

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD
DE LA REGIÓN LORETO
AÑO 2012**

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

Iquitos - 2013

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

**Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección de Epidemiología
Iquitos, Loreto**

Serie Análisis de la Situación de Salud de Loreto - 2012

Gobierno Regional de Loreto

Dirección Regional de Salud

Avenida 28 de Julio S/N, distrito Punchana, provincia Maynas, región Loreto

Teléfono: 065-251756

Website: www.diresaloreto.gob.pe

Correo electrónico: epiloreto@dge.gob.pe

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

PRESIDENTE

LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN YVAN ENRIQUE VÁSQUEZ VALERA

GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL

DOCTOR YURI ALFONSO ALEGRE PALOMINO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO

DIRECTOR GENERAL

DOCTOR HUGO MIGUEL RODRÍGUEZ FERRUCCI

EQUIPO DE GESTIÓN

DR. CRISTIAM ARMANDO CAREY ÁNGELES	: DIRECTOR GENERAL ADJUNTO
MG. SP. WILMA SELVA CASANOVA ROJAS	: DIRECTORA EJECUTIVA DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
OBST. IRMA DOMÍNGUEZ LEÓN	: DIRECTOR EJECUTIVO DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
LIC. ADM. MANUEL RAMÓN CEVALLOS VERA	: DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN
DR. LUIS RODRÍGUEZ BENAVIDES	: DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD INDIVIDUAL
DR. PERCY ANTONIO ROJAS FERREYRA	: DIRECTOR EJECUTIVO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DR. YURI CABELLO QUISPE	: DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DR. JEHOSHUA MICHELANGELO LÓPEZ LÓPEZ	: DIRECTOR EJECUTIVO DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
DR. CARLOS ALBERTO ÁLVAREZ ANTONIO	: DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA
ING. ELVIS RICARDO SANDOVAL ZAMORA	: DIRECTOR DE SALUD AMBIENTAL
LIC. ENF. BEBERLI GONZÁLEZ DE OLIVEIRA	: DIRECTORA DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
SR. FERNANDO DAVID TULUMBA TUESTA	: DIRECTOR DE ESTADÍSTICA, INFORMÁTICA Y TELECOMUNICACIONES
BLGA. MILADI GATTY NOGUEIRA	: DIRECTORA DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
LIC. ENF. CLARA DELFINA BUSTAMANTE PEZO	: DIRECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
DR. DANIEL LENIN DEL CUADRO HIDALGO	: DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
DR. EMERSON LINO COTERA	: DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SEGUROS, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

EQUIPO TÉCNICO DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Dr. Cristiam Armando Carey Angeles

Mg. SP. Wilma Selva Casanova Rojas

Dr. Carlos Alberto Alvarez Antonio

ANALISIS Y REDACCION

Dr. Carlos Alberto Álvarez Antonio

PRESENTACIÓN

La Dirección regional de Salud Loreto- DIRESA Loreto, es el órgano rector del sector salud en Loreto, su gestión está enfocada, principalmente, a la atención primaria o primer nivel de salud. La instancia está presidido por el Director Regional, y conformado por el Director Adjunto sus siete Direcciones Ejecutivas y la Asesoría legal. A la fecha la DIRESA posee 352 establecimientos de salud; tres hospitales, 52 Centros de salud y 297 puestos, de estos últimos, 263 son de categoría I-1, atendidos solo por un sanitario o enfermera, muchas veces en locales precarios construidos por las municipalidades o la misma comunidad. La DIRESA cuenta con 1,576 trabajadores, de ellos 708 son nombrados y 868 son RE CAS. El 85 % son asistenciales y solo 15 % administrativos, aunque algunos asistenciales realizan labores administrativas.

El presupuesto que maneja la DIRESA Loreto, U. E. 400 Salud Loreto, incluye las fuentes de financiamiento; Recursos Ordinarios-RO, Recursos Directamente Recaudados-RDR y Donaciones y Transferencias-TyD, relacionados este último con los reembolsos del SIS.

La DIRESA, tiene en ejecución su Plan Estratégico proyectado para el periodo 2007-2012; y en proceso de aprobación el Plan de Implementación de Redes de Salud, con ocho Redes, uno por provincia con la excepción de Maynas que tiene dos, Maynas Periferia y Maynas Ciudad. Se incluye también la red de Alto Amazonas en actual gestión. El Plan se proyecta al 2016 y se está gestionando ante el MEF su progresiva implementación. Para el año fiscal 2011 se solicitó la aprobación de las plazas de los gerentes como cargos de confianza nivel F-4, igual número de administradores y Directores técnicos de salud, nivel F-3. También a través de la Gerencia de Planeamiento, el MEF, deberá crear las Unidades Ejecutoras de Datem del Marañón y Maynas Ciudad, gestionadas por la DIRESA y la del Hospital Santa Gema solicitada por la Sub Gerencia de Presupuesto; así como la aprobación de plazas de contrato permanente financiadas con la fuente RO.

En el proceso de descentralización ya culminado en el aspecto legal, el sector salud, específicamente la DIRESA Loreto ha sido favorecida con la transferencia de competencias, Art. 49º de la Ley de Gobiernos Regionales, que incluyen el financiamiento de varios Programas y Estrategias que antes se manejaban desde el nivel nacional por el MINSA; así como estamos manejando con la herramienta de presupuesto por resultados, PpR., los Programas estratégicos de nivel nacional: Articulado nutricional y Materno neonatal. Son significativos los presupuestos asignados a las brigadas itinerantes, AISPED que en el presente ejercicio tiene un presupuesto de 2 millones de nuevos soles e Inmunizaciones-CRED que alcanza a 6.3 millones, sin contar a la red Alto Amazonas, cuyo presupuesto asciende a 4 millones de nuevos soles. Las brigadas AISPED en el presente ejercicio, se incrementó de 10 a 14; haciendo un total de 6 en la red Alto Amazonas y 8 en el ámbito de la DIRESA.

Es importante destacar que gracias al esfuerzo multisectorial se ha logrado controlar brotes de malaria y dengue en la región, que ahora tienen niveles mínimos de incidencia. Lo cual es un logro que es necesario seguir conservando.

Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci
Director Regional de Salud

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Presentación	09
Introducción	15
Reseña Histórica de la Región Loreto	16
Antecedentes Históricos de la Dirección Regional de Salud Loreto	22
 CAPÍTULO I	
1. INFORMACIÓN GENERAL	23
1.1. Características Geográficas	23
1.1.1. Ubicación geográfica	23
1.1.2. Mapa político, división política de Loreto por provincias y distritos	25
1.1.3. Morfología	26
1.1.4. Clima	28
1.1.5. Características Biofísicas y Económicas	31
1.2. Estructura Poblacional	34
1.2.1. Información General por Provincias	34
1.2.2. Situación Actual	43
1.2.3. Pirámide Poblacional	44
1.2.4. Conformación de grupos por Etapas de Vida	47
1.2.5. Tasas Demográficas	49
1.2.6. Perfil Social y Económico	48
1.2.7. Comunidades Indígenas	50
1.2.8. Principales Fiestas Religiosas	59
1.2.9. Eventos Sociales	61
2. FACTORES DETERMINANTES	62
2.1. Acceso a los servicios del agua	62
2.2. Ingreso Per cápita	68
3. RESPUESTA SOCIAL	95
3.1. Infraestructura Física	95
3.2. Recursos Humanos	102
3.3. Brigadas de Atención Integral a Poblaciones Excluidas y Dispersas	111
3.4. Emergencias y Desastres	117

CAPÍTULO II

4. ANÁLISIS DEL PROCESO DE SALUD - ENFERMEDAD	95
4.1. Morbilidad por Etapas de Vida	119
4.2. Mortalidad por Etapas de Vida	121
4.3. Salud Materna	129
4.4. Malaria	132
4.5. Dengue	143
4.6. Leishmaniosis	147
4.7. Fiebre Amarilla	150
4.8. Tuberculosis	153
4.9. Lepra	156
4.10. Enfermedades Diarreicas Agudas	157
4.11. Infecciones Respiratorias Agudas	159
4.12. Rabia Humana	159
4.13. Diabetes Mellitus	165
4.14. Hipertensión Arterial	167
4.15. Cáncer	168
4.16. Salud Ocular	169
5. PRIORIZACIÓN DE ESCENARIOS	170
6. CONCLUSIONES	172
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
ANEXOS	172

INTRODUCCIÓN

La región Loreto caracterizada, principalmente, por su gran extensión, clima tropical, alta dispersión poblacional y multiculturalidad, hace que estos factores se comporten como determinantes de riesgo para la ocurrencia de múltiples enfermedades y eventos, que representan un reto al sistema de salud y a la sociedad en su conjunto.

Los problemas de salud que se presentan en la región Loreto no sólo son dependientes de los factores determinantes del medio ambiente, riesgos inherentes a nuestra geografía o de los hábitos de la población: destaca en forma importante la pobreza arraigada a través de las generaciones, inequidad e ineficiencia en la respuesta social frente a los problemas sanitarios de nuestra región.

Este encuentro con la realidad sanitaria debe significar, a la vez, el elemento impulsor en la toma de decisiones oportunas, eficientes y de impacto.

Dentro de las funciones generales asignadas a la Dirección de Epidemiología de la DIRESA Loreto está la de diseñar, normar y conducir el proceso de análisis de la situación sanitaria para determinar prioridades, como base para el planeamiento estratégico en salud. En cumplimiento de este mandato, la Dirección de Epidemiología procesa, analiza y difunde este tipo de información como soporte para la gestión sanitaria.

La Dirección de Epidemiología presenta el Análisis de la Situación de Salud de la Región Loreto, elaborado por el Comité de Elaboración del ASIS. La información ha sido proporcionada por las diferentes Direcciones, Oficinas y Unidades de la Dirección Regional de Salud y otras instituciones que forman parte del sector salud en nuestra región.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD 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.

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.

1 ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DE LA SALUD.

El análisis demográfico de una realidad social determinada deberá considerar el marco físico-geográfico donde habita la población cuyo estado y dinámica es objeto de dicho análisis; ya que como es sabido el concepto de población y de los procesos poblacionales son inseparables de la noción de espacio geográfico y del tiempo. Es pues, que en el espacio geográfico que la población se distribuye, generalmente en forma desigual, creando espacios socio-económicos heterogéneos y a su vez reaccionando a ello, generando desplazamientos llamados procesos migratorios, cuyas causas puede considerar aspectos históricos, culturales y aun psicológicos, según sea la visión a corto, mediano o largo plazo.¹

1.1. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS.

1.1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

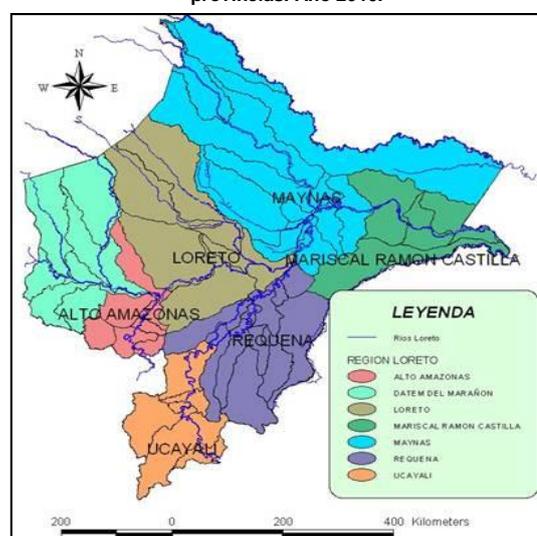
La región Loreto, se encuentra ubicado en el extremo Nor-Oriental del territorio peruano tiene una superficie continental de 368,851.95 km², que equivale al 28.7% del territorio nacional.

La provincia con mayor proporción territorial es Maynas (32.50% de la región), mientras que la provincia con menos proporción territorial es Alto Amazonas (5.09% del territorio de la región).

A partir del año 2005, se divide, oficialmente, en 07 provincias, siendo Datem del Marañón la de más reciente creación.

Cuenta con 51 distritos, siendo Andoas y Teniente Manuel Clavero los de más reciente creación.

Gráfico 1.1. Región Loreto según provincias. Año 2010.



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Tabla 1.1. Ubicación Geográfica de la Región Loreto. Año 2012

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

ALTITUD Y EXTENSIÓN TERRITORIAL.

La altitud del territorio de Loreto oscila entre los 61 msnm (distrito Yavarí, provincia Mariscal Ramón Castilla) y los 220 m.s.n.m. (distrito Balsapuerto, provincia Alto Amazonas).

Tabla 1.2. Extensión Territorial de la Región Loreto. Año 2012

PROVINCIAS	EXTENSIÓN (Km ²)	ENTORNO GEOGRÁFICO		TIPO DE ÁREA (%)	
		ALTITUD (msnm)	DENSIDAD POBLACIONAL (habitante/Km ²)	URBANA (%)	RURAL (%)
Alto Amazonas	18,764.32	220	5.4	61	39
Datem del Maraón	46,609.90	128	1.1	29	71
Loreto	67,434.12	111	0.9	41	59
Ramón Castilla	37,412.94	84	1.5	29	71
Maynas	119,859.40	106	4.1	81	19
Requena	49,477.80	114	1.4	56	44
Ucayali	29,293.47	134	2.0	54	46

Fuente: INEI Censos Nacionales 2005.

Gráfico N° 1.2. Distritos Fronterizos de la Región Loreto. Año 2012

Sus límites están comprendidos por el Norte con las repúblicas de Ecuador y Colombia, por el Este con la república de Brasil, por el Sur con la región Ucayali y por el Oeste con las regiones Amazonas y San Martín.

Tiene 3954.3 Km. lineales de frontera internacional (Ecuador 1285 Km., Colombia 1515 Km. y Brasil 1154.3 Km.).

La extensión de la frontera con los países vecinos incluye 12 distritos con los siguientes países:

ECUADOR:

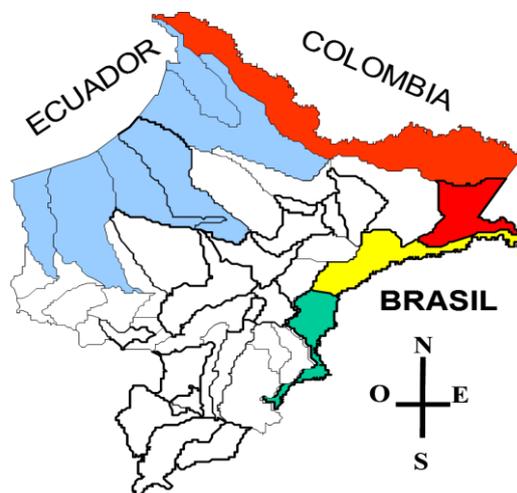
A través de 06 distritos: Morona, Pastaza, Tigre, Corrientes, Napo y Torres Causana, abarca alrededor de 1,285 Km.

COLOMBIA:

A través de 03 distritos: Teniente Manuel Clavero y Putumayo (1280 Km. de frontera y 44633 Km² de extensión territorial) y Ramón Castilla (235 Km. de frontera y 7235 Km² de extensión territorial).

BRASIL:

A través de 03 distritos: Yavarí (650.3 Km. de frontera y 14026 Km² de extensión territorial), Yaquerana (504 Km. de frontera y 14026 Km² de extensión territorial) y Alto Tapiche.

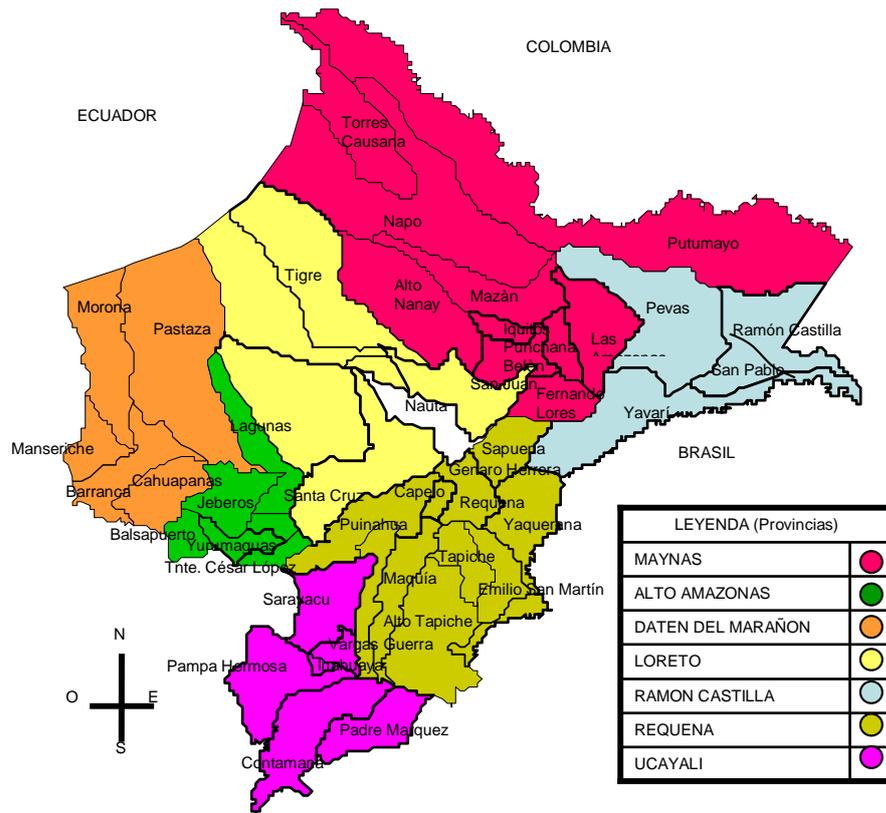


Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología

1.1.2. MAPA POLÍTICO.

A partir del año 2005, la región Loreto, está organizada en 07 Provincias (Alto Amazonas, Datem del Marañón, Maynas, Loreto, Ramón Castilla, Requena y Ucayali) y 51 distritos.

Gráfico 1.3. Mapa de la Región Loreto por Provincias y Distritos. Año 2012



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Corredores Migracionales.

Iquitos era una aldea habitada por la tribu selvática los Iquitos, de quienes se tomó el nombre al momento de su fundación en 1757 por los misioneros jesuitas. Durante la colonia española y la fiebre del oro causada por las leyendas de El Dorado y el País de la Canela; Iquitos nunca tuvo figuración histórica, hasta que en 1880 se inició el auge de la época del caucho que atrajo la atención de muchos foráneos y permitió el desarrollo y el crecimiento de esta ciudad. Parte del boato de esta época fue la construcción de una casa diseñada por Gustave Eiffel en París y hoy ubicada en la Plaza de Armas de Iquitos, denominada “Casa de Fierro”.



El fin de la era del caucho llegó en 1912. En ese entonces, Iquitos tenía mejor comunicación con Europa, a través del río Amazonas, que con Lima (Perú). Desde entonces Iquitos ha sido siempre el principal puerto fluvial y amazónico del Perú, su actividad económica se ha centrado en la comercialización de sus recursos naturales y en la explotación de petróleo. Hoy forma parte de un gran corredor económico con Brasil.



Uno de los lugares más tradicionales de la ciudad de Iquitos es el barrio de Belén que ha crecido en el punto en donde el río Itaya se une al Amazonas, por lo que se trata de una superficie húmeda y pantanosa que ha obligado a que las viviendas sean construidas sobre pilotes o parantes de madera ya que en épocas de venida de agua, el nivel puede elevarse y muchas veces ha amenazado la integridad de los pobladores de esa zona que deben utilizar únicamente canoas para comunicarse entre sí y llevar a cabo el intercambio de productos que llegan del interior de la selva.

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.

Otro 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.

1.1.3. MORFOLOGÍA.

A. Relieve.

En nuestra región el relieve tiene la forma de una gran llanura, poco accidentada, con predominio de superficies sub horizontales y ligeramente onduladas, exceptuando las colinas de poca elevación que se observan en la zona occidental, en los límites con la

selva alta y al sureste de la región, en zonas limítrofes de la provincia de Requena con el Brasil, donde se ubican los llamados cerros de Contamana. Otros rasgos característicos de su territorio, son los amplios lechos de inundación que tienen los ríos, que se cubren con las aguas fluviales en épocas de creciente y quedan convertidos en zonas pantanosas durante el estiaje.

Dentro de esta gran llanura se distinguen formas particulares de relieve como son:

- **Las colinas o alturas.** Son elevaciones no muy pronunciadas de terreno no más allá de 30 mts. siempre cubierto de vegetación (Ej. carretera Iquitos-Nauta, la ruta Bellavista-Mazán, etc.),
- **Las restingas.** Son alturas menores que las colinas, tienen forma plana o de meseta de poca elevación y de corta extensión. Se ubican cerca de los ríos y casi nunca se inundan totalmente. Área donde se refugian los animales silvestres en época de creciente,
- **Los bajiales.** Son zonas bajas, terrenos inundables y están constituido por suelos aluviales de gran fertilidad. Son usados para la agricultura en época de vaciante,
- **Las tahuampas.** Son terrenos bajos, permanentemente cubiertos de agua. Quedan en el interior del bosque. Se les conoce también como aguajales, porque en ella hay abundancia del aguaje,
- **Las tipishcas.** Son porciones de lecho del río abandonado por el cambio de su curso a través del tiempo. Muchas de las cochas actuales han sido cauces antiguos de los ríos cercanos, hoy transformados en tipishcas,
- **Los gallitos.** Son salientes de terreno en forma de puntas pronunciadas, que se observan en los cantos de los ríos. Son tierras gredosas, resistentes a la erosión, que desvía la dirección de la corriente de los ríos,
- **Las sacaritas.** Son caños angostos, que sirven para acotar distancia entre dos lugares, evitando recorrer toda la curva o meandro principal del cauce principal de un río.

B. El suelo.

Según su origen, se clasifican en:

- a. **Aluviales.** Suelos formados por la sedimentación que arrastran los ríos y quebradas permanentes. Conforman los llamados barreales o varzeas en los que se siembra arroz, frejol chiclayo, yuca, etc. En la época de la vaciante, constituye el 4 al 6% de nuestro suelo,
- b. **Coluviales.** Son suelos que vemos en la parte profunda que hay entre dos colinas, donde se depositan sustancias que son arrastradas por las lluvias, originando quebradas o arroyos temporales. Tienen relativa fertilidad para la agricultura y la ganadería,
- c. **Los semilatéricos o gredoso.** Suelos que alcanzan el 90% de nuestra región, y están constituidos por greda y arena, se ubican en las llamadas “tierras firmes”. Son aptas fundamentalmente para la forestería y la agroindustria según estudios recientes.

Según su utilidad o capacidad de uso:

- a. **De uso forestal.** Son los suelos de abundante vegetación y exuberante arboleda, de donde puede extraerse la madera de acuerdo a una política de uso nacional. Constituye el 61.3%

- b. **De protección.** Suelos con abundante vegetación, pero que no deben ser destinados a explotación forestal, por cuanto en ellos viven innumerables especies amenazadas de extinción, como las resaca de Pacaya Samiria. Constituye un 7.6%
- c. **Para pastizales.** Suelos que pueden ser destinados a la ganadería, constituyen un 7%.
- d. **Para cultivos.** Suelos que tienen aptitud para ser utilizados en agricultura, como los suelos aluviales, o en menor aptitud los suelos coluviales. Constituyen sólo el 6%.

1.1.4. CLIMA.

Loreto posee un clima de tipo tropical; cálido, húmedo y lluvioso. Las temperaturas son constantemente altas 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.

Las precipitaciones anuales son siempre superiores a 1000 mm., pero sin sobrepasar los 5000 mm. Sin embargo, esta precipitación no está uniformemente distribuida a lo largo del año, existen meses con menos de 100 mm. de lluvias. 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.

1.1.5. CARACTERÍSTICAS BIOFÍSICAS Y ECONÓMICAS.

A. Síntesis de la Caracterización Regional.

La amazonía peruana, desde el punto de vista biofísico, se caracteriza por poseer:

- a. Una gran extensión territorial y difícil accesibilidad geográfica,
- b. Una gran diversidad biológica,
- c. Abundantes cuerpos de agua.

Culturalmente es heterogénea; incluye a 12 familias lingüísticas y 63 grupos etnolingüísticos, adicionalmente, al asumir el rol de receptora de los excedentes poblacionales de la sierra y la costa, incorpora la cultura andina.

La diversidad biológica de la amazonía peruana se expresa en:

- 31 zonas de vida o ecosistemas
- 7372 especies de flora
- 263 de mamíferos
- 806 de aves
- 180 de reptiles
- 206 de anfibios
- 697 especies de peces, sin considerar numerosas especies aún desconocidas.

El potencial del recurso suelo es eminentemente de aptitud forestal, 46.4 millones de hectáreas (95% del país). Sin embargo, posee 6 millones de hectáreas con aptitud para pasturas (32% del país) y 4.6 millones de hectáreas con aptitud agrícola (61% del país).

El potencial del recurso hídrico está representado por un volumen estimado de escurrimiento superficial cercano a los 2000 millones de m³/segundo (98% del país), así como por un potencial teórico hidroenergético estimado en 176000 MW (85% del país).²

Dentro de los recursos no renovables destacan los hidrocarburos representando el 55% de las reservas nacionales probadas de petróleo y en porcentajes superiores, las reservas de gas natural.

Tradicionalmente, la ocupación de la amazonía peruana se realizaba a través de los márgenes de los ríos. A partir de la década del 40 se inicia la construcción de carreteras como Lima - Pucallpa y posteriormente la marginal de la selva, lo que generó un incremento en la ocupación poblacional, convirtiéndose en la región con mayor tasa de crecimiento poblacional (la variación oscila entre 2.2% en el departamento de Amazonas y 5.7% en Madre de Dios, según el Censo de Población y Vivienda de 1993).

B. El Balance de la colonización de la Amazonía puede sintetizarse en:

1. Impacto Económico.

Se han ocupado aproximadamente 08 millones de hectáreas. Sin embargo la contribución de la región al producto bruto interno nacional (9%) es inferior al de la Costa y la Sierra.

2. Impacto Social.

Ha sido desfavorable tanto para las poblaciones locales, existentes antes de la construcción de las carreteras, como para los nuevos pobladores asentados. Muchos grupos nativos han sido afectados en su estabilidad social y los nuevos pobladores no han mejorado sustancialmente sus condiciones de vida ni en lo económico, ni en lo social, ni en lo ambiental. La pobreza es generalizada, la desnutrición en niños de 6 a 8 años de edad es alarmante (59.7% en Loreto, según FONCODES).

La baja rentabilidad de las actividades agrícolas pecuarias y forestales, ha ocasionado que una parte de las tierras haya sido destinada a cultivos ilícitos.

3. Impacto Ambiental.

El uso actual de la tierra en la amazonía arroja un balance de eficiencia muy desfavorable, predominando las tierras abandonadas, subutilizadas y de baja productividad por área.

Se estima que sólo un 30% de la superficie intervenida se encuentra actualmente en uso agropecuario y forestal. Más del 60% de esta área se encuentra en condición de abandono, situación propiciada principalmente por la degradación de los suelos y la consecuente baja productividad.

La deficiente asistencia al desarrollo, principalmente la insuficiente infraestructura sanitaria, ha determinado la contaminación de las aguas que circundan los poblados de la amazonía como consecuencia de las descargas de los desagües a los ríos, lo que genera contaminación de estos cuerpos de agua, principalmente por bacterias coliformes.

En síntesis, en la integración de las tierras amazónicas a la economía nacional, se identifican, principalmente, tres fallas:

- a. La falta de ordenamiento o zonificación previa del espacio para un proceso ordenado de ocupación y uso de las tierras según su aptitud, garantizando los derechos de los pobladores ya asentados, especialmente los nativos,
- b. La falta de continuidad en las acciones de asistencia al desarrollo. Se refiere a las actividades sociales (educación, salud, urbanismo, etc.); al mantenimiento de la infraestructura económica, especialmente las carreteras; a la dotación de energía para el desarrollo,
- c. El uso de tecnologías inapropiadas para el desarrollo sostenible y una deficiente transferencia de tecnología agrícola, pecuaria y forestal.

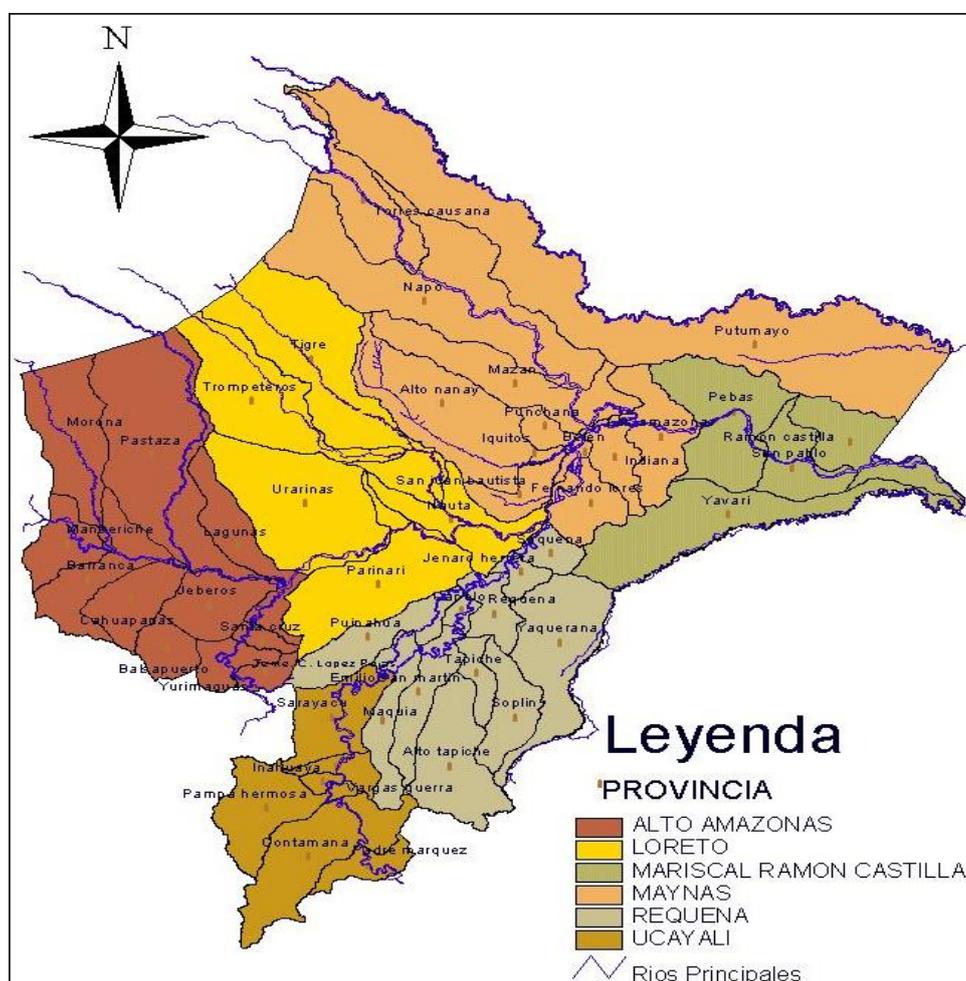
La tendencia de ocupación del territorio amazónico, en base a inferencias del crecimiento poblacional (promedio de 3.5%), al uso actual de las tierras y a la proyección de la construcción de vías de acceso a nivel nacional y de cuenca, nos permite avizorar que la ocupación espontánea y desordenada ocasionaría una

presión importante sobre los bosques, haciendo el ecosistema vulnerable a un desequilibrio, principalmente por la tala indiscriminada de los bosques y contaminación de los cuerpos de agua, generando alto riesgo para las poblaciones asentadas.

1.1.5 CARACTERÍSTICAS BIOFÍSICAS Y ECONÓMICAS.

Numerosos ríos atraviesan su territorio. Todos forman parte del sistema hidrográfico del río Amazonas, y la gran mayoría son navegables. Se caracterizan por su curso sinuoso, gran volumen de sus aguas y poca pendiente de su lecho.

GRAFICO 1.5. Mapa Hidrográfico de la Región Loreto. Año 2010



Fuentes: Base de Datos Cartografía de la Dirección General de Epidemiología

Los lechos fluviales son muy amplios, y en la mayoría de los ríos, tienen ausencia de cantos rodados, exceptuando la cuenca del Alto Ucayali y sus afluentes, así como el curso alto de algunos ríos del suroeste que nacen en la selva alta. La característica predominante de los lechos fluviales es la existencia de extensas playas en las orillas convexas de los "meandros". Estas playas son utilizadas por la agricultura para el cultivo de plantas como el arroz, el maní y otras que tiene rápido crecimiento y cosecha.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

El canal de los ríos varía constantemente, lo cual dificulta la navegación constantemente, pese a tener ríos extensos. Cuando los ríos abandonan sus lechos, éstos se transforman en lagunas conocidas con el nombre de "Cochas" y "Tipishcas". En los sectores cóncavos de los lechos fluviales, la erosión de riberas es intensa. Este fenómeno se acelera en aquellos donde el hombre ha talado la vegetación, y entonces no sólo destruyen campos cultivados, sino que afectan también ciudades como sucede en Iquitos, Contamana, Requena, etc.

Cursos de agua conocidos con el nombre de "Caños", realizan el drenaje de la Selva Baja. Tienen muy poca pendiente y sus aguas parecen no desplazarse en ningún sentido. El 32% de los ríos más importantes del país se encuentran en la región Loreto, las que cruzan a lo largo de su territorio.

El Amazonas tiene sus orígenes en las nacientes más lejanas del río Ucayali y Apurímac, las que están localizadas al norte de la región Arequipa, en el nevado del Misti, a 5593.00 mts. de altitud y 15°30'49" longitud Oeste. Toma el nombre de Amazonas, desde la confluencia de los ríos Marañón y Ucayali, cerca de la ciudad de Nauta, localizada en la margen izquierda del Marañón.

El lecho mayor de inundación del río Amazonas es muy amplio, y en algunos sectores abarca decenas de kilómetros. El fondo de su lecho es móvil y está constituido esencialmente por arena y limo. Durante el estiaje quedan al descubierto extensas playas que son cultivadas. La erosión en las riberas es fenómeno generalizado y en algunos sectores alcanza gran intensidad como en el caso de Iquitos.

Son afluentes importantes del Amazonas los ríos Napo, que se inicia en territorio ecuatoriano; Nanay, Itaya, Campiyacu, por la margen izquierda, y por la margen derecha Cochiquinas y Yavarí. Este último sirve de límite a lo largo de su recorrido al Perú con el Brasil. El río Putumayo sirve de límite al Perú con Colombia desde su confluencia con el río Güeppi hasta la desembocadura del río Yahuas.

Dos ríos importantes que recorren Loreto son los formadores del Amazonas: Ucayali y Marañón, que con sus afluentes drenan aproximadamente las dos terceras partes de la superficie de Loreto.

1.2. ESTRUCTURA POBLACIONAL.

1.2.1. INFORMACIÓN SOBRE LAS PROVINCIAS

La provincia Alto Amazonas se encuentra situada en la región Loreto, al Nor - Este de la nación.

Creado según D.S el 07 de febrero de 1866. La ciudad de Yurimaguas, fue creada la misma fecha y notificada por Ley el 11 de septiembre de 1868, constituyéndose en la capital de la provincia de Amazonas el 25 de octubre de 1890, durante el gobierno del General Manuel Ignacio Prado.

Es la segunda provincia más grande del Perú, ubicado entre el 2° 8' Latitud Sur y 75° 35' Longitud Oeste de Greenwich.

Tabla 1.3. Datos Generales de la Provincia Alto Amazonas. Año 2012

Provincia	ALTO AMAZONAS
Región	LORETO
Capital	YURIMAGUAS
Población estimada	1117163 habitantes
Superficie	18,764.32 Km ²
Densidad poblacional	6.2 Hab./Km ²

Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2005.

Gráfico 1.7. Mapa de la Provincia de Alto Amazonas



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Tabla 1.4. Información General de la Provincia Alto Amazonas por Distritos

DATOS GENERALES	BALSAPUERTO	JEBEROS	LAGUNAS	SANTA CRUZ	TENIENTE CÉSAR LÓPEZ ROJAS	YURIMAGUAS
Dispositivo de creación	LEY	LEY	LEY	DEC.	LEY	DEC.
N° del dispositivo de creación	S/N	S/N	S/N	S/N	15136	S/N
Fecha de creación	02/01/1857	02/01/1857	02/01/1857	07/02/1866	08/09/1964	07/02/1866
Capital	Balsapuerto	Jeberos	Lagunas	Santa Cruz	Shucushuyacu	Yurimaguas
Altura de la capital (m.s.n.m.)	220	165	149	149	120	182
Población censada - 2005	12730	3855	12827	4447	6107	61968
Superficie (Km ²)	2839.69	4574.11	6086.29	1093.61	1495.91	2674.71
Densidad poblacional (hab./Km ²)	4.5	0.8	2.1	4.1	4.1	23.2

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2007

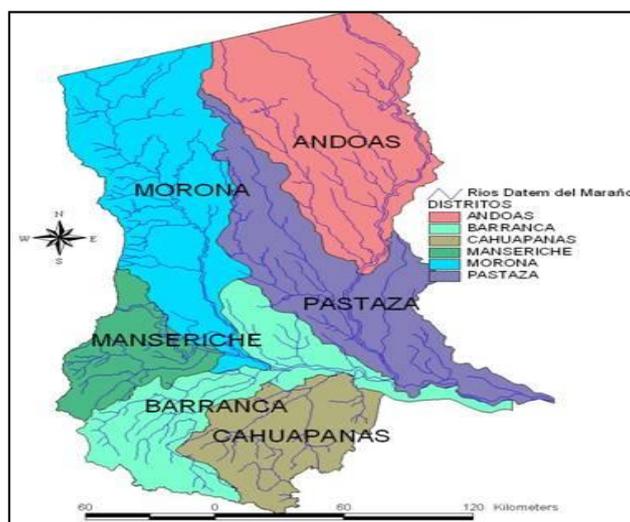
PROVINCIA DATEM DEL MARAÑÓN:

Tabla 1.5. Datos Generales de la Provincia Datem del Marañón

Provincia	DATEM DEL MARAÑÓN
Región	LORETO
Capital	SAN LORENZO
Población estimada	59620 habitantes
Superficie	46609.9 Km ²
Densidad poblacional	1.3 hab./Km ²
Teléfono	816272

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Gráfico 1.8. Mapa de la Provincia de Datem del Marañón por Distritos



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Tabla 1.6. Información General de la Provincia Datem del Marañón por Distritos.

DATOS GENERALES	ANDOAS	BARRANCA	CAHUAPANAS	MANSERICHE	MORONA	PASTAZA
Dispositivo de creación	LEY	LEY	DEC.	LEY	LEY	LEY
N° del dispositivo de creación	28593	S/N	S/N	9815	9815	9815
Fecha de creación	01/08/2005	26/10/1886	07/02/1866	02/07/1943	02/07/1943	02/07/1943
Capital	Alianza Cristiana	San Lorenzo	Santa María de Cahuapanas	Saramiriza	Puerto Alegría	Ullpayacu
Altura de la capital (m.s.n.m.)	210	128	168	120	130	120
Población censada - 2005	9448	12085	7334	7773	6658	6148
Superficie (Km ²)	11549.83	6888.18	4982.93	3493.77	10776.95	8918.24
Densidad poblacional (hab./Km ²)	0.8	1.8	1.5	2.2	0.6	0.7

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2007

PROVINCIA LORETO:

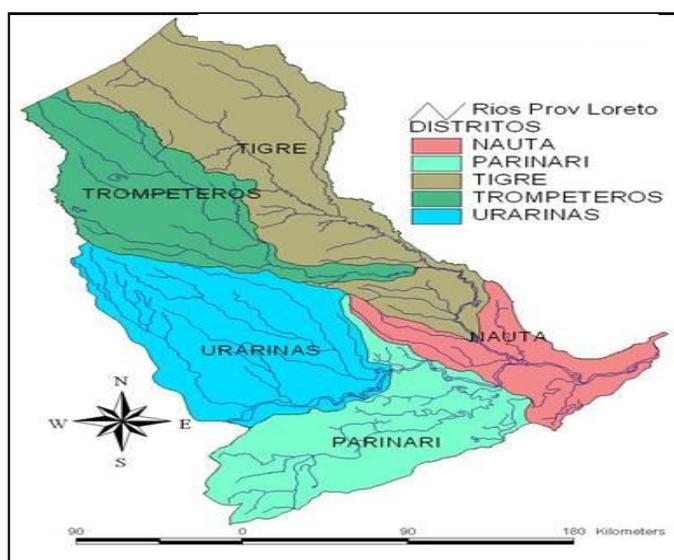
La provincia de Loreto se encuentra ubicada en la parte Sur – Este de la ciudad de Iquitos. Existe un flujo permanente de la población entre Iquitos y Nauta a través de la carretera que tiene el mismo nombre, y que conecta directamente a los distritos de Nauta con San Juan Bautista.

Tabla 1.7. Datos Generales de la Provincia de Loreto

Provincia	LORETO
Región	LORETO
Capital	NAUTA
Población estimada	69508 habitantes
Superficie (Km ²)	67434.12
Densidad poblacional (hab./Km ²)	1.0

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Gráfico 1.9. Mapa de la Provincia de Loreto por Distritos



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Tabla 1.8. Información General de la Provincia Loreto por Distritos.

DATOS GENERALES	NAUTA	PARINARI	TIGRE	TROMPETEROS	URARINAS
Dispositivo de creación	LEY	DEC.	LEY	LEY	LEY
N° del dispositivo de creación	S/N	S/N	9815	24696	9815
Fecha de creación	02/01/1857	07/02/1866	02/07/1943	18/06/1987	02/07/1943
Capital	Nauta	Santa Rita de Castilla	Intuto	Villa Trompeteros	Maypuco
Altura de la capital (m.s.n.m.)	111	107	125	125	112
Población censada - 2005	29859	7394	7616	6621	12025
Superficie (Km ²)	6672.35	12951.66	19785.7	12246.01	15778.4
Densidad poblacional (hab./Km ²)	4.5	0.6	0.4	0.5	0.8

Fuente: INEI. Censo de Población y vivienda 2007

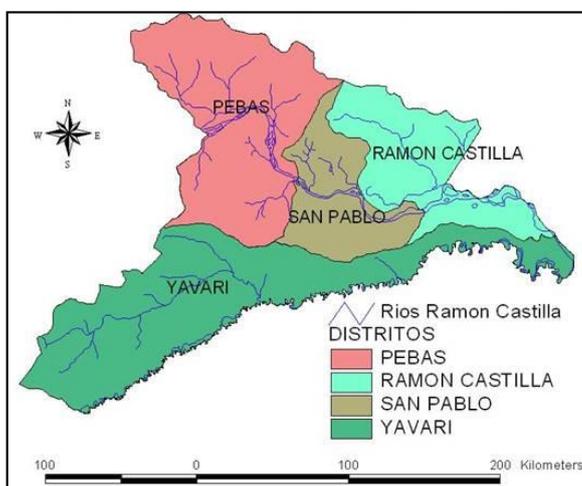
PROVINCIA RAMÓN CASTILLA:

Tabla 1.9. Datos Generales de la Provincia de Ramón Castilla

Provincia	MARISCAL RAMON CASTILLA
Región	LORETO
Capital	CABALLOCOCHA
Población estimada	67143 habitantes
Superficie (Km ²)	37412.94
Densidad poblacional (hab./Km ²)	1.8

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Gráfico 1.10. Mapa de la Provincia de Ramón Castilla por Distritos



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Tabla 1.10. Información General de la Provincia Ramón Castilla por Distritos.

DATOS GENERALES	PEVAS	RAMÓN CASTILLA	SAN PABLO	YAVARÍ
Dispositivo de creación	DEC.	LEY	LEY	LEY
N° del dispositivo de creación	S/N	9815	26240	9815
Fecha de creación	07/02/1866	02/07/1943	19/10/1993	02/07/1943
Capital	Pevas	Cabalcocha	San Pablo	Islandia
Altura de la capital (m.s.n.m.)	101	84	95	70
Población censada - 2005	12663	18146	14642	9843
Superficie (Km ²)	11437.04	7122.78	5045.58	13807.54
Densidad poblacional (hab./Km ²)	1.1	2.5	2.9	0.7

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2007

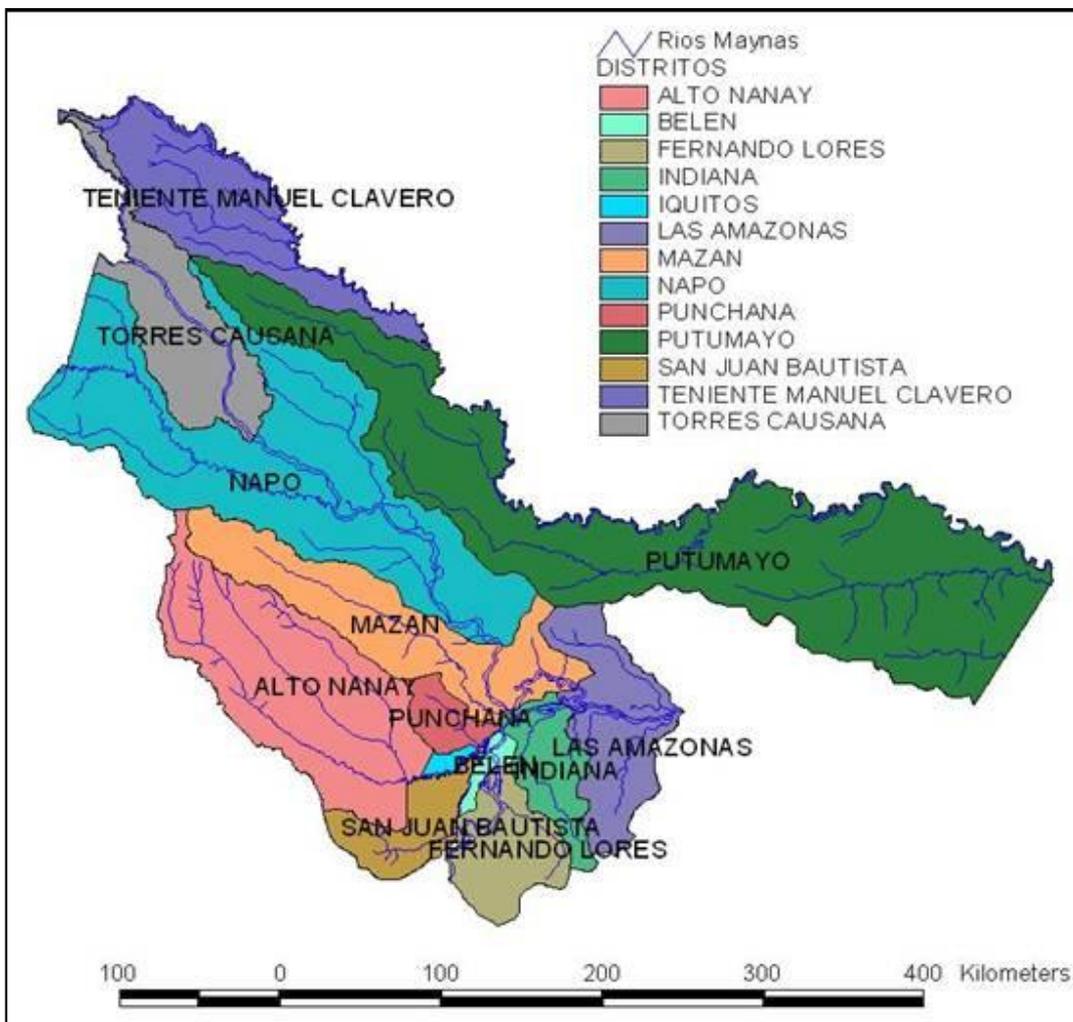
PROVINCIA DE MAYNAS:

Tabla 1.11. Datos Generales de la Provincia Ramón Castilla

Provincia	MAYNAS
Región	LORETO
Capital	IQUITOS
Población estimada	550031 habitantes
Superficie (Km ²)	119859.4
Densidad poblacional (hab./Km ²)	4.6

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Gráfico 1.11. Mapa de la Provincia de Maynas por Distritos



Fuente: Gobierno Regional de Loreto

Tabla 1.12. Información General de la Provincia de Maynas por Distritos

DATOS GENERALES	ALTO NANAY	BELÉN	FERNANDO LORES	INDIANA	IQUITOS	LAS AMAZONAS	MAZAN	NAPO	PUNCHANA	PUTUMAYO	SAN JUAN	TENIENTE MANUEL CLAVERO	TORRES CAUSANA
Dispositivo de creación	LEY	LEY	LEY	LEY	DEC.	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY
N° del dispositivo de creación	9815	27195	8311	13780	S/N	9815	9815	9815	24765	9815	27195	28362	9815
Fecha de creación	02/07/1943	05/11/1999	08/06/1936	21/12/1961	07/02/1866	02/07/1943	02/07/1943	02/07/1943	16/12/1987	02/07/1943	05/11/1999	19/10/2004	02/07/1943
Capital	Santa María de Nanay	Belén	Tamshiyacu	Indiana	Iquitos	Fco. De Orellana	Mazán	Santa Clotilde	Punchana	San Antonio del Estrecho	San Juan	Soplín Vargaz	Pantoja
Altura de la capital (m.s.n.m.)	128	110	108	105	106	103	108	100	105	110	138	180	188
Población censada - 2005	2826	66804	20759	13369	157529	12349	13573	15097	78446	5822	93836	2787	5162
Superficie (Km ²)	14290.81	632.8	4476.19	3297.76	358.15	6592.27	9922.45	24298.11	1573.39	34942.92	3117.05	8994.06	7363.44
Densidad poblacional (hab./Km ²)	0.2	105.6	4.6	4.1	439.8	1.9	1.4	0.6	49.9	0.2	30.1	0.3	0.7

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2007

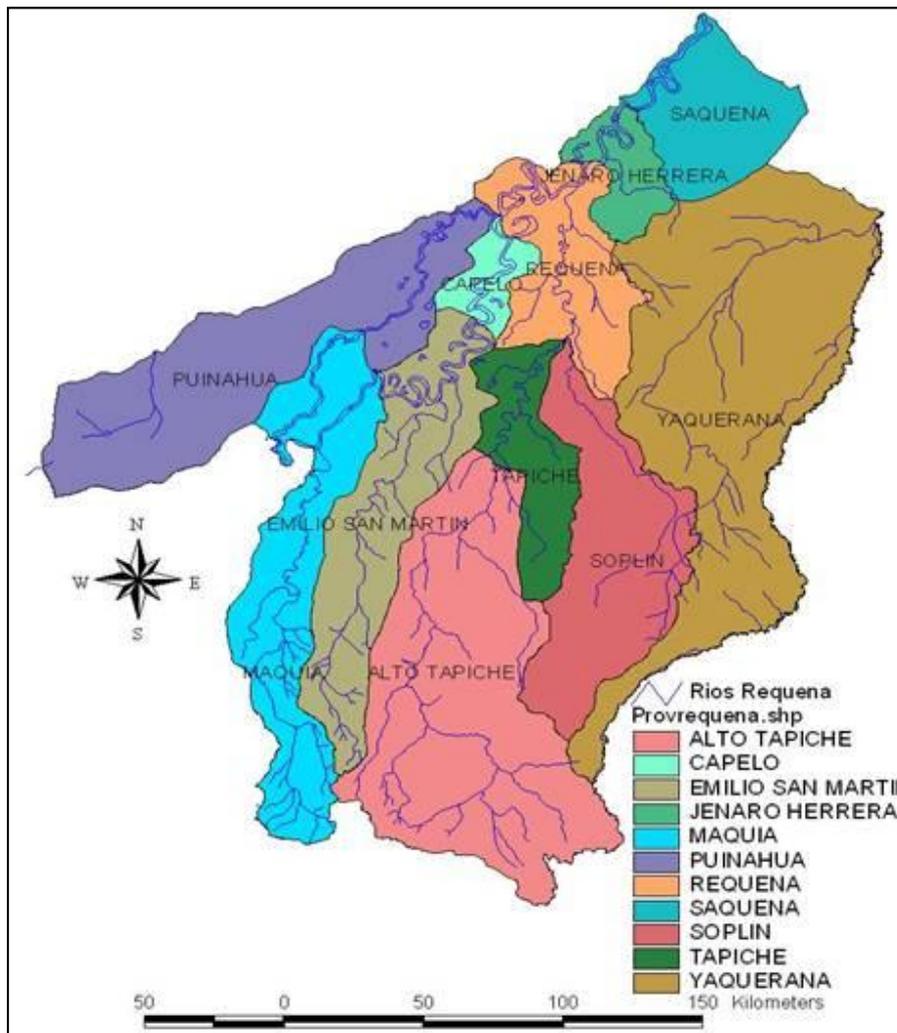
PROVINCIA REQUENA:

Tabla 1.13. Datos Generales de la Provincia de Ramón Castilla

Provincia	REQUENA
Loreto	LORETO
Capital	REQUENA
Población estimada	72706 habitantes
Superficie (Km ²)	49477.8
Densidad poblacional (hab./Km ²)	1.5

Fuente: Gobierno Regional de Loreto

Gráfico 1.12. Mapa de la Provincia de Requena por Distritos



Fuente: Gobierno Regional de Loreto

Tabla 1.14. Información General de la Provincia de Requena por Distritos.

DATOS GENERALES	ALTO TAPICHE	CAPELO	EMILIO SAN MARTÍN	JENARO HERRERA	MAQUÍA	PUINAHUA	REQUENA	SAPUENA	SOPLÍN	TAPICHE	YAQUERANA
Dispositivo de creación	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY
N° del dispositivo de creación	10633	10633	1534	26239	10633	9815	9815	9815	10633	9815	9815
Fecha de creación	20/07/1946	20/07/1946	22/01/1912	19/10/1993	20/07/1946	02/07/1943	02/07/1943	02/07/1943	20/07/1946	02/07/1943	02/07/1943
Capital	SANTA ELENA	FLOR DE PUNGA	TAMANCO	JENARO HERRERA	SANTA ISABEL	BRETAÑA	REQUENA	BAGAZÁN	NUEVA ALEJANDRÍA (CURINGA)	IBERIA	ANGAMOS
Altura de la capital (m.s.n.m.)	121	118	120	110	122	118	114	112	123	119	130
Población censada - 2005	1908	3926	7433	4922	8487	5857	26969	4402	665	913	2445
Superficie (Km ²)	9013.8	842.37	4572.56	1517.43	4792.06	5946.83	3038.56	2081.42	4711.38	2014.23	10947.16
Densidad poblacional (hab./Km ²)	0.2	4.7	1.6	3.2	1.8	1	8.9	2.1	0.1	0.5	0.2

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2007

PROVINCIA UCAYALI:

Tabla 1.15. Datos Generales de la Provincia de Ucayali

Provincia	UCAYALI
Loreto	LORETO
Capital	CONTAMANA
Población estimada	70782 habitantes
Superficie (Km ²)	29293.47
Densidad poblacional (hab./Km ²)	2.4

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Gráfico 1.13. Mapa de la Provincia de Ucayali por Distritos



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Tabla 1.16. Información General de la Provincia de Ucayali por Distritos.

DATOS GENERALES	CONTAMANA	INAHUAYA	PADRE MÁRQUEZ	PAMPA HERMOSA	SARAYACU	VARGAS GUERRA
Dispositivo de creación	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY
N° del dispositivo de creación	S/N	14024	9815	13692	S/N	8311
Fecha de creación	13/10/1900	16/02/1962	02/07/1943	15/09/1961	02/01/1857	08/06/1936
Capital	CONTAMANA	INAHUAYA	TIRUNTAN	PAMPA HERMOSA	DOS DE MAYO	ORELLANA
Altura de la capital (m.s.n.m.)	134	131	164	132	125	130
Población censada - 2005	21873	2120	5466	5067	14712	8431
Superficie (Km ²)	10675.13	646.04	2475.66	7346.98	6303.17	1846.49
Densidad poblacional (hab./Km ²)	2	3.3	2.2	0.7	2.3	4.6

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2007

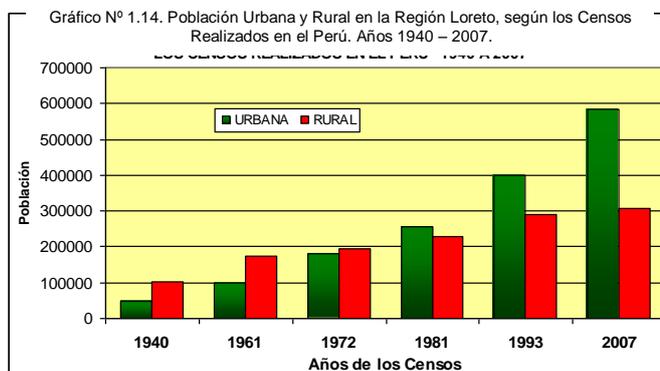
1.2.2. POBLACIÓN ACTUAL.

La población de la región Loreto para el año 2012 asciende a 1 006 953 habitantes (estimada a partir del censo del año 2007); representa el 3.47% de la población total del país. La densidad poblacional es de 2.7 habitantes por km², ello debido a las características geográficas propias de la zona. Sin embargo la concentración poblacional no es homogénea, hay áreas especialmente de características urbanas como las ciudades Iquitos y Yurimaguas que son densamente pobladas, en tanto otras zonas están muy despobladas como los distritos Soplín y Tapiche.

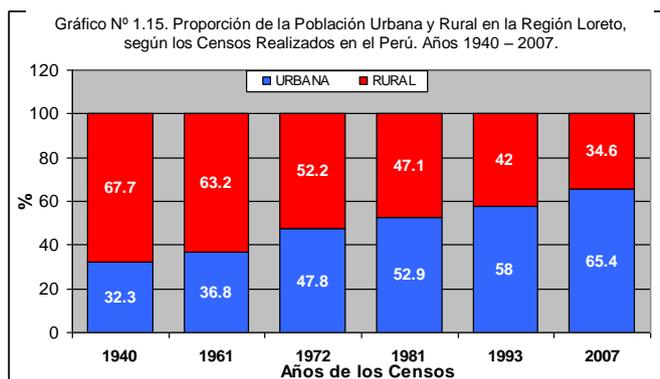
El crecimiento y desarrollo económico que ha venido presentando el Perú ha producido un acelerado proceso de urbanización a partir de la década de 1960. La población rural pasó de representar el 67.7% (1940) al 34.6% (2007). Ello probablemente se debe a la constante migración interna de la población del campo a la ciudad.

En Loreto, según los cálculos realizados por el INEI, la población urbana representa, en promedio, el 65.4% del total de la población para el año 2007. Del mismo modo, se puede apreciar que la población rural desde 1940, se ha reducido de manera constante mientras que la población urbana continúa con su crecimiento constante. Este fenómeno se viene dando como producto del fenómeno de la globalización, puesto que las futuras generaciones cambian sus costumbres y se produce una migración interna de manera constante; de manera que de haber representado el 32% en 1940, actualmente, la población urbana representa el 65.4%.

Ello ha generado el crecimiento urbano a nivel de asentamientos humanos en donde debido a la precariedad y hacinamiento, condicionan enfermedades de importancia en la salud pública. Cuando se analiza la población de la región Loreto por provincias, se observa que no existe una distribución homogénea: el 54% de la población regional se encuentra en Maynas mientras que un 6.52% en Ramón Castilla. Las ciudades que concentran la mayor proporción de la población son Iquitos y Yurimaguas.



Fuente: Censos del Perú – INEI – 1940 - 2007



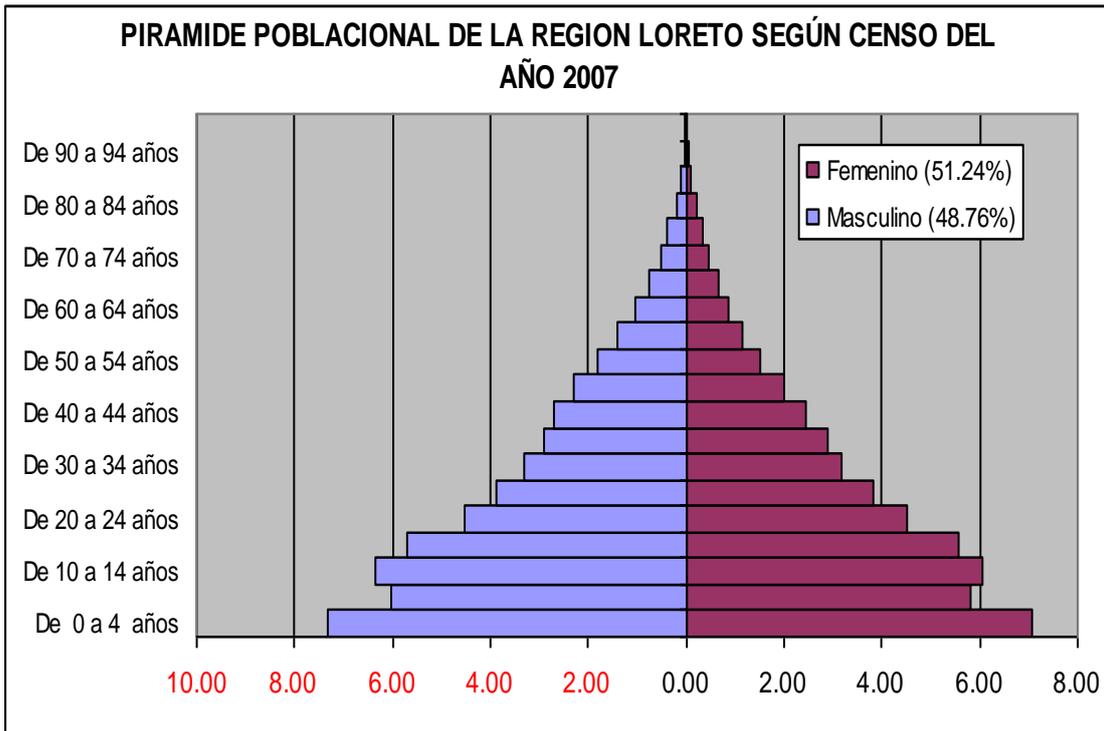
Fuente: Censos del Perú – INEI – 1940 - 2007

1.2.3. PIRÁMIDE POBLACIONAL.

En Loreto, la población ha evolucionado de la siguiente manera: en el año 1993, el 45.5% de la población regional era menor de 15 años y 2.76% mayor de 65 años, para el año 2000 fueron 44% y 3.6%, respectivamente. Los menores de 25 años conforman el 63% de la población. La población en edad de trabajar (15 a 64 años) es el 53%.

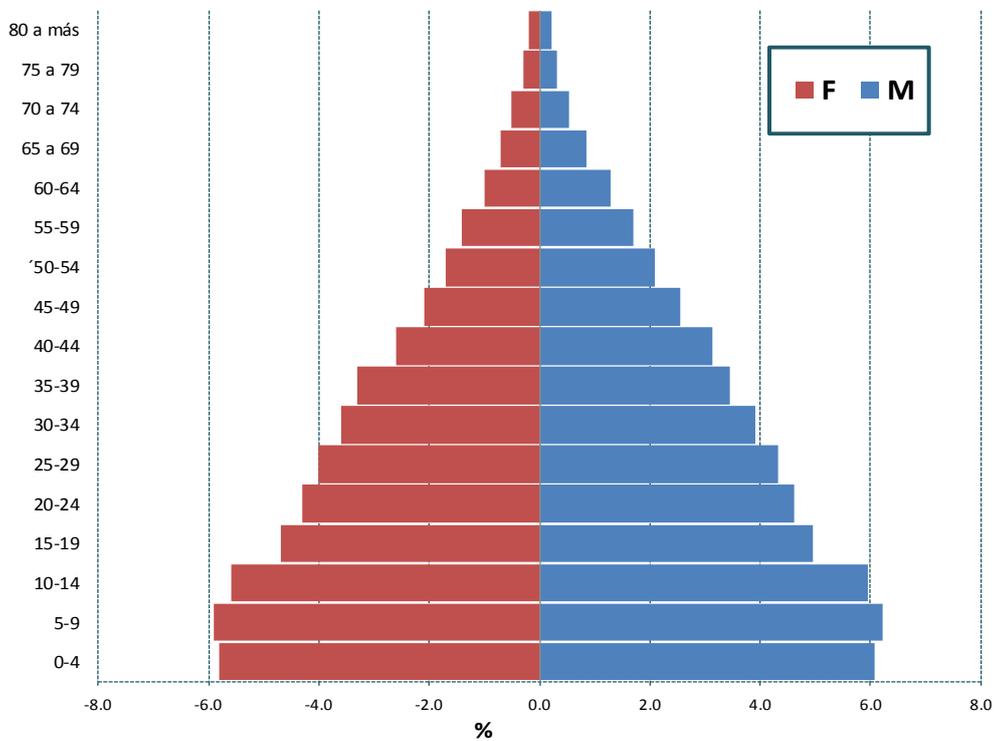
El 51% de la población total son varones y el 49% mujeres. Las mujeres en edad fértil representan el 22% de la población total y el 45% de todas las mujeres. El número promedio de habitantes por hogar es de 5.7 para Loreto, mientras que para el país es de 4.5.

Gráfico 1.17. Pirámide Poblacional de la Región Loreto. Año 2007



Fuente: INEÍ, Censo Nacional del año 2007

Gráfico Nº 1.18. Región Loreto: Pirámide Poblacional del Año 2012



Fuente: Estadística e Informática DIRESA Loreto

Si comparamos las pirámides poblacionales de la región Loreto de los años 2007 y 2012, se aprecia un patrón poblacional eminentemente joven con una tendencia estable en el tiempo.

En la pirámide poblacional para el año 2012, se observa una disminución de la amplitud de la base, lo cual implica una reducción de la población infantil con un incremento de la población joven.

Considerando la Transición Demográfica, Loreto se encuentra en una situación incipiente.

En el cuadro se aprecia que Loreto se encuentra en el Estadío II Rezagado, lo que implica que sigue manteniendo Tasas de Fecundidad Altas y Mortalidad Moderada.

I	II		III	IV	V
Incipiente	Rezagada	En avance	Plena Transición	Avanzada	Completa
Fecundidad elevada	Fecundidad Elevada		Fecundidad moderada	Fecundidad Baja	Fecundidad de reemplazo
Mortalidad elevada	Mortalidad Moderada		Mortalidad moderada	Mortalidad Baja	Mortalidad Baja
Huancavelica	Apurímac Puno Ayacucho Loreto Huánuco Cusco	Amazonas Ancash Cajamarca Ucayali Junín Madre de Dios	Pasco San Martín Piura	Arequipa Ica La Libertad Lambayeque Tumbes	Lima Callao Moquegua
TGF = 6.1	TGF = 3.8 - 4.3	TGF = 3.2 - 3.8	TGF = 2.7 - 3.3	TGF = 2.0 - 2.9	TGF = 2.1
E° = 59.1	E° = 62.3 - 66.9	E° = 67.3 - 70.1	E° = 68.1 - 70.3	E° = 71.4 - 74.2	E° >= 73.6

TGF: Tasa global de fecundidad
E°: Esperanza de vida al nacer

1.2.4. CONFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA.

Tabla 1.17. Población por Etapas de Vida en la Región Loreto

PROVINCIA	TOTAL	NIÑO (0-11 años)	ADOLESCENT E (12-17 años)	JOVEN (18-29 años)	ADULTO (30-59 años)	ADULTO MAYOR (60 a más años)	MEF (15-49 años)	GESTANTES
Proporción de la población por Etapa de Vida		28.7	44.4	166.5	148.8	19.1		
REGIÓN LORETO	1006953	288509	127966	213000	316907	60571	248139	28195
MAYNAS	550030	140226	67613	122996	183062	36133	145655	13529
ALTO AMAZONAS	117163	36352	15072	22297	36700	6742	27393	3261
LORETO	69508	22400	8992	13768	20656	3692	15061	2118
MARISCAL RAMÓN CASTILLA	67143	21205	8842	14455	19113	3528	14828	2409
REQUENA	72706	22924	9807	13918	21542	4515	16173	2568
UCAYALI	70783	22520	9442	13703	21067	4051	15818	2394
DATEM DEL MARAÑÓN	59620	22882	8198	11863	14767	1910	13211	1916

Fuente: INEÍ - (Proyección del Censo Nacional año 2007)

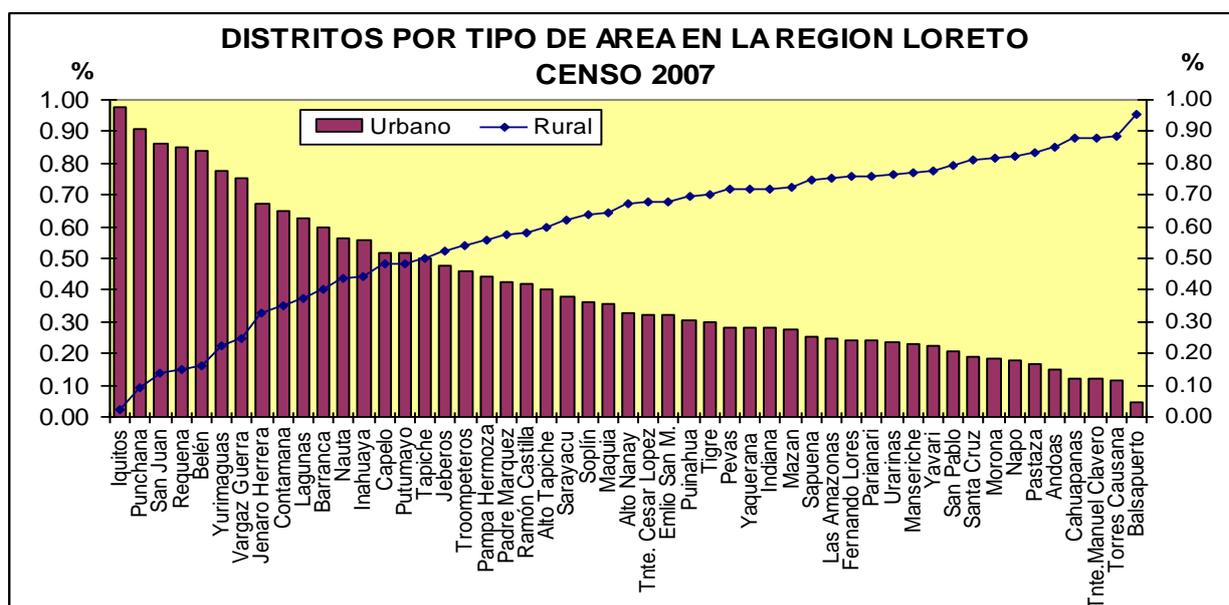
Cuando se analiza la población por etapas de vida, se puede ver que la población adulta es la que representa la mayor proporción (44.63% de la población total), seguida de la etapa de vida niño (28%).

Según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) la organización del sistema, debe incluir actividades de atención por grupos específicos de la población denominados Etapas de Vida.

Según el censo del 2007 la población adulta sigue siendo la de mayor proporción, seguida de la población infantil y adolescente, lo cual nos caracteriza como una población eminentemente joven.

1.2.5. TASA DEMOGRÁFICAS.

Gráfico: 1.22. Proporción de Áreas Rurales y Urbanas por Distritos de la Región Loreto



Fuente: INEÍ

En el gráfico anterior se aprecia que los distritos de la ciudad de Iquitos y Yurimaguas, son los que concentran a la mayor población urbana, mientras que la población eminentemente rural se concentra en los distritos de Balsapuerto, Torres Causana, Teniente Manuel Clavero y Cahuapanas, que tienen como área rural a más del 80% de su jurisdicción.

1.2.6. PERFIL SOCIAL Y ECONÓMICO.

Esperanza de Vida al Nacer (EVN).

Al interior de la región Loreto existe diferencias en la Esperanza de Vida al Nacer de los distritos. Así por ejemplo se aprecia lo siguiente:

- En el Cuartil 1 (Q1: entre 61 y 66 años), distritos con la EVN más baja, se encuentran los siguientes: Vargas Guerra, Sarayacu, Pampa Hermosa, Padre Márquez, Inahuaya, Contamana, Yaquerana, Jenaro Herrera, Tapiche, Soplín, Sapuená, Puinahua y Maquia
- En el Cuartil 4 (Q4: entre 67.90 y 71.28 años), distritos con la EVN más alta, se encuentran los siguientes: San Juan Bautista, Belén, Torres Causana, Putumayo, Punchana, Napo, Mazán, Las Amazonas, Indiana, Iquitos, Alto Nanay y Fernando Lores.

Índice de Desarrollo Humano (IDH).

La forma como se clasifica la valoración del IDH es:

- ÍDH alto de 0.8000 a 1.0000,
- ÍDH mediano de 0.5000 a 0.7999,
- ÍDH bajo de 0.0000 a 0.4999.

La región Loreto se encuentra en el nivel mediano (IDH de 0.529). Los distritos con IDH más bajo son Balsapuerto, Cahuapanas y Yaquerana, y los distritos con mayor IDH son Iquitos y Requena.

Estratos de Pobreza.

De acuerdo a los indicadores de pobreza brindados por FONCODES, todos los distritos de la región Loreto, corresponden a las categorías de Pobres, Muy Pobres y Extremadamente Pobres.

Así de acuerdo a las categorías tenemos:

- 05 Distritos Pobres: Iquitos, Punchana, Belén, San Juan Bautista y Yurimaguas.
- 13 Distritos Muy Pobres: Putumayo, Ramón Castilla, Yavarí, Requena, Sapuena, Nauta, Indiana, Jenaro Herrera, Tapiche, Sarayacu, Vargas Guerra, Contamana y Padre Márquez.
- 33 Distritos Extremadamente Pobres: El resto de los distritos de la región Loreto.

1.2.7. COMUNIDADES INDÍGENAS.

El territorio de la región Loreto se encuentra ampliamente habitado por comunidades indígenas, que representan el 10.78% de la población total de indígenas de la amazonía peruana. Estas comunidades presentan características peculiares de vivencia que condicionan situaciones que repercuten en el estado de salud de su población.

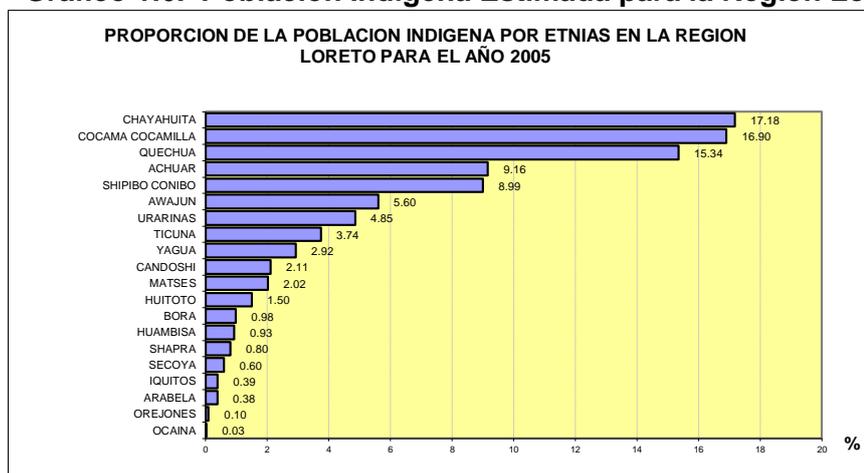
Aspectos Demográficos.

En el año 2004 se ha realizado un recuento de la población indígena, estimándose un total de 101961 habitantes. La población masculina fue de 97032 (51.0%) y la femenina de 93,263 (49.0%).

En Loreto existen 689 comunidades nativas y numerosos grupos indígenas. La población estimada representa el 10.8% de la población total de Loreto.

La provincia Alto Amazonas tiene la más alta concentración y el más alto volumen de pobladores indígenas (38,735 hab.), seguido de Loreto y Maynas con 27,731 y 14,533 habitantes respectivamente.

Gráfico 1.6. Población Indígena Estimada para la Región Loreto



Fuente: INEÍ Censo Nacional del año 2005

Los distritos con concentración superior al 30% de pobladores indígenas, se encuentran en la provincia Alto Amazonas (Balsapuerto, Cahuapanas y Morona) y Loreto (Torres Causana y Trompeteros).

Se estima que sólo el 73.8% del total de pobladores indígenas fueron censados en 1993 por el INEI.

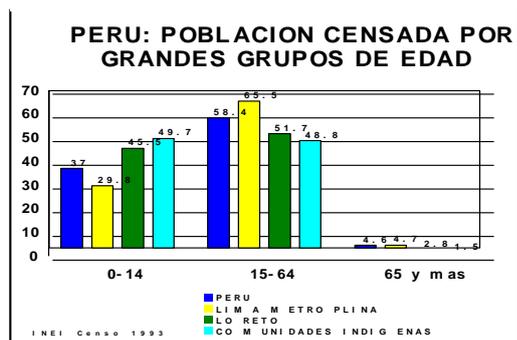
Después de Loreto, Junín es la segunda región con mayor población indígena (57,530 hab.), luego Amazonas (49,717 hab.) y Ucayali (40,463 hab.).

Las comunidades indígenas con mayor población en nuestro país como los Aguarunas (19% del total de indígenas del Perú) se encuentran viviendo en la región Amazonas. La segunda mayor comunidad indígena es la Campa Asháninka (17%) y vive mayoritariamente en Junín, sigue en población los Lamas-Chachapoyas (9%) que viven mayoritariamente en San Martín; los Shipibo-Conibo (8%) se asientan mayoritariamente en Ucayali. La quinta comunidad indígena representativa en población es la Chayahuita (6%) y se encuentra asentada mayoritariamente en la región Loreto.

Estructura de la Población Indígena.

En cuanto a la composición de la población indígena se tiene lo siguiente:

Gráfico Nº 1.33

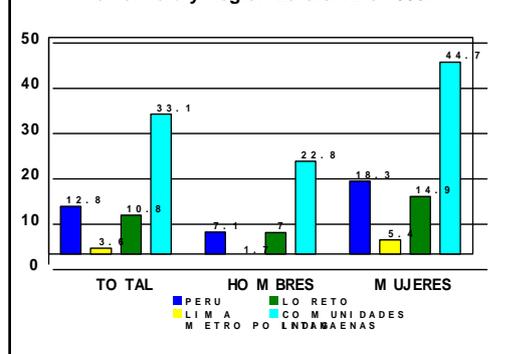


El número de varones por cada 100 mujeres (Índice de Masculinidad) en las comunidades indígenas de Loreto es 106, lo que podría relacionarse con una mayor mortalidad de la población femenina en los primeros años de vida y durante la gestación. Algunas excepciones se presentan en los Achuales y Chayahuitas donde el índice de masculinidad es de 100.4.

como producto de un elevado nivel de fecundidad. La edad mediana de la población está en 17 años.

- En estas comunidades la población mayor de 15 años representa el grupo mayoritario (70-80% de la población).
- Todas las comunidades presentan un nivel de educación muy bajo, existiendo alguna diferencia entre un grupo y otro. El 56% de sus habitantes cuentan con algún nivel de educación primaria y solo el 7% con algún nivel de secundaria. El analfabetismo fluctúa entre el 40 y 60% entre las mujeres de 12 a 49 años elevándose a 68% entre las mujeres de 40 a 49 años.

Gráfico Nº 1.34. Tasa de Analfabetismo Según Sexo en el Perú y Región Loreto. Año 1993.



La mortalidad infantil es muy elevada: Los Aguarunas presentan una Tasa de 148 muertes en menores de 01 año por mil nacidos vivos. Este hallazgo está relacionado con el nivel de fecundidad que fluctúa entre 12.4 en los Shipibos y 9.0 en los Chayahuitas.

Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 1993.

Principales Comunidades Indígenas en la región Loreto.

Actual:

- Cuentan con 4719 habitantes en 38 comunidades (censo de 1993),
- Es vinculada a los Jíbaros con los que se unieron para resistir la dominación española,
- En la época del caucho esta comunidad indígena establece relaciones comerciales con los caucheros con quienes realizan intercambios entre el caucho a cambio de telas, escopetas y otros productos de escaso valor. Luego del decaimiento del caucho se dedicaron al comercio de la balata y lecha de caspi, y posteriormente piel de animales, ambos se realizaban bajo el dominio económico de “patrones”,
- Están distribuidos en los distritos de Morona, Pastaza, Trompeteros y Tigre en las provincias de Alto Amazonas y Loreto,
- Pertenecen a la familia lingüística JÍBARO,

- Tasa de Mortalidad Infantil: 139.0,
- Tasa de Fecundidad: 9.7 hijos por mujer,
- Tasa de Analfabetismo: 32% (15 a 17 años) y 19% (12 a 14 años).

Aguaruna.

- Representan, aproximadamente, al 19% del total de las comunidades indígenas del país, siendo la comunidad más numerosa del Perú. En Loreto son el cuarto grupo con mayor población. Los Aguaruna cuentan con 45,137 habitantes distribuidas en 247 comunidades (censo de 1993),
- Es una de las etnias que ofrecieron resistencia a su conquista desde la época del imperio Incaico, con incursiones de Túpac Yupanqui y Huayna Cápac, y luego de los españoles. Incluso lograron tener enfrentamientos importantes con misiones jesuitas, quienes tuvieron que retroceder ante la rebelión de los Aguarunas. Posteriormente misioneros evangélicos jesuitas, programas de colonización militar y la construcción de la carretera Olmos-Río Marañón, se presentan como hitos de penetración de la cultura occidental en las comunidades Aguarunas,
- En la región Loreto están distribuidas en los distritos de Barranca, Cahuapanas, Manseriche y Morona en la provincia de Alto Amazonas,
- Pertenecen a la familia lingüística JÍBARO,
- Tasa de Mortalidad Infantil: 148.0,
- Tasa de Fecundidad: 10.8 hijos por mujer,
- Tasa de Analfabetismo: 15% (15 a 17 años) y 14% (12-14 años).

Candoshi.

- Los Candoshi-Murato cuentan con 1916 habitantes en unas 26 comunidades (censo de 1993),
- Los Candoshi-Murato son identificados por los españoles a mediados del siglo XVIII. Igualmente la extracción del caucho y madera han sometido a estas comunidades a un sistema injusto de trabajo,
- En la región Loreto están distribuidos en los distritos de Lagunas, Cahuapanas, Pastaza y Morona en la provincia de Alto Amazonas,
- Pertenecen a la familia lingüística JÍBARO.

Chayahuita.

- Los Chayahuita cuentan con 13.700 habitantes en unas 96 comunidades (censo de 1993). Es la comunidad nativa más numerosa de la región Loreto.
- Estas comunidades también formaron parte de las reducciones efectuadas por los españoles a través de sus religiosos. Actualmente siguen ocupando sus territorios tradicionales como las altas montañas del río Sillay y los sectores del Shanusi, Cahuapanas y Yurimaguas. Como parte de las huídas de la conquista de los españoles desde Moyobamba, se escondieron en las quebradas del río Parapapura. En sus inmediaciones el Padre Figueroa fundó el pueblo de Nuestra Señora de Loreto de Parapapura,
- En la región Loreto están distribuidas en los distritos de Balsapuerto, Cahuapanas, Jeberos, Lagunas, Morona, Teniente César López Rojas y Yurimaguas, en la provincia Alto Amazonas. Además existen grupos que viven en el distrito de Papaplaya en la región San Martín,
- Pertenecen a la familia lingüística CAHUAPANA.
- Nivel de educación. De los 11979 habitantes censados en 1993, se tiene lo siguiente: el 43% no tienen ningún nivel de educación, el 43% cuenta con algún nivel de educación primaria, el 5% tiene algún grado de educación secundaria y sólo el 1% tiene algún nivel de educación superior. Asimismo solo 1% tiene nivel inicial o pre-escolar. El 7% no está especificado. Comparados con los Cocama-Cocamilla y los Quichuas, esta comunidad cuenta con el menor nivel de educación,

- Tasa de Mortalidad Infantil: 125.0,
- Tasa de Fecundidad: 9.0,
- Tasa de Analfabetismo: 29% (15 a 17 años) Y 19% (12-14 años).

Cocama-Cocamilla.

- Los Cocama-Cocamilla cuentan con 10705 habitantes en unas 41 comunidades (censo de 1993),
- Estos dos pueblos, Cocamas y los Cocamillas, fueron antiguamente dos sociedades bien diferenciadas pero el dominio español que las sometió ocasionó inicialmente cruentas rebeliones la misma que fue reprimida y posteriormente originó su dispersión a través de toda la región Loreto.
- En la región Loreto están distribuidas en los distritos de Lagunas y Santa Cruz (provincia Alto Amazonas) y Nauta y Parinari (provincia Loreto). Asimismo algunos grupos están ubicados en otros distritos como Putumayo (Maynas) Maquía (Requena) y Padre Márquez (Ucayali). Además existen grupos Cocama-Cocamilla que viven los distritos de Iparia y Yarinacocha en la región Ucayali,
- Pertenecen a la familia lingüística TUPI GUARANI,
- Nivel de educación. De los 7478 habitantes censados en 1993 se tiene lo siguiente: el 10% no tienen ningún nivel de educación, el 4% nivel inicial o pre-escolar. el 63% cuenta con algún nivel de educación primaria, el 10% tiene algún grado de educación secundaria y sólo el 2% tiene algún nivel de educación superior. El 11% no está especificado.
- Tasa de Mortalidad Infantil: 142.0,
- Tasa de Fecundidad: 10.2.

Quichua.

- Los Quichuas cuentan con 10553 habitantes en unas 77 comunidades (censo de 1993),
- Está dividida en tres grupos denominados del Napo, Pastaza y Tigre. Son pueblos quechua hablantes debido a que los colonos del área andina de Ecuador introdujeron la lengua conjuntamente con los jesuitas que los redujeron. Fueron, al igual que las otras comunidades indígenas, explotados y maltratados,
- El grupo Quichua del Pastaza está ubicado entre los territorios de Perú y Ecuador. Fue evangelizado por los Jesuitas, Franciscanos y Dominicos. No son una etnia sino varios grupos distintos como los Canelo, Coronado, Urarina, Romayna, Shimigae, Arabela, Murato y Achual entre otros. A todos ellos les impusieron el idioma quechua. Los quichuas del Tigre se desprendieron de los grupos quichua del Napo
- En la región Loreto están distribuidas en los distritos de Barranca y Pastaza (provincia Alto Amazonas), Tigre y Trompeteros (provincia Loreto). Asimismo se encuentran en los distritos de Putumayo, Mazán, Napo, Putumayo y Torres Causana (provincia Maynas). Además existen grupos que viven en el distrito de Quimbiri, región Cuzco.
- Pertenecen a la familia lingüística QUECHUA,
- Nivel de educación. De los 8452 habitantes censados en 1993 se tiene lo siguiente: el 31% no tiene ningún nivel de educación, el 2% tiene nivel inicial o pre-escolar, el 56% cuenta con algún nivel de educación primaria, el 5% tiene algún grado de educación secundaria y sólo el 2% tiene algún nivel de educación superior. El 4% no está especificado,
- Tasa de Mortalidad Infantil: 114.0,
- Tasa de Fecundidad: 11.0,
- Tasa de Analfabetismo: 10% (15 a 17 años) y 11% (12-14 años).

Aspecto Económico. La economía de las comunidades nativas, al igual que las poblaciones rurales de la selva, se basa en la extracción de recursos naturales, agricultura, actividades pecuarias y artesanía.

Las características son las siguientes:

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

- La intensidad y extensión con que se da una u otra actividad está condicionada por los siguientes elementos:
 - Satisfacción de las necesidades familiares,
 - Períodos climáticos,
 - Oportunidad y/o exigencia del mercado.
- Predomina la economía de subsistencia, el excedente es para el mercado, aunque la mayoría de las veces no se comercializa si no que se sacrifica al consumo familiar. La comercialización se da en condición extremadamente desventajosa,
- La forma de trabajo es básicamente familiar, siendo frecuente las mingas. Cada vez es menor la incidencia del trabajo comunal. En muchos lugares va cobrando auge el trabajo asalariado.

Tabla Nº 1.26

LORETO: POBLACION TOTAL DEPARTAMENTAL Y POBLACION CENSADA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS*

Departamento Provincia/Distrito	Población Total	Población indígena	Porcentaje de población indígena
LORETO	791173	66459	8.4
A. AMAZONAS	149242	35221	23.6
YURIMAGUAS	59733	60	0.1
BALSAPUERTO	13418	12586	93.8
BARRANCA	11537	2480	21.5
CAHUAPANAS	10077	6742	66.9
JEBEROS	3289	625	19
LAGUNAS	13192	3245	24.6
MANSERICHE	9600	4022	41.9
MORONA	1141	841	73.7
PASTAZA	17118	6299	36.8
STA.CRUZ	4515	1142	25.3
TNTE.C.LOPEZ	5622	112	2
LORETO	64317	9583	14.9
NAUTA	33918	407	1.2
PARINARI	8118	3556	43.8
TIGRE	5299	1314	24.8
TROMPETEROS	6167	3608	58.5
URARINAS	10815	389	3.6
R. CASTILLA	35546	5296	14.9
R.CASTILLA	15069	3059	20.3
PEVAS	12366	2164	17.5
YAVARI	8111	1160	14.3
MAYNAS	484849	17455	3.6
IQUITOS	331548	332	0.1
INDIANA	16900	659	3.9
LAS AMAZONAS	13869	1193	8.6
MAZAN	15250	244	1.6
NAPO	14917	5057	33.9
PUNCHANA	73043	73	0.1
PUTUMAYO	9788	5207	53.2
TORRES CAUSANA	6584	4280	65
YAQUERANA	2950	1888	64
REQUENA	14694	529	3.6
ALTO TAPICHE	1944	208	10.7
EMILIO SAN MARTIN	4921	54	1.1
MAQUIA	7829	1754	22.4
UCAYALI	42525	1318	3.1
CONTAMANA	20237	911	4.5
PADRE MARQUEZ	8514	443	5.2
PAMPA HERMOSA	4343	439	10.1
VARGAS GUERRA	9431	57	0.6

* A partir de los porcentajes del Censo de 1993 se calcularon las poblaciones en cada distrito con el estimado poblacional para el año 2000

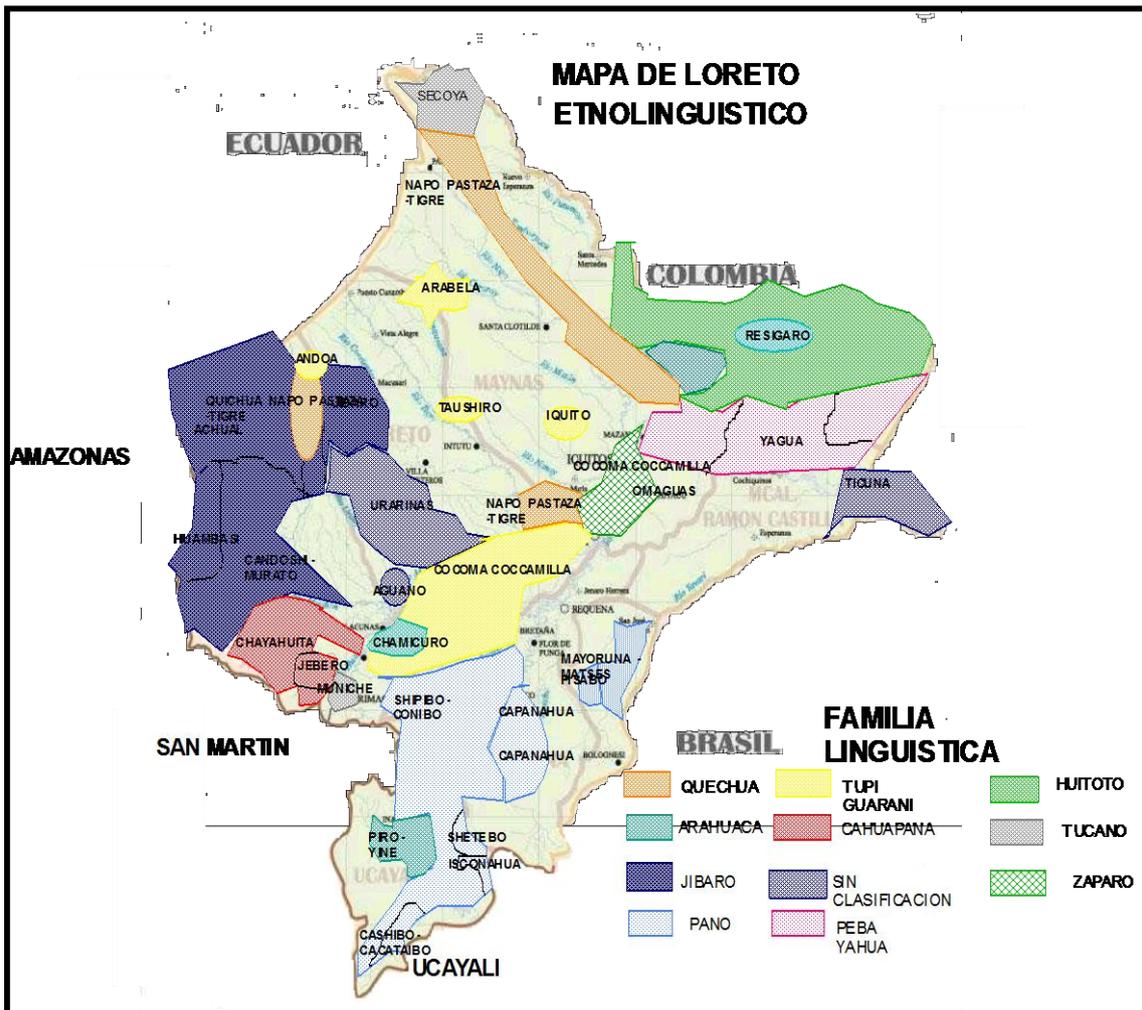
Tabla Nº 1.27
DISTRIBUCIÓN ÉTNICA POR DISTRITOS Y PROVINCIAS EN LA REGIÓN LORETO.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

Etnia	Distrito	Provincia
Achual, Aguaruna, Candoshi, Chayahuita y Huambisa	Morona	Alto Amazonas
Achual, Candoshi, Quichua	Pastaza	
Aguaruna, Huambisa y Quichua	Barranca	
Aguaruna, Candoshi y Chayahuita	Cahuapanas	
Aguaruna	Manseriche	
Candoshi, Chamicuro, Chayahuita y Cocama-Cocamilla	Lagunas	
Chayahuita	Balsa puerto	
Chayahuita.	Jeberos	
Chayahuita.	Teniente César López	
Cocama Cocamilla.	Santa Cruz	
Chayahuita.	Yurimaguas	Loreto
Achual, Jíbaro, Quichua y Urarina.	Trompeteros	
Urarina.	Urarinas	
Achual, Quichua.	Tigre	
Cocama Cocamilla.	Nauta	
Cocama Cocamilla.	Parinari	Maynas
Orejón y Quichua.	Mazán	
Mayoruna-Matsés.	Yaquerana	
Huitoto-meneca.	Punchana	
Arabela, Huitoto-Murui, Orejón y Quichua.	Napo	
Cocama-Cocamilla, Huitoto-meneca y Huitoto-muiname, Huitoto-murui, Ocaína, Orejón, Quichua, Secoya, Ticuna y Yagua.	Putumayo	
Huitoto-meneca y Yagua.	Indiana	
Yagua.	Las Amazonas	
Quichua y Secoya.	Torres Causana	
Ticuna y Yagua.	Ramón Castilla	
Ticuna.	Yavarí	
Bora, Huitoto-Meneca, Huitoto-Murui, Ocaína y Yagua.	Pevas	Requena
Capanahua.	Alto Tapiche	
Capanahua.	Emilio San Martín	
Cocama Cocamilla.	Maquía	
Cocama Cocamilla.	Padre Márquez	Ucayali

Fuente: Censo Nacional del año 2005

Gráfico No 1.35. Comunidades Según Características Etno - Lingüísticas en la Región Loreto

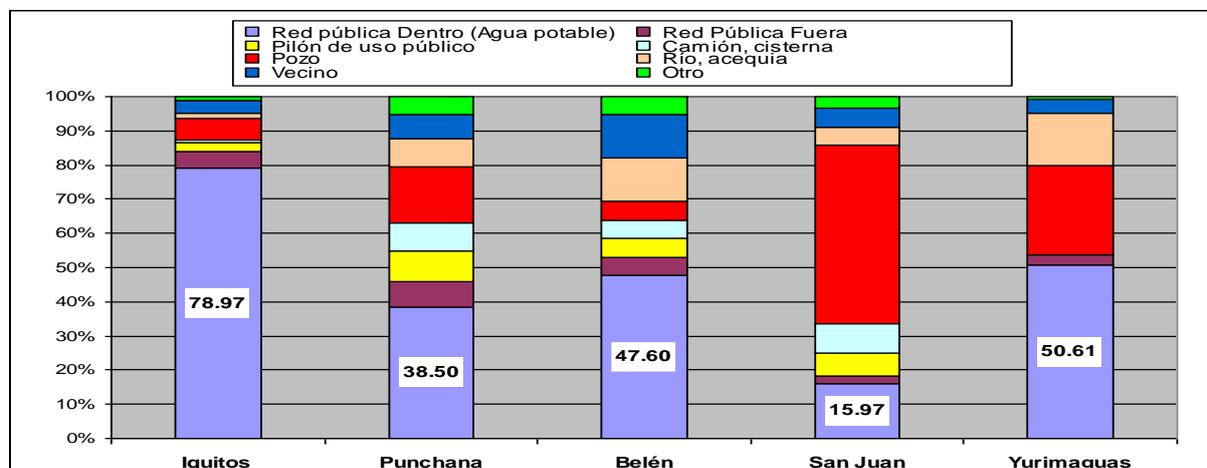


Fuente: Gobierno Regional de Loreto

2 FACTORES DETERMINANTES.

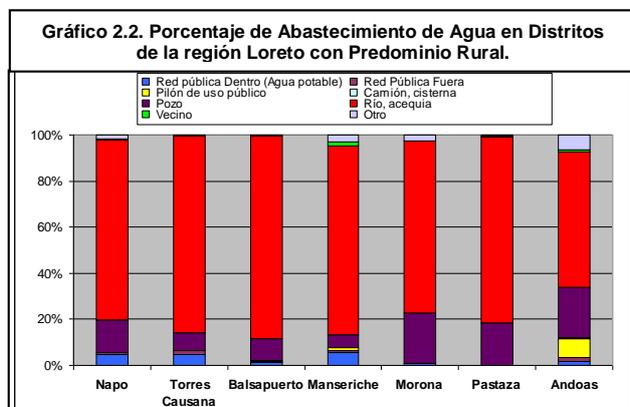
2.1 Acceso a Agua Potable.

Gráfico 2.1. Tipos de Abastecimiento de Agua en Distritos de la Región Loreto con Predominio Urbano.

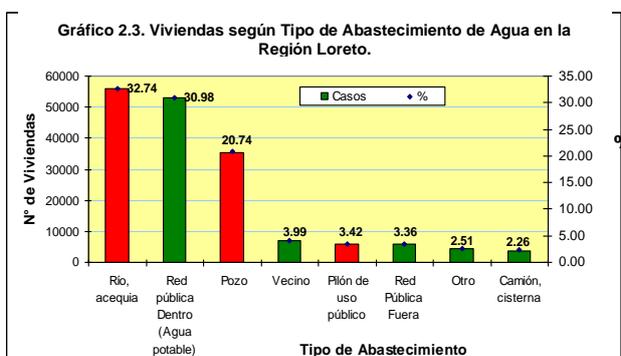


Fuente: INEÍ.

Un problema sanitario importante es la deficiencia en el abastecimiento de agua a nivel domiciliario en distritos, incluso, de las grandes ciudades. En el distrito San Juan Bautista es más crítico, ya que el predominio de consumo de agua de pozo, lo ubica como una zona de riesgo elevado para la ocurrencia de enfermedades metaxénicas como el Dengue y la Malaria.



El otro grupo de distritos, donde el problema es mucho más grave, probablemente representa más del 70% de distritos de la región Loreto, son aquellos en donde el acceso al agua por red pública es inferior al 5% de viviendas, y lo que preocupa es que la mayor parte de la población utiliza agua de fuentes pocos seguros (ríos, acequias, pozos, etc.), lo que lo condiciona a factores de alto riesgo para la presencia de enfermedades y daños de importancia en la salud pública de la región.



Fuente: INEÍ – Censo Nacional

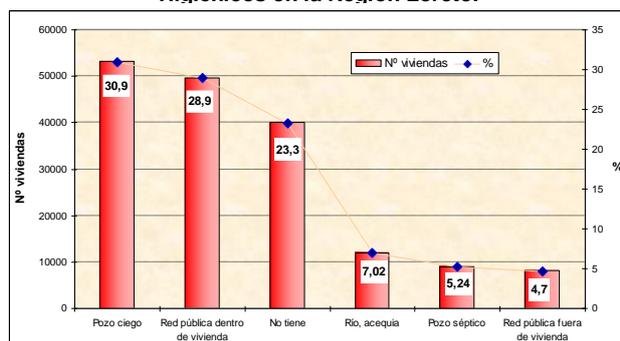
En el gráfico 1.27 se observa que la mayor proporción de viviendas tienen como fuente de abastecimiento de agua para consumo humano al río o acequia (32.74%) o sea que realizan el uso de agua en forma directa, seguido del tipo de red pública domiciliaria (30.98%). En general la mayor parte de la población tiene como fuente de abastecimiento de agua, para consumo humano, a ríos, acequias, pozos, etc., que representan

situaciones de alto riesgo para la ocurrencia de

Fuente: INEÍ Censo Nacional.

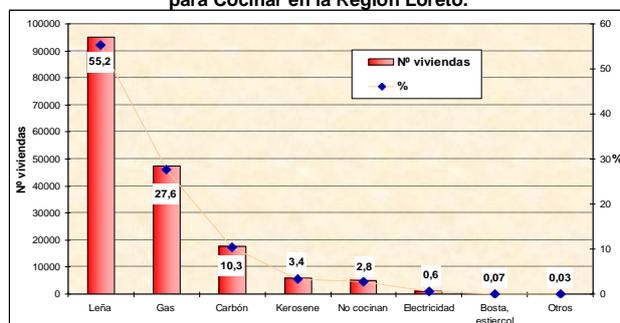
enfermedades transmitidas por alimentos, entre otras.

Gráfico 2.4. Viviendas según Tipo de Servicios Higiénicos en la Región Loreto.



Fuente: INEI – Censo Nacional.

Gráfico 2.25. Tipos de Abastecimiento de Energía que Utilizan para Cocinar en la Región Loreto.



Fuente: INEI – Censo Nacional.

Según el tipo de servicios higiénicos que poseen las viviendas, se aprecia que menos de la tercera parte de ellas tienen red pública dentro de la vivienda, que representa una situación ideal. Cerca del 36% tienen algún tipo de pozo, sea este séptico o ciego. El resto realiza la eliminación de excretas en condiciones inadecuadas, que pueden representar alto riesgo para la presencia de enfermedades de importancia en salud pública.

En cuanto al tipo fuente para el abastecimiento de energía, la mayor parte de viviendas (65.2%) utilizan fuentes inadecuadas, leña y carbón, lo que condiciona la presencia de factores de riesgo para la presencia de enfermedades respiratorias y alérgicas en los grupos vulnerables, niños y ancianos.

Los contaminantes relacionados con el uso de leña o carbón es un factor que influye en forma negativa en la salud de las personas, potenciado a situaciones de hacinamiento y estilos de vida poco saludables.

Idioma Materno.

Tabla Nº 2.1. Porcentaje de Personas Que Tienen al Español Como Idioma Materno Según Provincias de la Región Loreto.

Provincias	1993	2007
Alto Amazonas	82.6	98.6
Datem del Marañón	--*	36
Loreto	93.0	98.3
Mariscal Ramón Castilla	91.8	97.3
Maynas	97.0	97.2
Requena	99.5	98.7
Ucayali	98.9	98.7
Regional	94.0	94.3

* En 1993 no existía la provincia de Datem del Marañón.

FUENTE: INEI - Censos Nacionales 1993 y 2007.

Para el 2007, en la región Loreto, el 94.3% de habitantes tienen al español como idioma materno, lo cual representa un incremento del 0.3% en comparación con 1993. Al analizar esta condición por provincias, observamos que Alto Amazonas muestra el mayor incremento (16%), seguido de Mariscal Ramón Castilla (5.5%) y Loreto (5.3). Las provincias de Requena y Ucayali, por el contrario, muestran una disminución en el porcentaje, pero en cifras absolutas se evidencia un incremento más mesurado.

Vivienda.

Según el Censo Nacional del año 2007, en la región Loreto, el 78.6% de personas vivían en Casa Independiente, mientras un 16.9% en Chozas o Cabañas. 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%.

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

Tabla Nº 2.2. Porcentaje de Tipos de Vivienda Según Provincias en Loreto

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%
Viv. 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%
Total	100.0							

Fuente: INEÍ - Censo Nacional año 2007

Material de las Paredes.

Tabla Nº 2.3. Porcentaje de Tipo de Material de las Paredes de las Viviendas Según Provincias en la región Loreto. 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	4.0	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
Regional	21.6	28.9	71.8	66.6

Fuente: INEÍ – Censo Nacional año 2007

En la región Loreto, los dos materiales predominantes en la construcción de las paredes de las viviendas son la madera y el ladrillo. En el cuadro anterior se aprecia un incremento de

7.3%, de viviendas que tienen paredes de Ladrillo, mientras que las viviendas con paredes de Madera han disminuido en 5.2%, según los Censos Nacionales de 1993 y 2007.

A nivel provincial observamos que para 2007 Ramón Castilla, Requena y Ucayali contaban con más del 90% de viviendas de madera mientras que Maynas sólo cuenta con el 52.2%. Con respecto a las viviendas hechas de ladrillo, la provincia de Datem del Marañón es la que menos cuenta con este tipo de viviendas (.22%), mientras que Maynas cuenta con un 44.4% de ellas.

Acceso a Agua Potable.

En la región Loreto, entre 1993 y 2007, hubo un incremento del 1.8% en las viviendas que tienen acceso a agua potable proveniente de la red pública. Este incremento es más importante en las provincias Alto Amazonas (19%), Ucayali (13.5%) y Loreto (8.0%). En Maynas y Mariscal Ramón Castilla se observa una disminución en el porcentaje de viviendas con acceso al agua en los períodos considerados, pero que en valores absolutos de viviendas, sí se evidencia un incremento en el número de viviendas con esta condición.

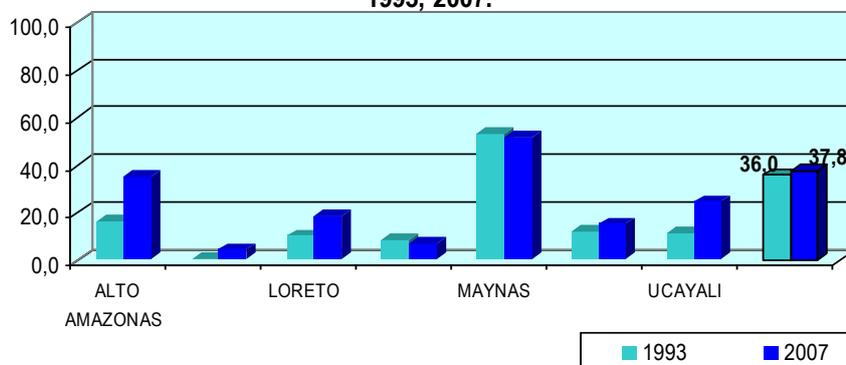
Tabla Nº 2.4. Porcentaje de Viviendas con Acceso a Agua Potable de Red Pública. Loreto y Provincias.

Provincias	1993	2007
Alto Amazonas	15.9	34.9
Datem Del Marañón	0.0	4.1
Loreto	10.0	18.4
Mariscal Ramón Castilla	8.1	6.8
Maynas	52.9	51.4
Requena	11.7	15.0
Ucayali	10.9	24.4
Regional	36.0	37.8

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

Gráfico Nº 2.6.

Viviendas con Acceso a Agua Potable de Red Pública. Loreto y Provincias. 1993, 2007.



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

Acceso a Servicios Higiénicos.

Tabla N° 2.5. Porcentaje de Viviendas que Tienen Acceso a Cualquier Tipo de Servicios Higiénicos. Loreto y Provincias.

Provincias	1993	2007
Alto Amazonas	32.5	53.1
Datem Del Marañón	0	32.6
Loreto	44.7	66.4
Mariscal Ramón Castilla	42.8	68.9
Maynas	72.6	77.8
Requena	44.7	66.2
Ucayali	42.1	68.9
Regional	58.4	69.7

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

En Loreto, para 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 Ucayali (26.8%), Mariscal Ramón Castilla (26.1%) y Loreto (21.7%). La provincia de Maynas es la que presentó el menor incremento (5.2%).

Alumbrado Eléctrico.

Tabla N° 2.6. Porcentaje de Viviendas con Acceso a Alumbrado Eléctrico en la Región Loreto y Provincias.

Provincias	1993	2007
Alto Amazonas	27.9	50.3
Datem Del Marañón	0.0	26.9
Loreto	20.5	42.2
Mariscal Ramón Castilla	25.8	37.7
Maynas	63.7	71.8
Requena	28.5	60.3
Ucayali	35.5	59.5
Regional	48.5	61.3

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

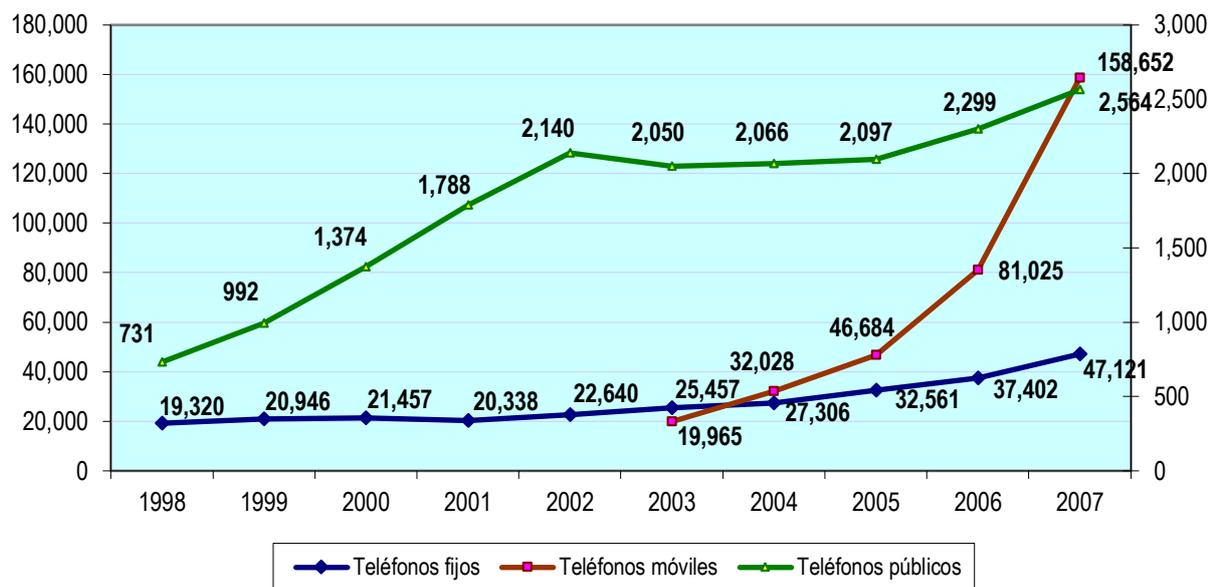
Entre 1993 y 2007 hubo un incremento del 12.8% de las viviendas con alumbrado eléctrico a nivel regional.

La provincia de Maynas es la que cuenta con más porcentaje de viviendas con alumbrado eléctrico (71.8%). Las provincias de Alto Amazonas, Ucayali y Requena cuentan con el 50% o más de alumbrado eléctrico en vivienda, mientras que Datem del Marañón con el 26.9%.

Servicio de Telefonía en Vivienda.

Gráfico N° 2.7.

Líneas Telefónicas Activas Según Tipo. Loreto. 1998 a 2007.



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

En el gráfico anterior observamos que desde 1998 a 2007 Loreto ha experimentando un incremento sostenido en el número de teléfonos fijos y móviles. También hubo incremento en el número de teléfonos públicos. Es más notorio el incremento vertiginoso de las líneas de telefonía móvil (794.65%) comparando el año 2003 (19965 unidades) y 2007 (158652).

Tabla N° 2.7. Porcentaje de Viviendas con Acceso a Telefonía en la Región Loreto y Provincias.

Provincias	1993	2007
Alto Amazonas	1.6	11.4
Datem del Marañón	--	0.3
Loreto	0.0	5.6
Mariscal Ramón Castilla	1.1	3.6
Maynas	8.8	24.8
Requena	0.0	5.6
Ucayali	0.8	7.1
Regional	5.5	17.0

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

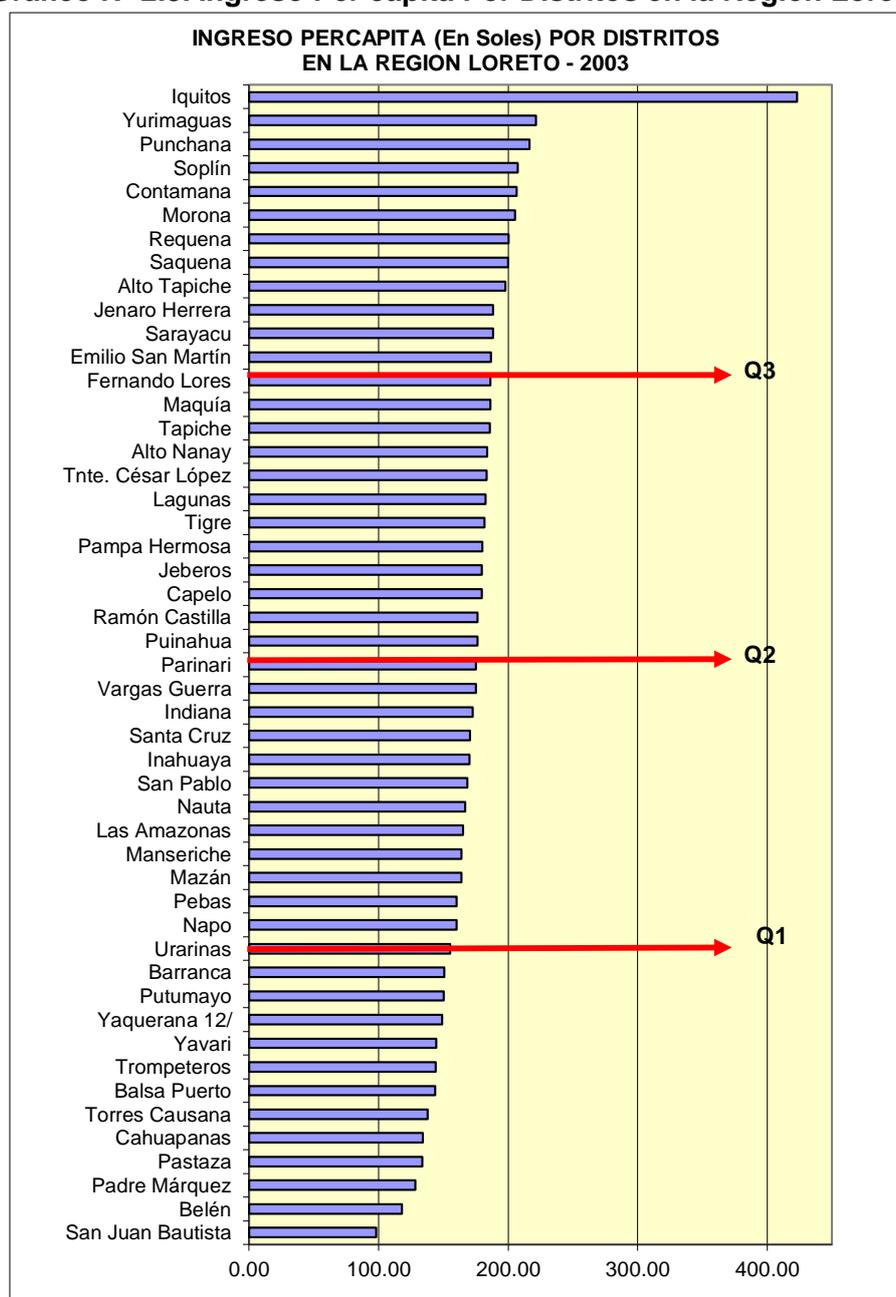
Entre 1993 y 2007 hubo un incremento del 11.5% de viviendas con acceso a telefonía. Este incremento es más importante las provincias de Maynas y Alto Amazonas con 16.0% y 9.8% de incremento respectivamente. También se observa que Loreto y Requena, en 1993 no contaban con telefonía en viviendas, ya en 2007 alcanzan porcentajes, todavía bastante bajos, de este servicio.

2.2 Ingreso Per cápita en la Región Loreto.

En el gráfico N° 1.32, en 48 distritos, el ingreso per cápita mensual oscila entre 98.00 y 221.00 nuevos soles. Sólo en el distrito de Iquitos, el promedio alcanza a 422.00 n.s.

Cuando analizamos los datos por cuartiles, nos encontramos que el Q1 (los de menores ingresos) abarca a 13 distritos (promedio de ingreso per cápita entre 98.00 y 155.00 n.s.). En el Q4 (los de mayores ingresos) abarca a 12 distritos (promedio de ingreso per cápita entre 186.00 y 422.00 n.s.).

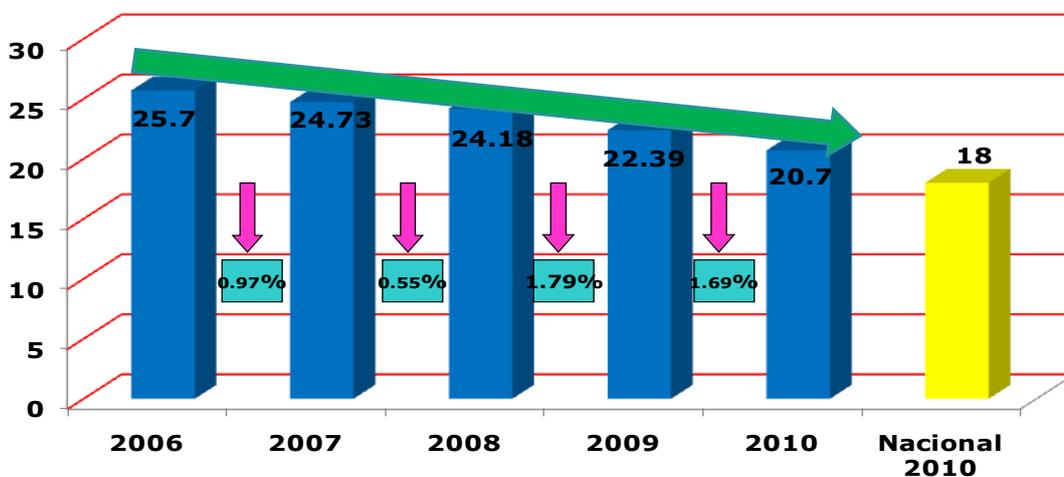
Gráfico N° 2.8. Ingreso Per cápita Por Distritos en la Región Loreto.



1.3. NUTRICIÓN

La desnutrición en los niños menores de 5 años en Loreto se encuentra ligeramente por encima del promedio nacional, según ENDES 2008 el promedio nacional de desnutrición crónica fue de 21.8.4% y a nivel regional 21.2%. La desnutrición aguda a nivel nacional es de 0.7% y a nivel regional 1.5%, resultados que están asociados a la inadecuada alimentación de las gestantes en términos de cantidad, calidad y frecuencia de alimentación durante su periodo de gestación, inadecuada lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del bebe, porque se introducen alimentos antes de tiempo, inadecuado proceso de alimentación complementaria durante el periodo de 6 a 12 meses; inadecuada alimentación cuando se encuentra en procesos infecciosos como las EDA's e IRA's. En consecuencia es evidente la urgencia de priorizar la atención a esta población priorizada a través de actividades preventivas promocionales. Para ello se debe continuar el fortalecimiento de las competencias técnicas del personal de salud involucrado en estas actividades, con los agentes comunitarios y promotoras sociales como aliados estratégicos, así mismo se deben continuar las alianzas con los gobiernos locales y trabajar inter-institucionalmente como lo es el plan **TZETA TANA AIPA** (“Queremos Crecer”).

Gráfico N° 2.10.



FUENTE: BASE DE DATOS: SISTEMA DE INFORMACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN.

El gráfico anterior muestra un incremento de los 3 tipos de desnutrición, porque hasta inicios del 2005 el CENAN estaba ejecutando el Plan de Intervención Educativo Nutricional en 84 Establecimientos de Salud, seleccionados por su concentración de población y accesibilidad, una vez terminado el proyecto no hubo apoyo económico de ninguna institución cooperante para la sostenibilidad de las actividades de intervención (Fortalecimiento de capacidades del personal de salud, sesiones demostrativas en alimentación, consejería nutricional pasacalles y difusión radial en temas de alimentación y nutrición).

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

Del 2006 al 2008 se observa ligero incremento en la Desnutrición Global y Aguda, y descenso de la Desnutrición Crónica. A partir del 2008 se observa disminución de los casos de desnutrición, producto del trabajo multisectorial realizado a través de la estrategia nacional CRECER y específicamente en los 11 distritos más pobres priorizados por el Programa JUNTOS, así como los apoyos financieros del Articulado Nutricional (Presupuesto por resultados) y la Agencia Española de Cooperación Internacional de Desarrollo (AECID) que fortalecieron las capacidades técnicas del personal el mismo que se vio reflejada en las intervenciones integrales en la población priorizada (niño menor de 5 años, gestante y madre que da de lactar).

La desnutrición crónica en Loreto en el 2010 fue de 22.39% (4,963/22,166) en niños menores de 05 años evaluados; 10 distritos presentan los más altos porcentajes como son: Jeberos (38.15%), Cahuapanas (35.2%), Pastaza (34.69%), Morona (34.65%), Torres Causana (34.25%), Manseriche (33.84%), Balsapuerto (33.02%), Urarinas (31.12%), Sarayacu (30.22%) y Maquía (29.24%). Los 08 primeros distritos excepto pertenecen al programa JUNTOS, seleccionados como distritos más pobres de los 40 distritos del primer quintil de pobreza, motivo por el cual se priorizaron el fortalecimiento de competencias técnicas en temas de alimentación y nutrición, al personal de salud de esa jurisdicción durante los años 2008 y 2009.

Los altos porcentajes de desnutrición que presentan algunos distritos se debe principalmente a la inaccesibilidad geográfica y la presencia de etnias con costumbres arraigadas, asociado a los episodios de enfermedades infecciosas prevalentes de la infancia.

Los distritos que presentan menos porcentajes de Desnutrición y que están por debajo del promedio regional son: Iquitos (14.36%), Belén (21.05%), Punchana (21.08%), Yurimaguas (17.11%), Jenaro Herrera (17.69%), Putumayo (18.17%), Sapuena (18.45%), San Juan Bautista (18.82%), Punaquia (19.06%), Yavarí (19.64%), Indiana (19.83%), Mazán (20.4%) y Barranca (20.95%).

2.5 RECURSOS HIDRICOS

El Ministerio de Salud, a través de la **Dirección General de Salud Ambiental – DIGESA**, en la calidad de Autoridad Sanitaria y en cumplimiento al mandato establecido por el Decreto Ley N° 17752 "**Ley General de Aguas**, viene ejecutando desde el año 1999 el **Programa Nacional de Vigilancia de la Calidad de los Recursos Hídricos**, cuyo objetivo fundamental es la preservación sanitaria y ambiental de la calidad de los recursos hídricos a fin de lograr la salud de la población, asegurar la calidad de las aguas en beneficio de las actividades productivas y mantener el equilibrio ecológico en los hábitat acuáticos.

La DIGESA y las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental son encargadas de llevar a cabo el cumplimiento del **Monitoreo de la Calidad Sanitaria de los Recursos Hídricos**, preservando la salud de las poblaciones que tienen como fuente de abastecimiento principal los ríos de la región.

Los parámetros establecidos en el monitoreo son las siguientes.

- **Parámetros de medición en campo**

PH, Temperatura, Conductividad, Oxígeno Disuelto.

- **Parámetros determinados en laboratorio**

- Físicos: Turbiedad, Sólidos totales y Sólidos suspendidos.
- Iones principales: (Nitratos, Sulfato, cianuro WAD y Libre, cloruros, nitritos, dureza total y cálcica, alcalinidad).

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

- Metales: (Ba, Cd, Cr, Pb, Zn, Mn, Fe, Cu, Hg y As).
- **Parámetros Orgánicos (dependerá de las actividades y usos que tenga el cuerpo de agua)**
 - Aceites y grasas.
 - Hidrocarburos totales de petróleo.

CUENCAS VIGILADAS: La Diresa-Loreto a través de la Dirección de Ecología y Protección del Ambiente viene actualmente vigilando los ríos Amazonas, Nanay, Itaya, Curaray, Napo, Corrientes, Chambira, Ucayali

VIGILANCIA DE LA CUENCA DEL RIO CORRIENTES:

La vigilancia se efectúa en cuerpos de agua en el ámbito de las zonas de explotación petrolera lote 8 Y 1AB, así tenemos: Quebrada Pucacungayacu, Quebrada Pucacuro, Quebrada Huayurí, Quebrada Plantanoyacu, Quebrada Nayanmaca, Quebrada Pavayacu, Quebrada Murayari, Cocha Atiliano, Quebrada Trompeterillo, Quebrada Trompeterillo Chico, Rio Macusari, Rio Corrientes.

RESULTADOS RIO CORRIENTES-2009

En todas las estaciones las concentraciones de Cr, As y Pb son menores a los valores límites de la Resolución Jefatural No. 0291-2009-ANA-Clase VI.

- Para el Cd, en todas las estaciones no se puede evaluar porque el LDM del laboratorio es mayor al valor límite establecido en la R.J. No. 0291-2009-ANA-Clase VI.
- Las concentraciones de Zn en todas las estaciones son menores al valor estándar establecido en el D.S. No. 0002-2008-MINAM.
- Las concentraciones de Cu en casi todas las estaciones son menores al valor estándar establecido en el D.S. No. 002-2008-MINAM para la categoría 4, excepto en el final del tramo 6 de la Laguna MSA
- En cuanto a la evaluación de sedimentos, en el Perú no existe norma técnica que establezca valores límites para evaluar metales pesados, hidrocarburos totales de petróleo y otros parámetros en sedimentos, por lo que los resultados son de carácter informativo
- De los resultados obtenidos de los análisis de sedimentos se tiene que en la estación M-20(Quebrada Trompeterillo chico, aguas abajo del patio de borra) y M-21(final del tramo 6 de la Laguna MSA) presentan mayores concentración de TPH

Tabla Nº 2.22.
RESULTADOS DE ANALISIS DEL MONITOREO DE RECURSOS HÍDRICOS

Ríos	Meses	METALES PESADOS								
		Cu	Cd	Cr	Fe	Mn	Pb	Zn	As	Hg
Rio Itaya	Enero	< 0,005	<0,010	0,050	1,324	0,029	< 0,025	< 0,038	< 0,5	0,55
	Diciembre	0,018	<0,010	< 0,028	1, 45	0,046	0,036	< 0,023	< 0,5	---
Rio Amazonas	Enero	0,026*	<0,010	0,050	20,208	0,369	0,027	0,563	9,0	0,46
	Diciembre	0,021	<0,010	< 0,028	7, 36	0,135	0,027	< 0,034	< 0,5	---
Rio Nanay	Enero	< 0,005	<0,010	0,050	0,998	< 0,025	< 0,025	< 0,038	< 0,5	0,35
	Diciembre	0,020	<0,010	< 0,028	1, 21	0,020	0,037	< 0,022	< 0,5	0,11
Rio Curaray	Octubre	0,011	0,013	< 0,028	3,22	0,085	0,031	0,071	< 0,5	6.5
Rio Napo	Octubre	0,017	0,015	< 0,028	4,83	0,118	0,062	0,049	< 0,5	0,77
Rio Corrientes	Noviembre		<0,010	0,038	38,46	1,081	---	0,086	---	---
Rio Maraón	Diciembre	0,021	<0,010	0,050	13, 5	0,349	0,040	0,064	---	---
VALORES LIMITES(mg/l)		0,02	0,004	0,05	0,30	0,1	0,03	0,18	0,05	0,0002

* Valores (resaltados de color rojo) que superan los valores límites permisibles

3.1 INFRAESTRUCTURA FÍSICA.

Tabla N° 3.3. INFRAESTRUCTURA SANITARIA AÑO 2012

PROVINCIA	CATEGORIAS								TOTAL EE.
	HOSPITAL			CREMI	C.S.		P.S.		
	III-1	II-2	II-1		I-4	I-3	I-2	I-1	
MAYNAS	1	1	0	1	4	15	16	75	113
RAMON CASTILLA	0	0	0	0	1	3	1	16	21
LORETO	0	0	0	0	2	3	3	21	29
UCAYALI	0	0	0	0	1	5	1	27	34
REQUENA	0	0	0	0	1	5	2	28	36
ALTO AMAZONAS	0	0	1	0	0	9	4	57	71
DATEM	0	0	0	0	1	2	6	39	48
T O T A L	1	1	1	1	10	42	33	263	352

Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto.

Los anteriores cuadros muestran el comportamiento del ascenso y su respectiva categorización de la infraestructura sanitaria de la Dirección Regional de Salud Loreto. En el año 2007 existían 259 establecimiento I-1 categorizados, y al finalizar el año 2008 se categorizó 264 establecimientos I – 1.

En el año 2009 se realizó la recategorización de los establecimientos de salud de la región Loreto, es así que se logro categorizar a Centros de Salud cuya categoría existentes en el año 2007 y 2008 de los I – 4 varía de 7 a 10 establecimientos de salud.

Asimismo para el 2009 se tiende a recategorizar los establecimientos I – 2 y I – 1, de los existentes en los años 2007 y 2008.

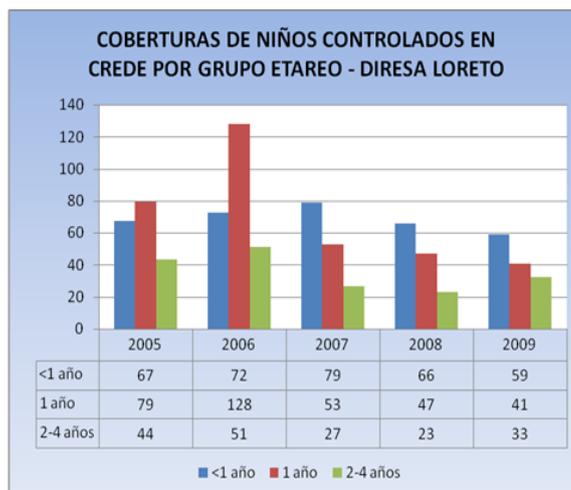
En la actualidad contamos con 352 establecimientos de salud reconocidos y categorizados según nivel de complejidad.

Estos establecimientos de salud se encuentran registrados y actualizados en el Registro Nacional de Establecimientos (RENAES)

Cabe recalcar que el RENAES se viene trabajando en su actualización concerniente a su base de datos.

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CONTROLADOS CRED 2005 AL 2009 DIRESA LORETO

AÑO	< DE 1 AÑO			1 AÑO			2-4 AÑOS		
	META	Nº	%	META	Nº	%	META	Nº	%
2005	29068	19542	67	14048	11134	79	40394	17603	44
2006	24786	17954	72	11193	14334	128	32181	16518	51
2007	23778	18768	79	23859	12539	53	72860	19391	27
2008	23551	15516	66	23663	11077	47	72043	16570	23
2009	23287	13802	59	23237	9452	41	71233	23193	33



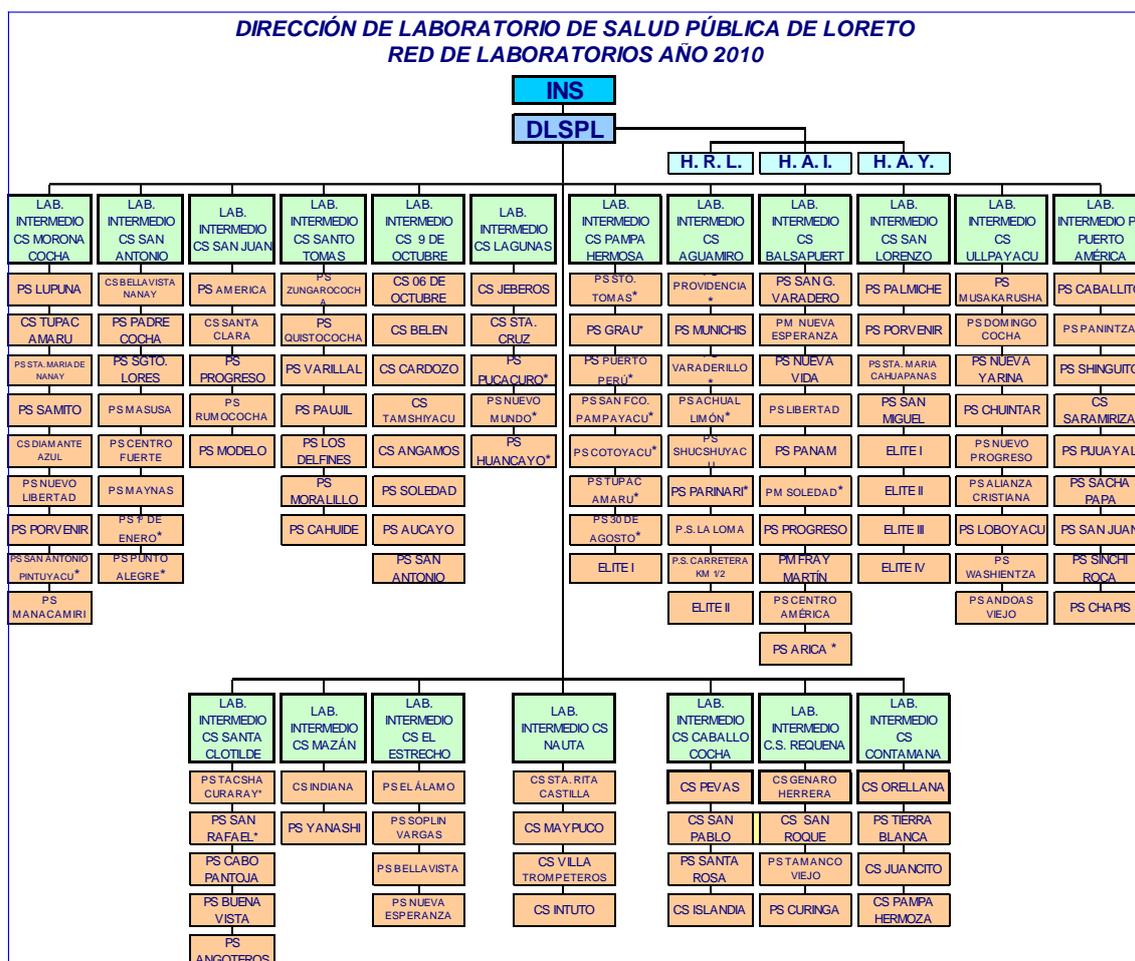
Se puede observar variación en las coberturas en los últimos años y en los diferentes grupos de edad.

En los menores de un año, la mejor cobertura se alcanzó en el año 2007 con 79%, mientras que los últimos dos años ha venido descendiendo hasta alcanzar el 59% en el año 2009.

En el año 2009, el Ministerio de Salud, cambio la definición de niño controlado en cada grupo de edad. Así, para los menores de un año, se paso de 6 a 11 controles lo cual significo un mayor esfuerzo para el control de esta población objetivo desde el punto de vista de recursos humanos, financieros y de promoción de la salud.

Para el año 2008 a nivel distrital, se observa que solo en 21 de ellos alcanzaron coberturas mayores de 95%. Los distritos que no alcanzaron esta meta tienen en general dificultades de acceso geográfico y cultural, así como falta de personal calificado que realice esta actividad.

Gráfico Nº 3.3. Estructura de la Red de Laboratorios de Salud Pública de Loreto, Año 2009.



La estructura de la red de Laboratorios de la Dirección Regional de Salud de Loreto se incrementó de 70 laboratorios el 2004 a 105 el 2007 y para el 2009 se tiene 143 laboratorios, esto debido en gran parte al Proyecto PAMAFRO que permitió dotar de microscopios a EESS donde antes no se disponía de dichos equipos y financió la capacitación del personal de dichos establecimientos, este crecimiento hace necesario que a nivel de la Red de Salud Alto Amazonas se tenga que ir vislumbrando el

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

implementar un laboratorio intermedio con personal con grado de experto para el control de calidad de gotas gruesas y baciloscopías además de otros daños.

ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD BUCAL

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%.

Estos datos nos muestran que la región Loreto al igual que el Perú tiene una elevada prevalencia de caries dental.

Loreto cuenta con 52 Odontólogos; 38 en 30 establecimientos del primer nivel de atención y 14 en 03 Hospitales. Esto significa que solo un 8.79% de establecimientos brindan servicio de odontología.

De los 38 Odontólogos que trabajan en Establecimientos de Salud, 14 son SERUMS, lo que significa que solo están por un año y luego son reemplazados por otro, lo que no permite un trabajo continuo. 22 Odontólogos trabajan en establecimientos de Iquitos de los 38 que están en toda la región.

La mayoría de las intervenciones odontológicas en la región han sido enfocadas a reparar el daño ya sufrido en los dientes de la población.

En nuestra región, la alimentación basada básicamente de carbohidratos contribuye al aumento de las enfermedades de la boca, básicamente la caries dental y la enfermedad periodontal.

Los ríos de la selva no cuentan con flúor natural, es por eso necesario el uso de un suplemento a base de flúor.

3.2 GESTION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Un primer aspecto que caracteriza en los últimos años a la DIRESA- LORETO radica en la noción de la formación como un proceso de inversión individual y colectiva, y que se relaciona simultáneamente con los objetivos del acceso de los trabajadores con mejores oportunidades en materia laboral, profesional y social en el campo de la salud, así como con el desarrollo de las condiciones de competitividad entendida de forma sistémica. Esto se manifiesta en los sistemas articulados de formación con las Universidades y/o instituciones educativas en la región.

El proceso de fortalecimiento en las redes de salud se basa en la competitividad y equidad laborales, tomando como referencia procesos de desarrollo local. La DIRESA-LORETO como gestión gerencial orienta a proporcionar equidad en el acceso a las oportunidades de formación. Sin embargo, el asunto primordial es que los profesionales deban asumir una buena formación profesional, formación básica y una formación permanente para la certificación en la productividad del trabajo desarrollado en nuestro sector.

Por otro lado la capacitación de los Recursos Humanos de la DIRESA-LORETO en el manejo de instrumentos de gestión y prestación adecuada de servicios de salud, mejora la calidad e integralidad en los niveles de gestión con un enfoque de derechos humanos, interculturalidad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Esto dentro del marco del proceso de descentralización y las políticas de salud en un adecuado clima organizacional que motiven a una diaria labor agradable en el trabajo.

El desarrollo de Recursos Humanos en el Sector Salud promueve un servicio de calidad y respeto al usuario en el desempeño de sus funciones, con una clara conciencia de que ellos son los principales agentes del cambio. La política de salud es promover los recursos humanos profesionales y técnicos, y se fundamenta en la aplicación de un sistema de méritos, el respeto a la línea de carrera, remuneraciones idóneas para la cual se está luchando en la DIRESA-LORETO, a fin de nivelarlos con el nivel central, buscando la equidad y la integración en todo el sector.

Si bien en el Plan estratégico Sectorial periodo 2007 al 2012, propone como visión, “La Dirección Regional de Salud de Loreto es una institución pública que brinda servicios de salud integral y de calidad a la persona, a la familia y la comunidad con la participación de los gobiernos locales y la sociedad civil para contribuir en el desarrollo y el bienestar de la población”; es importante considerar la distancia en la que se encuentra nuestra Región Loreto, con su vasto territorio que hace que, en términos de costos promedios se incremente el nivel de vida en la región.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

Considerando este aspecto importante, la situación de las Remuneraciones al interior de la DIRESA-LORETO tiene marcadas diferencias en los niveles remunerativos de los profesionales médicos como puede apreciarse en el siguiente cuadro:

PEA 2008 Y 2009 POR UNIDADES EJECUTORAS

UNIDADES EJECUTORAS	PEA 2008	PEA 2009
400 – Salud Loreto y Periféricos	692	708
401 - Salud Yurimaguas	299	304
402 – Salud Hospital Apoyo Iquitos	390	393
403 – Salud Hospital Regional	471	480
TOTAL	1,852.00	1,885.00

DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD LORETO AÑO 2010

PROVINCIA	HOSP.	P.S.		C. S.		TOTAL ESTAB	REDES	MICRO REDES
		I-1	I-2	I-3	I-4			
MAYNAS	2	75	17	16	4	114	2	9
LORETO		21	3	3	2	29	1	4
RAMON CASTILLA		17	1	3	1	22	1	4
REQUENA		27	2	4	1	34	1	3
UCAYALI		27	1	5	1	34	1	3
ALTO AMAZONAS	1	61	5	8		75	1	6
DATEM		38	6	2	1	47	1	6
TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS	3	266	35	41	10	355	8	35
		355						

Fuente : DSS – RENAES - DIRESA - Loreto

I. INTRODUCCION

La Gestión de la Calidad médica es un componente de la gestión institucional, en consecuencia, la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia médica y la tecnología en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

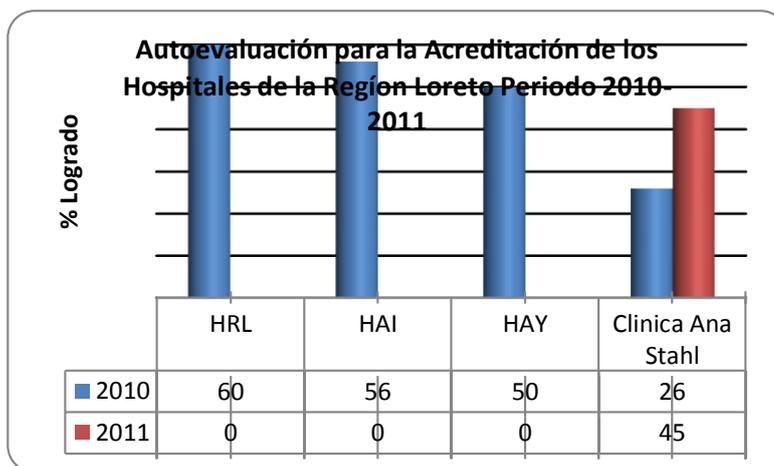
Según la Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada con R.M. N°727-2009/MINSA, establece que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, las que, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad resolutive y fundamentalmente intervenciones de calidad.

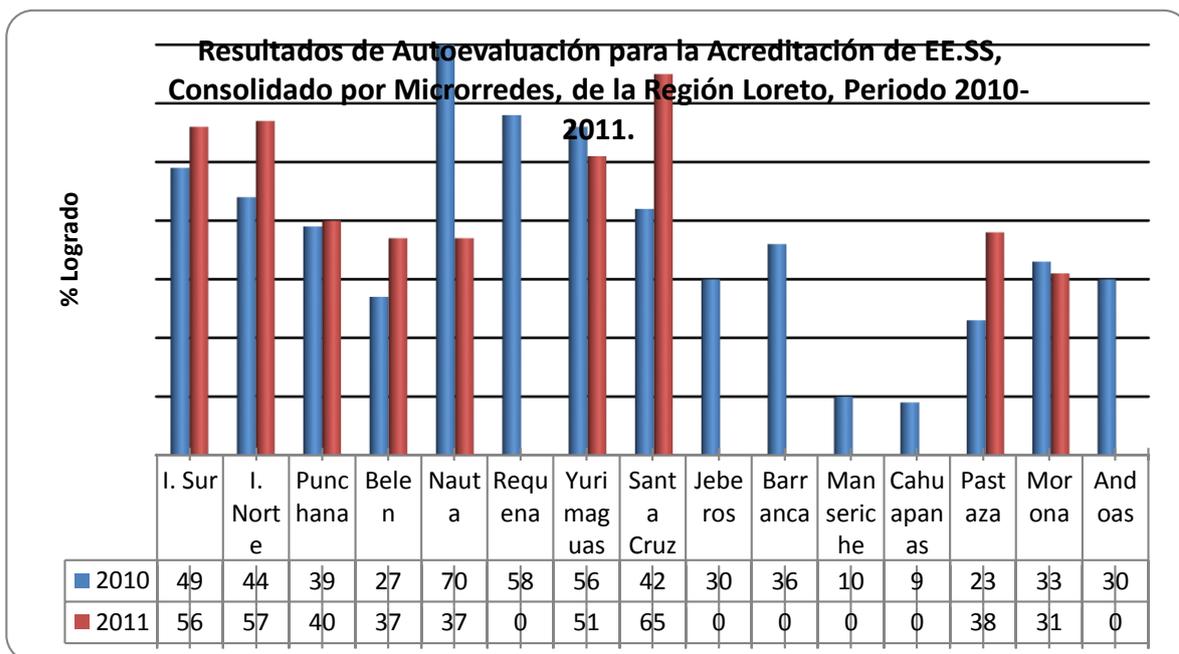
Por tal razón la Dirección de Calidad de la DIRESA Loreto en mérito a estas consideraciones prioriza algunas estrategias básicas de intervención en calidad como es la Autoevaluación para la Acreditación en los Establecimientos de Salud, Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, Medición de la Satisfacción de los Usuarios, Implementación de mecanismos de quejas y reclamos, Mejoramiento Continuo de la Calidad así como, la Seguridad del Paciente.

II.-ANTECEDENTES: 2010 – 2011.

Autoevaluación para la Acreditación.

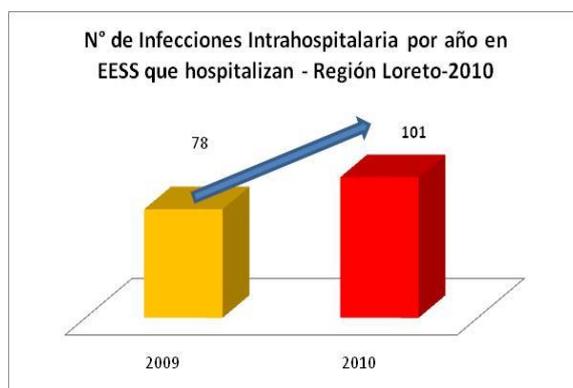
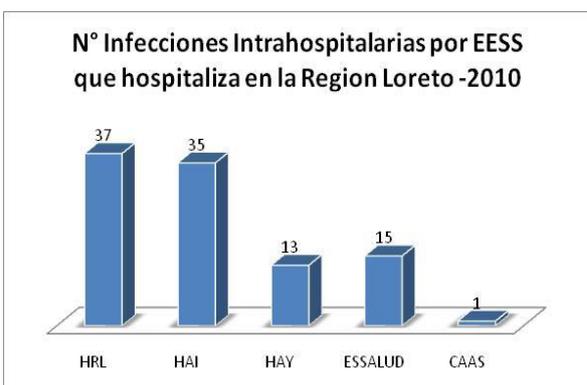
El Gráfico muestra el porcentaje de puntos logrado a nivel de Hospitales y Clínicas autoevaluadas, siendo la clínica Ana Stahl, la única que ha mostrado continuidad y con incremento de puntaje acumulado en el desarrollo del proceso de acreditación.





El gráfico muestra que en el proceso de Acreditación – Autoevaluación – de 102 programados solo 57 EESS (2010) y 37 EESS (2011) realizaron el proceso, 41 de ellos pertenece a la Red Alto Amazonas que incluye a la Red Datem del Marañón; siendo las micro-redes de Santa Cruz (65%) y Nauta (70%) los que alcanzaron un mayor puntaje, ninguno de los EESS, ha logrado llegar al puntaje de 85%; las dos redes pertenecientes a la unidad ejecutora Alto Amazonas con 6 micro redes cada una, siendo la Red Datem la que logró Autoevaluación en 5 de sus 6 micro-redes, así mismo se muestra los promedios obtenidos por cada micro-red.

Seguridad del Paciente:



Ambas gráficas (arriba) muestran el número de infecciones intrahospitalaria, en la primera el Hospital Regional de Loreto (HRL) de Enero a Noviembre 2010 tuvo 37 casos de IIH, seguida del Hospital Apoyo Iquitos (HAI) con 35 Casos y en tercer lugar el Hospital III de EsSalud Iquitos con 15. Para efectos del indicador se compara con la gráfica de la derecha y se observa que se ha incrementado los casos en vez de reducir. Es necesario que los EESS que hospitalizan trabajen el tema de lavado de manos y bioseguridad para disminuir la tendencia.

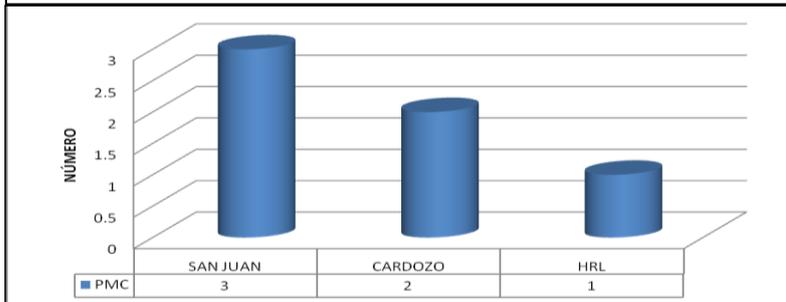
Mejora Continua:

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

Se visualiza que 11 EESS realizaron y desarrollaron proyectos de mejora continua, siendo el Hospital de Apoyo Yurimaguas y el Centro de Salud San Juan los que lograron realizar 4 en este año.



Establecimientos de salud con Proyectos de Mejora Continua en proceso de implementación en el año



El cuadro muestra que 06 EESS realizaron y elaboraron proyectos de mejora continua, los cuales se encuentran en proceso de estudio, siendo el Centro de Salud San Juan, que hasta la fecha presentó (3 PMC), El C.S. Cardozo (02 PMC) y el

HRL presentó (01 PMC).

Estudio del Clima Organizacional:

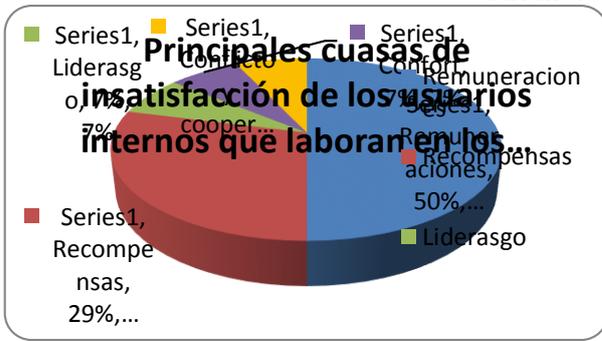
Dieciocho (18) EESS aplicaron la encuesta relacionada al Clima organizacional, siendo 647 trabajadores de DIRESA Loreto los encuestados, de ellos 389 (60%) se encuentran satisfechos.



Siete (07) Micro-redes con algunos de sus establecimientos aplicaron la encuesta relacionada al Clima Organizacional, de los cuales la única micro red que cuenta con un clima favorable fue Intuto, haciéndose necesario implementar algunas acciones

de mejora en las demás micro-redes. En total se logro encuestar a 647 trabajadores de DIRESA Loreto.

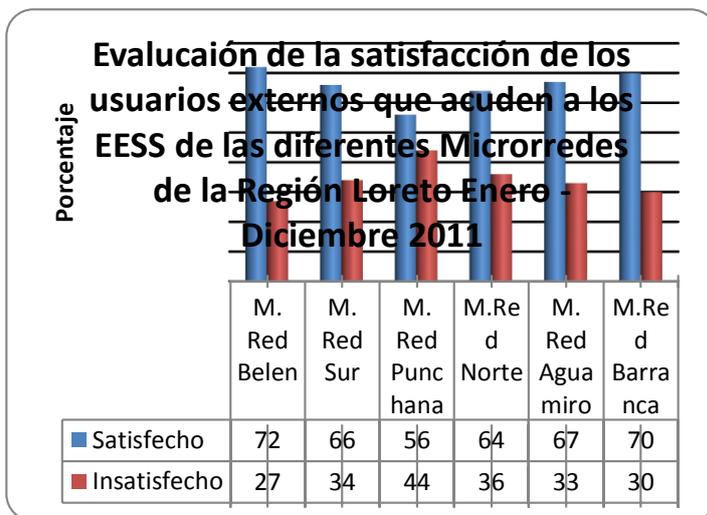
Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012



El presente gráfico muestra las 05 principales causas de insatisfacción de los trabajadores de salud, ocupando el primer lugar la dimensión de recompensas (50%), seguido de la dimensión de recompensas (29%) y las dimensiones de liderazgo, confort y conflicto y cooperación con un 7% cada uno.

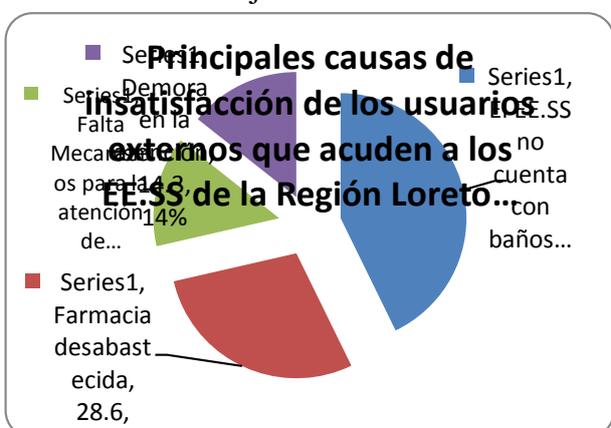
Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios Externos:

Durante este año 22 EESS lograron aplicar encuesta a Usuarios externos haciendo un total de 1137 encuestados con un resultado poco alentador de satisfacción en promedio de 44.6% en la Región Loreto. Es necesario mencionar que de los 22 EESS 18 fueron apoyados en esta actividad por AECID y los 4 restantes fue con ingresos de DIRESA Loreto (02), 01 de Hospital Santa Gema y otro por Red Alto Amazonas.



Siete (06) Micro-redes con algunos de sus establecimientos aplicaron la encuesta relacionada a la satisfacción de los usuarios externos, de los cuales la micro red Belén alcanzó un mayor porcentaje de satisfacción (72%), siendo la Micro-red Punchana la que tuvo el menor porcentaje de satisfacción (56%), haciéndose necesario implementar algunas acciones de mejora en las demás micro-

redes para lograr un mayor porcentaje de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud de la DIRESA-Loreto. El presente gráfico muestra las 04 principales causas de insatisfacción de los usuarios externos, ocupando el primer lugar el hecho que los establecimientos de



Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

salud no cuentan con baños limpios (43%), los usuarios no encuentran en farmacia los medicamentos prescritos por el profesional médico, seguido de que faltan mecanismos para atención de quejas (14%) y existe demora para la atención (14%).

II. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD DE LA DIRESA LORETO AL 2012.

La Dirección de Calidad en salud, estructuralmente está considerado como órgano de apoyo, orgánicamente depende de la Dirección Ejecutiva de Salud Individual, está considerado como Dirección F3; Desarrolla y promueve un conjunto de estrategias, metodología, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente de la calidad de atención.

La Dirección de Calidad en Salud en DIRESA-Loreto fue creada estructuralmente en el año 2005 y funcionaba como Oficina dentro de la Dirección de Atención Integral. En el año 2006 es considerada como Dirección y depende de La Dirección Ejecutiva De Salud Individual; Esta Dirección fue dirigida principalmente por profesionales de la salud en Enfermería dándose énfasis en la instalación de buzones de sugerencias y socializando las herramientas de Calidad, para el año 2009 Y 2012 se contó con Directores que fueron Médicos y profesionales no Médicos.

Actualmente en el presente año, se cuenta con 02 profesionales de la salud no médicos cirujanos, una Enfermera y un Obstetra así como una secretaria con experiencia desde su formación de la Oficina de la Calidad en Salud. En el 90% de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención (I-3 y I-4), y al 100% de Establecimientos de Salud II y III nivel se cuentan con responsables de calidad y además en las Microrredes de Salud con Comités de Gestión de la Calidad.

Durante los año 2010 y 2011 se tuvo el apoyo presupuestal de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo - España (AECID), con la cual se pudo cumplir con la mayoría de los objetivos y metas.

La Dirección de Calidad en Salud de la DIRESA Loreto en el año 2012, contó con un Plan Operativo Institucional y un Plan de Gestión de la Calidad, debidamente programada según los lineamientos del SGC-MINSA, sin embargo se tuvo limitada disponibilidad presupuestal para poder trabajar con los establecimientos de salud periféricos, por lo que nos enfocamos al trabajo con EE.SS de la ciudad de Iquitos y la Red Alto Amazonas. En estos, se orientó el trabajo principalmente en las líneas de acción de Acreditación, Clima Organizacional, Encuesta de Usuario Externo, Auditoria de Historias clínicas (Muerte Materna) y enfermedades metaxémicas (Dengue).

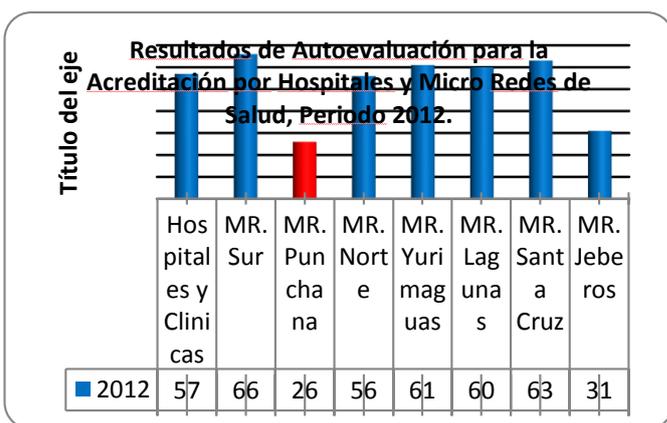
En los EE.SS periféricos (C.S Contamana, C.S Tiruntán, C.S Juancito y C.S. Requena) se trabajo el estudio de Clima Organizacional aprovechando la oportunidad de realizar Supervisiones integrales.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

En relación a los hospitales, las Direcciones de Calidad, cuentan con equipos de trabajo capacitados, encargados de llevar a cabo el desarrollo de las líneas de acción. Estos han implementado el plan de seguridad del paciente, encuestas de satisfacción de los usuarios, autoevaluación y la implementación de los mecanismos de atención a quejas y reclamos.

III. PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADA EN EL AÑO 2,012:

Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud: Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo. Este proceso consta de dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, ambos requieren lograr el 85% para aprobar el proceso.



En la Región en el año 2012, se han logrado autoevaluar 30 de establecimientos de salud (8.6%), obteniéndose un promedio entre Hospitales y Microrredes de 56.9% de aprobación de estándares y criterios evaluados.

La Microrred Punchana fue la única que obtuvo en promedio inferior al 50%,

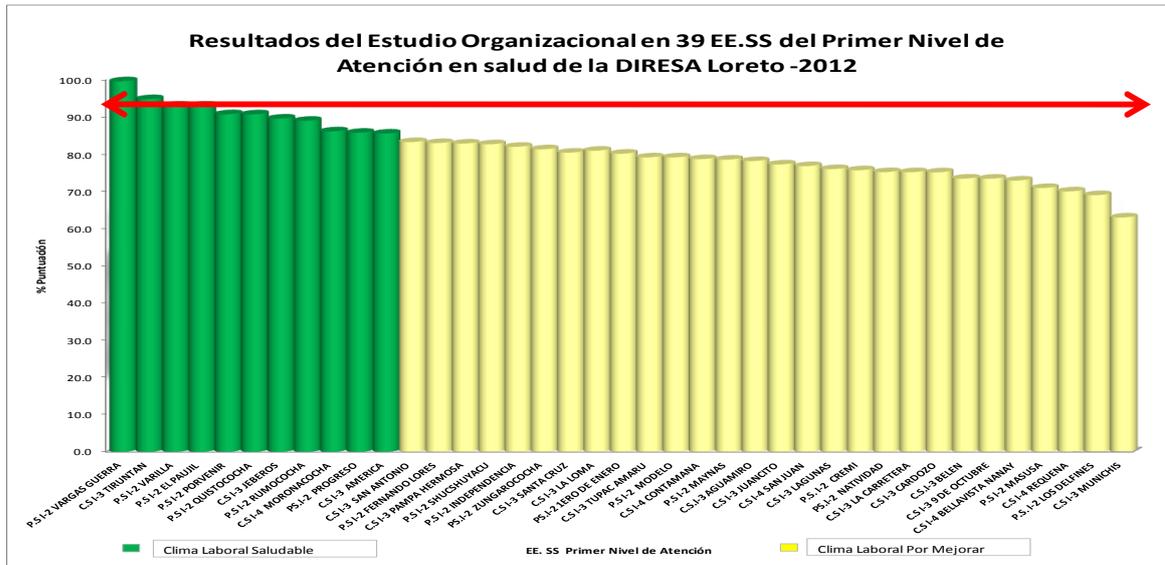
mientras que las demás superaron el 50% pero ninguno de ellos supero la valla del 85%.

Estudio del Clima Organizacional: El clima organizacional se refiere al conjunto de características del ambiente de trabajo percibidas por los empleados y asumidas como factor principal de influencia en su comportamiento.

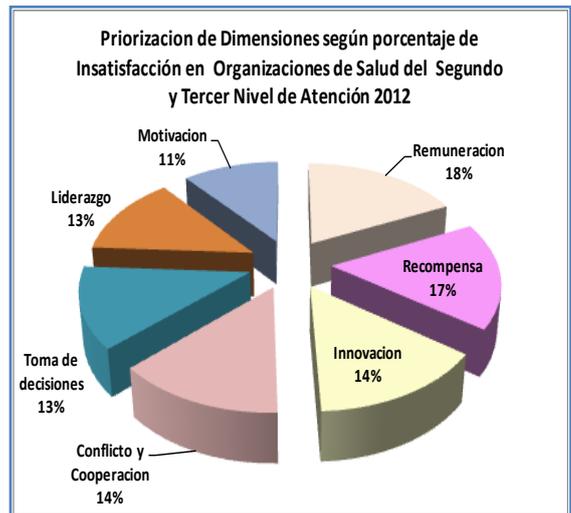
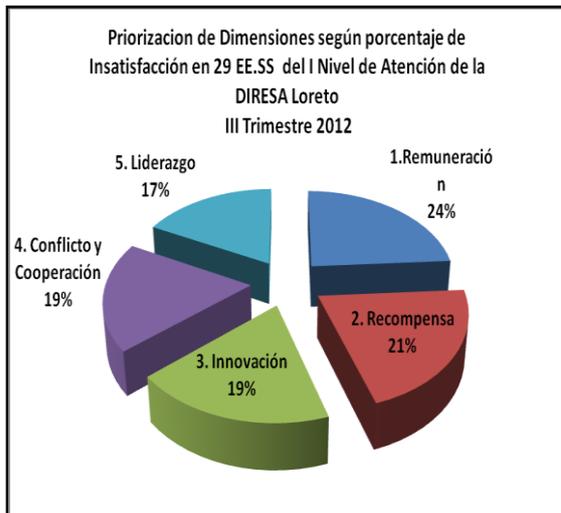
Para el estudio del Clima Organizacional en los establecimientos de salud del I nivel de atención se trabajó con el total de sus trabajadores (censo), mientras que en establecimientos de salud del II y III nivel, se trabajó con muestras. La encuesta es anónima y consta de 34 preguntas, agrupadas en 11 dimensiones y tres variables previamente definidas: Diseño Organizacional, Potencial Humano y Cultura Organizacional. Para procesar las encuestas se utilizó un aplicativo en Excel, el mismo que clasifica al resultado en tres categorías: **> a 84% (Clima Saludable)**, **del 60 a 84% (Clima Por Mejorar)** y **< del 60% (Clima no Favorable)**.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

El gráfico muestra, el estudio de Clima Organizacional que fue desarrollado por 39 (11%) establecimientos de salud de la Región Loreto, de los cuales 11 (28%) de ellos lograron un resultado superior al 84%, lo que indica que en estos EE.SS, los usuarios internos laboran en un Clima Favorable. De los 11 Establecimientos de Salud que lograron Clima laboral Saludable, 09 (81.8%) están ubicados en la ciudad de Iquitos, excepto el C.S I-3 Tiruntán de la Red de Salud Ucayali- Contamana y C.S I-3 Jeberos de la Red Alto Amazonas,



ambos ubicados en zona rural.



Las insatisfacciones de los usuarios internos, están relacionados con las dimensiones de Remuneración (24%), Recompensa (21%) e innovación (19%), entendiéndose que **remuneración:** Es la forma en que remunera a los trabajadores, **recompensa:** Medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo e **Innovación:** Voluntad de una organización de experimentar cosas nuevas y cambiar la forma de hacerlas.

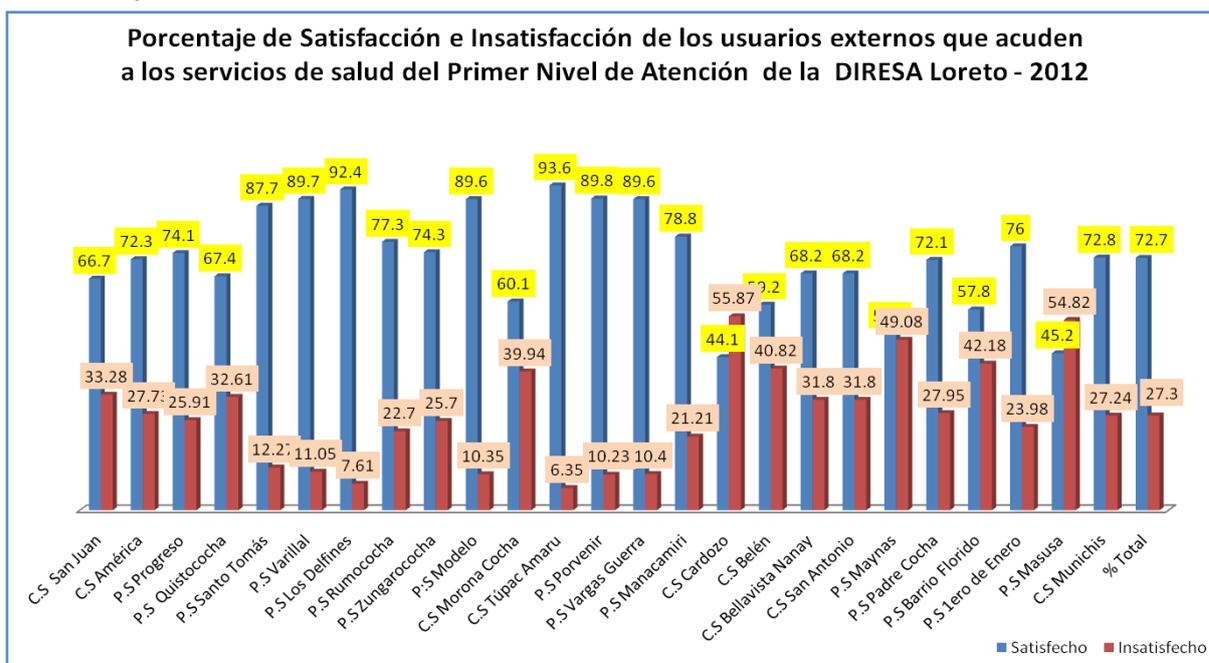
Al comparar las insatisfacciones por dimensiones, encontramos que no existen diferencias entre los usuarios internos que laboran en establecimientos del I, II y III Nivel de Atención.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

Evaluación de la satisfacción de los Usuarios Externos: La evaluación de satisfacción de los usuarios externos contribuye a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción para implementar acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo.

Las encuestas para determinar el grado de satisfacción e insatisfacción de los usuarios que acuden a la consulta externa de los Establecimientos de Salud de la Región Loreto, se realizó de acuerdo a la guía metodológica validada por el MINSA y para el procesamiento se utilizó un aplicativo en Excel, el cual clasifica al resultado de la siguiente manera: **Insatisfacción > de 60% (POR MEJORAR)**, **de 40 a 60% (EN PROCESO)** y **< de 40% (ACEPTABLE)**.

Se trabajó con una Muestra: 2,522 usuarios externos.



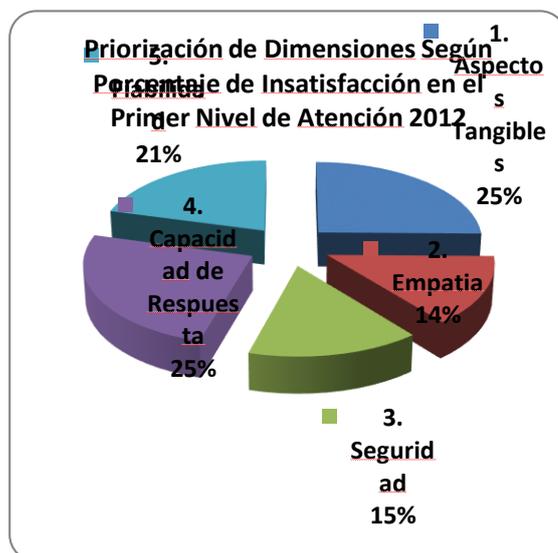
Se han logrado desarrollar encuestas en 25 (7.2%) establecimientos del 1º nivel de atención, encontrándose como Total General el 27.3% de insatisfacción, lo cual es favorable ya que no superamos el 40% de insatisfacción.

Descripción de las principales dimensiones priorizadas:

Aspectos tangibles: Condiciones y apariencia física de las instalaciones (Señalización, mobiliario, equipamiento y limpieza).

Empatía: Ponerse en el lugar de otra persona y atender adecuadamente las necesidades del otro.

Seguridad: Confianza que genera la actitud del personal demostrando (conocimiento,

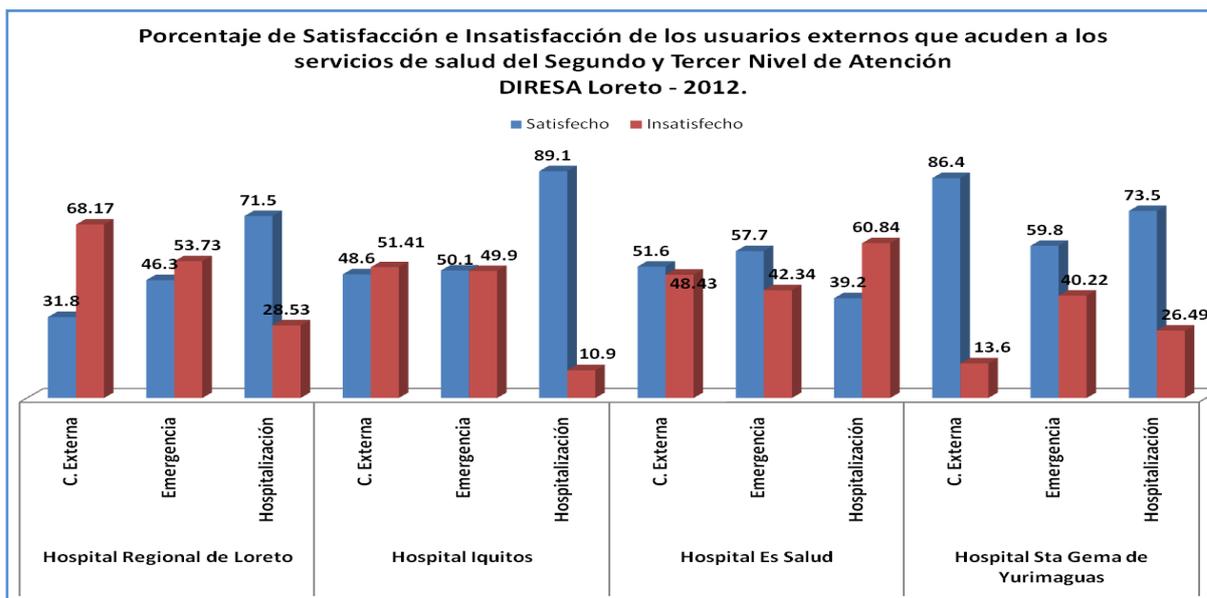


Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

privacidad, cortesía y habilidad para comunicarse).

Capacidad de respuesta: Servicio rápido, oportuno en un tiempo aceptable.

Fiabilidad: Capacidad de cumplir con éxito el servicio ofrecido.



El gráfico muestra, el grado de insatisfacción que mostraron los usuarios externos al acudir a los diferentes servicios de los Hospitales de la Región: El Hospital Regional y Hospital Iquitos mostraron insatisfacción del 68.17% y 51.41% en consultorios externos, el Hospital Santa Gema Yurimaguas reporta mayor insatisfacción en el servicio de Emergencia con 40.22% y el Hospital III EsSALUD, reporta mayor insatisfacción en el servicio de Hospitalización con el 60.84%.

Proyectos de Mejora Continua: Se entiende por Mejora de la Calidad, al conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a realizar mejoras en actividades y procesos para satisfacción las necesidades y demandas de los usuarios.

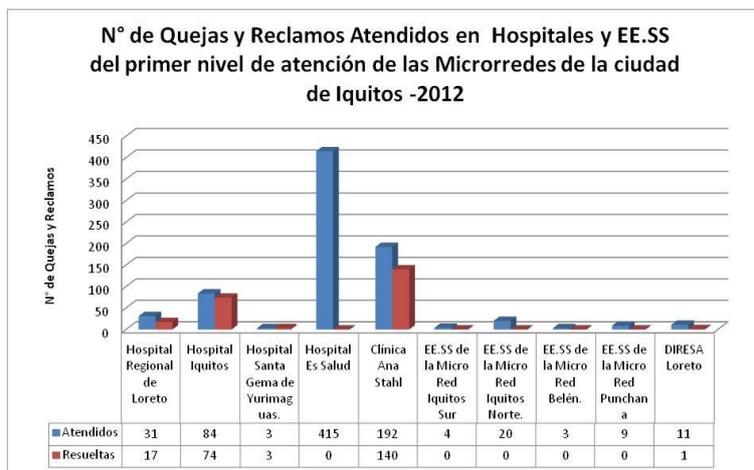
Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

MATRIZ DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD - 2012							
N°	1. NOMBRE	ETAPA					EESS
		Estud	Implemt	Seguim	Evaluac	Instituc	
1	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFASIS EN ITS, VIH/SIDA Y TBC A LA POBLACION PREVADA DE SU LIBERTAD DEL PENAL SAN JACINTO, UBICADO EN LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD CARDOZO DE MARZO A DICIEMBRE 2012.			X			C.S CARDOZO
2	FORTALECIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCION MEDICA PERIODICA EN EL CERITS SAN JUAN 2012.			X			C.S SAN JUAN
3	MEJORANDO LA ATENCION FARMACEUTICA MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE FARMACIA EN SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO		X				HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
4	MEJORANDO EL ACCESO Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.		X				HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
5	MEJORANDO EL ACCESO Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.		X				HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
6	OPERATIVIZAR LA ESTRATEGIA DE PLAN PARTO EN LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD REQUENA	X					C.S. REQUENA

En el año 2012 se presentaron 6 proyectos de mejora continua de la calidad, 03 proyectos de EE.SS del primer nivel de atención y 03 de EE.SS del tercer nivel de atención, solo dos llegaron a la etapa de seguimiento, del C.S Cardozo y del C.S San Juan, los cuales para que estos sean sostenibles requieren de su institucionalización.

Implementación de Mecanismos de Quejas y Reclamos

Durante el año 2012, se lograron activar 29 buzones, 32 libros de reclamaciones y 9 formas de reclamos como escucha al usuario y apertura de teléfono. Se pudo supervisar su implementación principalmente en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Iquitos y Hospital Santa Gema en Yurimaguas.



Así mismo se notificaron 772 quejas y reclamos atendidos provenientes de los buzones y Libros de Reclamaciones solo el 30.44% se resolvieron.

El Hospital Es Salud de Iquitos, no ha reportado las quejas y reclamos durante el año 2012, pudiendo acceder a la información a través del

portal WEB de los meses de enero a septiembre 2012 con 415 quejas y reclamos.

La Clínica Ana Stahl, ha notificado 192 quejas y reclamos, logrando resolver el 79.91% de los mismos, seguido del Hospital Iquitos que reportó 84 quejas y reclamos y resolvió el 88.09%, así mismo el Hospital Regional atendió 31 quejas y reclamos y resolvió el 54.5%. Las 3 quejas y reclamos del hospital Yurimaguas son verbales, resolviéndose el 100% de las mismas.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

Contamos solo con información de 21 establecimientos de salud del primer nivel de atención Microrred Sur (12 EE.SS), Microrred Norte (2 EE.SS), Microrred Punchana (5 EE.SS) y Microrred Belén (4 EE.SS) y de 5 áreas administrativas de la DIRESA Loreto. En relación a ello éstos notificaron 47 quejas y reclamos a través de buzones y Libros de Reclamaciones, de las cuales solo el 2.12% se resolvieron. Los reclamos en su mayoría fueron de los Libros de Reclamaciones que en cierta forma no aplicaron los dispuesto en el D.S N°011-2011-PCM, en donde se establece que "El reclamo que se registre en el Libro de Reclamaciones determina la obligación del proveedor de cumplir con atenderlo y darle la respuesta en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario".

En las 5 áreas de DIRESA Loreto, sede central, Dirección de Salud Ambiental, Dirección de Medicamentos insumos y Drogas, Laboratorio Referencial cada uno quedan ubicadas fuera de la institución sede central. Se obtuvo la información de 11 reclamos del Libro de Reclamaciones ubicada en la sede central; Solo uno se resolvió, los diez restantes eran quejas/reclamos provenientes de los establecimientos de salud, cuyas quejas/reclamos se les hicieron llegar a cada establecimiento de salud correspondiente para que se sigan los trámites correspondientes, no recibiendo informe alguno de las resoluciones de estas quejas y reclamos.

Seguridad del Paciente: La seguridad en la atención de los pacientes es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud y tiene implicancias directas en la calidad de la atención. Para construir un sistema seguro es necesario buscar, analizar y solucionar las causas de los errores en la atención.

a) **N° de Incidentes y Eventos Adversos notificados por establecimientos de salud del II y III nivel de atención –DIRESA**

Hospitales	Hospital regional de Loreto	Hospital Iquitos	Hospital Santa Gema de Yurimaguas.	Clínica Ana Stahl	Es Salud Iquitos	Total
Incidentes	30	108	0	32	0	170
Eventos adversos	63	72	2	1	123	261
Total	93	180	2	33	123	431

LORETO 2012:

En la presente tabla podemos observar que los Establecimientos de Salud del II y III Nivel de atención (Hospitales y Clínica) notificaron 431 casos, 60.5% fueron eventos adversos (261) y el 39.5% fueron incidencias (170).

El Hospital Es Salud, notificó 123 eventos adversos que hace el 28.5 % de todos los casos, ninguna incidencia, mientras el Hospital Iquitos notificó 180 casos, 108 incidencias y 72 eventos adversos, la Clínica Ana Stahl es la única clínica de la ciudad de Iquitos que cuentan con el sistema de notificación de incidencias y eventos adversos, notificó en todo el año 33 casos (32 incidencia y 01 evento adverso), mientras el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en todo el año solo notificó 2 casos de eventos adversos y ninguna incidencia, cabe recalcar que la fuente es el formato de notificación establecido por la Dirección de Calidad.

b.- Principales Eventos Adversos ocurridos en los Establecimientos de Salud del II y III nivel de atención – DIRESA Loreto - 2012,

En este Cuadro, se presenta los principales **Eventos Adversos** notificados en

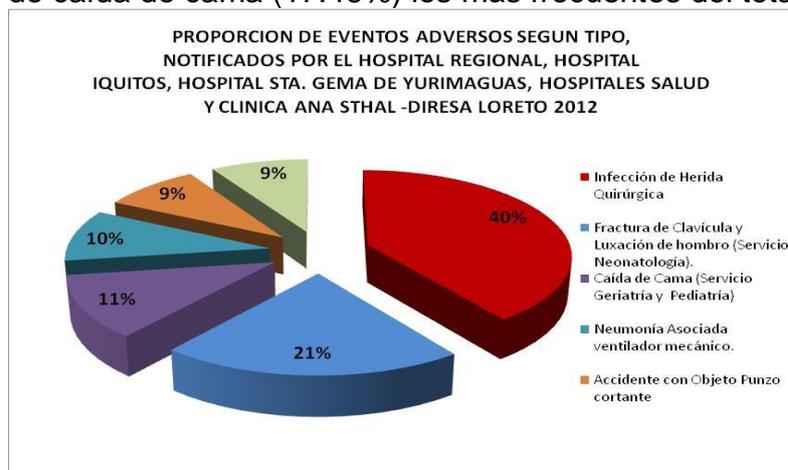
Tipo de Eventos adversos	Hospital Regional de Loreto	Hospital Iquitos	Hospital Santa Gema de Yurimaguas.	Clínica Ana Stahl	ES Salud Iquitos	Total
Infección de Herida Quirúrgica	3	0	2	0	77	82
Fractura de Clavícula y Luxación de hombro (Servicio Neonatología).	7	36	0	0	0	43
Caída de Cama (Servicio Geriatría y Pediatría)	11	12	0	0	1	24
Neumonía Asociada ventilador mecánico.	5	0	0	0	15	20
Accidente con Objeto Punzo cortante	13	5	0	0	0	18
Desgarro, dehiscencia de Cuello uterino	0	0	0	0	18	18
Reacción Dermica a farmaco	2	2	0	0	1	5
Extravasación de Vía Intravenosa y Saturación de oxígeno al 83% por balón vacío.	2	0	0	0	0	2
Elogamiento del flexo braqueal (Servicio Neonatología).	0	4	0	0	0	4
Flebitis	1	0	0	0	2	3
Capput Sucudano	0	3	0	0	0	3
Endometritis Puerperal	0	0	0	0	1	1
Hematoma de Herida Operatoria	0	0	0	1	0	1
Otros Eventos 1 casos por evento	19	10	0	0	8	37
TOTAL	63	72	2	1	123	261

tres hospitales del MINSA, (Hospital Regional de Loreto, Hospital Iquitos, Hospital Santa Gema de Yurimaguas), Hospital Es Salud y una Clínica de la Ciudad de Iquitos.

El Hospital Es Salud de Iquitos, es el que más notificó eventos adversos 123 casos (47.1%), siendo la infección de herida operatoria las más frecuente (77 casos) 62% de todos los casos que notificó; Seguido del Hospital Iquitos que notificó 72 eventos adversos, siendo la más frecuente la fractura de clavícula y Luxación de hombro en el servicio de neonatología 36 (50%) de los casos que notificó.

El Hospital Regional de Loreto, es uno de los Establecimientos que mejor ha implementado el sistema de registro y notificación de eventos adversos en los servicios de

Consultorios Externos, Servicio de Emergencia, Servicio de Hospitalización (Maternidad, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Unidades de cuidados intensivos), cuyo monitoreo es permanente por el personal de la Dirección de Calidad del mismo nosocomio. Notificaron 63 (24.1%) eventos adversos en todo el año, siendo los accidentes punzo cortantes 13 eventos (20%), seguido de caída de cama (17.46%) los más frecuentes del total de eventos notificados.



Se puede observar que de los 261 eventos adversos que se notificaron, la Infección de herida operatoria Intrahospitalarias fue la más alta (31.41%), seguido de fractura de

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

clavícula y Luxación de hombro en el Servicio de Neonatología (16.47%), Caída de cama (9.1%), Accidente punzo cortante, desgarro dehiscencia de herida operatoria con el 7% respectivamente.

En relación a las acciones de mejora en base a los eventos reportados, no se evidencia acciones de mejoras claras, dado que no hacen referencia a la implementación de los planes de proyectos y acciones de mejora de la calidad.

C.- Principales Eventos Adversos ocurridos en los Establecimientos de Salud del II y III nivel de atención, según servicio en que se presentan – DIRESA Loreto - 2012,

Servicios donde ocurrieron los Eventos Adversos	Hospital Regional de Loreto	Hospital Iquitos	Hospital Santa Gema de Yurimaguas.	Clinica Ana Stahl	Es Salud - Iquitos	Total
SALA DE OPERACIONES	14	2	0	0	0	16
MEDICINA	12	3	0	0	12	27
UCI MEDICINA	13	0	0	0	4	17
GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	9	4	2	0	11	26
ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO/NEONATOLOGÍA/PEDIATRIA	7	57	0	0	69	133
CIRUGIA	4	6	0	1	26	37
EMERGENCIA	4	0	0	0	1	5
TOTAL	63	72	2	1	123	261

En el presente cuadro se puede observar que de los 261 eventos adversos notificados en el año 2012, 133 eventos adversos se presentaron en el servicio de Atención inmediata al recién nacido, neonatología y pediatría que

equivale al 50.95%, seguido de eventos adversos ocurridos en el servicio de cirugía 37 (14.1%) eventos adversos y finalmente en los servicios de medicina 27 (10.34%) y gineco/obstetricia 26 (9.9%)

En este gráfico se observa que en el Hospital Regional de Loreto y en el Hospital Es salud, los mayores números de eventos adversos reportados fueron de los servicios de Atención Inmediata del Recién Nacido (A.I.R.N), Neonatología y Pediatría.

Implementación de la Estrategia “CERO COLAS”; Fue una estrategia que se dió inicio en el año 2012, a partir de la problemática de las colas en los establecimientos de salud y que la Dirección Regional de Salud de Loreto, con su actual Director Regional Hugo Miguel Rodríguez Ferucci dá el impulso a la Dirección de Calidad de realizar un diagnóstico de la situación actual e implementar de inmediato la Estrategia en los establecimiento de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Iquitos.

Para ello se realizó en febrero 2012 el diagnóstico respectivo mediante el levantamiento de información con una ficha creada por la Dirección de Calidad, encontrando que en la mayoría de los establecimientos efectivamente los pacientes realizaban sus colas para acceder a una consulta desde aproximadamente 3 a 4 de la mañana, el tiempo de espera de 5 a 7 horas, por que el paciente aparte de realizar su cola tenía que esperar para el triaje y esperar para la consulta.



Con todo ello se dispuso la socialización de la Estrategia

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

“Cero Colas” en todos los establecimientos de salud y la ejecución de la misma en forma inmediata, durante el año 2012 se realizó el monitoreo respectivo, a la evaluación en enero 2013 se encontró lo siguiente:

- El 59.26% de Establecimientos de Salud supervisados han implementado la Estrategia Cero Colas.
- El 40.74% de los EE.SS supervisados no implementaron la Estrategia Cero Colas, de ellos en su mayoría se encuentran en la Microrred Sur, principalmente las ubicadas en la carretera (8 EE.SS), en ellos la atención es a la demanda y se evidencian colas en admisión no más de 5 personas y estos esperan sentados, como también ocurre en el P.S Padre Cocha de la Microrred Punchana.
- En los EE.SS que no implementaron la Estrategia Cero Colas 01 Microrred Belén (C.S 6 de Octubre) y 01 en la Microrred Punchana (C.S Bellavista Nanay y P.S 1ero de Enero), se evidencia que las colas en admisión superan los 15 pacientes desde aproximadamente las 4:00 am, esto es debido a que los gerentes de los establecimientos de salud, hicieron caso omiso a las disposiciones; actualmente están recibiendo todos los memorándum respectivos para su cumplimiento con plazos establecidos.
- En relación al Tiempo de Espera, el 51.8% de los establecimientos de salud supervisados se encontró que varía entre 2 a 4 horas que el paciente espera desde que llega al EE.SS y entra al consultorio respectivo. (Se determinó entrevistando al paciente desde la hora que llega al EE.SS y la hora que entra al consultorio).
- Se determinó que el tiempo de espera está relacionado con la espera en el triaje, en donde los pacientes son citados en un mismo horario 6:30 am ó a las 7:00am y es ahí donde se observa la congestión de pacientes y los reclamos respectivos, no hay horario diferenciado según el número de citas, por otra parte la demora se incrementa en algunos establecimientos de salud por la hora que inician la atención en los consultorios (7.30- 8.00 am) por varios motivos y uno de ellos es el inicio de la limpieza en los consultorios que lo realizan cuando el profesional llega y abre la puerta al personal de limpieza.
- En el 74% de los EE.SS supervisados el triaje se realiza fuera de los consultorios, realizados por Técnicos en enfermería u alumnos de institutos, se evidencia más en el triaje de niño-niña.

IV. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD:

- La Dirección de Calidad, cuenta con personal identificado, con voluntad, comprometidos y con algunas competencias.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

- La Dirección de la Calidad -DIRESA Loreto, busca medios y oportunidades (teléfono, radiofonía, para brindar Asistencia Técnica a los responsables de calidad de los EE.SS.
- Algunos responsables de la calidad a pesar de sus escasas competencias responden a la ejecución de actividades según líneas de acción.
- Contar con mecanismos de diagnósticos de la atención de la calidad, para identificar fácilmente la oportunidad y calidad de la atención e intervenir oportunamente.
- La Dirección de Calidad cuenta con herramientas para la implementación de actividades del SGC.
- Red Datem del Marañón con Aseguramiento Universal.
- Cuenta con funciones en el ROF no acorde con las líneas de acción.
*La Dirección de Calidad, en el MOF, no se encuentra como Dirección.
*La Dirección de Calidad en el PAP, no se encuentra presupuestada.
- Deficiente capacitación de los RR.HH profesionales de la Dirección de Calidad de DIRESA, Hospitales, REDES, MR en algunas líneas de acción (Auditoría, manejo de herramientas tecnológicas).
- El poco apoyo presupuestal recibido en el I y II trimestre para cumplir las actividades de Asistencia técnica, con la finalidad de que los EE.SS puedan realizar oportunamente sus actividades y desarrollar la intervención oportuna.
- La Dirección de Calidad de DIRESA, no cuenta con apoyo presupuestal para realizar las Asistencias técnicas, Supervisiones, Monitoreos de la ejecución de las actividades de los EE.SS de la ciudad, menos aún de los EE.SS de periferie.
- Profesionales con carga laboral, para realizar acciones de la Gestión de la calidad aunado a ello, es el poco interés de los gerentes por falta de presupuesto.
- Poca participación con las Estrategias Sanitarias y otras Direcciones para complementar el trabajo del SGC.
- La Red Datem, y otras Redes periféricas no cuentan con Asistencia técnica, monitoreo de las actividades a desarrollar el plan de gestión de la calidad y actividades de las líneas de acción de la calidad en salud.

La demora en la atención en algunos establecimientos de salud se encuentra en el servicio del triaje, realizado fuera de los consultorios a cargo en su mayoría por Técnicos de Enfermería y alumnos de institutos, para lo cual ya se remitió los memorándum respectivos para que se cumpla la disposición para que los profesionales de enfermería y obstetricia realicen el triaje dentro de los consultorios por los profesionales en mención.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Tabla Nº 1.36. Recursos Humanos en Loreto. Años 1994 al 2009.

GRUPO OCUPACIONAL	AÑOS								NORMA NACIONAL
	1994	1998	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Médicos x 10,000 hab.	2,21	2,29	4,55	4,55	2,83	4,66	4,72	4,91	8
Enfermeras x 10,000 hab.	1,97	2,11	3,66	3,66	3	4,07	3,59	3,4	4,4
Obstetrices x 10,000 hab.	1,68	1,11	1,66	1,66	1,37	1,51	1,48	2,06	2
Odontólogos x 10,000 hab.	0,47	0,39	0,68	0,68	0,45	0,66	0,62	0,86	1,8
Cama x 1,000 hab.	0,86	0,72	1,13	1,18	2,9	1,18	1,21	1,24	

Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto

Los recursos humanos de la DIRESA Loreto, si bien se han incrementado en los últimos años, los principales indicadores aún se encuentran por debajo de lo establecido por la norma nacional. El indicador de obstetricia es el único que sobrepasa el valor establecido por la norma nacional, pero al interior de la región existen diferencias importantes, este personal se concentra en la ciudad de Iquitos (45.51% del total de obstetricas de la región). A nivel del personal médico se llega al 61.38% del indicador establecido por la norma nacional, al igual que obstetricia existe inequidad en la distribución del personal al interior de la región Loreto.

Tabla Nº 1.37. Tipo de Personal según Efectores de Salud en la Región Loreto. Año 2009.

EFECTORES	GRUPO OCUPACIONAL							TOTAL
	MÉDICO	ENFERMERA	OBSTETRIZ	ODONTÓLOGOS	TÉCNICOS Y AUXILIARES	OTROS (D.F. TECNÓLOGO)	ADMINIST. (TÉCNICO, AUXILIAR)	
DIRESA LORETO	228	187	164	41	1258	103	358	2339
ESSALUD	95	81	23	14	107	7	109	436
SANIDAD FF.AA y PNP	44	17	2	6	120	3	20	212
PRIVADOS	99	38	7	21	44	3	70	282
TOTAL	466	323	196	82	1529	116	557	3269
INDICADOR x 10,000 hab.	4,91	3,4	2,06	0,86	16,14	1,22	5,88	

Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto

Los recursos humanos de la DIRESA Loreto, si bien se han incrementado en los últimos años, los principales indicadores aún se encuentran por debajo de lo establecido por la norma nacional.

El indicador de obstetricia es el único que sobrepasa el valor establecido por la norma nacional, pero al interior de la región existen diferencias importantes, este personal se concentra en la

La tabla muestra que la DIRESA concentra la mayor cantidad de personal de la región Loreto (71.55% del total), seguido por EsSalud (13.34%), Privados (8.63%) y Sanidad de las Fuerzas Armadas (6.49%).

Del personal de la DIRESA, el 53.78% son Técnicos/Auxiliares Asistenciales,

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

seguido del personal Administrativo (Técnico/Auxiliar), Médicos (9.75%), Enfermeras (7.99%), Obstétricas (7.01%), Otros Profesionales (4.40%) y Odontólogos (1.75%).

La región Loreto cuenta con 3156 trabajadores de salud, incluyendo a todos los efectores, de las cuales el 59.19% se ubican en la provincia de Maynas, el 16.51% en Alto Amazonas, 5.29% en Mariscal Ramón Castilla, 4.97% en Loreto, 4.78% en Datem del Marañón, 4.63% en Requena y 4.63% en Ucayali.

3.3 ANÁLISIS DE LAS BRIGADAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS (AISPED)

El Ministerio de Salud a través de la DIRESA LORETO, busca llevar la atención integral de salud a las poblaciones dispersas y excluidas del país y en el caso de la región Loreto, a través de coordinaciones y reuniones de la Dirección de servicios de Salud con las diferentes oficinas y servicios de la DIRESA LORETO, se priorizaron las poblaciones más dispersas, de extrema pobreza, teniendo en consideración los informes AISPED pasados y las estadísticas e informes epidemiológicos y demográficos de la región.

Los Equipos AISPED son considerados por las comunidades atendidas como una gran fortaleza debido a la frecuencia de intervienen (promedio de 11 veces al año) en aquellas rutas que solo cuentan con una cuenca y hasta 5 y/o 6 veces al año aquellas que intervienen dos rutas.

Durante el año 2010 se contó con 10 equipos AISPED, sumando un total de 372 comunidades y 52,355 pobladores beneficiados. Las actividades realizadas fueron de atención primaria, preventivo-promocionales de salud, con énfasis en la participación comunitaria activa referencia de emergencia.

a) DIRESA, Redes de Salud, micro red (s) del ámbito de intervención:

DIRESA	AISPED	RED	MICRO RED	Observaciones
Loreto	Putumayo	Maynas Periferia	Putumayo	
	Napo		Napo	Inició en Agosto 2009
	Yavarí	Ramón Castilla	Islandia	
	Loreto	Loreto	Maypuco	
	Tigre - Maquía		Intuto- Maquía	Inició en Agosto 2009
	Requena	Requena	Requena	
	Huallaga	Alto Amazonas	Balsapuerto Lagunas	
	Marañón I	Alto Amazonas	Pastaza	
	Marañón II	Alto Amazonas	Cahuapanas Morona	
	Marañón III	Alto Amazonas	Saramiriza	

Análisis cualitativo de las intervenciones (gestión, organización, prestación, capacitación, información).

Los equipos AISPED tienen buena aceptación por las comunidades mestizas y nativas, toda vez que los establecimientos de salud con oferta fija no llegan a esas comunidades debido a la falta de presupuesto; así mismo los EE.SS los consideran una fortaleza debido al incremento de las coberturas en las diferentes etapas de vida.

- Respecto a la población atendida, se logró atender al 85.88% de la población total, debido a que las comunidades rurales y fronterizas se caracterizan por ser migrantes, además las comunidades de la provincia Alto Amazonas y Datem del Marañón son aún más dispersas y excluidas.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

- Referente a las atenciones, se logró una cobertura del 116.79%, debido justamente a la población migrante que en el transcurso de las atenciones no se pueden dejar de atender.
- Las actividades preventivo promocionales, también sobrepasó la meta programada (185.95%), esto se debe a que en el 2009, se contó con el apoyo para las capacitaciones por parte del Programa UMBRAL de Inmunizaciones y se fortalecieron los aspectos de Promoción de la Salud.
- En este año el personal de las AISPED fue capacitado gracias al apoyo logístico y financiero del Programa UMBRAL de Inmunizaciones, este proceso se inició con los capacitadores en la ciudad de Lima (en esta región fueron 11 los profesionales capacitados), progresivamente y posterior a las capacitaciones recibidas se programaron las réplicas dirigidas a los integrantes de los 10 equipos AISPED, entre ellos médicos, Enfermeras, Obstetrices y Laboratoristas sumando un total de 40, así mismo en esta región se consideró importante extender las réplicas a los profesionales de los Establecimientos de Salud de oferta fija llámense Centros de Salud y Hospitales de la ciudad de Iquitos, sumando un total de 11.
- Es importante mencionar que a partir del mes de Agosto y gracias a l apoyo financiero de UMBRAL se implementaron 2 equipos AISPED, los mismos que fueron asignados a las rutas del Tigre – Maquía (distritos de Intuto y Maquía) y Napo (distrito del Napo).

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

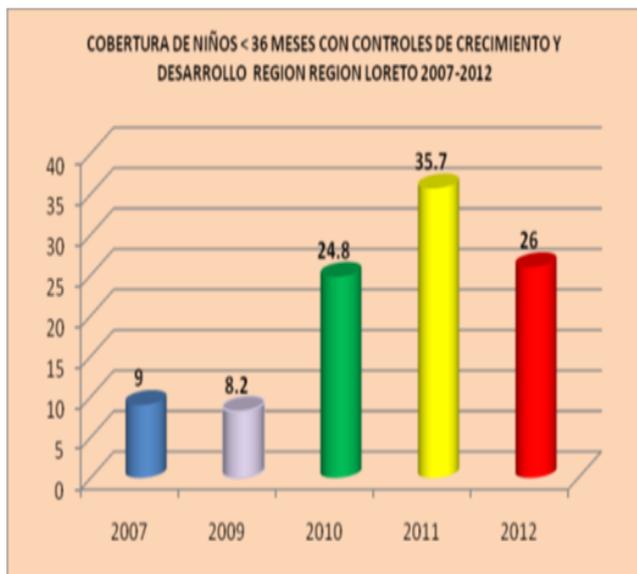
El Programa Articulado Nutricional - PAN, se basa en un modelo lógico que considera estudios y evidencias acerca de los principales determinantes de la desnutrición crónica infantil, siendo una de las principales intervenciones el **control del Crecimiento y Desarrollo (CRED)** en los niños menores de 5 años priorizando el seguimiento del niño desde que nace sobre todo en las poblaciones más vulnerables.

COBERTURAS DE NIÑOS CON CRED COMPLETO DE ACUERDO A EDAD AÑOS 2007 AL 2012 REGION LORETO									
Años	< 1 año			1 año			2-4 años		
	Meta	N°	%	Meta	N°	%	Meta	N°	%
2007	23778	18768	78.93	23859	12539	52.55	72860	19391	26.6
2008	23551	15516	65.88	23663	11077	46.81	72043	16570	23.0
2009	23287	13802	59.27	23237	9452	40.68	71233	23193	32.6
2010	24816	10025	40.40	24676	8734	35.39	74147	15832	21.4
2011	24250	11772	48.54	24341	11008	45.22	73454	26635	36.3
2012	23563	6121	25.97	23800	4956	20.82	72545	10382	14.31

Inform.Oficina estadística Diresa - Loreto 2007.2012

El control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) pretende brindar al niño oportunidades para un desarrollo adecuado, factor importante en el ser humano desde su formación en el vientre materno, hasta la edad de 3 años especialmente estos primeros años de vida, en la que sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial apto para enfrentar las adversidades de la vida.

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012



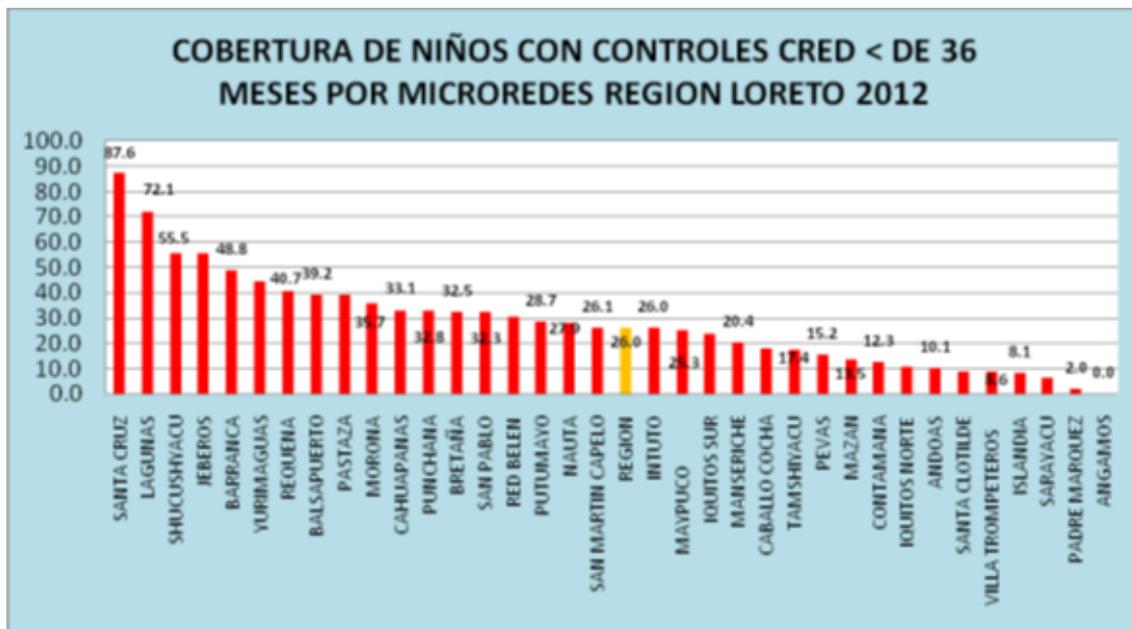
La coberturas de niños controlados del 2007 al 2012 tuvieron un incremento en los diferentes grupos, el año 2010 el incremento fue de 16.6% con relación a los años anteriores la misma que se inició con la inyección presupuestal PpR. El año 2012 se observó un descenso de las coberturas de los niños controlados con relación a los últimos años, atribuidas a dificultades en el registro, digitación de la información HIS, como se puede observar en el siguiente gráfico.

Al realizar el análisis de las coberturas año 2012 de niños controlados < de 36 meses por micro redes observamos que la micro red con más altas coberturas es santa cruz alcanzo el 81 % seguido de lagunas con un 67 % las micro redes que alcanzaron coberturas menores al nivel regional (26%) se encuentran Angamos, Padre Márquez, Sarayacu, Islandia, villa trompetero, santa Clotilde Andoas. Las bajas coberturas se deben al déficit de seguimiento y captación de los niños las mismas que se vieron afectadas durante las épocas de vaciantes y crecientes de los ríos.

PROPORCION DE NIÑOS < DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO COMPLETO PARA SU EDAD

AÑOS		COBERTURAS DE NIÑOS CONTROLADOS MENORES DE 36 MESES SEGUN MICROREDES REGION LORETO AÑO 2012			
N°	MICROREDES	< 3 años	total < 3 AÑOS	cob < 3 años	
1	MICRO RED IQUITOS NORTE	7934	844	11	
2	MICRO RED IQUITOS SUR	9101	2267	25	
3	MICRO RED BELEN	4970	1643	33	
4	MICRO RED PUNCHANA	5575	1826	33	
5	MICRO RED PUTUMAYO	684	146	21	
6	MICRO RED SANTA CLOTILDE	1670	148	9	
7	MICRO RED MAZAN	2904	391	13	
8	MICRO RED TAMSHIYACU	1662	289	17	
9	MICRO RED ANGAMOS	196	0	0	
10	MICRO RED CABALLO COCHA	1295	230	18	
11	MICRO RED SAN PABLO	1011	327	32	
12	MICRO RED PEVAS	1130	172	15	
13	MICRO RED ISLANDIA	1110	90	8	
14	MICRO RED NAUTA	2996	835	28	
15	MICRO RED VILLA TROMPETEROS	660	57	9	
16	MICRO RED MAYPUCO	1125	285	25	
17	MICRO RED INTUTO	685	178	26	
18	MICRO RED CONTAMANA	3209	396	12	
19	MICRO RED SARAYACU	1248	76	6	
20	MICRO RED PADRE MARQUEZ	451	9	2	
21	MICRO RED REQUENA	3800	1535	40	
22	MICRO RED BRETAÑA	434	143	33	
23	MICRO RED SAN MARTIN CAPELC	953	222	23	
24	MICRO RED YURIMAGUAS	4755	1998	42	
25	MICRO RED SHUCUSHYACU	508	260	51	
26	MICRO RED BALSAPUERTO	1409	490	35	
27	MICRO RED SANTA CRUZ	355	287	81	
28	MICRO RED LAGUNAS	1077	726	67	
29	MICRO RED JEBEROS	426	211	50	
30	MICRO RED MANSERICHE	740	138	19	
31	MICRO RED BARRANCA	931	415	45	
32	MICRO RED CAHUAPANAS	602	174	29	
33	MICRO RED PASTAZA	504	187	37	
34	MICRO RED ANDOAS	769	76	10	
35	MICRO RED MORONA	521	176	34	
	TOTAL	67400	17247	26	

Luego de 3 años de inyección presupuestal con propuestas de cambios en el enfoque



y metodología del presupuesto por resultados PpR, ha permitido priorizar sostenidamente recursos, para enfrentar el problema de la desnutrición crónica infantil. No obstante, luego de tres años, el incremento sostenido de recursos humanos para esta finalidad, aún es insuficiente para cubrir las brechas, para alcanzar mejores cobertura y eficacia en los servicios CRED. no sólo basta una mayor y adecuada asignación presupuestal, es necesario e indispensable mejorar los procesos de gestión en sus distintas fases, aunado a mejorar actitud de los prestadores del servicio, permitiendo enfrentar el problema de la desnutrición crónica infantil con mayor empoderamiento de los equipos técnicos que garanticen calidad de la atención en los diferentes establecimientos de salud de la Región.

La asignación presupuestal a la intervención por Crecimiento y desarrollo a los CRED eminentemente preventivo y de desarrollo de capacidades se dio por primera vez el año 2010 con un monto de **S/6`281.741** nuevos soles el cual se ha mantenido hasta la fecha año 2,012 no obstante ha permitido incrementar recursos humanos e implementación de equipos e insumos en los establecimientos de salud desde su puesta en marcha el PPR, para combatir la desnutrición, desde la atención integral de los niños niñas de la región y del país

ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES

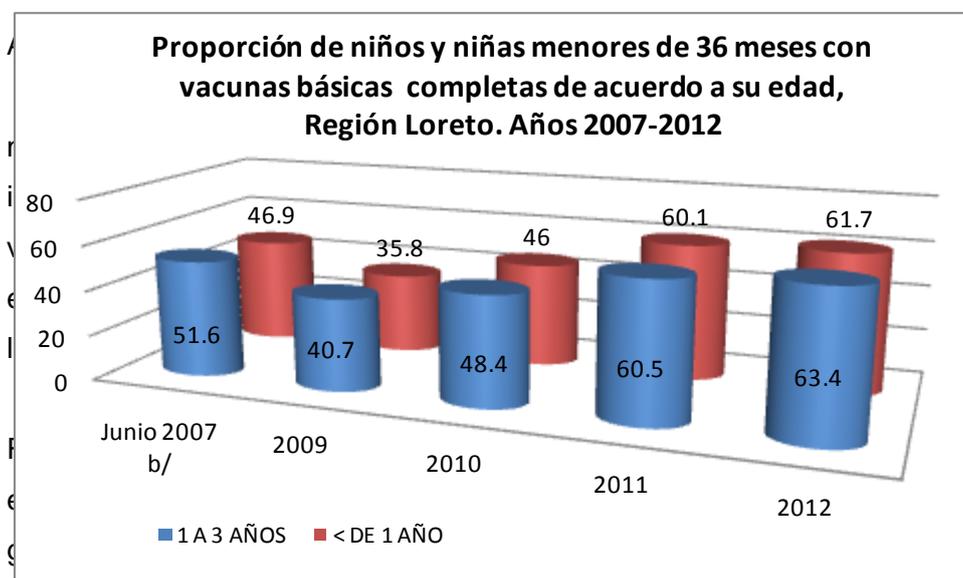
El programa nacional de inmunizaciones existió en el Perú desde 1972 hasta el año 2001, año en que la actividad se incorporó dentro del programa de atención integral de salud del niño, con fecha 27 de julio del 2004 fue creada la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, con la finalidad de señalar la prioridad política, técnica y

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

administrativa que el pueblo y Gobierno Peruano reconocen en las inmunizaciones.

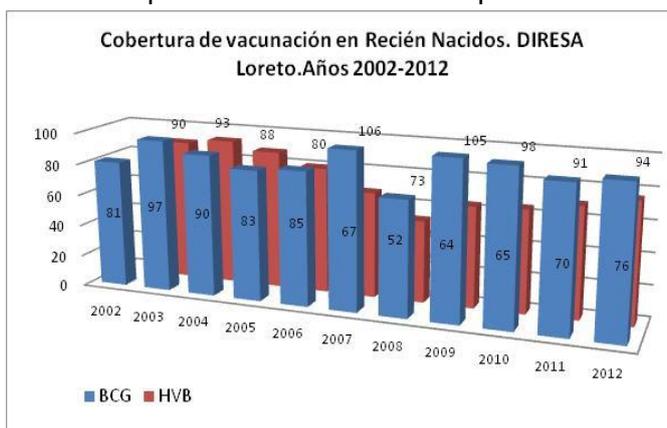
La Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, a la actualidad tiene el esquema de vacunación más completo, que inmuniza a la niñez contra 15 enfermedades.

Los resultados de la última encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES- 2012) nos muestran un avance en la proporción de niños protegidos con las vacunas básicas para su edad, los mismos que en el grupo de niños menores de 1 año se observa un ligero incremento porcentual encontrándonos con un 61.7%, mientras que se tiene un incremento mayor en el grupo de niños de 1ª a 3 años alcanzando 63.4%.



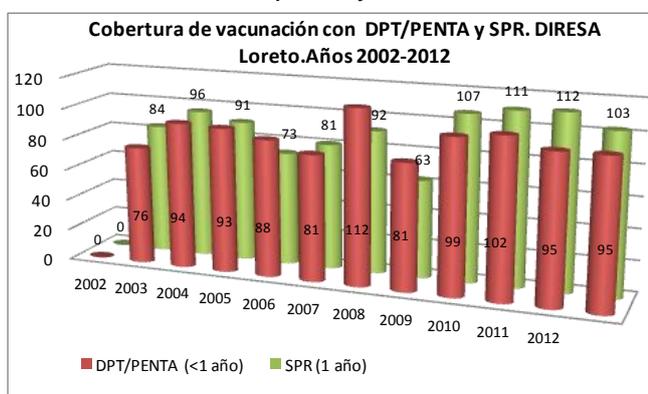
Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2012

En cuanto a coberturas puntuales según tipo de vacunas en a nivel Regional los últimos 10 años, podemos observar coberturas promedio de 100% de protección adecuada en la cohorte de Recién Nacidos con vacuna BCG, El año 2008 se tuvo 5 meses de huelga, razón por la cual las coberturas solo alcanzaron 88% con BCG, esta se recuperó en el año 2009 para disminuir en los años siguientes.



Fuente. Informe mensual. ESRI. DIRESA Loreto.

En el año 2012 se incrementó las coberturas alcanzaron el 94%. Con vacuna BCG y 76% con HvB, siendo los distritos de Iquitos, Punchana y Yurimaguas donde se encuentran los 3 hospitales de referencia a nivel regional quienes alcanzaron coberturas superiores al 100% donde se cumple la vacunación según norma establecida de vacunación del Recién dentro de las 24 horas para HvB y 28 días para BCG. Los distritos con menor cobertura los distritos de Tapiche y Belén. Una de las principales causas es la falta de refrigeradoras en un 55% de los EE.SS.

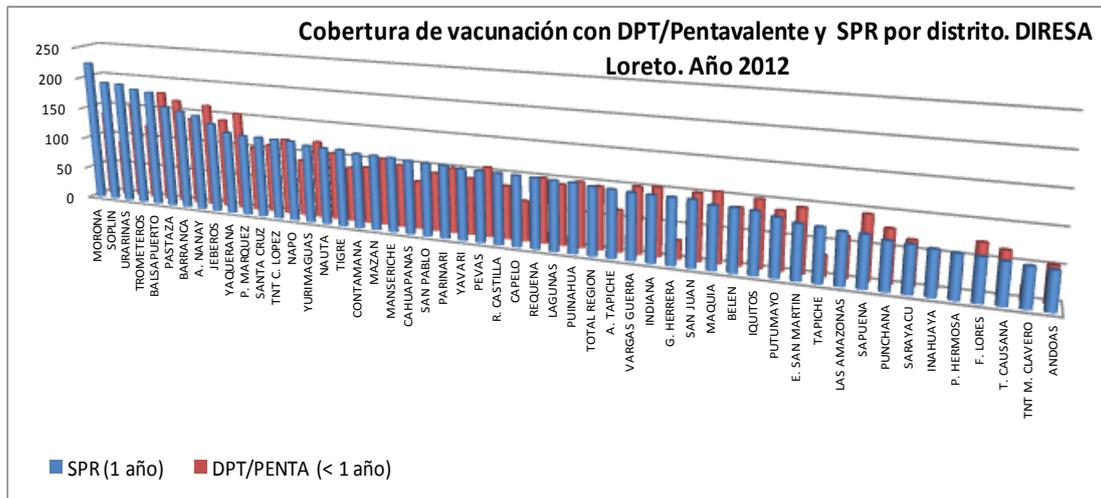


En el grupo de niños menores de 1 año con vacuna DPT/Pentavalente,

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

las coberturas alcanzadas los últimos 10 años a nivel regional han ido incrementándose, alcanzando a partir del año 2007 coberturas iguales o mayores de 95 % lo que implica la seguridad de no ocurrencia de brotes. Con la administración de vacuna SPR, los resultados a lo largo de los últimos años muestran mejores coberturas, el año 2003 se tuvo la menor cobertura (54%), mientras que en el año 2011 se obtuvo la mayor cobertura (95%), cabe señalar que en este año se realizó el barrido contra el Sarampión y Rubeola conjuntamente contra la Polio.

Durante el año 2012, los distritos que alcanzaron coberturas mayores fueron los distritos de Morona (229%) y Soplin (194%) ambos relacionados a sub estimación de población, mientras que los distritos con menor cobertura alcanzada fueron Teniente Manuel Clavero (58%) y Andoas con (56%).



Fuente. Informe mensual. ESRI. DIRESA Loreto.

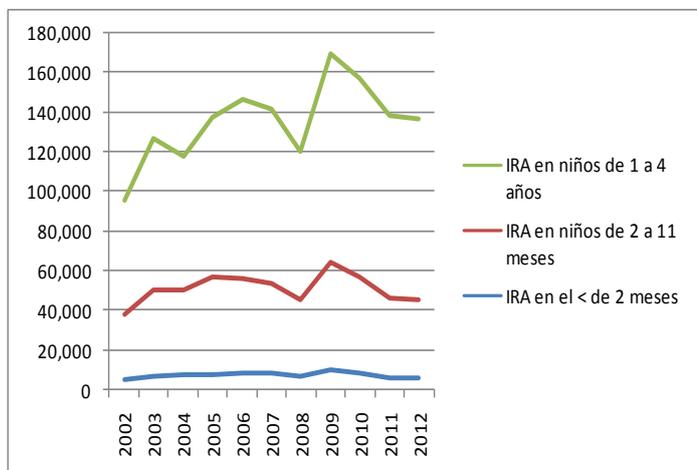
Las coberturas obtenidas con vacuna Pentavalente en menores de 1 año en el 2012 los distritos con mayor cobertura los distritos de Balsapuerto (178%) y Pastaza con (167%), siendo nuevamente el distrito de Teniente Manuel Clavero uno de los que obtuvo menor cobertura (21%) al igual que Genaro Herrera que obtuvo (28%).

A lo largo de estos últimos años se habían reportado históricamente brotes de Tosferina en las provincias del Datem, Ucayali y Maynas, los mismos que atribuyen a la eficacia de la vacuna DPT (80%) que sumados a la falta de cadena de frio en los establecimientos de salud y el inadecuado seguimiento para la administración de los refuerzos nos deja un gran bolsón de susceptibles que devienen en la aparición de brotes. A esto se suma el hecho de que el diagnostico de tosferina se haya mejorado obteniendo resultados positivos, en grupos vulnerables como son los menores de 1 año.

Esto ha sido identificado y por tal motivo el MINSA ha determinado la implementación de refrigeradoras solares al 100 de establecimientos de la Región, cumpliendo hasta el 2012 con la implementación del 100 % de establecimientos de la Provincia de Datem del Marañón y algunos establecimientos de las provincias de Requena, Ucayali y Loreto.

Infecciones Respiratorias Agudas:

Los cambios climáticos que se vienen presentado en nuestro país y la región Loreto, incrementan el riesgo de desarrollar esta enfermedad y la posibilidad de causar



Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

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.).

Fuente: Dirección de Epidemiología

DIRESA Loreto

Desde el año 2002 al 2012 se reportaron en total 1,487,317 casos de IRAs en menores de 05 años. En el año 2009 se tuvo la mayor Tasa de Incidencia Acumulada (T.I.A): 1436.57 x 1000 hab., este incremento se observa a partir del año 2005, con una pequeña disminución en al año 2008. El año 2012 presenta una leve disminución (83) en relación al 2011.

Comportamiento de las Enfermedades Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años - DIRESA Loreto 2002 - 2012

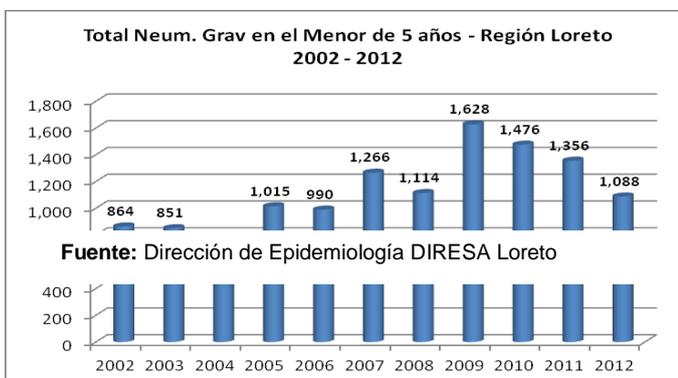
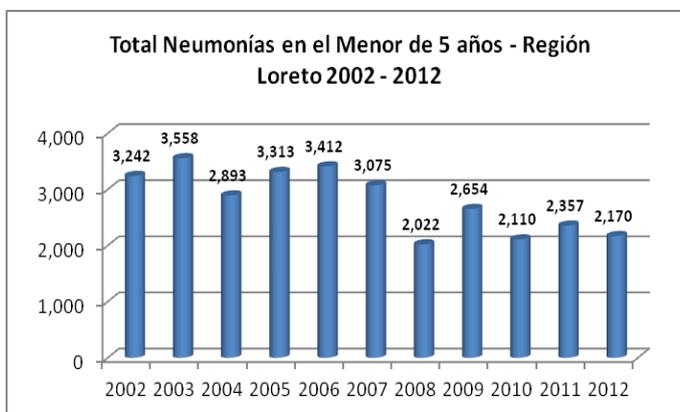
	IRA en el < de 2 meses	IRA en niños de 2 a 11 meses	IRA en niños de 1 a 4 años
2002	5,663	32,671	57,291
2003	7,395	43,321	76,038
2004	7,737	42,386	67,795
2005	8,208	48,378	81,065
2006	8,763	47,364	90,317
2007	8,460	45,401	87,453
2008	7,591	37,792	75,177
2009	10,331	53682	105,451
2010	8,774	47,951	100,123
2011	6,188	40,526	91,261
2012	6,568	39,018	91,178

En el 2012 tuvimos 12 periodos de Friaje, las mismas que, en coordinación con la oficina de Defensa Nacional, se organizaron actividades de monitoreo en diferentes zonas de Iquitos.

En relación a las SOBAs, el cuadro nos muestra que desde el 2009 se inició el incremento de casos, observándose una leve disminución en el 2011; en el 2012 se observa un incremento de casos (17,165).

Es importante mencionar que, las tendencias de IRAs 2012 en relación a las SOBAs 2012 presentó un menor reporte de casos, debido a que se fortalecieron las competencias de 122 médicos de la región, que conllevó a mejorar el diagnóstico diferencial y manejo de las Neumonías y SOB-Asma.

Respecto a las Neumonías, el gráfico nos muestra que el año 2003 las Neumonías presentaron el mayor incremento de casos (3,558), así, el 2012 se observa disminución de casos, pese a que tuvimos la inundación se reportaron 187 casos menos en relación al 2011, esto debido a que se mejoraron los diagnósticos en los médicos.



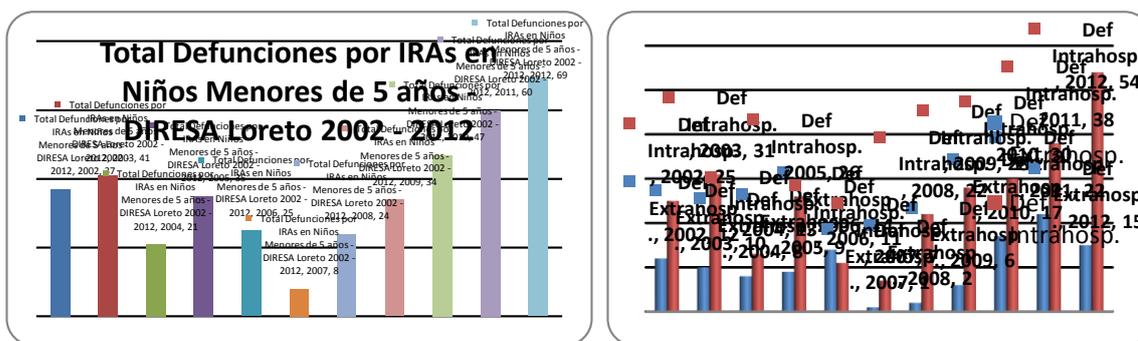
Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

El presente gráfico nos muestra que, el año 2009 se presentó el mayor número de casos de Neumonías Graves, luego del cual fue disminuyendo progresivamente, es así que en el 2012 se reportaron 1,088 casos.

Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto

En cuanto a las defunciones por IRAs se puede observar que, en el año 2008 se inició el incremento de defunciones (24), si bien el 2012 se tuvo 69 fallecidos, sin embargo se puede notar que las defunciones extra hospitalarias disminuyeron debido a que se fortaleció el sistema de referencias, sin embargo falta fortalecer las visitas domiciliarias, consejerías y seguimiento a los niños con Neumonías.



Enfermedades Diarreicas Agudas:

Los microorganismos más comunes asociados a diarreas son: Rotavirus, Escherichia coli enterotoxigénica, Shigella, Campylobacter jejuni, Cryptosporidium y Vibrio Cholerae.

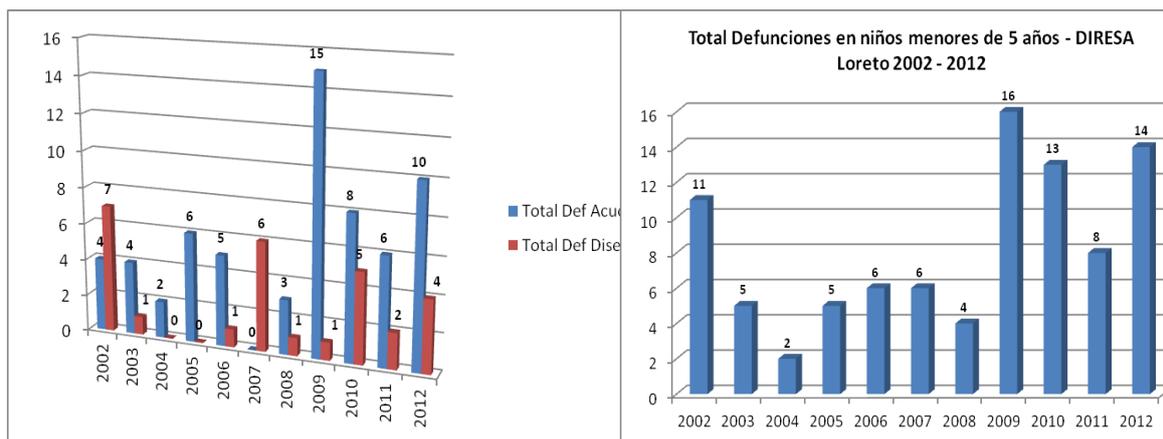
Los agentes infecciosos que causan diarrea generalmente se diseminan por vía fecal – oral (ano-mano-boca), que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados y el contacto directo con materia fecal. Varios comportamientos de las personas contribuyen a la propagación de entero patógeno e incrementan el riesgo de sufrir diarrea.

En el presente gráfico se puede apreciar que, el comportamiento de la Diarrea Acuosa tiende al incremento y pocas veces presenta disminución, sin embargo en el 2012 se incrementó en 2,277 más casos en relación al 2011, ello debido a la inundación presentada en el 2012. Así mismo, es importante mencionar que la Diarrea Disentérica también se incrementó en 60 casos en relación al 2011, el riesgo está asociado al daño intestinal, septicemia, malnutrición y deshidratación.

Respecto a las defunciones por EDAs se puede observar que, en el año 2009 se inició el incremento de defunciones (16), el 2010 y 2011 presentó una disminución significativa, sin embargo, en el 2012 se incrementó a 14 fallecidos, de los cuales 10 corresponden a Diarreas Acuosas y 4 a Disentéricas, es importante mencionar que,

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

falta fortalecer las visitas domiciliarias, consejerías y seguimiento a los niños con Diarreas.



Fuente: Dirección de Epidemiología
DIRESA Loreto

I. Actividades desarrolladas:

1. El 2012 se alcanzó el 80.6% de casos esperado en IRAs no complicadas, sin embargo en el IV trimestre se tuvo un incremento en las FAPA, se presume que los diagnósticos fueron mejorando debido a la Pasantía en IRAs que recibieron los médicos; es importante mencionar que, desde el II Trimestre se organizaron reuniones para socializar las cartillas de IRAS las cuales nos muestran el manejo de las IRAS, además se realizó el monitoreo de los servicios con énfasis en la implementación de los consultorios y el flujo de atenciones. Los distritos que mayor número de casos presentaron fueron: Punchana, Iquitos, Yurimaguas, San Juan y Belén.
2. En cuanto a IRAs complicadas, se alcanzó el 170%, esto se debe al incremento de SOBA/Asma, debido al mejor diagnóstico por parte de los médicos, quienes fortalecieron sus conocimientos en IRAs con énfasis en Atención Integral de Salud del Niño, por ello y en coordinación con DIREMID se basteció con medicamentos e insumos a los EE. SS, sobre todo para atender a aquellos niños que no cuentan con SIS. A través de la ONG Plan Internacional se distribuyó 97 nebulizadores portátiles, 1,132 mascarillas para Lactantes y 1,415 mascarillas pediátricas, por la DIRESA se distribuyó 10 pulso-oxímetro con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los niños menores de 5 años. Nos encontramos en proceso de implementación a 03 EE.SS. I-4 de Iquitos ciudad para acreditarlos como Centros de Evaluación de Competencias.
3. Los distritos que mayores casos de SOBAs reportaron en el 2012 fueron: Punchana (6191), Iquitos (4675), Belén (1969) y San Juan (1818); respecto a Neumonías fueron: Napo (587), Punchana (367), Iquitos (215), San Juan (189) y Belén (142) y los que reportaron Neumonías Graves fueron: Punchana (386) e Iquitos (212).
4. En cuanto a defunciones por IRAs en el 2012, los distritos que mayores fallecidos reportaron fueron: Punchana (12), Nauta (7), Barranca (6), Yurimaguas (6), Belén (5), Iquitos (5) y Ramón Castilla (4).
5. En el año 2012 se realizaron 14 pasantías, lográndose capacitar a 122 médicos tanto del 1º nivel de atención como de los Hospitales: Regional, Iquitos y Santa Gema de Yurimaguas, cada uno de ellos con un promedio de 10 participantes por mes. Se realizó la evaluación de competencias a 15 médicos de Iquitos ciudad, de los cuales 7 fueron nominados competentes. Además se capacito a

Análisis de Situación de Salud de Loreto 2012

10 médicos para facilitadores regionales en IRAs, de los cuales 04 están vigentes, uno de ellos labora en Yurimaguas.

6. En el 2012, las Diarreas Acuosa se incrementaron considerablemente sobre todo en el 2º trimestre, debido a la inundación así como a la vaciante de las aguas.
7. En el 2012, los distritos que mayor número de Diarreas Acuosa reportaron fueron: Punchana (7109), Iquitos (4828), Belén (3261), San Juan (3103), Yurimaguas (2107), Napo (1273) y Nauta (1149); respecto a las Diarreas Disentéricas, estas se incrementaron en el 2º y 4º trimestre; los distritos que mayores casos reportaron fueron: Napo (700), Punchana (312), Nauta (296), San Juan (285) y Maquia (284).
8. Respecto a las defunciones por diarreas; los distritos que mayor número de fallecidos reportaron fueron: Andoas (3), San Juan (3), Balsapuerto (2) y Yurimaguas (2).
9. Ante ello, se desarrollaron técnicas para socializar las cartillas de EDAs con las Enfermeras, las cuales nos muestran el manejo de las EDAs, además se realizó el abastecimiento a los EE.SS. con Albendazol en jarabe, S.R.O. Así mismo se distribuyeron 25 porta sueros metálicos rodables e hisopos rectales.
10. Debido al incremento de Diarreas reportadas durante y después de la inundación, se inició la suplementación con Zinc en Establecimientos de Salud priorizados, para ello contamos con el apoyo de UNICEF, quien donó 54,000 tab. de sulfato de Zinc x 20 mg para 2,700 menores de 5 años; inicialmente se trabajó en 16 EE.SS. y en Noviembre se decidió incorporar a 07 EE.SS. más, sumando un total de 23 con la que actualmente se viene trabajando.
11. Respecto al presupuesto 2012 asignado para el manejo de Infecciones Respiratorias y Enfermedades Diarreicas, tenemos:
 - a) Infecciones Respiratorias Agudas:
 - ✓ IRA sin Complicaciones: Asignación año 2012: S/. 6,000.00 – ejecutado 100%
 - ✓ IRA con Complicaciones: Asignación año 2012: S/. 116,760.00 – ejecutado 100%
 - b) Enfermedades Diarreicas Agudas:
 - ✓ EDA sin Complicaciones: Asignación año 2012: S/. 6,000.00 – ejecutado 100%
 - ✓ EDA con Complicaciones: Asignación año 2012: S/. 66,520.00 – ejecutado 100%

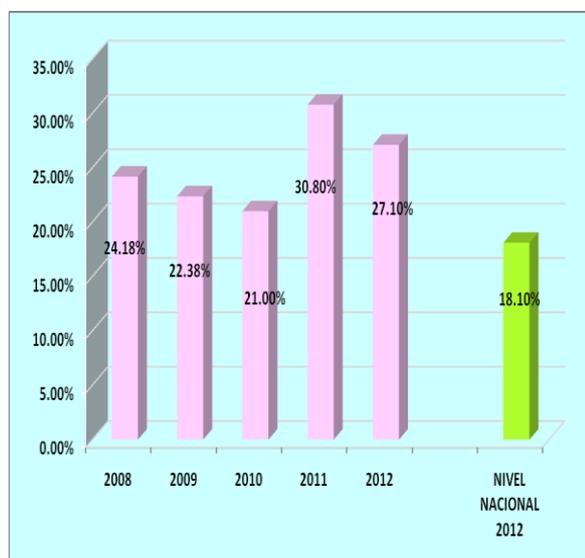
El presupuesto asignado fue insuficiente toda vez que no permitió cumplir con la implementación necesaria para que en los EE.SS. puedan manejar adecuadamente los casos complicados de Infecciones Respiratorias.

DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Esta información se obtiene del Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN, que es una herramienta informática, que contribuye en parte a la Vigilancia Alimentaria Nutricional, involucrando procesos de análisis e interpretación de información relevante, generada en diversos sectores, la misma que debe difundirse oportunamente a las autoridades pertinentes para la toma de decisiones en políticas y programas sociales que contribuyan a la mejora del estado nutricional de la población

La información del SIEN, se procesa a nivel local, distrital, provincial y regional, así como por Micro-Redes, redes y a nivel de la Dirección Regional de salud donde se culmina de procesar la información y luego se remite mensualmente al nivel central CENAN/INS. El SIEN, recoge información sistemáticamente, los resultados obtenidos pertenecen a una muestra representativa que puede inferirse después a la población, nos permite tener información de la situación real de nutrición a nivel local a partir del aprovechamiento de la utilización de información que es recogida en los establecimientos de salud durante la atención diaria.

DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA REGION PORCENTAJE DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A LOS EESS DE LA REGION LORETO 2008-2012



La Desnutrición Crónica en la Región Loreto en el 2012 se encuentra en 27.10%, muy por encima del promedio nacional (18.1%). Así mismo podemos evidenciar que la Desnutrición Crónica en la Región Loreto ha venido disminuyendo de manera progresiva en los últimos 4 años, teniendo un incremento significativo el 2011 (30.80%). Estando en el 2008 con 24.18%, es decir a la fecha ha disminuido en un 2.92%.

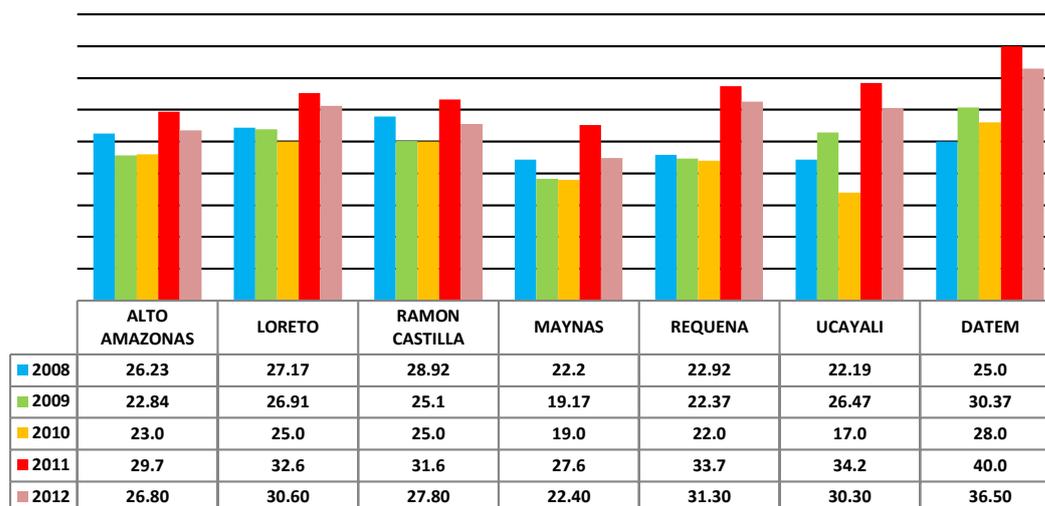
Estos resultados se deben al trabajo articulado e intersectorial de la DIRESA Loreto y los diferentes sectores e instituciones de la región, los cuales se enmarcan en un mismo objetivo, que es disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN

Este incremento se debe a la deficiente alimentación con lactancia materna exclusiva que reciben los niños en los primeros 6 meses de vida donde la madre por cultura y en algunos casos por falta de conocimiento alimentan al niño con alimentos líquidos y sólidos antes de los 6 meses costumbre que son propias de la creencia popular que también se evidencia en la alimentación complementaria.

DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS – NIÑAS DE LAS PROVINCIAS DE LA REGION LORETO

PROPORCIÓN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A LOS EESS DE LAS PROVINCIAS DE LA REGIÓN LORETO 2008- 2012



Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN

El gráfico muestra en las Provincias del Datem (36.5%) y Requena (31.30%) altos porcentajes de desnutrición y los siguientes son: Loreto (30.60%) y Ucayali (30.30%) con un porcentaje similar que Requena, considerando que estas provincias tienen difícil accesibilidad geográfica y su población presenta comunidades indígenas con costumbres arraigadas propias de cada comunidad, asociado al bajo nivel educativo de los padres y a los constantes episodios de EDAS e IRAS y otras enfermedades prevalentes de la infancia, que contribuyen a este problema de salud nutricional de los niños. La disminución de la desnutrición se puede lograr con el trabajo multisectorial, respetando la cultura de cada comunidad, con actividades preventivo promocionales en maternidad saludable, crecimiento y desarrollo infantil temprano del niño desde la gestación hasta los 5 años de edad, control prenatal, estimulación temprana, lactancia materna exclusiva, nutrición (alimentación complementaria) y prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.

Se contó con el apoyo de UNICEF quienes nos entregaron las tabletas de zinc para el tratamiento de las EDAS en los niños de 6 a 59 meses de edad, el que es entregado en 19 establecimientos de salud de Iquitos ciudad, 01 en Nauta y dos hospitales de Iquitos, se está evidenciado que los niños que reciben el tratamiento completo de zinc cuando presentan EDAS, la frecuencia y cantidad de las EDAS disminuye, refiriendo las madres que los niños incrementan el apetito y se enferman menos.

INDICADOR N° 2:

PORCENTAJE: De los 352 establecimientos de salud que son punto de digitación y de recojo de información reportan en promedio 243 (69%) y de ellos han reportado el 100% de información 171 establecimientos y el mes más bajo en reporte de información se dio en diciembre

Las que reportan al 100% de su información son la Red Datem del Marañón y la Red Alto Amazonas, de manera oportuna.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REPORTAN INFORMACION DEL SIEN (PUNTOS DE DIGITACION)

En la región Loreto se cuenta con 49 puntos de digitación distribuidos en las diferentes Redes de Salud.

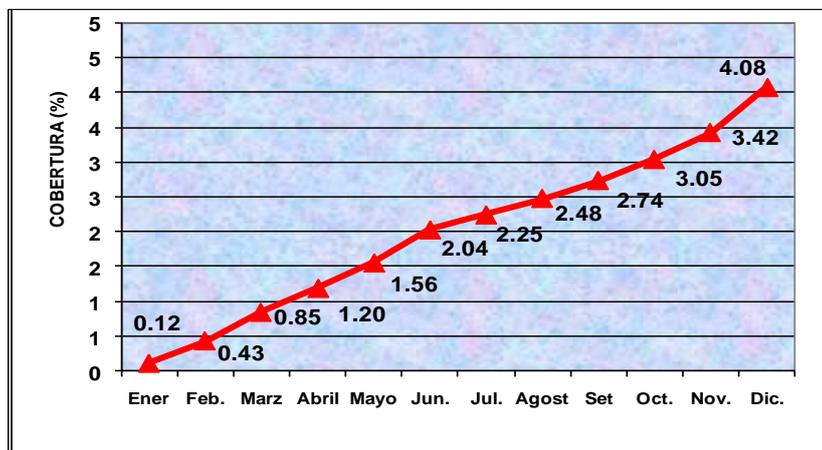
En el presente año se ha programado el reporte de los 352 EE.SS. y 1 hospital (Santa Gema), teniendo hasta la fecha un promedio de 243 (69.0%) EE.SS que reportan información, el cual se detalla en el cuadro adjunto:

Meses	N° EE.SS. que reportan información	Porcentaje
Ene.	313	88.9
Feb.	261	74.1
Mar.	258	73.3
Abri.	261	74.1
May	244	69.3
Jun.	248	70.5
Jul	248	70.5
Ago.	259	73.6
Sep.	272	77.3
Oct.	254	72.2
Nov.	243	69.0
Dic.	219	62.2
Promedio	243	69.0

El cumplimiento de los reportes se mantiene medianamente adecuado, debido a diferentes factores, tales como: rotación constante de personal capacitado, equipos informáticos en mal estado, accesibilidad de la zona, ausencia de personal en EESS, falta de equipo Antropométrico, falta de internet.

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO

COBERTURA DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, SUPLEMENTADOS CON SULFATO FERROSO REGION LORETO - 2012



Se observa en la grafica una cobertura baja de 4.08% de niños suplementados en el 2012, lo que quiere decir que 3,207 niños de los 78,685 programados llegaron a cumplir si quiera con un ciclo de suplementación. Si comparamos desde enero nos damos cuenta que la tendencia de la curva durante los meses siguientes del año es ascendente pero inadecuada por ser porcentajes muy bajos de niños con suplementación.

La baja cobertura obtenida, es por la falta de captación oportuna de los niños en las diferentes atenciones que se brinda al niño y la niña en el establecimiento de salud, a esto se suma la falta de seguimiento mediante la visita domiciliaria para verificar la adherencia de hierro, (mínima tres veces) durante la suplementación.

También tenemos el problema de registro y digitación incorrecta e inoportuna de información del HIS, como del SIEN en los establecimientos de salud, y en DIRESA en la oficina de estadística tenemos que el sistema del reporte del HIS tiene problemas para sacar la información completa, situación que se está coordinando con el MINSA para su solución.

En el mes de octubre se presentó un desabastecimiento de sulfato ferroso que fue corregido con los multi micronutrientes que se re ubico de Ucayali y Requena para ser distribuido en Iquitos ciudad, pero en Ucayali la población menor de 36 meses se quedó sin recibir los multi micronutrientes por su próxima fecha de vencimiento, esto por la falta de involucramiento del personal de salud en brindar el paquete mínimo de atención al niño.

Es importante resaltar que los niños que recibieron multi micronutrientes de la manera adecuada reportaron incremento de peso y apetito, lo que se evidenciaría en el presente año.

Con el apoyo de los cooperantes como UNICEF logramos contar y distribuir a los establecimientos de salud la vitamina A que fue administrada a los niños desde los 6 meses de edad hasta los 4 años y los multi micronutrientes a los niños de 6 a 30 meses de edad.

I. FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TECNICAS EN ALIMENTACION Y NUTRICION AL PERSONAL DE SALUD

En el 2012, se ha desarrollado el fortalecimiento de competencias técnicas del personal de salud en la temática nutricional, en un total de 32, el cual se detalla en el cuadro adjunto, especificando las capacitaciones por Redes.

Estas actividades se enmarcaron en la atención integral del niño para brindarle el paquete de atención integral según grupo etáreo del niño y la niña según norma técnica.

TALLERES DE CAPACITACION	MAYNAS CIUDAD	MAYNAS PERIFERIE	LORETO	REQUENA	UCAYALI	RAMON CASTILLA	ALTO AMAZONAS	DATEN DEL MARAÑON	TOTAL
REESTANDARIZACION ANTROPOMETRICA							1	1	2
ANEMIA, MANEJO Y MANTENIMIENTO DE HEMOGLOBINOMETRO	3	1	1	1	1	1	1		9
MULIMICRONUTRIENTE Y MICRONUTRIENTE	5		1	1	1				8
APLICATIVO INFORMATICO SIEN	4				1				5
TOTAL GENERAL									24

3. ANALISIS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD.

3.1. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

Tabla Nº 4.1. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ETAPA NIÑO

No	Casos	Femenino		Masculino		TOTAL	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	J00X -->Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	21168	10,1	19031	11,5	40199	10,7
2	J209 -->Bronquitis Aguda, no Especificada	11264	5,4	11987	7,2	23251	6,2
3	J029 -->Faringitis Aguda, no Especificada	11466	5,5	9635	5,8	21101	5,6
4	R5091 -->Fiebre Sospechoso de Malaria	9602	4,6	9249	5,6	18853	5,0
5	B779 -->Ascariasis, no Especificada	10092	4,8	8339	5,0	18431	4,9
6	J039 -->Amigdalitis Aguda, no Especificada	9401	4,5	7934	4,8	17335	4,6
7	N390 -->Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	9489	4,5	3171	1,9	12660	3,4
8	D509 -->Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación	6492	3,1	4648	2,8	11140	3,0
9	R509 -->Fiebre, no Especificada	5238	2,5	4938	3,0	10176	2,7
10	L080 -->Pioderma	4305	2,1	4032	2,4	8337	2,2
	Sub-Total	98517	47,1	82964	50,1	181483	48,4
	Las Demás Causas	110719	52,9	82565	49,9	193284	51,6
	Total general	209236	100	165529	100	374767	100,0

En la etapa Niño las Infecciones Respiratorias Agudas se encuentran entre las primeras causas de consulta externa, siendo la Rinofaringitis y la Bronquitis Aguda las dos primeras causas de consulta externa en los establecimientos de salud obteniendo ambos el 16,90% del total. En tercer lugar se encuentra la Faringitis (5,60%) seguido de los Febriles Sospechosos de Malaria. En general, estas 10 primeras causas de consulta externa representan el 48,40% de todas las causas.

Tabla Nº 4.2. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ETAPA ADOLESCENTE

No	Casos	Femenino		Masculino		TOTAL	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	R5091 -->Fiebre Sospechoso de Malaria	4266	7,9	3810	10,7	8076	9,0
2	J00X -->Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	3402	6,3	2186	6,1	5588	6,2
3	B779 -->Ascariasis, no Especificada	2960	5,5	2116	5,9	5076	5,7
4	J039 -->Amigdalitis Aguda, no Especificada	2170	4,0	1713	4,8	3883	4,3
5	J029 -->Faringitis Aguda, no Especificada	2054	3,8	1431	4,0	3485	3,9
6	N390 -->Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	2587	4,8	823	2,3	3410	3,8
7	D509 -->Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación	2047	3,8	1087	3,0	3134	3,5
8	R509 -->Fiebre, no Especificada	1626	3,0	1464	4,1	3090	3,4
9	B829 -->Parasitosis Intestinal, sin otra Especificación	1347	2,5	1045	2,9	2392	2,7
10	J209 -->Bronquitis Aguda, no Especificada	627	1,2	581	1,6	1208	1,3
	Sub-Total	23086	42,8	16256	45,5	39342	43,9

Las Demás Causas	30836	57,2	19505	54,5	50341	56,1
Total general	53922	100,0	35761	100,0	89683	100,0

En la etapa Adolescente, el principal motivo de consulta externa son Febriles sospechosos de Malaria, que representan el 9,0% de todas las consultas. Las IRA's como Rinofaringitis, Amigdalitis y Faringitis también se encuentran entre las causas más frecuentes de consulta externa, sumando entre las tres un 14,40%. Los 10 primeros diagnósticos en esta etapa de vida representan el 43,90% del total.

Tabla Nº 4.3. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ETAPA ADULTO

No	Casos	Femenino		Masculino		TOTAL	
		Caso s	%	Caso s	%	Caso s	%
1	R5091 -->Febril Sospechoso de Malaria	2865	5,4	2235	11, 5	5100	7,0
2	N390 -->Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	4304	8,1	701	3,6	5005	6,9
3	J00X -->Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	2392	4,5	797	4,1	3189	4,4
4	A150 -->TBC Pulmonar Bk (+)	1387	2,6	1462	7,5	2849	3,9
5	J039 -->Amigdalitis Aguda, no Especificada	1737	3,3	531	2,7	2268	3,1
6	B779 -->Ascariasis, no Especificada	1749	3,3	490	2,5	2239	3,1
7	J029 -->Faringitis Aguda, no Especificada	1569	2,9	489	2,5	2058	2,8
8	B519 -->Malaria por P. Vivax sin Complicaciones	812	1,5	1178	6,1	1990	2,7
9	D509 -->Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación	1656	3,1	311	1,6	1967	2,7
10	R509 -->Fiebre, no Especificada	1115	2,1	700	3,6	1815	2,5
	Sub-Total	19586	36, 7	8894	45, 7	28480	39,1
	Las Demás Causas	33807	63, 3	10571	54, 3	44378	60,9
	Total general	53393	100	19465	100	72858	100, 0

En la etapa Adulto, la principal causa de consulta externa fueron los febriles sospechosos de Malaria (7,0%) mientras que la Malaria Vivax ocupa el octavo lugar obteniendo el 2,70% del total de todas las consultas. En el cuarto lugar se encuentra la TBC Pulmonar BK positivo, representando el 3,90% del total de consultas. Otras causas incluyen IRA's, Síndrome febril y anemia.

Tabla Nº 4.4. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD ETAPA ADULTO MAYOR

No	Casos	Femenino		Masculino		TOTAL	
		Caso s	%	Caso s	%	Caso s	%
1	I10X -->Hipertensión Esencial (Primaria)	1610	8,3	747	5,4	2357	7,1
2	N390 -->Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	1029	5,3	474	3,5	1503	4,5
3	R5091 -->Febril Sospechoso de Malaria	581	3,0	580	4,2	1161	3,5

4	J029 -->Faringitis Aguda, no Especificada	716	3,7	442	3,2	1158	3,5
5	M545 -->Lumbago no Especificado	646	3,3	475	3,5	1121	3,4
6	A150 -->TBC Pulmonar Bk (+)	386	2,0	731	5,3	1117	3,4
7	J00X -->Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	663	3,4	422	3,1	1085	3,3
8	B779 -->Ascariasis, no Especificada	662	3,4	369	2,7	1031	3,1
9	D509 -->Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación	569	2,9	374	2,7	943	2,9
10	J039 -->Amigdalitis Aguda, no Especificada	354	1,8	283	2,1	637	1,9
Sub-Total		7216	37,4	4897	35,6	12113	36,7
Las Demás Causas		12086	62,6	8841	64,4	20927	63,3
Total general		19302	100	13738	100	33040	100,0

Entre la población Adulta Mayor la principal causa de la consulta externa fue la Hipertensión Esencial con el 7,10% del total, la segunda causa importante de consulta son las infecciones de Vías Urinarias obteniendo 4,50% del total. El tercer lugar ocupa los febriles sospechosos de Malaria con un 3,50% del total. Otras causas incluyen IRA's, Lumbago y anemia. Estas 10 primeras causas de consulta externa representan el 36,70% de todas las causas.

4.2 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.

Tabla Nº 4.5. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ETAPA NIÑO

No	CASOS	NIÑO							
		M	%	F	%	I	%	Total	%
1	J180 Bronconeumonía, no especificada	133	12.6	108	15.3	0	0.0	241	13.6
2	P073 Otros recién nacidos pre término	128	12.2	62	8.8	2	13.3	192	10.8
3	J189 Neumonía, no especificada	97	9.2	85	12.0	0	0.0	182	10.3
4	A419 Septicemia, no especificada	81	7.7	56	7.9	3	20.0	140	7.9
5	E46 Desnutrición proteico calórica, no especificada	36	3.4	22	3.1	0	0.0	58	3.3
6	Q899 Malformación congénita, no especificada	32	3.0	24	3.4	0	0.0	56	3.2
7	P072 Inmadurez extrema	32	3.0	12	1.7	0	0.0	44	2.5
8	A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen	18	1.7	24	3.4	0	0.0	42	2.4
9	A049 Infección intestinal bacteriana, no especificada	39	3.7	1	0.1	0	0.0	40	2.3
10	W749 Ahogamiento y sumersión no especificados	24	2.3	14	2.0	0	0.0	38	2.1
Sub Total		620	58.9	408	57.8	5	33.3	1033	58.3
Las Demás Causas		432	41.1	298	42.2	10	66.7	740	41.7
Total general		1052	100.0	706	100.0	15	100.0	1773	100.0

En el 2009, la principal causa de mortalidad en la etapa de vida Niño son las infecciones Respiratorias Agudas, que en conjunto representan el 23,90% del total. En Segundo lugar, los estados sépticos con un total de 140 casos obteniendo el 7,90% del total. La

prematuridad, representa el 10,80% del total de causas de muerte. Además es importante mencionar la ocurrencia de 58 años de desnutrición proteica calórica y 56 casos de muerte por Malformación Congénita.

Tabla Nº 4.6. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ETAPA ADOLESCENTE

No	CASOS	ADULTO							
		M	%	F	%	I	%	Total	%
1	B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	224	10.3	46	3.0	2	3.5	272	7.3
2	C539 Tumor maligno del cuello del útero, sin otra	0	0.0	239	15.8	0	0.0	239	6.4
3	K746 Otras cirrosis del hígado y las no especifica	177	8.2	53	3.5	2	3.5	232	6.2
4	A419 Septicemia, no especificada	117	5.4	88	5.8	7	12.3	212	5.7
No	CASOS	ADOLESCENTE							
6	A162 Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación	103	4.7	62	4.1	0	0.0	165	4.4
7	I219 Infarto agudo del miocardio, sin otra especificada	77	3.5	22	1.5	0	0.0	99	2.6
8	I10 Hipertensión esencial (primaria)	68	3.1	29	1.9	0	0.0	97	2.6
9	E149 Diabetes Mellitus no especificada, sin mencionar	30	1.4	61	4.0	6	10.5	97	2.6
10	J180 Bronconeumonía, no especificada	44	2.0	42	2.8	1	1.8	87	2.3
Sub Total		951	43.8	713	47.0	18	31.6	1682	44.9
Las Demás Causas		1219	56.2	804	53.0	39	68.4	2062	55.1
Total general		2170	100.0	1517	100.0	57	100.0	3744	100.0

Durante el 2009, en los Adolescentes, las principales causas de muerte fueron el ahogamiento o sumergimiento y la obstrucción de la respiración obteniendo el 15,30% del total, también se pueden observar casos de respiración aguda como en la etapa vida niño obteniendo un 6,20% del total. Asimismo, ocurrieron 7 muertes por agresión con objeto cortante (2,90%) y 6 muertes por paro cardíaco.

Tabla Nº 4.7. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ETAPA ADULTO LORETO 2009

		M	%	F	%	I	%	Total	%
1	W749 Ahogamiento y sumersión no especificados	16	11.6	5	4.9	0	0.0	21	8.7
2	P073 Otros recién nacidos pre término	10	7.2	8	7.8	1	100.0	19	7.9
3	W849 Obstrucción no especificada de la respiración	16	11.6	0	0.0	0	0.0	16	6.6
4	J180 Bronconeumonía, no especificada	5	3.6	3	2.9	0	0.0	8	3.3
5	J189 Neumonía, no especificada	6	4.3	1	1.0	0	0.0	7	2.9
6	P240 Aspiración neonatal de meconio	0	0.0	7	6.8	0	0.0	7	2.9
7	X999 Agresión con objeto cortante, lugar no especificada	6	4.3	1	1.0	0	0.0	7	2.9
8	K746 Otras cirrosis del hígado y las no especifica	1	0.7	5	4.9	0	0.0	6	2.5
9	I469 Paro cardíaco, no especificado	0	0.0	6	5.8	0	0.0	6	2.5
10	P369 Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	0	0.0	6	5.8	0	0.0	6	2.5
	Sub Total	60	43.5	42	40.8	1	100.0	103	42.6
	Las Demás Causas	78	56.5	61	59.2	0	0.0	139	57.4
	Total general	138	100.0	103	100.0	1	100.0	242	100.0

En la etapa de vida Adulto, la primera causa de muerte es la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia (7% del total) seguido por el tumor de cuello del útero, que afecta al sexo femenino representando el 6,40% del total de causas en ambos sexos. La cirrosis del hígado causó el 6,20% de defunciones. Otras causas frecuentes de muerte son la septicemia, neumonía, TBC pulmonar, Infarto de miocardio agudo. Se reportan además en este grupo de muertes los casos de Hipertensión esencial y Diabetes Mellitus obteniendo ambos el 5,20% del total.

Tabla Nº 4.8. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ETAPA ADULTO MAYOR

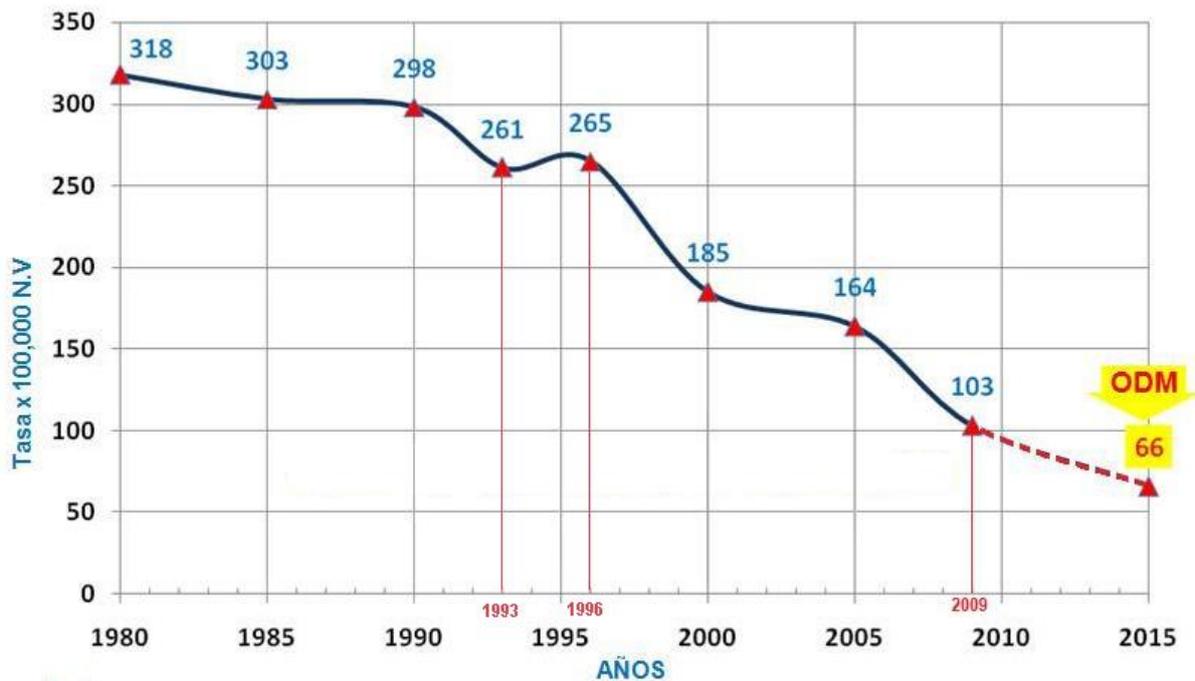
No	CASOS	ADULTO MAYOR							
		M	%	F	%	I	%	Total	%
1	J189 Neumonía, no especificada	287	10.4	206	8.7	13	18.3	506	9.7
2	I10 Hipertensión esencial (primaria)	169	6.1	146	6.2	1	1.4	316	6.1
3	A419 Septicemia, no especificada	174	6.3	114	4.8	7	9.9	295	5.7
4	K746 Otras cirrosis del hígado y las no especifica	182	6.6	96	4.1	0	0.0	278	5.4
5	C539 Tumor maligno del cuello del útero, sin otra	0	0.0	179	7.6	0	0.0	179	3.4
6	A162 Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación	105	3.8	72	3.0	1	1.4	178	3.4
7	J180 Bronconeumonía, no especificada	83	3.0	91	3.9	1	1.4	175	3.4
8	I219 Infarto agudo del miocardio, sin otra especificada	81	2.9	78	3.3	1	1.4	160	3.1
9	E149 Diabetes Mellitus no especificada	39	1.4	101	4.3	4	5.6	144	2.8
10	I469 Paro cardíaco, no especificado	70	2.5	65	2.8	0	0.0	135	2.6

Sub Total	1190	43.1	1148	48.6	28	39.4	2366	45.6
Las Demás Causas	1570	56.9	1213	51.4	43	60.6	2826	54.4
Total general	2760	100.0	2361	100.0	71	100.0	5192	100.0

En la etapa de vida Adulto Mayor, las principales causas de muerte fue neumonía (9,70%), luego HTA primaria (6,1%), Septicemia (5,70%). En general se observa el predominio de las enfermedades infecciosas.

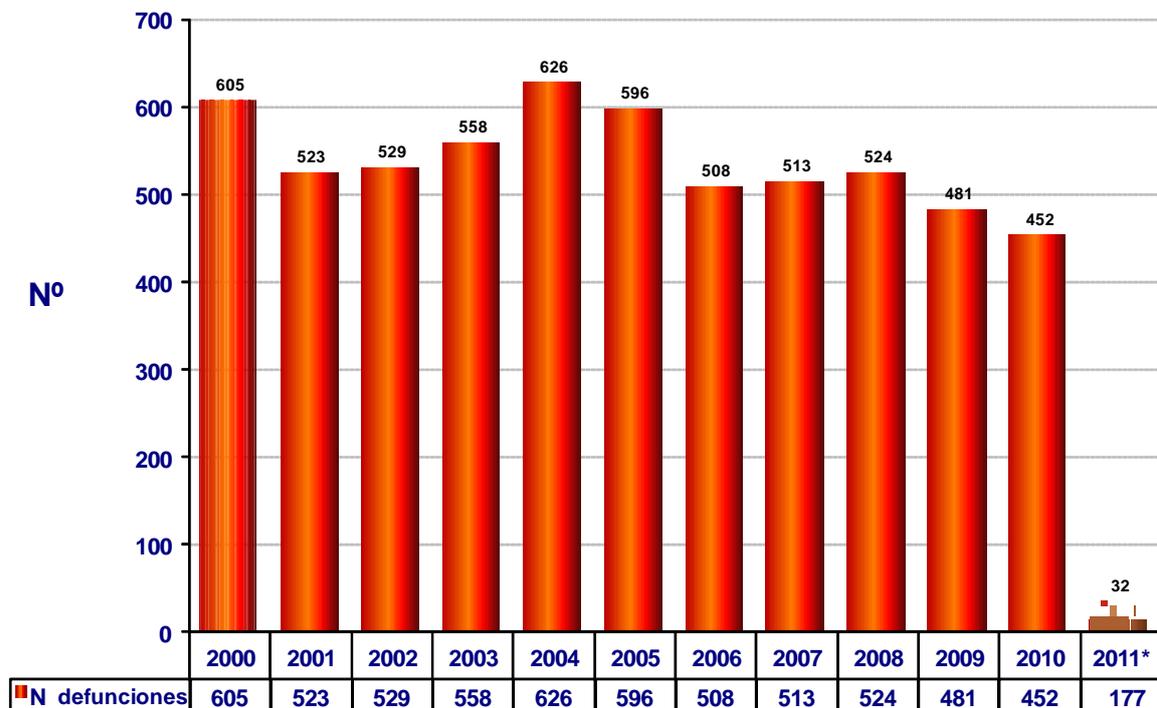
SITUACIÓN DE LA SALUD MATERNA

Razón de Mortalidad Materna Perú 1980 - 2015



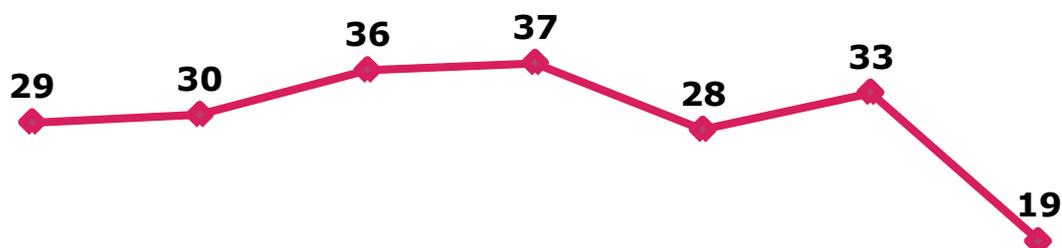
Fuente:
INEI - UNFPA. "Estado de la Población Peruana, 1997", Julio 1997.
INEI, ENDES 1996, ENDES 2000, ENDES 2009.

MUERTES MATERNAS EN EL PERÚ, AÑOS 2000 – 2011 (S.E 21)



N defunciones	605	523	529	558	626	596	508	513	524	481	452	177
----------------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Cantidad de Muertes Maternas en la Región Loreto 2005 – 2011 (JUNIO)



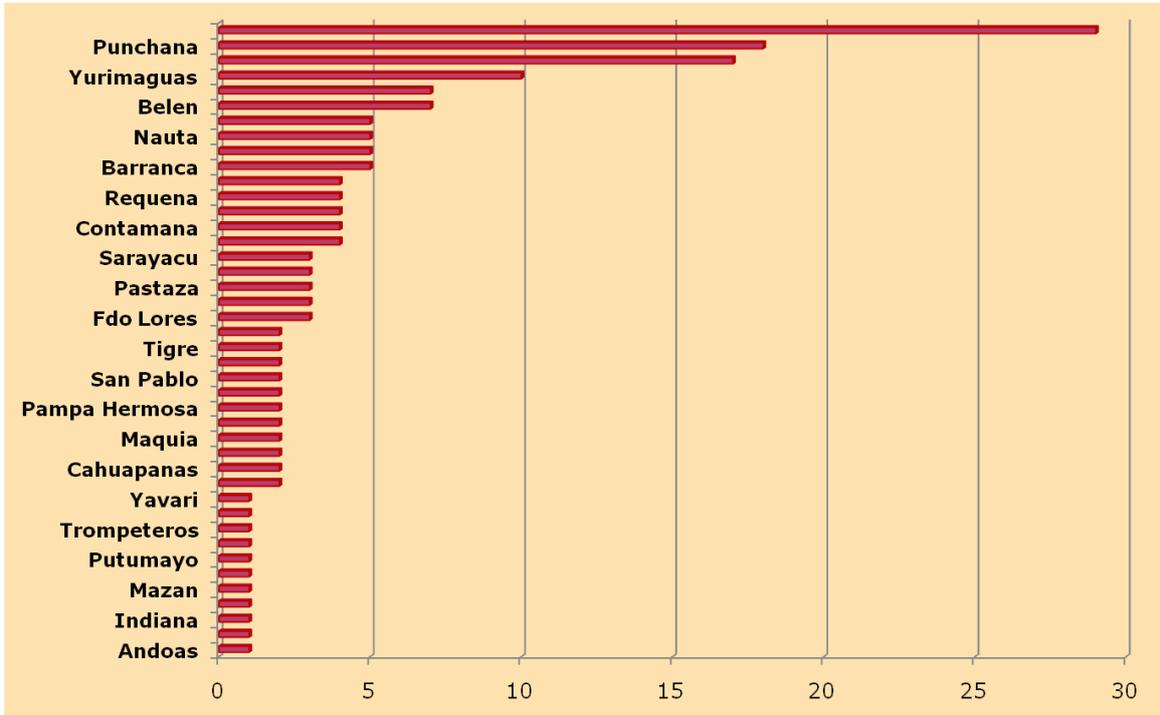
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011

Los estudios nos indican que es como consecuencia de las barreras (económicas, culturales y geográficas), inequidades y la deficiencia del funcionamiento de los servicios de salud como un sistema integrado, contexto en el cual un hecho fisiológico tal como la maternidad se puede convertir en una condición de riesgo para la vida de las mujeres y del recién nacido.

En Loreto la tendencia de la mortalidad materna en los últimos 4 años (2005 – 2008) ha tenido un comportamiento distinto a la nacional, sin embargo en el 2009 nuestra razón de Mortalidad Materna se reduce en un 32%, constituyendo el valor más bajo de los últimos años, los esfuerzos de la DIRESA para garantizar una referencia institucional oportuna desde las zonas más alejadas y dispersas de nuestra Región han representado un monto aproximado de S/. 100000,00 (cien mil y 00/100 nuevos soles).



**MUERTES MATERNAS SEGÚN DISTRITOS DE PROCEDENCIA, REGIÓN LORETO,
AÑOS 2005 – 2011 (JUNIO)**



Esta herramienta fundamental para la evaluación de la capacidad resolutive se encuentra en proceso en la región, lo que nos permitirá fortalecer los establecimientos de salud para la resolución de una emergencia obstétrica y neonatal. En el año 2009 el promedio de capacidad resolutive para los establecimientos FONE es de 81% encontrándose por encima del estándar, sin embargo en nuestros establecimientos FONB el promedio es de 58%, encontrándose por debajo del promedio.

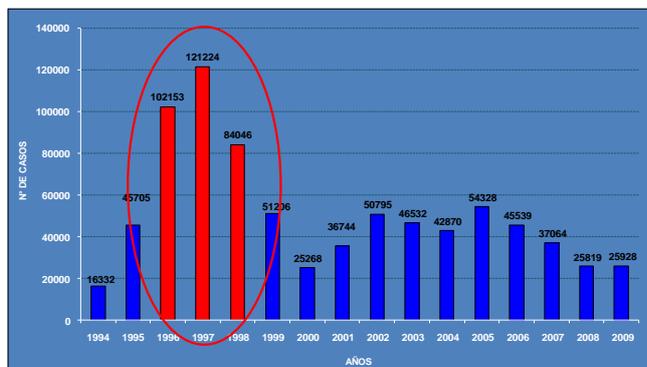
1.4. ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

4.4.1 MALARIA.

Antecedentes:

La región Loreto propicia un medio ecológico apropiado para la propagación de enfermedades infectocontagiosas, tanto en forma directa como a través de vectores: estas condiciones hicieron que la región sea por muchos años una zona endémica de malaria.

Casos de Malaria por Años Reportados en la Región Loreto



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto

En el año 1997 se observó un incremento inusitado de casos de malaria en la región Loreto y el Perú en general, llegando a reportarse más de 120,000 casos confirmados de esta enfermedad en nuestra región. Este comportamiento estuvo relacionado a factores como alteraciones del medio ambiente (fenómeno del Niño – Niña, etc.).

La tendencia desde el año 2006 es hacia la disminución de los casos de malaria en la región.

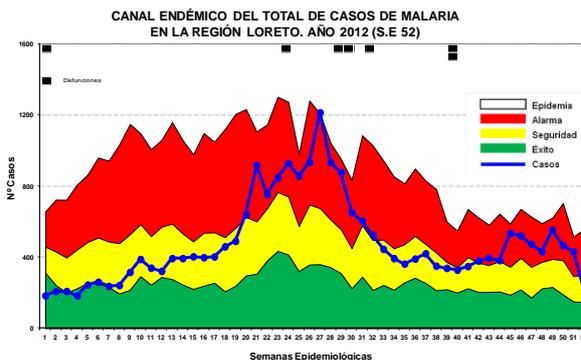
Situación en el Año 2012:

En el canal endémico del año 2012 se observa que la curva de casos se ubica entre las zonas de **SEGURIDAD** y **ALARMA**, en la mayoría de las semanas epidemiológicas. De acuerdo a la estratificación del riesgo por el Índice Parasitario Anual (IPA) según distritos es como sigue:

- Muy Alto Riesgo: 11 distritos
- Alto Riesgo: 10 distritos
- Mediano Riesgo: 15 distritos
- Bajo Riesgo: 12 distritos
- Sin Riesgo: 03 distritos (no hubo reporte de casos autóctonos en los distritos Inahuaya, Padre Márquez y Teniente Manuel Clavero).

Según la contribución porcentual de casos de malaria por distritos, durante el 2012, 18 distritos han reportado más del 80% del total de casos de la región.

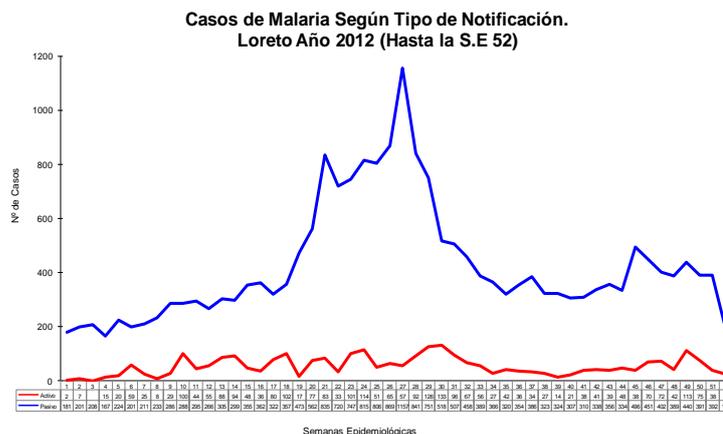
Según grupos de edad se observa que los adultos aportaron la mayor cantidad de casos, pero los extremos de la vida presentan las más altas Tasas de Incidencia, especialmente el grupo de 01 a 04 años, lo que se expresa en mayor riesgo para esta enfermedad.



Estratificación del Riesgo de Malaria por Distritos Según el Índice Parasitario Anual. Loreto Año 2012 (Hasta la S.E 52)

DISTRITOS	TOTAL CASOS	I.P.A	CLASIFICACIÓN	DISTRITOS	TOTAL CASOS	I.P.A	CLASIFICACIÓN
SOPLIN	445	656.34	MUY ALTO RIESGO	MORONA	39	3.81	MEDIANO RIESGO
ALTO NANAY	1780	635.71		URARINAS	32	2.33	
YAQUERANA	588	208.51		REQUENA	53	1.81	
YAVARI	2746	201.16		BARRANCA	23	1.73	
PASTAZA	1189	183.37		SAQUENA	8	1.63	
RAMÓN CASTILLA	3288	145.89		PARINARI	11	1.47	
TIGRE	980	119.38		TNTE. CESAR LOPEZ ROJAS	9	1.39	
MAZAN	1468	106.76		EMILIO SAN MARTIN	9	1.20	
ALTO TAPICHE	206	98.39		SANTA CRUZ	5	1.13	
TROMPETEROS	798	83.00		YURIMAGUAS	79	1.12	
ANDAS	652	56.86		CAHUAPANAS	5	0.63	
PEBAS	761	47.28	SARAYACU	9	0.54		
INDIANA	539	44.86	BALSAPUERTO	8	0.49		
NAPO	682	42.04	CAPELO	2	0.46		
SAN PABLO	499	33.58	PUNAHUA	2	0.34		
LAS AMAZONAS	341	32.86	PAMPA HERMOSA	3	0.32		
SAN JUAN BAUTISTA	3574	26.25	MAQUIA	2	0.24		
NAUTA	670	22.01	JEBEROS	1	0.20		
PUNCHANA	1585	18.06	JENARO HERRERA	1	0.18		
PUTUMAYO	77	12.50	VARGAS GUERRA	1	0.11		
FERNANDO LORES	210	10.28	MANSERICHE	1	0.10		
LAGUNAS	129	9.02	CONTAMANA	1	0.04	SIN RIESGO	
BELÉN	466	6.20	INAHUYA	0			
IQUITOS	876	5.52	PADRE MARQUEZ	0			
TAPICHE	6	5.10	TNTE. MANUEL CLAVERO	0			
TORRES CAUSANA	23	4.43				ALTO RIESGO	
Total general				24902	24.73		

Hasta la S.E 52 se reportó 2819 casos (11.3%) de malaria identificados mediante búsqueda activa (brigadas de intervención) y 22083 (88.7%) de notificación pasiva. 48 distritos reportaron casos de búsqueda activa siendo los más importantes: Pastaza, Tigre, Andoas, Ramón Castilla y Trompeteros.



Malaria por Plasmodium vivax:

En el mapa de riesgo de malaria por *Plasmodium vivax* se observa que afecta con mayor intensidad a distritos ubicados en la frontera con Ecuador y Brasil. Estos distritos se encuentran en Muy Alto Riesgo con IPAs que llegan incluso a 1081.24 por 1000 hab. (distrito Soplín Vargas).

La Incidencia Acumulada regional es de 22.37 por 1000 hab.

Durante el año 2010, 48 distritos de la región Loreto han reportado casos autóctonos de malaria vivax.

Según el IPA, 14 distritos se encuentran en **Muy Alto Riesgo**, 20 en **Alto Riesgo**, 07 en **Mediano Riesgo**, 08 en **Bajo Riesgo** y 02 distritos se encuentran consideradas como zonas **Sin Riesgo**. Los distritos Sin Riesgo se ubican en la provincia de Ucayali (Pampa Hermosa y Padre Márquez).

No se han reportado fallecidos por esta enfermedad en el presente año.

En la contribución por distritos, se observa que 16 de ellos aportan el 81.16% del total de casos de la región Loreto.

Cabe mencionar que los 04 distritos de la ciudad de Iquitos aportaron el 28.75% del total de casos de la región, siendo el distrito San Juan Bautista el que aporta la mayor cantidad (12.97%).

En el canal endémico se ubicó, predominantemente, entre las zonas de **ÉXITO**.

Malaria por Plasmodium falcíparum:

En el mapa de riesgo de malaria por *Plasmodium falcíparum*, se observa que los distritos con mayor riesgo se ubican en las provincias de Maynas y Loreto, generalmente son localidades que tienen una escasa población y esta se encuentra muy dispersa, con acceso geográfico limitado.

La Incidencia Acumulada regional es de 3,97 x 1000 hab.

En total 43 distritos han reportado casos autóctonos de esta enfermedad.

Según el IPA, 03 distritos se encuentran en **Alto Riesgo**, 21 en **Mediano Riesgo**, 20 en **Bajo Riesgo** y 07 distritos se clasifican como **Sin Riesgo**.

En la contribución porcentual de casos por distritos se observa que 15 distritos aportan más del 81% del total de casos de la región Loreto.

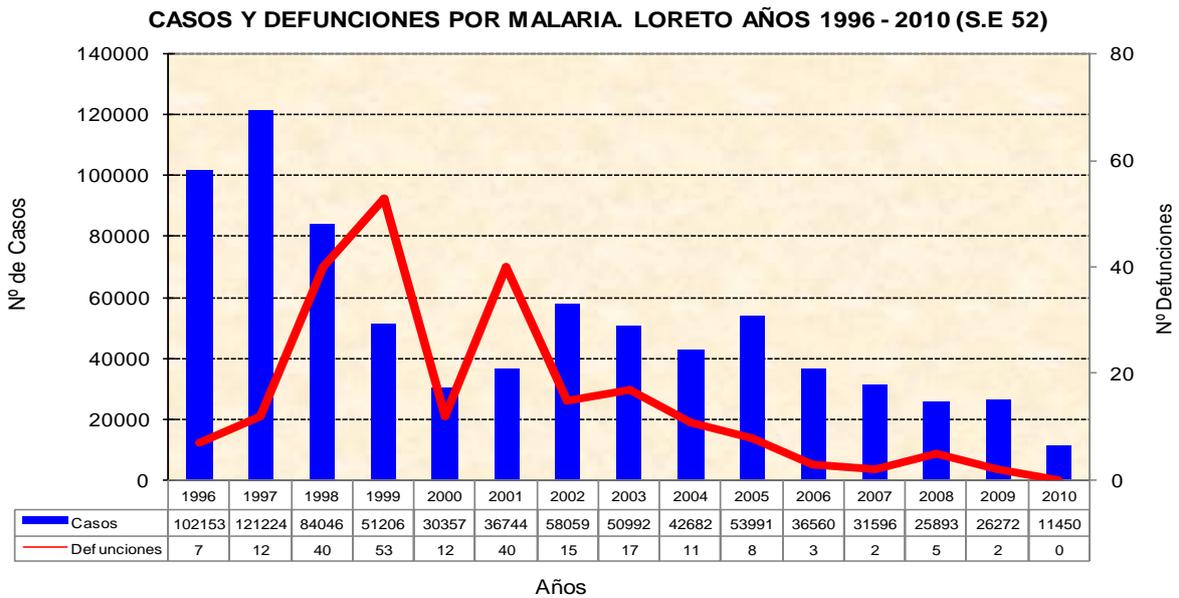
En el canal endémico se ubicó, predominantemente en la zona de **ÉXITO**. En las semanas 22 al 24 se ubicó en la zona de **SEGURIDAD**. La mayor notificación se observó en la S.E 23 con 164 casos.

Letalidad:

La Tasa de Letalidad por malaria falcíparum han sido muy altas, e incluso, en épocas en donde se observó una reducción de los casos, como son los años 2000 al 2004. Este valor de la Letalidad implica problemas en la respuesta de los servicios de salud.

En el año 2009 se han registrado 02 fallecidos por malaria falcíparum. Las edades fueron 03 y 23 años de edad, procedentes de los distritos Islandia y Balsapuerto respectivamente. El diagnóstico de fallecimiento, en ambos casos, fue malaria cerebral.

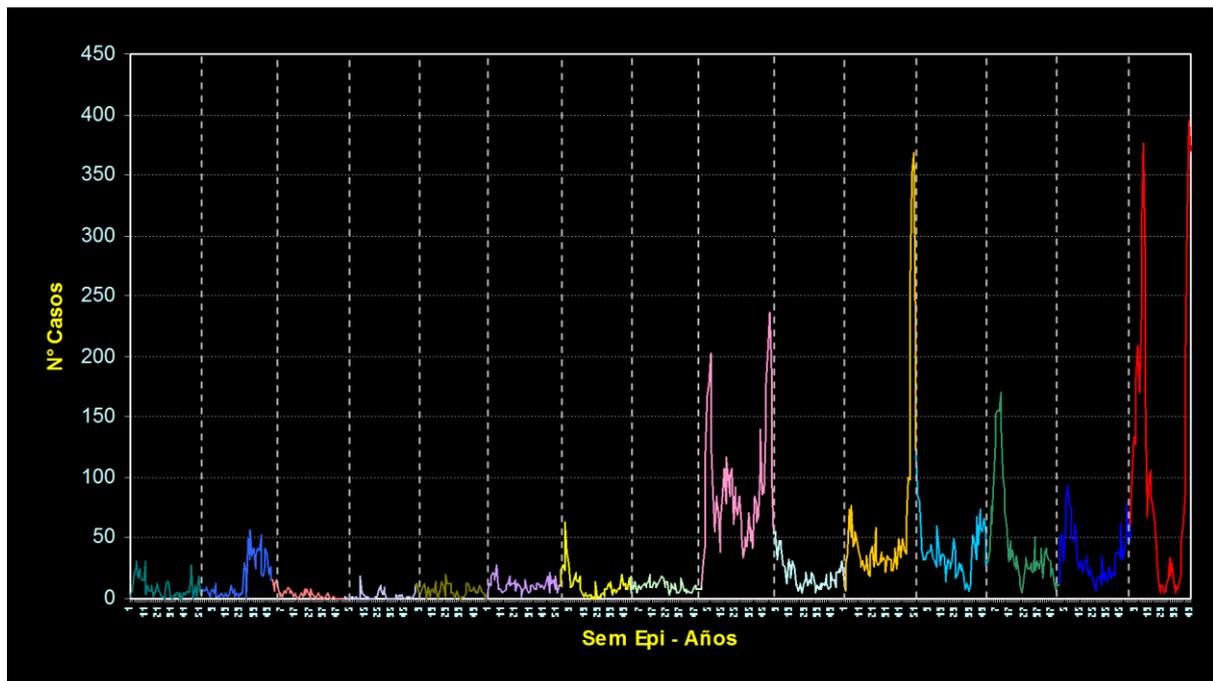
En el año 2010 no se reportó defunciones por esta enfermedad.



4.4.2 DENGUE

Antecedentes.

En el Perú, hemos tenido reportes de dengue entre el año 1,953 a 1,955 con 18, 9 y 10 casos anuales respectivamente y luego 3 casos en 1958. Desde 1,959 en que se reportaron los últimos 4 casos de esa época, no se habían vuelto a notificar casos nuevos, considerándose en el año 1,958 que este mosquito se había erradicado del territorio nacional.

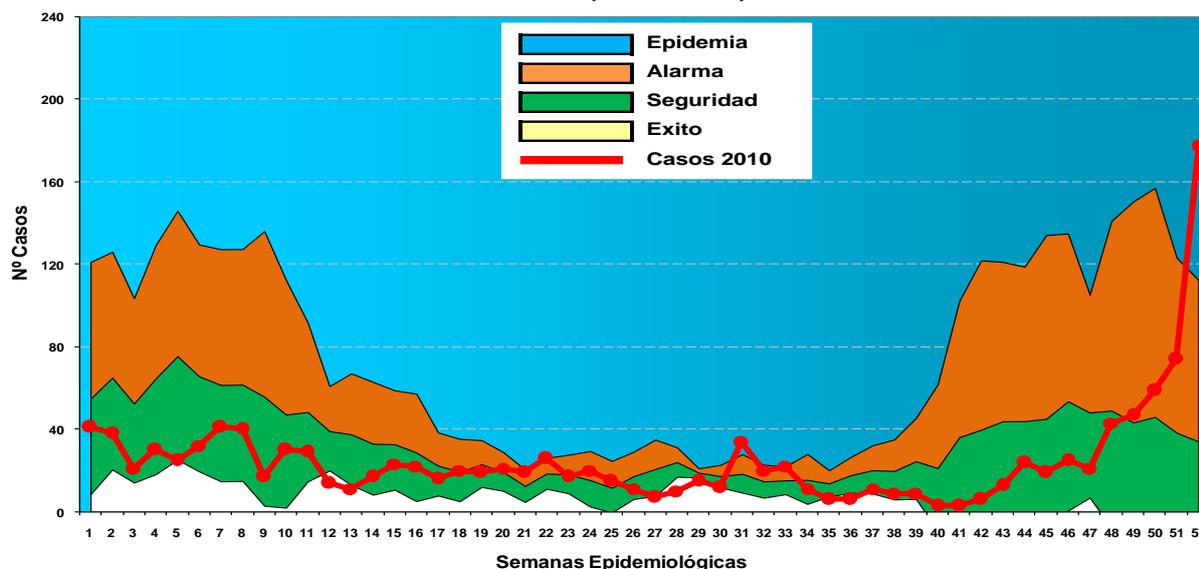


En 1,984 existe una reintroducción de este vector en las principales ciudades de la Amazonía: Iquitos, Yurimaguas, Contamana y Pucallpa. Desde esa fecha se ha ido diseminando a otras ciudades de la región, produciéndose brotes de importancia como lo ocurrido el año 1,991.

Situación en el año 2010:

En el año 2010 se reportó 1301 casos de dengue; 1202 Sin Señales de Alarma, 83 Con Señales de Alarma y 16 Graves.

Canal Endémico de Casos de Dengue Reportados en Loreto, Año 2010 (S.E: 01 - 52)



En este año se produjo 02 defunciones por esta enfermedad.

A partir de la semana 43 se observa nuevamente un ascenso progresivo en el reporte de casos, coincidente con la época de invierno loreto (incremento de criaderos).

La distribución porcentual por distritos nos indica que el 80% de los casos de dengue se encuentran en tres distritos: Iquitos (31.04 % del total de casos), Yurimaguas (29.16%) y San Juan Bautista (17.93%), Punchana, Belén y Nauta son los que le siguen en orden descendente de casos. Se observa además la existencia de distritos, sobretodo rurales, que reportan entre 1- 5 casos todo el año.

Los mapas de incidencia acumulada de dengue de los distritos de la región Loreto en el año 2007, nos muestran que el distrito de Yurimaguas se sitúa como distrito de muy alto riesgo para dengue y dengue hemorrágico y el distrito de Iquitos presenta una tasa de incidencia de alto riesgo.

Serotipos.

El primer brote epidémico que se presentó en la ciudad de Iquitos en 1990 se debió al serotipo Den 1. En 1995 ingresa al país el serotipo Den 2 (cepa americana), a finales del año 2001 Den 2 (cepa asiática) y Den 3.

El serotipo Den 4 fue reportado en Tumbes el año 2006 y en agosto del 2007 se ha detectado este serotipo en la localidad Pampa Hermosa, distrito Yurimaguas, provincia Alto Amazonas. Se trata de un caso importado de la ciudad de Tarapoto.

Durante al año 2010 ha circulado el serotipo Den 4, confirmado por el INS y NMRCDC y a finales del año se identificó la circulación del serotipo dengue 2 variedad américa/asia.

El Vector.

La región Loreto registra la presencia de *Aedes aegypti* desde 1984, siendo la ciudad de Iquitos el primer lugar de registro, posteriormente se ha expandido hacia localidades de las diferentes cuencas amazónicas, lo que hace difícil su erradicación. Así, en la actualidad, son 28 las localidades en las cuales se ha reportado la presencia de este vector, las mismas que se encuentran distribuidas en 24 distritos.

Así mismo, los Índices Aédicos más elevados se registran en las capitales de distrito, encabezando la lista, los distritos que pertenecen de la ciudad de Iquitos, seguidos de Yurimaguas, Requena, Caballococha, Nauta, Mazán, Indiana y Contamana.

La ciudad de Iquitos se caracteriza por presentar Índices Aédicos elevados (>5) como resultado del hábito inadecuado de la población respecto a la eliminación de inservibles y cuidado de los depósitos y/o recipientes con agua, entre otros factores, lo cuales son favorecidos por la alta pluviosidad que caracteriza a la región.

En diciembre del 2009 se registraron indicadores Aédicos alarmantes: 13 de 30 sectores presentaron Í.A mayor del 5%, y 12 de ellos presentan IA mayor de 10%, considerados de Muy Alto riesgo para la transmisión de dengue.

En cuanto al Í.A por distritos: Belén (11.1%), Iquitos (8.6%), San Juan Bautista (7.9%) y Punchana (7.5%). Los demás indicadores muestran un patrón similar.

Criaderos preferenciales del vector:

Los recipientes preferenciales del mosquito han variado con el tiempo como resultado del cambio de comportamiento en el *Aedes aegypti* ante la presión en su medio, producto del trabajo permanente de las campañas de tratamiento focal y control físico (campañas de recojo de inservibles).

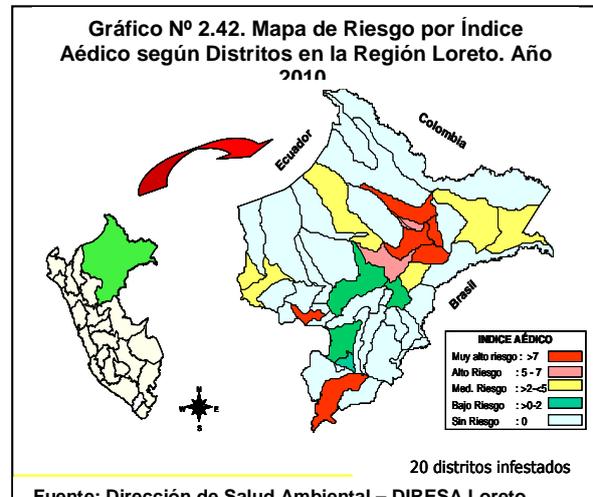
Hasta el año 2006, los depósitos preferenciales se encontraban concentrados en los inservibles que constituían el 13% de ellos, que junto con las llantas que también son considerados como inservibles o en desuso, hacían en total un porcentaje de 18% del total de depósitos. Hacia el año 2009, esta preferencia ha ido variando, registrándose en la actualidad 10% de inservibles que junto con las llantas hacen un total de 21%.

Así mismo, los denominados “otros servibles”, considerados a aquellos “varios” o “misceláneos” que no se detallan en los formatos de registro convencionales validados a nivel nacional, pero que en la actualidad constituyen un problema para el control del dengue en la ciudad, ya que el manejo de los mismos dependen directamente del comportamiento de la población. Estos representaban un 14% en promedio en el año 2005, sin embargo, en la actualidad, representan un 35% de todos los recipientes registrados y por ende son los focos más importantes del vector.

Los inservibles han sufrido una gran disminución desde el 50% a niveles inferiores, por lo que la actividad de recojo de inservibles, por sí sola, no tiene el impacto suficiente como para disminuir el IA.

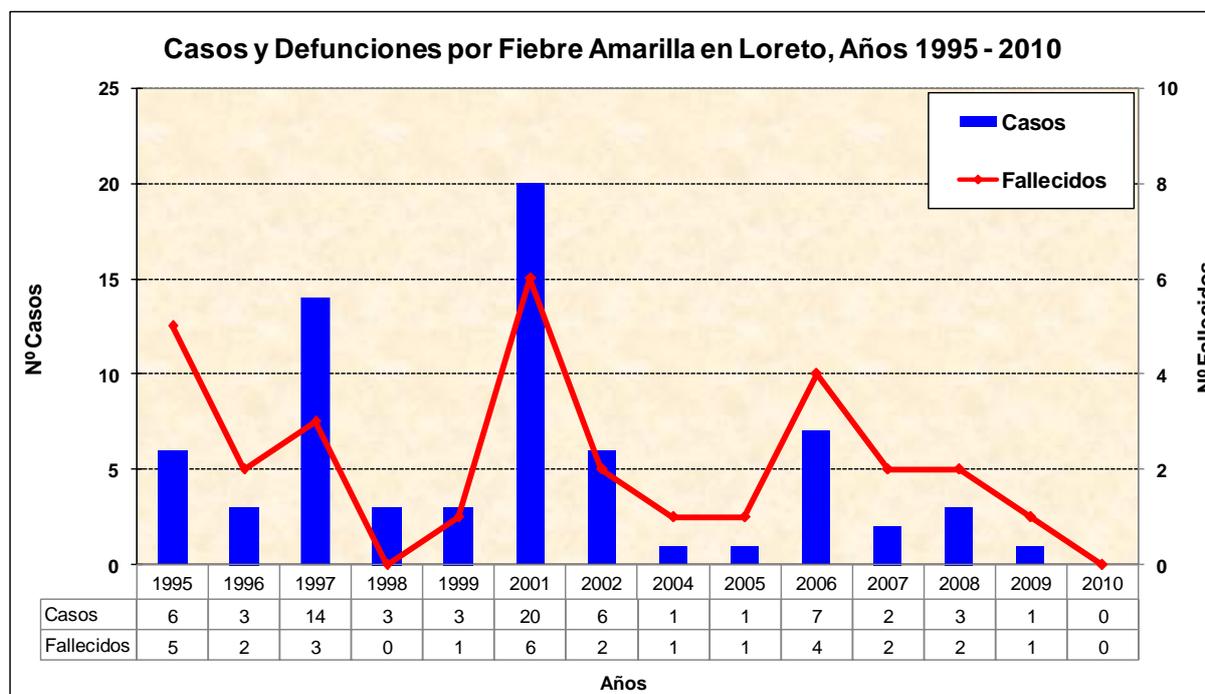
Si comparamos los depósitos servibles e inservibles en el tiempo respecto a la preferencia del vector, en el año 2006 se observa que los servibles representaban el 79% de los recipientes positivos, llegando a aumentar en aproximadamente 20% a la fecha, indicando que la disminución de los Índices Aédicos depende directamente del cuidado que la población pueda tener con sus depósitos para almacenar agua.

En cuanto al Índice de recipientes por depósitos, podemos observar que en el mes de diciembre, los más infestados fueron las llantas, mostrando que el 4.2% de estos depósitos se encuentran con larvas del vector, seguido por los barriles o cilindros (3%), los otros servibles (2.8%) y los tanques bajos o pozos (2.1%).



4.4.3 FIEBRE AMARILLA.

En el año 2010 no se reportó casos de Fiebre Amarilla.



La Fiebre Amarilla es una enfermedad de comportamiento endemo-epidémica en Loreto, debido a las condiciones socioeconómicas de la región.

Desde el año 1995 al 2009 se han reportado 70 casos, de los cuales 38 (54.29%) fueron confirmadas y 32 (45.71%) probables.

Los años que más casos han reportado son 2001 (20 casos) y 1997 (14).

Según el sexo: 52 (74.29%) son varones y 18 (25.71%) mujeres.

El rango de las edades es de 03 años a 64 años. Según etapas de vida: Niños (12 casos), Adolescentes (23), Adulto (32) y Adulto Mayor (03).

En Loreto los primeros casos de Fiebre Amarilla reportados a la Oficina de Epidemiología datan del año 1995 procedente del distrito Manseriche, provincia Datem del Marañón. Entre 1996 y 1998 se reportan casos únicamente las provincias de Alto Amazonas, Datem del Marañón y Maynas. En los años 2001 y 2002 ya se encuentran involucradas todas las provincias de la región. La tendencia es hacia el incremento en la notificación de casos, siendo el año 2001 el que presenta la mayor notificación de casos. En el 2001, 08 distritos han notificado 20 casos: 12 casos se confirmaron (en 05 distritos) y 08 quedaron como probables, hubo 07 fallecidos, todos confirmados.

Posteriormente los casos disminuyeron hasta el año 2005; el año 2006 se presentaron brotes importantes en los distritos de Trompeteros, Nauta y Yurimaguas.

El Ministerio de Salud del Perú, dentro del Plan de Prevención y Control de la Fiebre Amarilla Selvática, inició en el año 2007, la campaña de vacunación contra Fiebre Amarilla a la población entre 02 años y 65 años.

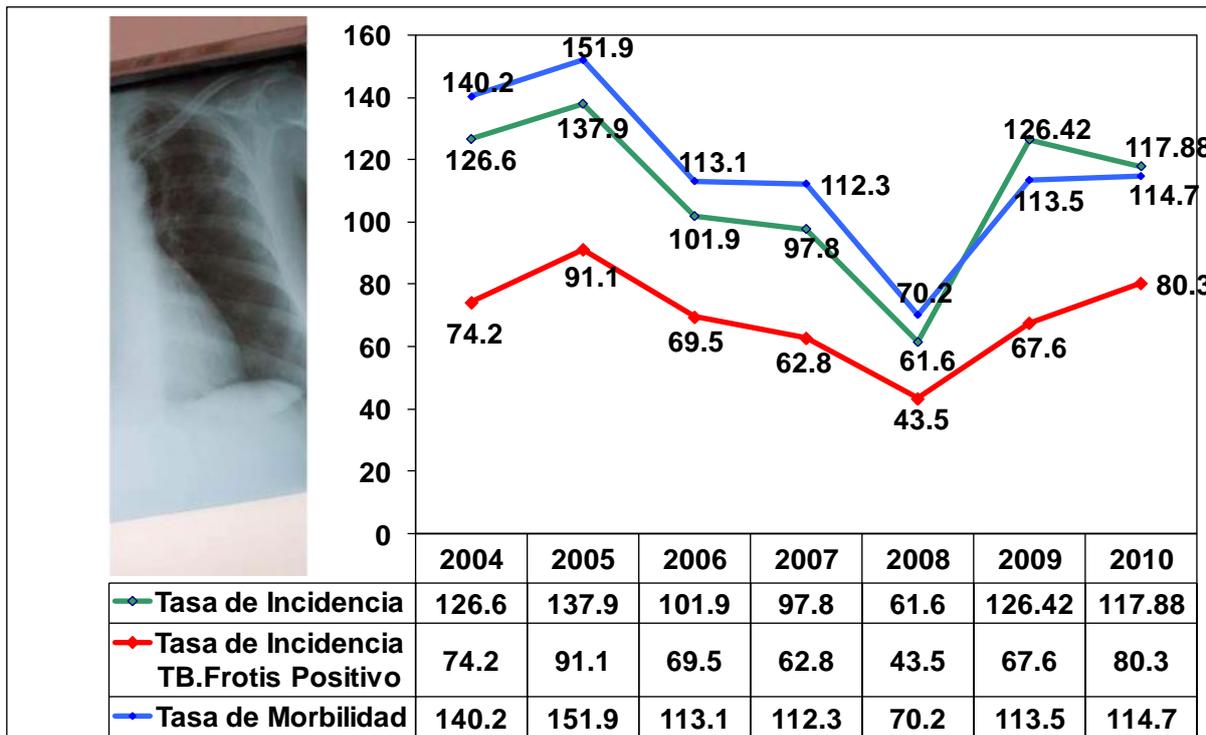
Loreto presenta actividad epidémica a través de brotes aislados de esta enfermedad; por lo que se emprendió la campaña de vacunación en todos los distritos dirigido a personas entre 02 años y 59 años. La certificación mediante el monitoreo rápido de coberturas hasta el año 2009 muestra que han certificado todos los distritos de la región Loreto.

La cobertura total de Vacunación contra Fiebre Amarilla, en el grupo objetivo de 2 a 59 años fue de 86%, siendo el grupo de 50 a 59 años que obtuvo 105% de cobertura, seguido de los grupos de 2 a 4 y de 15 a 19 años que obtuvieron el 98%, el grupo de 5 a 9 (93%) y el grupo de 20 a 49 años (71%) son los que se obtuvieron la más baja cobertura.

En cuanto a cobertura por sexo, no hay diferencia significativa, 44% son de sexo Masculino y el 43% de sexo femenino.

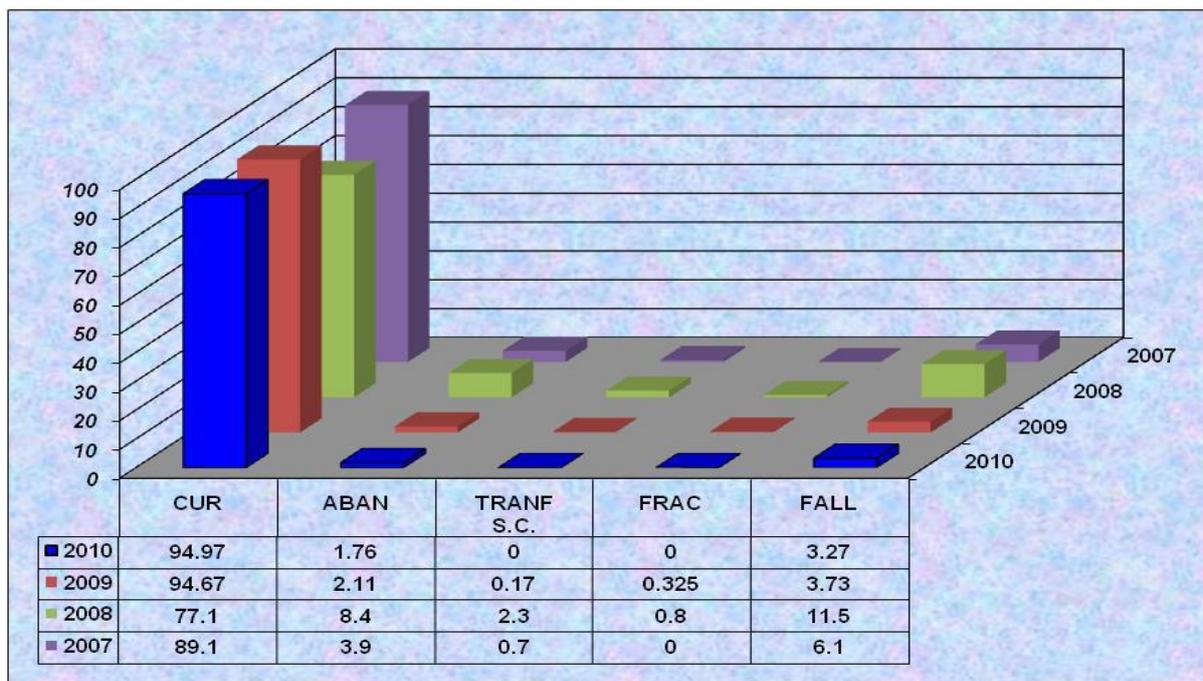
4.4.5 TUBERCULOSIS.

TASAS EPIDEMIOLOGICAS X 100,000 HAB
TASAS DE MORBILIDAD, INCIDENCIA E INCIDENCIA TBP FP- DIRESA LORETO
AÑOS 2004 - 2010



FUENTE: ESRPCT / INFORMES OPERACIONALES
 ACT. AL 31.DIC.10 / MTF

**EVALUACION DE LA COHORTE – ESQUEMA UNO-
 LORETO 2007 - 2010**



Fuente : ESRPCTB - Estadística Informática - DIRESA - Loreto

La Tuberculosis, es un marcador del subdesarrollo y está ligada a factores culturales, sociales y económicos, de compleja solución.

En el año 2009 se diagnosticaron 1,035 casos de TB en todas sus formas, con una tasa de morbilidad de 105.5 x 1000,000 habitantes.

Se observa un incremento de casos de tuberculosis en las Micro Redes: Iquitos Norte, Iquitos Sur, Nauta, Belén, Huallaga, siendo catalogadas como zonas de alto riesgo, Este aumento puede ser debido a la concentración de la población y a la migración, asimismo al fortalecimiento del sistema de información de los establecimientos de Salud, presencia de casos de VIH/SIDA, etc.

La distribución por grupo etáreo, se observa que el mayor número de casos se presenta entre 20 y 54 años de edad en ambos sexos, los que pertenecen a la población económicamente activa (PEA).

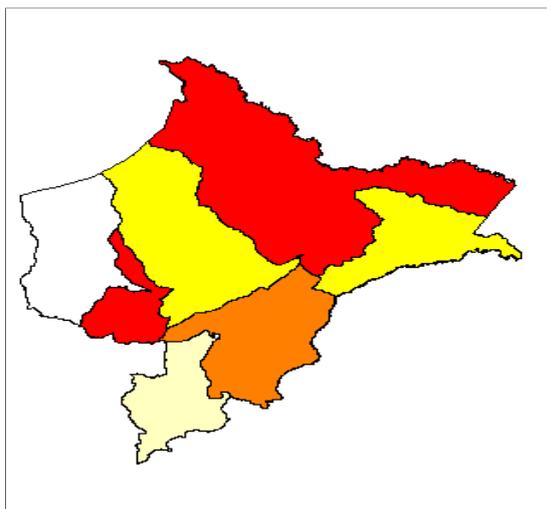
ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS/VIH-SIDA



En el Perú, el primer caso de VIH y Sida fue diagnosticado en el 1983, y desde entonces, el número de casos nuevos se ha incrementado progresivamente, hasta llegar a una incidencia acumulada de 47,186 casos de VIH y 29,197 casos de SIDA al 30 de Junio del 2012. En la Región Loreto, el primer caso se presentó en el año 1,989, 6 años después que del nivel nacional, hasta 31 de Diciembre del 2012 se tiene reportado 2,105 casos de VIH y 1,017 casos de SIDA.

Con relación a la tendencia de la epidemia en la Región Loreto, se observa una tendencia estable entre los años 2002 y 2003, con una tendencia ascendente a partir del año 2004, año en que la Estrategia Sanitaria Nacional de PC ITS/VIH-SIDA ha sido fortalecida con las actividades financiadas por el Fondo Mundial y con el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), en el año 2012 se evidencia una ligera disminución en el reporte.

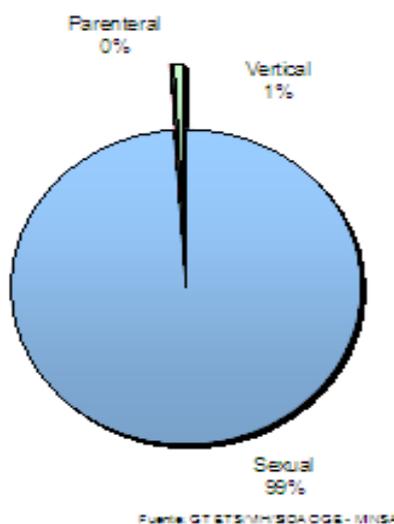
CASOS DE SIDA LORETO, 1983-2012



Ubigeo	Nombre	SIDA
1601	MAYNAS	842
1602	ALTO AMAZONAS	94
1603	LORETO	25
1604	MCAL. RAMON CASTILLA	19
1605	REQUENA	34
1606	UCAYALI	3
1607	DATEM DEL MARAÑON	

Con relación a los casos de SIDA a nivel de provincias, la mayoría de los casos proceden de la provincia de Maynas (842 casos), seguido de alto Amazonas (94 casos) siendo catalogados como riesgo alto; Requena con (34 casos) y Loreto (25 casos) considerados de riesgo regular, y en mediano riesgo de encuentra la provincia de Ramón Castilla con (19 casos); es así que la provincia de Maynas concentra el 86.2% de los casos registrados y notificados.

SIDA: VÍA DE TRANSMISIÓN LORETO. 1983-2012

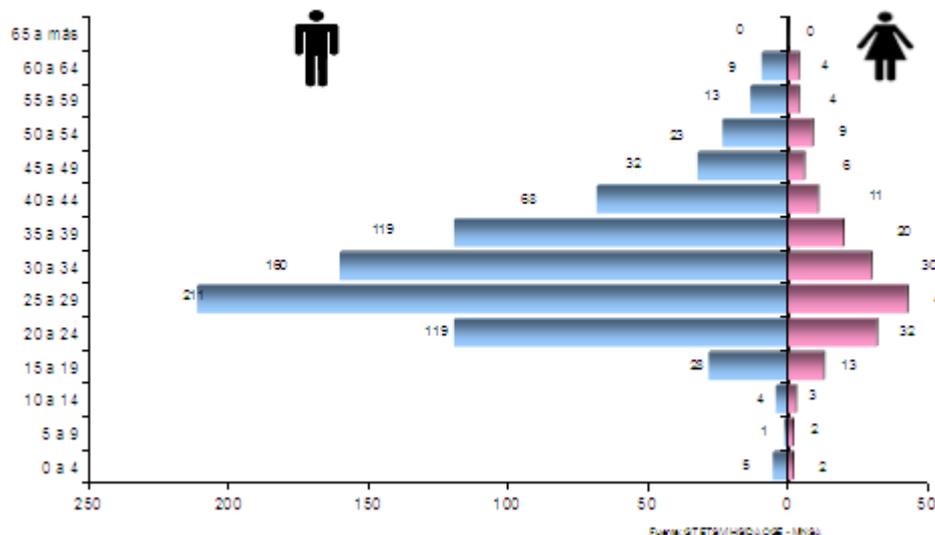


La epidemia de la infección por el VIH en nuestro país se produce en un 97% por transmisión vía sexual y, con una mayor prevalencia de la infección entre hombres que tienen sexo con otros hombres, a pesar que en los últimos años se ha desarrollado una tendencia progresiva hacia la heterosexualización de la epidemia, con una razón hombre/mujer que ha ido disminuyendo de 24/1 en 1987 hasta 3,3/1

en 2011, lo cual evidencia el paso progresivo de la epidemia desde la población vulnerable o de alto riesgo hacia la población general, con la consecuencia de una presencia cada vez mayor entre la población femenina.

Con relación a la vía de transmisión en la Región Loreto en un 99% es por relaciones sexuales desprotegidas y la razón hombre mujer es de 2.8/1,

**SIDA: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO
LORETO, 1983-2012**



De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1,989 a la fecha, el 77% pertenece al sexo masculino y el 23% al sexo femenino. La mayoría de casos de SIDA se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva (25 y 35 años). Según proyecciones estadísticas, solo el 55% de ellos cuentan con acceso al conocimiento, información, educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo, la forma de transmisión es la sexual, es así que 99% de los casos reportados en la Región Loreto se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas. Además, se calcula que la edad promedio en que la población se está infectando es de 25 años.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN REALIZADAS EN EL AÑO 2012 Y EL IMPACTO DE LAS MISMAS

1. Monitoreos y asistencias técnicas permanentes a los establecimientos Salud, logrando incrementar el reporte de la información, de 180 establecimientos que informaban hasta Diciembre del 2010 en la actualidad tenemos 314 establecimientos que reportan la información en forma oportuna.
2. Se calificó con Resolución Directoral N° 0967-2012-GRL-DRSL a los servicios de prevención y control de ITS/VIH-SIDA de tres (3) Establecimientos de Salud (Hospital Regional, Hospital Iquitos, Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual CERITS San Juan como sedes docentes/Centros de Desarrollo de Competencias en Manejo de ITS/VIH, los cuales están siendo utilizados para fortalecer las competencias, modalidad pasantía de los proveedores de salud del primer nivel de atención donde se viene descentralizando el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

3. Se fortaleció las capacidades de 13 proveedores de salud entre profesionales y técnicos procedentes del Centro de Salud San Lorenzo y Requena lugares donde viene funcionando el TARGA y la atención a la población de alto riesgo.
4. Contar con un Centro de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) y 7 Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) para garantizar la atención a la población de alto riesgo; también se viene brindando atención a las Personas Privadas de su Libertad a cargo del equipo de salud del Centro de Salud Cardozo; la atención a la población de Comunidad Indígena lo realizaron los Equipos AISPED y de algunos establecimientos de Salud como Bellavista Callarú, Puerto Alegría, Villa Trompeteros, Cushillococha, etc.

CÁNCER – REGION LORETO AL 2012.

En el mundo mueren más de cuatro millones de personas de cáncer, los carcinomas más frecuentes son de pulmón, estómago, mama, cervicouterino y colonrectal.

De todos los tipos de cáncer, el pulmonar ocupa el primer lugar (1.4%), le siguen el de estómago, el cervicouterino, de hígado, próstata y mama, estos carcinomas representan el 50% del total de muertes por neoplasias evitables en gran medida con prevención de factores de riesgo y/o diagnóstico y tratamientos tempranos.

La mortalidad por neoplasias ha aumentado en las últimas décadas, incrementándose de 16.9 muertes por 10 000 habitantes en 1931 a 54.7 en 1999. Tal incremento resulta lógico en tanto que la esperanza de vida aumentó y los servicios de detección mejoraron, así como la atención, la certificación médica y reporte; sin embargo, también existe un notable ascenso en la mortalidad por grupos de edad en algunos tipos de cáncer, especialmente de pulmón, cervix, mama y colon, lo cual resulta sumamente crítico.

En incidencia por áreas geográficas las diferencias entre regiones pueden deberse a que los reportes, el diagnóstico y la certificación médica o la ubicación de los centros de atención especializados son más accesibles, pero también por la presencia de factores de riesgo específicos de los cuales se presenta un gran número en ciudades de gran concentración y desarrollo urbano.

La estrategia intenta motivar que se lleve a cabo una difusión más amplia de la información documental para el análisis e interpretación de la problemática existente en nuestro País. Utilizar las fuentes de información nacionales, estatales e institucionales aportará datos adicionales para enriquecer la información aquí presentada.

El cáncer está determinado por muchos factores que se pueden agrupar en genéticos, ambientales, inmunológicos y de atención médica. La influencia negativa hereditaria oncogénica o protooncogénica que supera los genes bloqueadores o controladores del crecimiento normal provocan la aparición de atipias celulares, las cuales si el componente inmunológico individual no las elimina (como ocurre en las inmunodeficiencias por enfermedad, carcinogénica o senectud) se establece el proceso neoplásico y si no es detectado a tiempo, lo cual es posible en algunos tipos de cáncer, su desarrollo prosigue hasta originar la sintomatología que lo hace evidente cuando la invasión es sistémica y la terapia puede ser sólo paliativa.

Con base en la circunstancia anterior se comprende la enorme importancia de la educación médica a la población, en especial a la más susceptible, por que ese proceso maligno puede ser abatible con medidas de prevención en algunos de los tumores que representan la más alta incidencia.

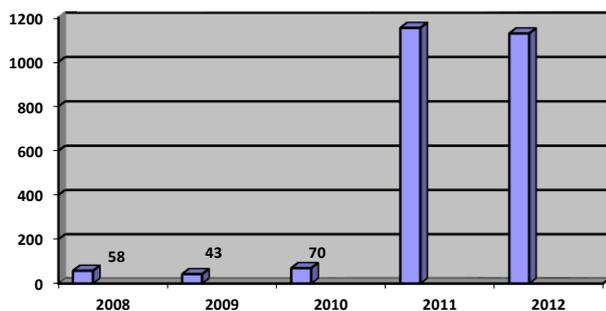
Si la información genera cambios positivos de hábito y demanda de servicios de detección y tratamiento tempranos se incidiría, como ya se ha demostrado, más de 40% de la mortalidad y se prolongaría la vida de muchos que hoy, por su grado de exposición a carcinógenos, ignorancia, pudor, desconfianza o inaccesibilidad hacia los servicios de salud tienen mayor riesgo de morir por algún tipo de carcinoma.

En la actualidad se considera que en la búsqueda de alternativas para modificar los factores de riesgo negativos que condicionan el cáncer, reside gran parte del avance de la epidemiología en nuestra región.

El cáncer de cérvix se sigue manteniendo en primer lugar en lo que se refiere a la región de Loreto, por esta razón se le ha considerado como una de las prioridades dentro de lo que concierne a cáncer, agregando a esto la mayor accesibilidad por parte de las pacientes al servicio.

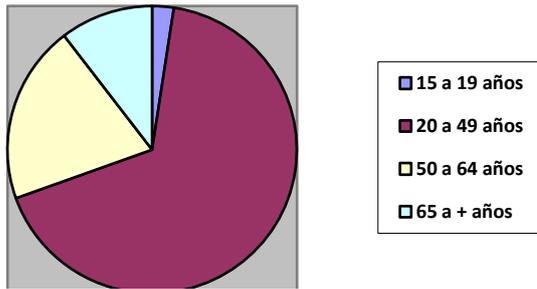
El cáncer de cérvix se sigue manteniendo en primer lugar en lo que se refiere a la región de Loreto, por esta razón se le ha considerado como una de las prioridades dentro de lo que concierne a cáncer, agregando a esto la mayor accesibilidad por parte de las pacientes al servicio.

Casos Totales de Cáncer reportados en la Región Loreto. Años 2008 al 2012.



Fuente: Dirección de Estadística – DIRESA Loreto.

Casos de Cáncer según Grupos de Edad en la Región Loreto. Año 2012



Fuente: Dirección de Estadística – DIRESA Loreto.

En la región Loreto, en el año 2012, se reportaron 1129 casos de cáncer, similar al año 2011 (1,129 casos).

En cuanto a la distribución según grupos de edad, el más afectado es el de 20 a 49 años con 63%, seguido de 50 a 64 años con 24% y el de 65 a más años con 10%.



Las defunciones **por cáncer en los últimos años sigue en aumento**, las muertes por cáncer de cuello uterino describe la muerte de mujeres causada por diagnóstico tardío y por falta de una cultura de prevención. La mortalidad por cáncer es un problema de salud pública y es un indicador de impacto y sensible para la familia, la sociedad, por las repercusiones que trae consigo refleja el acceso a los Establecimientos de Salud y la calidad de atención recibida. Así mismo refleja el acceso a los EESS. y la calidad de atención recibida. La mortalidad por cáncer es muy alto (21.3 x 100,000 habitantes, si

analizamos podemos decir que a pesar que el SIDA es más vulnerable, la tasa de mortalidad es más baja (10.6 x 1000,000 hab.

1. PRIORIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS.

El análisis del ASIS se basa en la evaluación cuantitativa de Indicadores Trazadores, de interés regional:

- Porcentaje de población con acceso a servicio de agua de red pública domiciliaria para consumo humano,
- Índice de Desarrollo Humano,
- Cobertura de Aseguramiento en Salud (por toda modalidad de aseguramiento).
- Razón Estandarizada de Mortalidad (REM),
- Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP),

En base a estos indicadores se ha realizado la priorización de los escenarios en la región Loreto, teniendo como unidad territorial de análisis al distrito.

En general, el resultado de esta priorización muestra una enorme brecha e inequidades que se presentan en nuestra región, ya que los distritos de las zonas rurales, teniendo álgidos problemas de salud, son los menos favorecidos en cuanto a la atención de sus necesidades. Además de las dificultades en el acceso geográfico, económico y administrativo de los pobladores de las zonas rurales acentúan los problemas sanitarios.

Porcentaje de Población con Acceso al Agua.

La cobertura de servicio de agua domiciliario, en la región Loreto, es muy limitado; sólo 02 distritos Iquitos y Yurimaguas tienen una cobertura de este servicio superior al 50%. La cobertura regional es de 10.31%.

En 31 distritos se alcanzó una cobertura por debajo del 5%, incluso en 11 de ellos este indicador es cero, como son: Puinahua, Yaquerana, Parinari, Soplín Vargas, Tapiche, Inahuaya, Alto Tapiche, Jeberos, Santa Cruz, Pastaza, Alto Nanay. Estos distritos se ubican en zonas de difícil acceso geográfico, algunas de ellas en zonas de frontera. La fuente de agua para consumo humano en estos distritos son los ríos y quebradas. Son zonas de extrema pobreza.

Índice de Desarrollo Humano.

Este Índice es el resultante de 03 indicadores sociales:

- Vida larga y saludable (medida según la Esperanza de Vida al Nacer),
- Educación (medida por la Tasa de Alfabetización en mayores de 15 años y la Tasa Bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior),
- Nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita PPA en dólares).

De acuerdo a la medición realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el año 2006 la región Loreto alcanzó un IDH de 0.529. Los distritos con más bajo valor de este indicador son: Balsapuerto, Andoas, Urarinas, Teniente Manuel Clavero, Pastaza, Morona y Cahuapanas. Similar hallazgo al indicador de Pobreza.

Los distritos que han logrado los valores más altos en este indicador son: Iquitos, Belén, Punchana, San Juan Bautista, Inahuaya y Yurimaguas.

Este indicador también muestra una enorme desigualdad en los indicadores de los distritos que se ubican en las grandes ciudades en contraste con los distritos rurales.

Cobertura de Aseguramiento.

Este indicador mide la cobertura de la población que cuenta con uno o más seguros de cualquier modalidad (Seguro Integral de Salud del MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales, Privados, etc.). En las zonas rurales el aseguramiento está dirigido al 100% de la población, es por esto que los distritos que han logrado mejores valores en este indicador son: Yaquerana, Alto Nanay, Trompeteros, Putumayo, Lagunas, Tigre, Teniente Manuel Clavero, Manseriche, Morona y Teniente César López Rojas. Otro aspecto importante es la oferta de los servicios de salud (recursos humanos, infraestructura sanitaria, equipamiento, etc.), ya que se ha generado incremento significativo en la demanda de los servicios prestadores de salud.

Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP).

Estos indicadores miden el impacto de los fallecimientos prematuros en una población determinada.

En la región Loreto existe una subnotificación importante (en algunos distritos llega al 80% de las defunciones).

De las defunciones reportadas se ha evaluado los indicadores:

En la RAVPP se observa que los distritos que han presentado los indicadores más desfavorables son: Pampa Hermosa, Putumayo, Sarayacu, Balsapuerto, Trompeteros y Contamana.

En cuanto a REM se observa que los valores más desfavorables lo presentan los distritos: Padre Márquez, Vargas Guerra, Andoas, Pampa Hermosa, Balsapuerto, Inahuaya y Manseriche.

La priorización establecida nos muestra la gran tarea que debemos afrontar como parte importante y rectoría de la Dirección Regional de Salud, a sabiendas de los escasos recursos económicos que se asignan para este trabajo. Como fortaleza se puede mencionar la descentralización de las funciones y facultades y recursos financieros que permitirán dirigir con mayor objetividad las acciones de salud individual y pública en nuestra región.

Al concluir sobre los aspectos sanitarios y sus determinantes de la salud podemos decir que estamos frente a un gran reto de mejorar las inequidades y brechas observadas en nuestra realidad sanitaria mediante políticas de salud, teniendo en cuenta el costo social que ello demandaría el no hacerlo.

2. CONCLUSIONES:

- La Dirección Regional de Salud (DIRESA) Loreto se organiza en 08 Redes y 35 Microrredes,
- La población de la región Loreto es de 980829 habitantes, el 51.24% son varones y el 48.76% mujeres,
- La región Loreto es la que tiene la mayor cantidad de población indígena: 689 comunidades con una población de 101961 habitantes, que representan el 10.8% del total regional,
- La pirámide poblacional de la región muestra una disminución en el porcentaje del grupo de 05 a 09 años, siendo todavía de ancha base. Se aprecia una mayor sobrevivencia, ya que los grupos mayores de 65 años son de mayor proporción en relación a años anteriores,
- La cobertura de acceso al agua para uso humano a nivel regional es de 37.8% (red pública), mientras que el 53.58% tiene como fuente de agua a la acequia, río o pozo artesiano, que no garantiza la calidad de este vital elemento,
- Más del 70% de los distritos de la región tiene una cobertura menor al 5% en el acceso al agua potable domiciliario (red pública), estos se localizan en las zonas rurales,
- Según la medición de la pobreza por FONCODES; 33 distritos de la región Loreto son Extremadamente Pobres, 13 Muy Pobres y 05 Pobres,
- En menores de 05 años, la Desnutrición Crónica es de 24%, la Desnutrición Aguda de 4% y la Desnutrición Global de 17%,
- La oferta de profesionales de la salud a nivel regional es muy limitado. La Tasa de oferta x 10000 habitantes es como sigue: Médicos 4.1, Enfermeras 3.4, Obstetras 2.06 y Odontólogos 0.86,
- La concentración de profesionales de la salud en las principales ciudades de la región hace más acentuada la inequidad social (acceso a la salud),
- Existe inequidad en el acceso a medicamentos, ya que los establecimientos de las ciudades tienen una disponibilidad de medicamentos trazadores mayor del 80%, mientras que en la zona rural este porcentaje es mucho menor,
- En la morbilidad regional se observa un predominio de enfermedades infecciosas, aunque en algunas etapas de vida tiene una mayor presencia las enfermedades crónicas degenerativas. Según las etapas de vida, la morbilidad tiene predominio de algunos daños: Niño (Infecciones de vías respiratorias), Adolescente (Síndrome Febril y Malaria), Adulto (Malaria y Tuberculosis) y Adulto Mayor (Tuberculosis y Malaria),
- La Tos Ferina ha afectado a varias provincias: Maynas, Loreto y Datem del Marañón. Las coberturas de vacunación para esta enfermedad han sido deficientes (80% aproximadamente), en total se reportaron 159 casos a nivel regional,
- La malaria se ha mantenido en niveles de ÉXITO según el canal endémico.
- El Dengue se ha mantenido en niveles de Alarma y Epidemia, siguiendo una variación estacional,
- Los principales ciudades afectadas por Dengue han sido Iquitos y Yurimaguas, pero se observa una mayor presencia de esta enfermedad en zonas rurales,
- La Incidencia de la Tuberculosis ha disminuido en la región Loreto, pero se ha incrementado los casos de TBC multidrogoresistentes,
- La Leptospirosis es una enfermedad que está afectando a una mayor cantidad de distritos, y se prevé que es endémica en muchas de ellas. Se ha reportado 392 casos en la región. La dificultad en la confirmación de los casos hace difícil su evaluación poblacional,
- Se han reportado 33 muertes maternas en la región Loreto. Las principales causas básicas fueron: Hemorragias (44%), Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (11%) e Infecciones y Abortos (9%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Banco Central de Reserva del Perú. Página web Gobierno Regional de Loreto (<http://www.regionloreto.gob.pe>).
2. Ascensión Martínez Rianza POLÍTICA REGIONAL Y GOBIERNO DE LA AMAZONIA PERUANA. LORETO (1883-1914) [1] PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL PERU, Universidad Complutense de Madrid.
http://www.pucp.edu.pe/publicaciones/rev_aca/historica/?his01.htm
3. Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima, XII, trimestre 1, martes 31 marzo 1902, p.23.
4. J. R. ALUOCH, JACQUES BAUDOY; FRED BINKA; MAYRA BUVINIC; et. All: Las prioridades de la salud, Banco Mundial, Washington. © 2006 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 1818 H. Street NW, Washington, DC 20433. Teléfono: 202-473-1000. Página web: www.worldbank.org
5. EGOAVIL, Elmer Odicio; “PERFIL DEMOGRÁFICO DE LA REGIÓN LORETO - 1992”. Documento Técnico N° 01. Junio de 1992.
6. Manual de Zonificación Ecológica y Económica de la Amazonía Peruana. Ministerio de Relaciones Exteriores Comisión Nacional permanente Peruana del Tratado de Cooperación Amazónica – Lima Perú 1998.
7. Dirección de Epidemiología: Unidad de Vigilancia y Notificación Epidemiológica, Base de Datos NOTI SP.
8. Dirección de Planificación: Plan Operativo Institucional de la Dirección Regional de Salud Loreto, años 1991-2007.
9. Dirección de Estadística: consolidado de informes mensuales de Estrategias Sanitarias Regionales de la Dirección Regional de Salud Loreto.
10. INEI Análisis Socio Demográfico de la Región Loreto
11. INEI Censos Nacionales 1993. Resultados Definitivos Departamento de Loreto.
12. INEI Censos Nacionales 1993. Departamento de Loreto Perfil Socio-Demográfico.
13. INEI Censos Nacionales 1981, 1993, 2005 y 2007.
14. INEI Loreto: Población, Mujer y Salud 2000.
15. INEI - UNICEF: El Desarrollo Educativo de la Niñez y la Adolescencia. Separata del estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú, 1996.
16. Dirección General de Epidemiología - MINSA: Análisis de Mortalidad.
17. Compendio Estadístico del INEI Perú. Año 2000.
18. Encuesta Nacional de Hogares ENDES 2000. INEI Perú.
19. Perú en Números. INEI Perú.

20. ENDES Perú - Loreto 2000.
21. ENDES 2004-2006.
22. Reportes Epidemiológicos de la Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto.
23. Reportes de la Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA Loreto.
24. Control de Enfermedades Diarreicas: Décima edición
25. <http://74.125.45.132/custom?g=cache:7V2Y9-yItakJ:www.latinosan2007.net/conferencia.perusan/ponencias/1ER-DIA/4/08.ppt+diarreas+en+el+peru+MINSA&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=es&client=pub-7830097784186981>. 23/12/08: 09:41 hrs.

