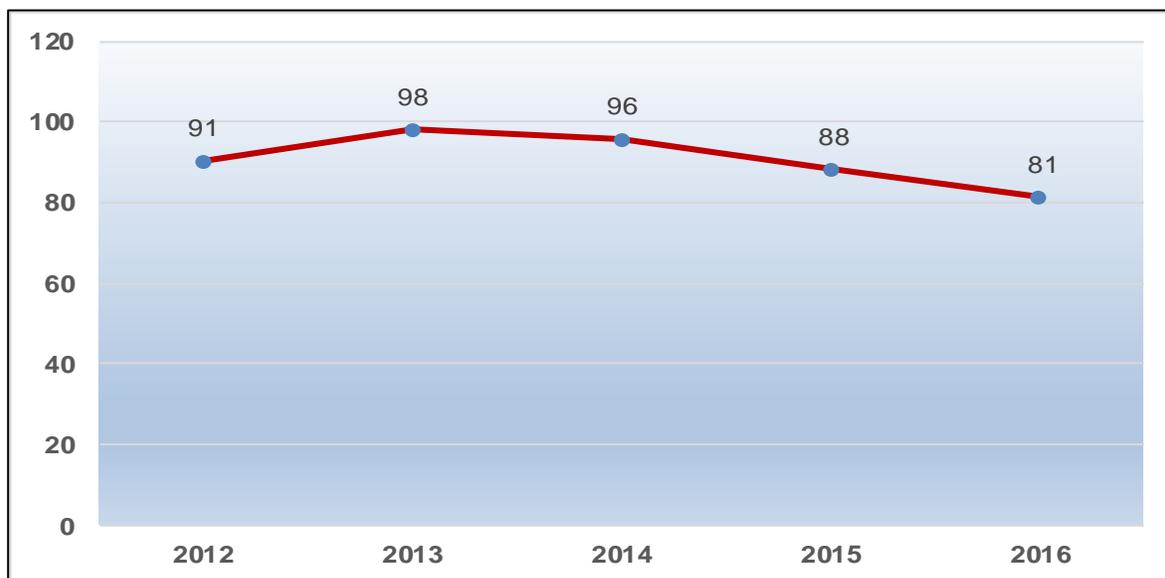
**Grafico N°214. Región Loreto. Coberturas de la vacuna Sarampión y Rubeola (SPR) 1era dosis en niños de 1 año, según Redes de Salud. 2015 y 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

**\*Cobertura de la vacuna Neumococo 3era dosis**

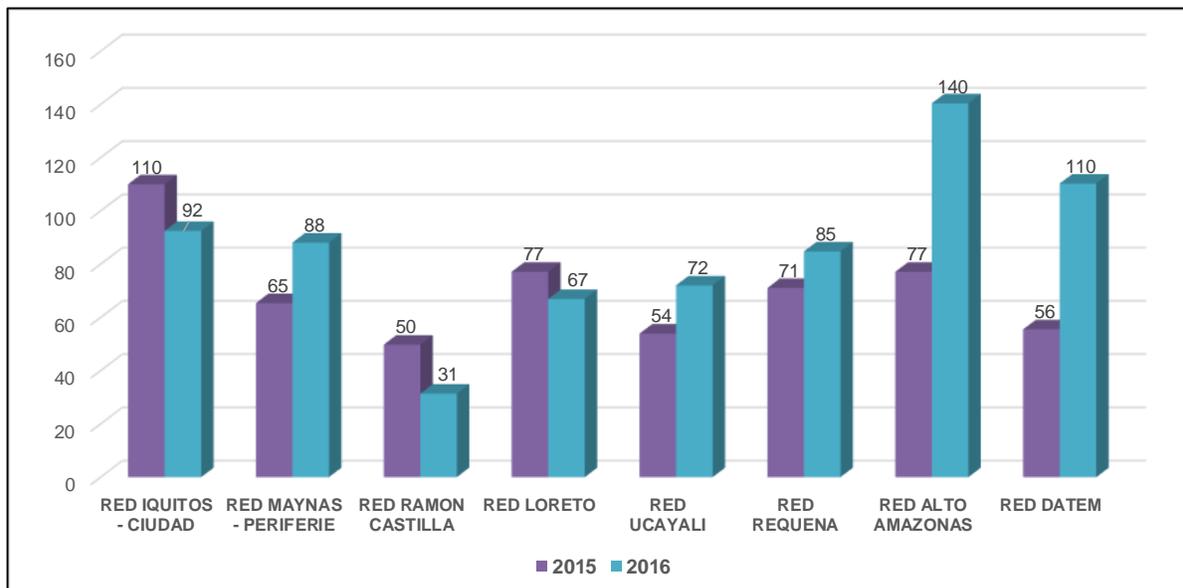
**Grafico N°215. Región Loreto. Coberturas de la Vacuna Neumococo 3era dosis en niños de 1 año. 2012-2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

En el año 2016, la cobertura de la 3era dosis de la vacuna neumococo fue baja, solo alcanzó al 81% disminuyó 7% en comparación con las coberturas alcanzadas en el 2015 (88%). En los años 2013 alcanzó el 98% y en el año 2014 alcanzó el 96%, superior al 95% que es la más adecuada. (Ver Gráfico N°215).

**Gráfico N°216. Región Loreto. Coberturas de la vacuna Neumococo 3era dosis en niños de 1 año, según Redes de Salud. 2015 y 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

En el año 2016, las redes que alcanzaron mejores coberturas fueron las Redes Alto Amazonas, con el 140%, y la Red Datem del Marañón con el 110%, la más baja cobertura lo alcanzó la red Ramón Castilla con el 31%. (Ver Gráfico N°216).

La cobertura de DPT en el año 2012 alcanzó el 99%, mientras en el año 2016 alcanzó el 66%. La red que alcanzó mayor cobertura en el 2016 fue la Requena con el 79%.

**Tabla N° 59. Región Loreto. Coberturas de la vacuna DPT 1er Refuerzo en niños de 1 año, según Redes de Salud. 2012 - 2016**

REDES DE SALUD	1 REFUERZO DPT				
	2012	2013	2014	2015	2016
RED IQUITOS - CIUDAD	91	73	82	71	74
RED MAYNAS - PERIFERIE	86	69	91	29	63
III.- RED RAMON CASTILLA	93	62	76	33	62
RED LORETO	129	63	103	28	69
RED UCAYALI	84	57	77	17	68
RED REQUENA	86	55	89	48	79
RED ALTO AMAZONAS	124	99	82	98	78
RED DATEM	141	81	166	25	47
<b>REGION LORETO</b>	<b>99</b>	<b>72</b>	<b>88</b>	<b>52</b>	<b>66</b>

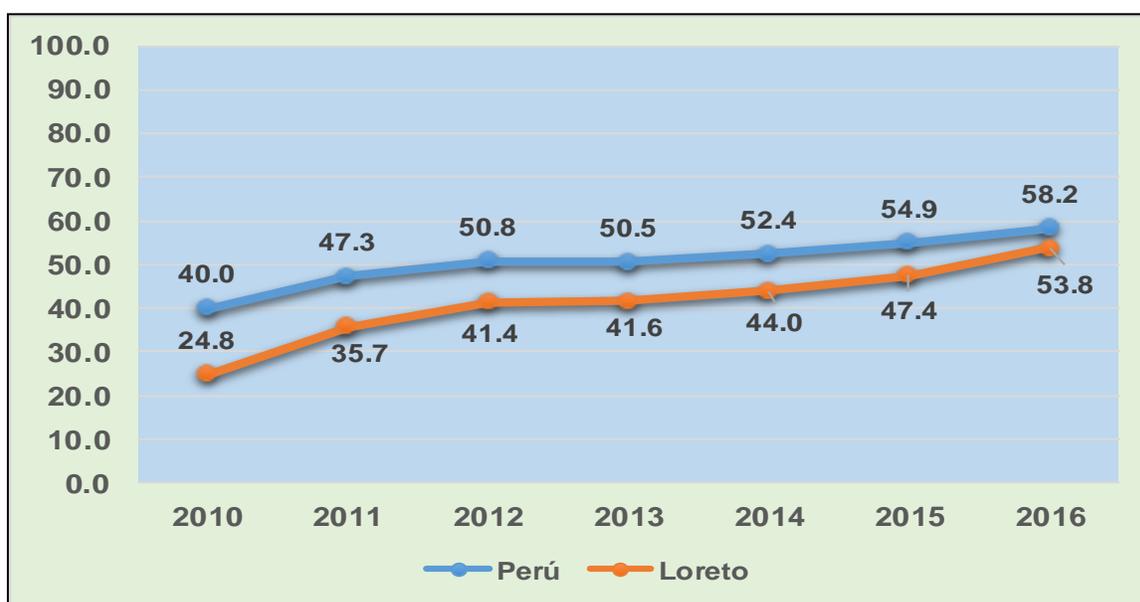
Fuente: DIRESA Loreto. DAIS/ Estrategia Regional de Inmunizaciones

## 2.- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 36 MESES DE EDAD.

La primera infancia es una Etapa fundamental en el ser humano, es por ello que el crecimiento y Desarrollo son interdependientes, Su etapa más crítica tiene lugar entre la concepción y los primeros 3 años de vida, época en la cual el cerebro se forma y se desarrolla a su máxima velocidad. Este periodo es decisivo para el futuro de la niña y el niño, siendo de suma importancia que aseguremos su adecuada salud y nutrición., así como también que crezcan en entornos que estimulen sus habilidades cognitivas y consoliden su sentido de seguridad y confianza básica.

El control de Crecimiento y Desarrollo es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de manera precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir las deficiencias y discapacidades e incrementar la oportunidad y los factores protectores. Es Individual, integral, oportuno, periódico y secuencial.

**Gráfico N°217. Región Loreto. Coberturas del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (completo) en niños menores de 36 meses. 2010-2016**



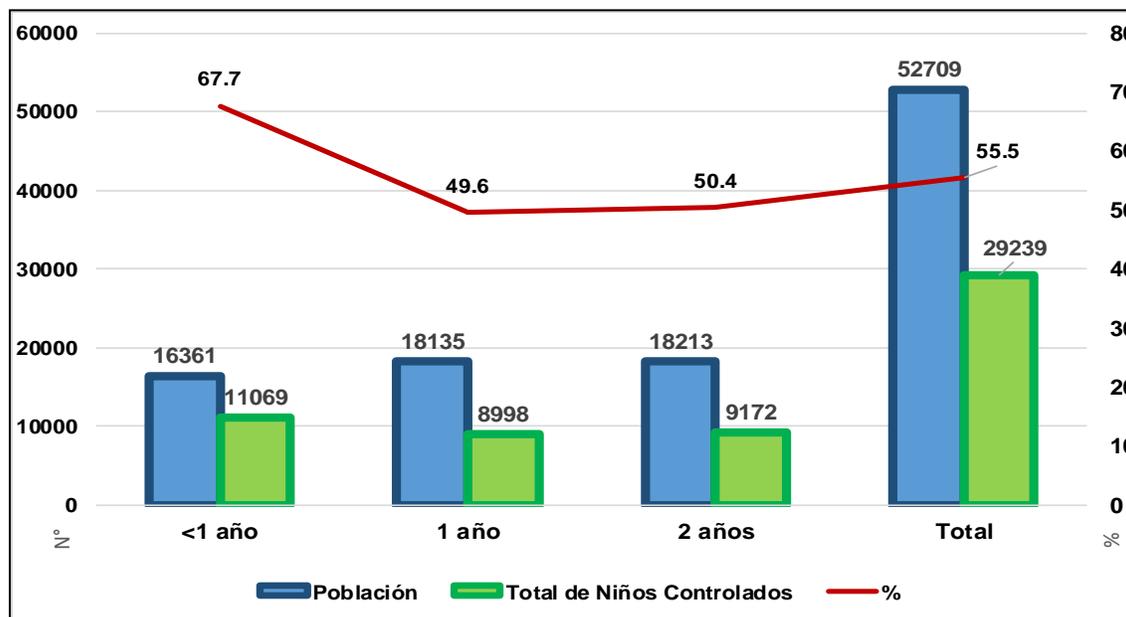
Fuente: INEI- ENDES

Según ENDES, se observa que la región Loreto, según la línea de tendencia ha ido creciendo considerablemente, alcanzando en el 2016 una cobertura de 53.8%, con un aumento con respecto al 2015 de 6.4% y una diferencia de 4.4% a favor del promedio nacional.

En el presente gráfico observamos que en la región Loreto se ha alcanzado una cobertura de 55.5% en el año 2016, logrando controlar a 29,239 niños menores de 36 meses, con respecto a la meta de 52,709 niños.

Sin embargo, cuando observamos según en grupo de edades, en los niños menores de 1 años se alcanzó una cobertura de niños controlados del 67.7%, seguida de la cobertura alcanzada en los niños de 2 años. Con un 50.4%.

**Grafico N°218. Región Loreto. Niños Menores de 36 meses con CRED Completo para su Edad. 2016**



Fuente: DIRESA Loreto. HIS –Estadística e Informática 2016

### 3.- PREVENCIÓN DEL CÁNCER

La oferta del programa de Promoción, prevención y control del Cáncer se brinda en un 50% de los Establecimientos de Salud de la Región Loreto (193 EESS) de los cuales se logra un reporte de la información mensual de 182 EE. SS lo que representa un porcentaje de **47.1%**.

Esta oferta de Salud está constituida mayoritariamente por Puestos de Salud I-1 donde la atención generalmente es de consejería, y brindada por un personal Técnico de enfermería multifuncional.

#### a) Establecimientos de Salud ofertantes

Contamos con 10 EESS de categoría I-4 distribuidos en 6 Provincias a excepción de Alto Amazonas y Putumayo.

La capacidad Resolutiva para prevención y control de cáncer está conformada por:

- 03 EE. SS (Hospitales) Atención preventiva, con capacidad de internamiento,
- 01 EE. SS (Hospital) atención de Cono LEEP.
- 01 EE. SS (Hospital) con capacidad limitada para atención curativa con Quimioprofilaxis
- 06 EE. SS (3 Hospitales y 3 EE. SS I Nivel) con atención de Crioterapia.
- 193 EE. SS realizan consejería para prevención de cáncer.
- 112 EESS con atenciones preventivas: toma de muestra de Papanicolaou
- 07 EE. SS con Servicios de Preventorios.
- 51 EE. SS con personal capacitado en IVAA.

**b) Recursos Humanos**

- En la mayoría de los establecimientos el Programa de Prevención y Control de Cáncer, está a cargo del profesional obstetra, la mayoría de ellos capacitados y entrenados en actividades de Promoción, prevención, diagnóstico del paciente con riesgo de Cáncer.
- De los 386 Establecimientos de Salud del I nivel, solo 116 establecimientos cuentan con personal de obstetricia, que representa un 29.7%, teniendo una brecha de 266 establecimientos de salud que no cuentan con profesional de obstetricia, que representa el 69.6%. Siendo necesario realizar actividades extramurales integrales para cubrir la zona.
- A nivel de Hospitales no se cuenta con el número suficiente de médicos especialistas para la atención de los pacientes con Cáncer, algunos pacientes necesitan internamiento, y están en espera de ser evacuados a Lima. El Hospital Regional de Loreto (III.1) cuenta con el Departamento de Oncología inaugurado el año 2017, en la cual cuenta con 1 médico oncóloga contratado por el MINSA y 2 médico oncóloga contratado por terceros. El Hospital Santa Gema cuenta con Preventorio Básico, la cual está a cargo de una Obstetra, de igual modo el Hospital Apoyo Iquitos cuenta con preventorio básico a cargo de una obstetra y un ginecólogo obstetra.
- 51 Establecimientos con recursos humanos capacitados para brindar atención secundaria en IVAA y Crioterapia.
- Se cuenta con 180 personal de salud capacitado en Prevención secundaria de Cáncer de Cuello Uterino, basado en IVAA y Crioterapia. Así mismo se menciona que del total de 120 capacitados, 40 fueron evaluados por personal profesional del INEN, de los cuales solo 29 han logrado aprobar en el año 2016
- 33 personal de salud, capacitados en examen clínico de mamas y BAFF, hasta el año 2016.
- 150 Personal de salud, capacitados en consejerías preventivas en diferentes tipos de cáncer hasta el año 2016.

**c) Equipamiento.**

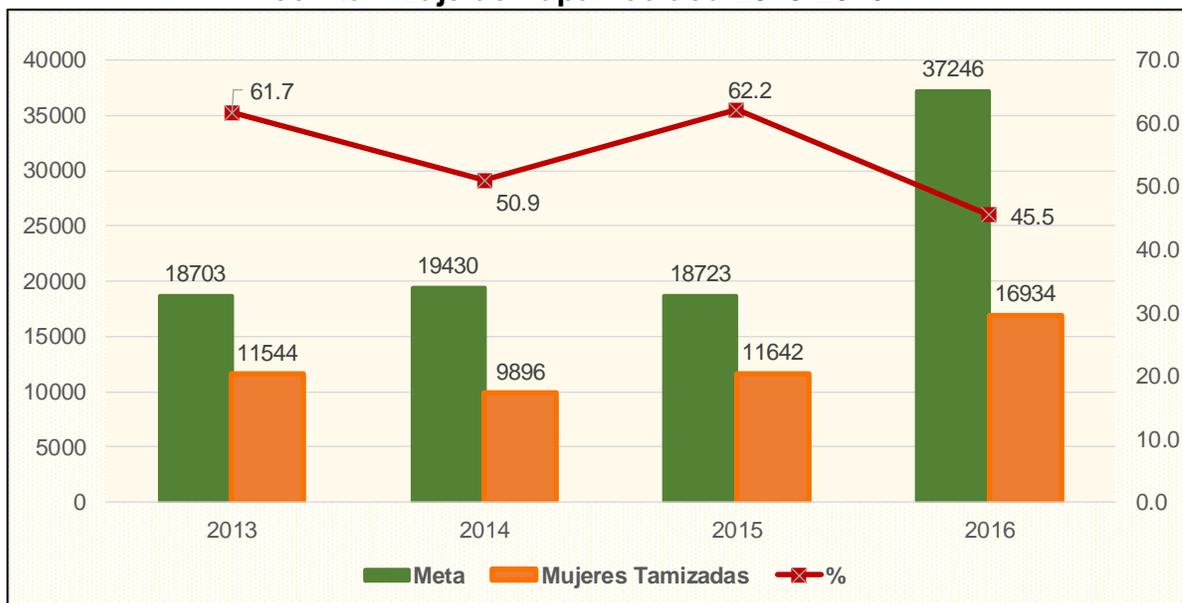
- Se cuenta con un mamógrafo en toda la región, la misma que se encuentra instalada en el Hospital Regional de Loreto. Lo cual resulta difícil por el tema económico y de difícil accesibilidad que las mujeres que viven en comunidades lejanas lleguen a acceder al servicio.
- El Hospital Regional cuenta con equipo de Cono LEEP, el departamento de Oncología no cuenta con ecógrafo, ni con Colposcopio. Se hace mención que el hospital cuenta con estos equipos, pero en el departamento de ginecología.
- Para la Prevención Secundaria con Crioterapia, contamos con seis equipos de crioterapia: en el Hospital Regional de Loreto, en el Hospital Apoyo Iquitos, Hospital Santa Gema de Yurimaguas, en el C.S. Bellavista Nanay, en el C.S. Aguamiro y en el C.S. San Lorenzo que cuenta con un equipo de Crioterapia Portátil desde hace 3 años aproximadamente.

### Actividades de Prevención de Cáncer

El tamizaje con Papanicolaou sigue siendo la prueba más importante para el despistaje del cáncer de cuello uterino el cual es la primera causa de cáncer en la región Loreto,

Según el gráfico N° 219, en la región Loreto, se viene realizando los tamizajes de Papa Nicolau (PAP) entre las edades de 25 a 64 años, observando que en el año 2016 se alcanzó una cobertura del 45.5% de la meta alcanzada, inferior a los demás años analizados.

**Gráfico N°219. Región Loreto. Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje de Papanicolaou 2013-2016**

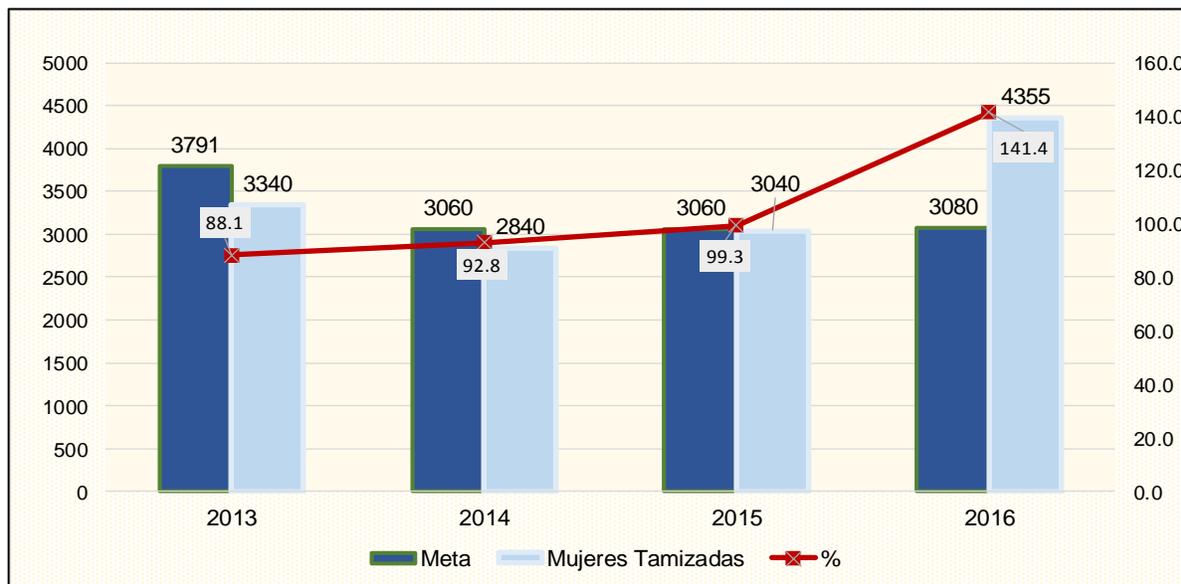


Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales.

De forma complementaria Loreto ha incrementado la cobertura de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), esta prueba se utiliza como una alternativa más económica y rápida que permite a la vez acceder a las pacientes a tratamiento cuando se complementa con crioterapia.

El gráfico N° 220. Nos muestra que las metas de mujeres tamizadas con IVAA desde el año 2013 ha ido incrementando su cobertura de 88.1% a 141.4% en el año 2016.

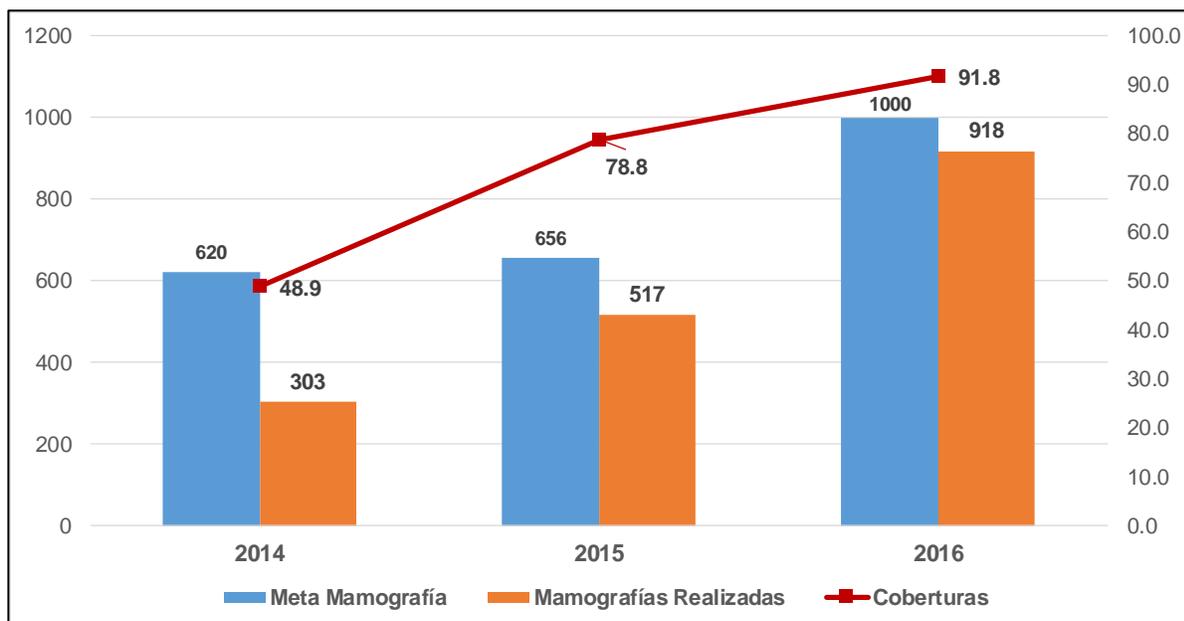
**Gráfico N° 220. Región Loreto. Porcentaje de mujeres tamizadas con IVAA de 30 a 49 años. 2013-2016**



Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales.

El cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer que se presenta en la región Loreto, el diagnóstico oportuno de esta patología se realiza tanto con el autoexamen de mama como con la mamografía periódica, en el 2016 alcanzó la cobertura del 91.8%.

**Gráfico N° 221. Región Loreto. Porcentaje de mujeres con examen de mamografía. 2013-2016**



Fuente: Vigilancia Epidemiología de Hospitales.

#### 4.- VIGILANCIA Y CONTROL DEL DENGUE, ZIKA Y CHIKUNGUNYA

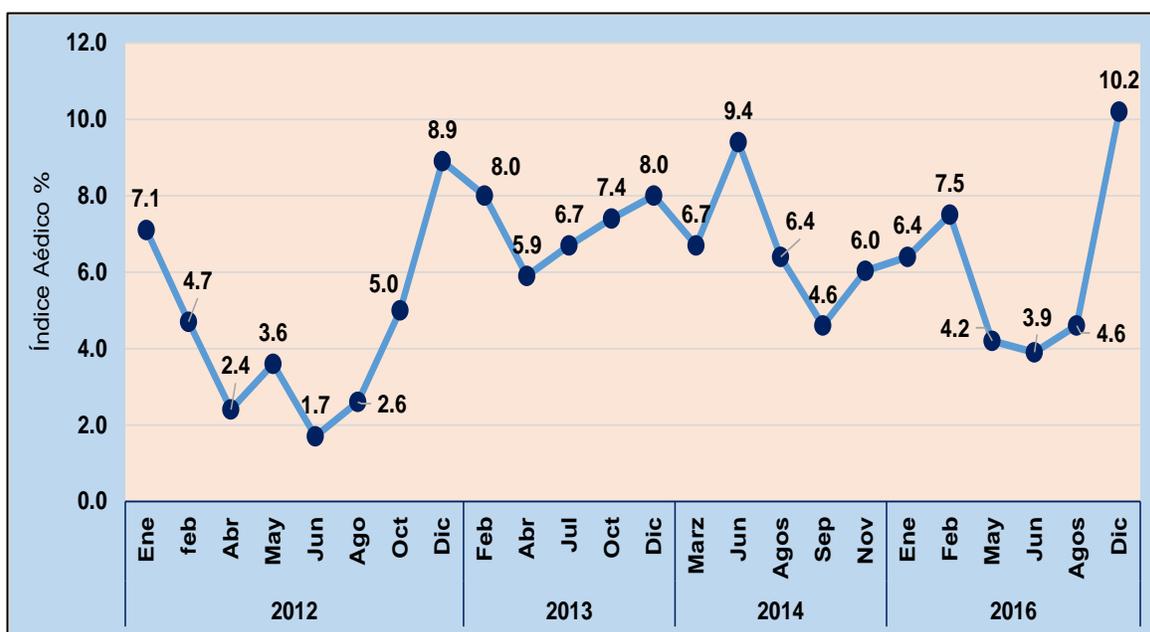
##### a. Vigilancia Entomológica:

##### ✓ Encuestas Aélicas

La vigilancia del vector se inicia con la encuesta en las localidades para determinar la presencia o ausencia de *Aedes aegypti*, la distribución, densidad y productividad del vector; este muestreo se realiza principalmente mediante una encuesta larvaria.

Según la Estratificación del riesgo entomológico establecido por el Ministerio de Salud, establece que el índice aélico de bajo riesgo es de 0-<1%, mediano riesgo de 1-<2% y de alto riesgo es  $\geq 2\%$ .

**Gráfico N° 222. Región Loreto. Promedio Porcentual de Índices Aélicos en la ciudad de Iquitos. 2012-2016**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología

El Gráfico N° 222. Nos muestra la tendencia de los índices Aélicos al 10% realizados en la región Loreto- Ciudad de Iquitos, de los años 2012,2013, 2014 y 2016; Observándose una tendencia al incremento principalmente en los últimos meses e inicios de cada año, 2012 Enero (7.1%), Diciembre (8.9%), 2013 Febrero (8.0%), Diciembre 8.0%), 2014 Marzo (6.7%), Noviembre (6.0%), 2016 Enero (6.4%) y Diciembre (10.2%), el índice más alto en los últimos 4 años, semejante a lo ocurrido en noviembre del 2010 en donde se llegó a un índice Aélico de 13.2%. Todos los resultados superan el 2% considerado como de alto riesgo entomológico para la propagación de las enfermedades que transmite este mosquito, como son el Dengue, Zika y Chikungunya. Sin embargo, en la ciudad de Iquitos los índices de la ciudad están considerados de alto riesgo a partir de 5% por ser una localidad altamente endémica donde la infestación del vector supera el 2% estando aún en épocas de silencio epidemiológico.

### b. Ovitrapas

Según el Ministerio de Salud, existen dos indicadores de medición para evaluar el nivel de infestación de *Aedes aegypti*, el índice de positividad de Ovitrapas (IPO) y el índice de densidad de huevos (IDH). Estos indicadores (IPO e IDH), nos permitieron establecer los criterios de riesgos de los diferentes sectores de la ciudad de Iquitos, desarrollándose para ellos control focal en los sectores que se presentan en el cuarto nivel, así mismo nos permitió elaborar los mapas de riesgo del vector.

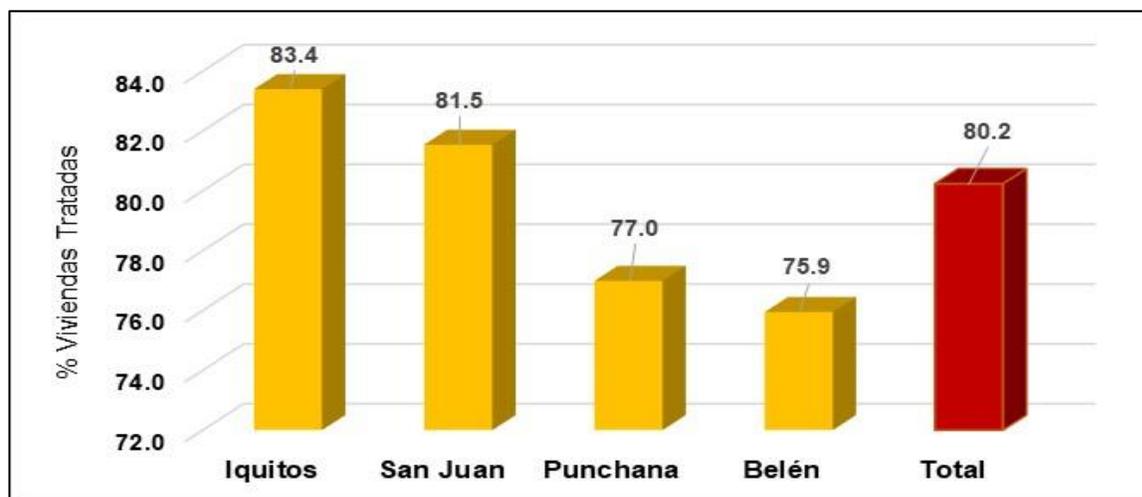
En la región Loreto, mediante la Declaratoria de emergencia 014-2016, se realizó la Vigilancia semanal a través de Ovitrapas en 5 distritos, cuatro de la provincia de Maynas (Iquitos, Punchana; Belén y San Juan) y uno de la provincia de alto Amazonas (Yurimaguas); en la ciudad de Iquitos se instalaron 630 Ovitrapas, los mismos que estaban distribuidos en los Distritos de Punchana 105, Iquitos 213, Belén 64 y San Juan 248, que comprenden 35 sectores de la ciudad. A través de la ovoposición de *Aedes aegypti*.

### c. Tratamiento Focal

#### ✓ Tratamiento Regular:

En el presente gráfico, podemos observar que del 100% de viviendas inspeccionadas, el 80.2% de las viviendas tuvieron tratamiento focal, cuando observamos por distritos vemos que el distrito de Iquitos alcanzó la mayor cobertura de tratamiento focal con el 83.4%, seguida del distrito de San Juan (81.5%), Punchana (77.0%) y con menor cobertura el distrito de Belén (75.9%).

**Gráfico N° 223. Región Loreto. % de Viviendas intervenidas con Tratamiento Focal durante la intervención regular en los distritos de la ciudad de Iquitos-2016.**



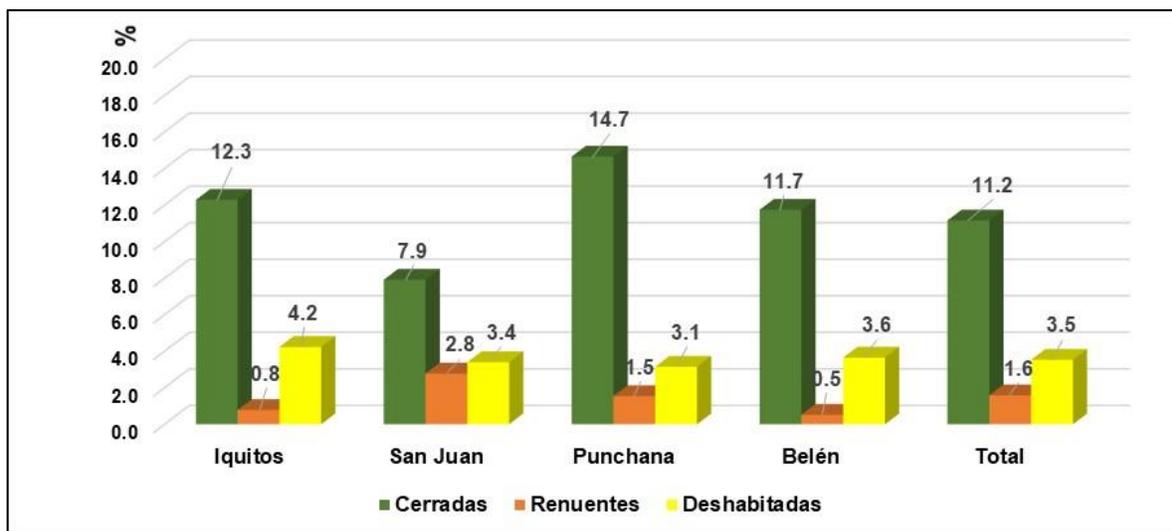
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

El gráfico N° 224. Nos presenta el porcentaje de viviendas cerradas, renuentes y deshabitadas en total y por distritos, se observa que mayor es la proporción de viviendas Cerradas (11.2%), seguidas de las viviendas Deshabitadas (3.5%) y finalmente las viviendas Renuentes (1.6%).

Así mismo podemos observar este comportamiento por distritos, en el distrito de Punchana se encontraron más casas cerradas con el 14.7%, seguidas en el distrito de Iquitos (12.3%), distrito de Belén (11.7%) y el distrito de San Juan con menos proporción de casas cerradas (7.9%).

En relación a las viviendas Deshabitadas en el distrito de Iquitos existe mayor proporción con el 4.2%, seguida del distrito de Belén (3.6%), distrito de San Juan (3.4%) y finalmente el distrito de Punchana (3.1%). Con respecto a las viviendas renuentes, observamos que en el distrito de San Juan existen más renuencia a la actividad con el 2.8%, seguida en el distrito de Punchana (1.5%), y con menos proporción de renuencia en los distritos de Iquitos (0.8%), Belén (0.5%).

**Gráfico N° 224. Región Loreto. % de Viviendas Cerradas y Renuentes durante la intervención regular en los distritos de la ciudad de Iquitos-2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

Finalmente, la Tabla N° 60, Nos da el resumen del tratamiento focal del mosquito *Aedes aegypti* por ciclos de intervención regular realizados en los 4 distritos de la ciudad de Iquitos, lográndose registrar un total de 36,6362 viviendas, pudiendo inspeccionar 30,146 viviendas que hace un 82.3% de cobertura de viviendas inspeccionadas. El distrito que alcanzó mayor cobertura fue el distrito de San Juan con el 84.1%, seguida del distrito de Punchana (82.7%), Distrito de Iquitos (81.8%) y finalmente el distrito que alcanzó menor que coberturas fue el distrito de Belén con el 80.7%.

Por otra parte evaluamos las coberturas alcanzados por ciclos, 4 de las 8 zonas evaluadas inician con coberturas elevadas y finalizan con menos coberturas, como en los casos de las zonas de las IPRESS Bellavista Nanay (I Ciclo:85.2%-V Ciclo: 79.2%), IPRESS San Antonio (I Ciclo:82.1%-V Ciclo: 34%), IPRESS San Juan (I Ciclo:88.0%-V Ciclo:82.8%), Otras que inician con coberturas menores y alcanzan mayor coberturas, zona de IPRESS Belén (I Ciclo: 77.6%-VI Ciclo:82.5%), IPRESS América (I Ciclo : 75.3%-IV Ciclo: 76.5%).

**Tabla N° 60. Región Loreto. Tratamiento Focal por ciclos de intervención regular según IPRESS y ciclos de Intervención en la ciudad de Iquitos-2016.**

IPRESS	CICLOS DE INTERVENCION	FECHA	CASAS							% COBERTURA DE CAMPO
			Inspeccionadas	Tratadas	Cerradas	Deshabitadas	Renuentes	Total Registradas	N° de Residentes	
BELLAV. NANAY	I	14/1-29/4/2016	15012	10653	1818	714	69	17613	68763	85.2%
	II	31/5-27/6/2016	14202	11189	2260	768	152	17382	69828	81.7%
	II	10/6-1/7/2016	6602	5077	1284	361	78	8325	35310	79.3%
	IV	6/9-13/10/2016	5084	4150	539	235	65	5911	22839	86.0%
	V	24/12-6/1/2017	3968	3473	763	218	59	5008	18199	79.2%
<b>DISTRITO DE PUNCHANA</b>			<b>44868</b>	<b>34542</b>	<b>6664</b>	<b>2296</b>	<b>423</b>	<b>54239</b>	<b>214939</b>	<b>82.7%</b>
SAN ANTONIO	I	11/1-19/4/2016	13959	11618	1099	520	94	15672	62768	89.1%
	II	18/5-4/7/2016	15636	13880	1705	758	134	18233	66945	85.8%
	II	18/5-4/7/2016	15459	13660	1845	795	104	18203	66779	84.9%
	IV	25/8-19/11/2016	16430	13265	2394	897	217	19938	73105	82.4%
	V	20/12-7/2016-3/1/2017	4321	2234	230	105	2735	12710	10960	34.0%
MORONA COCHA	I	19/5-8/6/2016	13751	11505	1046	447	71	15315	59105	89.8%
	II	8-18/6/2016	6979	5848	490	224	49	7742	30446	90.1%
	II	23/6-9/7/2016	9142	7518	710	374	90	10316	37155	88.6%
	IV	23/6-9/7/2016	6735	5682	377	156	29	7297	31080	92.3%
	V	19-30/12/2016	2463	2252	251	80	36	2830	11244	87.0%
<b>DISTRITO DE IQUITOS</b>			<b>104875</b>	<b>87462</b>	<b>10147</b>	<b>4356</b>	<b>3559</b>	<b>128256</b>	<b>449587</b>	<b>81.8%</b>
6 DE OCTUBRE	I	14/01-8/2/2016	10679	6811	2328	501	258	13766	46934	77.6%
	II	7/3-13/4/2016	13284	10427	2309	536	327	16456	58097	80.7%
	II	3/6-2/7/2016	12951	10666	2581	488	304	16324	54701	79.3%
	IV	4-14/7/2016	12419	10312	1816	435	163	14833	51848	83.7%
	V	2/8-30/9/2016	10597	7715	1970	473	131	13171	45778	80.5%
	VI	18/10/2016-3/1/2017	8810	6272	1489	250	132	10681	36830	82.5%
<b>DISTRITO DE BELEN</b>			<b>68740</b>	<b>52203</b>	<b>12493</b>	<b>2683</b>	<b>1315</b>	<b>85231</b>	<b>294188</b>	<b>80.7%</b>
SAN JUAN	I	14/1-13/4/2016	15537	11244	1671	406	48	17662	61273	88.0%
	II	08/06-11/7/2016	14768	12519	1467	677	106	17018	59072	86.8%
	II	6/7-2/8/2016	16551	13864	1325	635	84	18595	65553	89.0%
	IV	16/8-26/10/2016	9493	7058	1193	369	41	11096	39609	85.6%
	V	28/11-22/12/2016	4892	4410	747	222	47	5908	21041	82.8%
AMERICA	I	13-28/5/2016	2553	2346	688	135	14	3390	9647	75.3%
	II	24/5-15/6/2016	4144	3584	1094	267	37	5542	15325	74.8%
	II	4/6-5/7/2016	7462	6499	1580	456	62	9560	27838	78.1%
	IV	19/7-3/8/2016	7543	6107	1815	432	75	9865	27857	76.5%
<b>DISTRITO DE SAN JUAN</b>			<b>82943</b>	<b>67631</b>	<b>11580</b>	<b>3599</b>	<b>514</b>	<b>98636</b>	<b>327215</b>	<b>84.1%</b>
<b>TOTAL</b>			<b>301426</b>	<b>241838</b>	<b>40884</b>	<b>12934</b>	<b>5811</b>	<b>366362</b>	<b>1285929</b>	<b>82.3%</b>

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto, Dirección de Salud Ambiental

**Tabla N° 61. Región Loreto. Tratamiento Focal por ciclos de intervención regular según distritos e IPRESS de la ciudad de Iquitos-2016.**

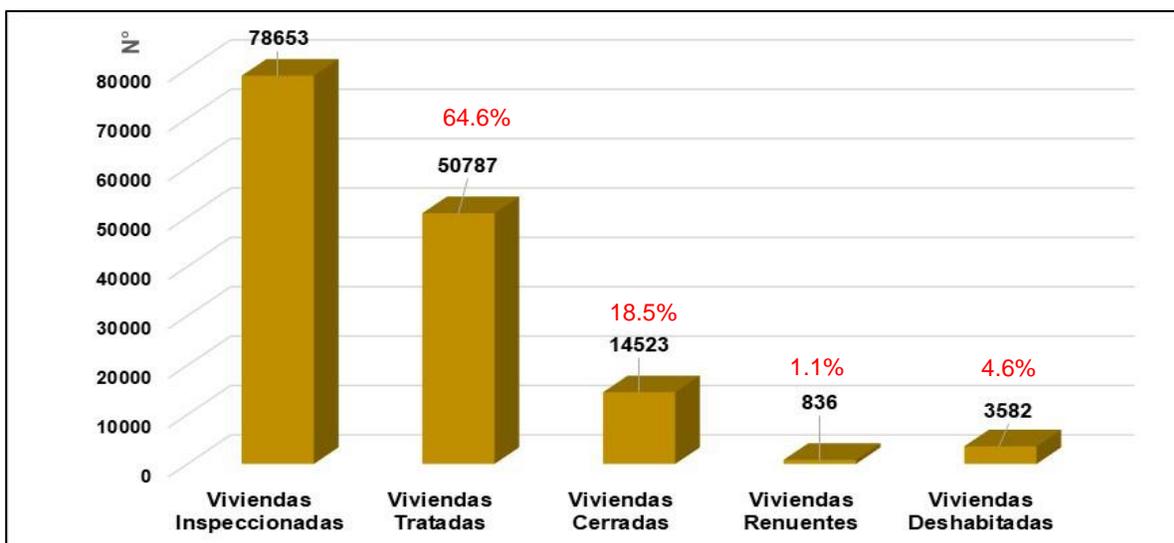
DISTRITO	IPRESS	SEMANA EPID.	CASAS						
			Inspeccion.	Tratadas	Cerradas	Deshab.	Renuentes	Total Registrad.	N° de Residentes
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	17	2536	2054	524	148	28	3236	12059
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		3054	2766	459	140	29	3682	13594
	C.S. MORONA COCHA		3483	2716	528	112	13	4136	4136
BELEN	C.S. 06 DE OCTUBRE		2979	2352	775	163	62	3979	13749
SAN JUAN	C.S. SAN JUAN		5417	4358	1517	431	76	7441	22596
AMERICA	C.S. AMERICA		1039	810	204	48	12	1303	3866
TATAL PARCIAL			18508	15056	4007	1042	220	23777	70000
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	18	3513	2585	809	218	77	4617	4617
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		3770	3392	576	224	39	4609	15787
	C.S. MORONA COCHA		3669	2826	652	137	27	4485	4485
BELEN	C.S. 06 DE OCTUBRE		3418	2719	629	171	78	4296	4296
SAN JUAN	C.S. SAN JUAN		4928	3925	1591	329	80	6928	20835
AMERICA	C.S. AMERICA		2230	1898	553	117	23	2923	8263
TATAL PARCIAL			21528	17345	4810	1196	324	27858	58283
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	19	3854	2724	984	225	59	5122	18139
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		2729	2457	361	158	33	3281	11873
	C.S. MORONA COCHA		4474	3894	726	148	27	5375	5375
BELEN	C.S. 06 DE OCTUBRE		2830	2338	575	109	81	3595	3595
SAN JUAN	C.S. SAN JUAN		5363	4487	1436	375	87	7261	22418
AMERICA	C.S. AMERICA		1917	1573	346	88	22	2373	6940
TOTAL PARCIAL			21167	4471	1466	349	92	23074	24209
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	20	2654	1655	706	156	43	3559	12405
IQUITOS	C.S. MORONA COCHA		159	137	39	5	2	205	911
	C.S. 06 DE OCTUBRE		1548	1153	307	62	31	1948	6652
SAN JUAN	C.S. SAN JUAN		1616	1363	650	140	27	2433	6986
AMERICA	C.S. AMERICA		833	705	216	24	3	1076	2984
TOTAL PARCIAL			6810	5013	1918	387	106	9221	29938
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	21	588	458	128	28	6	750	2794
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		789	639	100	46	2	937	3503
	C.S. MORONA COCHA		151	148	39	0	0	190	639
SAN JUAN	C.S. SAN JUAN		286	207	74	11	3	374	1109
AMERICA	C.S. AMERICA		825	729	267	51	6	1149	2978
TOTAL PARCIAL			2639	2181	608	136	17	3400	11023
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	22	0	0	0	0	0	0	0
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		371	333	43	14	3	431	1760
	C.S. MORONA COCHA		4121	3450	992	212	29	5354	16870
TOTAL PARCIAL			4492	3783	1035	226	32	5785	18630
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO	23	1481	1286	213	80	21	1795	5385
TOTAL PARCIAL			1481	1286	213	80	21	1795	5385
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	24	168	96	48	6	2	224	777
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		329	301	91	21	6	447	1363
	C.S. SAN JUAN		254	74	62	5	0	160	317
TOTAL PARCIAL			583	375	153	26	6	768	2457
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	25	205	165	48	20	4	277	1025
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		714	639	117	61	8	900	2915
	C.S. SAN JUAN		101	80	54	5	0	160	346
TOTAL PARCIAL			1020	884	219	86	12	1337	4286
PUNCHANA	C.S. BELLAVISTA NANAY	26	264	180	63	31	5	363	1224
IQUITOS	C.S. SAN ANTONIO		469	438	69	49	6	593	1551
	C.S. SAN JUAN		312	94	38	5	1	150	384
TOTAL PARCIAL			425	393	94	54	6	579	1527
TOTAL			78653	50787	14523	3582	836	97594	225738

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

✓ **Tratamiento Focal por Vigilancia con Ovitrampas:****En la ciudad de Iquitos.**

Se realizaron cercos entomológicos con tratamiento focal en las manzanas y sus alrededores donde se reportaron la presencia del vector con Indicadores de Positividad de Ovitrampas (IPO) elevadas con la intención de disminuir los riesgos de infestación por Zika y/o Dengue. Inspeccionándose un total de 78653 viviendas y tratándose 50787 viviendas con una cobertura del 64.6%, también se tuvieron 14523 viviendas cerradas (18.5%), viviendas deshabitadas (4.6%) y 836 viviendas renuentes (1.1%).

**Gráfico N°225. Región Loreto. Tratamiento Focal por Vigilancia Ovitrampas en los distritos de la ciudad de Iquitos-2016.**



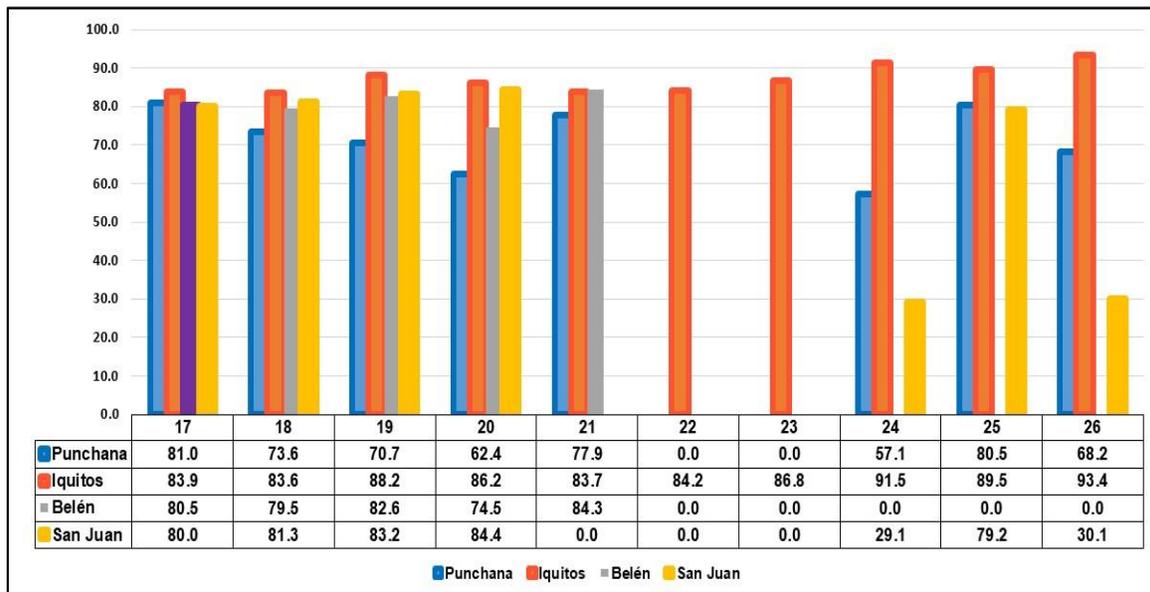
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

El Gráfico N° 226., Nos muestra el control vectorial realizado en los 4 distritos de la ciudad de Iquitos, a partir de la vigilancia de Ovitrampas, se inició en la semana 17 y culminó en la semana 26 del 2016. Pudiendo observar que en la semana 17 en los 4 distritos (Punchana, Iquitos, Belén, San Juan) se cobetó más del 80% de viviendas en cada distrito.

Hasta la semana 20 los 4 distritos se intervinieron regularmente, evidenciándose la disminución de la cobertura hasta un porcentaje menor del 62.4% en el distrito de Punchana. A partir de semana 21 al 23 el distrito de San Juan no se interviene al igual que en los distritos de Punchana, Belén, solo el distrito de Iquitos, se cobetó el 84.2% y 86.8% en las semanas 22 y 23 respectivamente.

En relación al distrito de Belén no se evidencia intervención alguna desde la semana 22 a la 26, las coberturas de intervención llegan a alcanzar su máximo en el distrito de Iquitos en la semana 24 con un 91.5%, mientras alcanza un mínimo porcentaje en el distrito de San Juan con un 30.1% de coberturas de viviendas intervenidas.

**Gráfico N° 226. Región Loreto. Tratamiento Focal por Vigilancia de Ovitrampas por semanas epidemiológicas del 17-26, en los distritos de la ciudad de Iquitos-2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

### En localidades periféricas

En la tabla siguiente se observa los resultados del Control Focal en nueve localidades de la región Loreto, inspeccionándose 50650 viviendas de un total 54230, haciendo una cobertura general del 93.40% de cobertura, la localidad que tuvo más proporción de viviendas inspeccionadas fue Contamana con el 99.50%, seguida la localidad de Requena con el 95.70%, siendo la localidad con menor cobertura la localidad de San Antonio del Estrecho con el 80.0%.

**Tabla N° 62. Región Loreto. Tratamiento Focal por Vigilancia con Ovitrampas en 9 localidades periféricas-2016.**

LOCALIDADES	N° RESIDENTES	VIVIENDAS							
		Total de Viviendas	Programadas	Inspeccionadas	Cerradas	Renuevas	Deshabitadas	Tratadas	% COBERTURA X SECTOR
MAZAN	10251	2774	2664	2233	379	1	161	1061	80.50%
INDIANA	6650	1693	1540	1384	190	0	119	654	81.70%
NAUTA	32950	11046	11085	10290	602	9	145	5115	93.20%
INTUTO	2988	996	961	893	10	0	93	508	89.70%
REQUENA	44482	12986	12964	12434	438	2	112	3622	95.70%
CONTAMANA	15320	13669	5318	13604	65	0	0	1097	99.50%
CABALLO COCHA	23492	6692	7149	6281	401	0	10	1156	93.90%
SANTA ROSA	3003	908	1000	759	84	0	65	498	83.60%
SAN ANTONIO DEL ESTRECHO	10508	3466	3518	2772	198	4	492	1797	80.00%
<b>TOTAL</b>	<b>149644</b>	<b>54230</b>	<b>46199</b>	<b>50650</b>	<b>2367</b>	<b>16</b>	<b>1197</b>	<b>15508</b>	<b>93.40%</b>

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

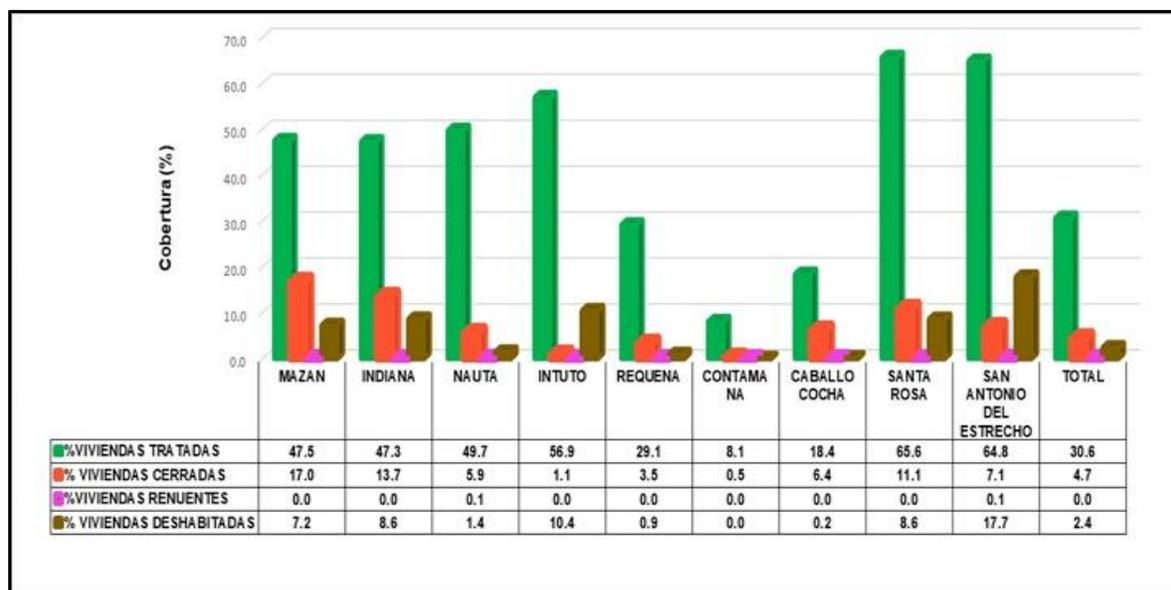
El presente gráfico, nos muestra la intervención de control Focal realizado en 9 localidades periféricas, dando como resultado en forma general que solo el 30.6% de las viviendas fueron tratadas del total de inspeccionadas, siendo la localidad de Santa Rosa (distrito de Ramón Castilla) que alcanzó la mayor cobertura de tratamiento focal del 65.6% y con menor cobertura la localidad de Contamana con el 8.1%.

En relación a viviendas cerradas, en general se tuvo un 4.7% de promedio entre las 9 localidades, alcanzando la mayor cobertura en la localidad de Mazán con el 17.0% (distrito de Mazán) y con poca proporción en la localidad de Contamana con el 0.5%.

Hubo escasísima renuencia al tratamiento focal solo en las localidades de Nauta y San Antonio del estrecho solo el 01% respectivamente.

Las viviendas cerradas se presentaron en forma general el 2%, presentándose más en la localidad de San Antonio del Estrecho (17.7%) y en poca proporción en la localidad de Caballococha y en Contamana 0%. (Ver Gráfico N° 227).

**Gráfico N° 227. Región Loreto. % de Viviendas Inspeccionadas Tratadas y aspectos negativos durante el Tratamiento Focal por Vigilancia de Ovitrapas en 9 localidades periféricas -2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

#### d. Fumigación Espacial:

##### En la ciudad de Iquitos:

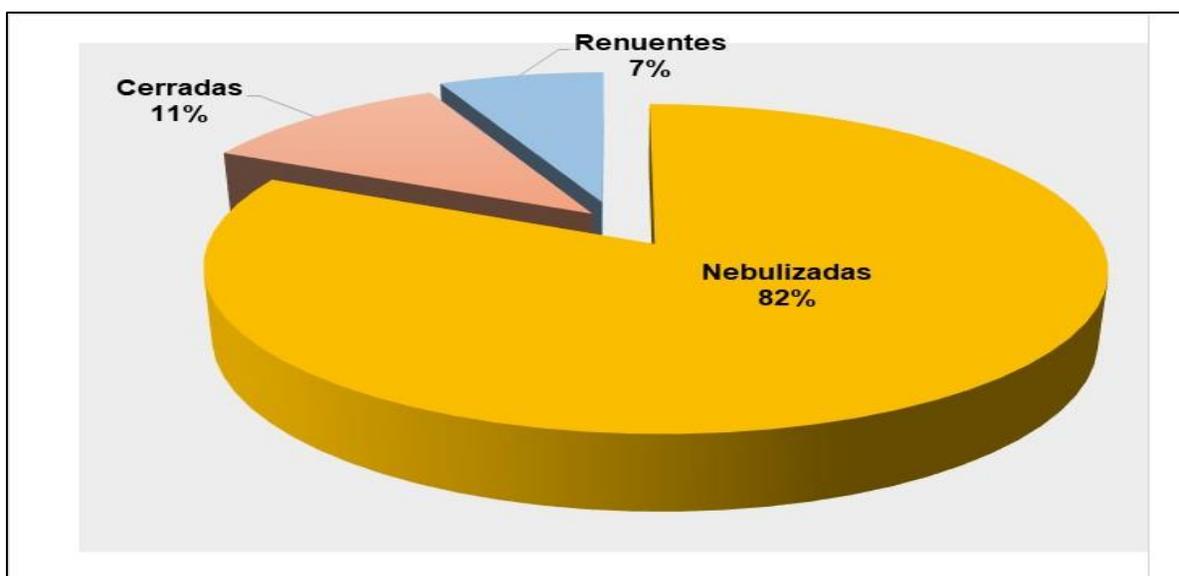
Se desarrollaron 4 campañas de nebulización espacial, fumigándose un total de 446,508 viviendas con una cobertura de intervención de 81.81%. Estas campañas se realizaron paralelas al control focal, cuyos objetivos fueron controlar los brotes epidémicos en la ciudad de Iquitos (Tabla N° 63). Así mismo tuvimos el 11% de viviendas cerradas y el 7% de viviendas renuentes. (Gráfico N° 228).

**Tabla N° 63. Región Loreto. Viviendas con Fumigación Espacial (Nebulización) en la ciudad de Iquitos-2016.**

Campañas de Nebulización	Ciclos	Fecha	Habitantes Protegidos	Viviendas				Cobert viviendas nebulizadas (%)
				Nebulizadas	Cerradas	Renuentes	Total Registradas	
Iquitos, Punchana	III	18/4-4/05/16	481,888	110,691	18,114	13,287	142,092	77.9
Belén, San Juan	III	11/5-3/6/16	391,609	97,971	12,013	5,387	114,789	85.35
Iquitos, Punchana, Belén y San Juan	I	27/6-19/7/16	553,748	126,219	14,602	10,152	152,743	82.63
Iquitos, Punchana, Belén y San Juan	III	28/10-3/12/16	471,274	111,627	14,910	9,608	136,145	81.99
<b>TOTAL</b>		<b>2016</b>	<b>1,898,519</b>	<b>446,508</b>	<b>59,639</b>	<b>38,434</b>	<b>545,769</b>	<b>81.81</b>

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

**Gráfico N°228. Región Loreto. % de Viviendas con Fumigación Espacial (Nebulización) en la ciudad de Iquitos-2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

### En localidades periféricas

Las actividades de Fumigación Espacial, solo se realizaron en tres localidades de la región como son Caballo Cocha, Contamana y Nauta. En los que se obtuvieron una cobertura total de 86.5%, se protegieron un total de 42,000 habitantes. En la localidad que se obtuvo mayor cobertura de viviendas nebulizadas fue Contamana con 95.4% y 100% en sus dos ciclos y con menor cobertura la localidad de Caballococha en su tercer ciclo (83.0%). (Ver Tabla N°64). Del total de viviendas registradas el 11% estuvieron cerradas y el 3% se mostraron renuentes (Ver Gráfico N°229).

**Tabla N° 64. Región Loreto. % de Viviendas con Fumigación Espacial (Nebulización) en localidades Perriféricas-2016.**

Localidades	Ciclos	Fecha	Habitantes Protegidos	Viviendas				Cobert viviendas nebulizadas (%)
				Nebulizadas	Cerradas	Renuentes	Total Registradas	
Caballococha	I	5,6/05/2016	9,207	2,028	284	20	2,332	87.0
Caballococha	II	9,10/05/2016	8,868	2,135	324	24	2,483	86.0
Caballococha	III	12,13/05/2016	9,280	2,130	324	111	2,565	83.0
Contamana	II	26,27,28,29/09/2016	5,078	1,169	43	14	1,226	95.4
Contamana	II	13/03/2016	247	30	0	0	30	100.0
Nauta	II	27-29/04/2016	9,320	2,560	273	146	2,979	85.9
<b>TOTAL</b>			<b>42,000</b>	<b>10,052</b>	<b>1,248</b>	<b>315</b>	<b>11,615</b>	<b>86.5</b>

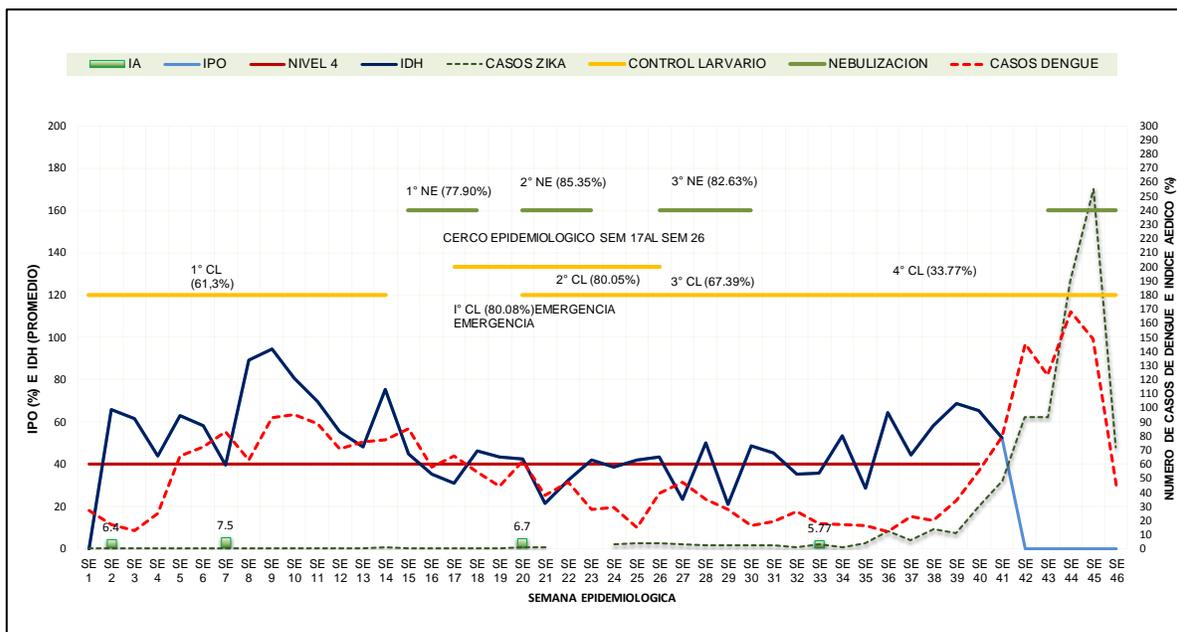
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

**Gráfico N° 229. Región Loreto. % de Viviendas nebulizadas, cerradas y renuentes en localidades Perriféricas-2016.**

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

En el Gráfico N°230. Nos muestra el impacto de las actividades de Tratamiento Focal, y Fumigación que se han realizado durante el año 2016 y su repercusión sobre la presencia de casos de Zika y/o Dengue en la ciudad de Iquitos, Así mismo, se observa los índices de infestación del *Aedes aegypti* en su fase de larva y fase adulta, mediante el I.A., IPO y EL IDH. En el cual podemos observar que los casos de Zika al principio de año son muy bajos comparativamente con el Dengue que se mantiene un poco elevado en el primer trimestre del año pero que a finales de año hay un gran incremento de casos tanto de Dengue y Zika, los que fueron controlados con el control larvario y la campaña de Fumigación, bajando a niveles que no representen riesgo para la transmisión de estas enfermedades.

**Gráfico N° 230. Región Loreto. Comparación de las Actividades de Control de Brote de Zika en la ciudad de Iquitos -2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
 Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

**5.- VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MALARIA:**

**a. Vigilancia Anofelínica.**

- ✓ **Colecta Anofelínica:**

Durante el 2016 no se realizaron actividades de vigilancia entomológica para el monitoreo del comportamiento del vector de la malaria (colecta Anofelínica).

**b. Actividades de Control Anofelínica.**

- ✓ **Rociamiento residual:**

Durante el año 2016 se realizaron actividades de control vectorial para el control del vector de la malaria, siendo la principal actividad el rociamiento residual de las viviendas en comunidades endémicas.

De acuerdo a la Tabla N°65, en el año 2016 se intervinieron 7,581 viviendas en 191 localidades distribuidas en 8 distritos, de un total de 9,406 programadas, obteniéndose una cobertura de 80.6%. Con esta actividad se logró proteger 30,499 habitantes. De los 8 distritos intervenidos: 4 eran de la provincia de Loreto (Trompeteros, Tigre, Urarinas y Nauta), 2 de la provincia de Maynas (Napo y San Juan Bautista), 1 de la Provincia del Putumayo (Rosa Panduro), y 1 de la provincia de Requena (Soplín Curinga).

El distrito con la mayor cobertura fue el Napo (provincia de Maynas) con un 96.9%. Mientas que la cobertura más baja se registró en el distrito de San Juan Bautista (Provincia de Maynas) con un 77.3%.

**Tabla N° 65. Región Loreto. Control Vectorial de la Malaria. 2016.**

Distritos	Localidades Intervenidas	Población Protegida	Meta; Viviendas Programadas	Viviendas Rociadas	% Cobertura
Trompeteros	20	3674	952	783	82.2
Tigre	24	4536	1474	1129	76.6
Urarinas	43	4545	1065	981	92.1
Nauta	65	12193	3970	3152	79.4
Napo	3	298	65	63	96.9
Rosa Panduro	10	578	160	138	86.3
Soplín Curinga	7	722	218	174	79.8
San Juan	19	3953	1502	1161	77.3
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>30499</b>	<b>9406</b>	<b>7581</b>	<b>80.6</b>

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental - Unidad de Vigilancia y Control de Vectores  
Elaborado: DIRESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental

## 6.- TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL PACIENTE CON VIH/SIDA

Con la finalidad de que las Personas Viviendo con VIH/SIDA accedan a una atención integral. La DIRESA Loreto a través de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH-SIDA, tiene implementado 14 IPRESS (11IPRESS I-4, 2 IPRESS I-3).

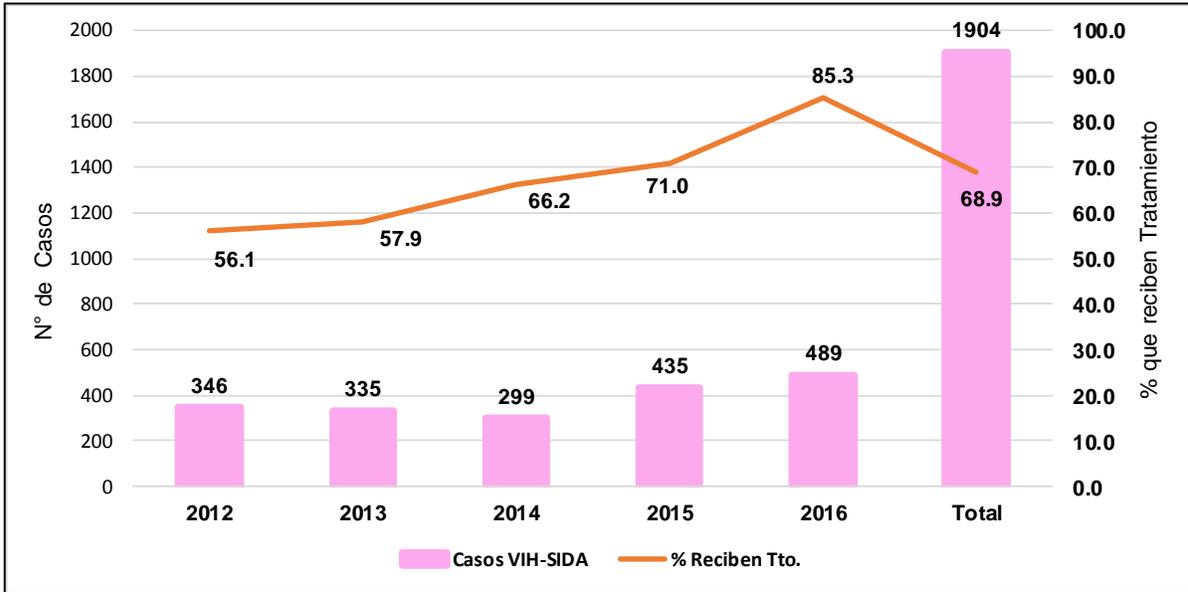
**Tabla N° 66. Región Loreto. IPRESS que brindan Tratamiento Antirretroviral -2016.**

PROVINCIA	DISTRITOS	TARGA	UAMP	CERITS
MAYNAS	IQUITOS	ONG Selva Amazónica		C.S. I-4 San Juan Bautista
	SAN JUAN BAUTISTA			
	BELEN	Hospital II-2 Apoyo Iquitos		
	PUNCHANA	Hospital III-1 Essalud		
		Hospital III-1 Regional de Loreto		
NAPO	C.S. I-4 Santa Clotilde			
RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	C.S. I-4 Caballococha	C.S. I-4 Caballococha	
LORETO	NAUTA	C.S. I-4 Nauta	C.S. I-4 Nauta	
UCAYALI	CONTAMANA		C.S. I-4 Contamana	
REQUENA	REQUENA	C.S. I-4 Requena	C.S. I-4 Requena	
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	Hospital II-1 Santa Gema	Hospital II-1 Santa Gema	
			C.S. I-3 Aguamiro	
DATEM	BARRANCA	C.S.I-4 San Lorenzo	C.S.I-4 San Lorenzo	

Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Salud Ambiental – Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/ VIH-SIDA

Estas IPRESS se encuentran 4 Hospitales del MINSA (Hospital Regional de Loreto III-1, Hospital de Apoyo Iquitos II-2, Hospital Sta. Gema Yurimaguas II-1), el Hospital III-1 Es Salud y una ONG Selva Amazónica que brindan Tratamiento Antirretroviral a un promedio de 1,543 PVVS. Así mismo para brindar atención integral a la población clave (HSH y TS), la Región viene fortaleciendo el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual y 8 Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP).

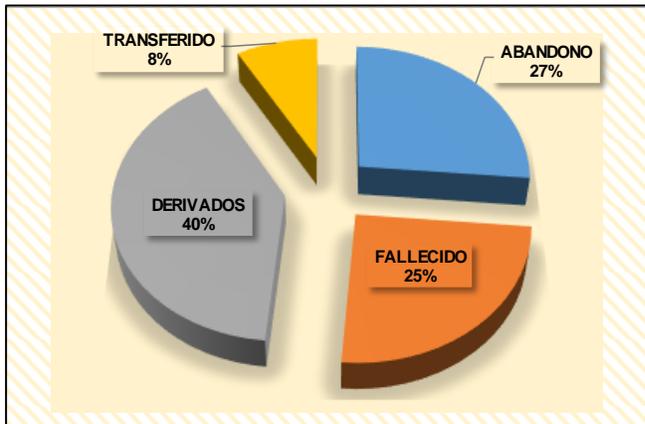
**Grafico N°231. Región Loreto. Número y Porcentajes de Pacientes con VIH/SIDA que recibieron Tratamiento Antirretroviral. 2012- 2016.**



Fuente: DIRESA LORETO: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/ VIH-SIDA

Durante el 2012 al 2016 solo el 68.9% de los pacientes con VIH/SIDA recibieron tratamiento retroviral; Observando que desde el 2012 la cobertura de tratamiento a estos pacientes fue incrementándose paulatinamente de 56.1% en el 2012 a 85.3% en el 2016.

**Grafico N° 232. Región Loreto. % Pacientes con VIH/SIDA según condición. 2016.**



Durante la atención de los pacientes con VIH/SIDA en el año 2016, el 40% de los pacientes fueron derivados, el 27% abandonaron tratamiento, el 25% fallecieron y el 8% fueron transferidos.

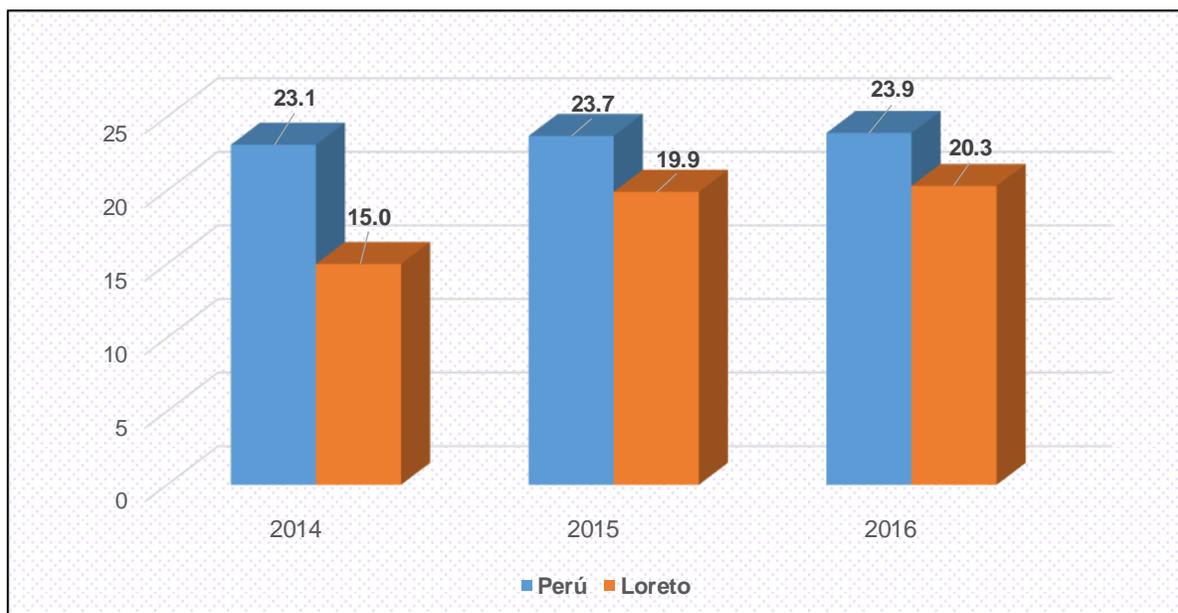
Con el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la adherencia al TARV, se ha disminuido en más del 50% el registro de nuevos casos de personas en etapa SIDA (fase final de VIH).

Fuente: DIRESA LORETO: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/ VIH-SIDA

Según el informe final de Consultoría: Evaluación Programática y Financiera de Programas y Servicios de Salud Pública de la DIRESA Loreto 2013 – 2016, “Podemos observar en el siguiente gráfico que en los años 2014 al 2016 no se observó una variación importante en la cobertura de personas que se realizaron prueba de VIH, menos del 25% se realizó una prueba de despistaje del VIH. Debemos precisar que este indicador es construido a partir de la Encuesta Nacional de Programas Estratégico (ENAPRES), por lo tanto, obedece a la afirmación de las personas. Considerando que la prueba debe realizarse con una consejería pre test y post test, el nivel de recordación se espera que sea alto”.

Los resultados mostrados por ENAPRES son consistentes con los valores del nivel nacional que también se encuentran por debajo de 25% y ubican a la región Loreto por encima del promedio nacional.

**Gráfico N°233. Región Loreto. % Personas de 15 a 49 años de edad que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses. 2013-2016**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Programas Estratégicos

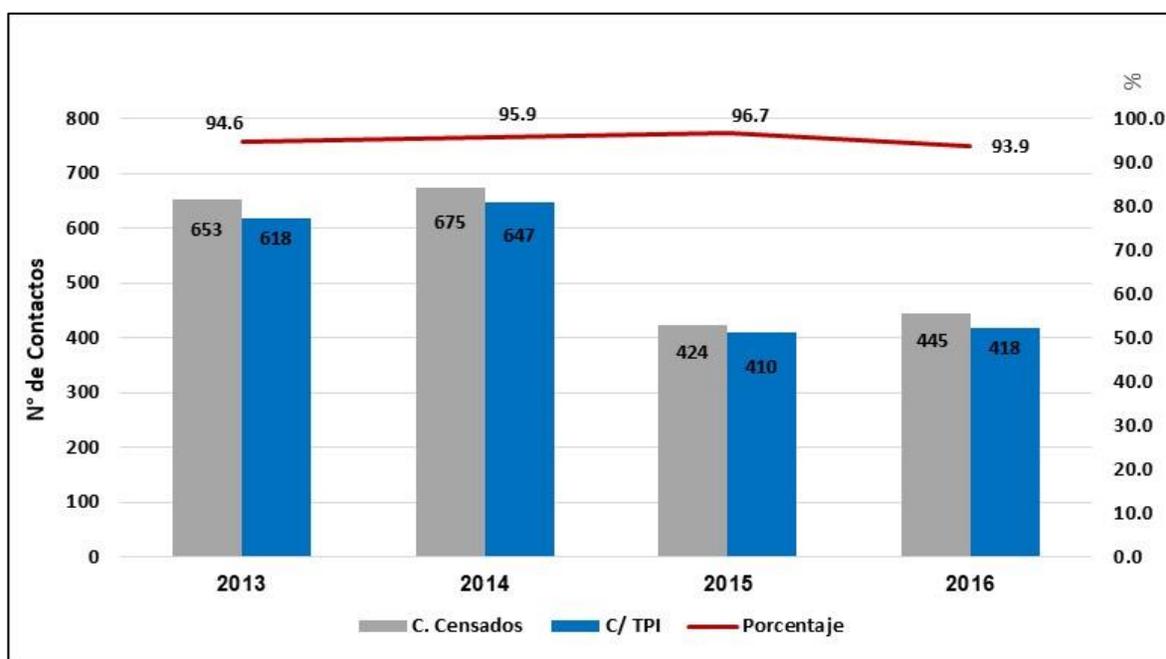
De las personas que se realizaron la prueba de VIH se puede observar que entre el 94% al 95% logra conocer su resultado, este valor se encuentra por encima del nivel nacional y muestra que la región Loreto presenta un buen desempeño en el seguimiento de las pruebas realizadas y completa el ciclo con la consejería pos test que es una oportunidad para brindar información acerca de prevención de la transmisión del VIH.

## 7.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

### Tratamiento Preventivo con Isoniacida:

La Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI) desde el 2013 al cambio de la Norma Técnica se estableció que se debe administrar al 100% a menores de 5 años, hasta el 2012 se administraba al 100% a menores de 19 años de edad, actualmente a los contactos de 6 a 19 años siempre y cuando el resultado del PPD sea positivo se administrará la TPI. Con la administración en niños menores de 5 años con TPI a partir del año 2013 y 2014 se logró del 94.6% al 95.9%, el 2015 se incrementó a un 96.7% y el 2016 disminuyó 2.8% lográndose un 93.9%. Esta Intervención nos ayuda a Prevenir la Tuberculosis en los Menores de 5 años, por tal motivo el Ministerio de Salud exige que por lo menos el 90% de contactos menores de 5 años reciban su Terapia Preventiva con Isoniacida.

**Gráfico N° 234. Cobertura de Inicio de TPI en menores de 5 años.  
Año 2012– 2016. DIRESA LORETO**

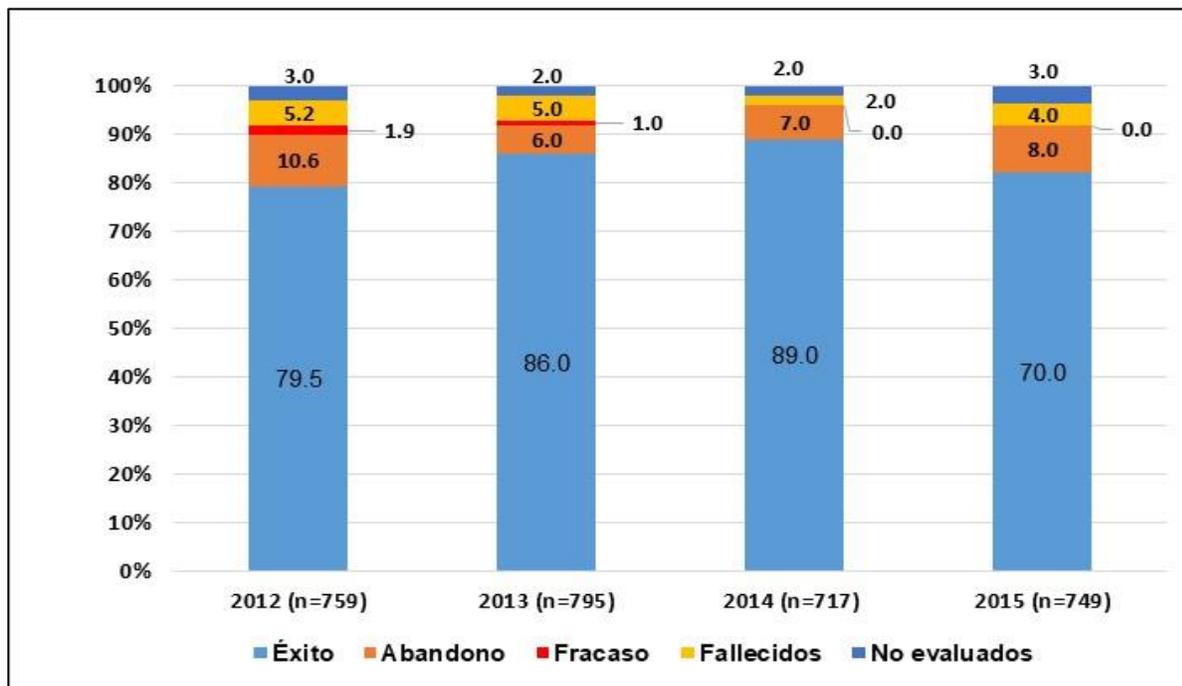


Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Estadística e Informática  
Elaborado: DIRESA Loreto: Coordinación Estrategia Regional TBC.

### Estudio de Cohorte del Tratamiento de la Tuberculosis

En la Región Loreto, según los estudios de cohorte, muestra que se logró curar con éxito en el 2012 al 79.5%, habiendo un ligero incremento en los años 2013 y 2014 del 86% y 89% respectivamente de pacientes TB Frotis positivo, en el año 2015 disminuyó considerablemente al 70%. La tasa de abandono se encuentra un promedio de 8%, fallecidos 4%, No evaluados 3%, el cual evidencia la poca comunicación con los Establecimientos de Salud a donde transferimos los pacientes.

Para mejorar éstos indicadores debemos priorizar personal de enfermería en los servicios de Tuberculosis para garantizar el seguimiento a los pacientes, asegurar el DOTS, la adherencia, evitar abandonos y el cumplimiento de la batería completa en los pacientes con TB.

**Gráfico N° 235. Región Loreto. Estudio de Cohorte de Tratamiento del Esquema I de casos nuevos TBFP. 2012-2015.**

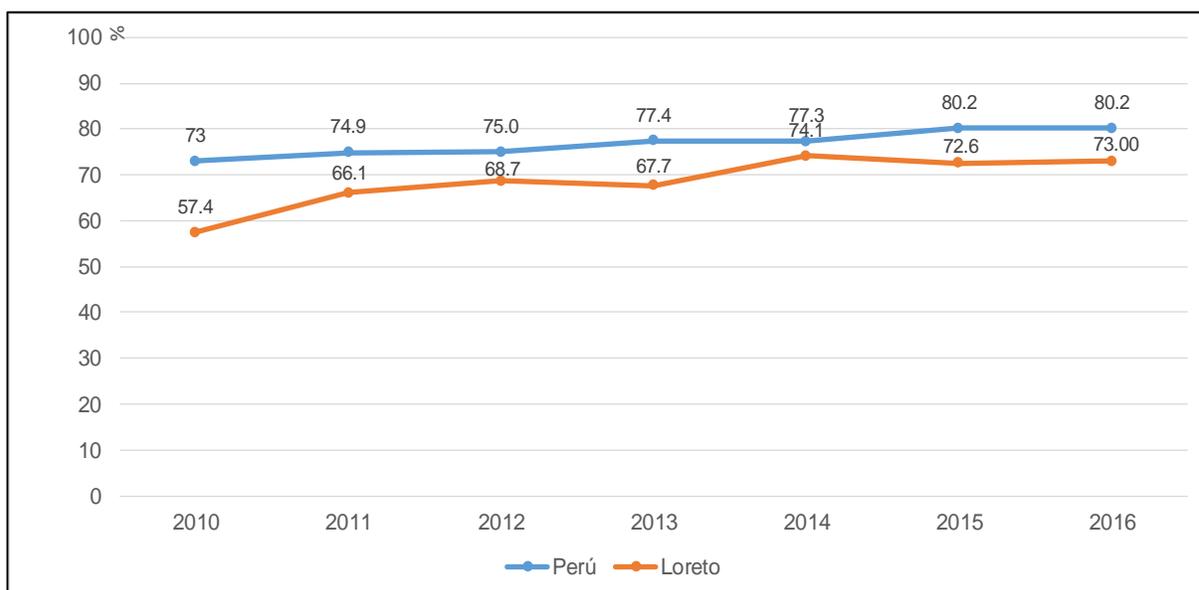
Fuente: DIRESA LORETO: Dirección de Estadística e Informática  
Elaborado: DIRESA Loreto: Coordinación Estrategia Regional TBC.

## 8.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En la región Loreto en cuanto a los primeros controles prenatales, se observa una evolución favorable de este indicador, desde 57,4% en el año 2010 hasta 73.3% al 2016 es decir, un incremento de 15.9 puntos porcentuales. Las coberturas a nivel regional son inferiores que el nivel nacional, la brecha de diferencia es del 7.2%. (Ver Gráfico N°236).

Aunque la cobertura se ha incrementado, estos resultados no cumplen la meta programada que dice que el 90% de las gestantes debe tener por lo menos una atención en el primer trimestre, es decir la región no logra alcanzar su meta de cobertura.

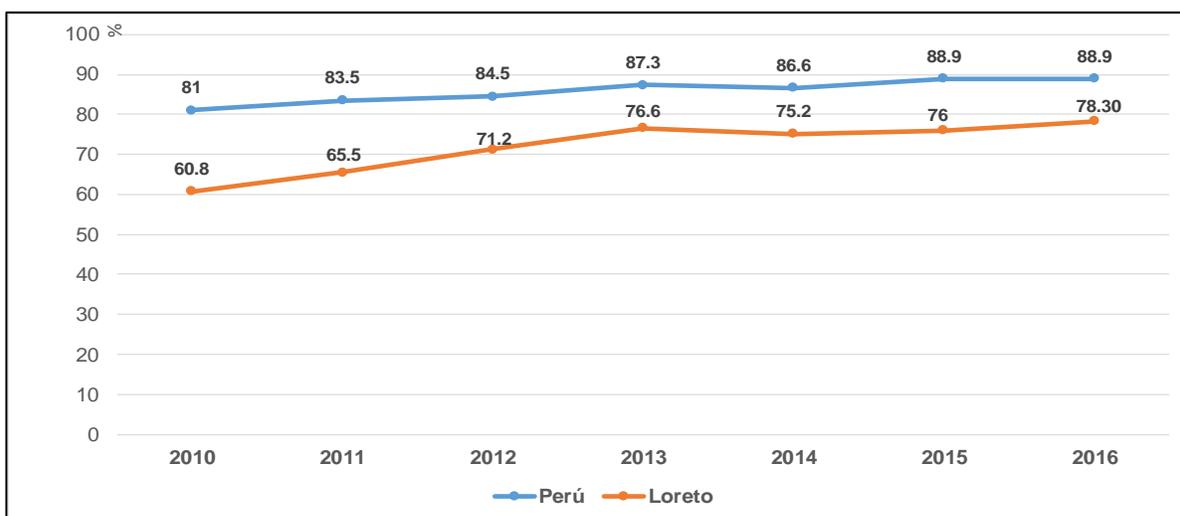
**Gráfico N° 236. Región Loreto. Proporción de gestantes con primer control en el primer trimestre. 2010 - 2016.**



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- PpR., Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La región Loreto planifico que el 90% de las gestantes programadas debía recibir por lo menos 6 controles prenatales, podemos observar que no se llega a cumplir con la meta fijada, encontrándose a partir del 2012 en el rango de 70% a 80%. Entre el 2010 y el 2013 la tendencia es creciente y se obtiene un incremento de cobertura de 16,6 puntos porcentuales, a partir del 2013 hasta el 2016 se aprecia un incremento moderado de únicamente 2 puntos porcentuales, es decir Loreto tuvo un incremento de 18 puntos.

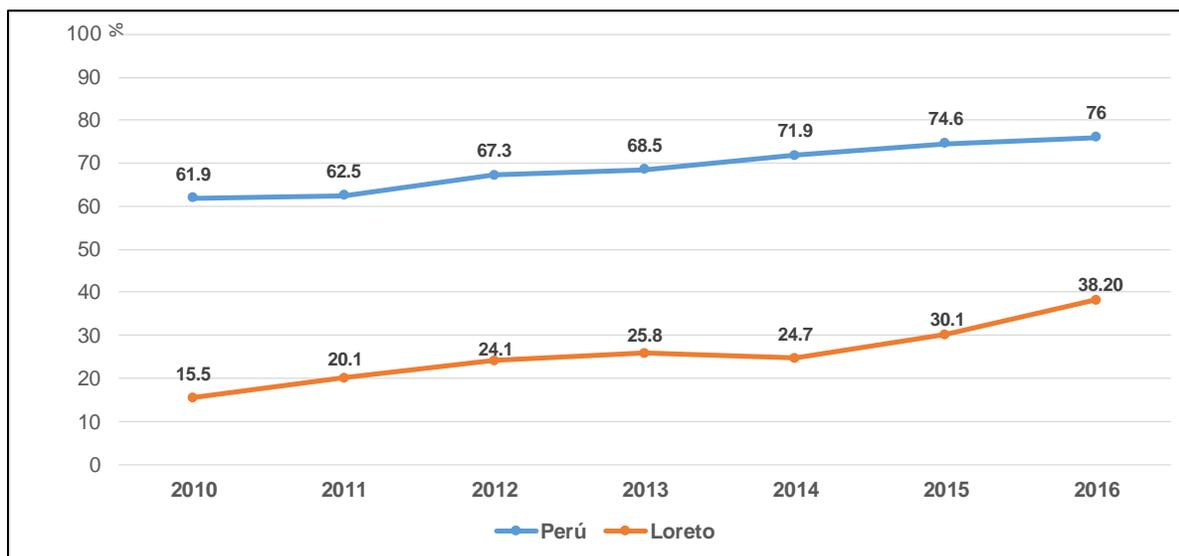
**Gráfico N° 237. Región Loreto. Proporción de gestantes con 6 controles prenatales o más. 2010 - 2016.**



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- PpR., Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La región Loreto también muestra un crecimiento importante en la cobertura de parto institucional en población de área rural, con 23 puntos porcentuales de incremento en el periodo 2010 – 2016, hasta el año 2013 el crecimiento es de 10 puntos y en el periodo 2013 al 2016 se presenta una caída inicial de 1 punto en el 2014 que se recupera y crece 14 puntos hasta el 2016.

**Gráfico N° 238. Región Loreto. Proporción de parto institucional de gestantes de área rural. 2010 - 2016.**



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- PpR., Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Cabe señalar que la región Loreto mide habitualmente el indicador de parto institucional en gestante con 6 controles o más para lo cual ha fijado una meta de 90% sin discriminar la procedencia, de acuerdo a su informe de evaluación en el año 2015 alcanzó 43% como DIRESA, obteniendo un calificativo de malo en su autoevaluación.

Con respecto al nivel nacional la cobertura sube de 61.9% a 76 %, esto significa que la brecha entre Loreto y el nivel nacional se encontraba en 46 puntos porcentuales en el 2010 y se redujo 3 puntos hasta el 2013, en el periodo 2013 – 2016 la brecha pasa a ser 36 puntos porcentuales, es decir, 7 puntos adicionales.

### La oferta de Salud Sexual y Reproductiva:

#### Infraestructura Sanitaria

En el 96.8% de los Establecimientos de Salud de la Región Loreto (373EESS), se brindan atención de salud sexual y Reproductiva, de los cuales se logra un reporte de la información mensual de 340 EE. SS lo que representa un porcentaje de 88.0%.

Esta oferta de Salud está constituida mayoritariamente por Puestos de Salud I-1 donde la oferta es brindada por un personal Técnico de enfermería multifuncional.

Contamos con 10 EESS de categoría I-4 que son FON B, distribuidos en 6 Provincias a excepción de Alto Amazonas y Putumayo que no dispone de ningún EESS I-4. Es importante

mencionar que solo en el C.S. Morona cocha y en el C.S Caballococha cuenta con Ginecólogo durante 15 días cada mes, el de Morona cocha financiada por el MINSA y el de Caballococha por la DIRESA.

La capacidad Resolutiva está conformada por:

03 EESS que cumplen Funciones Obstétricas y Básicas (FONE)

10 EESS que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)

373 EESS que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)

### **Recursos Humanos**

En los establecimientos, la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, está a cargo del profesional obstetra (donde se cuenta con el profesional), muchos de ellos capacitados y entrenados en actividades preventivas, de diagnóstico y Tratamiento en temas de Salud Sexual y Reproductiva.

De los 386 Establecimientos de Salud del I nivel, solo 116 establecimientos cuentan con personal de obstetricia, que representa un 29.7%, teniendo una brecha de 266 establecimientos de salud que no cuentan con profesional de obstetricia, que representa el 69.6%, en la actualidad contamos con 287 obstetras asistenciales, las mismas que se encuentran mal distribuidas, concentradas más en ciudad que en periferie.

Los Establecimientos de Salud que no cuentan con Profesional de Obstetricia, en la mayoría de ellos, solo cuenta con un Técnico en Enfermería, responsable de todas las estrategias sanitarias y mucho de ellos sin capacidad, ni competencias para brindar atención con calidad, a la MEF, a la gestante y/o puérpera, Así como para el manejo y/o estabilización durante una emergencia Obstétrica.

En los Hospitales (FONE) no se cuenta con número suficiente de médicos especialistas, el Hospital Regional de Loreto (III-1) cuenta con 7 médicos Ginecoobstetras, 3 médicos generales y sólo 2 anestesiólogos para la resolución de las emergencias obstétricas. El Hospital Iquitos, (II-2) en el área de Obstetricia tiene 5 médicos Ginecoobstetras, 1 médico General y 1 anestesiólogo, el Hospital Santa Gema (II-1) cuenta con 1 médico ginecoobstetra y 1 médico anestesiólogo. Se menciona que los hospitales cuentan con médicos residentes, fortaleciendo la atención en los diferentes servicios.

### **Capacitación de Recursos Humanos**

Establecimientos con recursos humanos capacitados y acreditados para AQV (Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria) 0.8 % (3 Hospitales). Previa constatación de la hoja de consejería en AQV en la HCL, autorización y consentimiento de paciente y familiares.

96.8% de EESS con capacidad resolutiva para la oferta de métodos anticonceptivos hormonales, natural y de abstinencia periódica y Atención Prenatal, el 7% de EESS (25) con personal entrenado para inserción de DIU, 50% de EE. SS (192) con personal entrenado para inserción del implante.

### **Equipamiento e insumos para la atención**

En cuanto al equipamiento se menciona que en los establecimientos del I nivel existe la necesidad de tensiómetros, balanzas y Doppler en consultorio, muchos de los equipos están deteriorados y hay necesidad de renovarlos.

En cuanto a insumos, reactivos y medicamentos existe desabastecimiento en los hospitales y en los establecimientos del I nivel, de las pruebas rápidas de VIH, jeringa tuberculina, equipo de volutrol, así como de diferentes reactivos necesarios para brindar atención con calidad a los usuarios. Así se menciona que desde inicios de año no se cuenta con Carbonato de Calcio, en hospitales no cuentan con Clindamicina.

**Banco de sangre:**

Existe un Centro Hemodador Regional, el mismo que viene funcionando desde inicios del año 2017, el cual no dispone de paquetes sanguíneos en número suficiente, y aún está en proceso de implementación, sin embargo a la fecha no cuenta con licencia de funcionamiento, por lo que no puede ser registrado ni categorizado en el Renipress, y un Centro de Hemoterapia Tipo II, el cual también no dispone de paquetes sanguíneos en número suficiente y al estar centralizado en el Hospital Regional, hace difícil su accesibilidad cuando se necesita en otro establecimiento diferente; en Yurimaguas no se dispone de banco de sangre.

## 9.- CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

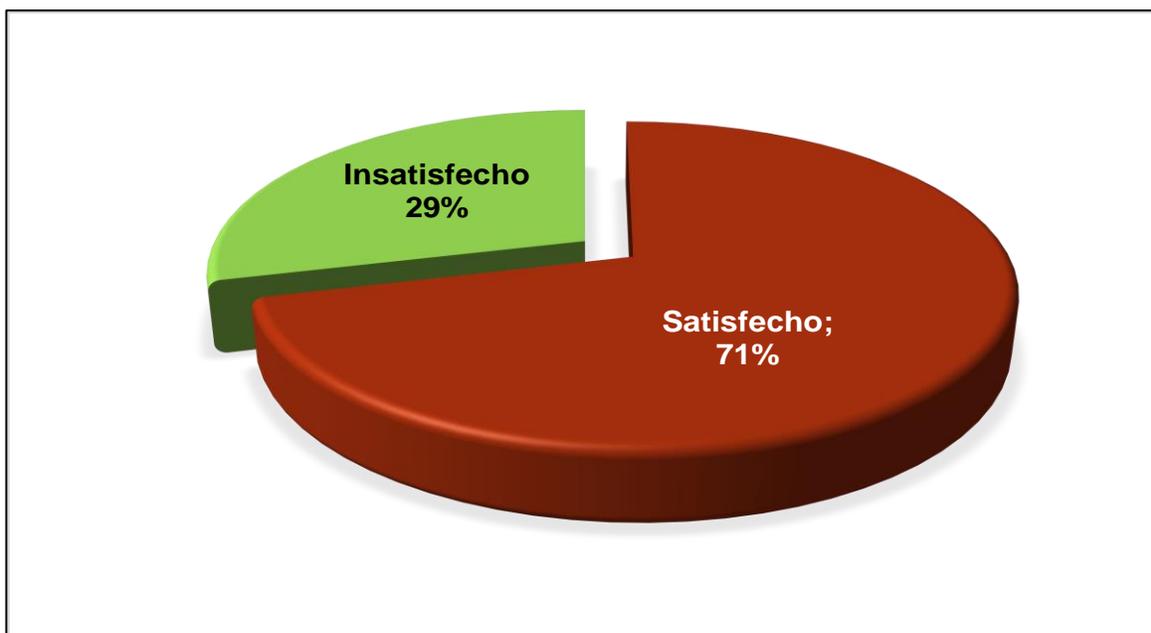
### 9.1 Satisfacción del Usuario Externo:

La Satisfacción del Usuario Externo es el indicador más utilizado y expresa un juicio de valor subjetivo de la atención recibida; El MINSA utiliza el Método Serqual Modificado, la cual es una escala multidimensional elaborada por Parasuraman et al (1988), diseñada y validada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios.

La Satisfacción del Usuario Externo, utilizando el Método Serqual Modificado define la calidad de atención como la brecha diferencia (E-P) entre las expectativas (E) y las percepciones (P) de los usuarios. Mide la satisfacción de las dimensiones utilizando una escala de < 40% Aceptable, 40-60% en Proceso, >60% por Mejorar.

En el año 2016, la DIRESA Loreto, a través de la Dirección de Calidad, aplicó encuestas con este método en 30 Establecimientos de Salud, 27 correspondientes al primer nivel de atención y 3 Hospitales de la Región de Loreto, dando como resultado que el 71% de los usuarios encuestados manifestaron su satisfacción, mientras que el 29% mostraron sus insatisfacciones por los servicios recibidos en los Establecimientos de Salud de la Región Loreto. (Ver Gráfico N°239).

**Gráfico N°239. Región Loreto. % de Satisfacción del Usuario Externo en 30 Establecimientos de Salud – julio 2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

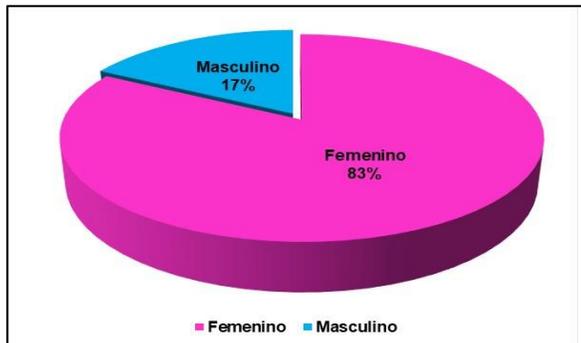
Así mismo la encuesta, evaluó algunas variables en relación al encuestado; obteniendo los siguientes resultados:

**Gráfico N°240. Región Loreto. Condición del Encuestado (%). julio 2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

**Gráfico N°241. Región Loreto. Sexo del Encuestado (%). julio 2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

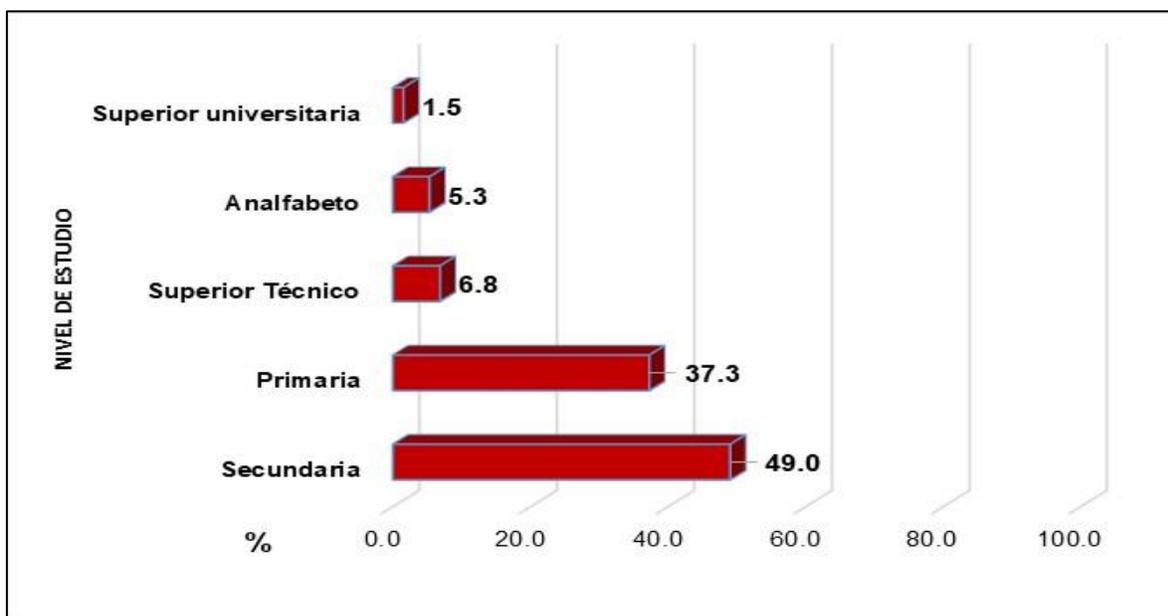
**Condición del Encuestado:** Del total de 2557 encuestados el 77% fueron usuarios y el 23% fueron acompañantes. (Gráfico N°240)

**Sexo del encuestado:** Del 100% de encuestados, el 83 fueron del sexo femenino, mientras el 17% fueron del sexo masculino. (Gráfico N°241).

**Nivel de Estudios de los Encuestados**

En el presente Gráfico, podemos observar que del 100% de encuestados, el 49% tenían nivel de estudios secundarios, seguidas de los que tenían nivel primario (37.3%), Mientras en menos proporción fueron los que tenían nivel superior técnico (6.8%), Analfabetos (5.3%) y finalmente con 1.5% los que tenían el nivel superior universitario.

**Gráfico N° 242. Región Loreto. % Encuestados según Nivel de estudios– julio 2016**

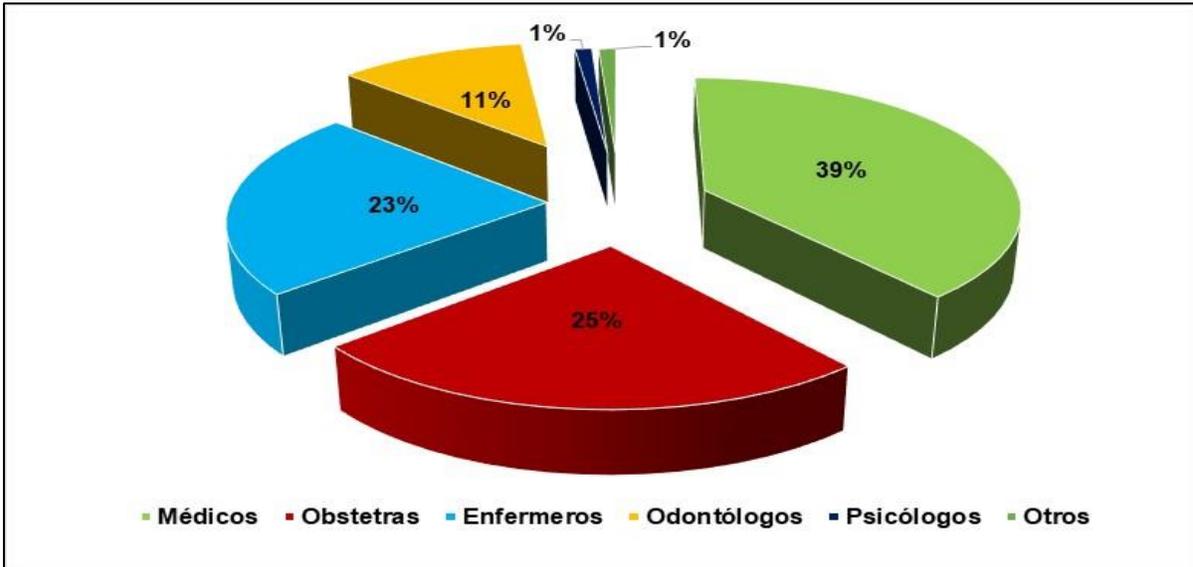


Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

**Encuestados por tipo de profesional atendido:**

Del 100 de encuestados, el 39% fueron atendidos por médicos, seguidas Obstetras (25%), Enfermeros (23%), Odontólogos (11%), Psicólogos y Otros profesionales 1% cada uno respectivamente

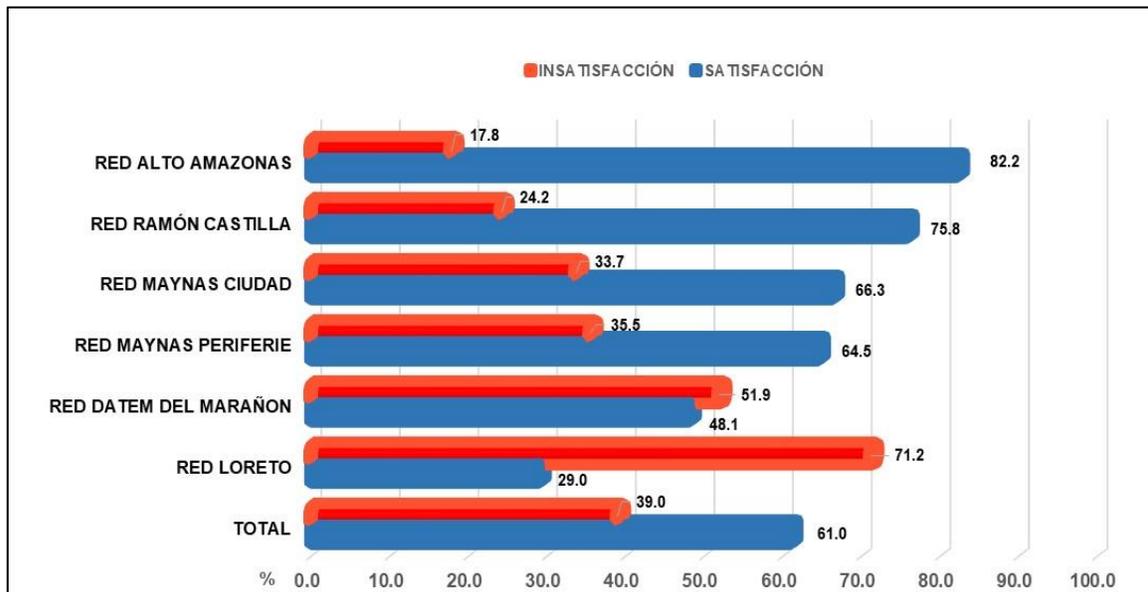
**Gráfico N°243. Región Loreto. % Encuestados según Nivel de estudios- julio 2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

**Satisfacción del Usuario Externo según Redes de salud**

**Gráfico N°244. Región Loreto. % de Satisfacción del Usuario Externo por Redes de Salud – julio 2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

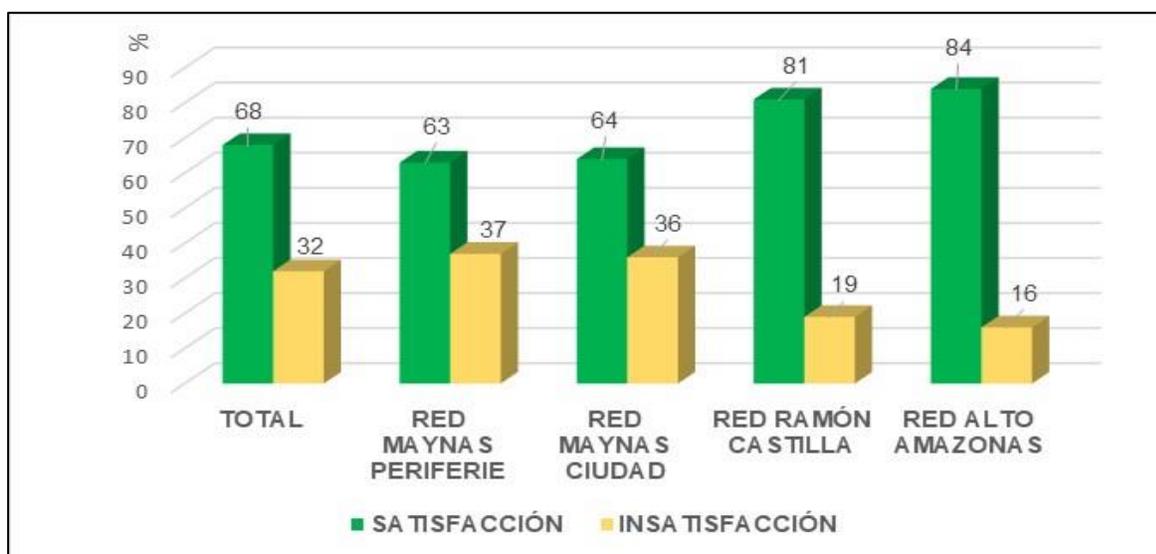
De la evaluación de Satisfacción al Usuario Externo en la Región Loreto, la Red Alto Amazonas es la que obtuvo un mayor porcentaje de satisfacción 82.2%, seguido de la Red Ramón Castilla con un 75.8%, Red Maynas Ciudad 66.3%, Red Maynas Periferie 64.5%, finalmente la Red Datem del Marañón con el 29%. Siendo el promedio total de satisfacción en 5 Redes de Salud de las 8 existentes del 61%. Sin embargo, si observamos las insatisfacciones de los usuarios, observamos que la Red Loreto es la que tiene el mayor porcentaje de insatisfacción con el 71%, seguida de la Red Datem del Marañón con el 51.9% (Gráfico N°244).

### Satisfacción del Usuario Externo: Se Evalúa 5 Dimensiones:

**Fiabilidad (F):** Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.

En esta dimensión, nos muestra el presente gráfico que todos los usuarios de la Redes de salud se encuentran satisfechos por los servicios ofrecidos en forma exitosa, con una evaluación menos del 40% de insatisfacción, considerado como aceptable.

**Gráfico N°245. Región Loreto. % de Satisfacción del Usuario Externo según la Dimensión de FIABILIDAD por Redes de Salud – julio 2016**

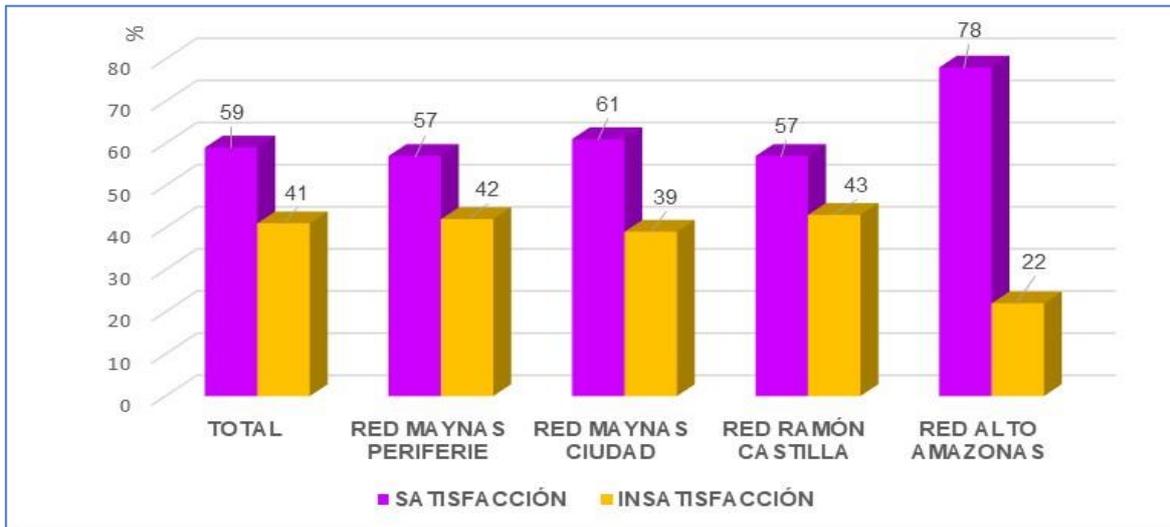


Fuente: Diresa Loreto- Dirección de Calidad

**Capacidad de respuesta (CR):** Disposición de servir a los usuarios y proveerle un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.

En el Gráfico N° 90, se observa que en total el 41% de usuarios están insatisfechos de la capacidad de respuesta de los servicios de salud recibidos, calificándoles según la escala que estos servicios brindados se encuentran en proceso de cumplirlos, en esta misma línea se encuentran la Red Maynas Periferie y la red Ramón Castilla, mientras que las Redes Maynas Periferie y Alto amazonas, los usuarios muestran una capacidad de respuesta aceptable.

**Gráfico N°246. Región Loreto. % de Satisfacción del Usuario Externo según la Dimensión de CAPACIDAD DE RESPUESTA por Redes de Salud – julio 2016**

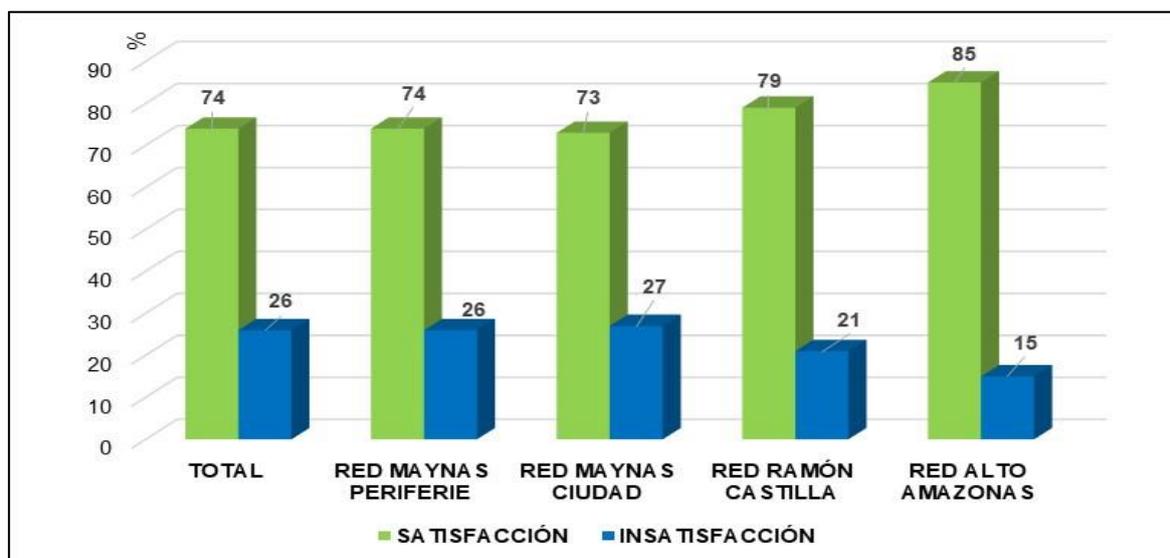


Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

Seguridad (S): Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

En la evaluación de la dimensión de seguridad, observamos que en general todos superan más del 70% del nivel de satisfacción del usuario en la seguridad en la confianza que genera el personal de salud en los establecimientos de salud de las redes evaluadas. Todos tienen menos del 40% de inseguridad lo que les califica de aceptable, la población usuaria de la red Maynas Periferie tienen el 74% de seguridad por los servicios prestados, Red Maynas Ciudad (73%), Red Ramón Castilla (79%), Red Alto Amazonas (85%).

**Gráfico N°247. Región Loreto. % de Satisfacción del Usuario Externo según la Dimensión de SEGURIDAD por Redes de Salud – julio 2016**

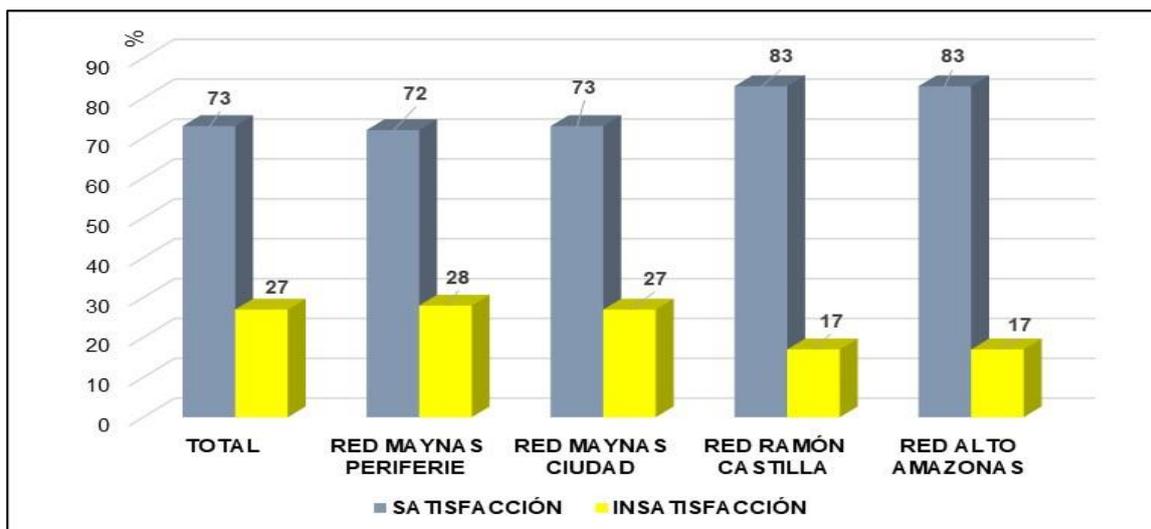


Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

Empatía (E): Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.

En esta dimensión observamos que en todas las redes los usuarios están satisfechos en la capacidad del personal de salud de mostrar su empatía durante la atención recibida, todos pasan del 70% de satisfacción, Red Maynas (72%), Red Maynas ciudad (73%), Red Ramón Castilla (83%), Red Alto Amazonas (83%).

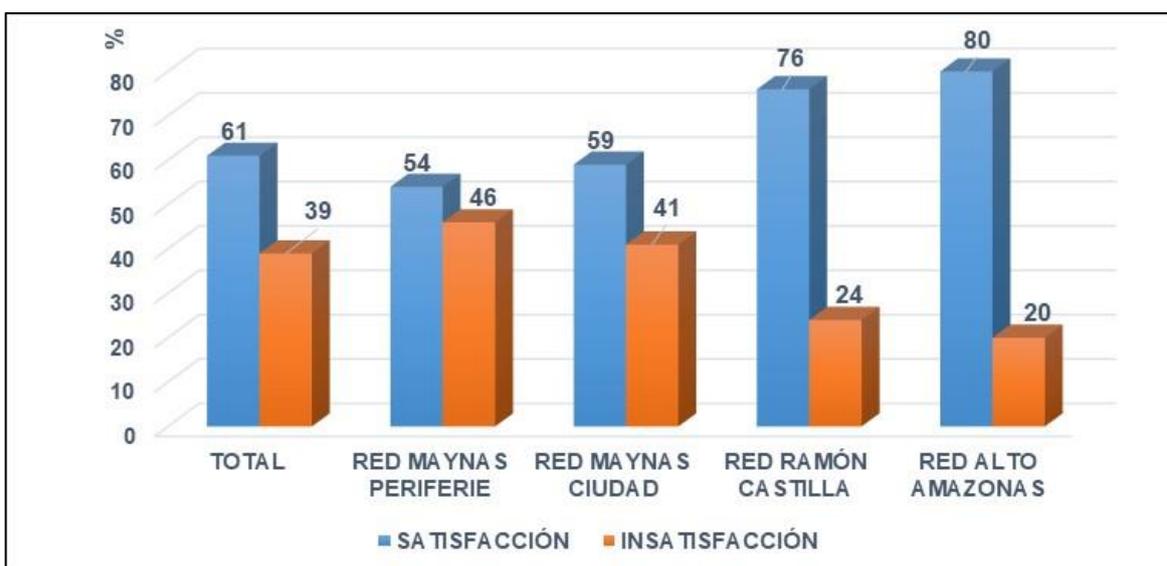
**Gráfico N°248. Región Loreto. % de Satisfacción del Usuario Externo según la Dimensión de EMPATIA por Redes de Salud – julio 2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

**\*Dimensión de Aspectos Tangibles (T):** Se refiere a los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

**Gráfico N°249. Región Loreto. % de Satisfacción del Usuario Externo según la Dimensión de ASPECTOS TANGIBLES por Redes de Salud – julio 2016**



Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

El Gráfico N° 241, nos muestra que en las 4 Redes evaluadas los usuarios en general tienen un 61% de satisfacción en relación a una adecuada percepción de los aspectos físicos de las instalaciones de los establecimientos de salud, teniendo el 39% de insatisfacción menor del 40% que según la escala es considerado como aceptable. Según Redes se observa que las Redes de Ramón Castilla y Alto Amazonas tienen más del 61% de satisfacción con el 76% y 80% respectivamente, mientras la Red Maynas Ciudad y la Red Maynas Periferie tienen más del 40% de insatisfacción considerado según la escala como en proceso.

### 9.2 Proyectos de Mejora Continua:

Los resultados obtenidos de la Encuesta de Usuarios externos deben desencadenar tanto programas o proyectos de mejora continua de los procesos, que incorporen acciones de monitoreo y seguimiento, así como proyectos de investigación como aportes al conocimiento y mejora de la calidad.

**Tabla N°67. Región Loreto. Proyectos de Mejora Continua en Establecimientos de Salud -2016**

N°	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE DEL PROYECTO	RED DE SALUD
1	C.S. Bellavista Nanay	«Mejorando la Calidad de Atención en el Área Niño(a) del C.S. Bellavista Nanay	Maynas Ciudad
2	C.S. Tamshiyacu	Mejorando la Calidad de Atención en el C.S. I-3 Tamshiyacu	Maynas Periferie
3	C.S. Indiana	Mejorando la Calidad de Atención en el C.S. I-3 Indiana «Dulce Espera	maynas periferie
4	C.S. Mazan	Mejorando la Calidad de Atención en el C.S. I-3 Mazan «Bienvenido Mejora Manzanina	Maynas periferie
5	C.S. San Juan	Plan de Mejora de la Calidad Personalizando la calidad de la Atención del Niño(a) y la Gestante en la Jurisdicción del A.H. Simón Bolívar	Maynas Ciudad
6	C.S. 6 de Octubre	Mejorar la Calidad de Atención en el Área Niño(a) del C.S. 6 de Octubre «Disminuyendo en el tiempo de espera	Maynas Ciudad
7	C.S. Moronacocha	Implementación de la Mejora en la Calidad de Atención del Área Niño(a) del C.S. I-4 Moronacocha 2016.	Maynas Ciudad
8	C.S. Cardozo	Mejorando el servicio de admisión	Maynas Ciudad
9	C.S. América	Mejorando el servicio de admisión	Maynas Ciudad
10	P.S. Maynas	Mejorando el servicio de admisión	Maynas Ciudad
11	C.S. Nauta	Mejorando la Calidad de Atención en el C.S. Nauta	Red Loreto
12	C.S. 9 de Octubre	Mejorando la Calidad de Atención en el C.S. 9 de Octubre.	Maynas Ciudad

Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

En el año 2016, Se han elaborado 12 Proyectos de Mejora de los cuales 08 corresponden a Establecimientos de Salud de la red Maynas ciudad y 04 a redes de salud periféricas (03 a la red Maynas Periferie y 01 red Loreto), los mismos que se encuentran en proceso de ejecución.

### 9.3 Autoevaluación para la calidad en los Establecimientos de Salud:

La Autoevaluación no significa otra cosa que tener el valor de mirarse uno mismo para establecer dónde se sitúan exactamente nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades; es mirarse en el espejo para examinar la calidad de los servicios que brindamos y buscar las mejoras posibles de hacer. Con la evaluación >85% se considera aprobado y se solicita una

evaluación externa para acreditar al establecimiento de salud de acuerdo a su nivel, cuando la evaluación es <85% se reinicia de Autoevaluación.

La Tabla N°68., Nos muestra las autoevaluaciones desarrolladas en 24 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención y en 3 Hospitales de la región Loreto durante el 2014,2015 y 2016, en ninguno de los años se logró o superar el 85% de aprobado para solicitar la evaluación externa.

En el año 2016 se realizaron 07 autoevaluaciones en 02 hospitales: Hospital Regional de Loreto, Hospital Iquitos con 57 y 63% respectivamente, ambos para volver a realizar sus autoevaluaciones a los 9 meses.

En las IPRESS Santo Tomás y Progreso la evaluación fue de 49% y 38% respectivamente menor al 50%, cuya evaluación califica desaprobado para volver a realizar la autoevaluación inmediatamente. Mientras que las IPRESS Rumococha y Santo Tomás tuvieron una evaluación del 56% para ambos, para ser nuevamente autoevaluado a los 6 meses. Solo la IPRESS Bretaña alcanzó al 75% para ser nuevamente autoevaluado a los 9 meses.

**Tabla N° 68. Región Loreto. Autoevaluación de la Calidad de los Establecimiento de Salud 2014-2016.**

N°	IPRESS	Institución a la que pertenece	Categoría	Resultados de Autoevaluación		
				2014	2015	2016
1	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	MINSA	III-1	55	24	57
2	HOSPITAL IQUITOS	MINSA	II-2	42		63
3	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	MINSA	I-1			
	<b>MICRO RED</b>					
4	CS. CONTAMANA	MINSA	I-4	44		
5	<b>MICRO RED IQUITOS NORTE</b>					
6	CS. I-4 MORONACOCCHA	MINSA	I-4		47	
7	CS. TUPAC AMARU	MINSA	I-3		50	
	<b>MICRO RED IQUITOS SUR</b>					
8	CS. SAN JUAN	MINSA	I-4	65	52	
9	CS. SANTA CLARA DE NANAY	MINSA	I-3			49
10	PS. RUMOCOCHA	MINSA	I-2			56
11	PS. PROGRESO	MINSA	I-2			38
12	PS. SANTO TOMAS	MINSA	I-2			56
13	PS. ZUNGAROCOCCHA	MINSA	I-2	42		
	<b>MICRO RED BELEN</b>					
14	CS. CARDOZO	MINSA	I-3	65		
	<b>MICRO RED BRETAÑA</b>					
15	CS. BRETAÑA	MINSA	I-3		39	75
	<b>MICRO RED YURIMAGUAS</b>					
16	PS. SANTA LUCÍA	MINSA	I-1	54		
17	PS. VARADERILLO	MINSA	I-1	50		
18	PS. MUNICHIS	MINSA	I-3	54		
	<b>EsSALUD</b>					
19	HOSPITAL III IQUITOS	EsSALUD	III-1		64	
20	HOSPITAL I YURIMAGUAS	EsSALUD	II-1		76	
21	CAP II SAN JUAN	EsSALUD	I-3	48	64	
22	CAP II CABALLOCOCHA	EsSALUD	I-3		66	
23	CAP II REQUENA	EsSALUD	I-3	37	65	
24	CAP II PUNCHANA	EsSALUD	I-3		65	
25	CAP II NAUTA	EsSALUD	I-3	29		
26	CAP II IQUITOS	EsSALUD	I-3	59		

Fuente: DIRESA Loreto- Dirección de Calidad

---

**CAPITULO VII**

**EVALUACIÓN FINANCIERA DE PRINCIPALES PROGRAMAS  
PRESUPUESTALES**

---

La presente evaluación financiera de programas presupuestales, fue extraída, del informe final de la consultoría de la “Evaluación Programática de Programas y Servicios de salud Pública de la DIRESA Loreto 2013-2016.

## 1. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN SALUD DE LA REGIÓN LORETO

El pliego 453 del Gobierno Regional de Loreto muestra un incremento sostenido de la asignación presupuestal durante el periodo 2013 – 2016. De acuerdo a información proporcionada por el MEF, en el año 2013 Loreto recibió una asignación total de S/.1, 331, 129,701 (PIM) y en 2016 esta ascendió a S/.1, 488, 454,152 (PIM). El incremento presupuestal de la región fue de 11.81% en este periodo. Esta mayor asignación presupuestal a nivel regional tiene un correlato en el incremento del presupuesto en salud de las unidades ejecutoras encargadas de la prestación de los servicios de salud en Loreto.

**Tabla N° 69. Región Loreto. Presupuesto regional en salud 2013 - 2016.**

Periodo	Presupuesto Total salud	Presupuesto Regional Loreto	Presupuesto Regional Salud Loreto		
			S/.	%*	%*
2013	12,285,473,131	1,331,129,701	263,433,218	2.14	19.79
2014	14,750,202,160	1,385,339,294	320,064,779	2.17	23.1
2015	15,750,202,160	1,308,791,612	362,188,324	2.32	27.67
2016	16,119,239,307	1,488,454,152	404,415,018	2.51	27.17

\*Porcentaje del presupuesto de salud Loreto en relación al presupuesto total (nacional y regional) de salud

\*\*Porcentaje del presupuesto de salud Loreto en relación al presupuesto total del gobierno regional

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El presupuesto regional en salud durante el periodo 2013 – 2016 mostró un incremento anual promedio de 13.37%, acumulando en 2016 un incremento total de 53.51% (PIM) con respecto al monto asignado en 2013. El incremento presupuestal en salud se vio reflejado en una mayor participación en términos porcentuales en el presupuesto general del Departamento. Al inicio del periodo de evaluación, el presupuesto en salud representaba el 20% del gasto regional, mientras que en 2016 el presupuesto asignado concentró el 27% del presupuesto total de Loreto, es decir más de la cuarta parte del presupuesto regional está orientado a la prestación de los servicios de salud pública.

Asimismo, el incremento del presupuesto regional en salud también significó una mayor participación en el presupuesto nacional de salud. En 2013 la asignación departamental representaba 2.14% del gasto nacional y después de sucesivos incrementos en los siguientes años alcanzó en 2016 una participación de 2.51% del gasto nacional en salud.

## 2. ESTRUCTURA PRESUPUESTAL DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES

La DIRESA Loreto estableció los Programas Presupuestales a ser priorizados en el marco de la consultoría que la OMS lo solicitó a fin de realizar la evaluación financiera de los principales programas presupuestales; Se detallan a continuación: i) Articulado Nutricional; ii) Salud Materno Neonatal; iii) Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis; iv) TBC-VIH/SIDA; v) Prevención y control del cáncer; vi) Control y prevención de Salud Mental.

A continuación, se detallará los indicadores de resultados y de coberturas seleccionados para cada programa presupuestal. Algunos de ellos no se miden ni en las evaluaciones cualitativas ni cuantitativas de la DIRESA o el nivel nacional, a pesar que se encuentran en las fichas de programas presupuestales.

## 2.1 Articulado Nutricional (PP 0001)

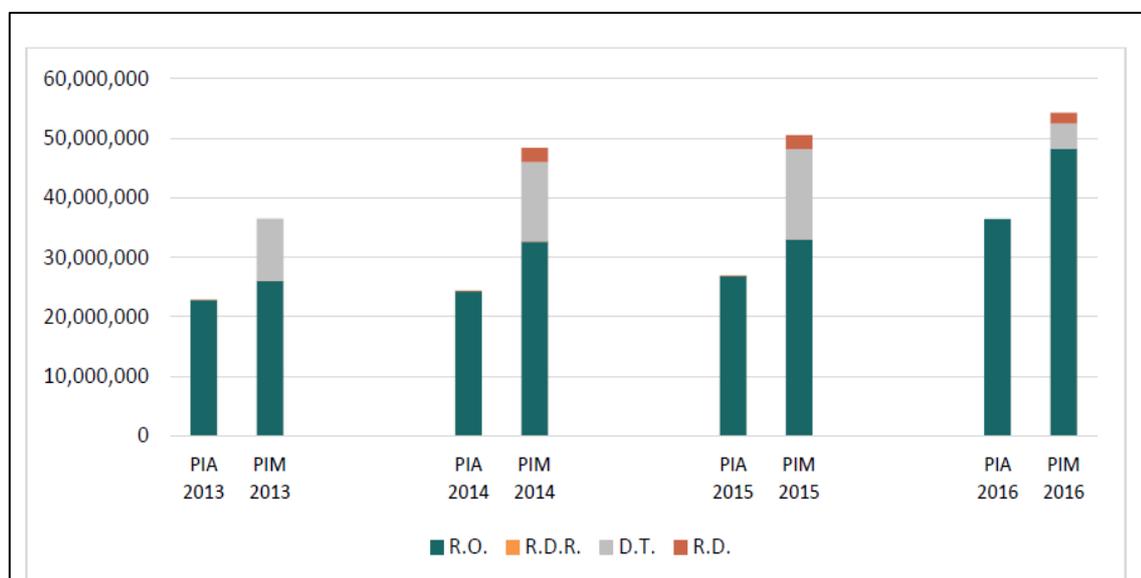
**Tabla N°70. Región Loreto. Indicadores priorizados del articulado nutricional - 2016.**

Indicadores Resultados	Indicadores Cobertura
<b>Programa Presupuestal 0001: Articulado Nutricional</b>	
Prevalencia de niños con Desnutrición Crónica Infantil	% de niños con CRED completo para la edad
Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 36 meses	% de niños con vacunas contra neumococo y rotavirus
	% de niños con suplemento de hierro

Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto -2016

Durante el periodo 2013 – 2016 el presupuesto del Programa Articulado Nutricional muestra un incremento progresivo de 52%. En el último año la fuente de recursos ordinarios representó el 89% del presupuesto total del programa en la región. Este incremento en la participación del gasto responde al DS N°022-2016-EF, que establece una transferencia de S/ 5, 235,374 para el pago de personal CAS con recursos del SIS a través de la fuente RO para el desarrollo de acciones comunes, monitoreo y evaluación en el marco del PP 0001 en el departamento Loreto.

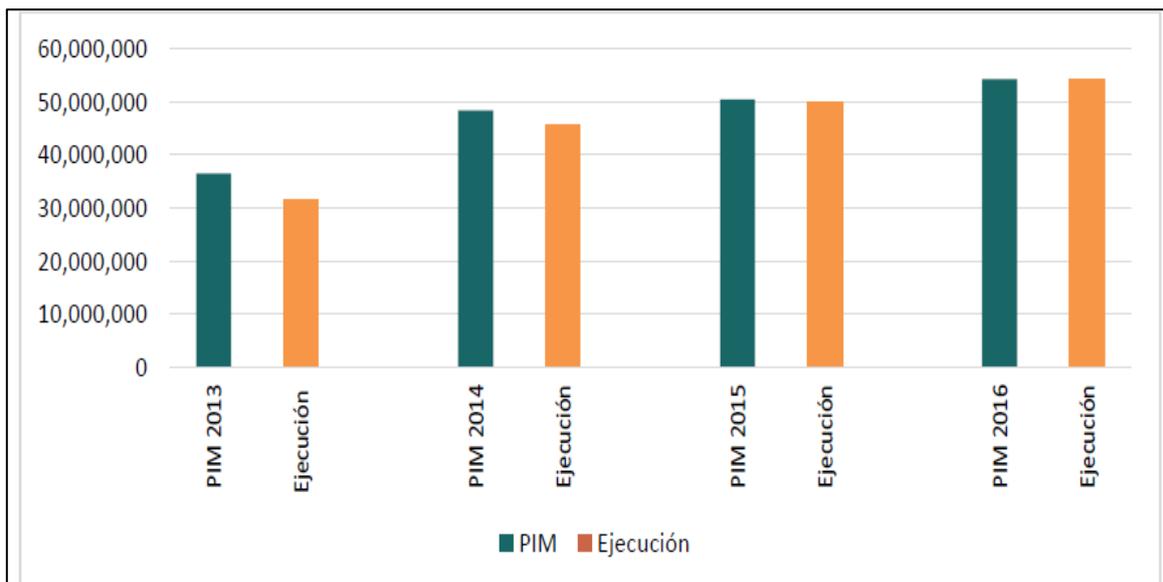
**Gráfico N° 250. Estructura presupuestal PP 0001 según fuente de financiamiento 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El incremento presupuestal del PP0001 tuvo un correlato en la ejecución presupuestal de los recursos asignados en el marco del programa. Los niveles de ejecución se incrementaron anualmente, en 2013 se ejecutó el 94.3% del presupuesto, mientras que en 2016 el indicador alcanzó el 99.8% del presupuesto asignado. (Ver Gráfico N°250).

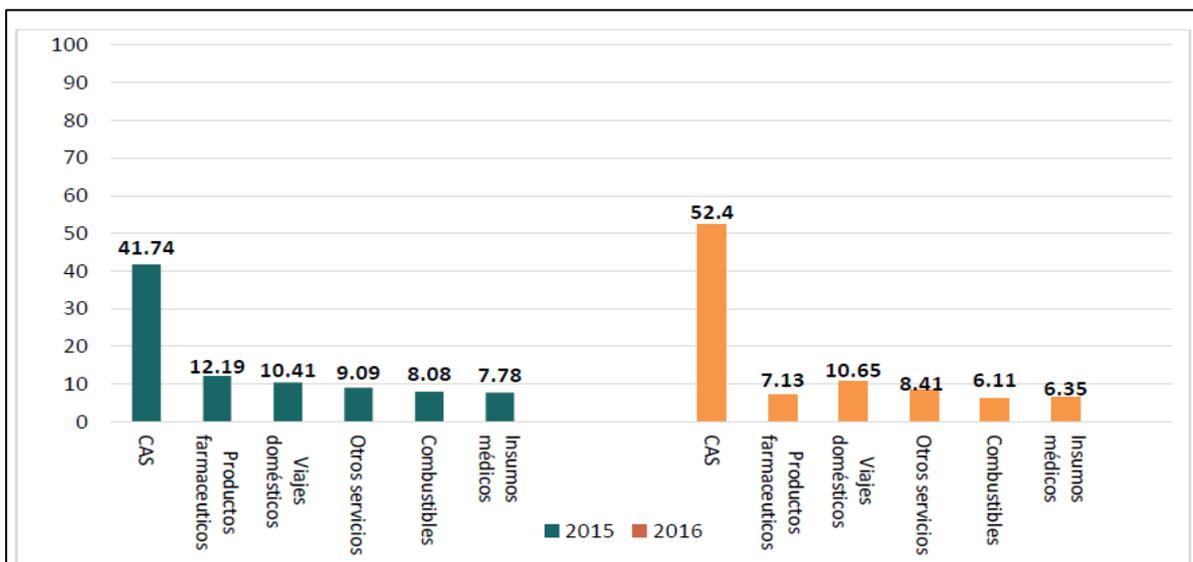
**Gráfico N°251. Evolución presupuestal y ejecución del PP0001 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El Gráfico N°251, muestra la distribución de la ejecución del gasto del PP0001 en el departamento de Loreto en los años 2015 y 2016. El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal con contratos administrativos de servicios. El gasto en productos farmacéuticos se redujo en el último año en 5%, mientras que el gasto en viajes domésticos fue equivalente en ambos años.

**Gráfico N° 252. Distribución de la ejecución presupuestal del PP0001 en Loreto 2015-2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El Gráfico N°252, muestra la distribución de la ejecución del gasto del PP0001 en el departamento de Loreto en los años 2015 y 2016. El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal con contratos administrativos de servicios. El gasto en productos farmacéuticos se redujo en el último año en 5%, mientras que el gasto en viajes domésticos fue equivalente en ambos años.

## 2.2 Salud Materno Neonatal (PP0002)

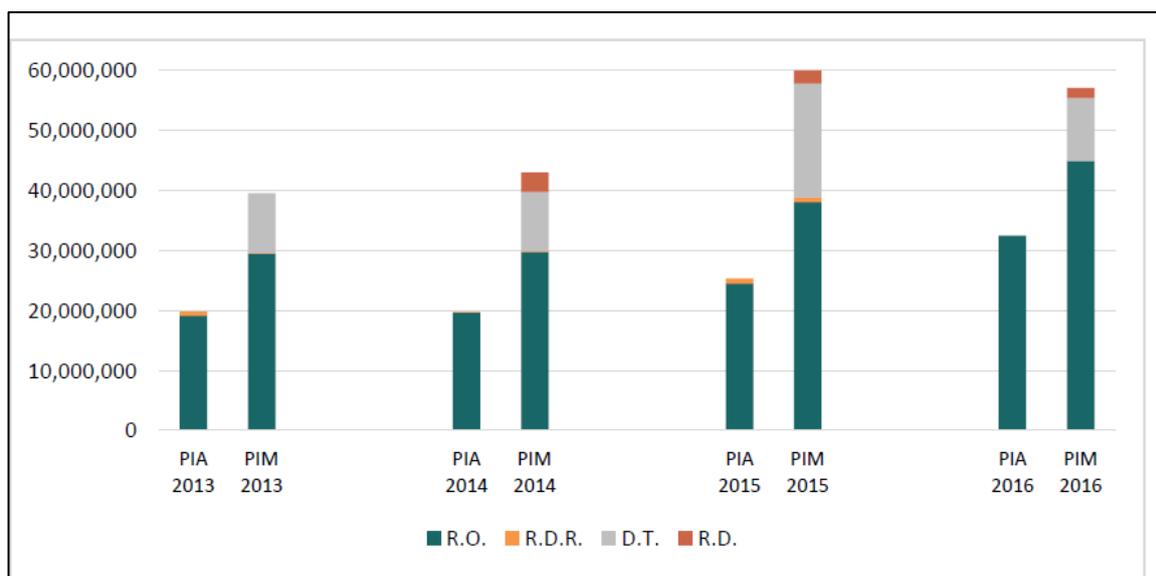
**Tabla N° 71. Región Loreto. Indicadores priorizados Salud Materno Neo natal (PP0002) -2016**

Indicadores Resultados	Indicadores Cobertura
<b>Programa Presupuestal 0002: Salud Materno - Neonatal</b>	
Prevalencia de anemia en gestantes del 1er trimestre	% de Gestantes con prueba de Hb en el 1er Trimestre
Prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 (24 meses)	% de Gestantes con suplemento de hierro (MMM)
	% de niños de 6 a 12 meses de edad con prueba de Hb
	% de niños de 6 a 24m con suplemento de hierro (MMM)

Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto -2016

El presupuesto del Programa de Salud Materno Neonatal en el periodo 2013 – 2016 muestra un crecimiento de 44%. En el último año la fuente de recursos ordinarios representó el 78% del presupuesto total del programa en la región debido al incremento de la fuente RO para la contratación de personal CAS. Asimismo, se observa que en el último año el ajuste en la proyección de la fuente RDR tuvo como consecuencia una menor participación en la estructura presupuestal del PP0002.

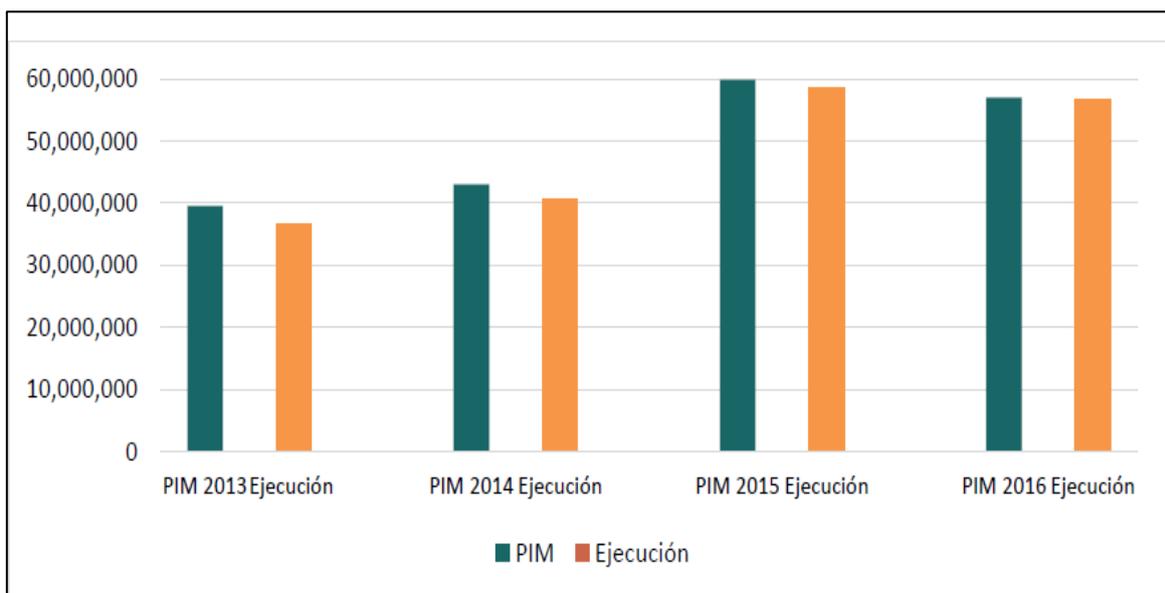
**Gráfico N°253. Estructura presupuestal PP0002 según fuente de financiamiento 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El incremento presupuestal del PP0002 tuvo una correspondencia con el nivel de ejecución presupuestal de los recursos asignados en el marco del programa. Se observa que la asignación presupuestal acumula un crecimiento de 57% hasta 2015. En el último año se registra una ligera reducción del 7% presupuesto del programa con respecto al año anterior. El nivel de ejecución del gasto del PP0002 en 2013 asciende a 93% y progresivamente el indicador de ejecución del gasto se incrementa hasta alcanzar 99%. (Ver Gráfico N° 254).

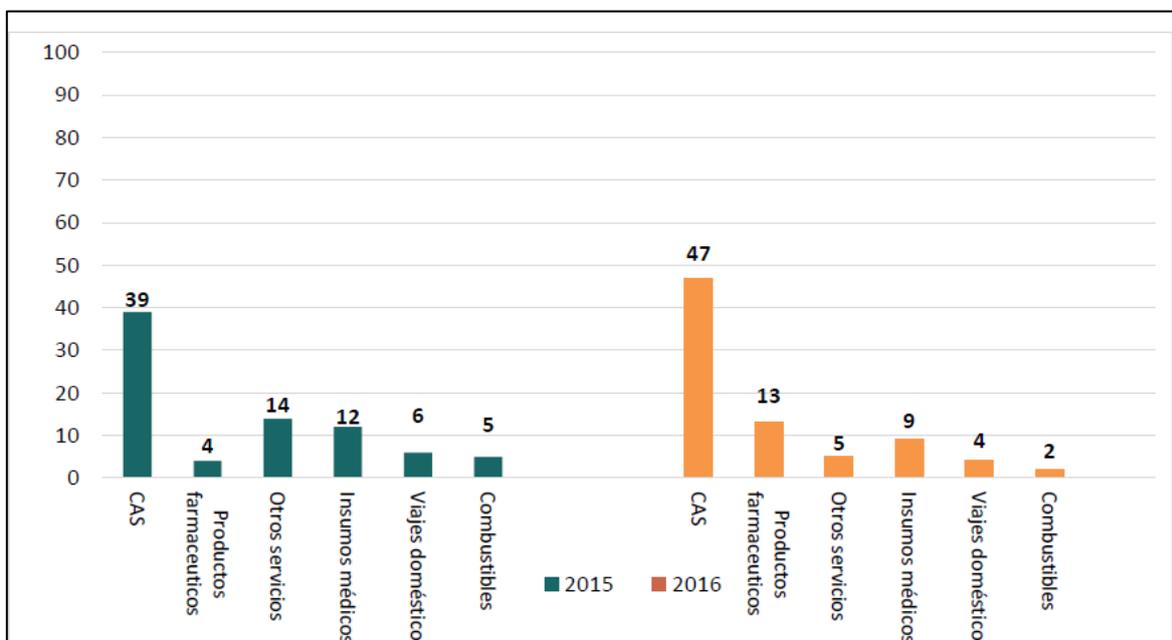
**Gráfico N° 254. Evolución presupuestal y ejecución del PP0002 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El Gráfico N°255, muestra la distribución de la ejecución del gasto del PP0002 en el departamento de Loreto en los años 2015 y 2016. El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal con contratos administrativos de servicios, en este rubro el gasto se incrementó 8% con respecto al año anterior, mientras que el gasto en productos farmacéuticos se redujo ligeramente en 1.4%.

**Gráfico N° 255. Distribución de la ejecución presupuestal del PP0002 en Loreto 2015-2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

## 2.3 Programa TBC-VIIH/SIDA (PP 0016)

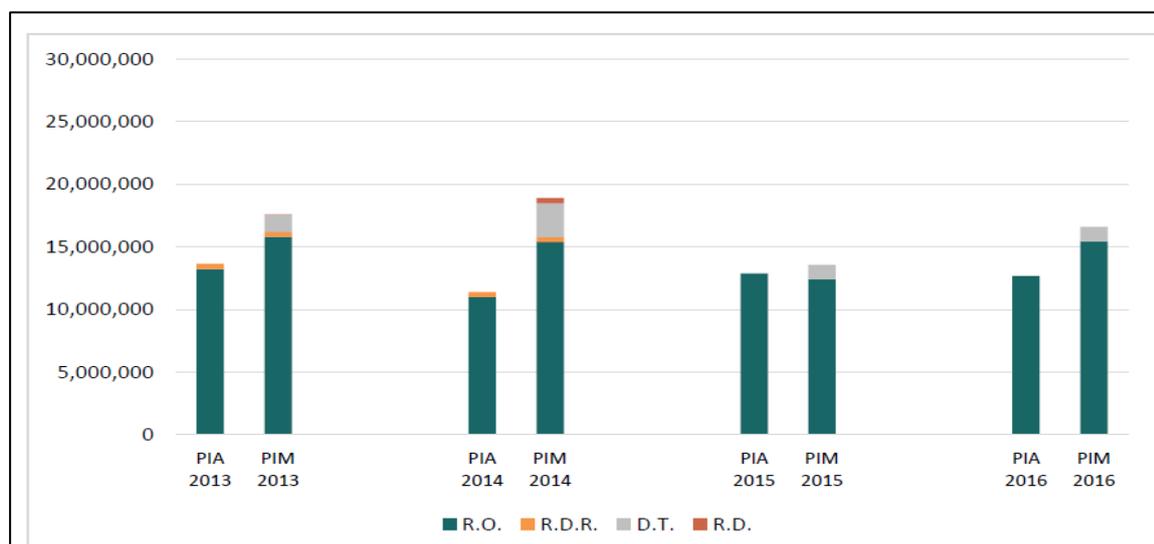
Tabla N° 72. Región Loreto. Indicadores priorizados Programa TBC-VIH/SIDA (PP 0016) - 2016

Indicadores Resultados	Indicadores Cobertura
<b>Programa Presupuestal 0016 TBC- VIH/SIDA</b>	
Tasa de Incidencia de Tuberculosis pulmonar frotis positivo	Cobertura de Tamizaje VIH en varones 18 a 59 años
Incidencia de VIH en poblaciones de Alto Riesgo	% de personas de 15 años a más con conocimientos sobre la forma de transmisión de la tuberculosis
	% de contactos examinados entre contactos censados
	% de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometieron a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce su resultado

Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto -2016

Durante el periodo 2013 – 2016 la evolución presupuestal del Programa TBC-VIH/SIDA en Loreto muestra una tendencia irregular. En el año 2014 alcanza su asignación más alta con un monto de S/.18, 902,249 y este se reduce en 29% en el siguiente año, pero en 2016 la asignación se vuelve a incrementar alcanzando un presupuesto de S/.16, 601,951. La principal fuente de financiamiento es la de recursos ordinarios y financia el 93% del presupuesto del programa en el departamento, la siguiente en es la fuente de donaciones y transferencias, pero su participación es mínima y no supera el 7% del presupuesto total.

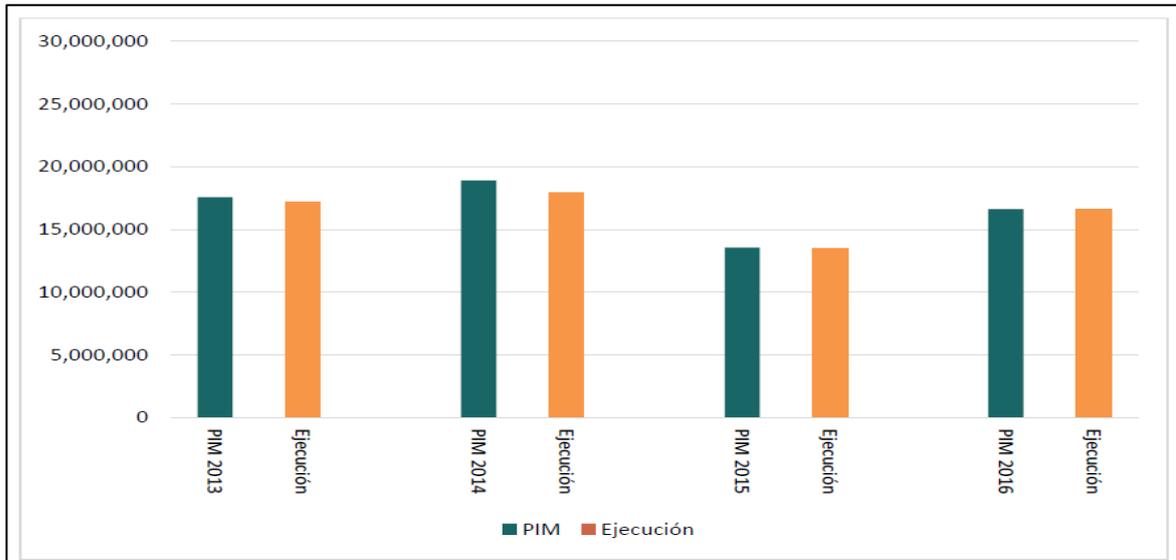
Gráfico N° 256. Estructura presupuestal PP0016 según fuente de financiamiento 2013 - 2016



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El nivel de ejecución presupuestal del PP 0016 en el periodo 2013 – 2016 es de 98% en promedio. El nivel de ejecución más bajo se da en el año 2014 con un gasto del 95% del monto presupuestado. En los últimos dos años la ejecución del gasto asignado en el marco del programa fue de 100% en el departamento de Loreto. (Ver Gráfico N° 257).

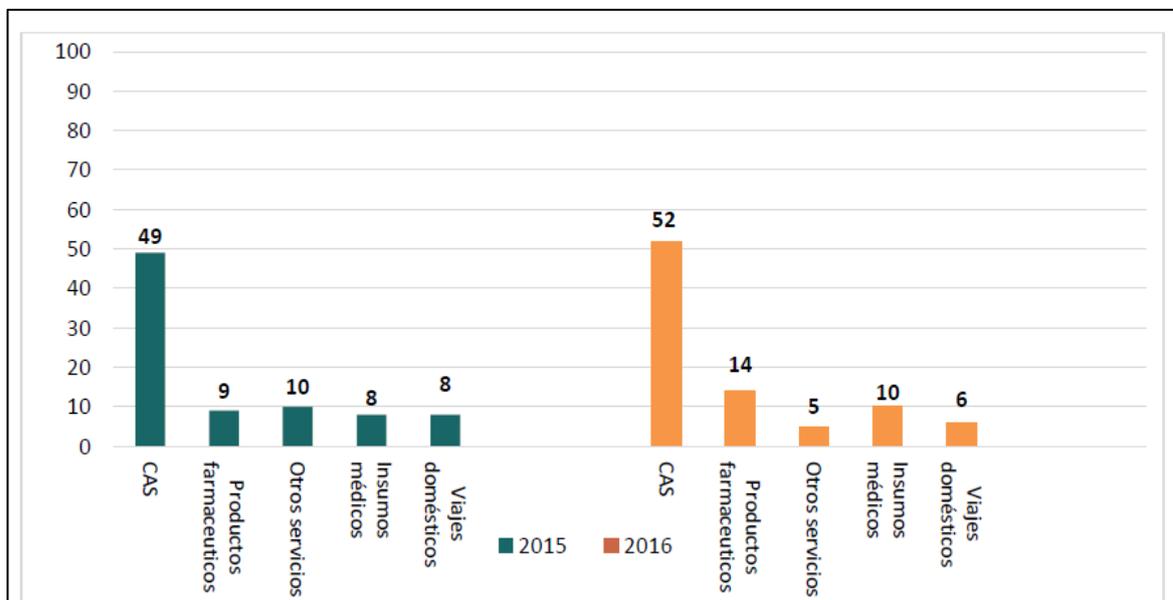
**Gráfico N°257. Evolución presupuestal y ejecución del PP0016 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El Gráfico N° 258. Muestra la distribución de la ejecución del gasto del PP0016 en el departamento de Loreto en los años 2015 y 2016. El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal con contratos administrativos de servicios, el 50% del gasto con cargo a los recursos del programa es destinado para personal CAS. A diferencia del resto de programas presupuestales revisados, en el año 2016 se incrementa el gasto en productos farmacéuticos en 5% con respecto a lo gastado en 2015

**Gráfico N°258. Distribución de la ejecución presupuestal del PP0016 en 2015-2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

## 2.4 Programa Prevención de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis (PP 0017)

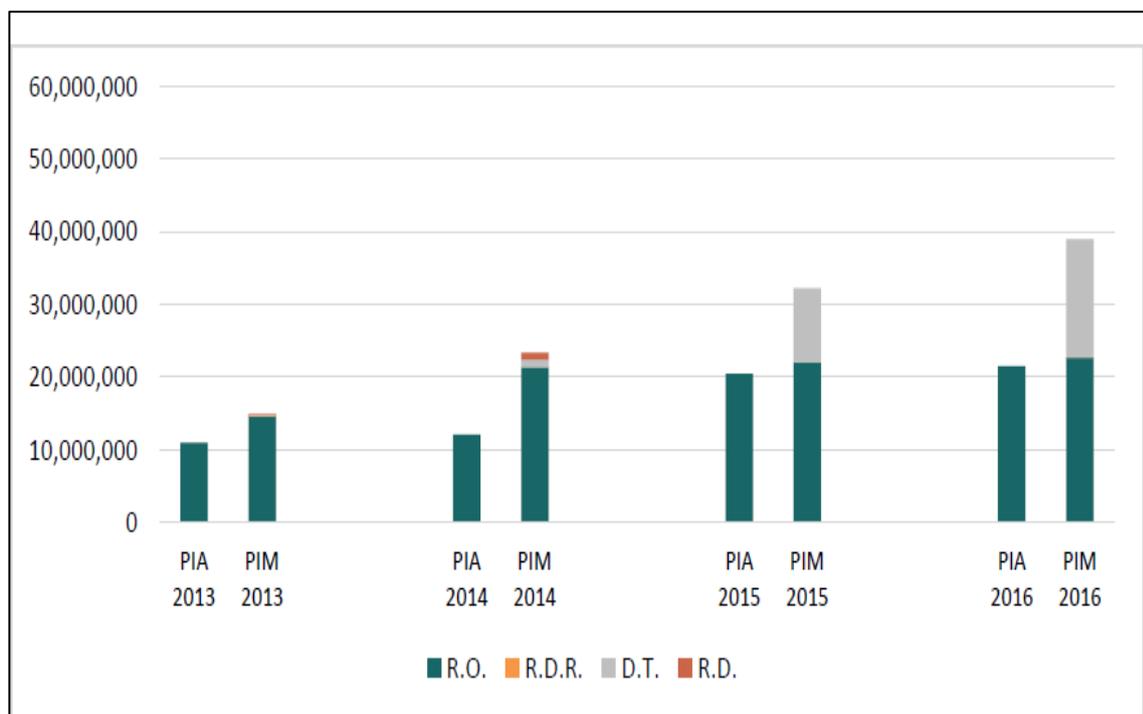
**Tabla N° 73. Región Loreto. Indicadores priorizados del Programa Prevención de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis (PP 0017)-2016**

Indicadores Resultados	Indicadores Cobertura
<b>Programa Presupuestal 0017 Enfermedades Metaxénica y Zoonosis</b>	
Índice Parasitario anual (IPA)	% de viviendas con tratamiento focal para dengue
Tasa de letalidad por dengue	% de personas >14 años identifican al menos 3 acciones preventivas para evitar criaderos dentro de casa.
Tasa de rabia humana silvestre por 100,000 habitantes	% de personas >14 años que aplican al menos 4 medidas de prevención de malaria
Efectividad del tratamiento para malaria por P. Falciparum	% de personas expuestas a rabia que reciben atención integral

Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto -2016

El presupuesto del Programa de Enfermedades Metaxénicas evidencia un crecimiento considerable tanto para la fuente de recursos ordinarios y la de donaciones y transferencias. En 2014, el D.S. N°022-2014-SA declara al departamento de Loreto en emergencia sanitaria para combatir la presencia de brotes y de actividad epidémica de dengue, malaria, leptospira y Chikungunya. En el marco de esta declaratoria se autoriza la transferencia de S/.5, 677,541 al presupuesto del programa para proteger a las familias y pobladores en riesgo de contagio, esta transferencia a través de la fuente RO explica el incremento evidenciado en el presupuesto modificatorio.

**Gráfico N° 259. Estructura presupuestal PP00017 según fuente de financiamiento 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

En 2015 el MINSA emite D.S. N° 025-2015-SA y D.S. N°036-2015-SA que declara nuevamente en emergencia al departamento por dengue, malaria, Chikungunya y leptospirosis y se aprueba una asignación adicional de S/.9, 185,876 a través de la fuente de donaciones y transferencias que se evidencia en el PIM 2015 y asignado para acciones de diagnóstico y tratamiento.

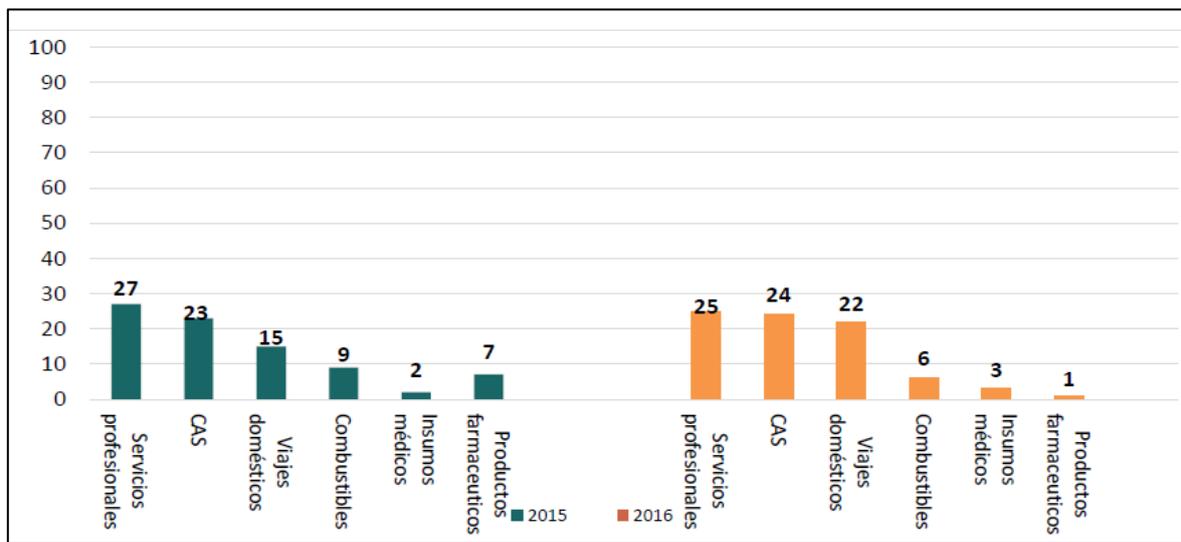
**Gráfico N° 260. Evolución presupuestal y ejecución del PP0017. 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

En el siguiente año el MINSA emite 4 declaratorias de emergencia sanitaria por dengue, Zika y rabia silvestre humana que le significaron al PP 0017 una asignación presupuestal adicional de S/.14, 244,086 a través de la fuente de donaciones y transferencias. Ello explica por qué se incrementó la fuente DT a pesar de que se evidenció, en el mismo año, una reducción notable de la asignación con cargo a esta fuente para todas las UEs y los programas de salud ejecutados Loreto.

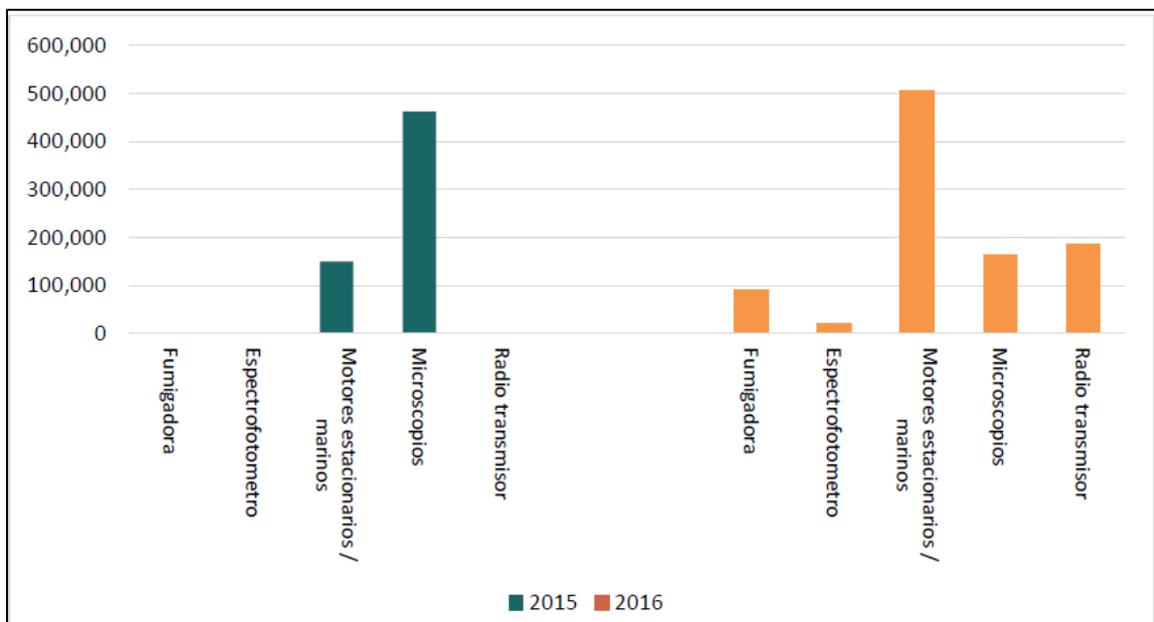
**Gráfico N° 261. Distribución de la ejecución presupuestal del PP0017 en Loreto 2015-2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El Gráfico N°261, muestra la distribución de la ejecución del gasto del PP0017 en el departamento de Loreto en los últimos dos años. Los gastos relacionados a la contratación de personal CAS y personal con contrato de locación de servicios concentran el 50% del gasto total del programa. Mientras que el gasto en productos farmacéuticos se reduce de 2% en 2015 a 1% del gasto total del programa en 2016.

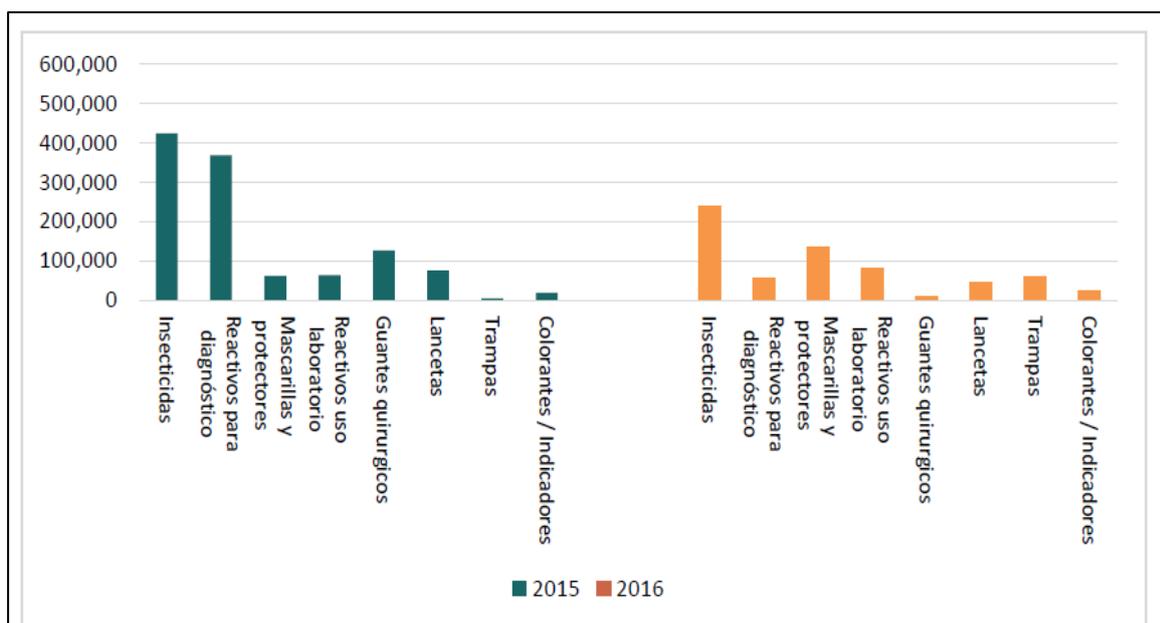
**Gráfico N° 262. Gasto en equipos del PP0017 en Loreto 2015-2016.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanza 2013-2016

El Gráfico N° 262, muestra los principales gastos realizados en la compra de equipos con cargo a los recursos del PP 0017. En los últimos dos años los gastos se centraron en la compra de motores estacionarios marinos, microscopios, radiotransmisores y fumigadoras.

**Gráfico N°263. Gasto en insumos del PP0017. 2015 - 2016.**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanza 2013-2016

El gráfico N° 263, nos muestra la compra de insecticidas y reactivos para diagnósticos y sodio fueron los gastos que concentraron la mayor parte del presupuesto en insumos en el periodo 2015 - 2016. Asimismo, los gastos en mascarillas, protectores, trampas, lancetas y reactivos de laboratorio fueron los más recurrentes en los últimos dos años.

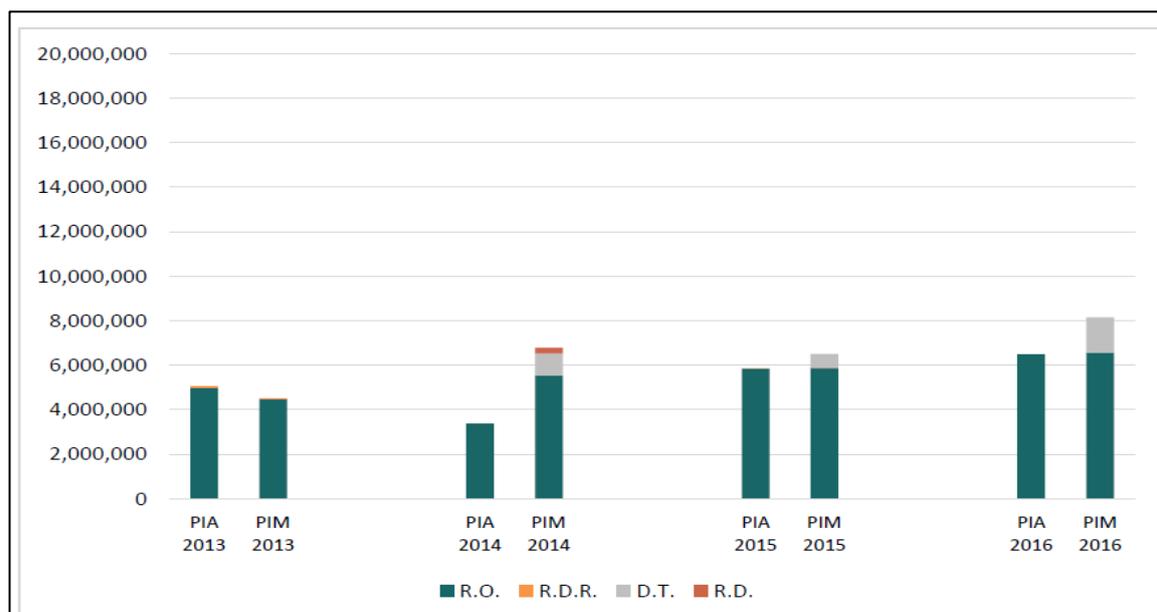
### 2.5 Programa Prevención y Control de Cáncer (PP 0024)

**Tabla N° 74. Región Loreto. Indicadores priorizados del Programa Prevención y Control de Cáncer (PP 0024)**

Indicadores Resultados	Indicadores Cobertura
<b>Programa Presupuestal 0024: Prevención y Control del Cáncer</b>	
Tasa de Mortalidad en mujeres de 25 a 60 años por cáncer de cuello uterino	% de mujeres de 25 a 60 años examinadas con Papanicolao
Tasa de mortalidad en mujeres de 25 a 60 años por cáncer de mama	% de mujeres de 25 a 60 años examinadas con Papanicolao y conocen resultados
Tasa de mortalidad en varones de 55 a 69 años por cáncer de próstata	% de mujeres de 30 a 50 años examinadas con inspección visual con ácido acético (IVAA)
	% de mujeres de 25 a 60 años con tamizaje positivo que reciben tratamiento con Crioterapia/Conoleep/Conofrio
	% de mujeres de 40 a 65 años que se han realizado un examen físico de mama en los último 12 meses
	% de mujeres de 50 a 65 años de edad que se han realizado mamografía en los últimos 24 meses.
	% de varones de 55 a 69 años con examen de tacto rectal
	% de varones de 55 a 69 años examinados con dosaje de PSA Total que conocen su resultado.

Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto -2016

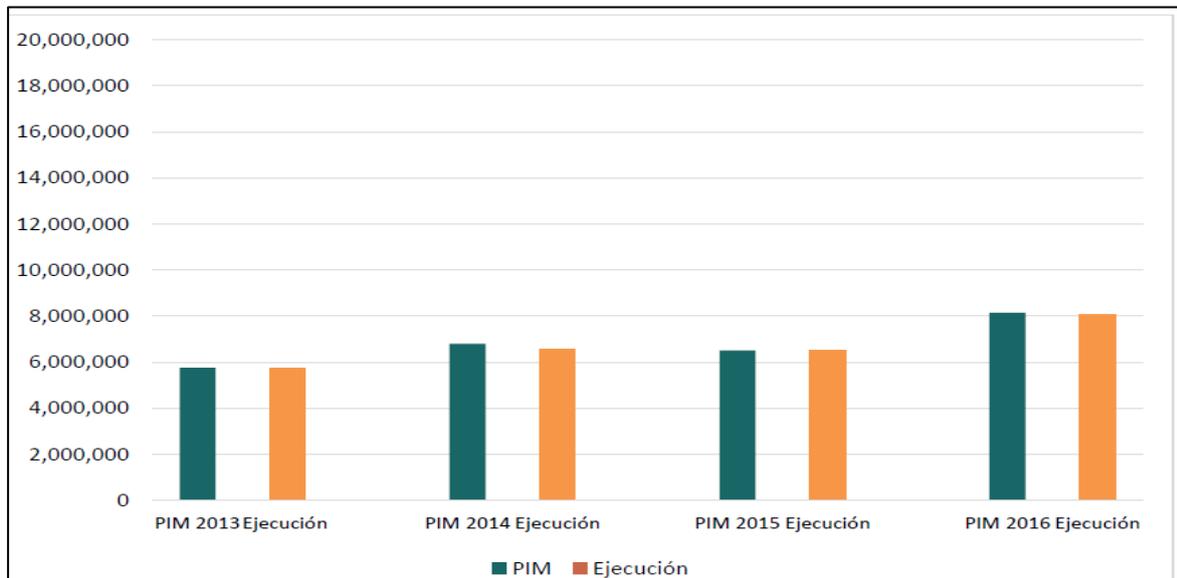
**Gráfico N°264. Estructura presupuestal PP0024 según fuente de financiamiento 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El presupuesto del Programa de Prevención y Control del Cáncer muestra en 2016 un incremento en la asignación de 80% con respecto a las cifras del 2013. La fuente de recursos ordinarios en los últimos dos años representó alrededor del 85% del presupuesto total asignado al programa, mientras que la fuente de donaciones y transferencias en el último año representó el 19% de la asignación. (Ver Gráfico N°264.).

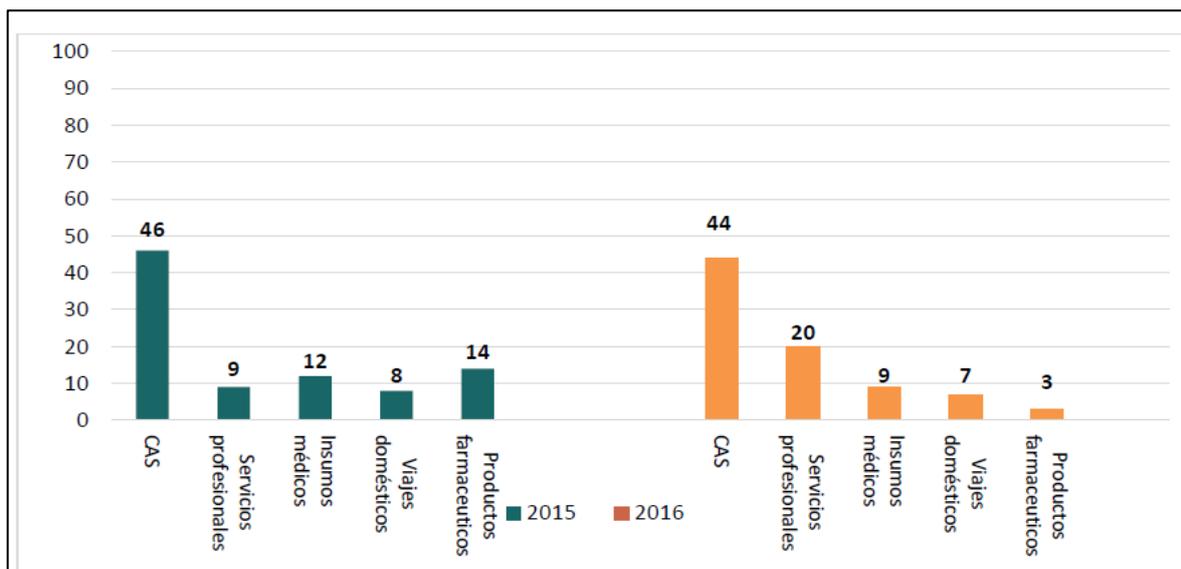
**Gráfico N° 265. Evolución presupuestal y ejecución del PP0024. 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El PP 0024 muestra niveles de ejecución del 99% en cada uno de los años del periodo 2013 – 2016. Asimismo, se evidencia que la mayor asignación presupuestal para el programa se realizó en 2016 y esta fue ligeramente superior a los S/8, 000,000, siendo la segunda asignación más baja de los PPs ejecutados en Loreto después del programa de control y prevención de la salud mental. (Ver Gráfico N° 265).

**Gráfico N° 266. Distribución de la ejecución presupuestal del PP0024 en Loreto 2015-2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal CAS, concentra el 46% de la asignación presupuestal. Asimismo, el gasto del programa evidencia una tendencia que también se puede observar en las unidades ejecutoras del departamento durante el 2016, en donde el gasto para el pago de locadores de servicios se incrementa considerablemente, mientras que el gasto en productos farmacéuticos se reduce en el mismo periodo.

**2.6 Programa de Control y Prevención de Salud Mental (PP 0131)**

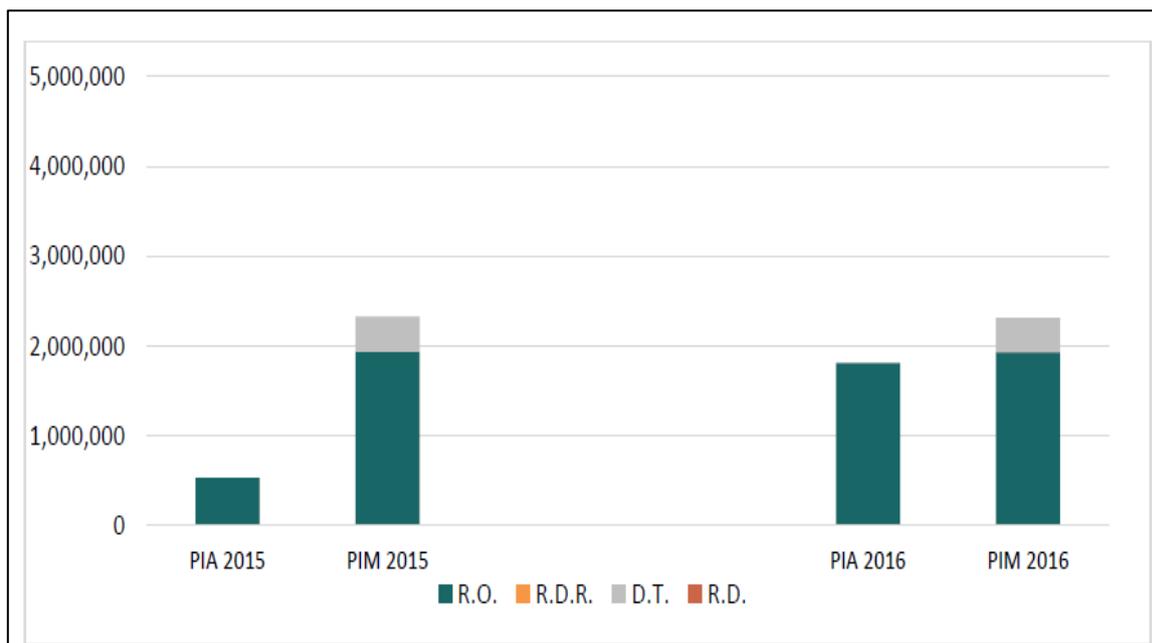
**Tabla N° 75. Programa de Control y Prevención de Salud Mental (PP 0131)**

Indicadores Cobertura
<b>Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención de Salud Mental</b>
% de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas
% de personas detectadas con problemas psicosociales que tienen diagnóstico y tratamiento
% de personas detectadas con trastornos afectivos y ansiedad que tiene diagnóstico y tratamiento
% de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol que tienen diagnóstico y tratamiento
% de personas con trastornos y síndromes psicóticos que tienen diagnóstico y tratamiento

Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto -2016

El Programa de Control y Prevención de Salud Mental inicio sus actividades en enero del 2015 y es el más reciente del sector. El 83% de su presupuesto proviene de la fuente de recursos ordinarios, mientras que el 17% restante es asignado a través de la fuente de donaciones y transferencias. El presupuesto del programa asciende aproximadamente a S/. 2, 300,000 y no muestra mayor variación en sus dos años de ejecución.

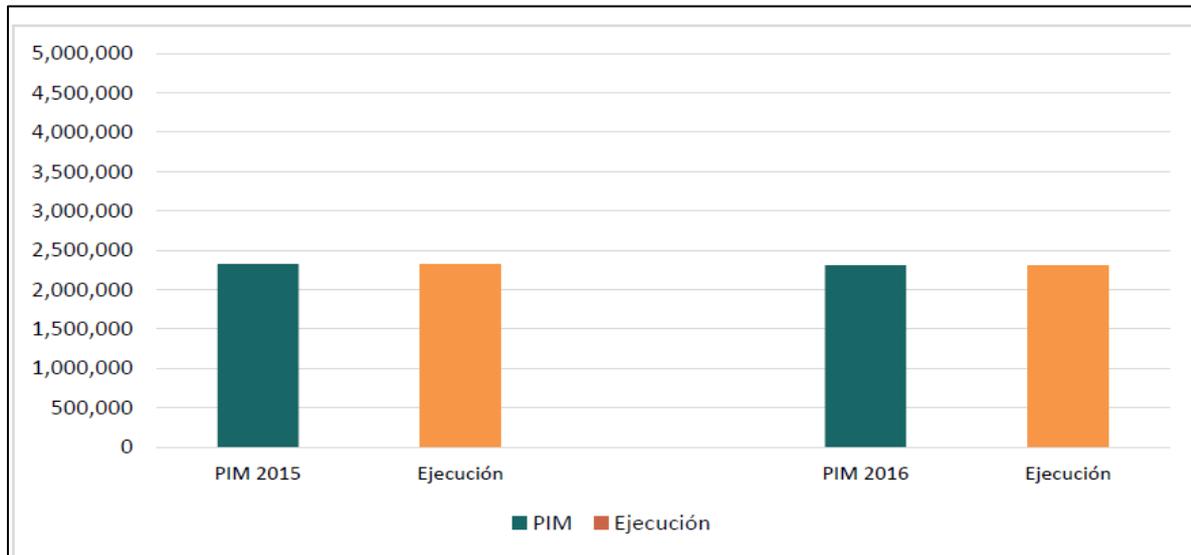
**Gráfico N°267. Estructura presupuestal PP0131 según fuente de financiamiento 2015 – 2016**



Fuente: Dirección Regional de Salud Loreto -2016

El PP 0131 muestra niveles de ejecución del 99% en sus dos años de ejecución. En su primer año de ejecución el gasto en personal CAS y en locadores de servicios representó el 55% del gasto total del programa. En 2016 el gasto ejecutado en estos rubros alcanzó el 71% del presupuesto asignado en el marco del programa.

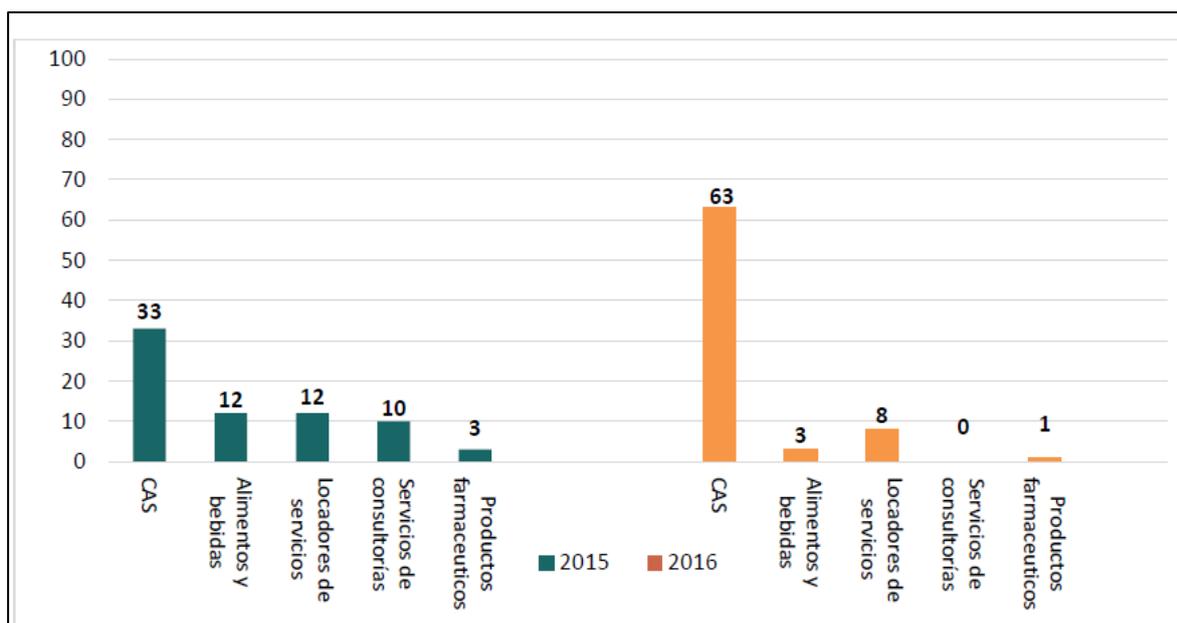
**Gráfico N°268. Evolución presupuestal y ejecución del PP0131. 2013 - 2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

En 2014 el gasto en suministros médicos representó únicamente el 3% del gasto total, mientras que en el siguiente año su participación en el gasto se redujo al 1%. El gasto en alimentos y bebidas lo supera largamente, este representó el 12% en el primer año y 8% en 2016. Esta distribución del gasto, en donde se gasta más en bebidas y alimentos que en medicamentos, podría responder a un enfoque comunitario en el tratamiento de la salud mental

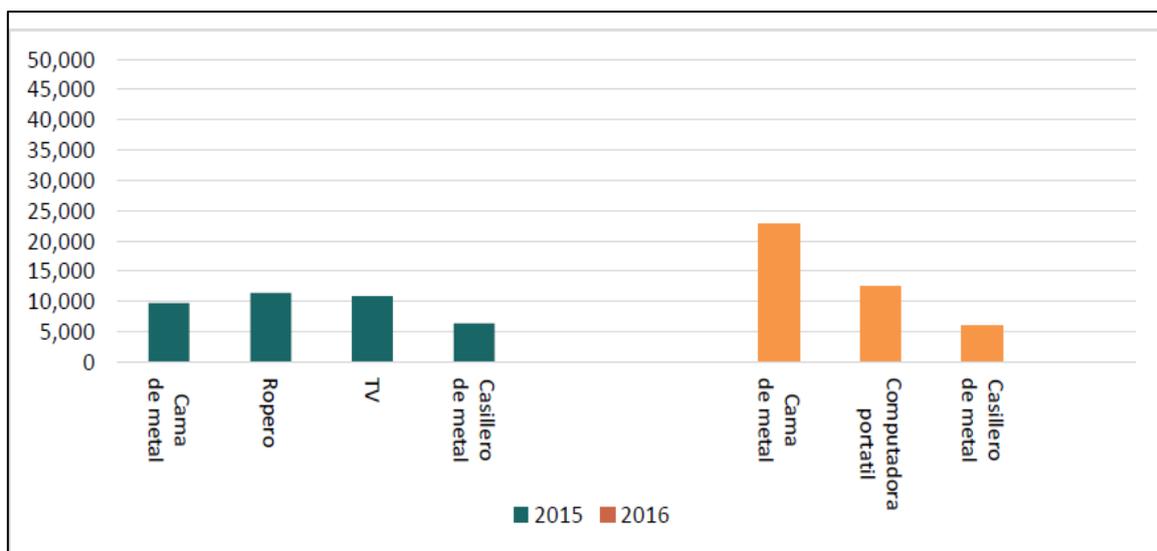
**Gráfico N° 269. Distribución de la ejecución presupuestal del PP00131. Loreto 2015-2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El D.S. N°033-2015-SA estableció el reglamento para el tratamiento de los pacientes de salud mental y en el marco de esta norma se inicia un proceso de transición, que inicia en la ciudad de Iquitos, de un enfoque institucionalizado del tratamiento de los pacientes de salud mental por uno centrado en la comunidad. Por ello, el Centro del Enfermo Mental de Iquitos es cerrado permanentemente y se decide el traslado de los pacientes que ahí albergaba hacia hogares refugio en donde recibirían un tratamiento centrado en la reinserción social del paciente.

**Gráfico N° 270. Gasto en equipos del PP0131 en Loreto 2015-2016**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2013-2016

El Gráfico N° 262, muestra el gasto en equipos para la entrega de los productos establecidos en el PP0131. Se observa la compra de camas, roperos, televisores, refrigeradoras, casilleros y demás artículos domésticos. La compra de estos productos domésticos evidencia que este nuevo enfoque del tratamiento de los pacientes de salud mental se comenzaba a implementar en el marco del programa presupuestal.

---

# **CONCLUSIONES**

## **CAPITULO VIII**

---

## 1. DETERMINANTES DE LA SALUD

### Determinantes Geográficos:

La región Loreto está ubicado en el extremo Nor- Oriental del territorio peruano, tiene una superficie de 368,851.95 Km<sup>2</sup>, corresponde al 28.7% del territorio nacional, representa el 49.9% de la Amazonía Peruana.

El departamento de Loreto está cubierto de una densa vegetación, más del 90% de su territorio corresponden a ecosistemas naturales y dentro de ellos el 90% son bosques.

El clima es cálido, Húmedo y muy lluvioso. Es Cálido por que la temperatura es constantemente alta con medias anuales superiores a 25°C (alrededor de 27°C).

A partir del año 2014, la Región Loreto, está organizada en 08 Provincias (Alto Amazonas, Datem del Marañón, Maynas, Loreto, Ramón Castilla, Requena, Putumayo y Ucayali) y 53 distritos.

### Determinantes Demográficos:

La población de la región Loreto para el año 2016 asciende a un total de 1,049364 habitantes; representa el 3.3% de la población total del país, y tiene una densidad poblacional de 2.85 habitantes por km<sup>2</sup>. (INEI), es predominantemente urbana con el 67%.

El 33.3% de la población es adulta, seguida de la niñez con el 26.5%, por lo que la razón de dependencia demográfica en la región Loreto para el año 2016 fue de 60 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar.

En la región de Loreto se resalta, que, del total de la población inmigrante hacia este departamento, el 60,8% está conformada por población proveniente de los departamentos colindantes.

La Esperanza de Vida al Nacer proyectadas del 2010 al 2020 en la región Loreto en ambos sexos es de 72.8 años, mientras que para los hombres es de 70.1 años y para las mujeres es de 75.5 años.

En el periodo 2015-2016 el 27.3% de las adolescentes de Loreto ya eran madres, mientras que en el promedio nacional sólo el 10.8% de adolescentes estaban en la misma situación.

La Tasa Global de Fecundidad de la región Loreto en el año 2016 es de 3.7 hijos por mujer.

En el periodo 2015-2016 el 27.3% de las adolescentes de Loreto ya eran madres, mientras que en el promedio nacional sólo el 10.8% de adolescentes estaban en la misma situación.

### Determinantes Socio Económicos

Según ENDES 2016; La proporción de viviendas con acceso de agua por Red Pública en la región Loreto es de 29.3%.

El 36.4% de la población loreтана cuenta con servicios sanitarios con red pública, mientras el 35.7% de estos servicios sanitarios en red pública se encuentran dentro de sus viviendas. Otro dato importante es que el 36.5% de la población tiene letrinas.

El 75.1% de hogares tienen acceso a un servicio eléctrico.

Según estudios realizados por Corporación Financiera Ambiental Nórdica (NEFCO) en el 2013, determinó que el 0.846 Kg/hab/día es la generación de residuos sólidos municipales en la ciudad de Iquitos; Siendo la generación absoluta de residuos sólidos era de 31,532 t/año y de estos 16,954 t/año corresponden a residuos sólidos domiciliarios.

El 82.2% de viviendas en el 2015 fueron independientes y según censo del 2007 la provincia del Datem del Marañón tenía el 91.4% de estos tipos de viviendas, mientras el 56.3% sus paredes eran de madera y el 35.8% de los pisos también eran de madera.

La tasa de analfabetismo en el 2015 fue de 7.7%, la tasa de analfabetismo es mayor en las mujeres del 11% en comparación con los hombres que alcanzaron a 4.7%.

Existe una disminución marcada de la línea de pobreza en la región Loreto y en el Perú de 71.5% en el 2005 a 34.2% en el 2016. En relación a la pobreza monetaria hay una disminución de 1.7% en el año 2016 (44.7%) en comparación con el año 2015 (47.5%).

En el año 2016, la región Loreto se encontraba dentro del grupo 2 de los departamentos con niveles de pobreza y de pobreza extrema estadísticamente semejantes.

En relación a la tasa de desempleo en ha sufrido una disminución de 0.1% entre el año 2014 y 2015 de 25% a 24%.

En la región Loreto la PEA en el 2015 fue de 539,848 personas, correspondiendo el 69.7% al área urbana y el 60% representa al sexo masculino.

La población Loreto tuvo un ingreso promedio mensual en el 2015 de 1,107 nuevos soles y un ingreso per cápita mensual de 588 nuevos soles.

## **2. DETERMINANTES DE LA OFERTA**

En la región Loreto, se cuenta con 510 Establecimientos de Salud, el 76% pertenecen al MINSA y el 24% a otros efectores de la salud.

La DIRESA Loreto Cuenta con 6 Unidades ejecutoras, 8 Redes de Salud, 386 Establecimientos de Salud (3 hospitales, 295 Puestos de salud I-1, 32 Puestos de Salud I-2, 45 Centro de Salud I-3, 10 Centros de Salud I-4 y 01 Laboratorio de Salud pública.

En el año 2016 la densidad de Profesionales Médicos fue 6 por 10,000 habitantes, Enfermeros el 8.2 x 10,000 habitantes, Obstetras el 4.2 por 10,000 habitantes, mientras que para los odontólogos fue de 2.8 por 10,000 habitantes; Inferior a lo estipulado por la OMS de 25 recursos humanos (médicos y enfermeros) por 10,000 habitantes.

Al 2016 el 80% de las especialidades corresponden a Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, anestesiología, Enfermedades infecciosas y Cardiología. Mientras para las especialidades de Enfermería el 80% corresponden a Emergencias y desastres, Cuidados Intensivos, Cuidados Intensivos en neonatología, Cuidado Integral infantil, Centro Quirúrgico y Cuidado Materno Infantil.

En relación a Agentes Comunitarios de la Salud, se capacitaron a 4,392 entre los años 2014 al 2016, siendo capacitados principalmente en el Tratamiento, Diagnóstico y prácticas saludables para Prevenir la malaria, Cuidado integral del niño- Niña y de la gestante. Los ACS provenientes de los distritos de Andoas (Datem de Marañón), Mazán; San Juan Bautista, Yanashi, Punchana de la Provincia de Maynas.

Según INEI, en el 2015 la población Loretana se encuentra afiliada en un 63% al seguro Integral de salud, el 14.3% a Es Salud y el 2.8% a otro tipo de seguro.

Según el centro de Afiliaciones del SIS, ha permitido atender las emergencias periféricas en un 55%, de las cuales el 44% son emergencias de niños de 0 a 10 años de edad y el 1% a gestantes.

En relación a la atención del asegurado por el SIS, el 67% de las atenciones fueron de zona urbana y el 33% fueron de zonas rurales.

En el 2016, se han realizado 2,953 referencias, los más referidos fueron del sexo femenino con el 68.39%.

De todas las referencias el 53.5% fueron a través de la vía terrestre, seguida de la vía fluvial con el 25.6%.

De 1,233 gestantes referidas se evitaron 633 muertes, en menores de 5 años de 440 referidos se lograron evitar que mueran 150 niños.

El 55.6% de las referencias fueron de los Centros de Salud I-4 y el 30.8% fueron de Centros de salud I-3.

Todos los indicadores del SIS cápita se cumplieron a más del 100% de cobertura, siendo los tres indicadores con mayor cobertura: % de afiliación temprana (DNI antes de los 30 días, % de atenciones preventivas de salud en niños menores de 1 año (11 CRED y 2,250 mgHe) y el tercer indicador de % de RN controles de CRED (2 CRED antes de los 15 días de nacido).

El SAMU es un sistema de atención de Urgencia Móvil que durante el 2016 atendieron 4,359 pacientes, siendo el 55% de estas atenciones en el grupo de edad de 20 a 59 años de edad, principalmente con diagnósticos de Mareos y desvanecimientos, contusiones, Policontusiones, Infecciones respiratorias agudas, síndromes febriles y gestantes de alto riesgo obstétricos. Se atendieron por el SAMU 446 accidentes de tránsito, el 49.55% fueron de la ciudad de Iquitos.

La Plataforma Itinerante de apoyo Social – PIAS, es una unidad ofertante de salud en zonas periféricas alejadas, siendo 4 Plataformas distribuidas dos en el distrito del Putumayo, uno en el distrito del Napo y uno en el distrito de Morona, conformado por un equipo multidisciplinario; Durante el 2016 los médicos atendieron 14,828 pacientes, los odontólogos 5,070 atenciones preventivas y 1895 atenciones recuperativas, los enfermeros atendieron 11,847 atenciones y los obstetras 6,237 atenciones. También se brindaron 4615 atenciones de laboratorio y 466 servicios de apoyo al diagnóstico.

### **3. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD**

La Tasa Bruta de Mortalidad proyectada según el INEI del 2015 al 2020 es de 5.1 por 1000 habitantes, mientras para el 2020 al 2025 es de 5.37 por 1000 habitantes, que se proyecta a un incremento de 0.27 por 100,000 habitantes.

Según las 3 principales causas de Mortalidad en la población general de la región Loreto para el año 2016, fueron las Neumonías, Septicemias y el Infarto al Miocardio. En los hombres y las mujeres las tres primeras causas son las mismas, siendo las dos primeras causas iguales a las generales pero la tercera causa fue Insuficiencia Respiratoria. El 51% ocurrieron en las personas de 65 a más años de edad.

La Mortalidad Infantil ha sufrido una disminución progresiva desde el 2009, siendo una disminución de 3.7 defunciones en menores de 1 año por 1000 NV en el 2015 (26.2) al 2016 (22.5).

La tasa de Mortalidad Neonatal en el año 2016 fue de 15.2 por 1000 NV, disminuyendo 1.4 defunciones por cada 1000 NV en comparación con el 2015 (16.6 por 1000 NV).

De las 149 Muertes Neonatales registradas por el sistema de vigilancia el 53% fallecieron de 1 a 7 días de edad, el 55% pesaron menos de 1,500 gr, el 75.2% fueron prematuros ( $\leq 36$  SG) y el 99% fallecieron en la comunidad; En relación a las principales causas de mortalidad, el 28.2% fueron por Sepsis bacteriana del RN no especificada, Inmadurez Extrema, Insuficiencia Respiratoria del RN. El 80% de los fallecidos procedieron de los distritos de Iquitos, Punchana, san Juan Bautista, Belén y Nauta.

La Tasa de Mortalidad en la niñez en el 2015 fue de 32.4 por 1000 NV, 7.6 menos que del año 2014 que tuvo 40 defunciones en niños menores de 5 años.

Según el INEI; La Razón de Muerte Materna en el año 2016 fue de 117 Muertes Maternas por 100,000NV disminuyó 6 defunciones x 100,000 NV en comparación con el año 2015 que tuvo 123 Muertes Maternas por 100,000 NV.

Tomando la fuente de la RENIEC de número de nacimientos se obtuvo que el 2015 la Razón de Muerte Materna fue de 79 Muertes Maternas por 100,000 NV, siendo la Provincia de Alto Amazonas que tuvo 189 muertes maternas por 100,000NV.

El 73% de las Muertes Maternas ocurrieron en las edades de 20-34 años de edad, el 16% fueron muertes maternas directas, el 8% Muertes Maternas Indirectas y el 2% Muertes Maternas Incidentales. Entre las Causas Directas el 56% fueron por hemorragias.

El 30.8% de las Muertes Maternas procedieron del Datem del Marañón, el 19.2% de la Provincia de Requena, el 27% las muertes ocurrieron en el Hospital de II Nivel y el 23% ocurrieron en el domicilio. Así mismo el 62% fallecieron durante el puerperio y el 27% durante el embarazo.

En el 2016, según las atenciones por consultas externas y con el primer diagnóstico se atendieron 59,629 personas enfermas; Las tres primeras causas de atención representan el 31.2% del total de atenciones, entre ellas están la fiebre no especificada (16.5%), la malaria vivax (7.5%) y las personas con riesgo de transmisión de la malaria (7.2%). El mismo patrón de morbilidad general por consultas externas se repite en el sexo masculino y femenino. El 40% de las consultas se dieron en los niños de 0 a 11 años de edad; Así mismo se repite el patrón en todas las etapas de vida, excepto en la etapa adulto mayor que las tres primeras causas de consulta externa fueron la desnutrición proteico calórico, fiebre no especificada y el sobrepeso.

La Plataforma Itinerante de Acción Social, ha realizado 5 zarpes en las rutas de morona, Napo, Putumayo I y putumayo II y durante su trayecto realizó 39,459 atenciones a la población objetivo; El primer diagnóstico de atención del PIAS Morona fue la caries a la dentina, del PIAS Napo la necrosis a la pulpa, las PIAS Putumayo I y II atendieron principalmente Rinofaringitis aguda (Resfrío común).

En el 2016, según el Sistema Nacional de Información para la Prevención y Atención de Desastres (SINPAD) en la región Loreto durante las Emergencias y Desastres se

reportaron 58 heridos y 19 fallecidos. El 31.9% de las lesiones fueron por mareos y desvanecimiento.

La malaria es una enfermedad endémica en la región Loreto, en los últimos 3 años se ha tenido un crecimiento exponencial de 43,403 casos en el 2013; 60,340 casos el 2014; 59,995 casos el 2015 y en el 2016 una ligera disminución a 54,363 casos. En el año 2016 la Región Loreto alcanzó un IPA de 52.85 casos x 1000 habitantes, lo que refleja una disminución en seis puntos porcentuales en relación al año 2015.

El 72% son por *P. Vivax*, el 28% por *P. Falciparum* y 0.02% *P. Malariae*. 50 distritos reportaron casos de malaria y los que reportaron más casos están los distritos de Andoas, San Juan bautista, Tigre, Napo, Pastaza, Trompeteros y Urarinas. Los casos predominan en el sexo masculino; La tasa de letalidad por malaria en el 2016 es de 0.01 semejante que en el 2015.

El dengue es otra enfermedad metaxénica endémica en la región Loreto, se reportaron 1,669 casos 68 casos más que el año 2015. El 65% fueron sin signos de alarma, el 33% con signos de alarma y el 2% fueron dengue grave. La Tasa de incidencia en el año 2016 fue de 1.8 por 1000 habitantes. La Tasa de letalidad general a nivel regional fue de 0.3%, se observa un incremento de 0.2% comparados con el año 2015. La Tasa de Incidencia acumulada fue de 15.9 por 1000 habitantes, los distritos que reportan mayor número de casos son Iquitos, San Juan Bautista, Punchana, Belén y Yurimaguas.

El Zika hizo su aparición en el 2016, reportándose 1565 casos, el 28.4% se presentaron en el grupo de edad de 18 a 29 años, el 62.8% se presentaron en el sexo femenino, de ellos el 5.7% de los casos se presentaron en gestantes, los casos de Zika en gestantes se presentaron en distritos periféricos como el distrito de Yurimaguas con 10 casos (4 confirmados y 6 sospechosos), un solo caso confirmado en el distrito de Mazán, las gestantes diagnosticadas con infección por virus Zika alumbraron recién nacidos que al examen clínico, no presentaron microcefalia ni otras anomalías físicas.

Los casos de Leishmaniosis en nuestra región se vienen presentando durante más de 15 años en forma cíclica que no llegaron a los 500 casos anuales, sin embargo, en el año 2002 alcanzó históricamente a 823 casos, en el año 2015 se reportaron 274 casos, disminuyendo sólo a 179 casos en el año 2016. La mayor tasa de incidencia se presenta en la etapa joven con 3.8 casos por 1000 habitantes.

En el 2016 se presentó 1 caso de Fiebre Amarilla Selvática (FAS) en un niño de 8 años del sexo masculino, perteneciente al distrito de El Tigre, provincia de Loreto.

En el 2016, la tasa de mordeduras por canes fue de 8.94 mordeduras x 10,000 habitantes, con 0.8 mordeduras x 10,000 habitantes superior al año 2015, el 68% de los casos se reportaron de la provincia de Maynas, las mordeduras por canes a personas están localizadas en miembros Inferiores en un 54%, miembros Superiores 35%, cara 5%, cabeza 3% y otros 3%.

La tasa de mordeduras por murciélagos fue de 12.5 superior al 2015 que tuvo 11.2 mordeduras x 10,000 habitantes. Se reportaron 6 fallecidos en el 2016 procedentes de la localidad de Yankuntish comunidad nativa del distrito de Morona, provincia del Datem del Marañón; El 54% se presentaron en miembros superiores, 15% en miembros inferiores, 13% en la cara, 10% cabeza y un 8% en otras partes del cuerpo.

En el año 2016 se reportaron 2 casos de Tosferina, 44 casos menos que en el año 2015 que se reportó 46 casos, ambos casos de tosferina tuvieron 1 año de edad, del sexo masculino y procedieron del distrito de Mazán, no hubo fallecidos.

En el año 2016 se notificaron 111 casos de hepatitis B, 56 casos menos que el año anterior que se notificaron 55 casos de Hepatitis B. El 57.7% de los casos de Hepatitis B, fueron del sexo masculino, mientras el 42.3% correspondieron al sexo femenino.

El 80% de los casos de Hepatitis B, son reportados de 8 distritos: Yurimaguas, Barranca, Morona, Andoas, Iquitos, San Juan Bautista, Lagunas, y Punchana. En relación a fallecidos el único caso ocurrió en el distrito de Lagunas corresponde al sexo masculino.

Desde el 2011 al 2016 no se presentaron casos de tétanos. El tétanos neonatal ha dejado de ser un problema de salud pública para el país. La evidencia es la tasa de incidencia a lo largo de los últimos años.

El SIDA en la Región Loreto hasta el año 2016 está ubicada a nivel nacional en el primer lugar de reporte de casos de mortalidad con un 21.2 %. Del año 1990 al 2016, tenemos una tendencia al crecimiento y observamos que los casos en el 2008 de VIH son las más altas en estos 27 años con 432 casos. La mayor cantidad de casos se presentan en el sexo masculino que en el sexo femenino, los casos se presentan mayormente entre las edades de 20 a 44 años., La mayor cantidad casos de SIDA se presentan en la provincia de Maynas con 1451 casos, seguida las presentadas en la Provincia de Alto Amazonas con 142 casos y en tercer lugar los casos se presentaron en la provincia de Loreto con 46 casos.

En relación a las Infecciones de Transmisión Sexual con manejo sindrómico, en el 2016 se reportaron 5,698 casos, 2267 corresponden a los casos con síndrome de dolor abdominal bajo, seguida de los casos de flujo vaginal compatible con ITS, en menos cantidad se encuentran los casos de bubón inguinal con 107 casos; El 83% de los casos se presentan en el sexo masculino y se presentan mayormente en las edades de 18 a 29 años.

En el año 2016, se presentó una Tasa de morbilidad por tuberculosis de 105 x 100,000 habitantes una incidencia TB Frotis Positivo (TBPFP) de 71 x 100,000 habitantes y una Mortalidad del 5%. Así mismo hay distritos considerados como de Alto riesgo entre ellos están los distritos de Ramón Castilla y Yavarí (Provincia de M. Ramón Castilla), Lagunas, Yurimaguas (Provincia de Alto Amazonas), Barranca (Datem del Marañón). Se presentaron 17 casos de TB-MDR confirmada con PS, 10 casos de TB-MDR no confirmada y 20 de otras resistentes.

El 95% de las mordeduras por animales ponzoñosos son producidos por Botrops, en el 2016 se reportaron 551 casos de ofidismo, 54 casos menos que lo reportado en el 2015 que alcanzó a 605 casos de ofidismo y un fallecido por esta causa.

En el año 2016 se reportaron 110,543 casos de IRAS no complicadas en niños menores de 5 años, aproximadamente menos de la mitad de casos que lo reportado en el año 2013 que tuvo 248360 casos de IRAS. Los casos de IRAS no complicadas se presentan más en los niños de 1 a 4 años.

En relación a la IRAS complicadas en el año 2016 se presentaron 1781 (1279 Neumonías y 502 Neumonías graves) casos de Neumonías observando una ligera disminución de 438 casos en relación con el año 2015 que tuvo 2219 casos de neumonías. Se presentaron 28 defunciones en el año 2016 2 casos menos que en el año 2015 que presentó 30 muertes, de las cuales 17 fueron extra hospitalarias y 11 intrahospitalarias. Del total de muertes el 60.71% provenían de la provincia Datem del Marañón.

Según ENDES, los niveles de EDAS en la región Loreto son superiores que el nivel nacional; Hay una disminución de casos de 29,8% en el año 2012 a 15.1% en el 2016, sin embargo hay una diferencia superior de 3.6% con el nivel nacional.

La conjuntivitis se volvió estacionaria en la región Loreto, se reportaron 20,148 casos de Conjuntivitis, 2103 más casos que en el año 2015 que presentó 18045 casos, no hay mucha diferencia porcentual en la afectación entre el sexo masculino y femenino.

La Proporción de Desnutrición Crónica en la Región de Loreto viene decreciendo en 10.6% desde el año 2013 de 34.2% a 23.3% en el 2016; Pero a pesar que viene descendiendo la proporción a nivel regional son superiores que el nivel Nacional, existiendo una brecha entre el nivel regional y nacional de 10.5%. La provincia del Datem del Marañón tuvo la proporción más elevada de DCI que las demás provincias.

En el 2016, la región Loreto presentó el 60.7% de anemia, la cual representa la más alta presentada en los últimos 5 años en la región Loreto, siendo 5.1% superior al año 2015 que obtuvo el 55.6% de anemia, así como superior al 16.3% en comparación con el nivel nacional que obtuvo el 44.4%. La provincia del Datem del Marañón presentó la mayor tasa de anemia con 70.1% superior al resto de provincias.

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en hospitales, de un total de 322 casos notificados en el período 2016, los cánceres más frecuentes fueron los de Cuello Uterino 121 casos (37.5%), Mama 30 casos (9.3%), Piel 21 (6.5%), Leucemia 20 (6.2%), Hígado 11 (3.4%), Linfomas 10 (3.1%), Próstata 7 (2.1%), Colón 4 (1.2), Pulmón 3 (0.9%), finalmente hay otros tipos de cáncer 95 casos (29.5%). El (68.9%) corresponden al sexo femenino, mientras el 31.1% de los casos son del sexo masculino. Se reportaron 69 fallecidos por cáncer, el 65.2% se encuentran entre las edades de 60 años a más, el 19.3% de las muertes son causadas por el cáncer de cérvix, el 13.4% por cáncer de estómago.

La hipertensión es una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes, la tendencia de incremento de HTA entre los años 2012 al 2016 es evidente con 12,947 casos de HTA, en el año 2016 se reportaron 25,734 casos de HTA, el 69% de las HTA se presentan en el sexo femenino y el 64.5% corresponden a las personas de 60 años a más, el 89.1% se clasifican como hipertensión esencial (primaria).

Las complicaciones de la diabetes están cobrando importancia en la salud pública, por lo que las complicaciones macro vasculares y micro vasculares derivadas de la hiperglicemia crónica son causa importante de muerte prematura y discapacidad. La diabetes mellitus ha ido incrementándose cada año de 4,806 casos en el 2012 a 14,722 casos en el 2016, el 73% se producen en el sexo femenino, el 55.4% se presentan en las edades de 30 a 59 años, el 50.6% se presentan como Diabetes Mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación.

Las enfermedades del ojo y anexos con el tiempo han ido disminuyendo, en el año 2012 se presentaron 43,337 casos para luego disminuir 30,700 casos hasta el año 2016 que tuvo 12,637 casos, se presentaron más en el sexo femenino con el 55%, no habiendo mucha diferencia con el sexo Masculino con el 45%. La conjuntivitis en general es la causa principal de enfermedades del ojo, especificando de la siguiente manera: (Conjuntivitis: 6524, conjuntivitis aguda: 4025 y conjuntivitis crónica: 38 casos) haciendo un total de 10,587 casos del total de conjuntivitis.

Se reportaron y atendieron 798 casos de ceguera en mayores de 50 años, de las cuales la mayor cantidad de casos se atendieron en el año 2015 con 257 casos y en el año 2016 con

289 casos de Ceguera; De los 289 casos de Ceguera en mayores de 50 años en el año 2016, el 51% corresponde al sexo femenino y el 49% al sexo masculino.

Los casos de glaucoma, no representaban más de 83 casos en el 2012, pero luego se inicia el periodo de incremento de casos en el 2015 con 219 y en el 2016 con 215 casos de Glaucoma.

Con respecto a las enfermedades bucales en la región Loreto, se observa un crecimiento del número de casos desde el 2012 al 2016, En el año 2016 se presentaron 309,672 casos de enfermedades bucales incrementándose con 67,618 casos con respecto al año anterior 2015 que alcanzó a 242,054 casos.

#### **4. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD**

Los niveles de contaminación ambiental han ido en aumento notablemente, especialmente entre los últimos 10 años. Según Resolución Ministerial se identificaron 4 cuencas de extracción petrolera con riesgo a Contaminación de Metales Pesados: Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón, cada una de ellas cuenta con centros poblados y población que se encuentran expuestos a contaminación. Estas cuencas están ubicadas en dos provincias (Datem del Marañón y Loreto) y 7 distritos (Andoas, Pastaza, Trompeteros, Intuto, Urarinas, Parinari, Y Nauta) de la región Loreto.

Diversos estudios del agua que se realizaron por DIGESA-MINSA, refieren que los pobladores de las localidades de las cuencas de los ríos Pastaza, Corrientes, Tigre y Marañón del departamento de Loreto, vienen consumiendo agua que muestra valores que no cumplen los límites máximos permisibles para el consumo humano definidos en el Reglamento de Calidad de Agua para Consumo Humano, lo que constituye un riesgo para la salud de la población.

Los daños ocasionados por los derrames de petróleo no solo afectaron al ambiente, afectaron también a las poblaciones humanas porque se contaminó el agua, principal medio de vida, viéndose comprometida la salud y provocando diferentes daños a nivel de la piel, sangre, en las gestantes, niños y población en general por la acumulación de diferentes sustancias tóxicas como los metales pesados entre otros que contiene el crudo; Los estudios de concentración de Plomo, Arsénico, mercurio y cadmio en personas en localidades de las zonas de Cuninico del distrito de Urarinas arrojó altas concentraciones de estos metales en sangre y orina en pobladores muestreados.

La historia de Loreto nos indica que los desastres más frecuentes han sido originados por desborde de los ríos en épocas de creciente, por la erosión ribereña causada por el cambio de curso de las aguas de los ríos, y por los vientos fuertes. En el 2016 se presentaron 109 eventos de Emergencias y Desastres, el 48.56% de las emergencias y desastres fueron por incendio urbano, el 22.77% fueron por vientos fuertes en tercer lugar se encuentran las inundaciones con el 17.15%.

En el 2016, se reportaron un total de 320 eventos adversos e incidentes, del 100% de estos 205 fueron eventos adversos (64%) y 115 casos fueron incidentes (35.9%). Del 100% reportados, el Hospital Regional es el que mayor casos ha reportado 201 casos que representa el 62.8%, seguida las reportados por el Hospital Iquitos con 117 casos (36.6%), finalmente el Hospital Santa Gema presentó solo 2 casos, 1 evento adverso (0.3%) y 1 incidente (0.3%). En relación a las categorías relacionadas con los eventos adversos, vemos que del total reportados el 67.3% están relacionados con Infección asociada a la Atención Sanitaria, seguida de la categoría relacionada con los procesos o procedimientos

asistenciales con el 16.6%; con menos proporción tenemos las categorías relacionadas con el comportamiento del paciente y con el accidente del paciente con el 5.9% respectivamente.

La región Loreto en el 2016 cuenta con una prevalencia de discapacidad del 3.2%, no escapa a la realidad del Perú que es de 5.2% que representa prevalencia y tendencia de discapacidad más elevada de América. Del total de personas que obtuvieron Certificados de Discapacidad, el 86% tuvieron un grado de discapacidad severo, mientras el 13% tuvieron discapacidad moderada y finalmente un 1% tuvieron discapacidad leve. Loreto cuenta con 13 Médicos Generales Certificadores de la Discapacidad y 03 Médicos Especialistas en Medicina de Rehabilitación; 12 médicos generales en 12 establecimientos del primer nivel de atención y 01 médico general en el Hospital Regional de Loreto; los médicos especialistas se encuentran 02 en el Hospital Regional de Loreto y 01 en el Hospital Santa gema (Yurimaguas). Esto significa; que solo un 0.58% de establecimientos de 1er, 2do y 3er niveles de atención brindan los servicios de Atención en Medicina de Rehabilitación y Certificación a la población con Discapacidad.

De 2,438 atenciones realizadas en el Hospital Regional de Loreto por Discapacidad Física, el 28% son por Enfermedades Articulares Degenerativas, seguida de por Lesiones Medulares con el 19%, en tercer lugar, están las atenciones por Enfermedades Cerebros Vasculares con el 12.1%, seguidas de atenciones por Síndrome Down con 11.6%.

Así mismo del 100% de atenciones por discapacidad Sensorial, el 50.9% corresponde a la Parálisis Cerebral infantil, seguida de Baja Visión y/o Ceguera con el 21.0% y en tercer lugar las Enfermedades Cerebro vasculares con el 12.3%.

Con respecto a las atenciones realizadas por Discapacidad Mental, el mayor porcentaje de atenciones son producidas por Retraso Mental (Leve, Moderado y Grave) con el 78.8%, segundo lugar por Otros Trastornos de Salud Mental con el 12.4%, seguidas de los Trastornos de Aprendizaje (6.2%) y los Trastornos Espectro Autista con el 2.6%.

## **5. ANÁLISIS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

### **Coberturas de vacunación en niños menores de 1 año y 1 año de edad**

En relación con la cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, la pentavalente en el año 2016 alcanzó la cobertura del 79.8% la más baja cobertura en los 5 años analizados 1.7% menor que el año 2015 que alcanzó el 81.5%. Mientras las coberturas de la vacuna anti polio solo en el año 2012 logró alcanzar el 101%, luego de ello no se logró cubrir más del 95%, lo máximo que se alcanzó fue el 77% en el 2015 y el más bajo fue el 60% en el año 2014, mientras que en el 2016 alcanzó el 73%. Las coberturas de neumococo 2da dosis en menores de 1 año alcanzó el 86% y la cobertura de la vacuna Rotavirus 2da dosis desde el año 2012 al 2016 no ha logrado alcanzar las coberturas adecuadas oscila entre el 77% y el 88%; En el año 2016 alcanzó la cobertura del 87%.

En los niños de 1 año, la cobertura de SPR logró alcanzar en el 2016 al 85%, 3% más de cobertura que el año 2015 que alcanzó al 82%. Mientras la vacuna neumococo 3era dosis fue baja, solo alcanzó al 81% disminuyó 7% en comparación con las coberturas alcanzadas en el 2015 (88%). El refuerzo de DPT alcanzó al 66%.

En el 2016, en todas las vacunas en niños menores de 1 año y en los de 1 año, las coberturas que sobrepasaron el 95%, inclusive el 100% fueron en las Provincias de Alto Amazonas y ña red Maynas ciudad, las vacunas que ninguna provincia lograr coberturas al 95% fueron la vacuna influenza en niños menores de 1 año y la vacuna de SPR 1era dosis.

## **Control de Crecimiento y desarrollo del niño menor de 36 meses de edad**

Según ENDES, la línea de tendencia el Control del crecimiento y desarrollo del niño, ha ido creciendo considerablemente, alcanzando en el 2016 una cobertura de 53.8%, con un aumento con respecto al 2015 de 6.4% en relación al año anterior que se alcanzó 47.4%. Sin embargo cuando analizamos la tendencia con informe HIS, se alcanzó una cobertura del 55.5%, los niños menores de 1 año alcanzaron el 67.7% de coberturas la más alta de los demás edades.

## **Cáncer**

Los tamizajes de Papa Nicolau (PAP) entre las edades de 25 a 64 años en el año 2016 alcanzó una cobertura del 45.5% de la meta alcanzada, inferior a los demás años analizados. Sin embargo el tamizaje con IVAA desde el año 2013 ha ido incrementando su cobertura de 88.1% a 141.4% en el año 2016, como también el examen de mamas alcanzó la cobertura del 91.8%.

## **Prevención y Control del Dengue, Zika y Chikungunya**

### **Vigilancia**

Para la vigilancia aérea se realizaron las encuestas aéreas y la estrategia de la medición del índice de positividad con ovitrampas, dando como resultado que los índices Aéreos mostraron una tendencia al incremento principalmente en diciembre con el 10.2%, superior a lo presentado en todos los años. Todos los resultados superan el 2% considerado como de alto riesgo entomológico para la propagación de las enfermedades que transmite este mosquito, como son el Dengue, Zika y Chikungunya. Sin embargo, en la ciudad de Iquitos los índices de la ciudad están considerados de alto riesgo a partir de 5% por ser una localidad altamente endémica donde la infestación del vector supera el 2% estando aún en épocas de silencio epidemiológico.

### **Tratamiento Focal**

En relación al tratamiento focal, en la ciudad de Iquitos se realizaron los tratamientos focales regulares y se encontraron que del 100% de viviendas inspeccionadas, el 80.2% de las viviendas tuvieron tratamiento focal, el distrito de Iquitos alcanzó la mayor cobertura de tratamiento focal con el 83.4%, seguida del distrito de San Juan (81.5%), Punchana (77.0%) y con menor cobertura el distrito de Belén (75.9%), durante el tratamiento focal se tuvo que la mayor proporción de viviendas Cerradas fue del 11.2%, seguidas de las viviendas Deshabitadas (3.5%) y finalmente las viviendas Renuentes (1.6%). Con respecto a las viviendas renuentes, en el distrito de San Juan existen más renuencia a la actividad con el 2.8%, seguida en el distrito de Punchana (1.5%), y con menos proporción de renuencia en los distritos de Iquitos (0.8%), Belén (0.5%). En los 4 distritos de la ciudad de Iquitos, se logró registrar un total de 36,6362 viviendas, pudiendo inspeccionar 30,146 viviendas que hace un 82.3% de cobertura de viviendas inspeccionadas. El distrito que alcanzó mayor cobertura fue el distrito de San Juan con el 84.1%, seguida del distrito de Punchana (82.7%), Distrito de Iquitos (81.8%) y finalmente el distrito que alcanzó menor que coberturas fue el distrito de Belén con el 80.7%. Como resultado de la vigilancia con Ovitrampas se lograron inspeccionar un total de 78,653 viviendas y tratándose 50,787 viviendas con una cobertura del 64.6%, durante la actividad se tuvieron 14,523 viviendas cerradas (18.5%), viviendas deshabitadas (4.6%) y 836 viviendas renuentes (1.1%).

En las zonas periféricas también se realizaron el tratamiento focal, inspeccionándose 50,650 viviendas de un total 54,230, haciendo una cobertura general del 93.40% de cobertura, la localidad que tuvo más proporción de viviendas inspeccionadas fue Contamana con el 99.50%, seguida la localidad de Requena con el 95.70%, siendo la localidad con menor cobertura la localidad de San Antonio del Estrecho con el 80.0%.

### **Fumigación Espacial**

La fumigación se realizó en la ciudad de Iquitos y localidades periféricas; En la ciudad de Iquitos se desarrollaron 4 campañas de nebulización espacial, fumigándose un total de 446,508 viviendas con una cobertura de intervención de 81.81%. Estas campañas se realizaron paralelas al control focal, cuyos objetivos fueron controlar los brotes epidémicos en la ciudad de Iquitos. Así mismo tuvimos el 11% de viviendas cerradas y el 7% de viviendas renuentes. En periferie solo se realizaron en tres localidades de la región como son Caballo Cocha, Contamana y Nauta. En los que se obtuvieron una cobertura total de 86.5%, se protegieron un total de 42,000 habitantes, la localidad que se tuvo mayor cobertura de viviendas nebulizadas fue Contamana con 95.4% y 100% en sus dos ciclos y con menor cobertura la localidad de Caballococha en su tercer ciclo (83.0%). Del total de viviendas registradas el 11% estuvieron cerradas y el 3% se mostraron renuentes.

### **Prevención y Control de la Malaria**

Durante el 2016 no se realizaron actividades de vigilancia entomológica para el monitoreo del comportamiento del vector de la malaria (colecta Anofelínica).

### **Rociamiento Residual**

En el año 2016 se intervinieron 7,581 viviendas en 191 localidades distribuidas en 8 distritos, de un total de 9,406 programadas, obteniéndose una cobertura de 80.6%. Con esta actividad se logró proteger 30,499 habitantes. De los 8 distritos intervenidos: 4 eran de la provincia de Loreto (Trompeteros, Tigre, Urarinas y Nauta), 2 de la provincia de Maynas (Napo y San Juan Bautista), 1 de la Provincia del Putumayo (Rosa Panduro), y 1 de la provincia de Requena (Soplín Curinga). El distrito con la mayor cobertura fue el Napo (provincia de Maynas) con un 96.9%. Mientras que la cobertura más baja se registró en el distrito de San Juan Bautista (Provincia de Maynas) con un 77.3%.

### **Tratamiento Retroviral del paciente con VIH/SIDA**

Durante el 2012 al 2016 solo el 68.9% de los pacientes con VIH/SIDA recibieron tratamiento retroviral; Observando que desde el 2012 la cobertura de tratamiento fue incrementándose paulatinamente de 56.1% en el 2012 a 85.3% en el 2016. Durante la atención de los pacientes con VIH/SIDA en el año 2016, el 40% de los pacientes fueron derivados, el 27% abandonaron tratamiento, el 25% fallecieron y el 8% fueron transferidos. Con el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la adherencia al TARV, se ha disminuido en más del 50% el registro de nuevos casos de personas en etapa SIDA (fase final de VIH). De las personas que se realizaron la prueba de VIH que entre el 94% al 95% logran conocer sus resultados, este valor se encuentra por encima del nivel nacional y muestra que la región Loreto presenta un buen desempeño en el seguimiento de las pruebas realizadas y completa el ciclo con la consejería pos test que es una oportunidad para brindar información acerca de prevención de la transmisión del VIH.

## Prevención y Tratamiento de la Tuberculosis

Con la administración en niños menores de 5 años con TPI a partir del año 2013 y 2014 se logró del 94.6% al 95.9%, el 2015 se incrementó a un 96.7% y el 2016 disminuyó 2.8% lográndose un 93.9%. Esta Intervención nos ayuda a Prevenir la Tuberculosis en los Menores de 5 años, por tal motivo el Ministerio de Salud exige que por lo menos el 90% de contactos menores de 5 años reciban su Terapia Preventiva con Isoniacida. Así mismo se logró curar con éxito en el 2012 al 79.5%, habiendo un ligero incremento en los años 2013 y 2014 del 86% y 89% respectivamente de pacientes TB Frotis positivo, en el año 2015 disminuyó considerablemente al 70%. La tasa de abandono se encuentra un promedio de 8%, fallecidos 4%, No evaluados 3%, el cual evidencia la poca comunicación con los Establecimientos de Salud a donde transferimos los pacientes.

## Prevención y Control de la salud Sexual y Reproductiva

En la región Loreto en cuanto a los primeros controles prenatales, se observa una evolución favorable de este indicador, desde 57,4% en el año 2010 hasta 73.3% al 2016 es decir, un incremento de 15.9 puntos porcentuales. Las coberturas en el 2016 a nivel regional son inferiores /78.3%) que el nivel nacional (88.9%), la brecha de diferencia es del 7.2%. Aunque la cobertura se ha incrementado, estos resultados no cumplen la meta programada del 90% en que las gestantes deben tener por lo menos una atención en el primer trimestre, es decir la región no logra alcanzar su meta de cobertura.

La región Loreto planifico que el 90% de las gestantes programadas debía recibir por lo menos 6 controles prenatales, podemos observar que no se llega a cumplir con la meta fijada, encontrándose a partir del 2012 en el rango de 70% a 80%. Entre el 2010 y el 2016 la tendencia es creciente y se obtiene un incremento de cobertura de 17.5 puntos porcentuales. Hay una brecha del 10.6% entre el nivel nacional y regional en el 2016.

La región Loreto también muestra un crecimiento importante en la cobertura de parto institucional en población de área rural, desde el 2010 al 2016 hay 23 puntos porcentuales de incremento; En el 2016 la brecha del nivel regional de 37.8 puntos porcentuales menos que del nivel nacional que alcanzó 76%

## Calidad: satisfacción del Usuario

En el año 2016, la DIRESA Loreto, a través de la Dirección de Calidad, aplicó encuestas con el método Serqual modificado en 30 Establecimientos de Salud, 27 correspondientes al primer nivel de atención y 3 Hospitales de la Región de Loreto, dando como resultado que el 71% de los usuarios encuestados manifestaron su satisfacción, mientras que el 29% mostraron sus insatisfacciones por los servicios recibidos en los Establecimientos de Salud de la Región Loreto; Del 100 que respondieron la encuesta, 49% tenían nivel de estudios secundarios, seguidas de los que tenían nivel primario (37.3%), nivel superior técnico (6.8%), Analfabetos (5.3%) y finalmente con 1.5% los que tenían el nivel superior universitario. En relación a las autoevaluaciones desarrolladas en 24 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención y en 3 Hospitales de la región Loreto durante el 2014, 2015 y 2016, en ninguno de los años se logró o superar el 85% de aprobado para solicitar la evaluación externa.

## 6. EVALUACION FINANCIERA DE PRINCIPALES PROGRAMAS ESTRATÉGICOS\*\*

De acuerdo a información proporcionada por el MEF, en el año 2013 Loreto recibió una asignación total de S/.1, 331, 129,701 (PIM) y en 2016 esta ascendió a S/.1, 488, 454,152 (PIM). El incremento presupuestal de la región fue de 11.81% en este periodo. Esta mayor

asignación presupuestal a nivel regional tiene un correlato en el incremento del presupuesto en salud de las unidades ejecutoras encargadas de la prestación de los servicios de salud en Loreto. Asimismo, el incremento del presupuesto regional en salud también significó una mayor participación en el presupuesto nacional de salud.

### **Articulado Nutricional (PP 0001)**

Durante el periodo 2013 – 2016 el presupuesto del Programa Articulado Nutricional muestra un incremento progresivo de 52%. En el último año la fuente de recursos ordinarios representó el 89% del presupuesto total del programa en la región. Los niveles de ejecución se incrementaron anualmente, en 2013 se ejecutó el 94.3% del presupuesto, mientras que en 2016 el indicador alcanzó el 99.8% del presupuesto asignado. El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal con contratos administrativos de servicios. El gasto en productos farmacéuticos se redujo en el último año en 5%, mientras que el gasto en viajes domésticos fue equivalente en ambos años.

### **Salud Materna Neonatal (PP0002)**

En el último año la fuente de recursos ordinarios representó el 78% del presupuesto total del programa en la región debido al incremento de la fuente RO para la contratación de personal CAS. El nivel de ejecución del gasto del PP0002 en 2013 asciende a 93% y progresivamente el indicador de ejecución del gasto se incrementa hasta alcanzar 99%. El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal con contratos administrativos de servicios, en este rubro el gasto se incrementó 8% con respecto al año anterior, mientras que el gasto en productos farmacéuticos se redujo ligeramente en 1.4%.

### **Programa TBC-VIIH/SIDA (PP 0016)**

En el año 2014 alcanza su asignación más alta con un monto de S/.18, 902,249 y este se reduce en 29% en el siguiente año, pero en 2016 la asignación se vuelve a incrementar alcanzando un presupuesto de S/.16, 601,951. La principal fuente de financiamiento es la de recursos ordinarios y financia el 93% del presupuesto del programa en el departamento, la siguiente en es la fuente de donaciones y transferencias, pero su participación es mínima y no supera el 7% del presupuesto. El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal con contratos administrativos de servicios, el 50% del gasto con cargo a los recursos del programa es destinado para personal CAS. A diferencia del resto de programas presupuestales revisados, en el año 2016 se incrementa el gasto en productos farmacéuticos en 5% con respecto a lo gastado en 2015.

### **Programa Prevención de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis (PP 0017)**

El presupuesto del Programa de Enfermedades Metaxénicas evidencia un crecimiento considerable tanto para la fuente de recursos ordinarios y la de donaciones y transferencias. En 2014, el D.S. N°022-2014-SA declara al departamento de Loreto en emergencia sanitaria para combatir la presencia de brotes y de actividad epidémica de dengue, malaria, leptospira y Chikungunya. En el marco de esta declaratoria se autoriza la transferencia de S/.5, 677,541 al presupuesto del programa para proteger a las familias y pobladores en riesgo de contagio, esta transferencia a través de la fuente RO explica el incremento evidenciado en el presupuesto modificatorio.

En 2015 el MINSA emite D.S. N° 025-2015-SA y D.S. N°036-2015-SA que declara nuevamente en emergencia al departamento por dengue, malaria, Chikungunya y leptospirosis y se aprueba una asignación adicional de S/.9, 185,876 a través de la fuente

de donaciones y transferencias que se evidencia en el PIM 2015 y asignado para acciones de diagnóstico y tratamiento

En los últimos dos años los gastos se centraron en la compra de motores estacionarios marinos, microscopios, radiotransmisores y fumigadoras; La compra de insecticidas y reactivos para diagnósticos y sodio fueron los gastos que concentraron la mayor parte del presupuesto en insumos en el periodo 2015 - 2016. Asimismo, los gastos en mascarillas, protectores, trampas, lancetas y reactivos de laboratorio fueron los más recurrentes en los últimos dos años.

### **Programa Prevención y Control de Cáncer (PP 0024)**

El presupuesto del Programa de Prevención y Control del Cáncer muestra en el 2016 un incremento en la asignación de 80% con respecto a las cifras del 2013. La fuente de recursos ordinarios en los últimos dos años represento alrededor del 85% del presupuesto total asignado al programa, mientras que la fuente de donaciones y transferencias en el último año represento el 19% de la asignación. La mayor asignación presupuestal para el programa se realizó en 2016 y esta fue ligeramente superior a los S/.8, 000,000, siendo la segunda asignación más baja de los PPs ejecutados en Loreto después del programa de control y prevención de la salud mental.

El principal gasto cubierto con recursos del programa es el pago del personal CAS, concentra el 46% de la asignación presupuestal. Asimismo, el gasto del programa evidencia una tendencia que también se puede observar en las unidades ejecutoras del departamento durante el 2016, en donde el gasto para el pago de locadores de servicios se incrementa considerablemente, mientras que el gasto en productos farmacéuticos se reduce en el mismo periodo.

### **Programa de Control y Prevención de Salud Mental (PP 0131)**

El 83% de su presupuesto proviene de la fuente de recursos ordinarios, mientras que el 17% restante es asignado a través de la fuente de donaciones y transferencias. El presupuesto del programa asciende aproximadamente a S/. 2, 300,000 y no muestra mayor variación en sus dos años de ejecución. En su primer año de ejecución el gasto en personal CAS y en locadores de servicios represento el 55% del gasto total del programa. En 2016 el gasto ejecutado en estos rubros alcanzo el 71% del presupuesto asignado en el marco del programa.

El gasto en alimentos y bebidas lo supera largamente, este representó el 12% en el primer año y 8% en 2016. Esta distribución del gasto, en donde se gasta más en bebidas y alimentos que en medicamentos, podría responder a un enfoque comunitario en el tratamiento de la salud mental.

El D.S. N°033-2015-SA estableció el reglamento para el tratamiento de los pacientes de salud mental y en el marco de esta norma se inicia un proceso de transición, que inicia en la ciudad de Iquitos, de un enfoque institucionalizado del tratamiento de los pacientes de salud mental por uno centrado en la comunidad. Por ello, el Centro del Enfermo Mental de Iquitos es cerrado permanentemente y se decide el traslado de los pacientes que ahí albergaba hacia hogares refugio en donde recibirían un tratamiento centrado en la reinserción social del paciente

La compra de estos productos domésticos evidencia que este nuevo enfoque del tratamiento de los pacientes de salud mental se comenzaba a implementar en el marco del programa presupuestal.

---

**CAPITULO IX**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## CAPÍTULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morey Alejo, Humberto; Sotil García, Gabel. Panorama histórico de la Amazonía Peruana (2000). <http://www.ceta.org.pe>.
2. Martínez Rianza, Ascensión. Política Regional y Gobierno de la Amazonía Peruana. Loreto. 1883 -1914.
3. <http://www.enperu.org/ubicacion-geografica-de-loreto-informacion-util-todo-acerca-de-loreto.html>
4. [https://issuu.com/biomodus/docs/plan\\_estrategico\\_forestal\\_de\\_loreto](https://issuu.com/biomodus/docs/plan_estrategico_forestal_de_loreto)
5. Dourojanni, M.: 2013: Loreto sostenible al 2021. Lima, pp. 64-67
6. <http://proyectos.inei.gob.pe/web/poblacion/#>
7. INEI. Censo de Población y Vivienda 2007. ENAHO y ENAPRES.
8. DIRESA. Estimaciones poblacionales. 2012-2016.
9. MINSA. Estimaciones de la Población Total, por edades puntuales, grupos quinquenales y edades especiales, según regiones, provincias y distritos. 2016.
10. DIRESA Loreto. Población por grupos de edades, distribuida por redes, Microredes y establecimientos de salud - Región Loreto 2016.
11. CPI. Market, Report. Perú Población 2016.
12. Perú: Población total al 30 de junio, por grupos quinquenales de edad, según departamento, provincia y distrito, 2010.
13. INEI. Perfil Sociodemográfico del Departamento de Loreto. Censos Nacional 2007. XI de Población y VI de vivienda.
14. INEI. 7 Mortalidad Infantil y en la Niñez. ENDES 2014.
15. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population/>
16. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
17. [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1454:datos-estadisticas&Itemid=824](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1454:datos-estadisticas&Itemid=824)
18. Desarrollo Regional concertado del Departamento de Loreto al 2021.
19. OBNASEC. Ficha informativa sobre seguridad ciudadana del departamento de Loreto. 2016.
20. INEI. Perú: Mapa del Déficit de Agua y Saneamiento Básico a Nivel Distrital, 2007
21. Ministerio de Salud. Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional. Documento Técnico 2008.
22. MINSA. Directiva Sanitaria Para la Vigilancia Epidemiológica de la Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). 2015

23. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007.
24. INEI. Indicadores Demográficos por Departamentos. 2010-2015
25. INEI. Principales Indicadores Departamentales 2009-2016
26. PNUD Índice de Desarrollo Humano departamental, provincial y distrital 2012. Re-Calculado según la nueva metodología, (2010).
27. MINSA. Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud Perú. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
28. Colegio de Enfermeros de Loreto. Consejo Regional VI. Base de datos de Recursos Humanos - 2016.
29. Colegio de Odontólogos de Loreto. Base de datos de Recursos Humanos. 2016
30. Observatorio de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 15. Lima - Perú 2007 – 2015.
31. INEI. Evolución de la Pobreza Monetaria en el Perú, 2015
32. INEI. Evolución de la Pobreza Monetaria. Informe Técnico. 2009-2015
33. Ministerio de la Producción. Sumario regional de Loreto. 2016
34. INEI. Perú. Síntesis Estadística 2016.
35. INEI. PERÚ: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Boletín de Análisis Demográfico N° 37, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad 1995-2025
36. INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Económicamente Activa, Urbana y Rural por Sexo y Grupos de Edad, según Departamento, 2000 - 2015
37. INEI. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2011
38. Ministerio de Salud. Situación de Salud del Perú. Indicadores Básicos de Salud 2014.
39. Ministerio de Salud. Situación de Salud del Perú. Indicadores Básicos de Salud 2015.
40. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología. Prevención Y Control de Enfermedades CDC. Análisis de la Situación de Salud del Perú - 2016.
41. Dirección Regional de Salud. Dirección de Estadística e Informática. Base de datos de Morbilidad y Mortalidad. 2012- 2016.
42. Ministerio de Educación. Loreto, Como vamos en la Educación? 2017.
43. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Reducción Y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú 2017-2021
44. [http://www.indexmundi.com/es/peru/tasa\\_de\\_mortalidad.html](http://www.indexmundi.com/es/peru/tasa_de_mortalidad.html)
45. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014, 2015, 2016.
46. PNUD Perú. INEI. Censo de Población y Vivienda 2007. ENAHO y ENAPRES. Índice de Desarrollo Humano departamental, provincial y distrital 2012.

47. INEI. Perú. Línea de Base de los principales indicadores disponibles de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).2016.
48. INEI. Día Mundial de la Población 11 de julio -2015.
49. INEI. Compendio Estadístico, Tomo I. Perú 2016.
50. INEI. Principales Indicadores Sociales. Capítulo 19. 2009-2015
51. Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. El Estado presente. Loreto. 2016.
52. Programa Juntos. Boletín Técnico N° 017. Cobertura del Programa Juntos. Mayo 2017.
53. MIMP. Intervención de los Programas Sociales del MIMP en la Región Loreto. 2015.
54. GOREL. Oficina de Defensa Nacional. Plan de Contingencia para afrontar la inundación en la región Loreto 2016
55. Grupo Propuesta Ciudadana. Informe de ingresos y gastos por Canon Petrolero. 2015
56. INEI. Perú. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales. I Semestre 2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES; Resultados Preliminares al 50% de la Muestra. 2017.
57. Instituto Peruano de Economía. Índice de Competitividad Regional. Loreto. 2015.
58. Ministerio del Ambiente. Estudio de Caracterización Física de Residuos Sólidos Municipales en la Ciudad de Iquitos. Estudio preparado en el marco del desarrollo del Programa de apoyo a las acciones de mitigación dentro del sector de manejo de residuos sólidos en el Perú. 2013.
59. Ministerio de Salud. Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud Perú. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 15. Lima - Perú 2007 – 2015.
60. DIRESA Loreto. Base de Datos del INFORHUS 2016.
61. INEI. Registro nacional de Municipalidades, Ley 27563 Estadísticas Municipales 2016.
62. Hugo García Hidalgo-UNAP. Tesis “Perfil epidemiológico de las neoplasias malignas en el Hospital Regional Docente “Felipe Santiago Arriola Iglesias” de Loreto, durante el periodo de enero a diciembre del año 2016.
63. INEI. Perú: Principales Indicadores Departamentales 2008-2014.
64. DIRESA Loreto. Dirección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico N° 52. 2016
65. DIRESA Loreto. Alerta Epidemiológica N° 004 y N° 005. Fiebre Amarilla 2016.

66. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 527-2011/MINSA.
67. Ministerio de Salud. Dirección de Calidad en Salud. Vigilancia de Incidentes y Eventos Adversos. 2016.
68. Ministerio de Salud. Seguro integral de Salud. Boletín Estadístico del Seguro Integral de Salud 2016.
69. Congreso de la República del Perú. Oficina de Gestión Informática y Estadística. Carpeta Georeferencial Región Loreto Perú. Abril 2016.
70. OPS/OMS. Sistematización de Experiencias sobre Control Vectorial del Dengue en la Amazonía Peruana. 2013.
71. Ministerio de Salud de Salud. Aprendiendo de la experiencia. Lecciones aprendidas para la preparación y respuesta en el control vectorial ante brotes de dengue en el Perú. 2011.
72. Niños y Niñas Kukama se manifiestan contra contaminación petrolera. 9 de mayo de 2014. <https://redaccion.lamula.pe/2014/05/09/ninos-y-ninas-kukama-se-manifiestan-contra-contaminacion-petrolera/danyvaldez/>
73. PUINAMUDT Y Yaizha Campanario Baqué - Equidad. Infancia Indígena y Contaminación Petrolera en la Amazonía peruana: El caso de las 4 cuencas en Loreto. Perú. 2014.  
[http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/Discussions/2016/EQUIDAD\\_2.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/Discussions/2016/EQUIDAD_2.pdf)
74. República del Perú. Resolución Ministerial N° 370- 2013 – MINAM. Declarar en Emergencia Ambiental la parte alta de la cuenca del río Tigre, que involucra diez comunidades indígenas.
75. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de Enfermedades. Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú. 2016.
76. DIRESA Loreto. Resumen de Indicadores de ENDES del Programa Salud Materno Neonatal. 2013-2016.
77. \*\*OPS/OMS. Consultoría: Evaluación Programática y Financiera de Programas y Servicios de Salud Pública de la DIRESA Loreto. 2013 - 2016
78. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. 2007
79. INEI. Colección de Metodologías para el Cálculo de los Indicadores de Mortalidad. 2000.
80. Okamoto Mendoza, Tami (2011). Enclave extraction and unruly engagements: Oil spills, contamination and the Cocama-Cocamilla indigenous people in the Peruvian

Amazon. Oslo: Tesis de Maestría de Estudios en Desarrollo para Norwegian University of Life Sciences (UMB).

81. [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/187802/3/Okamoto\\_2011.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/187802/3/Okamoto_2011.pdf). [Links]

82. MINSA-INO-ONG Divino Niño. “Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la ceguera en el Perú-RAAB Perú, realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011”.



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO  
AVENIDA AVELARDO QUIÑONES KM 1.5. SEDE CENTRAL DE GORE  
LORETO, DISTRITO DE BELÉN, PROVINCIA MAYNAS, REGIÓN LORETO  
IQUITOS-LORETO

SITIO WEB. [www. Diresaloreto.gob.pe](http://www.Diresaloreto.gob.pe)  
[epiloreto@dge.gob.pe](mailto:epiloreto@dge.gob.pe)

“Planificar no significa saber qué decisión voy a tomar mañana, sino qué decisión debo tomar hoy para conseguir lo que quiero para mañana”