

# **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN LORETO AÑO 2007**

**Iquitos - 2008**



# **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN LORETO AÑO 2007**

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

## **Serie Análisis de la Situación de Salud de Loreto - 2007**

**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.disaloreto.gob.pe](http://www.disaloreto.gob.pe)**

**E-mail: [epiloreto@dge.gob.pe](mailto:epiloreto@dge.gob.pe)**

# GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

## PRESIDENTE

LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN YVÁN ENRIQUE VÁSQUEZ VALERA

## GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL

LICENCIADO EN EDUCACIÓN JUAN JOSÉ VALERA TORRES

# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO

## DIRECTOR GENERAL

DOCTOR CARLOS VICENTE MANRIQUE DE LARA ESTRADA

## EQUIPO DE GESTIÓN

DR. PERCY ANTONIO ROJAS FERREYRA	: DIRECTOR GENERAL ADJUNTO
DR. YURI ALFONSO ALEGRE PALOMINO	: DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
ING. BENZO GASPAR REÁTEGUI RUÍZ	: DIRECTOR EJECUTIVO DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
LIC. ADM. JULIO RIVADENEYRA MELÉNDEZ	: DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACIÓN
DR. CARLOS RODOLFO DÁVILA TELLO	: DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD DE LAS PERSONAS
LIC. ENF. CLARA DELFINA BUSTAMANTE PEZO	: DIRECTORA EJECUTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Q – F JONÁS EVERSON VÁSQUEZ VIGO	: DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
LIC. CLORIS VELA ANGULO	: DIRECTORA EJECUTIVA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
DR. CARLOS ALBERTO CORAL GONZÁLES	: DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA
MÉD. VET. PERCY RAFAEL CÁRDENAS CLAUDIO	: DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL
LIC. ENF. LIZ MARIVEL AMPUDIA RUÍZ	: DIRECTORA DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
DR. JIMMY RONER ESTEVES PICÓN	: DIRECTOR DE ESTADÍSTICA, INFORMÁTICA Y TELECOMUNICACIONES
DR. LENIN DANIEL DEL CUADRO HIDALGO	: DIRECTOR DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
DR. JORGE ESCOBEDO PAREDES	: DIRECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
DR. OSWALDO VIDEIRA PAREDES	: DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
DR. MARCOS HUGO PARIMANGO ÁLVAREZ	: DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SEGUROS (SIS), REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



## **EQUIPO TÉCNICO DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD**

Dr. Yuri Alfonso Alegre Palomino  
Dr. Carlos Alfonso Dávila Tello  
Dr. Carlos Alberto Coral Gonzáles  
Dr. Cristiam Armando Carey Ángeles  
Dr. Jimmy Roner Esteves Picón  
Dr. Carlos Alberto Álvarez Antonio  
Lic. Enf. Clara Delfina Bustamante Pezo  
Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez

## **ANALISIS Y REDACCION**

Dr. Yuri Alfonso Alegre Palomino  
Dr. Carlos Alberto Coral Gonzáles  
Dr. Cristiam Armando Carey Ángeles  
Dr. Carlos Alberto Álvarez Antonio



## **PRESENTACIÓN**

La Dirección Regional de Salud Loreto a través de la Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Enfermedades y la Oficina de Epidemiología se encarga de realizar un análisis situacional de la salud en la región Loreto. En virtud de esta responsabilidad, presentamos a las instituciones públicas y privadas y a la opinión pública en general el presente documento que da a conocer la realidad sanitaria de nuestra región.

Desde el año 2003 la Dirección de Epidemiología ha elaborado y publicado el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la región Loreto como parte de una serie de documentos técnicos que brindan información general y relevante para abordar los temas prioritarios de la salud en nuestra región.

Loreto definido como una región de diversidades importantes, presenta diferentes características en su composición demográfica, étnica, geográfica, socioeconómica y sanitaria. Todas estas dimensiones son analizadas en el presente documento, elaborado en base a la metodología estandarizada por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud. De esta manera, las autoridades que toman decisiones a nivel regional y local, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, los estudiantes de ciencias de la salud o cualquier otra institución o persona interesada en la problemática de la salud regional, pueden consultar información actualizada y relevante para orientar mejor sus acciones.

Esperamos que el esfuerzo desplegado para la elaboración y publicación del presente documento contribuya de manera objetiva con el proceso de toma de decisiones dirigidas a mejorar la salud de todos los peruanos.

**Carlos Vicente Manrique de Lara Estrada**  
**Director Regional de Salud**



# ÍNDICE

	<i><b>Página</b></i>
Agradecimientos	15
Introducción	17
Reseña Histórica de la Región Loreto	21
Antecedentes Históricos de la Dirección Regional de Salud Loreto	27
 <b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. ANALISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES DE VIDA</b>	<b>29</b>
<b>1.1. Características Geográficas</b>	<b>29</b>
1.1.1. Ubicación geográfica	29
1.1.2. Mapa político, división política de Loreto por provincias y distritos	31
1.1.3. Organización Administrativa por Redes y Microrredes	41
1.1.4. Corredores Migracionales	51
1.1.5. Morfología	52
1.1.6. Clima	54
1.1.7. Características Biofísicas y Económicas	54
1.1.8. Hidrografía	58
<b>1.2. Estructura Poblacional</b>	<b>59</b>
1.2.1. Situación Actual	59
1.2.2. Pirámide Poblacional	61
1.2.3. Conformación de grupos por Etapas de Vida	64
1.2.4. Tasas Demográficas	66
1.2.5. Perfil Social y Económico	66
1.2.6. Comunidades Indígenas	77
1.2.7. Principales Fiestas Religiosas	86
1.2.8. Eventos Sociales	88
<b>1.3. Respuesta Social</b>	<b>89</b>
1.3.1. Descripción de la Respuesta Social	89
1.3.2. Infraestructura Física	89
1.3.3. Descripción de los Recursos Humanos	90
1.3.4. Medicamentos	95

## **CAPÍTULO II**

<b>2. ANALISIS DEL PROCESO DE SALUD – ENFERMEDAD</b>	<b>97</b>
<b>2.1. ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD</b>	<b>97</b>
2.1.1. Consulta externa según etapas de vida	97
2.1.2. Morbilidad por Etapas de Vida	97
<b>2.2. ANALISIS DE LA MORTALIDAD</b>	<b>99</b>
2.2.1. Mortalidad general por Etapas de Vida	99
<b>2.3. ANALISIS DE LA MORBILIDAD</b>	<b>101</b>
Mapa Epidemiológico por Provincias	101
<b>2.3.1. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES</b>	<b>102</b>
2.3.1.1. Fiebre Amarilla	102
2.3.1.2. Tos Ferina	104
2.3.1.3. Sarampión	105
2.3.1.4. Rubéola	106
2.3.1.5. Hepatitis B	107
2.3.1.6. Poliomiелitis	108
2.3.1.7. Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI´s)	109
<b>2.3.2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>	<b>110</b>
2.3.2.1. Malaria	110
2.3.2.2. Dengue	116
2.3.2.3. Leishmaniosis	121
2.3.2.4. Infección de Transmisión Sexual, VIH y SIDA	123
2.3.2.5. Tuberculosis	127
2.3.2.6. Lepra	128
2.3.2.7. Rabia	129
2.3.2.8. Leptospirosis	130
2.3.2.9. Enfermedades Diarreicas Agudas	131
2.3.2.10. Infecciones Respiratorias Agudas	134
2.3.2.11. Meningitis Meningocócica	136
<b>2.3.3. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>	<b>138</b>
2.3.3.1. Diabetes Mellitus	139
2.3.3.2. Hipertensión Arterial	139

2.3.3.3. Cáncer	141
2.3.3.4. Salud Ocular	142
<b>2.3.4. EVENTOS RELACIONADOS A ACCIDENTES</b>	<b>142</b>
2.3.4.1. Ofidismo	142
<b>2.4. ANALISIS DE LA SALUD MATERNA</b>	<b>144</b>
2.4.1. Control Prenatal	144
2.4.2. Muerte Materna	145
<b>3. PRIORIZACION DE LOS ESCENARIOS</b>	<b>147</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>149</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>153</b>



## **AGRADECIMIENTOS**

La edición del presente documento no hubiera sido posible sin la valiosa contribución de diversas personas e instituciones. Por ello en primer lugar, queremos expresar nuestro agradecimiento a las Direcciones, Oficinas y Unidades de la Dirección Regional de Salud Loreto. La información proporcionada por estas instancias ha permitido analizar de una manera más amplia e integral los problemas de salud de nuestra región. Asimismo destacamos los aportes de las Direcciones Generales del Ministerio de Salud, en especial de la Dirección General de Epidemiología por sus aportes técnicos y orientación sobre la elaboración del presente documento, Dirección General de Salud de las Personas, Instituto Nacional de Estadística e Informática, instituciones que, en forma directa o a través de sus publicaciones, han enriquecido el presente trabajo.

Finalmente, queremos reconocer también el apoyo de los profesionales y no profesionales que conforman el equipo técnico de la Dirección de Epidemiología, quienes colaboraron con el análisis de los daños y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica:

Dr. Carlos Alberto Coral Gonzáles,  
Dr. Carlos Alberto Álvarez Antonio  
Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez  
Lic. Enf. Patricia Quevedo Rivadeneyra  
Sr. Fernando Muñoz Rodríguez  
Srta. Verónica Paredes Vilchez  
Sr. Marcial Shapiama Bernales  
Sra. Lucía Marleni Balarezo Gaviria  
Srta. Jessica Liliana Barreiro Vargas



# 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.

## **Objetivos**

El presente documento está dirigido principalmente a los tomadores de decisiones en el ámbito regional y local. Asimismo sirve como referente para el público usuario y para los gestores de salud en los ámbitos públicos y privados, así como para desarrollar proyectos de inversión en salud por la importante información que brinda.

El Análisis de Situación de Salud busca, en principio, patrones que expliquen el comportamiento de los daños y eventos en la región, pero sobre todo las respuestas que permitan solucionar los problemas de salud y a una mayor atención a los problemas de salud pública de las zonas con mayor riesgo de enfermar o morir.

El objetivo principal del ASIS es servir de base para el planeamiento estratégico en salud.

## **Fuente de datos:**

### **a. Información demográfica**

Los datos poblacionales consignados en este documento han sido proporcionados por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Dirección de Estadística, Informática y Comunicaciones de la DIRESA Loreto.

Se utilizó información de los censos nacionales, en especial del Censo Nacional IX de Población y IV de Vivienda del año 1993 y sus respectivas proyecciones, a fin de evaluar la tendencia poblacional.

#### **b. Morbilidad**

Los datos de morbilidad corresponden al sistema HIS (Health Information System) de consulta externa de los establecimientos de salud de la región Loreto, proporcionados por la Dirección de Estadística, Informática y Comunicaciones de la DIRESA Loreto.

Para el análisis de la situación epidemiológica de los eventos y enfermedades sujetas a vigilancia se ha empleado la base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la DIRESA Loreto. Para el análisis de las enfermedades y otros eventos relacionados a la salud se ha realizado en base a la información proporcionada por las Estrategias Sanitarias Regionales, dependientes de la Dirección de Atención Integral de Salud (DAIS).

Para el análisis de la morbilidad y mortalidad se ha considerado a las etapas de vida: Niño, Adolescente, Adulto y Adulto Mayor.

#### **c. Mortalidad**

Los datos de mortalidad corresponden a la base de datos del Sistema de Registro de Defunciones proporcionados por la Dirección de Estadística, Informática y Comunicaciones de la DIRESA Loreto.

La sistematización de los diagnósticos en los certificados de defunción corresponde a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Daños Relacionados a la Salud, en su décima revisión CIE – 10.

#### **d. Recursos en salud**

La información ha sido proporcionada por la Dirección de Servicios de Salud, Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la DIRESA Loreto.

### **Estructura del documento**

El **Análisis de la Situación de Salud** de la región Loreto consta de cuatro capítulos. El **Capítulo I** corresponde al Análisis de los Condicionantes de la salud, donde se consigna información Socio Demográfica, de Respuesta Social, Factores Individuales y Estilos de Vida de la población.

El **Capítulo II** trata del Análisis del Proceso Salud - Enfermedad, análisis de causas de morbilidad y muerte según los parámetros establecidos en la metodología para elaborar este documento. La información se analiza por etapas de vida.

En el **Capítulo III**, denominado determinación de prioridades, se definen los daños y distritos a priorizar mediante el empleo de la Matriz Intercuartilica (Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos y Razón Estandarizada de Mortalidad) e Indicadores de Interés Regional:

- Cobertura de Acceso a Agua para Consumo Humano,
- Cobertura de Partos Institucionales,
- Índice de Desarrollo Humano y Cobertura de Aseguramiento en Salud.

Estos indicadores son analizados y resultan en el Índice de Vulnerabilidad Distrital (IVD), ya que para el análisis de vulnerabilidad territorial se utilizó como unidad el distrito.

Finalmente se presentan las conclusiones y se llama la atención sobre los hallazgos más relevantes identificados durante la elaboración del presente documento.



## RESEÑA HISTÓRICA DE LA REGIÓN LORETO

La región Loreto, la más extensa del país, comprende más del 28 por ciento de todo el territorio nacional y la atraviesa la más importante cuenca hidrográfica constituida por ríos: Amazonas, Huallaga, Marañón, Putumayo, Ucayali, Napo y otros que constituyen el principal y a veces el único medio de transporte. En la actualidad ocupa una parte de la región conocida durante el coloniaje con la denominación genérica de Maynas, la misma que comprendía los territorios de Canelos, Tumbes, Jaén y Quijos, que durante el imperio de los incas formaba parte de una de sus cuatro secciones políticas: el Antisuyo, gobernado por Tukuricuc, que posiblemente tenía por capital a Sacha - puy (Chachapoyas) o Muyuy – pampa (Moyobamba).

La historia de Loreto se remonta a los inicios del siglo XVI pues en febrero del año 1500 el capitán Vicente Yáñez Pinzón visualizó por primera vez la desembocadura del río Amazonas y, desde entonces, se tejieron muchas leyendas ya que los conquistadores no se atrevían a explorarlo tierra adentro. Ellos quedaron impresionados por su magnitud y la cantidad de agua que descargaba en el océano. El descubrimiento del “Río de las Amazonas” despertó el interés de los cronistas, la ambición de los conquistadores y la imaginación popular. Lo cierto es que el primer intento por explorar la naciente del río fue realizada por un grupo de personas encabezado por Alonso de Alvarado entre 1535 y 1536 y la primera expedición que logró realmente conocer el curso del río fue encomendada por el conquistador Francisco Pizarro a su hermano Gonzalo. La expedición partió de Quito en diciembre de 1539 y luego de una penosa y accidentada travesía sólo un grupo de avanzada, bajo las órdenes de Francisco de Orellana, ingresó al río Amazonas en febrero de 1542 navegando hasta lo que actualmente conocemos como el pueblo de Pevas, desde donde continuó el curso del río logrando desembocar en el Océano Atlántico en agosto del mismo año. El descubrimiento del río Amazonas no sólo dio gloria a Orellana y resintió permanentemente a Gonzalo Pizarro, sino que motivó el surgimiento de diversas leyendas y versiones sobre los habitantes de la zona a los que se les atribuía gran ferocidad y características de tipo mitológico. No obstante ello, los jesuitas iniciaron su labor evangelizadora y se establecieron en el pueblo de San Francisco de Borja, que de alguna manera fue el origen de la comandancia de Maynas, la misma que se entiende como origen mismo de la ciudad de Loreto, que fue fundada en 1620. Si bien su historia ha estado ligada también al virreinato de Nueva Granada, la Real Cédula de 1802 estableció la pertenencia de toda esa región al Virreinato del Perú.<sup>1</sup>

La labor de los misioneros ha sido fundamental para el desarrollo y la historia de la región Loreto y aún hoy en día, diversas congregaciones religiosas vienen desempeñando una labor de rescate de la memoria, la identidad y la dignidad de los pueblos aborígenes. 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.

Las primeras ciudades que se fundaron en el antiguo territorio estuvieron ubicados en otros puntos: Chachapoyas y Moyobamba (1539), San Francisco de Borja en el Marañón (1619) hoy distrito de Manseriche y Jeberos en el río Aypena (1638) hoy capital del distrito de Jeberos.

**Loreto en la colonia.** Las diferencias entre Portugal y España por los territorios de la amazonía todavía no conquistados motivaron al sistema colonial español firmar muchos tratados, siendo de importancia el de San Ildefonso (1777) por cederle a Portugal una extensa zona amazónica. Las dificultades financieras y la imposibilidad real de ejercer la soberanía sobre su territorio que constantemente era amenazado por los temibles bandeirantes determinaron que el gobierno español acceda reincorporar al Perú a estas comandancias y segregarse de la comandancia de Nueva Granada.

El 15 de Julio de 1802 por real cédula la Comandancia general de Maynas pasa a depender del Virreinato del Perú y en 1803 se crea el obispado de Maynas.

**Loreto en la República.** La presencia del estado peruano en la amazonía, específicamente en Loreto, ha sido muy débil. Frente a los problemas de crisis económica y demográfica se ha dirigido la mirada a la amazonía como una región salvadora a los problemas peruanos.

### **En pos de la modernización: Proyectos y líneas de actuación durante la República Aristocrática.**

Mientras Piérola sentaba las bases del nuevo orden, el levantamiento autodenominado federalista en 1896 trastocó la relativa estabilidad política de Loreto durante el segundo militarismo y la paz mantenida a lo largo de la guerra civil. Entre abril de 1895 y agosto de 1898, 05 prefectos se sucedieron en el puesto, sin tiempo ni condiciones para desarrollar y consolidar líneas de actuación. Era un discurso eminentemente político que respondía por una parte a la situación especial que acababa de superarse, y por otra al giro que Piérola se proponía dar a los asuntos públicos en el futuro. Sin embargo, en cuanto a lo que fue la actuación de los prefectos en esta etapa, hay que resaltar que de sus memorias se desprende que antepusieron a la mano dura una preocupación real por mejorar las condiciones del departamento y que, sin relegar sus obligaciones como representantes del Superior Gobierno, se dedicaron con intensidad al desarrollo y progreso de Loreto.<sup>2</sup>

### **Los avances en el reconocimiento y apropiación del territorio. Fronteras internas y exteriores. Las comunicaciones: el ferrocarril entra en escena.**

La República Aristocrática partía de un mejor conocimiento de los espacios amazónicos gracias, en buena medida, a la acción conjunta de instituciones públicas y privadas (sociedad geográfica de Lima, prefectos e incluso caucheros). Pero sin duda, ésta fue una etapa de avances, en la que el interés por la geografía se vinculaba a las tesis positivistas que consideraban que la nacionalidad se asentaba sobre el conocimiento, ordenación y apropiación del territorio.

Los cambios de demarcación que afectaron a Loreto, supusieron reajustes en el alcance de la autoridad del prefecto y una recomposición de las fuerzas políticas regionales.

Por Decreto Ley, en 1900, se creó la provincia de Ucayali. Pero el cambio de mayor envergadura fue la creación del departamento de San Martín, en el año 1906, a expensas de territorios loretanos (lo integraron las provincias de Moyobamba, Huallaga y San Martín) y después de un prolongado debate en el Congreso. Loreto quedó formado por tres provincias: Alto Amazonas (Yurimaguas), Bajo Amazonas (Iquitos) y Ucayali (Contamana). Junto a argumentos de carácter geográfico (excesiva extensión del departamento), pesaron razones de carácter político (la división permitiría un mejor control y gobierno), y las presiones de las élites de Moyobamba que habían perdido en 1897 las ventajas que llevaba aparejada la capitalidad.

A pesar de que estaba a punto de aprobarse la constitución de San Martín, Hildebrando Fuentes no hacía ninguna referencia en la memoria de 1905, lo que resulta aún más llamativo si se tiene en cuenta que tenía información de primera mano remitida desde Tarapoto por Jorge Tola, subprefecto de la provincia (Larrabure i Correa XV, ¿1909?: 560-568). Por fin, Alayza Paz Soldán, cuando se le pidió opinión sobre la posibilidad de que se creara una nueva provincia, la del Yavarí, con los distritos de Caballococha, Nazareth, Loreto, Yaquerana y Putumayo, en un informe detallado firmado en Iquitos el 26.9.1910, respondía que era más eficaz reforzar la administración y defensa de las ya existentes (Alayza 1960: 109-112).

Lejos de debilitarse, la influencia extranjera, durante la república Aristocrática se consolidó la ruta del Atlántico. El Amazonas era un contrincante demasiado poderoso, Manaos y Pará eslabones demasiado fuertes, la Compañía británica Booth una empresa bien asentada. Los prefectos se esforzaron en abrir alternativas que no llegarían a cristalizar. En sus planes entraba de lleno el ferrocarril y contaba con el apoyo del ministro de Fomento Enrique Coronel Zegarra.

La contribución de Pedro Portillo a la incorporación de la Amazonía tuvo dos escenarios preferentes, Ayacucho y Loreto. Viajó desde Lima a Iquitos por la vía del Pichis y en diferentes momentos surcó los ríos Marañón, Amazonas, Yavarí, Putumayo, Napo, parte baja de los ríos Tigris, Morona, Pastaza, Cangaza, Apaca, Potro, Cahuapanas, Bajo Ucayali, Tamaya, Alto Yurúa, Pachitea y Pichis. Consideraba que el progreso de una región dependía de su conocimiento y utilizó los resultados de sus expediciones para avanzar en la cartografía y tratar adecuadamente los problemas de gobierno y fronterizos. Contó con la colaboración del centro geográfico de Iquitos instalado el 26.7.1902 con el objetivo inmediato de elaborar un mapa y una monografía sobre el departamento que se editó en 1906.<sup>3</sup>

El gobierno de Fuentes apuntaló logros anteriores, y avanzó con la instalación de una oficina de cartografía para actualizar el mapa del departamento, y la reparación y puesta a punto de la flotilla del estado que seguía compuesta por las mismas cuatro unidades que venían operando en el Purús (Cahuapanas), Yurúa (Iquitos), Putumayo (Veloz) y Masisea - Puerto Bermúdez (Pizarro) (Fuentes 1905: 57-58). Afianzó igualmente la presencia del Perú en zonas fronterizas aprovisionando las comisarías de los ríos (creó las de Tigre y Pastaza) y reforzando el poblamiento del caserío de Leticia en la frontera con Brasil (Fuentes 1905: 47). En lo referente a los caminos apoyó los trabajos en curso del ingeniero Samuel Young para transformar en ruta de cabalgadura el camino de cabras entre Moyobamba y Balsapuerto; más allá de eso, y en la tónica realista que siguió en sus actuaciones, emprendió la construcción de una trocha de 50 a 60 kilómetros para unir Puerto Meléndez y el Nieva (Fuentes 1905: 46). Consiguió un funcionamiento regular del servicio de correos a Moyobamba, pero no pudo hacer otro tanto con el de telegrafía inalámbrica que dependía de la llegada de materiales desde Europa.

Dado que el intercambio de personas, productos e ideas era la base de la creación de “un solo espíritu nacional”, Las circunstancias les llevaron a atender a todos los frentes limítrofes, adoptando posiciones diferentes según los casos. Con el Ecuador se manifestó el desacuerdo de los loretanos de ceder cualquier parte del territorio. Por lo que respecta al Brasil, la relación se establecía en términos distintos: solo el estado de Amazonas (Manaos) tenía un presupuesto igual al de todo el Perú, y los colonos brasileños avanzaban más eficazmente de lo que podían hacerlo los ejércitos, al punto de que los territorios del Yavarí, Yurúa y Purús eran explotados íntegramente por ellos. Se imponía por tanto una aproximación más flexible, más diplomática, para alcanzar acuerdos definitivos y ventajosos (carta a Leguía, Iquitos 12.3.1910. Alayza 1960: 98-100). El mayor problema se presentó con Colombia y el éxito coronó la defensa de las aspiraciones peruanas. La colaboración entre el prefecto, el coronel Óscar Benavides, y el cauchero Julio César Arana fue decisiva para desalojar a los colombianos tras la victoria de La Pedrera en la margen derecha del Caquetá (julio 1911).

### **Población y recursos.**

Apropiación del territorio, organización social y desarrollo económico formaban las coordenadas que habrían de vertebrar el espacio político loretano. Así lo entendieron los prefectos, inmersos en una encrucijada en la que las iniciativas y las situaciones de hecho se cruzaban a la hora de planificar el gobierno departamental. La llamada del caucho intensificó la llegada desordenada y discontinua de personas que configuraron un patrón de poblamiento polarizado y no reticular. La atracción ejercida por Iquitos fue tal que muchos identificaron a la capital con todo el departamento.

Los pocos presidentes que se han dirigido a la amazonía, siempre dieron ciertas expectativas a sus habitantes, sin embargo las mismas no se han consolidado en una alternativa de desarrollo para la región. Uno de estos hechos importantes de la historia de la amazonía y de Loreto en el siglo XIX es la llegada de los barcos peruanos a Iquitos en enero de 1864, enviados por el presidente Castilla. Esta presencia obedecía a las constantes incursiones que desde el tiempo de la colonia venía haciendo Portugal primero y luego Brasil una invasión sistemática que hasta el día de hoy persiste a través de todo tipo de penetración.

Roger Rumrill en “Amazonía Hoy” (1982), hace una clara exposición acerca de esta penetración; que es parte del problema fronterizo, donde los gobiernos peruanos y autoridades locales nunca han tenido y no tienen una alternativa real, sobre este problema.

### ***Evolución Política de la Región:***

- En 1822 por real cédula la Comandancia General de Maynas pasa a depender del Virreinato del Perú,
- Después de la Independencia, la Comandancia General de Maynas pasa a formar parte del departamento de Trujillo que luego se llamó La Libertad,
- En 1832 se creó el departamento de Amazonas cuya capital fue Chachapoyas, y que incorporaba en su territorio a la antigua comandancia de Maynas,
- En 1851 se firmó la convención Perú – Brasil de comercio, navegación y límites. Perdiendo el Perú oficialmente mucho territorio que Brasil ya controlaba, debido a su fuerte actividad comercial,
- En 1853 se creó el gobierno político de Loreto, independiente del departamento del Amazonas y el Marañón,
- En 1853 arribó al pueblo de Loreto el primer barco brasileño, el “Marajo”. Al año siguiente llegaron los barcos peruanos “Tirado” y “Huallaga”,
- En 1957 se declara capital de la provincia de Loreto a Moyobamba a petición de sus habitantes para ser anexados,
- En 1860 Castilla encarga la construcción de los barcos: Morona, Pastaza, Napo y Putumayo y un dique flotante en Iquitos,
- 1861 por decreto supremo se creó el departamento marítimo militar de Loreto,
- 1868 el congreso ratifica su condición de departamento,
- 1988 se crea la región Loreto.

***División política de la región Loreto.*** Durante la república esta inmensa zona ha sufrido diversas modificaciones y desmembraciones de carácter político: En 1906, Loreto que ocupaba el 60% del territorio del Perú, se divide en dos, al crearse el departamento de San Martín, con capital en Moyobamba.

En 1980 se fracciona nuevamente al crearse el departamento de Ucayali con capital en Pucallpa.

### **Historia económica de la región Loreto.**

La historia de Loreto está marcada en lo económico, cultural y político por dos ciclos o “boom” económicos: El del caucho y del petróleo.

**Explotación del caucho.** A fines del siglo XIX (1880), la situación económica de la región amazónica sufre un brusco cambio. La trascendencia económica se desplaza de Moyobamba hacia Iquitos. Todo esto obedeciendo a auge de la explotación del caucho. Esta explotación originó una verdadera conmoción social y económica. Se incentivó el proceso de colonización interna por un lado con gente de la zona andina y también extranjeros europeos; esta intrusión causó la muerte de miles de nativos que sucumbieron víctimas de los malos tratos y las enfermedades. La fiebre del caucho obnubiló a la burguesía regional – como en su tiempo lo hiciera el guano y el salitre en la costa – se vivió la fiesta del derroche. Creció la urbe, se pavimentaron calles con adoquines de Portugal, se construyó la Plaza 28 de Julio (como la plaza de Provenza – Francia), se consumían productos importados. Durante el auge del caucho se hicieron inmensas fortunas, la ciudad prosperó y se inició la construcción de casas fastuosas de estilo morisco, algunas con azulejos y mayólicas traídas desde Portugal. Parte del boato de esta época fue la adquisición de una casa diseñada por Gustave Eiffel en París y hoy ubicada en la Plaza de Armas de Iquitos, denominada “**Casa de Fierro**”.

La cultura tenía un grado relativamente alto, producto de ese auge que se vivía aunque con una cultura importada donde no existía ninguna originalidad de pensamiento y de proceso.

En consecuencia el caucho no sólo significó un cambio radical en la situación económica de Iquitos, sino significó también la consolidación de todo un sistema económico extractivo-mercantil de dependencia.

El auge del caucho empieza a terminarse en 1910 cuando los ingleses siembran semillas en sus colonias de Ceilán, Singapur y Malasia. En 1914 lanzan al mercado 71 mil toneladas, mientras que el Perú y el Brasil juntos en la época del auge, sólo habían logrado acumular 37 mil toneladas. El fin de la era del caucho llegó en 1912. En ese entonces, Iquitos tenía mejores comunicaciones con Europa, a través del río Amazonas, que con Lima, capital del Perú.

Sobrevino entonces entre 1914-1940 muchos conflictos sociales producto de esta recesión y como parte del abandono del Estado a la región. Los pocos esfuerzos del Estado por conjurar la crisis no dieron resultados.

**Explotación del Petróleo.** Se inicia de 1941 a 1945, determina – como el caucho - una serie de modificaciones y cambios en la sociedad amazónica hasta nuestros días, produciendo particularmente un severo impacto en la ecología y en la vida de los grupos étnicos y campesinos.

El aspecto positivo esta determinado por la dación de un canon, que consiste en el pago por parte del Estado del 10% sobre el precio del crudo extraído del subsuelo del departamento de Loreto. Este canon se consiguió con las luchas del pueblo loreto, organizados por el Frente de Defensa y no constituye ninguna dádiva. Con la nueva Constitución y la aplicación de la política neoliberal del gobierno este derecho conseguido se recorta.

### **Creación Política del Departamento de Loreto.**

Políticamente, el departamento de Loreto tiene vigencia en el Perú a partir del año 1953 en donde por Decreto del 10 de Marzo de dicho año, se creó el Gobierno Político y Militar de Loreto. El Decreto del 15 de Abril del mismo año declaró libre la navegación, tráfico y comercio de los buques y súbditos brasileños por las aguas del Amazonas; se erigieron distritos dependientes del Gobernador de Loreto, en los siguientes ríos: Amazonas, Huallaga y Ucayali; se fijó las obligaciones y facultades del Gobernador General y se dictó otras reglas respecto de los pobladores de esa región. Por Decreto del 25 de Mayo de 1854 se nombró Gobernador del distrito de la misión Alta del Marañón a Don Pedro Reina.

Posteriormente, en la Ley del 02 de enero de 1857 figura Loreto en la categoría de provincia litoral; hasta que un Decreto del 07 de enero de 1861 creó el departamento Marítimo y Militar de Loreto.

Por Decreto del 07 de Febrero de 1866, “se erige en departamento la provincia de Loreto”; en dicho decreto se señala que el departamento se creó con las provincias de Moyobamba, Huallaga, Alto Amazonas y Bajo Amazonas. Dos años después, con una Ley del 11 de Septiembre, se ratificó la creación también de este departamento, en los mismos términos del decreto anterior. Posteriormente, por una Ley del 25 de Noviembre de 1876, se dividió la provincia de Huallaga y en cuyo territorio se creó la provincia de San Martín.

Por otro lado, es importante señalar que La Ley del 07 de Julio de 1857 señaló a la ciudad de Moyobamba como capital de la provincia litoral del departamento de Loreto; el Decreto del 07 de febrero de 1866 y la Ley del 11 de Septiembre de 1868, consideraron a Moyobamba como “Provincia del Cercado”. Finalmente, la ciudad de Iquitos fue declarada capital del departamento de Loreto por decreto Ley del 09 de noviembre de 1897.

Las últimas modificaciones políticas y territoriales se realizaron con la creación de 06 provincias y 46 distritos, y en el año 2000, se crean los distritos de Punchana, San Juan y Belén, haciendo un total de 49 distritos.

### **Organismos de administración.**

Los organismos de administración de la región han ido sucediéndose en la medida que el estado peruano, quería mantener el control de la región:

- En 1958 se crea la Junta Departamental de obras públicas de Loreto, obedeciendo a una relativa “descentralización administrativa”,
- En 1977 surge el Organismo Regional de Desarrollo de Loreto (Ordelloreto),
- En 1980 se crea la Corporación Departamental de Desarrollo de Loreto (Cordelor),
- En 1992 se crea el Consejo Transitorio de Administración Regional (CTAR) de Loreto,
- En enero del 2003 se crea el Gobierno Regional de Loreto (GOREL) Siendo el primer presidente elegido democráticamente, el Lic. Robinson Rivadeneyra Reátegui,
- El 09 de julio del 2004, se publica en el diario oficial “el Peruano”, la aprobación de la Ley N° 28273, del “Sistema de Acreditación de Gobiernos Regionales y Locales”, y el 16 de noviembre del mismo año, se publica su reglamentación respectiva.

## **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, Huanuco 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 enfoque de la salud en la actualidad, requiere de un análisis integral de los factores que influyen en ella, así mismo es preciso remarcar la existencia de brechas y diferencias al interior de la región, si bien muchas personas llevan una vida más prolongada y más sana que antes, muchas otras carecen del acceso a la asistencia sanitaria más elemental, y, en el caso de algunos servicios fundamentales, se ha ensanchado la brecha que separa a los que reciben asistencia sanitaria de los que carecen de ella. Un ejemplo de ello son las enfermedades infecciosas: aunque la comunidad científica de salud ha controlado satisfactoriamente algunas de ellas, están surgiendo nuevas enfermedades, algunas de las cuales son causadas por virus previamente desconocidos que pasan de una especie animal a otra o mutan rápidamente.<sup>4</sup> Otros componentes destacados de la carga mundial de morbilidad provienen del comportamiento humano y de las elecciones perjudiciales que las personas hacen tanto de manera individual como colectiva.

El análisis demográfico de una realidad social determinada, por más sencillo que sea, 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.<sup>5</sup>

## 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 km<sup>2</sup>, 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 además con 51 distritos, siendo Andoas y Teniente Manuel Clavero los de más reciente creación.

Gráfico 1.1. Región Loreto según provincias. Año 2007.



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

**Tabla 1.1. Ubicación Geográfica de la Región Loreto. Año 2007.**

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 1993.

### ALTITUD Y EXTENSIÓN TERRITORIAL.

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

**Tabla 1.2. Extensión Territorial de la Región Loreto. Año 2007.**

DISTRITOS	EXTENSIÓN (Km <sup>2</sup> )	ENTORNO GEOGRÁFICO		TIPO DE ÁREA (%)	
		ALTITUD (msnm)	DENSIDAD POBLACIONAL (habitante/Km <sup>2</sup> )	URBANA (%)	RURAL (%)
Alto Amazonas	18,764.32	220	5.4	61	39
Datem del Marañón	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.

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.

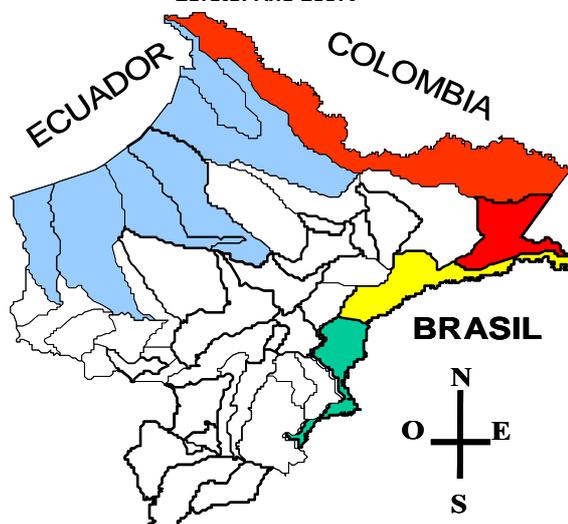
Tiene 3954.3 Km. lineales de frontera internacional (Ecuador 1285 Km., Colombia 1515 Km. y Brasil 1154.3 Km.).

La extensión de la frontera con los países vecinos incluye 10 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.

**Gráfico Nº 1.2. Distritos Fronterizos de la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología

**COLOMBIA:**

A través de 02 distritos: Putumayo (1280 Km. de frontera y 44633 Km<sup>2</sup> de extensión territorial) y Ramón Castilla (235 Km. de frontera y 7235 Km<sup>2</sup> de extensión territorial).

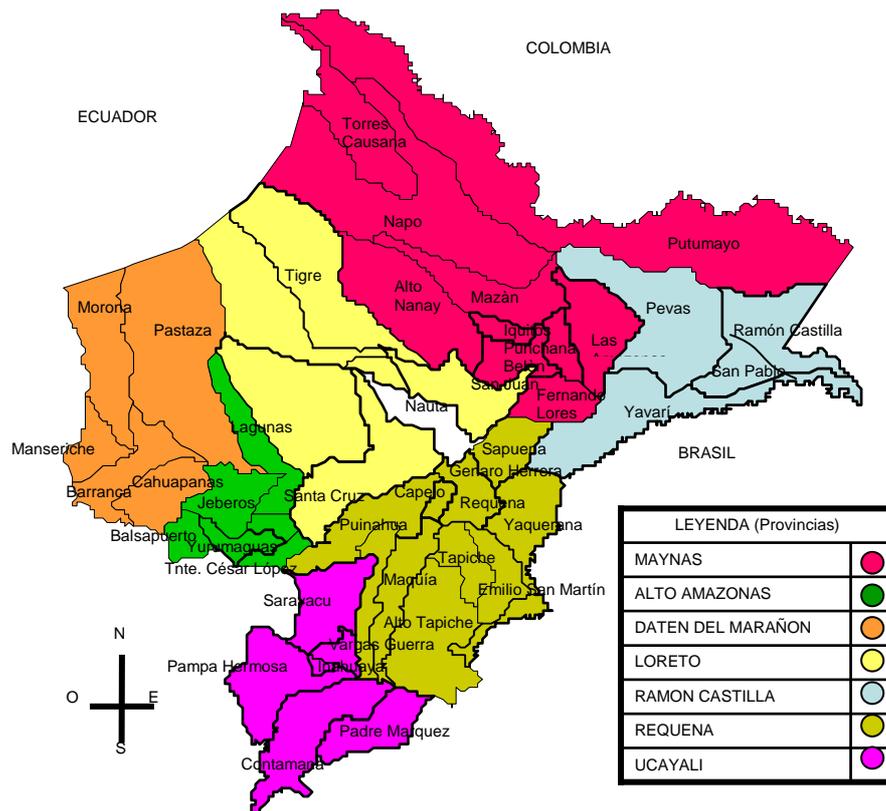
**BRASIL:**

A través de 02 distritos: Yavarí (650.3 Km. de frontera y 14026 Km<sup>2</sup> de extensión territorial) y Yaquerana (504 Km. de frontera y 14026 Km<sup>2</sup> de extensión territorial).

**1.1.2. MAPA POLÍTICO.**

Políticamente 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 2007.**



**Fuente: Gobierno Regional de Loreto.**

## DATOS GENERALES DE LAS PROVINCIAS DE LA REGIÓN LORETO.

### PROVINCIA ALTO AMAZONAS:

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.

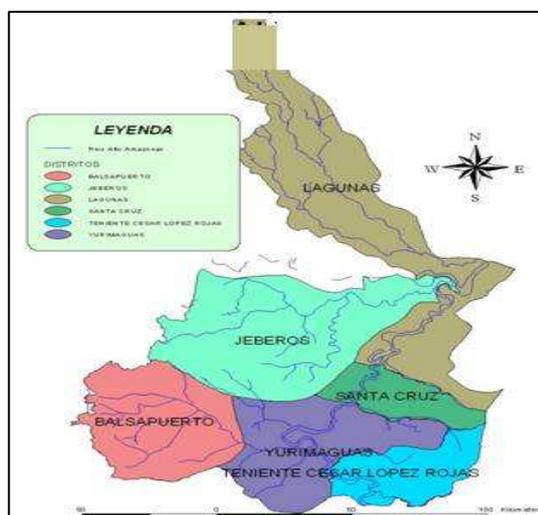
Es la segunda provincia más grande del Perú, ubicado entre el 2° 8' Latitud Sur y 75° 35' Longitud Oeste de Greenwich.

**Tabla 1.3. Datos Generales de la Provincia Alto Amazonas. Año 2007.**

Provincia	ALTO AMAZONAS
Región	LORETO
Capital	YURIMAGUAS
Población censada (año 2005)	101934 hab.
Superficie	18,764.32 Km <sup>2</sup>
Densidad poblacional	5.4 Hab./Km <sup>2</sup>

Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2005.

**Gráfico 1.4. Mapa de la Provincia de Alto Amazonas. Año 2007.**



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 <sup>2</sup> )	2839.69	4574.11	6086.29	1093.61	1495.91	2674.71
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	4.5	0.8	2.1	4.1	4.1	23.2

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2005.

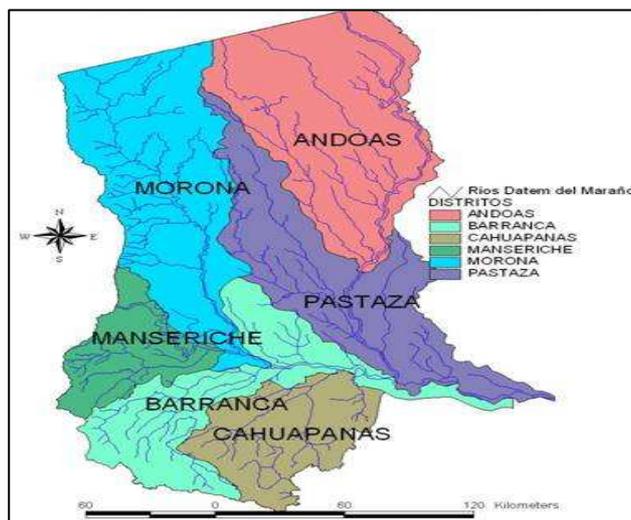
## PROVINCIA DATEM DEL MARAÑÓN:

Tabla 1.5. Datos Generales de la Provincia Datem del Marañón.

Provincia	DATEM DEL MARAÑÓN
Región	LORETO
Capital	SAN LORENZO
Población censada – 2005	49446 habitantes
Superficie	46609.9 Km <sup>2</sup>
Densidad poblacional	1.1 hab./Km <sup>2</sup>
Teléfono	816272

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Gráfico 1.5. Mapa de la Provincia de Datem del Marañón por Distritos. Año 2007.



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 <sup>2</sup> )	11549.83	6888.18	4982.93	3493.77	10776.95	8918.24
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	0.8	1.8	1.5	2.2	0.6	0.7

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2005.

## PROVINCIA LORETO:

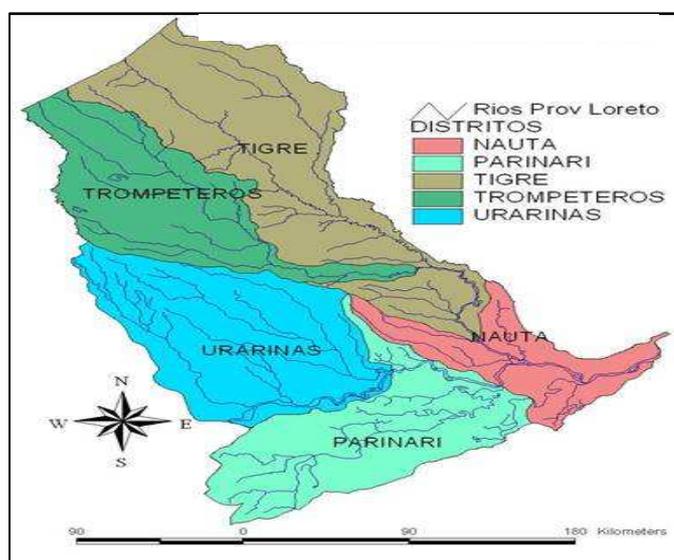
La provincia de Loreto se encuentra ubicada en la parte Sur – Este de la ciudad de Iquitos. Existe un flujo permanente de la población entre Iquitos y Nauta a través de la carretera que tiene el mismo nombre, y que conecta directamente a los distritos de Nauta con San Juan Bautista.

**Tabla 1.7. Datos Generales de la Provincia de Loreto. Año 2007.**

Provincia	LORETO
Región	LORETO
Capital	NAUTA
Población censada – 2005	63515 hab.
Superficie (Km <sup>2</sup> )	67434.12
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	0.9

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

**Gráfico 1.6. Mapa de la Provincia de Loreto por Distritos. Año 2007.**



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 <sup>2</sup> )	6672.35	12951.66	19785.7	12246.01	15778.4
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	4.5	0.6	0.4	0.5	0.8

Fuente: INEI. Censo de Población y vivienda 2005.

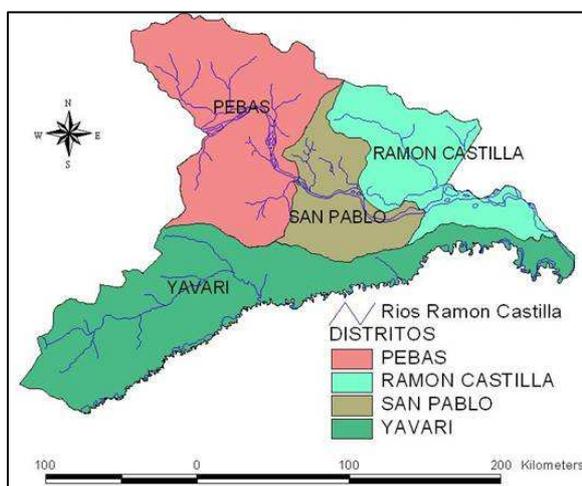
## PROVINCIA RAMÓN CASTILLA:

Tabla 1.9. Datos Generales de la Provincia de Ramón Castilla

Provincia	MARISCAL RAMON CASTILLA
Región	LORETO
Capital	CABALLOCOCHA
Población censada – 2005	55294 hab.
Superficie (Km <sup>2</sup> )	37412.94
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	1.5

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

Gráfico 1.7. Mapa de la Provincia de Ramón Castilla por Distritos. Año 2007.



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 <sup>2</sup> )	11437.04	7122.78	5045.58	13807.54
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	1.1	2.5	2.9	0.7

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2005.

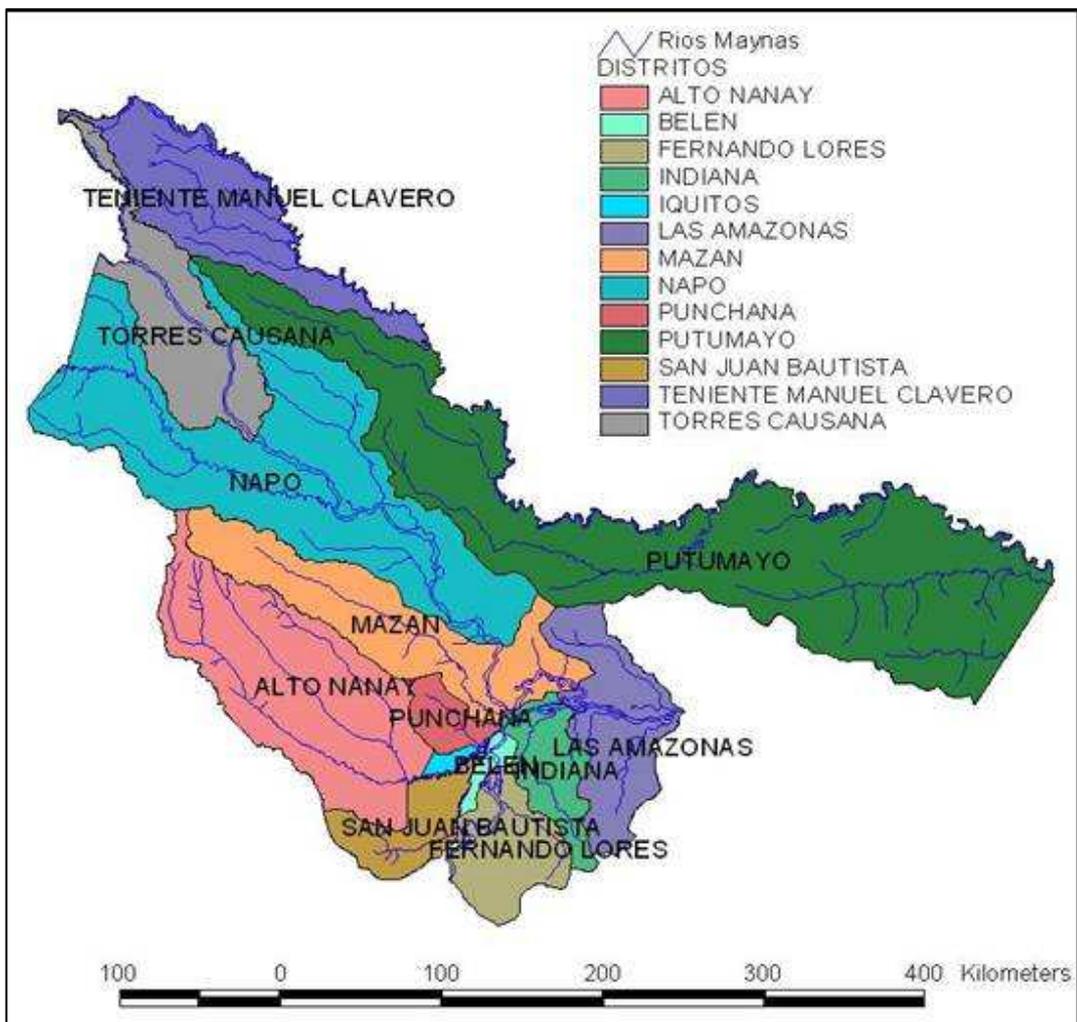
**PROVINCIA DE MAYNAS:**

**Tabla 1.11. Datos Generales de la Provincia Ramón Castilla.**

Provincia	MAYNAS
Región	LORETO
Capital	IQUITOS
Población censada – 2005	488359 hab.
Superficie (Km <sup>2</sup> )	119859.4
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	4.1

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

**Gráfico 1.8. Mapa de la Provincia de Maynas por Distritos. Año 2007.**



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 <sup>2</sup> )	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 <sup>2</sup> )	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 2005.

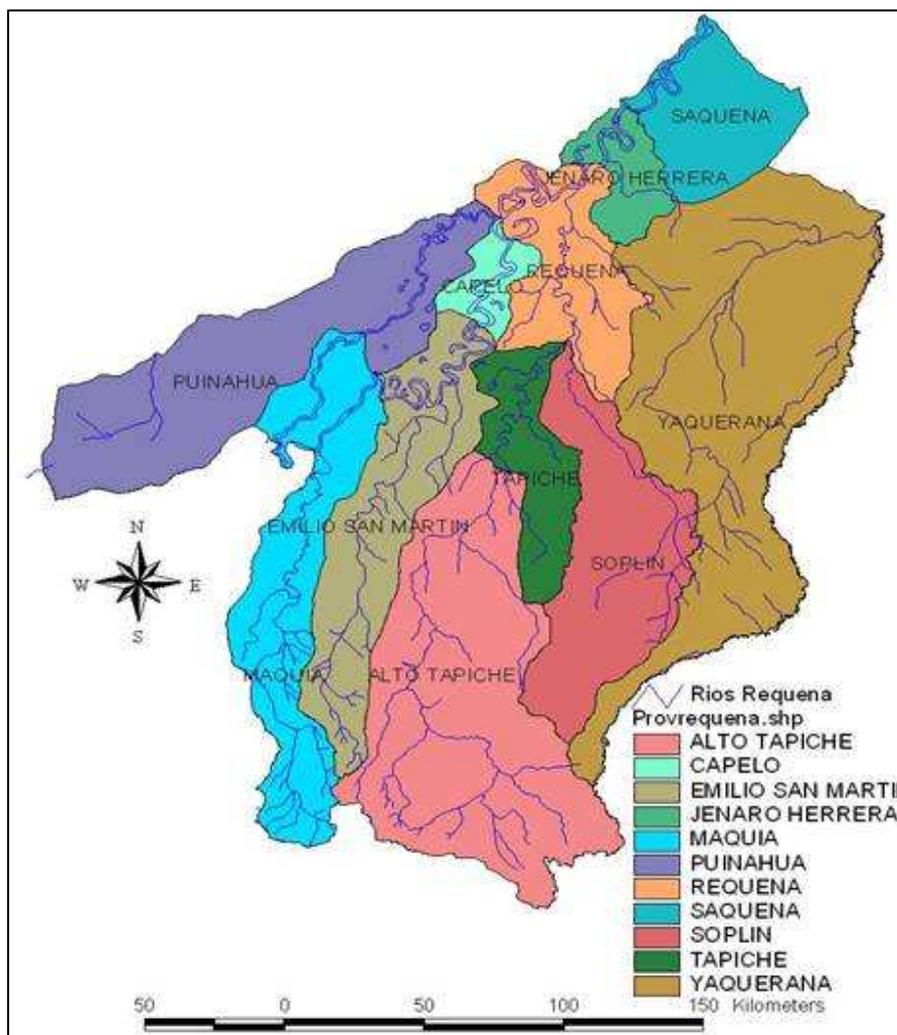
**PROVINCIA REQUENA:**

**Tabla 1.13. Datos Generales de la Provincia de Ramón Castilla.**

Provincia	REQUENA
Loreto	LORETO
Capital	REQUENA
Población censada - 2005	67927 hab.
Superficie (Km <sup>2</sup> )	49477.8
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	1.4

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

**Gráfico 1.9. Mapa de la Provincia de Requena por Distritos. Año 2007.**



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 <sup>2</sup> )	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 <sup>2</sup> )	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 2005.

**PROVINCIA UCAYALI:**

**Tabla 1.15. Datos Generales de la Provincia de Ucayali.**

Provincia	UCAYALI
Loreto	LORETO
Capital	CONTAMANA
Población Censada - 2005	57669 hab.
Superficie (Km <sup>2</sup> )	29293.47
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	2

Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

**Gráfico 1.10. Mapa de la Provincia de Ucayali por Distritos. Año 2007.**



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

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

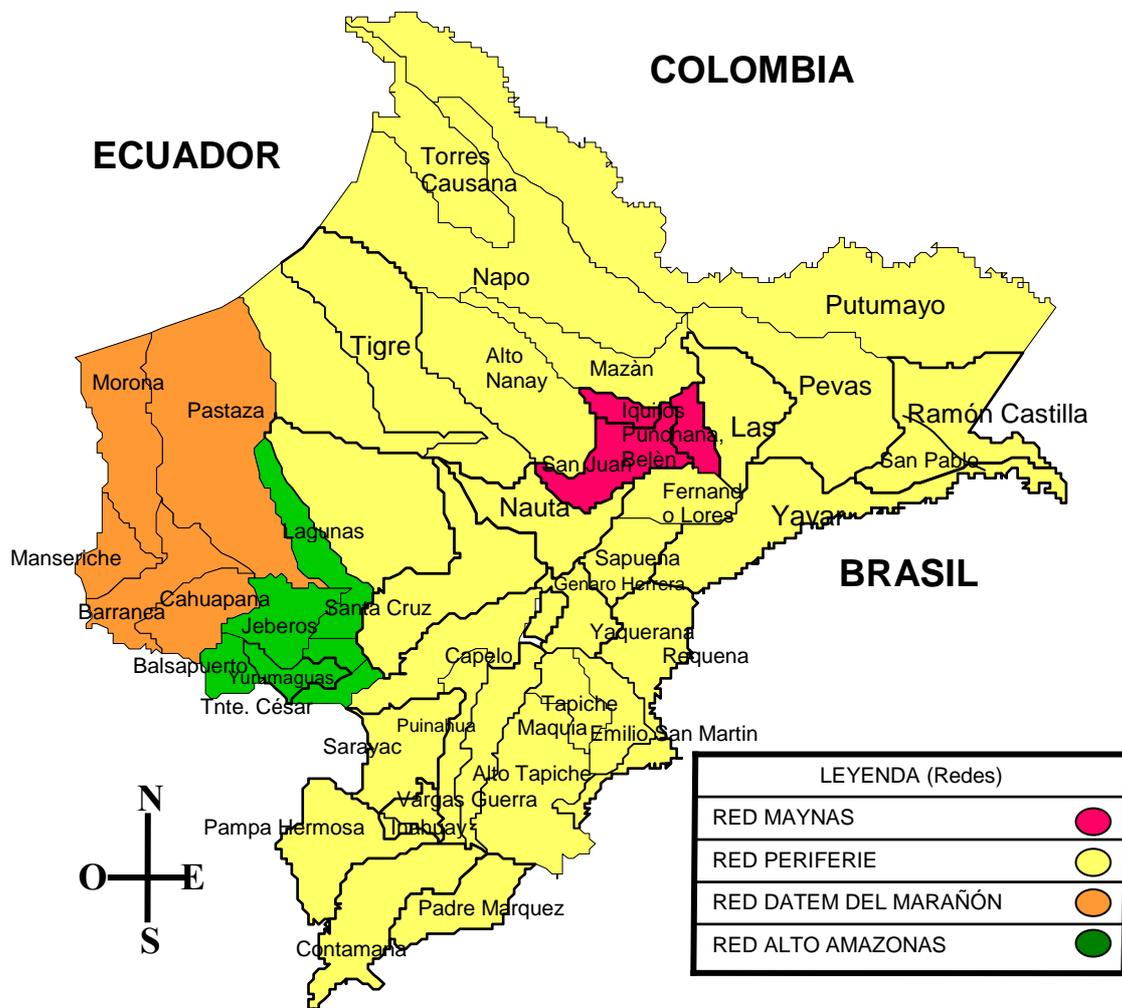
DATOS GENERALES	CONTAMANA	INAHUAYA	PADRE MÁRQUEZ	PAMPA HERMOSA	SARAYACU	VARGAS GUERRA
Dispositivo de creación	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY	LEY
N° del dispositivo de creación	S/N	14024	9815	13692	S/N	8311
Fecha de creación	13/10/1900	16/02/1962	02/07/1943	15/09/1961	02/01/1857	08/06/1936
Capital	CONTAMANA	INAHUAYA	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 <sup>2</sup> )	10675.13	646.04	2475.66	7346.98	6303.17	1846.49
Densidad poblacional (hab./Km <sup>2</sup> )	2	3.3	2.2	0.7	2.3	4.6

Fuente: INEI. Censo de Población y Vivienda 2005.

### 1.1.3. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.

A partir del año 2003 en Loreto se aprueba la conformación redes y microrredes; sin embargo entre el año 2005 y el 2007, las únicas redes que han venido funcionando fueron Loreto y Alto Amazonas. La red Loreto, con sede en la Dirección Regional de Salud, estuvo conformada por 10 microrredes y Alto Amazonas con 02 microrredes.

**Gráfico 1.11. Mapa jurisdiccional por Redes, Región Loreto, Año 2007.**



**Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto.**

Las microrredes que concentran mayor número de habitantes (por encima de los 100000 habitantes) son Iquitos Norte e Iquitos Sur; mientras que las microrredes Napo y Putumayo tienen poblaciones asignadas por debajo de los 25000 habitantes.

Durante el año 2007, se ha mantenido la organización funcional de una sola red (Alto Amazonas) y se ha tratado de impulsar el funcionamiento de las microrredes en las diversas provincias; ello ha permitido fortalecer las actividades de referencia y contra referencia y ha favorecido el fortalecimiento de los servicios aprovechando dicha organización, especialmente para desarrollar las actividades administrativas y económicas, y para mantener los niveles jerárquicos.

Los hospitales tienen una asignación poblacional de la zona urbana y periurbana de Iquitos, ascendente a 134851 habitantes: 75190 para el Hospital César Garayar García y 59661 para el Hospital Felipe Santiago Arriola Iglesias.

Gráfico N° 12.



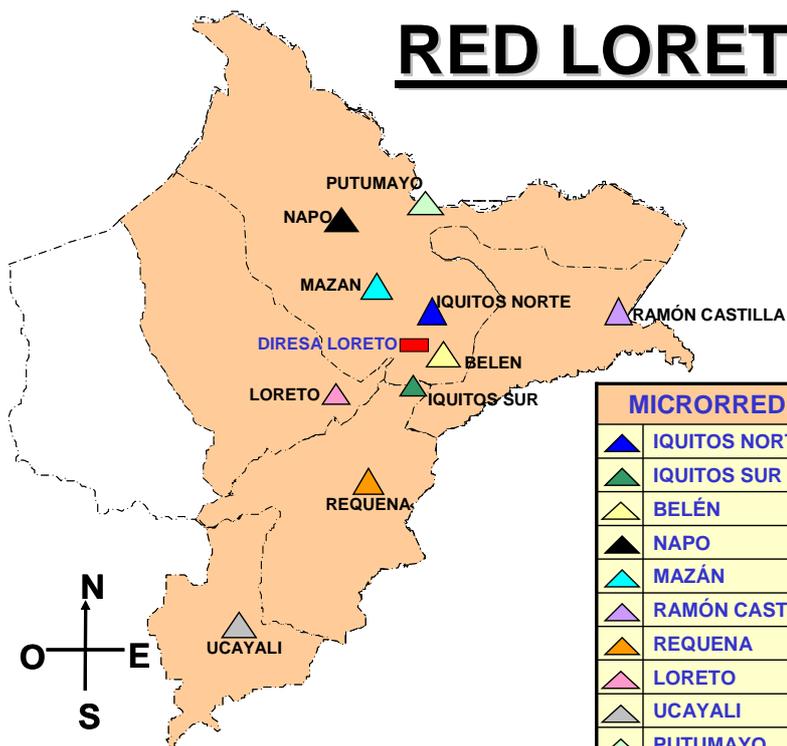
MAPA DE LA REGION LORETO SEGÚN REDES DE SALUD. AÑO 2007



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 13.

# RED LORETO

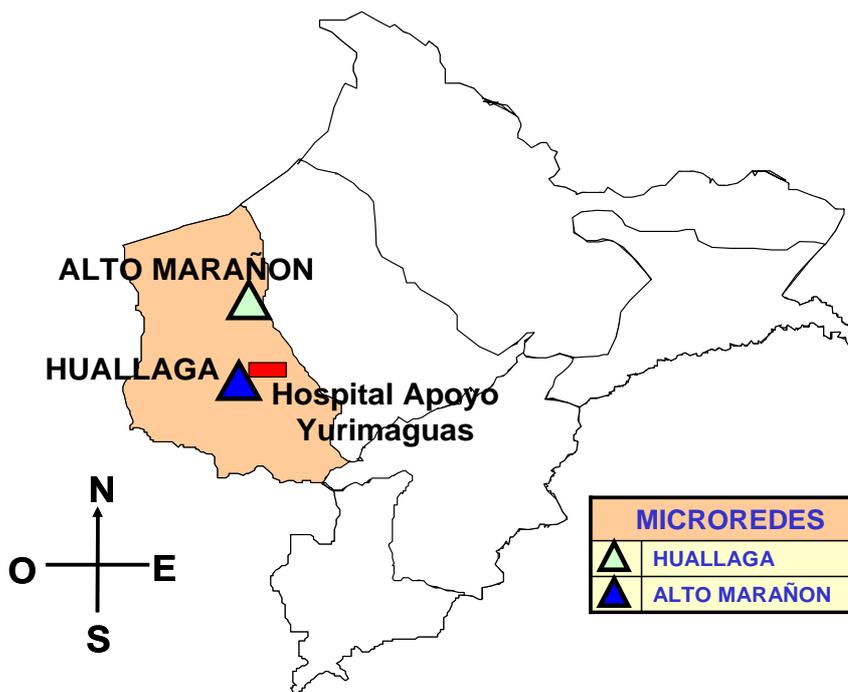


MICRORREDES	CABECERAS
IQUITOS NORTE	C.S. MORONACocha
IQUITOS SUR	C.S. SAN JUAN
BELÉN	C.S. 06 DE OCTUBRE
NAPO	C.S. SANTA CLOTILDE
MAZÁN	C.S. MAZÁN
RAMÓN CASTILLA	C.S. CABALLOCOCHA
REQUENA	C.S. REQUENA
LORETO	C.S. NAUTA
UCAYALI	C.S. CONTAMANA
PUTUMAYO	C.S. EL ESTRECHO

Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 14.

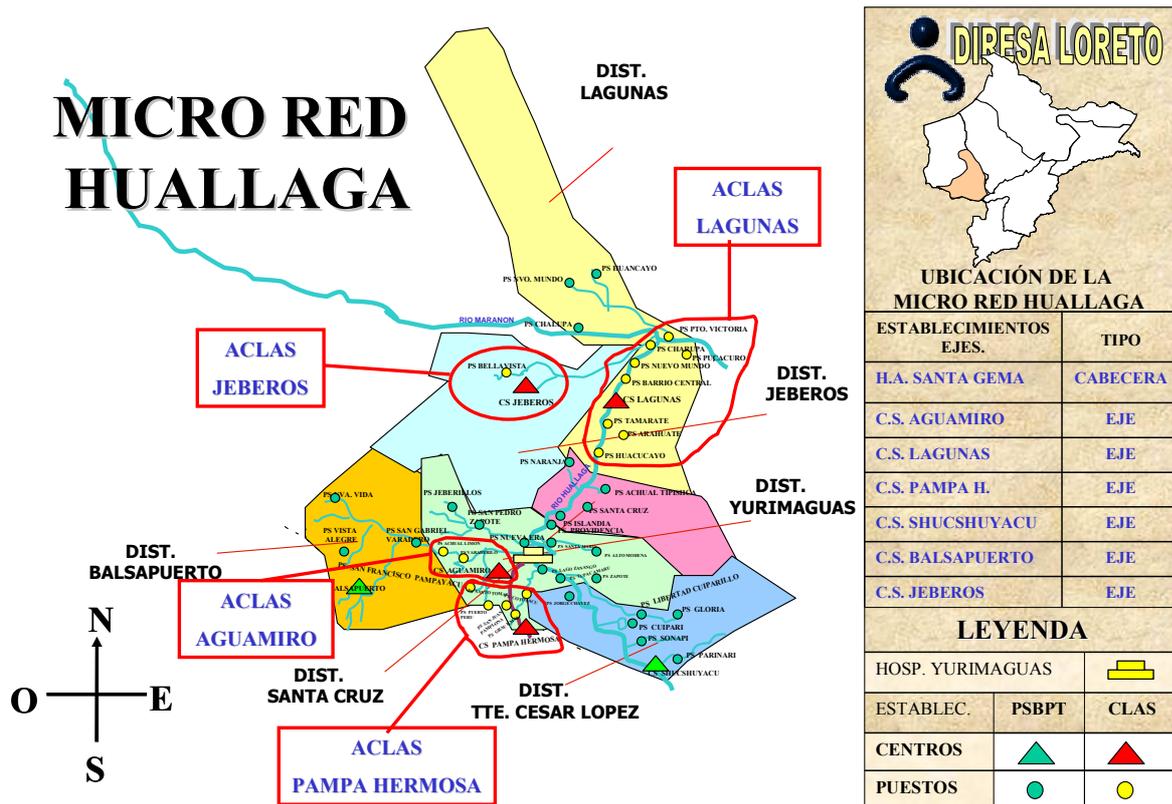
# RED ALTO AMAZONAS



MICRORREDES	CABECERAS
HUALLAGA	H. A. SANTA GEMA
ALTO MARAÑÓN	C.S. SAN LORENZO

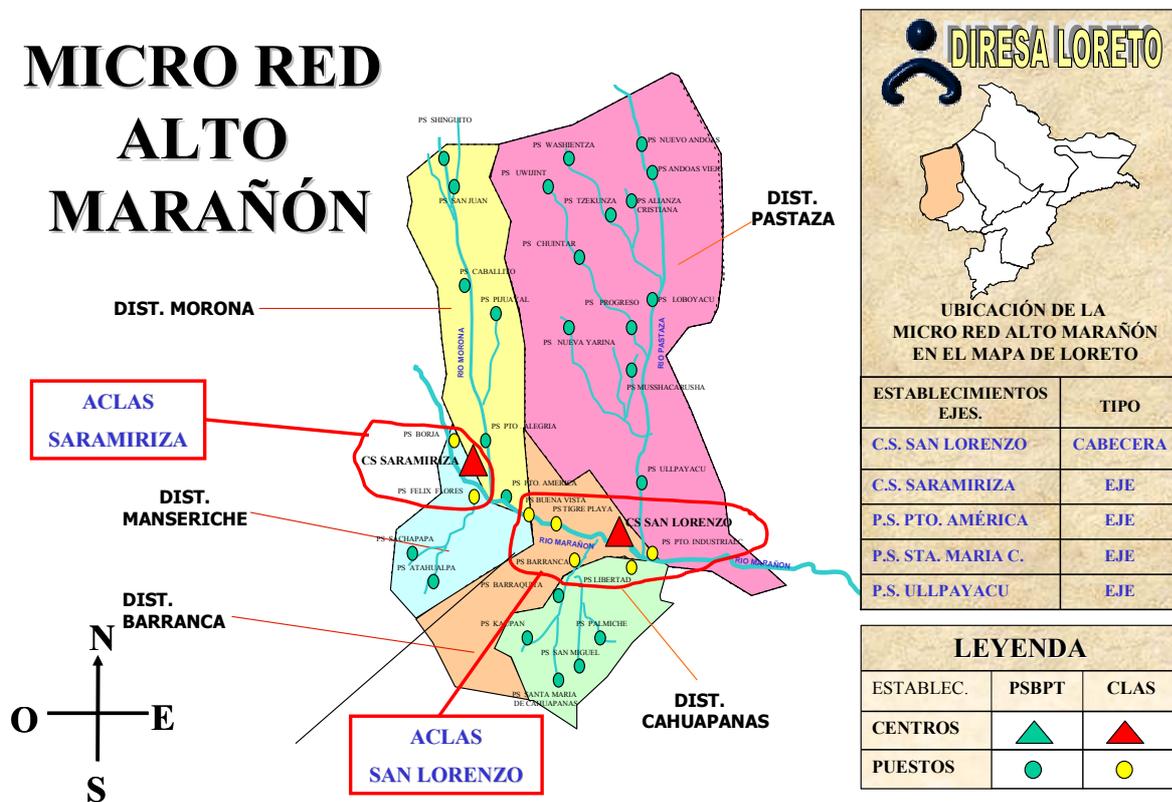
Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 15.



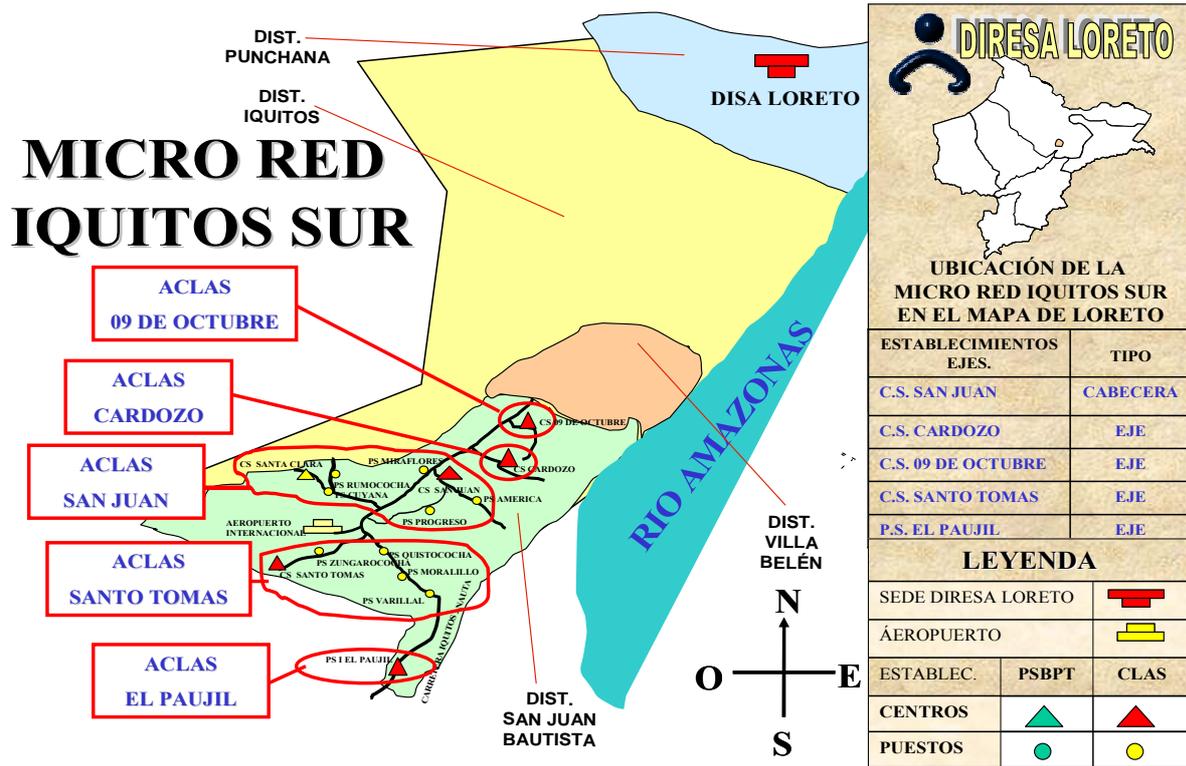
Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 16.



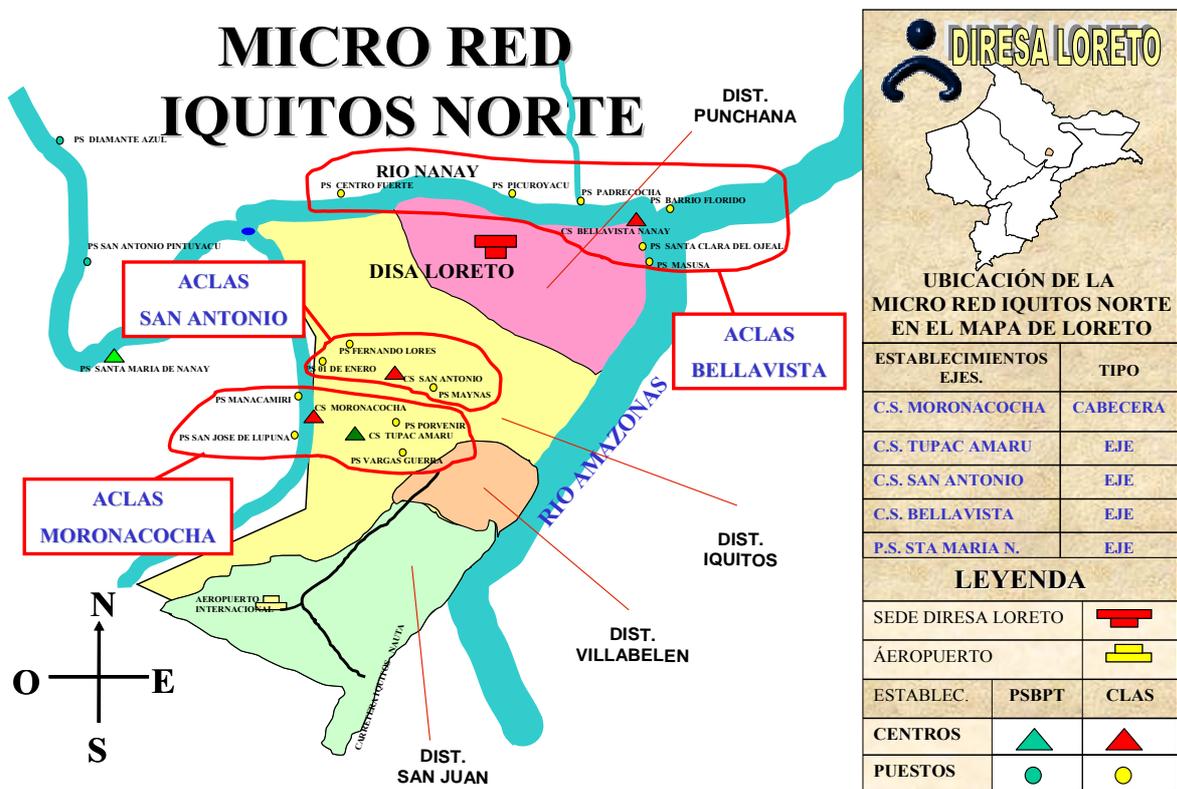
Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 17.



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

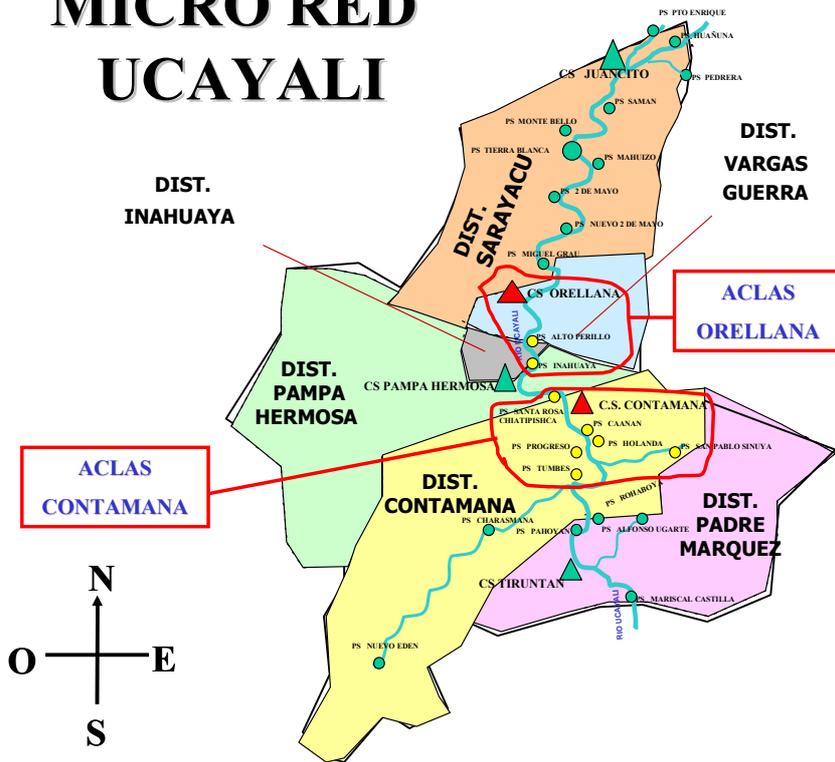
Gráfico N° 18.



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 19.

# MICRO RED UCAYALI



**DIRESA LORETO**

UBICACIÓN DE LA MICRO RED UCAYALI EN EL MAPA DE LORETO

ESTABLECIMIENTOS EJES.	TIPO
C.S. CONTAMANA	CABECERA
C.S. ORELLANA	EJE
C.S. PAMPA HERM.	EJE
C.S. TIRUNTAN	EJE
C.S. JUANCITO	EJE
P.S. TIERRA BLANCA.	EJE

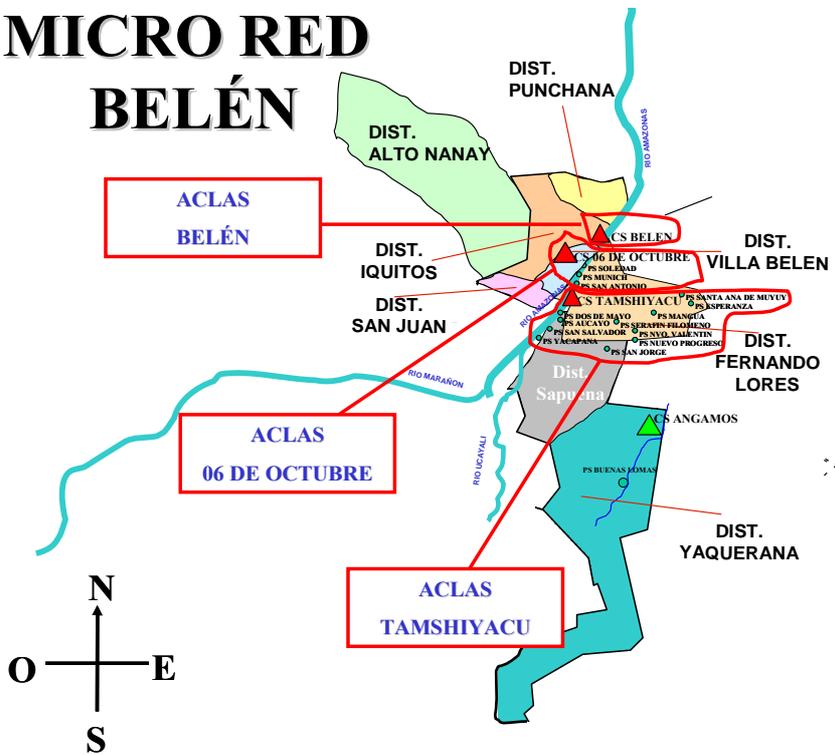
**LEYENDA**

ESTABLEC.	PSBPT	CLAS
CENTROS		
PUESTOS		

Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 20.

# MICRO RED BELÉN



**DIRESA LORETO**

UBICACIÓN DE LA MICRO RED BELÉN EN EL MAPA DE LORETO

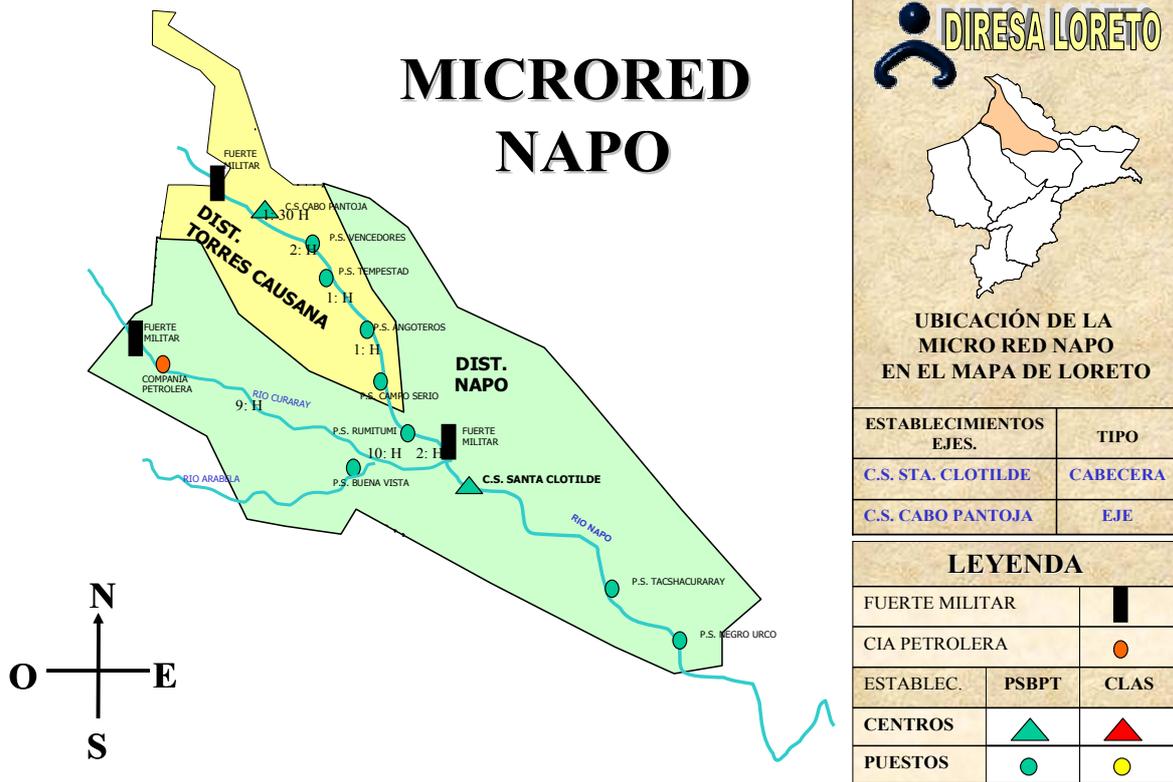
ESTABLECIMIENTOS EJES.	TIPO
C.S. 06 DE OCTUBRE	CABECERA
C.S. BELÉN	EJE
C.S. TAMSHIYACU	EJE
C.S. ANGAMOS	EJE
P.S. SOLEDAD	EJE

**LEYENDA**

ESTABLEC.	PSBPT	CLAS
CENTROS		
PUESTOS		

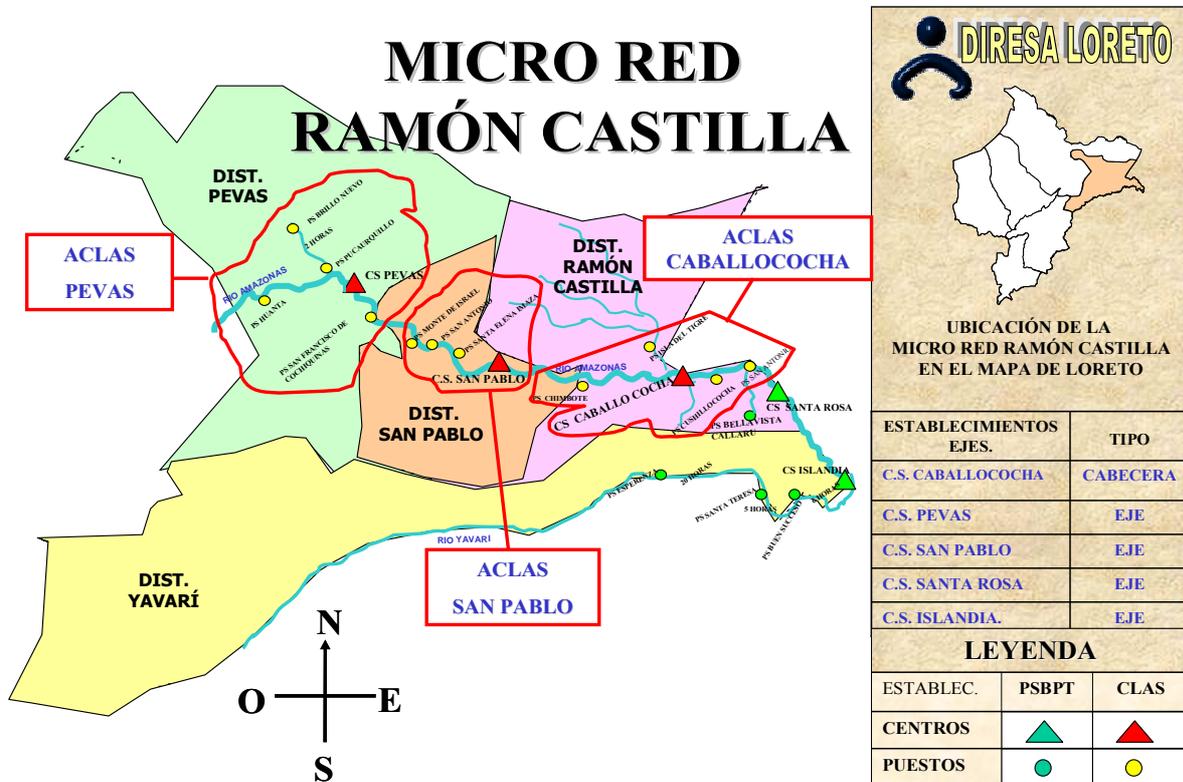
Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 21.



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

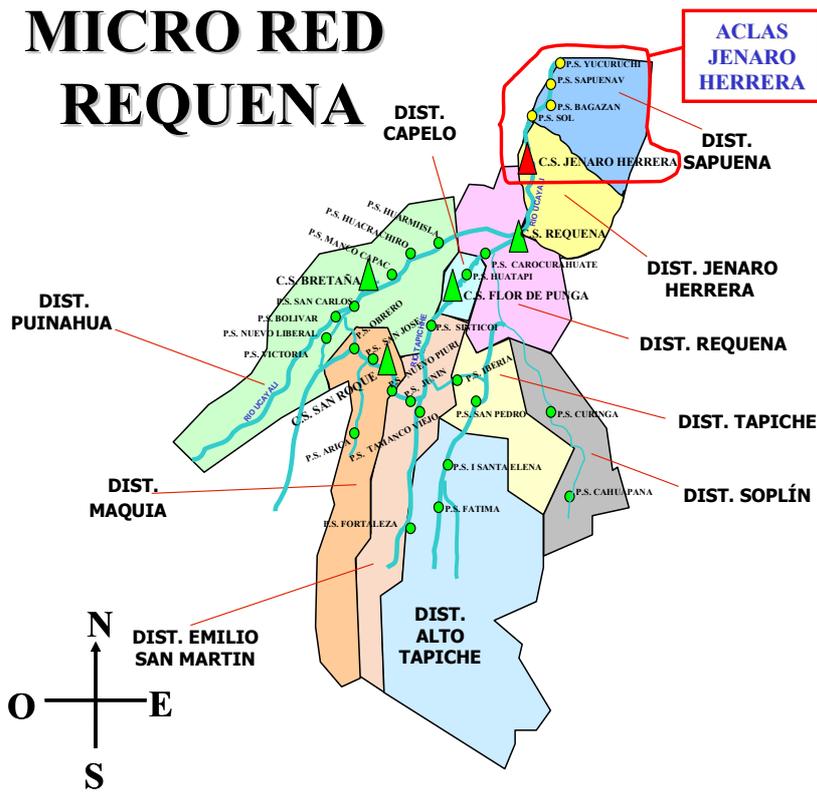
Gráfico N° 22.



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 23.

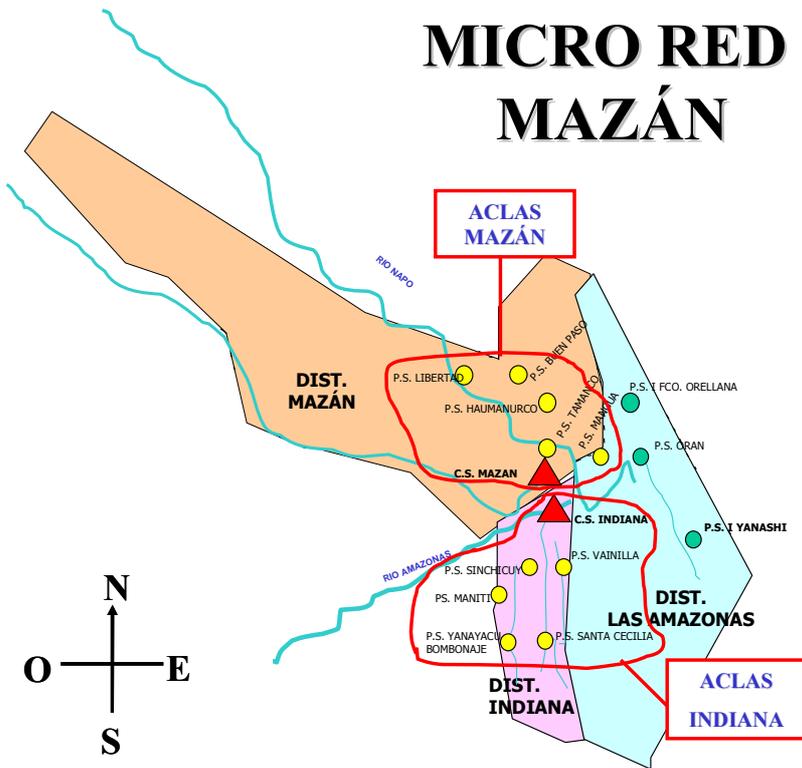
# MICRO RED REQUENA



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

Gráfico N° 24.

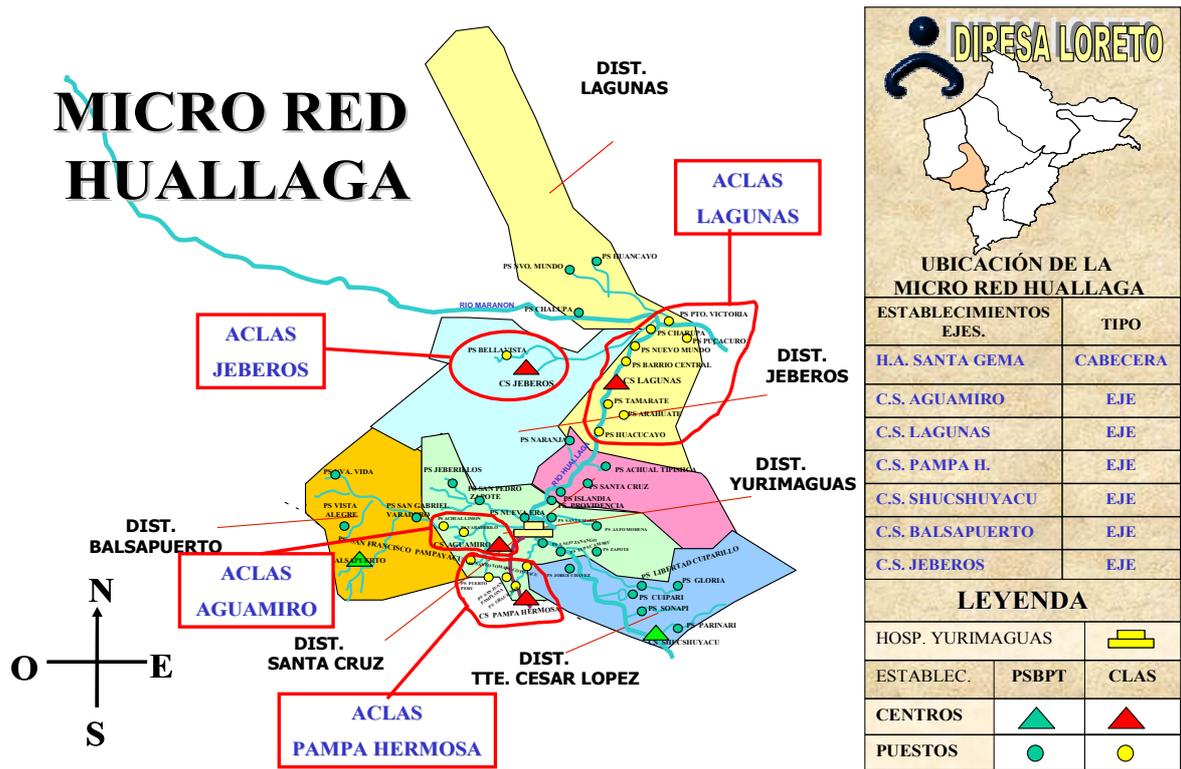
# MICRO RED MAZÁN



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

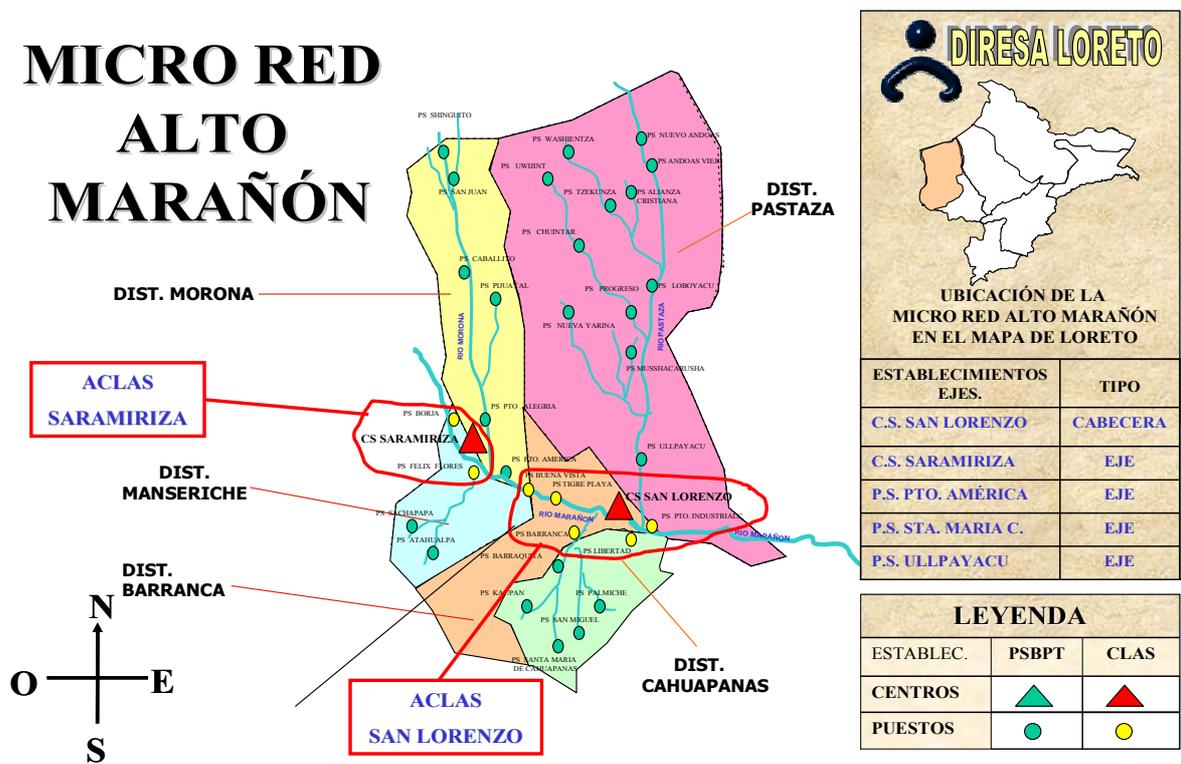


Gráfico N° 27.



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

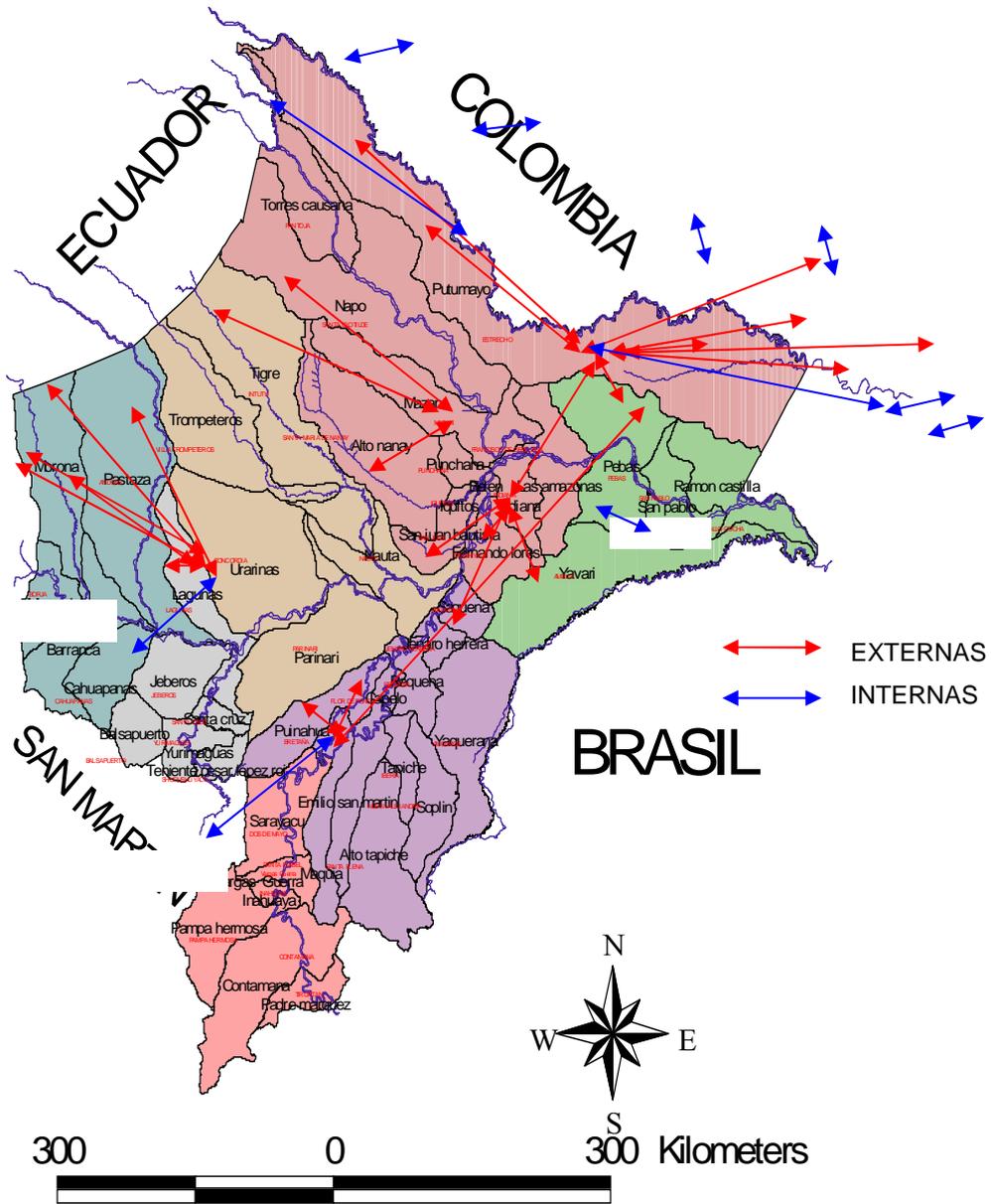
Gráfico N° 28.



Fuente: Dirección de Servicios de Salud –DIRESA Loreto.

#### 1.1.4. CORREDORES MIGRACIONALES.

Gráfico 1.29. Mapa de Corredores Migracionales de Loreto. Año 2007.



Fuente: Gobierno Regional de Loreto

### **La ciudad de Iquitos y 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.



### **1.1.5. MORFOLOGÍA.**

#### **A. Relieve.**

En nuestra región el relieve tiene la forma de una gran llanura, poco accidentado, 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, chichlayo, 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 reserva 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%.

### **1.1.6. CLIMA.**

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.

### **1.1.7. 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 para la ciencia.

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 m<sup>3</sup>/segundo (98% del país), así como por un potencial teórico hidroenergético estimado en 176000 MW (85% del país).<sup>vi</sup>

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 largamente 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.

## **C. Hacia el Desarrollo Sostenible.**

La configuración de un modelo de desarrollo extractivo mercantil en la amazonía peruana ha generado condiciones sociales y ambientales no deseadas, lo que exige la adopción de un nuevo modelo: el desarrollo sostenible.

Los vínculos existentes entre desarrollo y medio ambiente se expresan a través de cada una de las dimensiones necesarias para organizar y ejecutar las políticas de desarrollo (técnicas, económicas, institucionales, sociales y políticas).

Por eso es vital comprender la sustentabilidad del desarrollo dentro de un contexto amplio que vaya más allá de las preocupaciones en torno al capital natural.

De este modo, la consecución del desarrollo sostenible conduce hacia un equilibrio dinámico entre todas las formas de capital que participan en el esfuerzo de desarrollo, esto es tanto el equilibrio humano, natural, físico y financiero, como el acervo o capital institucional y cultural. El centro de cualquier estrategia de desarrollo sostenible es la persona. Los recursos naturales y el medio ambiente sólo son medios que, asociados a una base institucional sólida, democrática y participativa, ayudarán a lograr los objetivos del desarrollo.

Para ello, los criterios a seguir son:

- a. La necesidad de reconocer explícitamente la diversidad y singularidad económica, social y ecológica de la región y del país.
- b. El asumir que los sistemas de gestión afectan la oferta y la demanda de los recursos naturales y el medio ambiente, por tanto, para gestionar la oferta se requiere de un alto grado de conocimiento, tecnología y cultura.

### **Estrategia Básica.**

La amazonía ofrece una excelente oportunidad para lograr el desarrollo sostenible conciliando los intereses económicos y políticos con los sociales y ambientales.

Las dos grandes líneas de la estrategia amazónica deben estar dirigidas a:

- 1. Potenciar el desarrollo de la Amazonía Ocupada:** Esto implica una alta atención a las áreas intervenidas, que cuentan con población e infraestructura, en tres prioridades:
  - a. Mejorar la producción en las áreas intervenidas actualmente en uso,
  - b. Manejar los bosques secundarios,
  - c. Recuperar las tierras degradadas y abandonadas.
- 2. Desarrollar alternativas para usar la amazonía de pie:** Una de las grandes decisiones debe estar dirigida a la utilización de la amazonia que aún está poco o nada intervenida (cerca del 90%).

El manejo forestal, integral y sostenido; el ecoturismo; la extracción; la explotación minera con mínimo impacto ambiental; el manejo de recursos hidrobiológicos; el aprovechamiento de la biodiversidad y el uso de las comunicaciones acuáticas, ofrecen incalculables oportunidades. Esto implica rescatar y buscar opciones para utilizar la amazonía sin destruir los ecosistemas.

### **D. La zonificación de bosques de producción en las regiones Loreto, Ucayali y San Martín.**

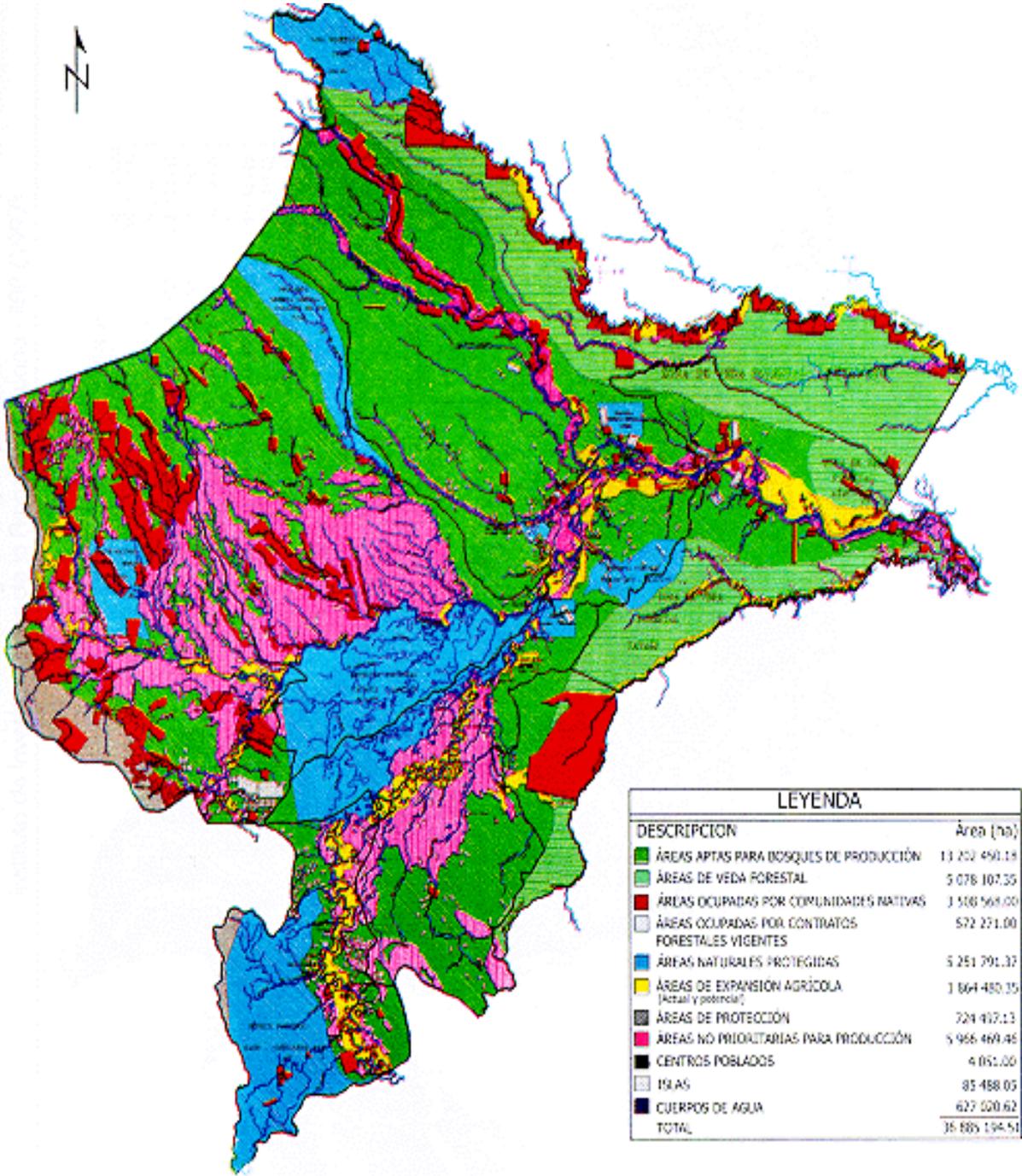
La amazonía peruana, posee el mayor porcentaje de bosques forestales del país. En este espacio geográfico el hombre, desde sus orígenes, ha hecho uso de los diversos recursos naturales que el bosque le ha proporcionado para satisfacer sus necesidades, tanto de vivienda, como de alimentación, transporte y salud, entre otros. Sin embargo, en la medida que el territorio amazónico ha sido ocupado por diversos tipos de poblaciones, el equilibrio que existía entre el hombre y la naturaleza ha registrado cambios, generando problemas ambientales. La actividad forestal, por ser generalmente extractiva y selectiva, no escapa a esta situación.

En este sentido, una política forestal que compatibilice los intereses económicos con la conservación de los recursos, dentro de una estrategia de desarrollo sostenible, necesariamente debe considerar el ordenamiento de dichas actividades en el territorio, localizando las áreas de mayor vocación para promover su uso para estos fines.

El Ministerio de Agricultura, mediante D.S. 013-96-AG ha establecido el otorgamiento de concesiones forestales por subasta pública, como una de las formas de ordenar la actividad forestal en el país.

En este marco, el IIAP ha elaborado el Mapa de Zonificación de Bosques de la Región Loreto, en coordinación con la Dirección Forestal de INRENA; con la finalidad de proporcionar información espacial sobre los bosques para producción sostenible a fin de facilitar la toma de decisiones a las instituciones públicas encargadas de la administración de los recursos forestales.

**Grafico 1.30. Mapa de Zonificación de Bosques de la Región Loreto. Año 2007.**

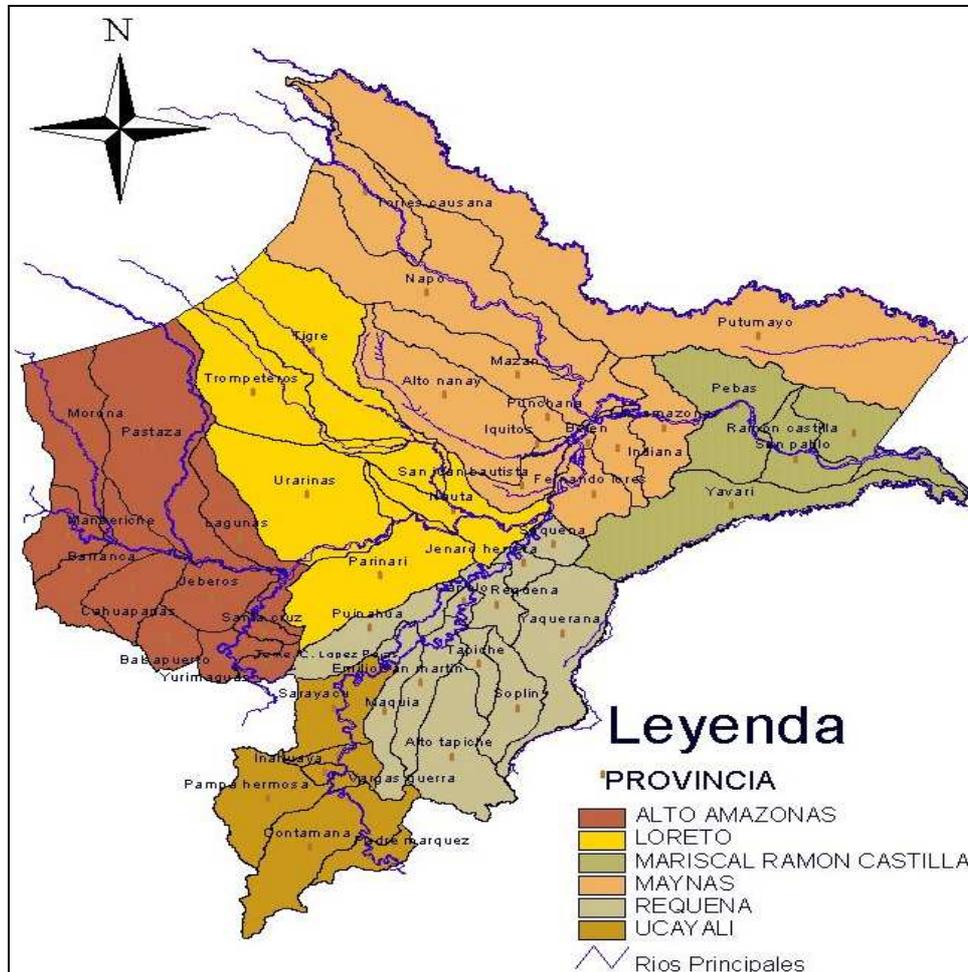


Fuente: Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana – 1997.

### 1.1.8. HIDROGRAFÍA.

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, el gran volumen de sus aguas y la poca pendiente de su lecho.

**GRAFICO 1.31. Mapa Hidrográfico de la Región Loreto. Año 2007.**



**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 tienen rápido crecimiento y cosecha.

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 esta 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.

Entre los principales lagos y lagunas identificadas, tenemos: el Lago Rimachi, situado al margen derecho del río Pastaza; la laguna de Pavayacu, situada al margen derecho del río Marañón; el lago de Moronacocha situado al Oeste de la ciudad de Iquitos, y la laguna de Quistococha a 15 km. de Iquitos.

## **1.2. ESTRUCTURA POBLACIONAL.**

La población de la región Loreto para el año 2007 asciende a un total de 947452 habitantes (estimada a partir del censo del año 1993); representa el 3.47% de la población total del país, y tiene una densidad poblacional de 2.50 habitantes por km<sup>2</sup>. Sin embargo, es preciso aclarar que según el **“XI Censo de Población y VI de Vivienda del año 2007”**, la población de la región Loreto es de 891732 habitantes, es decir, existe una diferencia de 55,720 habitantes, entre la estimación y el último censo el INEI.

### **1.2.1. SITUACIÓN ACTUAL.**

En todo proceso de planificación y estimación de necesidades especialmente en la oferta de los servicios de salud es muy importante el conocimiento del volumen, composición, concentración, distribución y evolución de la población para realizar la descripción de la situación de salud, para predecir el estado de salud y definir las futuras políticas y acciones en salud. La información que se presenta en el ASIS del 2007, incluye las proyecciones realizadas por el INEI de acuerdo al censo realizado en el año de 1993. Sin embargo, también se hace mención de los resultados de los 02 últimos censos de población y vivienda realizados en los años 2005 y 2007.

Un aspecto que se debe destacar, referente al promedio nacional, es que la región Loreto es una de las regiones más despobladas del país (densidad poblacional de 2.56 habitantes/Km<sup>2</sup>); 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.

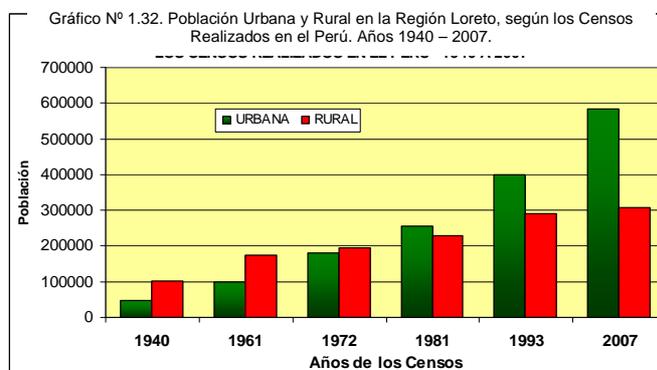
Existe homogeneidad en el entorno geográfico y ecológico de Loreto, determinado por similitudes en las variables de altitud, latitud, longitud, temperatura y nivel de lluvias. Esto condiciona, un patrón de riesgo para la presencia diferenciada de algunas enfermedades propias de zonas urbanas como dengue, y alta prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), y malaria en zonas rurales determinando perfiles epidemiológicos definidos para cada zona.

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.

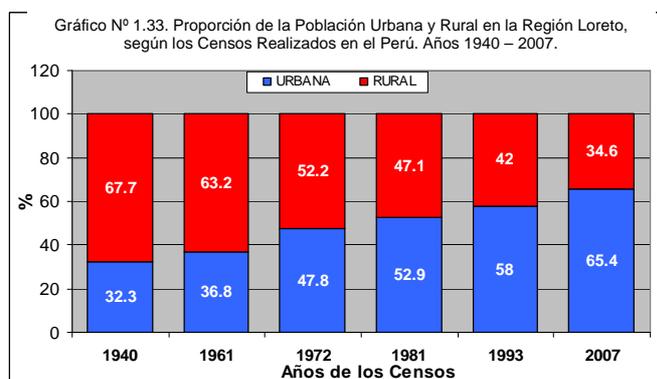
En Loreto, según los cálculos realizados por el INEI, la población urbana representa, en promedio, el 65.4% del total de la población para el año 2007. Del mismo modo, se puede apreciar que la población rural desde

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

**Tabla 1.17. Población Según Género por Provincias en la Región Loreto. Año 2007.**

PROVINCIAS	Hombre		Mujer		Total Número	Población 2007 (estimación censo 1993)	Proporción
	Número	%	Número	%			
MAYNAS	248,695	50.45	244,297	49.55	492,992	520,355	54.92
ALTO AMAZONAS	53,459	51.08	51,208	48.92	104,667	108,552	11.46
LORETO	33,247	53.48	28,918	46.52	62,165	68,025	7.18
RAMÓN CASTILLA	29,366	53.56	25,463	46.44	54,829	61,753	6.52
REQUENA	34,416	52.39	31,276	47.61	65,692	72,558	7.66
UCAYALI	32,556	52.67	29,260	47.33	61,816	61,603	6.50
DATEM DEL MARAÑÓN	25,223	50.88	24,348	49.12	49,571	54,606	5.76
<b>TOTAL</b>	<b>456,962</b>	<b>51.24</b>	<b>434,770</b>	<b>48.76</b>	<b>891,732</b>	<b>947,452</b>	<b>100.00</b>
<b>BRECHA</b>						<b>55,720</b>	

Fuente: INEI Censo Nacional del año 2007.

**Tabla 1.18. Población Por Provincias y Proporción por Comunidades Indígenas en la Región Loreto. Año 2007.**

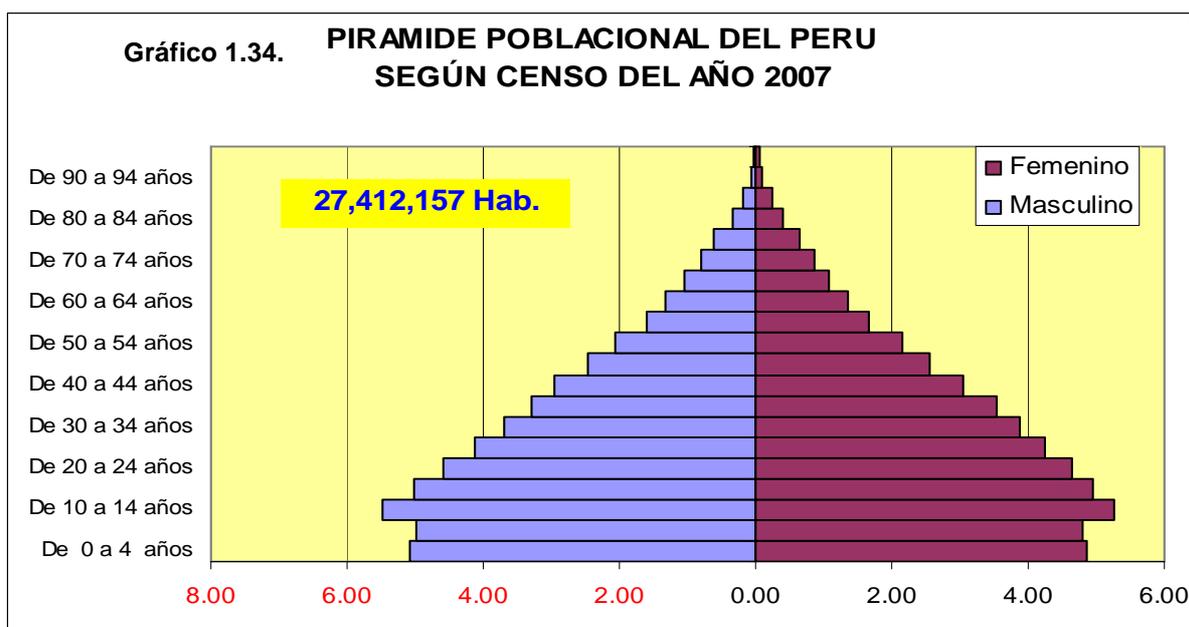
PROVINCIAS	POBLACIÓN TOTAL 2007	COMUNIDADES INDÍGENAS			
		LOCALIDADES	POBLACIÓN	% LOCALIDADES	% de la POBLACIÓN
REGIÓN LORETO	942457	689	101961	22.92	10.8
ALTO AMAZONAS	162182	300	38735	44.44	23.88
LORETO	69757	168	27731	20.54	39.75
MAYNAS	535073	101	14533	17.1	2.71
CONTAMANA	64470	35	9168	6.63	14.22
RAMÓN CASTILLA	47100	56	6543	20.53	13.89
REQUENA	63875	29	5250	5.66	8.22

Fuente: Dirección de Promoción de la Salud – DIRESA Loreto.

La población peruana, en general, se encuentra en un lento proceso de envejecimiento. En 1981, la población menor de 15 años representaba el 41,2% de la población total y la mayor de 64 años el 4,1%; para 1993 fueron 37% y 4,6%, respectivamente, y se estima que para el 2005 sean 30,8% y 5,3%, respectivamente. Estos cambios demográficos significarán cambios en el patrón de la demanda por servicios de salud, incorporándose progresivamente perfiles de morbilidad y mortalidad de las poblaciones de la tercera edad, es decir predominancia de enfermedades crónicas y degenerativas.

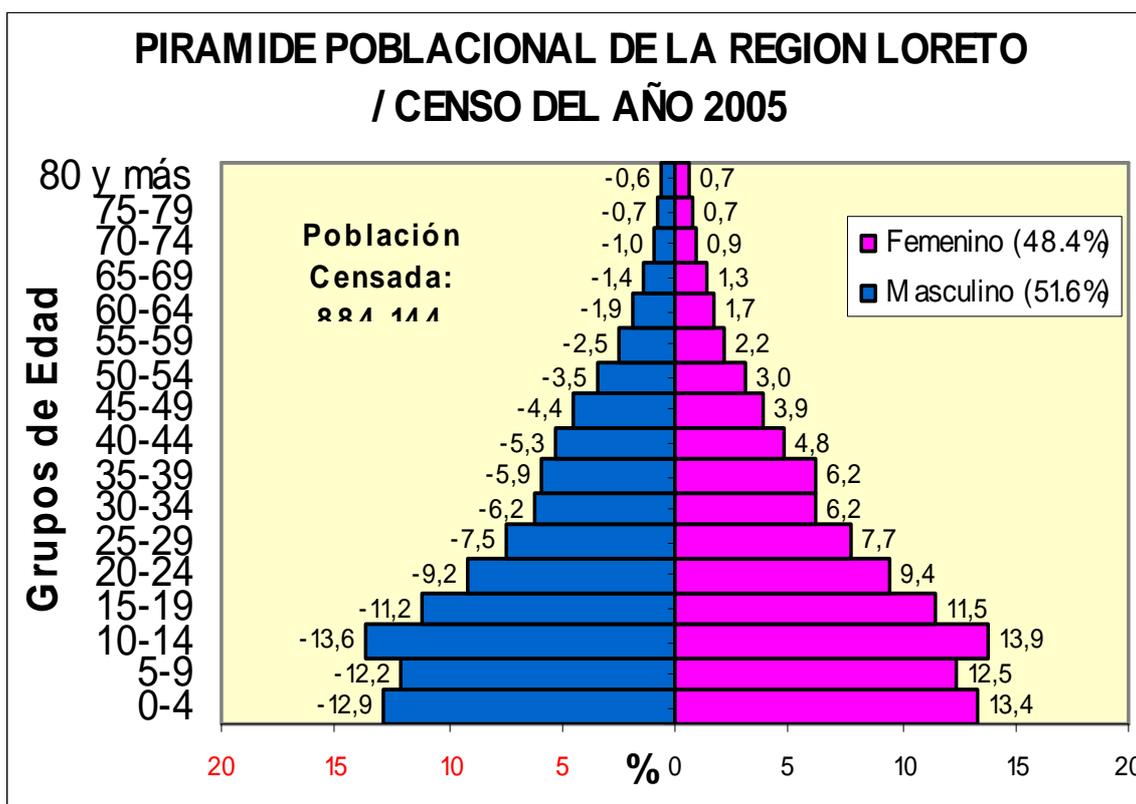
### 1.2.2. PIRÁMIDE POBLACIONAL.

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.



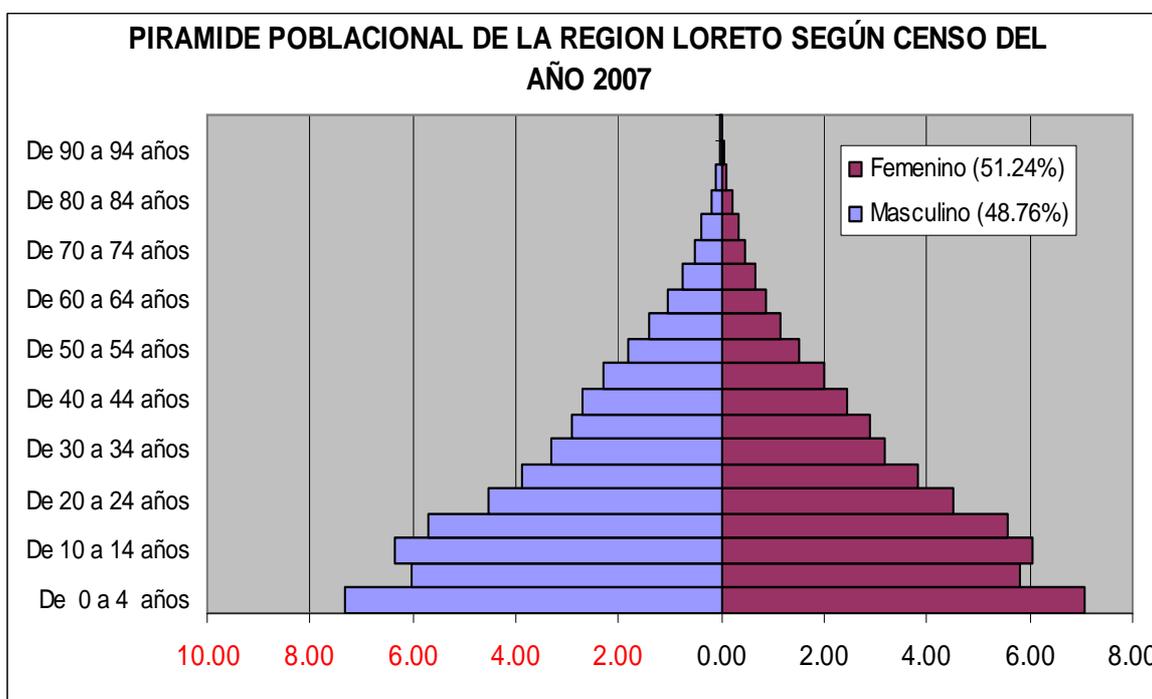
Fuente: INEÍ, Censo Nacional del año 2007.

Gráfico 1.35. Pirámide Poblacional de la Región Loreto. Año 2005.



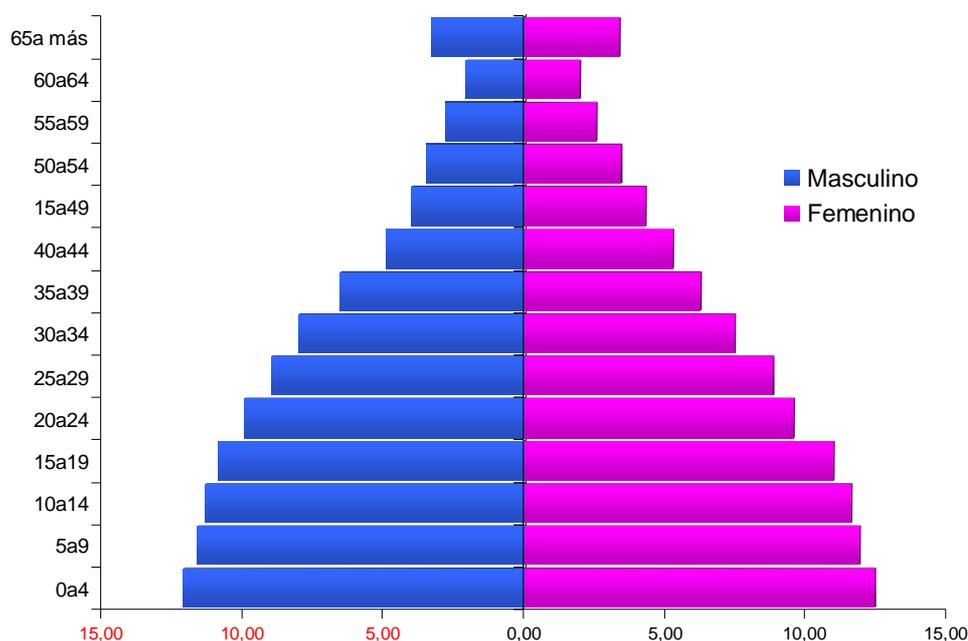
Fuente: INEÍ, Censo Nacional del año 2005.

Gráfico 1.36. Pirámide Poblacional de la Región Loreto. Año 2007.



Fuente: INEÍ, Censo Nacional del año 2007.

**Gráfico N° 1.37. Loreto: Proyección de la Pirámide Poblacional del Año 2010**



Fuente: Estadística e Informática DISA Loreto

Si comparamos las pirámides poblacionales del Perú con la región Loreto, se aprecia una diferencia importante: en la población peruana se aprecia una disminución de la relación entre el grupo etáreo niño (menor de 10 años) y adolescente (de 10 a 19 años), sin embargo en Loreto esta relación sigue permaneciendo alta. En general, tanto en el censo del 2005 como del 2007, se aprecia un patrón poblacional eminentemente joven con una tendencia estable en el tiempo.

En la proyección de la pirámide poblacional para el año 2010, según el INEÍ, 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 y adulta joven.

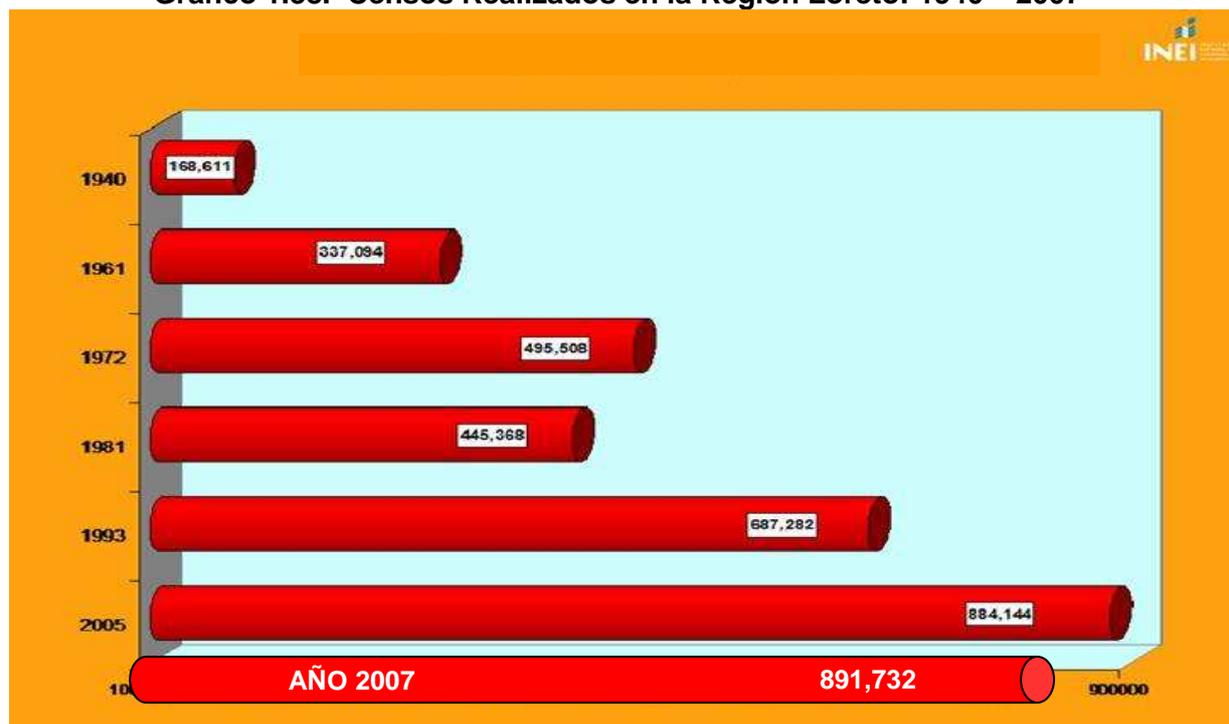
**Tabla 1.19. Población de la Región Loreto. Años 1961 al 2007.**

1961	1972	1981	1993	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
321,177	409,772	516,371	736,161	839,748	880,471	921,572	942,243	931,444	943,807	956,593	947,452

Fuente: INEI: Proyección de Censos Nacionales.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en la región Loreto se han realizado 07 Censos de Población y Vivienda, el primero fue realizado el año 1940 y el más reciente el año 2007. Los resultados de este último censo han sido publicados, oficialmente, durante el 2008, de manera que hasta la fecha se continúa empleándose las estimaciones realizadas a partir del censo del año 1993.

Gráfico 1.38. Censos Realizados en la Región Loreto: 1940 – 2007



Fuente: INEÍ – Censos Nacionales del Perú.

### 1.2.3. CONFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA.

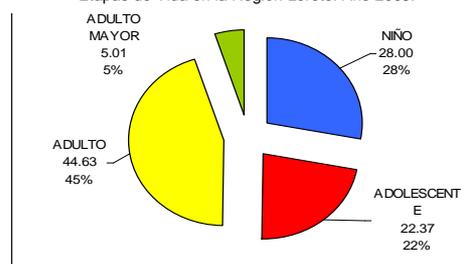
Tabla 1.20. Población por Etapas de Vida en la Región Loreto. Año 2005.

REGIÓN/ PROVINCIA	TOTAL	NIÑO (0 a 9 años)	ADOLESCENTE (10 a 19 años)	ADULTO (20 a 59 años)	ADULTO MAYOR (60 a más años)	MEF (15-49 años)	GESTANTES
Proporción de la población por Etapa de Vida		28.00	22.37	44.63	5.01		
LORETO	943807	264224	211087	421203	47293	218922	36395
MAYNAS	536423	150175	119976	239398	26874	124427	20686
ALTO AMAZONAS	162182	45404	36272	72378	8128	37619	6254
LORETO	69757	19527	15600	31132	3498	16181	2690
RAMÓN CASTILLA	47100	13186	10533	21019	2362	10925	1816
REQUENA	63875	17882	14286	28506	3201	14816	2463
UCAYALI	64470	18050	14420	28770	3230	14954	2486

Fuente: INEÍ (estimación del Censo de 1993).

Hasta el año 2006 las provincias más pobladas fueron Maynas y Alto Amazonas. A partir del año 2007 Alto Amazonas se ha dividido en 02 provincias: una sigue siendo Alto Amazonas y la otra es Datem del Marañón. 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%).

Gráfico N° 1.39. Distribución Porcentual de la Población por Etapas de Vida en la Región Loreto. Año 2005.



Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2005.

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.

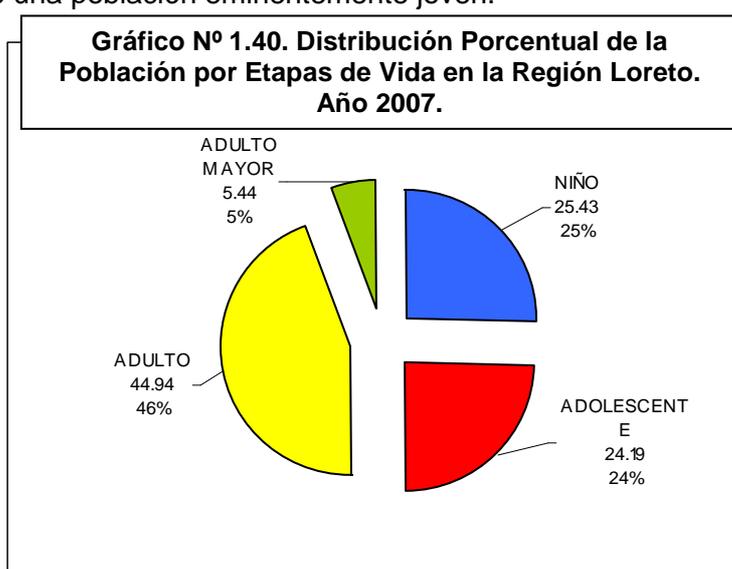
El conocimiento de la distribución de la población es muy importante, no solo para planificar la oferta de servicios, sino para reconocer la presencia de conductas y estilos de vida particulares que se encuentran en aquellos grupos de población prioritarios y/o vulnerables.

**Tabla 1.21. Población por Etapas de Vida en la Región Loreto. Año 2007.**

REGIÓN/ PROVINCIA	TOTAL	NIÑO (0 a 9 años)	ADOLESCENTE (10 a 19 años)	ADULTO (20 a 59 años)	ADULTO MAYOR (60 a más años)	MEF (15- 49 años)	GESTANTES
Proporción de la Población por Etapa de Vida		25.43	24.19	44.94	5.44		
LORETO	947452	240972	229194	425744	51542	50306	231890
MAYNAS	520355	132345	125877	233825	28308	28168	129841
ALTO AMAZONAS	108552	27609	26259	48778	5906	5785	26663
LORETO	68025	17301	16457	30567	3700	3496	16114
RAMÓN CASTILLA	61753	15707	14937	27750	3359	3074	14173
REQUENA	72558	18455	17551	32604	3948	3718	17138
UCAYALI	61603	15668	14903	27681	3351	3158	14554
DATEM DEL MARAÑÓN	54606	13887	13210	24539	2970	2907	13407

Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2005.

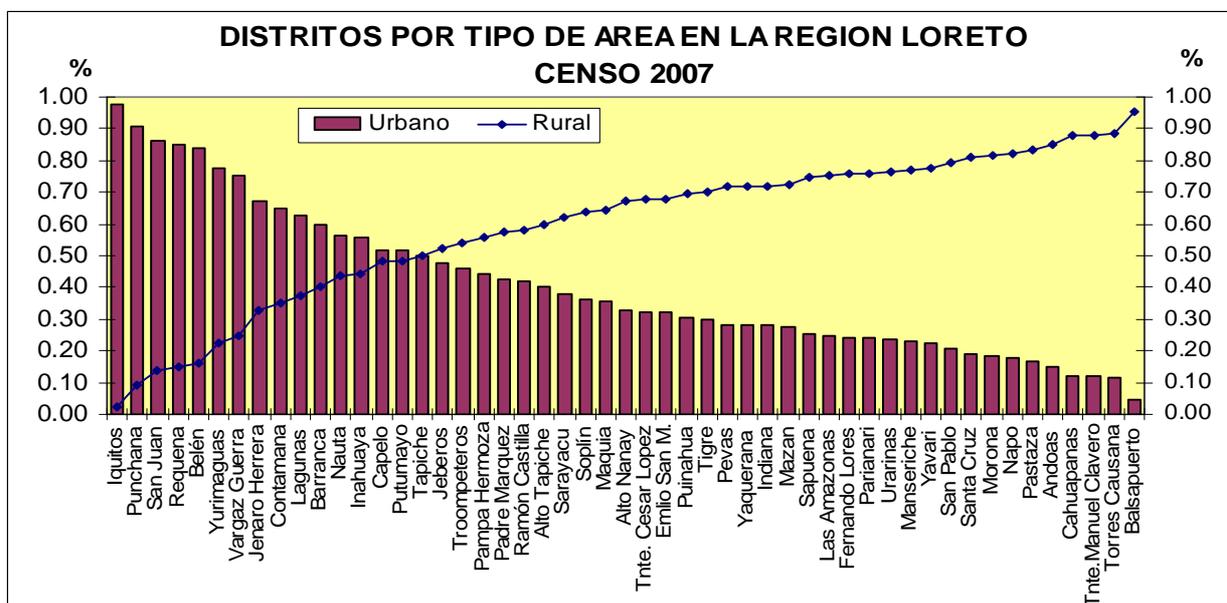
Según el censo del 2007, la población por etapas de vida, no muestra diferencias significativas con respecto al censo del 2005, de manera que la población adulta sigue siendo la de mayor proporción, seguida de la población infantil y adolescente, lo cual nos caracteriza como una población eminentemente joven.



Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2005.

## 1.2.4. TASAS DEMOGRÁFICAS.

**Gráfico: 1.41. Proporción de Áreas Rurales y Urbanas por Distritos de la Región Loreto. Año 2007.**

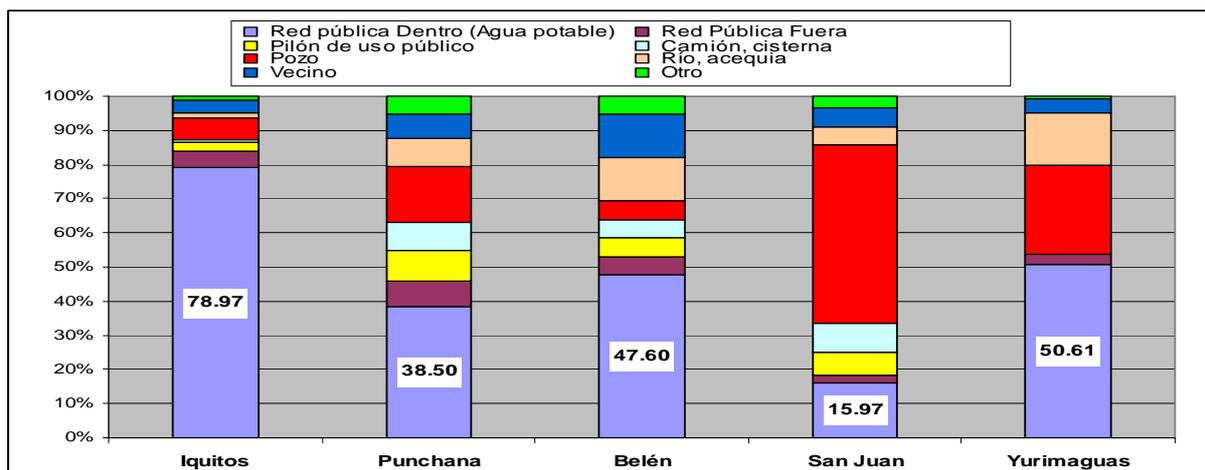


Fuente: INEÍ, Censo Nacional del año 2007.

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.

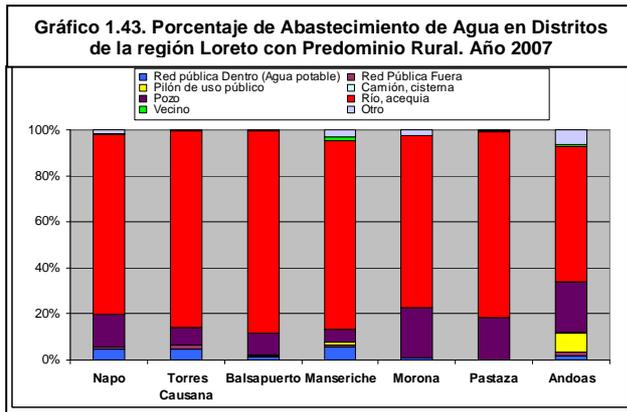
## 1.2.5. PERFIL SOCIAL Y ECONÓMICO.

**Gráfico 1.42. Tipos de Abastecimiento de Agua en Distritos de la Región Loreto con Predominio Urbano. Año 2007.**

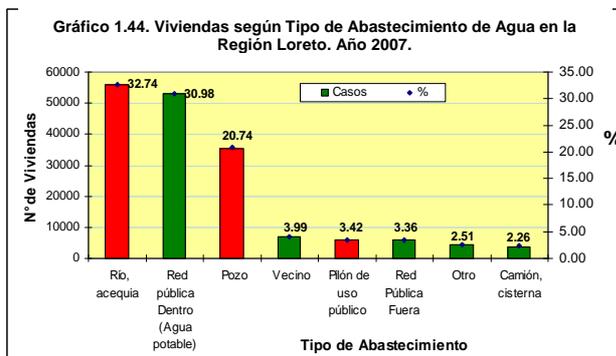


Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2005.

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.



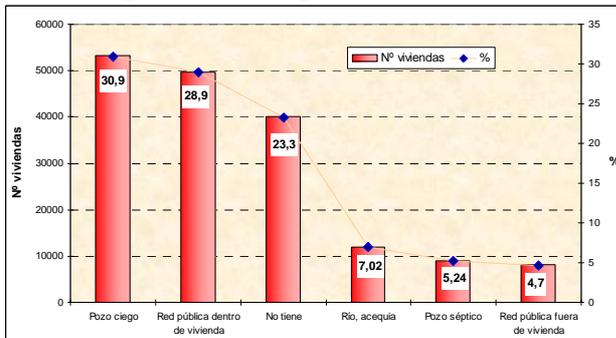
Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2007.



Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2007.

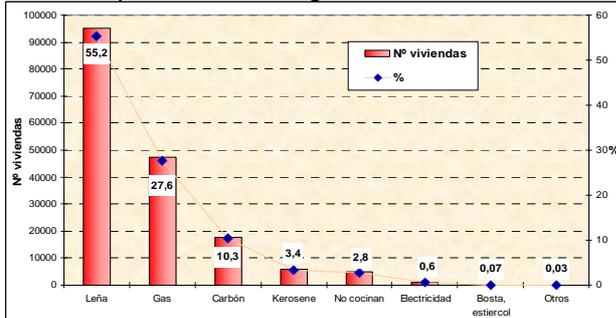
por alimentos, entre otras.

**Gráfico 1.45. Viviendas según Tipo de Servicios Higiénicos en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año

**Gráfico 1.46. Tipos de Abastecimiento de Energía que Utilizan para Cocinar en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: INEÍ – Censo Nacional del año 2007

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.

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 enfermedades transmitidas

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 N° 1.22. Porcentaje de Personas Que Tienen al Español Como Idioma Materno Según Provincias de la Región Loreto. Años 1993 y 2007.**

<i>Provincias</i>	<i>1993</i>	<i>2007</i>
Alto Amazonas	82.6	98.6
Datem del Maraón	--*	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
<b>Regional</b>	<b>94.0</b>	<b>94.3</b>

\* En 1993 no existía la provincia de Datem del Maraón.

**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 Maraón 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 Maraón 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 N° 1.23. Porcentaje de Tipos de Vivienda Según Provincias en Loreto. Año 2007.**

Tipo de Vivienda	LORETO	Alto Amazonas	Datem del Maraón	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%
<b>Total</b>	<b>100.0</b>							

**Fuente: Censo Nacional del año 2007.**

## Material de las Paredes.

**Tabla Nº 1.24. 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: INEI – Censo Nacional del 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.

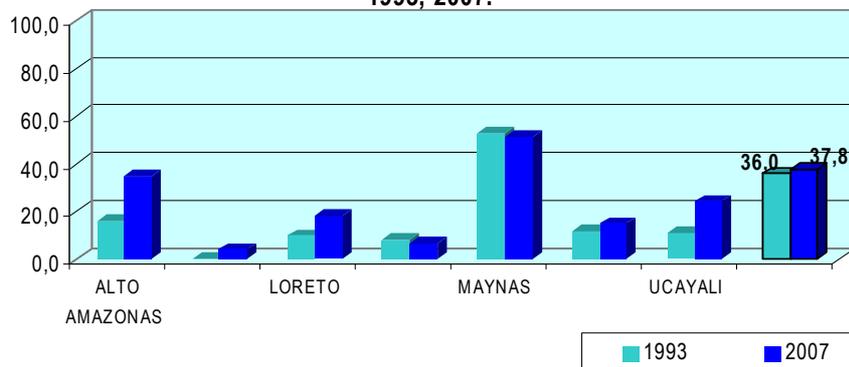
**Tabla Nº 1.25. Porcentaje de Viviendas con Acceso a Agua Potable de Red Pública. Loreto y Provincias. Años 1993 y 2007.**

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
<b>Regional</b>	<b>36.0</b>	<b>37.8</b>

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

Gráfico N° 1.47.

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° 1.26. Porcentaje de Viviendas que Tienen Acceso a Cualquier Tipo de Servicios Higiénicos. Loreto y Provincias. 1993, 2007.

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
<b>Regional</b>	<b>58.4</b>	<b>69.7</b>

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° 1.27. Porcentaje de Viviendas con Acceso a Alumbrado Eléctrico en la Región Loreto y Provincias. Años 1993 y 2007.

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
<b>Regional</b>	<b>48.5</b>	<b>61.3</b>

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

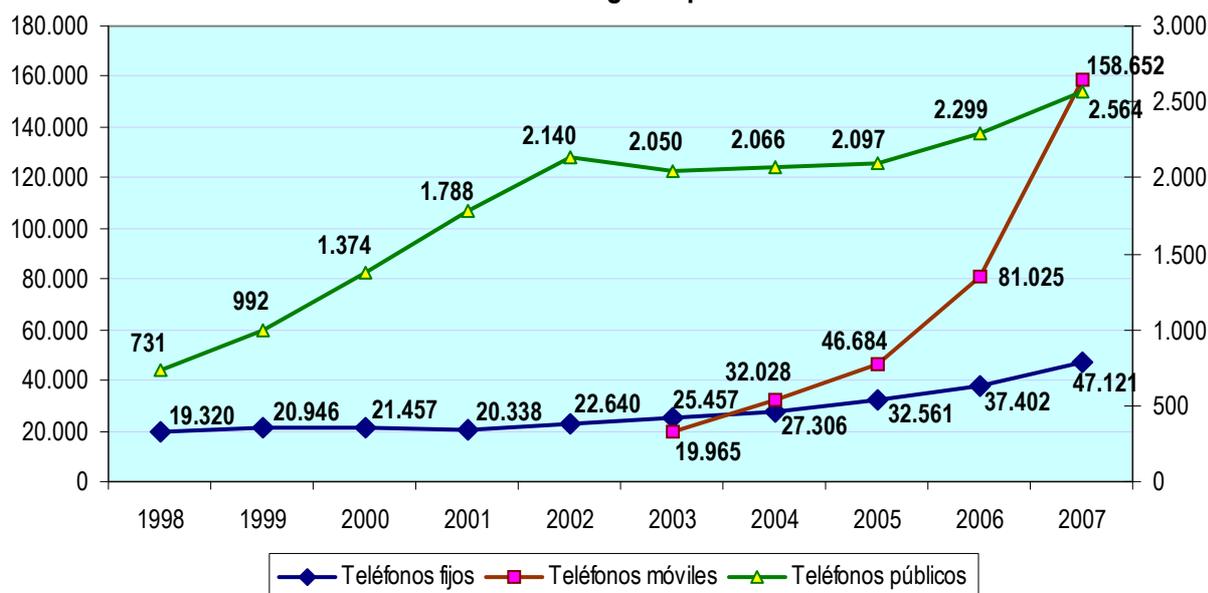
Entre 1993 y 2007 hubo un incremento del 12.8% de las viviendas con alumbrado eléctrico a nivel regional.

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° 1.48.

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° 1.28. Porcentaje de Viviendas con Acceso a Telefonía en la Región Loreto y Provincias. 1993, 2007.

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
<b>Regional</b>	<b>5.5</b>	<b>17.0</b>

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

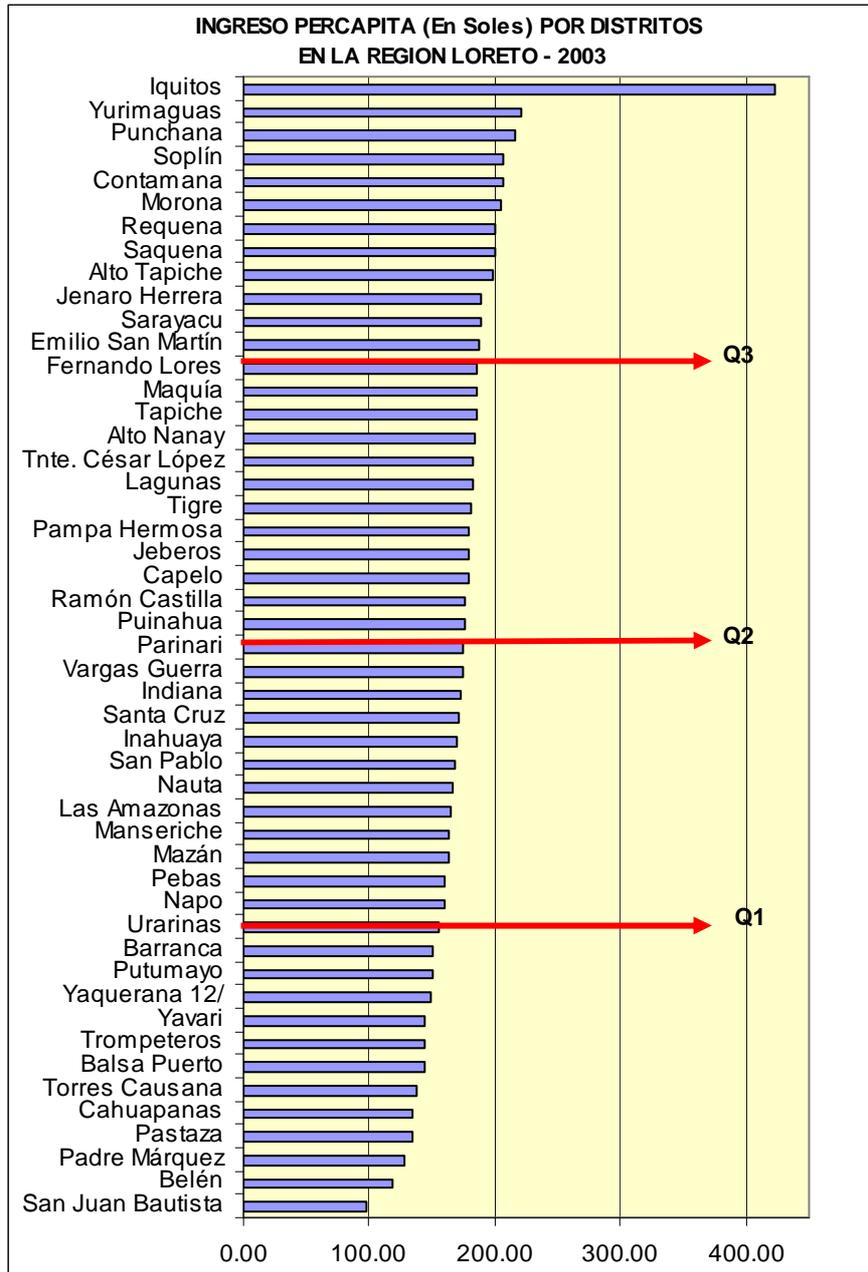
Entre 1993 y 2007 hubo un incremento del 11.5% de viviendas con acceso a telefonía. Este incremento es más importante las provincias de Maynas y Alto Amazonas con 16.0% y 9.8% de incremento respectivamente. También se observa que Loreto y Requena, en 1993 no contaban con telefonía en viviendas, ya en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

### Ingreso Percápita en la Región Loreto.

En el gráfico N° 1.32, en 48 distritos, el ingreso percápita 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 percápita entre 98.00 y 155.00 n.s.). En el Q4 (los de mayores ingresos) abarca a 12 distritos (promedio de ingreso percápita entre 186.00 y 422.00 n.s.).

**Gráfico N° 1.49. Ingreso Percápita Por Distritos en la Región Loreto.**



Fuente: Censos Nacionales.

### 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, Sapuena, Puinahua y Maquía
- 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 Loes.

### Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Es un indicador que trata de representar el adelanto medio del ingreso de un país más allá de las consideraciones económicas, que sólo toman en cuenta los ingresos. Esta metodología utiliza 05 indicadores:

- Esperanza Vida al Nacer,
- Porcentaje de Alfabetismo,
- Matriculación Secundaria,
- Logro Educativo,
- Ingreso Percápita.

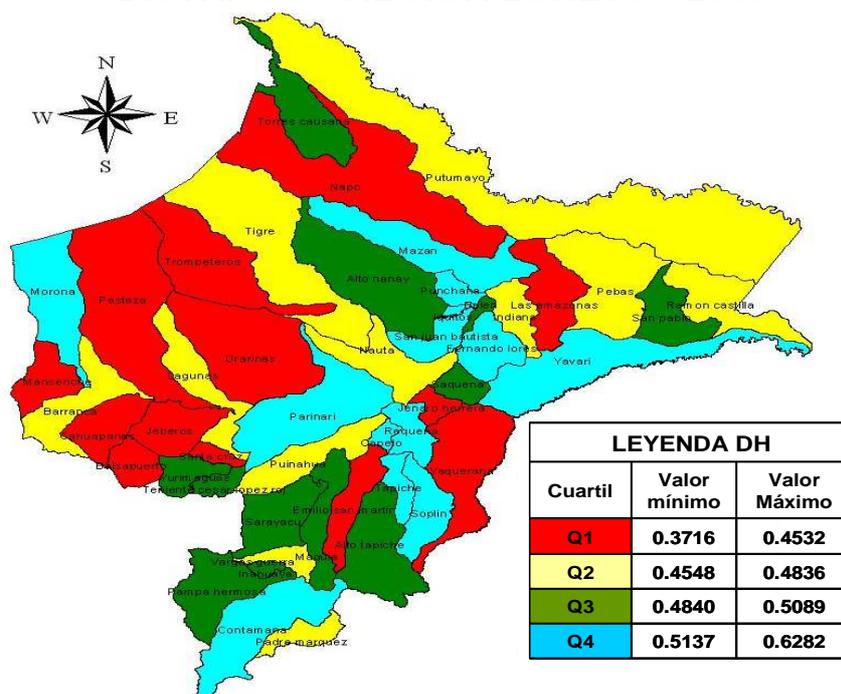
La forma como se clasifica la valoración del IDH es:

- 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.

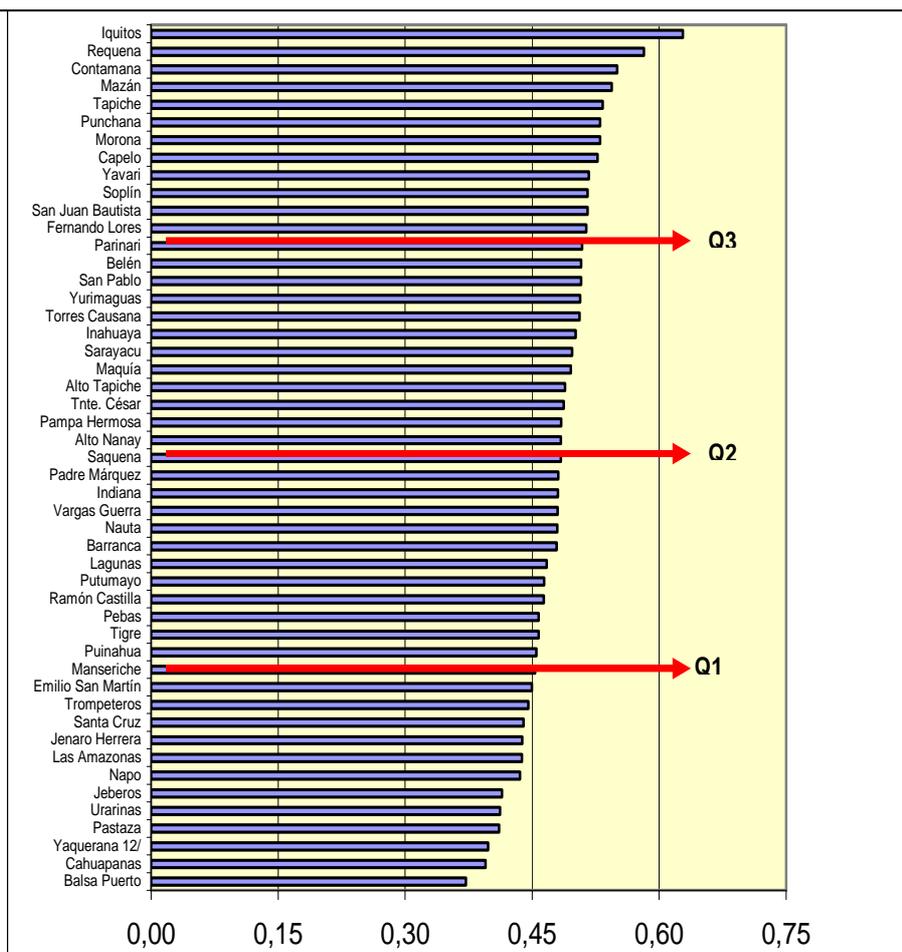
**Gráfico N° 1.50. Índice de Desarrollo Humano en la Región Loreto - 2003**

### INDICE DE DESARROLLO HUMANO POR DISTRITOS - REGION LORETO - 2005



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

**Gráfico N° 1.51. Índice de Desarrollo Humano por Distritos en la Región Loreto.**



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

### 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, Sapucña, 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.

### Situación de la Nutrición.

La desnutrición es un síndrome conocido desde hace muchos años, proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo.

En los estados de desnutrición se produce pérdida de peso, detención del crecimiento estructural y disminución de tejidos blandos en general, así mismo hay alteraciones digestivas y metabólicas.

Este estado generalmente se inicia a partir de los 6 meses cuando el niño empieza su alimentación complementaria, los principales tipos de Desnutrición tenemos:

- Desnutrición Global
- Desnutrición Aguda
- Desnutrición Crónica

### Situación de la Desnutrición en Loreto.

La Desnutrición Crónica en niños menores de 05 años de la región Loreto se encuentra ligeramente por debajo del promedio nacional. Según las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) de los años 2000 y 2005, el promedio nacional de desnutrición crónica fue de 25.4% y 24.1% respectivamente. A nivel regional la Desnutrición Crónica alcanzó el 24% de los niños menores de 05 años, en los años 2004 y 2005, según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN).

La Desnutrición Aguda en niños menores de 05 años en la región Loreto, según el ENDES 2000, fue de 0.9% y el instrumento de Monitoreo de Indicadores de Nutrición (MONIN) reportó una prevalencia del 3% para este mismo período; mientras que en los años 2004 y 2007 la Desnutrición Aguda alcanzó niveles estables, alrededor del 4%, valores por el SIEN.

La Desnutrición Global en niños menores de 05 años en la región Loreto se encuentra por encima del promedio nacional, según el MONIN. El promedio nacional fue de 13.6%, y a nivel regional se tiene la siguiente información: año 2004 fue de 15%, del 2005 al 2007 fue de 17%, según el SIEN.

Tabla Nº 29.

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS, REGIÓN LORETO, AÑOS 2004 – 2007.

TIPOS DE DESNUTRICIÓN	AÑOS			
	2004	2005	2006	2007
CRÓNICA	24	24	26	24
GLOBAL	15	17	17	17
AGUDA	4	4	4	4

Fuente: Reporte del Sistema de Información del Estado Nutricional – DIRESA Loreto

La Desnutrición Aguda se ha mantenido estable del 2004 al 2007. Conocedores de la existencia de Programas de Asistencia Alimentaria, dirigidos a niños menores de 03 años, lo que se consideraría que aún no se tiene resultados de impacto en la población objetivo, posiblemente aunado a deficientes prácticas nutricionales de la población.

En el año 2004, en la región Loreto, 84 establecimientos de salud implementaron el Plan de Intervención

Educativo Comunicacional en Alimentación y Nutrición, para fortalecer las actividades educativas comunicacionales, interpersonales y grupales a través de consejería nutricional y sesiones demostrativas. El público objetivo son los menores de 05 años y madres gestantes. Este plan tuvo un tiempo de duración de 03 años. En el 2007 por falta de presupuesto se han suspendido estas actividades.

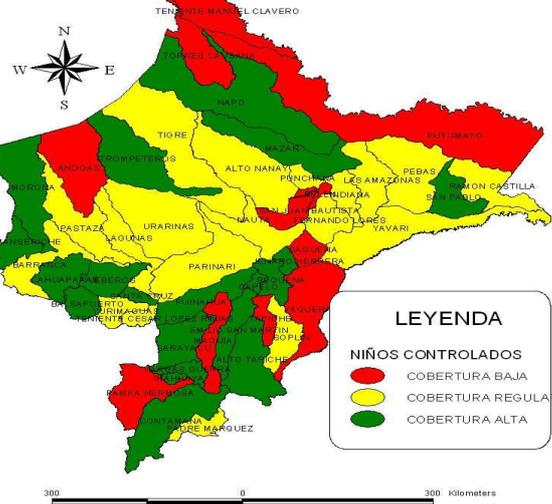
Actualmente se viene fortaleciendo las capacidades humanas del personal de salud conjuntamente con la Dirección de Promoción de la Salud en sesiones demostrativas, priorizando los establecimientos de salud de los 10 distritos más pobres de Loreto focalizados por el programa JUNTOS para contribuir a la reversión de la Desnutrición.

## Crecimiento y Desarrollo.

La Estrategia de Control de Crecimiento y Desarrollo (CREDE) en menores de 01 año, durante el año 2006, ha alcanzado coberturas Adecuadas en 33 distritos (64.71% del total de distritos), Regular en 11 y Bajo en 07 distritos.

**Gráfico N° 52.**

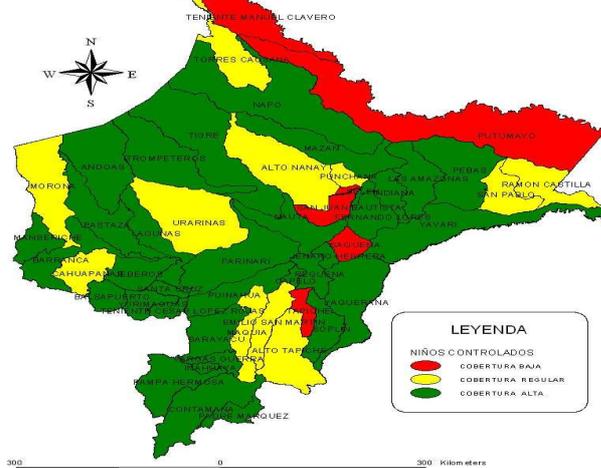
COBERTURA DE NIÑOS CONTRLADOS MENORES DE 1 AÑO REGION LORETO AÑO 2006



Fuente: Estrategia Sanitaria Regional – DIRESA Loreto. Loreto

**Gráfico N° 53.**

COBERTURA DE NIÑOS CONTRLADOS MENORES DE 1 AÑO REGION LORETO AÑO 2007



Fuente: Estrategia Sanitaria Regional – DIRESA Loreto. Loreto

**Gráfico N° 54.**



Fuente: Estrategia Sanitaria Regional – DIRESA Loreto. Loreto

Los distritos que ha presentado coberturas Bajas, se localizan en la frontera con Colombia (El Estrecho y Teniente Manuel Clavero) y algunos distritos de la ciudad de Iquitos, esto por la dificultad de estimar la población objetivo (sobreestimación de la población).

En relación a las coberturas alcanzadas en el año 2006 se observa un incremento de los distritos con coberturas Bajas y Regulares, con la consiguiente disminución de distritos con coberturas Adecuadas, en relación a los hallazgos en años anteriores.

En general la cobertura de controlados se ha incrementado durante los últimos años, principalmente en el grupo de menores de 01 año, donde se alcanza coberturas por encima del 80%. Los demás grupos etáreos han alcanzado coberturas más bajas, siendo el grupo de 05 a 09 años el que menos coberturas ha presentado.

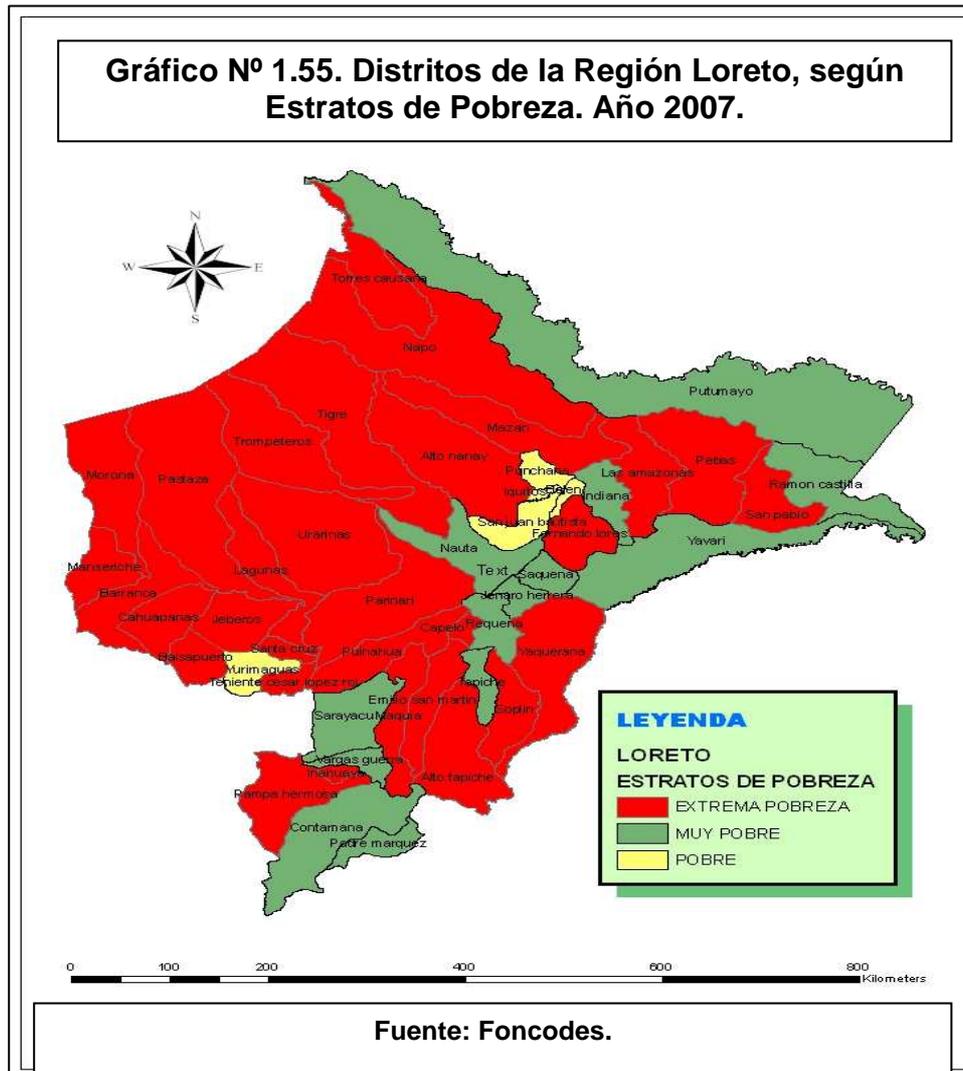
Los distritos ubicados en las zonas de frontera, son los que han presentado menores coberturas, debido a que son zonas de difícil acceso geográfico, presencia de pobreza y pobreza extrema, entre otros factores determinantes.

La cobertura alcanzada en el año 2007, en comparación con el año 2006, es más adecuada, lo que se refleja en el mapa de coberturas por distritos, donde se observa que sólo 04 de ellos han presentado bajas coberturas y la gran mayoría muestra que las coberturas alcanzadas son adecuadas.

Estas coberturas alcanzadas son el resultado de una mejora en la oferta de los servicios de salud, aseguramiento de la población objetivo, sensibilización de la población sobre temas de promoción de la salud y prevención de daños, etc.

En la región Loreto se ha implementado algunos programas sociales, tales como JUNTOS, CRECER, etc. Los que facilitan el acceso a los servicios de salud para labores preventivas y promocionales de los grupos vulnerables.

**Gráfico N° 1.55. Distritos de la Región Loreto, según Estratos de Pobreza. Año 2007.**



### 1.2.6. 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%).

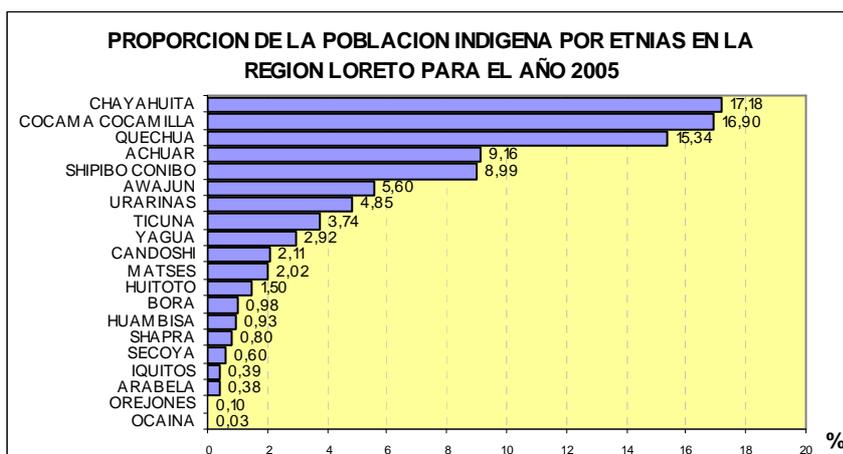
En Loreto existen 689 comunidades nativas y numerosos grupos indígenas. La población indígena estimada representa el 10.8% de la población total de la región Loreto.

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.

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.

**Gráfico 1.56. Población Indígena Estimada para la Región Loreto.**



Fuente: INEÍ Censo Nacional del año 2005.

- 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.

Tabla N° 1.30

PERU : POBLACION CENSADA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS, SEGÚN PUEBLOS ETNICOS

PUEBLOS ETNICOS	POBLACION		
	ABSOLUTOS	%	INDICE DE MASCULINIDAD
TOTAL	239674	100.0	108.8
AGUARUNA	45137	18.8	102.4
CAMPA ASHANINKA	40518	16.9	112.3
LAMAS-CHACHAPOYAS	22513	9.4	113.3
SHIPIBO-CONIBO	20178	8.4	108.8
CHAYAHUITA	13717	5.7	100.4
NO ESPECIFICADO	10927	4.6	122.7
COCAMA-COCAMILLA	10705	4.5	109.9
QUICH.NAPO-PASTAZA-TIG.	10553	4.4	106.6
MACHIGUENGA (MATSIGN)	8679	3.6	104.2
AMUESHA	6980	2.9	116.5
CAMPA NOMATSIGUENGA	5531	2.3	107.5
HUAMBISA	5545	2.3	101.4
ACHUAL	4719	2.0	100.3
CAMPA DEL PICHIS	3918	1.6	112.1
CAMPA PAJONALINO	3823	1.6	106.4
YAGUA	3487	1.4	120.1
CAMPA DEL UCAYALI	2793	1.2	114.5
PIRO (YINE)	2553	1.1	114.5
CADOSHI-MURATO	1916	0.8	105.6
CASHIBO-CACATAIBO	1661	0.7	116.6
TICUNA	1787	0.7	110.7
CAMPA DEL ALTO PERENE	1180	0.5	114.9
HUITOTO-MURUI	1136	0.5	118.0
MAYORUNA-MATSES	1177	0.5	111.3
AMARAKAERI	1000	0.4	128.3
CASHINAHUA	909	0.4	107.1
ESE 'EJJA	600	0.3	107.6
HUITOTO-MENECA	676	0.3	123.8
SECOYA	678	0.3	111.2
BORA	371	0.2	105.0
SHARANAHUA-MARINH.-M.	438	0.2	93.0
URARINA	564	0.2	108.1
AMAHUACA	247	0.1	122.5
ARABELA	302	0.1	130.5
ARASAIRE	122	0.1	154.2
CAMPA CAQUINTE	229	0.1	90.8
CAPANAHUA	267	0.1	111.9
CHAMICURO	126	0.1	110.0
CULINA	300	0.1	93.5
HUACHIPAERI	159	0.1	120.8
KICHWARUNA (SANTARRO)	254	0.1	126.8
OCAINA	188	0.1	108.8
OREJON (MAIJUNA)	288	0.1	114.9
TOYOERI	248	0.1	105.0
YAMINAHUA	324	0.1	125.0
AMAIWERI - KISAMBERI	37		117.6
HUITOTO-MUINAME	105		138.6
JIBARO	52		108.0
PUKIRIERI	57		83.9

FUENTE: INEI-Censos Nacionales de 1993

**Tabla N° 1.31**

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

Departamento Provincia/Distrito	Población Total	Población indígena	Porcentaje de población indígena
<b>LORETO</b>	<b>791173</b>	<b>66459</b>	<b>8.4</b>
<b>A. AMAZONAS</b>	<b>149242</b>	<b>35221</b>	<b>23.6</b>
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.CRUIZ	4515	1142	25.3
TNTE.C.LOPEZ	5622	112	2
<b>LORETO</b>	<b>64317</b>	<b>9583</b>	<b>14.9</b>
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
<b>R. CASTILLA</b>	<b>35546</b>	<b>5296</b>	<b>14.9</b>
R.CASTILLA	15069	3059	20.3
PEVAS	12366	2164	17.5
YAVARI	8111	1160	14.3
<b>MAYNAS</b>	<b>484849</b>	<b>17455</b>	<b>3.6</b>
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
<b>REQUENA</b>	<b>14694</b>	<b>529</b>	<b>3.6</b>
ALTO TAPICHE	1944	208	10.7
EMILIO SAN MARTIN	4921	54	1.1
MAQUIA	7829	1754	22.4
<b>UCAYALI</b>	<b>42525</b>	<b>1318</b>	<b>3.1</b>
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 N° 1.32**  
**DISTRIBUCIÓN ÉTNICA POR DISTRITOS Y PROVINCIAS EN LA REGIÓN**  
**LORETO.**

<b>Etnia</b>	<b>Distrito</b>	<b>Provincia</b>
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	
Achual, Jíbaro, Quichua y Urarina.	Trompeteros	Loreto
Urarina.	Urarinas	
Achual, Quichua.	Tigre	
Cocama Cocamilla.	Nauta	
Cocama Cocamilla.	Parinari	
Orejón y Quichua.	Mazán	Maynas
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, Tiicuna y Yagua.	Putumayo	
Huitoto-meneca y Yagua.	Indiana	
Yagua.	Las Amazonas	
Quichua y Secoya.	Torres Causana	
Ticuna y Yagua.	Ramón Castilla	Ramón Castilla
Ticuna.	Yavarí	
Bora, Huitoto-Meneca, Huitoto-Murui, Ocaína y Yagua.	Pevas	
Capanahua.	Alto tapiche	Requena
Capanahua.	Emilio San Martín	
Cocama Cocamilla.	Maquíá	
Cocama Cocamilla.	Padre Márquez	Ucayali

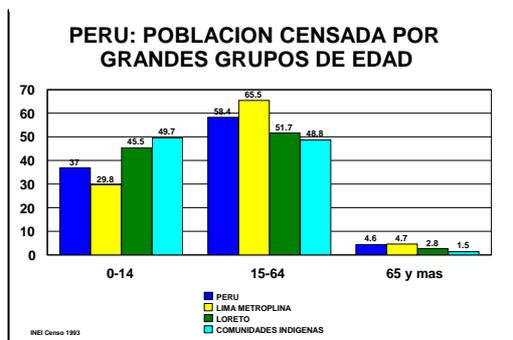
**Fuente: Censo Nacional del año 2005.**

## Estructura de la Población Indígena.

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

- 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.

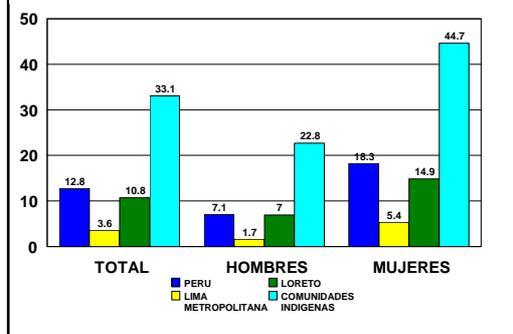
Gráfico N° 1.57.



Algunas excepciones se presentan en los Achuales y Chayahuitas donde el índice de masculinidad es de 100.4.

- El 49% de los habitantes de las comunidades indígenas son menores de 14 años, lo que evidencia el predominio de la población joven, 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.
- 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.

Gráfico N° 1.58. Tasa de Analfabetismo Según Sexo en el Perú y Región Loreto. Año 1993.



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,
- Pertencen 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 Paranapura. En sus inmediaciones el Padre Figueroa fundó el pueblo de Nuestra Señora de Loreto de Paranapura,
- 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) Maquíá (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 esta 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).

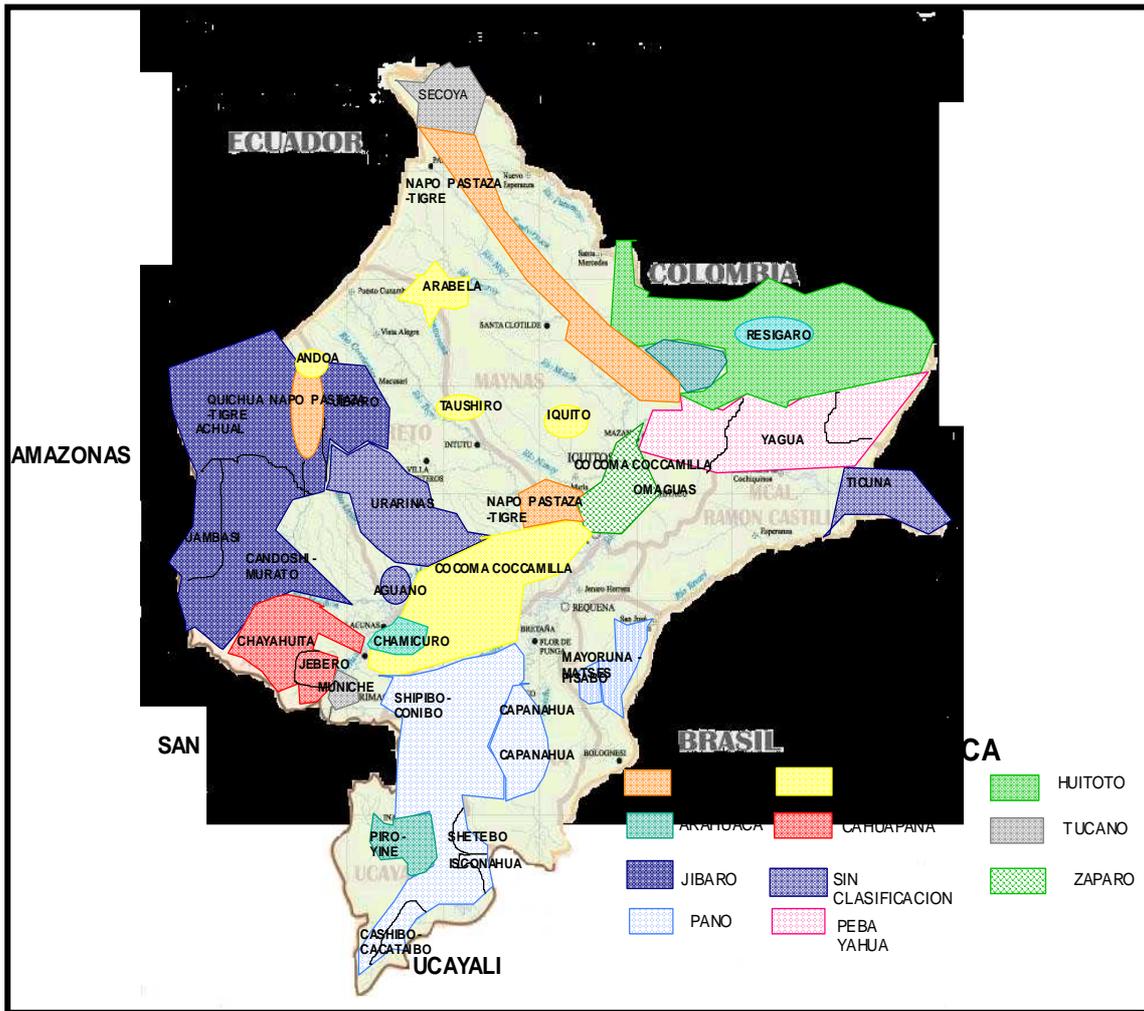
**Aspecto Económico.** La economía de las comunidades nativas, al igual que las poblaciones rurales de la selva, se basa en la extracción de recursos naturales, agricultura, actividades pecuarias y artesanía.

Las características son las siguientes:

- La intensidad y extensión con que se da una u otra actividad esta 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.

**Gráfico No 1.59. Comunidades Según Características Etno - Lingüísticas en la Región Loreto. Año 2005.**



Fuente: Gobierno Regional de Loreto.

## 1.2.7. PRINCIPALES FIESTAS RELIGIOSAS.

### ***Semana Santa.***

**Objetivo:** Recordar la vida, pasión y muerte de nuestro Señor Jesucristo.

**Fecha de celebración:** De acuerdo al calendario religioso.

**Población que moviliza:** Eminentemente familiar, mayormente del área urbana y peri urbana. Esta fecha tiene un carácter nacional y se celebra en las capitales de distrito y de provincia. Además existe movilización turística, debido al feriado largo que se establece.

### ***Mes de María.***

**Objetivo:** Fortalecer el culto a la virgen María, por parte de la población femenina de la ciudad.

**Fecha de celebración:** Mayo.

**Población que moviliza:** Moviliza a la población urbana y peri urbana y tiene como particularidad el hecho de ser un movimiento religioso, con alta presencia femenina.

### ***San Felipe y Santiago.***

**Objetivo:** Celebrar la fiesta del patrón de la ciudad de Nauta.

**Fecha de Celebración:** Del 01 al 05 de abril.

**Carácter:** La fiesta tiene un carácter provincial, con fines religiosos, turísticos, familiares y recreativos.

**Población que moviliza:** Moviliza a toda la población de la provincia y distritos, concentrándose en la ciudad de Nauta.

### ***San Juan Bautista.***

**Objetivo:** Celebrar la fiesta del patrón de la región Loreto.

**Fecha de celebración:** 24 de junio.

**Carácter:** La fiesta tiene un carácter regional e interregional, con fines turísticos, familiares, recreativos y finalmente religiosos.

**Población que moviliza:** Moviliza a toda la población de la región, concentrándose mayormente en el distrito de San Juan Bautista. También moviliza a la población de otras regiones del país, la que vienen con fines turísticos y recreativos propiamente dicho.

### ***San Pedro y San Pablo.***

**Objetivo:** Conmemorar la fiesta de los apóstoles San Pedro y San Pablo.

**Fecha de celebración:** 29 de junio.

**Carácter:** De poca importancia. Tienen un carácter básicamente local en Bellavista Nanay, reducido al gremio de pescadores.

**Población que moviliza:** Población local de Bellavista Nanay.

### ***Virgen de las Nieves.***

**Objetivo:** Celebración de la fiesta de la Patrona de Yurimaguas.

**Fecha de celebración:** Del 05 al 15 de agosto.

**Carácter:** Tiene un carácter interprovincial y se extiende hasta la ciudad de Tarapoto en la región San Martín.

**Población que moviliza:** Moviliza población local e interprovincial.

### ***Santa Rosa de Lima.***

**Objetivo:** Celebración de la fiesta de la patrona de las Américas.

**Fecha de celebración:** 30 de agosto.

**Carácter:** Local e institucional, porque además se celebra el día de la enfermera y del cartero.

**Población que moviliza:** Moviliza población local, específicamente de personas relacionadas con las instituciones antes mencionadas.

### ***San Francisco de Asís.***

**Objetivo:** Celebración de la fiesta del patrón de las provincias de Requena y Contamana.

**Fecha de celebración:** 04 de octubre.

**Carácter:** Local e institucional.

**Población que moviliza:** Población local y provincial y tiene un aspecto popular más religioso que social.

### ***Señor de los Milagros.***

**Objetivo:** Celebrar la fiesta del Señor de los Milagros.

**Fecha de celebración:** Última semana de octubre.

**Carácter:** Tiene un carácter local y moviliza a casi todas las familias que practican la religión católica, de manera ordenada.

**Población que moviliza:** Predominio local.

### ***Día de todos los Muertos.***

**Objetivo:** Rendir culto a los espíritus de los seres queridos.

**Fecha de celebración:** 01 y 02 de noviembre.

**Carácter:** Tiene un carácter familiar y colectivo, eminentemente religioso y de respeto a las almas de los muertos.

**Población que moviliza:** Predomina la movilización de la población urbana, mayormente se concentra en los cementerios, para rendir culto a los muertos.

### ***San Martín de Porras.***

**Objetivo:** Celebración de las fiestas de San Martín de Porras.

**Fecha de celebración:** 04 de noviembre.

**Carácter:** Local, básicamente de familias con profundo fervor religioso, o que deben un favor en forma de milagro.

**Población que moviliza:** Moviliza población urbana y peri urbana.

### ***La Purísima.***

**Objetivo:** Celebrar las fiestas de la patrona del distrito de Punchana.

**Fecha de celebración:** 08 de diciembre.

**Carácter:** Tiene un carácter urbano regional. Es considerada una fiesta de importancia menor a la fiesta de San Juan.

**Población que moviliza:** Moviliza población urbano regional, específicamente de la ciudad de Iquitos.

### ***Navidad.***

**Objetivo:** Recordar y celebrar el nacimiento del hijo de Dios.

**Fecha de celebración:** del 23 al 25 de diciembre.

**Carácter:** Universal.

**Población que moviliza:** Moviliza población inter e intra regional.

### ***Año Nuevo.***

**Objetivo:** Celebrar el advenimiento de un nuevo año.

**Fecha de celebración:** 31 de diciembre y 1º enero.

**Carácter:** Universal.

**Población que moviliza:** Moviliza población inter e intra regional. Genera un fuerte consumo de diferentes productos, entre ellos el de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas, diversiones, etc. Es la fiesta que produce más accidentes de tránsito, urgencias y emergencias, sobre todo en las grandes ciudades de nuestra región.

#### **1.2.8. EVENTOS SOCIALES.**

**Aniversario de la creación de Iquitos como Puerto Fluvial:** Este evento se realiza el 04 de enero y moviliza a la población urbana regional. Se considera día festivo de la ciudad. Este evento es mayormente de carácter institucional.

**Aniversario de la provincia Alto Amazonas:** El 07 de febrero se celebra el aniversario de creación de la provincia Alto Amazonas. Esta fiesta tiene un carácter inter institucional y local, que genera mayormente actividades de carácter cívico.

**Aniversario de la provincia Ramón Castilla:** El 18 de octubre se celebra el aniversario de creación de la provincia Ramón Castilla. Esta fiesta tiene un carácter inter institucional y local, que genera mayormente actividades de carácter cívico.

**Aniversario de la provincia Requena:** El 26 de agosto se celebra el aniversario de creación de la provincia Requena. Esta fiesta tiene un carácter inter institucional y local, que genera mayormente actividades de carácter cívico.

**Aniversario de la provincia Nauta.** El 30 de abril se celebra el aniversario de creación de la provincia Nauta. Esta fiesta tiene un carácter inter institucional y local, que genera mayormente actividades de carácter cívico.

**Carnaval Loretano:** Fiesta del pueblo, muy difundida en todo el mundo. En la ciudad de Iquitos existe una práctica muy peligrosa del carnaval, pues la presencia de motos lineales y motocarro ha ocasionado heridos y fallecidos, debido a la inestabilidad de estos vehículos.

**Visita de los cadetes de la Marina de Guerra en Contamana:** Este evento se realiza en febrero y es bien acogida por la población de Contamana.

**Semana turística de Nauta:** Del 12 al 16 de agosto, se caracteriza por promover los aspectos económicos, sociales y culturales de la ciudad de Nauta. Tiene un carácter institucional y la población que moviliza es básicamente urbana, de la misma provincia.

### 1.3. RESPUESTA SOCIAL.

#### 1.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA RESPUESTA SOCIAL.

En el año 2007 la infraestructura sanitaria de la Dirección Regional de Salud Loreto como Unidad Ejecutora lo conforman 341 establecimientos de salud, de los cuales 322 están categorizados y 19 por categorizar, distribuidos en 07 provincias (Maynas, Loreto, Mariscal Ramón Castilla, Requena, Ucayali, Alto Amazonas y Datem del Marañón), los mismos que se detallan en el cuadro siguiente:

**Tabla Nº 1.33. Infraestructura: Establecimientos de Salud según Nivel de Categoría en la Región Loreto. Año 2007.**

PROVINCIA	REDES	MICRO REDES	HOSPI TALES	C.S I-4	C.S. I-3	P.S. I-2	P.S. I-1	TOTAL ESTABLECIMIENTOS
MAYNAS	2	9	2	2	17	13	81	115
LORETO	1	5	0	1	4	1	21	27
RAMÓN CASTILLA	1	4	0	1	3	1	16	21
REQUENA	1	5	0	1	4	2	27	34
UCAYALI	1	3	0	1	5	1	27	34
ALTO AMAZONAS	1	6	1	0	6	2	53	62
DATEM DEL MARAÑÓN	1	4	0	1	2	6	39	48
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>264</b>	<b>341</b>

Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto.

En el cuadro anterior se aprecia que el 99.12% de total de establecimientos de la DIRESA Loreto corresponden al primer nivel de atención, de los cuales son Centros de Salud (14.20%) y Puestos de Salud (85.80%). Cabe resaltar que el 77.42% del total de establecimientos categorizados son Puestos de Salud Tipo I-1, los que poseen sólo personal técnico y se encuentran localizados, predominantemente en las zonas rurales de la región. La infraestructura sanitaria de la DIRESA Loreto se ha incrementado a través de los años de 252 a 341. Con la finalidad de mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, se están recategorizando Puestos a Centros de Salud, para reforzarlos con recursos humanos, equipamiento y capacitación.

#### 1.3.2. INFRAESTRUCTURA FÍSICA.

**Tabla Nº 34. Infraestructura: Establecimientos de Salud según nivel de Categoría en la Región Loreto. Años 1994 al 2007.**

NIVELES DE ATENCIÓN		AÑOS							
		1994	1998	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PRIMER NIVEL	PS I-1	233	244	241	248	250	252	248	264
	PS I-2	0	11	22	22	23	23	25	26
	CS I-3	16	45	25	25	25	25	39	41
	CS I-4	0	0	26	26	26	25	7	7
SEGUNDO NIVEL	Hospital Apoyo II-1 y II-2	2	2	2	2	2	2	2	2
TERCER NIVEL	Hospital Regional III-1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>252</b>	<b>303</b>	<b>317</b>	<b>324</b>	<b>327</b>	<b>328</b>	<b>322</b>	<b>341</b>

Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto

Tabla N° 1.35. Infraestructura Sanitaria de otros Efectores de Salud en la Región Loreto. Año 2007.

NIVELES DE ATENCIÓN	ESSALUD	FF-AA	PRIVADO	TOTAL
C.S. I-4	4	1	0	5
C.S. I-3	0	1	0	1
P.S. I-2	0	12	0	12
CLÍNICAS	0	0	4	4
HOSPITALES	2	2	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>28</b>

Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto

### 1.3.3. DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Tabla N° 1.36. Recursos Humanos en Loreto. Años 1994 al 2007.

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

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 N° 1.37. Tipo de Personal según Efectores de Salud en la Región Loreto. Año 2007.

EFECTORES	GRUPO OCUPACIONAL							TOTAL
	MÉDICO	ENFERMERA	OBSTETRIZ	ODONTOLOGOS	TÉCNICOS Y AUXILIARES	OTROS (Q.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
<b>TOTAL</b>	<b>466</b>	<b>323</b>	<b>196</b>	<b>82</b>	<b>1529</b>	<b>116</b>	<b>557</b>	<b>3269</b>
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

Tabla N° 1.38. Distribución de Personal del Sector Salud, según Provincias en la Región Loreto. Año

RECURSOS HUMANOS	PROVINCIAS							TOTAL
	MAYNAS	LORETO	REQUENA	RAMÓN CASTILLA	UCAYALI	ALTO AMAZONAS	DATEM DEL MARAÑÓN	
Médicos	300	24	18	18	16	60	30	466
Enfermeras	206	21	18	16	15	32	15	323
Obstetrices	86	12	14	15	10	26	4	167
Odontólogos	45	7	3	3	1	11	3	73
Químicos	19	0	0	0	1	7	0	27
Farmacéuticos								
Otros Profesionales	87	6	1	1	1	16	6	118
Profesionales Administrativos	102	0	0	0	0	14	0	116
Técnicos Administrativos	177	3	5	8	2	66	0	261
Técnicos Asistenciales	557	79	73	83	87	192	64	1135
Auxiliares Administrativos	57	0	0	1	0	26	1	85
Auxiliares Asistenciales	232	5	14	22	13	71	28	385

Fuente: Dirección de Servicios de Salud – DIRESA Loreto.

En ha realizado la categorización de establecimientos denominados “Otros Efectores de Salud” dentro de la jurisdicción de la DIRESA Loreto, empadronándose a 28 establecimientos de los cuales 06 pertenecen a EsSalud, 16 a Sanidad de las Fuerzas Armadas y 06 establecimientos privados (clínicas).

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 obstetrices 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.

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

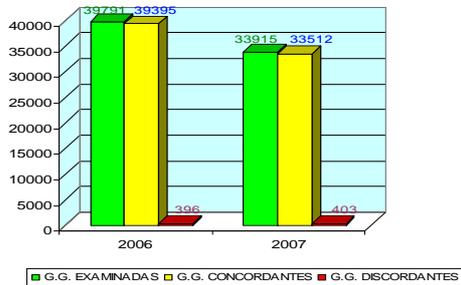
La región Loreto cuenta con 3156 trabajadores de salud, incluyendo a todos los efectores, de las cuales el 59.19% se ubican en la provincia de Maynas, el 16.51% en Alto Amazonas, 5.29% en Mariscal Ramón Castilla, 4.97 en Loreto, 4.78% en Datem del Marañón, 4.63% en Requena y 4.63% en Ucayali.

Se correlaciona la proporción poblacional con la proporción de trabajadores de salud a nivel de provincias

## Laboratorio de Salud Pública. Malaria.

Gráfico N° 60.

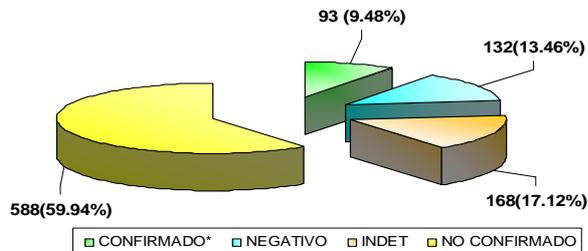
CONTROL CALIDAD GOTAS GRUESAS MALARIA 2006-2007 UNIDAD DE MALARIA LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DE LORETO



Fuente: Laboratorio de Salud Pública – DIRESA Loreto. Loreto

Gráfico N° 61.

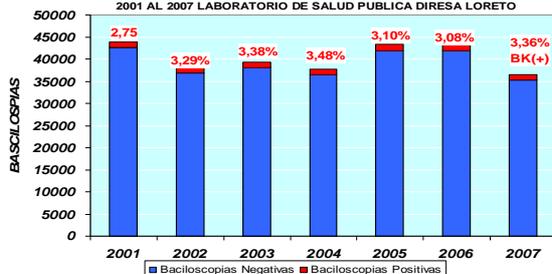
RESULTADOS MUESTRAS DE DENGUE LABORATORIO DE SALUD PUBLICA 2007 DIRESA LORETO



Fuente: Laboratorio de Salud Pública – DIRESA Loreto. Loreto

Gráfico N° 62.

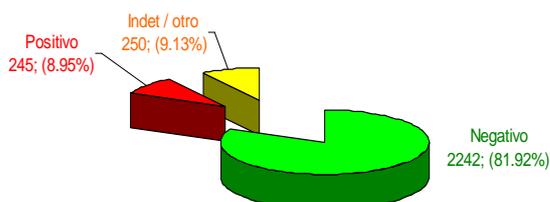
BACILOSCOPIAS TB DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD REGION LORETO 2001 AL 2007 LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DIRESA LORETO



Fuente: Laboratorio de Salud Pública – DIRESA Loreto. Loreto

Gráfico N° 63.

CULTIVOS TBC 2007 LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DE LORETO



Fuente: Laboratorio de Salud Pública – DIRESA Loreto. Loreto

En el año 2007, en la región Loreto, se tuvieron 105 laboratorios, de los cuales el 57% (60 laboratorios) han reportado láminas de Gota Gruesa (G.G) para el diagnóstico de malaria.

Se han reportado 33915 láminas de G.G, todas han sido examinadas en nuestro laboratorio (control de calidad). La discordancia alcanzó el 1.19%, valor permisible por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas.

## Dengue.

De las 981 muestras de suero procedentes de los establecimientos de salud de la región Loreto, 93 muestras (9.48%) se confirmaron para Dengue, 168 (17.12%) fueron indeterminados, 132 (13.46%) negativos y 588 (59.94%) no se procesaron por no contar con muestra de suero convalescente.

## Tuberculosis.

En el año 2007 se han reportado 36,524 exámenes de baciloscopías realizados en establecimientos de salud de la región Loreto, de los cuales el 3,36% fueron positivos.

El valor promedio anual de baciloscopías positivas es de 3,18% (años 2001 - 2007). El promedio anual de baciloscopías es de 40,302 exámenes.

En el año 2007 se han remitido 2737 muestras para cultivo del Mycobacterium Tuberculoso: 8.92% fueron positivos para TBC, 81.05% negativas y en 9.13% se observaron desarrollo de hongos, hidrólisis y otros factores (resultado indeterminado).

## Hongos.

De las muestras procesadas en nuestro Laboratorio, el 44% (26 muestras) fueron positivas al examen directo con KOH. Estas muestras sometidas a cultivo, 08 fueron positivas: 04 al género *Tricophytum*, 03 a *Aspergillus* y 01 a *Ptiriasis*.

## Leishmaniosis.

De las 101 muestras para Leishmaniasis procesadas, 21 muestras fueron diagnosticadas con método directo y 01 muestra requirió de Inmuno Fluorescencia Indirecta. El resto fueron negativas para ambas pruebas de diagnóstico.

## Salud Bucal.

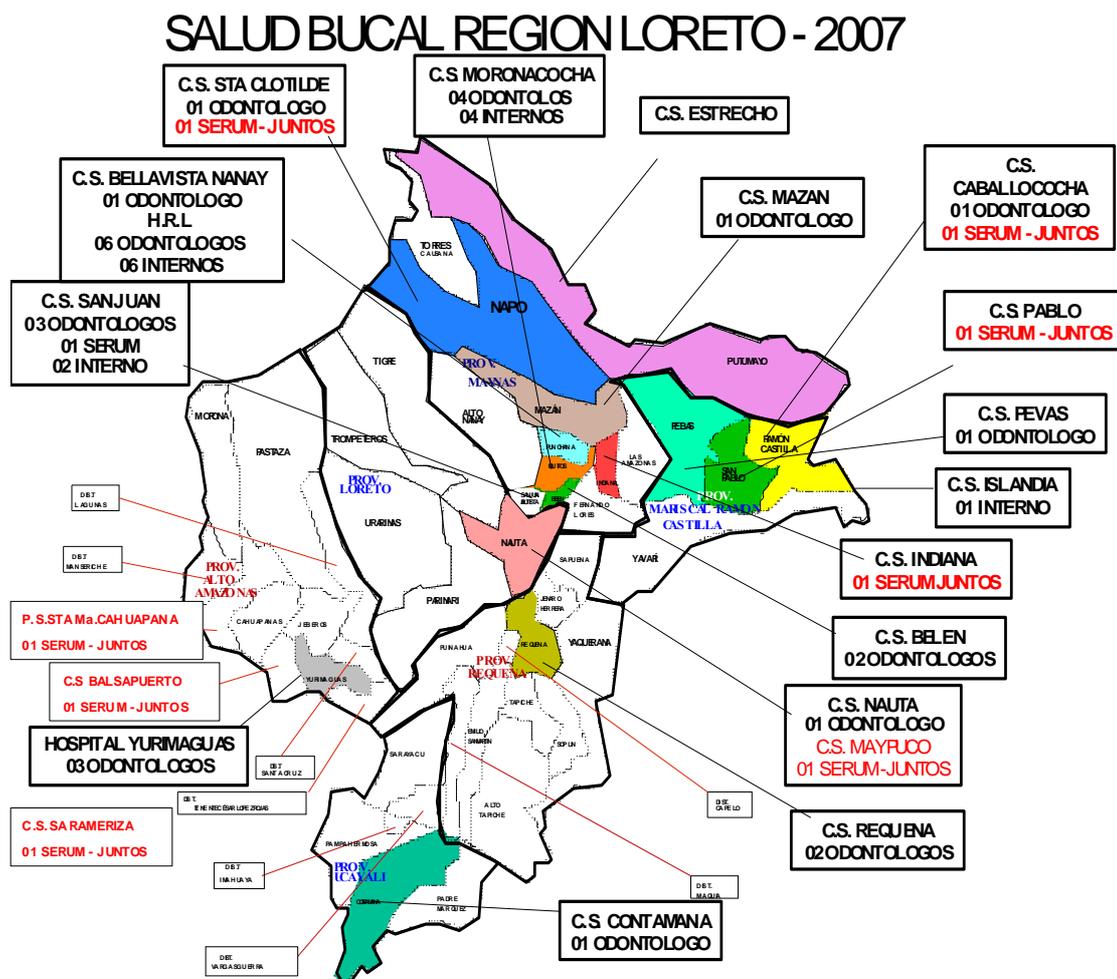
En la región Loreto, en el año 2006 se contaba en total con 32 odontólogos: 18 en establecimientos de salud del primer nivel de atención, 06 en el Hospital Regional, 05 en el Hospital Apoyo Iquitos y 03 en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

En el año 2007 se contaba con 49 odontólogos: 22 profesionales, 07 serumistas y 06 internos.

En cuanto a la infraestructura se cuenta con 22 establecimientos implementados con equipos y materiales para el servicio de odontología y 03 hospitales. En total sólo el 8% de los establecimientos de salud cuentan con este servicio. Un gran número de estos consultorios tiene un equipamiento básico y obsoleto no acorde al nivel de complejidad del establecimiento al que pertenecen, ni a las necesidades de la demanda que atiende.

Otro problema importante en esta estrategia es la falta de insumos y materiales para las actividades de prevención (enjuagatorios, topicaciones, etc.), a esto se añade la escasa motivación del personal profesional para realizar las actividades correspondientes.

**Gráfico N° 64. Mapa de Ubicación de Profesionales Odontólogos en Establecimientos de Salud de la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Estrategia Sanitaria Salud Bucal – DIRESA Loreto.

## Gestión de la Calidad en Salud.

La DIRESA Loreto ha implementado acciones a favor de la calidad, concentrando

Tabla Nº 39. Número de Auditorías Reportadas por Hospitales en la Región Loreto. Años 2006 y 2007.

Hospitales	Auditoría de Caso		Auditoría de la Calidad de Registros Asistenciales		Total
	2006	2007	2006	2007	
César Garayar García	0	3	0	2	5
Felipe Santiago Arriola Iglesias	19	13	2	6	40
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>45</b>

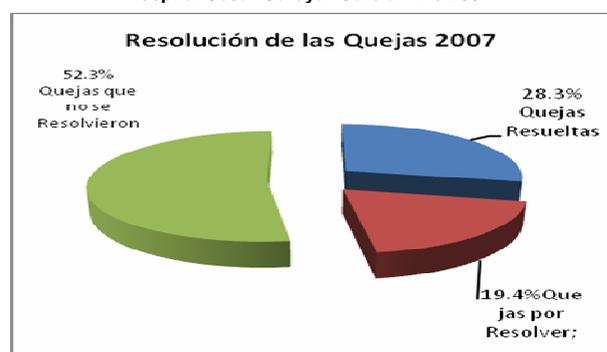
Fuente: Dirección de Gestión de la Calidad – DIRESA

Tabla Nº 40. Encuesta de Satisfacción del Usuario Interno del Hospital César Garayar García. Años 2005 – 2007.

AÑO	APRECIACIÓN	
	Interrelación con Compañeros de trabajo	Ambiente de trabajo
2005	25.7	9.1
2006	27.3	19.1
2007	35.9	29.4

Fuente: Dirección de Gestión de la Calidad – DIRESA.

Gráfico Nº 65. Evaluación de Quejas del Usuario Externo en el Hospital César Garayar García. Año 2007.



Fuente: Dirección de Gestión de la Calidad – DIRESA Loreto.

establecimientos de primer nivel de atención destaca la implementación de los buzones de sugerencia y en los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención los consultorios de escucha al usuario.

**Mejoramiento Continuo de la Calidad.** Los planes de mejora continua se inician en el año 2005, los que responden a la necesidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de Admisión y Triage, Disminución del tiempo de espera, Mejora en la atención del usuario con ITS, VIH/SIDA, TBC, EDA y Materno perinatal, entre otras.

**Seguridad del Paciente.** Se viene implementando desde el año 2007, en los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención de la región, de tal forma que los hospitales cuentan con planes de seguridad del paciente, que involucra las buenas prácticas de atención para la seguridad del paciente y gestión de riesgos.

inicialmente sus actividades en procesos de sensibilización y capacitación para fortalecer el monitoreo en servicio con un enfoque transversal. A partir del año 2006 se amplían los procesos utilizando estrategias básicas de intervención, coordinando con los establecimientos de salud prestadores de servicios públicos y privados de primer, segundo y tercer nivel de atención. Se trabajó en las siguientes áreas: Auditoría de Calidad de Atención en Salud, medición de Satisfacción del Usuario, Autoevaluación, Acreditación, Mejoramiento Continuo de la Calidad, Trabajo en Equipo y Seguridad del Paciente.

Desde el año 2006, los hospitales reportan auditorías, destacando las auditorías de caso.

**Acreditación.** Los establecimientos de salud han aplicado los estándares de acreditación, bajo la forma de autoevaluación, sin resultados óptimos, esto debido a múltiples factores determinantes, tales como: Deficiente cultura organizacional, grandes brechas de insatisfacción (usuario externo e interno), deficiente infraestructura e implementación de los servicios de atención, entre otros. Pero esta realidad ha permitido que se identifiquen prioridades para la toma de decisiones.

En la encuesta de satisfacción del Usuario Interno del hospital César Garayar García, los resultados han conducido a la implementación el proyecto: “Mejoramiento de la cultura organizacional y clima laboral”.

**Sistema de Escucha al Usuario.** En los

## Daños y eventos ocurridos en la Región Loreto.

Tabla N° 41. Emergencias y Desastres ocurridos en la Región Loreto. Año 2007.

TIPO DE EVENTO	NUMERO DE EVENTOS	VIVIENDAS AFECTADAS	PERSONAS DAMNIFICADAS	HERIDOS	FALLECIDOS
INCENDIO URBANO	12	216	275	21	0
LLUVIAS CON VIENTOS FUERTES	11	398	2361	2	0
MANIFESTACIÓN PÚBLICA	3	0	165,500	3	0
INUNDACIONES	11	3110	15723	0	0
CONTAMINACIÓN DE AGUA	1	70	350	0	0
ATAQUE DE ABEJAS	1	0	71	70	1
DESIZAMIENTO DE TIERRAS	1	660	2149	0	0
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	1	0	6	6	0
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>4454</b>	<b>186435</b>	<b>102</b>	<b>1</b>

Fuente: CPCED DIRESA – Loreto.

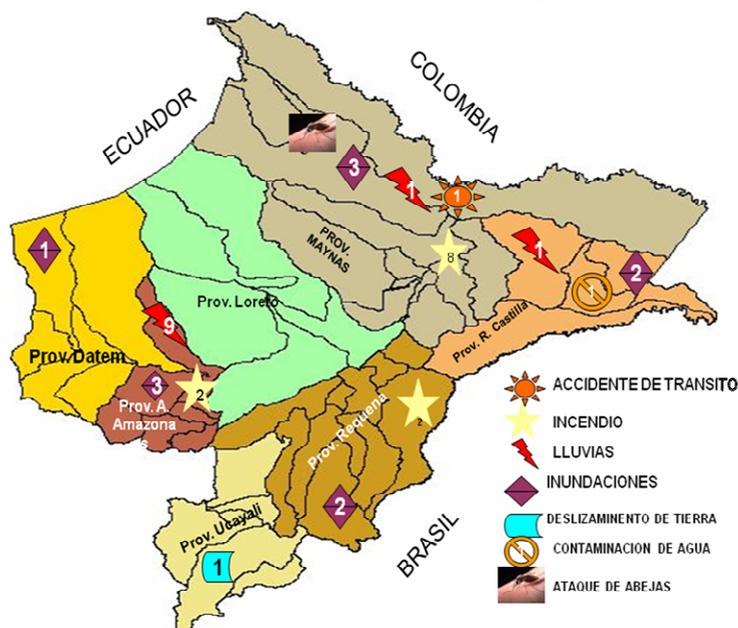
El cuadro anterior nos muestra los eventos de origen natural y antrópico ocurridos en el año 2007 en la región Loreto. Se observa que los incendios son los eventos de mayor presentación, con 12 episodios (29%) y las lluvias con vientos de gran intensidad con 11 episodios (27%). Los demás eventos como: manifestación pública, inundaciones, contaminación de agua, deslizamiento de tierras y accidentes de tránsito se reportaron en menor proporción (2.4% cada uno).

En la región Loreto existen factores determinantes para la presentación de estos eventos: clima calido y lluvioso, viviendas de material rustico (altamente inflamable), hacinamiento, informalidad, extrema pobreza, cocina a leña, etc.

Otro evento importante son las inundaciones y deslizamientos de tierras, debido a la frecuencia de las lluvias (época de invierno) y el aumento del caudal de los ríos.

Gráfico N° 66.

N° DE EMERGENCIA Y DE SASTRES NOTIFICADOS POR PROVINCIAS – DIRESA LORETO - 2007



Fuente: CPCED DIRESA – Loreto.

### 1.3.4. MEDICAMENTOS.

La disponibilidad de medicamentos se mide en función a la evaluación del stock de los medicamentos trazadores, 26 para Centros de Salud y 16 para Puestos de Salud, teniendo como referencia que se cuente con un stock mínimo de un mes.

$$\% \text{ Disponibilidad} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos con stock} \geq 1 \text{ mes}}{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos trazadores}} \times 100$$

**Gráfico N° 1.67. Disponibilidad de Medicamentos Trazadores Según Microrredes en la Región Loreto. Año 2007.**

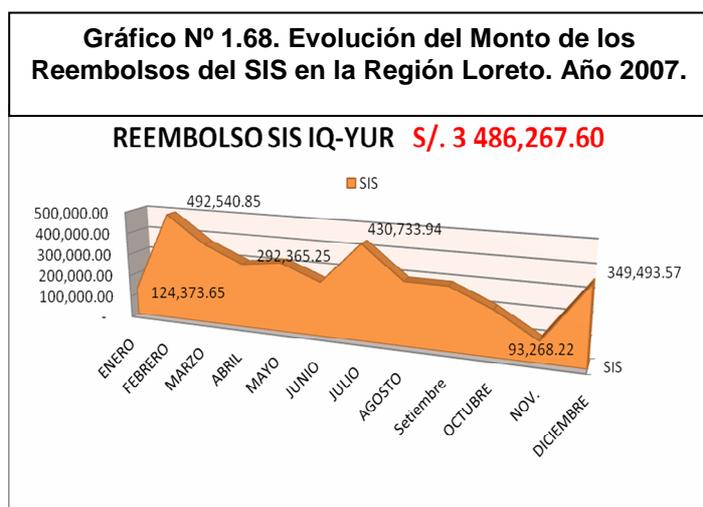


Fuente: Dirección de Medicamentos – DIRESA Loreto.

Por lo general, los mayores porcentajes de disponibilidad de medicamentos se encuentran en microrredes de la ciudad de Iquitos, mientras que los más bajos se encuentran en microrredes periféricas (menor al 80% de disponibilidad), lo que muestra que el acceso geográfico es importante para la disponibilidad de medicamentos en las microrredes de la región.

### BALANCE FINANCIERO.

El sistema de suministro de medicamentos se sostiene en base a tres fuentes de financiamiento: Venta de medicamentos, Reembolso del Seguro Integral de Salud y Remesa de los medicamentos de soporte. Siendo el reembolso del SIS la principal fuente de el financiamiento para el fondo rotatorio del SISMED.



El gráfico muestra los reembolsos efectuados por el SIS durante el año 2007, observándose variaciones importantes, lo que se debe a diferencias en las atenciones efectuadas por los diferentes servicios de salud. En febrero del 2007 se tuvo la mayor cantidad de reembolso y noviembre la menor cantidad.

Fuente: Dirección de Medicamentos – DIRESA Loreto.

**Tabla N° 1.42. Distribución de los Gastos Administrativos y Ejecución de los mismos según Meses en la DIRESA Loreto. Año 2007.**

MESES	10 % SISMED	GAST. ADMIST.
ENERO	18,718.05	1,854.32
FEBRERO	55,448.78	21,875.93
MARZO	43,538.24	26,717.90
ABRIL	35,788.34	29,988.80
MAYO	38,279.37	39,296.75
JUNIO	29,523.48	28,255.29
JULIO	48,306.47	34,123.98
AGOSTO	34,923.00	46,125.41
SEPTIEMBRE	32,932.59	37,404.79
OCTUBRE	20,592.98	48,234.98
NOVIEMBRE	9,465.39	27,909.82
DICIEMBRE	38,449.36	45,501.33
<b>TOTAL</b>	<b>405,966.05</b>	<b>387,289.30</b>
<b>SALDO</b>	<b>18,676.75</b>	

Fuente: Dirección de Medicamentos – DIRESA Loreto.

En la Tabla adjunta se observa que la captación para los gastos administrativos por la DIRESA Loreto, asciende a 405966.05 n.s. y la ejecución de los mismos es de 387289.30 n.s, representando el 95.40% de ejecución durante todo el año.

Esta disponibilidad de los fondos permite el funcionamiento operativo del sistema de provisión de medicamentos e insumos médicos a los establecimientos de la región Loreto.

El saldo final asegura el financiamiento de los gastos, entre ellos el pago del personal de esta Dirección (partida 27), en los primeros meses del siguiente año.

## 2. ANALISIS DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD.

### 2.1. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD.

#### 2.1.1. MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA.

**Tabla Nº 2.1. 10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa.  
Etapa de Vida Niño. Loreto. 2007.**

Nº	CASOS	Masculino		Femenino		TOTAL	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	J00X Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	47,799	11.7	46,063	11.3	93,862	11.5
2	J209 Bronquitis Aguda, no Especificada	36,410	8.9	37,585	9.2	73,995	9.1
3	R5091 Febil Sospechoso de Malaria	25,327	6.2	26,504	6.5	51,831	6.4
4	B779 Ascariasis, no Especificada	23,090	5.7	22,471	5.5	45,561	5.6
5	J029 Faringitis Aguda, no Especificada	21,180	5.2	19,825	4.9	41,005	5.0
6	J039 Amigdalitis Aguda, no Especificada	19,764	4.8	19,691	4.8	39,455	4.8
7	R509 Fiebre, no Especificada	12,698	3.1	13,658	3.4	26,356	3.2
8	L080 Pioderma	12,200	3.0	12,292	3.0	24,492	3.0
9	D509 Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificar	12,263	3.0	10,944	2.7	23,207	2.9
10	B829 Parasitosis Intestinal, sin otra Especificación	11,400	2.8	10,780	2.7	22,180	2.7
<b>Sub – Total</b>		<b>222,131</b>	<b>54.5</b>	<b>219,813</b>	<b>54.1</b>	<b>441,944</b>	<b>54.3</b>
<b>Las Demás Causas</b>		<b>185,622</b>	<b>45.5</b>	<b>186,699</b>	<b>45.9</b>	<b>372,321</b>	<b>45.7</b>
<b>Total General</b>		<b>407,753</b>	<b>100.0</b>	<b>406,512</b>	<b>100.0</b>	<b>814,265</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

En la etapa de vida Niño (0 a 9 años) las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's) se encuentran entre las principales causas de consulta externa, siendo la Rinofaringitis y la Bronquitis Aguda las dos primeras causas de consulta externa en los establecimientos de salud. En tercer lugar se encuentran los febriles sospechosos de Malaria. Otras causas de consulta externa frecuentes en esta etapa de vida son las parasitosis. En general, estas 10 primeras causas de consulta externa representan el 54.3% de todas las causas.

**Tabla Nº 2.2. 10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa.  
Etapa de Vida Adolescente. Loreto. 2007.**

Nº	CASOS	Masculino		Femenino		TOTAL	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	R5091 Febil Sospechoso de Malaria	16,447	10.3	16,338	12.6	32,785	11.3
2	J00X Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	8,843	5.5	6,541	5.0	15,384	5.3
3	B779 Ascariasis, no Especificada	7,700	4.8	6,561	5.0	14,261	4.9
4	J039 Amigdalitis Aguda, no Especificada	7,324	4.6	5,972	4.6	13,296	4.6
5	B519 Malaria por P. Vivax sin Complicaciones	4,981	3.1	6,542	5.0	11,523	4.0
6	N390 Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificado	7,466	4.7	3,348	2.6	10,814	3.7
7	J029 Faringitis Aguda, no Especificada	5,686	3.6	4,506	3.5	10,192	3.5
8	D509 Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificación	5,999	3.8	4,014	3.1	10,013	3.5
9	R509 Fiebre, no Especificada	4,856	3.0	4,576	3.5	9,432	3.3
10	R51X Cefalea	4,456	2.8	2,911	2.2	7,367	2.5
<b>Sub – Total</b>		<b>73,758</b>	<b>46.2</b>	<b>61,309</b>	<b>47.2</b>	<b>135,067</b>	<b>46.6</b>
<b>Las Demás Causas</b>		<b>85,839</b>	<b>53.8</b>	<b>68,666</b>	<b>52.8</b>	<b>154,505</b>	<b>53.4</b>
<b>Total General</b>		<b>159,597</b>	<b>100.0</b>	<b>129,975</b>	<b>100.0</b>	<b>289,572</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

En la etapa de vida Adolescente, el principal motivo de consulta externa son febriles sospechosos de Malaria, que representan el 11.3% de todas las consultas. La Malaria Vivax aparece en 5º lugar con un 4.0% de las consultas. Las IRA´s como Rinofaringitis, Amigdalitis y Faringitis también se encuentran entre las causas más frecuentes de consulta externa, sumando un 13.4% entre las tres. Los 10 primeros diagnósticos representan el 46.6% del total para esta etapa de vida.

**Tabla Nº 2.3. 10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa. Etapa de Vida Adulto. Loreto. 2007.**

Nº	CASOS	Masculino		Femenino		TOTAL	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	R5091 Febril Sospechoso de Malaria	18,535	11.9	17,644	17.3	<b>36,179</b>	<b>14.1</b>
2	B519 Malaria por P. Vivax sin Complicaciones	6,066	3.9	10,895	10.7	<b>16,961</b>	<b>6.6</b>
3	A150 TBC Pulmonar Bk (+)	5,602	3.6	9,352	9.2	<b>14,954</b>	<b>5.8</b>
4	N390 Infección de Vías Urinarias, Sitio no Especificar	10,734	6.9	2,538	2.5	<b>13,272</b>	<b>5.2</b>
5	J00X Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	4,446	2.9	2,233	2.2	<b>6,679</b>	<b>2.6</b>
6	R509 Fiebre, no Especificada	3,366	2.2	2,616	2.6	<b>5,982</b>	<b>2.3</b>
7	D509 Anemia por deficiencia de Hierro sin Especificar	4,081	2.6	1,003	1.0	<b>5,084</b>	<b>2.0</b>
8	A160 TBC Pulmonar Bk (-) Cultivo (-)	1,722	1.1	3,229	3.2	<b>4,951</b>	<b>1.9</b>
9	J039 Amigdalitis Aguda, no Especificada	3,201	2.1	1,534	1.5	<b>4,735</b>	<b>1.8</b>
10	R51X Cefalea	3,277	2.1	1,272	1.2	<b>4,549</b>	<b>1.8</b>
<b>Sub – Total</b>		<b>61,030</b>	<b>39.3</b>	<b>52,316</b>	<b>51.3</b>	<b>113,346</b>	<b>44.0</b>
<b>Las Demás Causas</b>		<b>94,384</b>	<b>60.7</b>	<b>49,757</b>	<b>48.7</b>	<b>144,141</b>	<b>56.0</b>
<b>Total General</b>		<b>155,414</b>	<b>100.0</b>	<b>102,073</b>	<b>100.0</b>	<b>257,487</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

En la etapa de vida Adulto, la principal causa de consulta externa fueron los febriles sospechosos de Malaria y la Malaria Vivax, representando entre ambos el 20.7% de todas las consultas. En tercer y octavo lugar se encuentra la TBC Pulmonar con BK positivo y negativo, respectivamente, representando entre ambas el 7.7% del total de consultas. Otras causas incluyen IRA´s, síndrome febril, anemia y cefalea.

**Tabla Nº 2.4. 10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa. Etapa de Vida Adulto Mayor. Loreto. 2007.**

Nº	CASOS	Masculino		Femenino		TOTAL	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
1	A150 TBC Pulmonar Bk (+)	1,025	6.3	1,611	11.8	<b>2,636</b>	<b>8.8</b>
2	R5091 Febril Sospechoso de Malaria	867	5.3	964	7.0	<b>1,831</b>	<b>6.1</b>
3	I10X Hipertensión Esencial (Primaria)	1,213	7.5	421	3.1	<b>1,634</b>	<b>5.5</b>
4	A160 TBC Pulmonar Bk (-) Cultivo (-)	274	1.7	963	7.0	<b>1,237</b>	<b>4.1</b>
5	N390 Infección de Vías Urinarias, Sitio no especificado	643	4.0	323	2.4	<b>966</b>	<b>3.2</b>
6	B519 Malaria por P. Vivax sin Complicaciones	390	2.4	477	3.5	<b>867</b>	<b>2.9</b>
7	D509 Anemia por deficiencia de Hierro sin especificar	406	2.5	207	1.5	<b>613</b>	<b>2.0</b>
8	J00X Rinofaringitis Aguda, Rinitis Aguda	364	2.2	234	1.7	<b>598</b>	<b>2.0</b>
9	E149 Diabetes Mellitus, no Especificada, sin mencionar	427	2.6	145	1.1	<b>572</b>	<b>1.9</b>
10	B779 Ascariasis, no especificada	376	2.3	182	1.3	<b>558</b>	<b>1.9</b>
<b>Sub - Total</b>		<b>5,985</b>	<b>36.9</b>	<b>5,527</b>	<b>40.3</b>	<b>11,512</b>	<b>38.4</b>
<b>Las Demás Causas</b>		<b>10,254</b>	<b>63.1</b>	<b>8,179</b>	<b>59.7</b>	<b>18,433</b>	<b>61.6</b>
<b>Total General</b>		<b>16,239</b>	<b>100.0</b>	<b>13,706</b>	<b>100.0</b>	<b>29,945</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

Entre la población Adulta Mayor la principal causa de consulta externa fue la TBC pulmonar con BK (+) o BK (-), con el 8.8% y 4.1% del total de atenciones, respectivamente. La segunda causa importante de consulta son los febriles sospechosos de malaria y los casos de malaria vivax confirmados, que representan el 9.0% del total. Enfermedades crónicas como la Anemia por deficiencia de hierro (2.0%) y la Diabetes Mellitus (1.9%) aparecen con frecuencia en este grupo de edad.

## 2.2. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.

**Tabla Nº 2.5. 10 Primeras Causas de Mortalidad.  
Etapa de Vida Niño. Loreto. 2007.**

Nº	Diagnósticos	Casos			TOTAL	%
		M	F	I		
1	P073 Otros recién nacidos pretérmino	6	4	0	10	9.4
2	J180 Bronconeumonía, no especificada	5	4	0	9	8.5
3	J189 Neumonía, no especificada	2	7	0	9	8.5
4	A419 Septicemia, no especificada	4	4	0	8	7.5
5	E46 Desnutrición proteicoalórica, no especificada	4	1	0	5	4.7
6	A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen	0	2	1	3	2.8
7	J690 Neumonitis debida a aspiración de alimento	1	0	2	3	2.8
8	P369 Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	2	1	0	3	2.8
9	B509 Paludismo debido a Plasmodium falciparum	1	1	0	2	1.9
10	J984 Otros trastornos del pulmón	0	2	0	2	1.9
	<b>Sub – Total</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>50.9</b>
	<b>Las Demás Causas</b>	<b>27</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>52</b>	<b>49.1</b>
	<b>Total general</b>	<b>52</b>	<b>43</b>	<b>11</b>	<b>106</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

En el 2007, la principal causa de mortalidad en la etapa de vida Niño son las Infecciones Respiratorias Agudas, que en conjunto representan el 17% del total. En segundo lugar, los estados sépticos como Septicemia y Sepsis bacteriana, representando el 10.3% del total. La prematuridad, representa el 9.4% del total de causas de muerte. Además es importante mencionar la ocurrencia de 02 muertes debidas a Malaria falciparum.

**Tabla Nº 2.6. 10 Primeras Causas de Mortalidad.  
Etapa de Vida Adolescente. Loreto. 2007.**

Nº	Diagnósticos	Casos			TOTAL	%
		M	F	I		
1	A419 Septicemia, no especificada	2	2	0	4	10.0
2	W749 Ahogamiento y sumergimiento no especificados	4	0	0	4	10.0
3	J189 Neumonía, no especificada	2	0	1	3	7.5
4	X99 Agresión con objeto cortante	2	0	0	2	5.0
5	Y21 Ahogamiento y sumergimiento, de intención no determinada	2	0	0	2	5.0
6	A199 Tuberculosis miliar, sin otra especificación	0	1	0	1	2.5
7	A86 Encefalitis viral, no especificada	0	1	0	1	2.5
8	C169 Tumor maligno del estómago, parte no especificada	1	0	0	1	2.5
9	C182 Tumor maligno del colon ascendente	0	1	0	1	2.5
	<b>Sub – Total</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>47.5</b>
	<b>Las Demás Causas</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>52.5</b>
	<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

Durante el 2007, en la etapa de vida Adolescente, las principales causas de muerte fueron ahogamiento o sumergimiento (15% del total) y septicemia (10%). Asimismo, ocurrieron 02 muertes por agresión con objeto cortante (5%) y 02 muertes por tumores malignos.

**Tabla N° 2.7. 10 Primeras Causas de Mortalidad.  
Etapa de Vida Adulto. Loreto. 2007.**

N°	Diagnósticos	Casos		TOTAL	%
		M	F		
1	C539 Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	0	18	18	7.0
2	K746 Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	13	5	18	7.0
3	B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	14	3	17	6.6
4	A419 Septicemia, no especificada	7	3	10	3.9
5	J189 Neumonía, no especificada	4	6	10	3.9
6	A162 Tuberculosis de pulmón, sin mención	7	1	8	3.1
7	V499 Ocupante (cualquiera) de automóvil lesionado	5	2	7	2.7
8	C169 Tumor maligno del estómago, parte no especificada	4	2	6	2.3
9	I219 Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	4	1	5	1.9
10	V49 Ocupante de automóvil lesionado	5	0	5	1.9
	<b>Sub – Total</b>	<b>63</b>	<b>41</b>	<b>104</b>	40.3
	<b>Las Demás Causas</b>	<b>94</b>	<b>60</b>	<b>154</b>	59.7
	<b>Total general</b>	<b>157</b>	<b>101</b>	<b>258</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

En la etapa de vida Adulto, la primera causa de muerte es el tumor de cuello del útero, que afecta al sexo femenino, con el 7% de todas las causas en ambos sexos y el 17.8% entre el sexo femenino. La cirrosis hepática aporta el 7%, afectando sobre todo a varones, entre los que representa el 8.3% del total de muertes. El VIH/Sida causó el 6.6% de defunciones. Otras causas frecuentes de muerte son la septicemia, neumonía, TBC pulmonar, Infarto de miocardio agudo. Se reportan además en este grupo muertes por Accidentes de tránsito (ocupante de automóvil), con un total de 12 casos, que representan 4.6% del total.

**Tabla N° 2.8. 10 Primeras Causas de Mortalidad.  
Etapa de Vida Adulto Mayor. Loreto. 2007.**

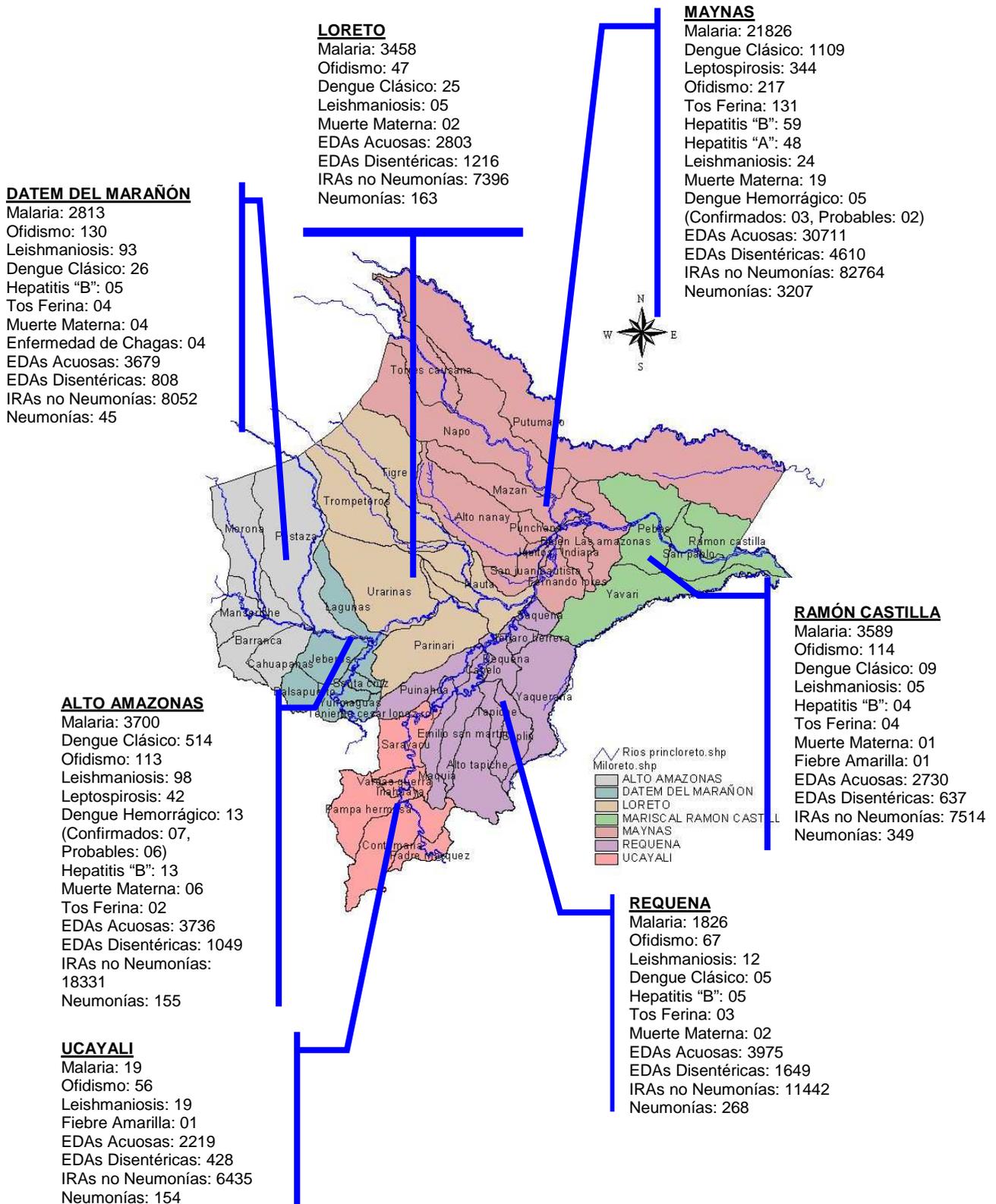
ITEM	Diagnósticos	Casos			TOTAL	%
		M	F	I		
1	J189 Neumonía, no especificada	36	23	1	60	13.4
2	I10 Hipertensión esencial (primaria)	16	17	0	33	7.4
3	E149 Diabetes mellitus no especificada	9	9	2	20	4.5
4	A419 Septicemia, no especificada	9	10	0	19	4.3
5	J180 Bronconeumonía, no especificada	5	11	0	16	3.6
6	K746 Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	10	6	0	16	3.6
7	A162 Tuberculosis de pulmón	11	3	0	14	3.1
8	E14 Diabetes mellitus, no especificada	4	8	0	12	2.7
9	E46 Desnutrición proteicoalórica, no especificada	5	7	0	12	2.7
10	J690 Neumonitis debida a aspiración de alimento	6	6	0	12	2.7
	<b>Sub – Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>214</b>	47.9
	<b>Las Demás Causas</b>	<b>143</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>233</b>	52.1
	<b>Total general</b>	<b>254</b>	<b>190</b>	<b>3</b>	<b>447</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Dirección de Estadística e Informática – DIRESA Loreto.

En la etapa de vida Adulto Mayor, las principales causas de muerte fue neumonía (13.4%), luego HTA primaria (7.4%), Diabetes mellitus (4.5%). En general se observa el predominio de las enfermedades infecciosas, pero en relación a años anteriores, se observa mayor presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

## 2.3. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD.

### MAPA EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN PROVINCIAS, REGIÓN LORETO, AÑO 2007.



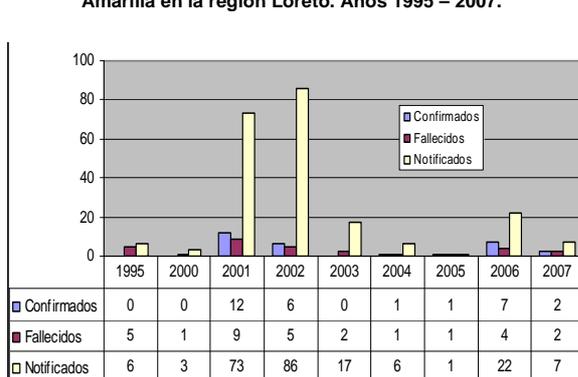
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

El mapa epidemiológico del año 2007, elaborado en base a la información del sistema de vigilancia epidemiológica, nos permite observar que la región Loreto ha presentado una gran variedad de enfermedades y eventos de importancia epidemiológica, los que predominan en las provincias de Maynas, Datem y Alto Amazonas. La información consignada se refiere a casos confirmados y probables (morbilidad). Los casos que son considerados como probables han sido reportados, principalmente, por establecimientos de salud de provincias

### 2.3.1. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.

#### 2.3.1.1. FIEBRE AMARILLA.

Gráfico Nº 2.1. Casos Confirmados y Fallecidos por Fiebre Amarilla en la región Loreto. Años 1995 – 2007.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

confirmados. En el año 2002 se notificaron 86 casos en 25 (51%) distritos de la región. De ellos se confirmaron 06 (10.17%) y 14 (23.73%) quedaron como probables. Los casos probables y confirmados se localizan en 12 (24.49%) distritos de la región.

Hubo 05 fallecidos, de los cuales 01 no se pudo confirmar por laboratorio. Si tomamos los 20 casos (probables y confirmados) encontramos 02 casos (5%) en niños y adolescentes y el resto son adultos. Del total de casos 05 son del sexo masculino (83.3%).

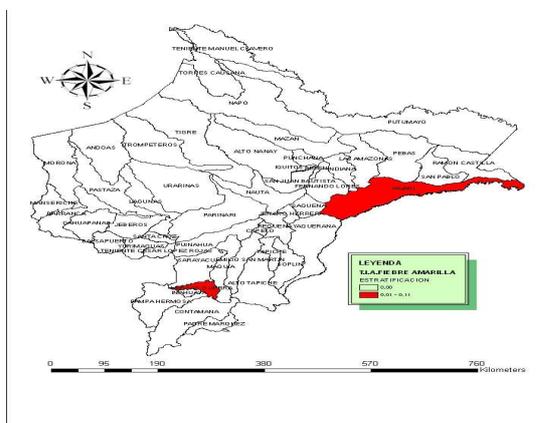
Posteriormente los casos disminuyeron hasta el año 2005; el año 2006 se presentaron brotes importantes en los distritos de Trompeteros (03 confirmados, 01 fallecido), Nauta y

Yurimaguas (01 caso c/u) 02 fallecidos. De los casos confirmados; 03 casos (42.8%) son niños; 02 casos (28.5%) fueron adolescentes y 02 casos (28.5%) adultos.

En el año 2007, 05 distritos notificaron casos: Belén 03 casos, Ramón Castilla, Yavarí y Vargas Guerra con 01 caso respectivamente, de los cuales se confirmaron 02 casos adultos de sexo masculino los mismos que fallecieron, en los que se ignora información de su estado vacunal.

El Ministerio de Salud del Perú, dentro del Plan de prevención y control de la fiebre amarilla selvática, durante el año 2007 realizó la Campaña de Vacunación Contra Fiebre Amarilla a la población mayor de dos y menor de 65 años.

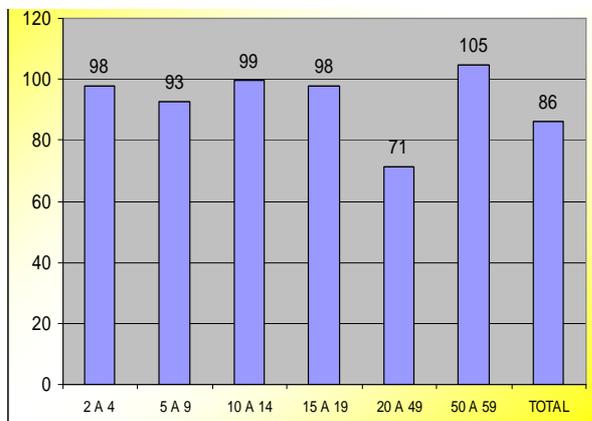
Gráfico Nº 2.2. Incidencia de Casos de Fiebre Amarilla en la región Loreto. Año 2007.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Loreto es una de las regiones que presenta actividad epidémica a través de brotes y casos aislados de esta enfermedad; por lo que se priorizó la vacunación en la población residente

**Gráfico N° 2.3. Cobertura de la Vacunación Antiamarílica por Grupos de Edad en la Región Loreto. Año 2007.**

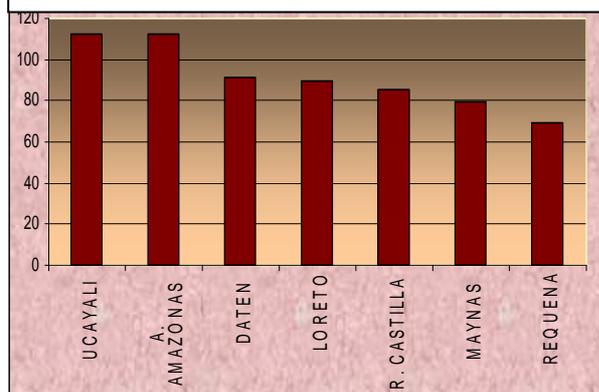


Fuente: Estrategia Sanitaria Regional Inmunizaciones – DIRESA Loreto.

a 9 (93%) y el grupo de 20 a 49 años (71%) son los que se obtuvieron la más baja cobertura.

Cabe señalar que el grupo de 20 a 49 años representa al grupo PEA, que no se ubica en el domicilio y tampoco en el trabajo, ya que la gran mayoría realizan trabajo independiente (conductores de motocarro, vendedores ambulantes y otros oficios informales. En cuanto a cobertura por sexo, no hay diferencia significativa, 44% son de sexo Masculino y el 43% de sexo femenino.

**Gráfico N° 2.4. Cobertura de la Vacunación Antiamarílica según Provincias en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Estrategia Sanitaria Regional Inmunizaciones – DIRESA Loreto.

de los distritos que están situados en la jurisdicción de las cuencas endemo enzoótica identificadas, llevándose a cabo la campaña desde el mes de abril prolongándose hasta el mes de Noviembre, por no haber logrado cubrir al 100% de la población objetivo.

Se emprendió la gran campaña de vacunación contra la Fiebre Amarilla, cuyos resultados finales no fueron los esperados ni los alcanzados en SR. El grupo objetivo de esta campaña fue de 2 a 59 años lo que equivale decir niños, adolescentes y adultos. 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

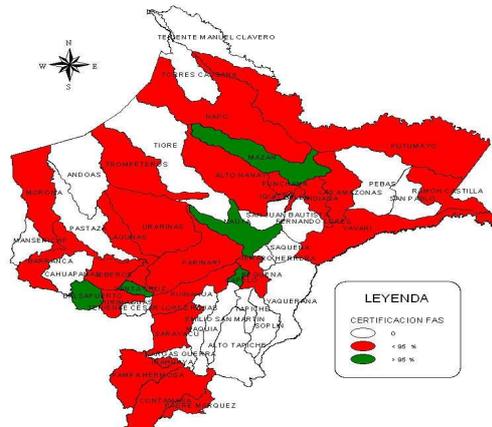
Las coberturas alcanzadas durante la campaña por provincias nos muestran que la mayor cobertura fue lograda por la Provincia de Ucayali con 113%, seguido de Alto Amazonas con 112%, dentro de las coberturas óptimas de protección, mientras que las coberturas no óptimas corresponden a las provincias de Maynas (80%) y Requena (69%). Las coberturas por distritos nos muestran coberturas extremas de 484% (Alto Nanay) como máxima y 45% (Yaquerana) como mínima, habiendo 19 (37%) distritos que muestran coberturas por encima del 95% aceptable como coberturas óptimas de protección. Lo que nos deja un bolsón de susceptibles, que sumados a la circulación del virus de la Fiebre Amarilla y presencia del vector (*Aedes aegypti*) en las

grandes ciudades de la región podríamos tener en los próximos años la reemergencia de casos de Fiebre Amarilla Urbana.

En el marco de la verificación de las coberturas de vacunación de la campaña de vacunación contra la Fiebre Amarilla a través de la certificación externa se ha considerado realizar éste proceso en Los distritos de la Región Loreto, a efectos de asegurar coberturas de protección de esta enfermedad en población residentes y migrantes de la región Loreto considerados como endémicas.

Los resultados del Monitoreo Rápido de Coberturas nos muestran que de los 38 distritos monitorizados 24 (63%) **NO** certificaron, los resultados fueron menores de 95% que no garantizaba la NO circulación del virus salvaje; 14 (37%) distritos **SI** certificaron con coberturas mayores al 95% entre ellos se encuentran los distritos de Belén, San Juan, cápelo, Sapuena, Genaro Herrera, Santa Cruz, Teniente Cesar López, Balsapuerto, Jeberos, San Pablo, Ramón Castilla, Putumayo, Mazan y las Amazonas. En los distritos que no se realizó certificación externa, se solicitó a la micro red el monitoreo rápido realizado a nivel local. La no ejecución de los MRC internos en horarios y días diferidos, hizo que actualmente se encuentre población por vacunar principalmente el grupo de 20 a 49 años.

**Gráfico Nº 2.5. Mapa de Distritos que han Certificado en la Campaña de Vacunación Antiamarílica en la Región Loreto. Año 2007.**

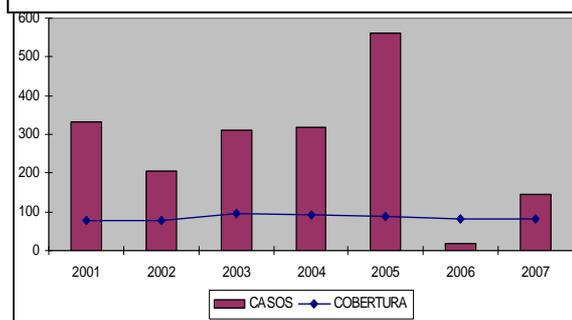


Fuente: Estrategia Sanitaria Regional Inmunizaciones – DIRESA Loreto.

### 2.3.1.2. TOS FERINA.

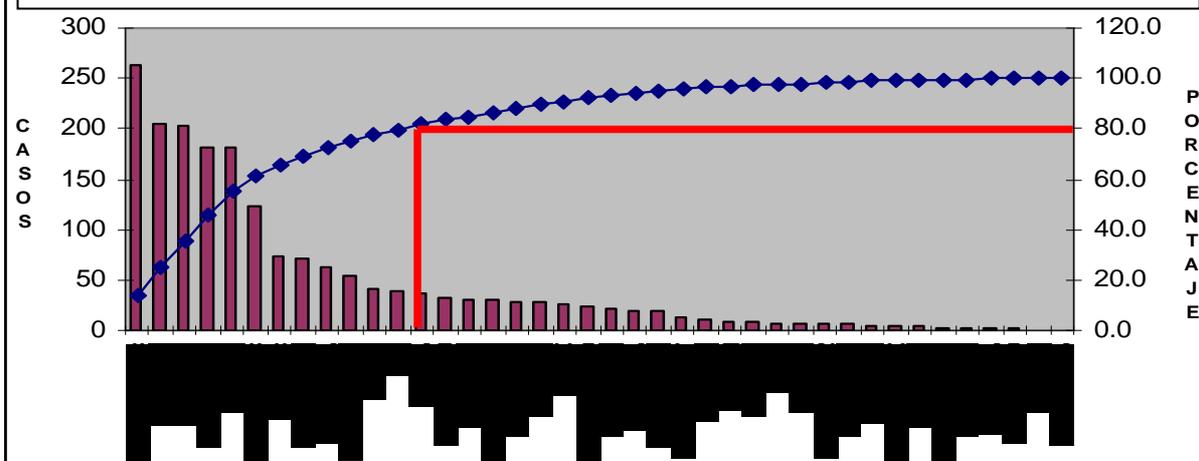
Este daño se ha presentado en los últimos años en forma constante. En el año 2001 se presentó un brote con 332 casos reportados. Las coberturas de protección con DPT en menores de 1 año, a nivel regional, no han sido las más óptimas en los últimos años, ésta se ha mantenido por debajo del 95%. En el 2002 y 2003 los casos se han mantenido de manera constante para luego incrementarse en el año 2005 a 562 casos de los cuales 2 niños fallecieron, estos brotes se presentaron en los Distritos de Alto Amazonas y Datem, siendo los 2 casos fallecidos del Distrito del Morona.

**Gráfico Nº 2.6. Casos Reportados de Tos Ferina según Coberturas de Vacunación en la Región Loreto. Años 2001 al 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología/Estrategia – DIRESA

**Gráfico Nº 2.7. Contribución Porcentual de Casos de Tos Ferina en la Región Loreto. Años 2001 al 2007.**

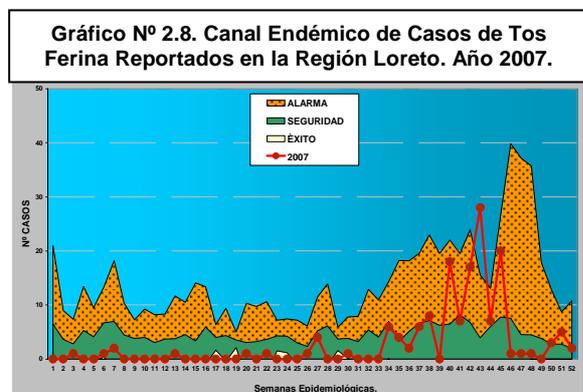


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En el año 2006 los casos disminuyeron significativamente, volviendo a incrementarse en el año 2007 a 159 casos con cobertura de vacunación DPT de 80.5%. Este año cobra singular importancia debido a que el 91% de los casos se presentaron en la provincia de Maynas siendo los distritos comprometidos: San Juan, Iquitos, Punchana, Belén, Las Amazonas y Putumayo; el 82.4 % de afectados fueron niños, el 15.7% adolescentes y solo 1.9% adultos. La contribución porcentual por distrito nos muestra que 13 distritos aportan el 81.6% de casos de Tos ferina de la Región. Los distritos que reportaron la mayor cantidad de casos en los últimos 07 años fueron: Yurimaguas, Pastaza, Morona, Barranca, Iquitos, Cahuapanas, Fernando Lores, Putumayo, Punchana, Manseriche, Belén, Las Amazonas y Nauta. Estos distritos se encuentran en las provincias Alto Amazonas, Datem del Marañón, Loreto y Maynas.

La cobertura de protegidos con DPT en 2007, en los distritos mencionados a excepción del distrito de Pastaza (135%), son por debajo del 90%: Iquitos (69%), Yurimaguas (89.3%) Morona (70.1%), Barranca 89.7%, Cahuapanas 83.3%, Fernando Lores (71.7%), Putumayo (61.3%). Manseriche (83.3%), Belén (75.3%), Las Amazonas (85.2%) y Nauta (87.5%).

La presentación por sexo en los últimos 07 años fue de la siguiente manera: femenino (48.9%) y masculino (50.1%). En el 2005, se han reportado 03 fallecidos procedentes del distrito de Morona, 02 de sexo femenino y 01 de sexo masculino.

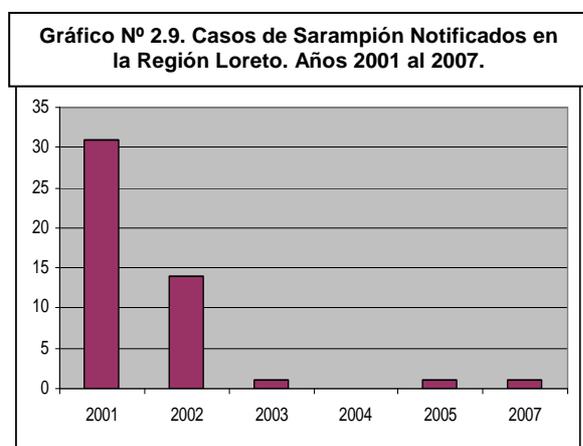


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En el canal endémico se observa que el 2007 la enfermedad se ha presentado durante todo el año, encontrándonos las primeras semanas del año en zona de SEGURIDAD, para pasar luego en la SE 34 a zona de RIESGO. En la SE 43, se ubicó en la zona de EPIDEMIA, luego de intervenciones realizadas disminuyeron los casos en la SE 46, mostrando al finalizar el año un ligero incremento de casos en la SE 51. Cabe recordar que las coberturas de protección con pentavalente no alcanzan resultados mayores de 95% que garanticen el control de esta

enfermedad, por lo que año tras año queda un bolsón de susceptibles a los que se suman el porcentaje de vacunados no inmunizados debido al porcentaje de eficacia de la vacuna, por lo que la mayoría de casos presentados si bien es cierto fueron en mayor proporción en niños, sin embargo cabe mencionar que son mayores de 2 años, que no fueron vacunados en su calendario regular. En las últimas semanas del año se presentó un aumento de casos notificados procedentes del distrito de Iquitos.

### 2.3.1.3. SARAMPIÓN.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

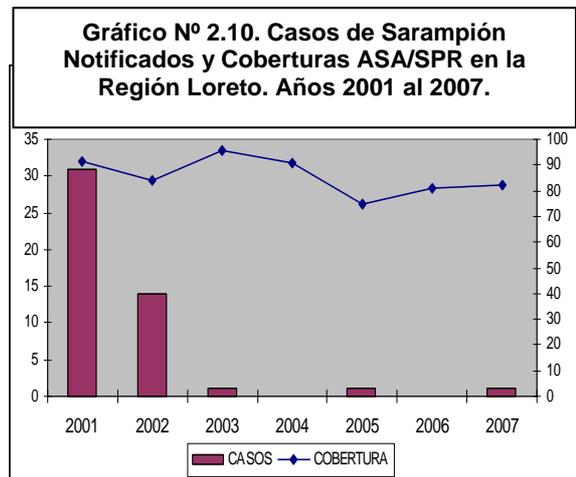
En la región Loreto se confirmó por última vez 03 casos de sarampión en 1995. En el año 2001 se notificaron 31 casos probables, descartándose 27 y quedando como probable 04 casos. A partir del año 2002 todos los casos notificados se descartaron, notificándose en el 2005 y 2007 solamente 01 caso respectivamente. No se han reportado fallecidos por este daño.

Solo 07 distritos han reportado casos de Sospechosos de Sarampión: Iquitos, Punchana, San Juan, Yurimaguas, Lagunas, Urarinas y Nauta, encontrándose los demás distritos en silencio epidemiológico, considerando que es una de los daños que se

encuentra en vías de eliminación y/o erradicación.

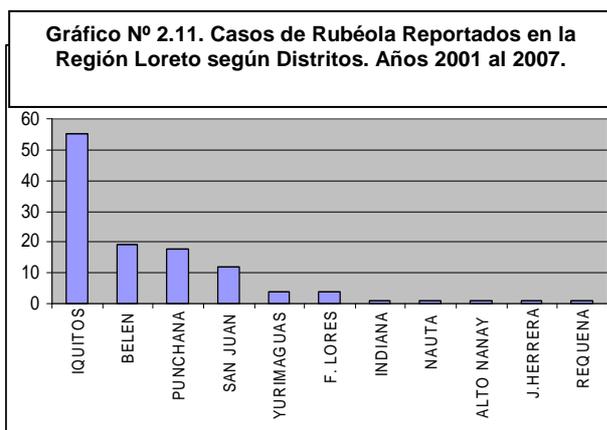
Las coberturas de vacunación con ASA/SPR alcanzadas en los últimos años no han sido las más favorables, se ha mantenido por debajo del 95%. En el año 2006 se obtuvo la mas baja cobertura en los últimos 7 años (81%) y en el 2007 fue de 82.3%; evidenciándose una vez mas el silencio epidemiológico en el reporte de este daño prioritario a nivel nacional. Los distritos que reportaron sospechosos de sarampión presentan coberturas de vacunación con ASA/SPR: Iquitos (92.3%), San Juan Bautista (97.8%), Punchana (77%), Nauta (84%), Urarinas (84%), Yurimaguas (103.9%), Lagunas (118.4%).

Cabe mencionar que las coberturas no aceptables en los últimos años, tienen relación al abastecimiento inoportuno de biológicos y en algunos casos al desabastecimiento, que en plena campaña de vacunación no se contaba con estos biológicos que nos permitieran nivelar nuestras coberturas considerando que la región tiene una área dispersa con muchas dificultades de accesibilidad geográfica, cultural y económica, que no permite cubrir al 100% de la población objetivo con la estrategia de vacunación regular.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

#### 2.3.1.4. RUBEÓLA.



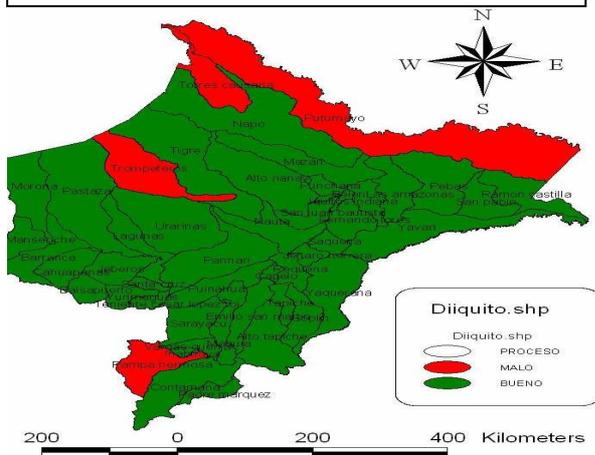
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En el año 1994, con la adopción de la iniciativa de erradicación del sarampión del continente americano, se instituyó la vigilancia conjunta Sarampión-Rubéola. En el año de 1996, se incluyó a la rubéola y a la rubéola congénita, como enfermedades de notificación obligatoria en Perú, iniciando la vigilancia conjunta con el sarampión el año 2000. A partir del año 2001, se notificaron un total de 117 casos de los cuales el 90.6% de casos proceden de la Provincia de Maynas, de los distritos de Iquitos (47%); Punchana (15.4); Belén (16.2%); San Juan (10.3%); el 3% proceden de Yurimaguas y el porcentaje

restante de los distritos de Nauta e Indiana respectivamente. En cuanto a la presentación por ciclos de vida, el 79% son niños, 15% adolescentes y el 6% son adultos, no se presentaron casos en adultos mayores.

En cumplimiento de la resolución del 44vo. Consejo Directivo de la OPS/OMS del 2003, para alcanzar la “meta de eliminación de rubéola prevista para el 2010 en las Américas” se requiere una rápida interrupción de la circulación endémica del virus. Para ello, los países han implementado campañas masivas de vacunación en los grupos susceptibles que se han acuñado el lema: “Una sola vez es para siempre”, pues es una intervención que se realiza una única vez. Por lo que se realiza la Campaña de Vacunación SR en 2006, logrando en la mayoría de distritos coberturas mayores de 95% que fue verificado con un proceso de certificación realizado por OPS considerado como un paso necesario para avanzar hacia la eliminación de la rubéola y SRC.

**Gráfico Nº 2.12. Mapa de Distritos que han Certificado en la Campaña de Vacunación para la Eliminación de Rubéola y SRC en la Región Loreto. Año 2006.**



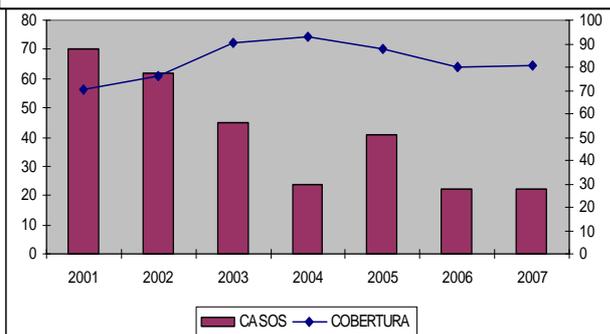
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Posterior a la ejecución de la campaña se aplico la estrategia de MRC para el proceso de verificación externa que estuvo a cargo de la coordinadora de inmunizaciones de la, DIRESA, Redes y Micro-redes, acompañado de un supervisor OPS es realizado por personal de salud de distritos vecinos, para asegurar objetividad.

De los 49 distritos monitorizados: 45 (92%) certificaron con resultados mayores del 95% y 04 distritos no lograron certificar.

### 2.3.1.5. HEPATITIS B.

**Gráfico Nº 2.13. Casos de Hepatitis B según Coberturas de Vacunación en la Región Loreto. Años 2001 al 2007.**

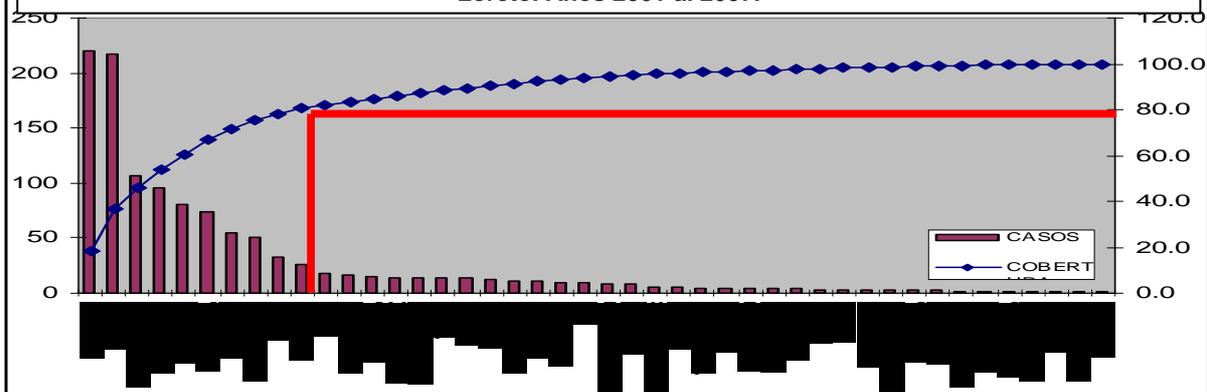


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

La Hepatitis B es una enfermedad que está cobrando singular importancia en los últimos años, por la severidad de sus presentaciones, la diseminación de la enfermedad y la presentación en grupos poblacionales de edades cada vez menores. El Ministerio de Salud ha implementado la inmunización como medio de prevención a partir del año 1997, debido al carácter endémico de la enfermedad en las regiones de la selva, en la población menor de 1 año y personal de salud, existiendo grupos de riesgo no beneficiados con esta estrategia.

En la región Loreto los casos de Hepatitis B han ido en descenso en los últimos 7 años, siendo los años 2001 y 2002 donde se presentaron mayor número de casos, a partir del 2003 se evidencia una disminución de los mismos, se incluyo la vacuna de hepatitis B en calendario regular de vacunación, y se desarrolla el proyecto de control de HVB en Morona y Pastaza con apoyo de UNICEF, por ser etnias en proceso de extinción.

**Gráfico Nº 2.14. Contribución Porcentual de casos de Hepatitis B según Distritos en la Región Loreto. Años 2001 al 2007.**

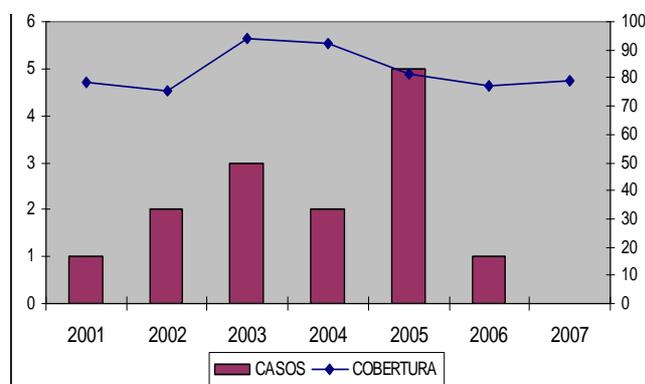


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.



PFA, para los años 2006 y 2007 se cae en un silencio epidemiológico, a pesar de ser daño de importancia mundial por estar en vías de erradicación y/o eliminación. En los últimos 7 años solo se ha reportado un caso fallecido en el año 2005.

**Gráfico Nº 2.17. Casos de Parálisis Flácida y Coberturas de Vacunación Antipolio en la Región Loreto. Años 2001 al 2007.**



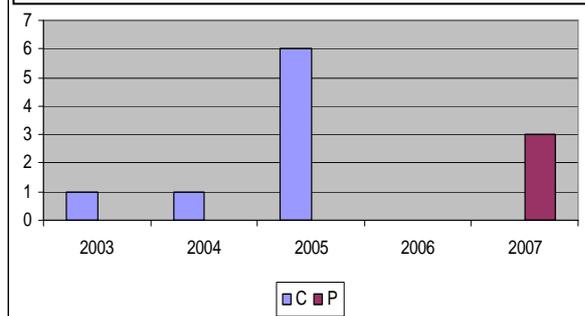
Fuente: Dirección de Epidemiología/Estrategia Sanitaria – DIRESA Loreto.

El Perú en su compromiso de erradicar la presencia del Polio virus salvaje en territorio nacional, ha emprendido una agresiva campaña de vacunación en los últimos años, con resultados poco favorables para el cumplimiento del objetivo, así que en el 2007 se alcanzó una cobertura del 79% con la vacuna APO, sin embargo el número de casos reportados se encuentran por debajo del valor máximo establecido por la OMS para alcanzar con el objetivo de erradicar la enfermedad (< 1 caso x 100,000 hab. < 15 años). En Loreto la presentación de Parálisis Flácida es de 0.5 x 100,000 hab. < 5 años.

### 2.3.1.7. EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O LA INMUNIZACIÓN (ESAVI's).

La aplicación de vacunas puede originar ciertos efectos colaterales leves en el lugar de inyección: dolor, tumefacción, enrojecimiento; y síntomas generales como fiebre y malestar general, todos forman parte de la respuesta inmunitaria normal, que pueden desaparecer sin tratamiento y no tienen consecuencia a largo plazo. Asimismo, algunas personas pueden desarrollar signos o síntomas adversos luego de su aplicación, a lo cual se le conoce como reacciones adversas, las mismas que están definidas dentro del sistema de vigilancia epidemiológica como Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacuna o Inmunización (ESAVI).

**Gráfico Nº 2.18. Casos de ESAVI's Notificados según tipo de Diagnóstico en la región Loreto. Años 2003 al 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

A partir del año 2001, oficialmente se viene haciendo vigilancia de ESAVIS, como daño de importancia en salud pública.

En la región Loreto se tiene reportes de ESAVI's a partir del año 2003, donde se notificó 1 caso confirmado procedente del distrito de Urarinas y en el 2004 1 caso confirmado procedente del distrito de Punchana, en el año 2005 se notificaron 8 casos, confirmando 6: San Juan (3 casos); Belén (2 casos) y Punchana (1 caso). En el año 2006 pese a haberse realizado la campaña de Vacunación con Sarampión/Rubéola (SR) no se notificó ningún caso, y en el año 2007 se notificó solo 3 casos de ESAVI de los distritos de Punchana (2) y Requena (1) los 3 casos quedaron como probables. El 100% de casos corresponde a Niños entre 1 y 4 años posterior a la administración de vacuna DPT y Pentavalente, de los cuales 45% fueron de sexo femenino y 55% masculino.

Durante las campañas de vacunación masiva; como la Campaña de Vacunación SR para la prevención del Síndrome de Rubéola Congénita, Campaña para el Control Acelerado de la Fiebre Amarilla y Campañas Sudamericanas con el objetivo de puesta al día, que ponen potencialmente en riesgo la aparición de ESAVI's, se realizó una serie de actividades para prevenir la morbilidad y mortalidad por ESAVI's durante estas campañas de vacunación, así como en el programa regular de inmunizaciones.

Una de las experiencias aprendidas al evaluar estas campañas de vacunación fue la de incluir en el equipo de investigación de ESAVIS a personal de los Hospitales y de instituciones que no pertenecen al MINSA, debido a que los ESAVIS severos llegarán finalmente a los Hospitales para su tratamiento.

## **2.3.2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.**

### **2.3.2.1. 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 por *Plasmodium vivax*. Hasta 1991 solo se reportaba casos de malaria por *Plasmodium falcíparum* en el distrito de Putumayo, zona fronteriza con la república de Colombia.

En la década del 70, luego que se interrumpieron las acciones del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, pasando el sistema de información operacional y epidemiológico a los servicios generales de salud, perdiéndose importante información sobre la real importancia de la malaria. Se pasó de una apreciación que la malaria se comportaba como un daño estable, pero en realidad no era así, ya que probablemente esta enfermedad nunca dejó de transmitirse. Durante al año 1991 se reportaron 140 casos de malaria por plasmodium falcíparum, ocurridos en los últimos meses de este año, en que se reportaron los primeros casos de esta enfermedad en la localidad de Andoas, distrito Pastaza, provincia Alto Amazonas. De esta forma se fue diseminando la malaria por plasmodium falcíparum en la región Loreto a través del río Pastaza. Otra vía de ingreso de la malaria por plasmodium falcíparum fue la carretera Yurimaguas – Tarapoto, ya que en el año 1991 se reportaron casos de malaria procedentes de Colombia, extendiéndose hacia las cuencas del Huallaga y la región San Martín.

En 1993 se reportaron casos de malaria por plasmodium falcíparum en las localidades de Curinga y Capanahua, cuenca del río Blanco, distrito Soplín Vargas, provincia Requena. Las investigaciones posteriores indicaron que dichas cepas procedían de Brasil, del Matto Grosso, resistentes a Cloroquina y Sulfadoxina – Pirimetamina.

Para 1994 esta enfermedad se fue diseminando a través de las cuencas de los importantes ríos, como son: Huallaga, Tapiche, Marañón, Ucayali y Amazonas. Asimismo se evidenció la diseminación del vector transmisor, el Anopheles Darlingi, que desplazó de manera importante a los otros vectores. En este mismo año se descubrió que el vector transmisor se encontraba en las localidades urbano – marginales de la ciudad de Iquitos y la zona de la carretera Iquitos – Nauta, que se encontraba en plena construcción. A finales de este año se encontró este vector en la cuenca del río Nanay, causando importantes estragos en dichas localidades.

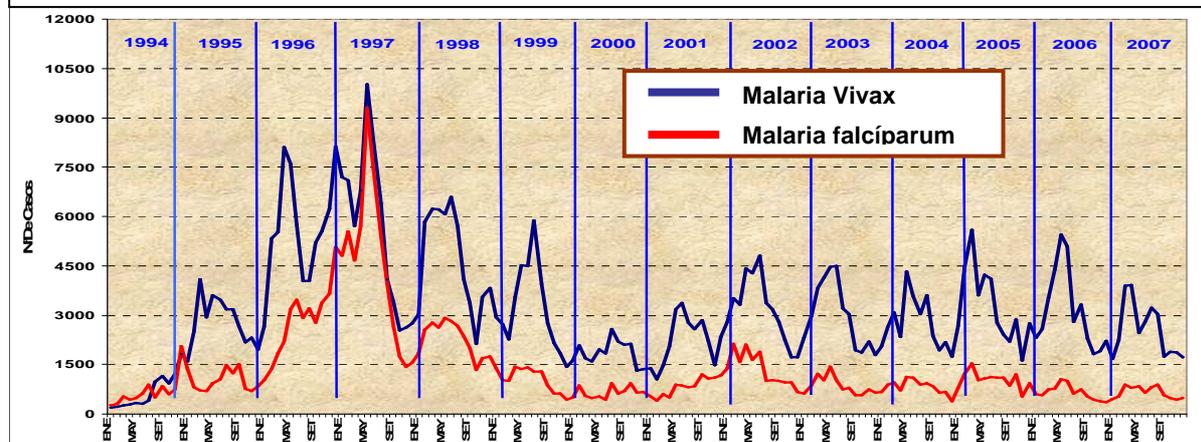
En 1997 se observó un incremento inusitado de casos de malaria en la región Loreto y el Perú en general, llegando a reportar más de 120000 casos confirmados de esta enfermedad, debido a factores del medio ambiente (fenómeno del Niño – Niña, etc.).

En los últimos años, la reemergencia de la malaria en nuestra región, se ha asociado a la presencia del anopheles Darlingi, como vector transmisor principal. Los cambios climáticos, migraciones internas y externas, fenómenos socio – políticos, presencia de empresas petroleras y otras empresas que realizan extracción de los recursos de la flora y fauna en la región, han ocasionado deterioro del medio ambiente, pérdida de territorio y exponiendo a la población a padecer de malaria y otras enfermedades transmisibles.

En la región Loreto, la malaria constituye uno de los principales problemas de salud pública que involucra a más del 80% del territorio regional. El 70% de los casos de malaria por plasmodium vivax y el 98% de los casos de malaria por plasmodium falcíparum fueron aportados por la región Loreto a nivel nacional.

En la curva epidémica de malaria se observa el predominio de malaria vivax en todos los años, excepto en 1994 y 1997, en los que se observa un comportamiento similar de las dos especies y en algunos meses, incluso, predominio de malaria falcíparum.

**Gráfico N° 2.19. Curva Epidémica de Casos de Malaria según Especie en la Región Loreto. Años 1994 al 2007.**



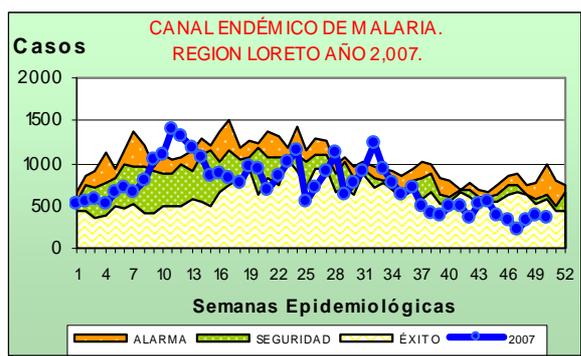
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En los últimos años se ha observado diferencias importantes entre la información de la vigilancia epidemiológica (Oficina de Epidemiología) y el informe operacional (Estrategia Regional de Malaria), básicamente por el tipo de reporte. Por lo general la Estrategia reporta más casos de malaria en comparación con la vigilancia epidemiológica, tal es así que en el año 2005 se observa una diferencia de 9564 casos (la mayor variación se debe al reporte de malaria vivax), en el 2006 una diferencia de 842 casos (predomina la variación de malaria falcíparum) y en el 2007 una diferencia de 1487 casos (predomina la variación de malaria vivax).

### Situación en el Año 2007:

El comportamiento de esta enfermedad es estacional, con incremento importante durante los meses centrales del año asociado a factores climáticos y ambientales, que favorecen la reproducción del vector transmisor.

**Gráfico N° 2.20.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En el canal endémico se observa que existe un incremento de casos, aunque no se comporta de manera regular, desde el mes de abril hasta septiembre, ubicándose entre las zonas de **EPIDEMIA, ALARMA Y SEGURIDAD**.

En la S.E 11 se reportó 1384 casos de malaria, constituyéndose en el valor más alto notificado durante este año. En general hubo 08 semanas en las que se reportaron más de 1000 casos/semana. Destaca el período de la S.E 09 a 14, donde se observó el mayor incremento de casos de malaria.

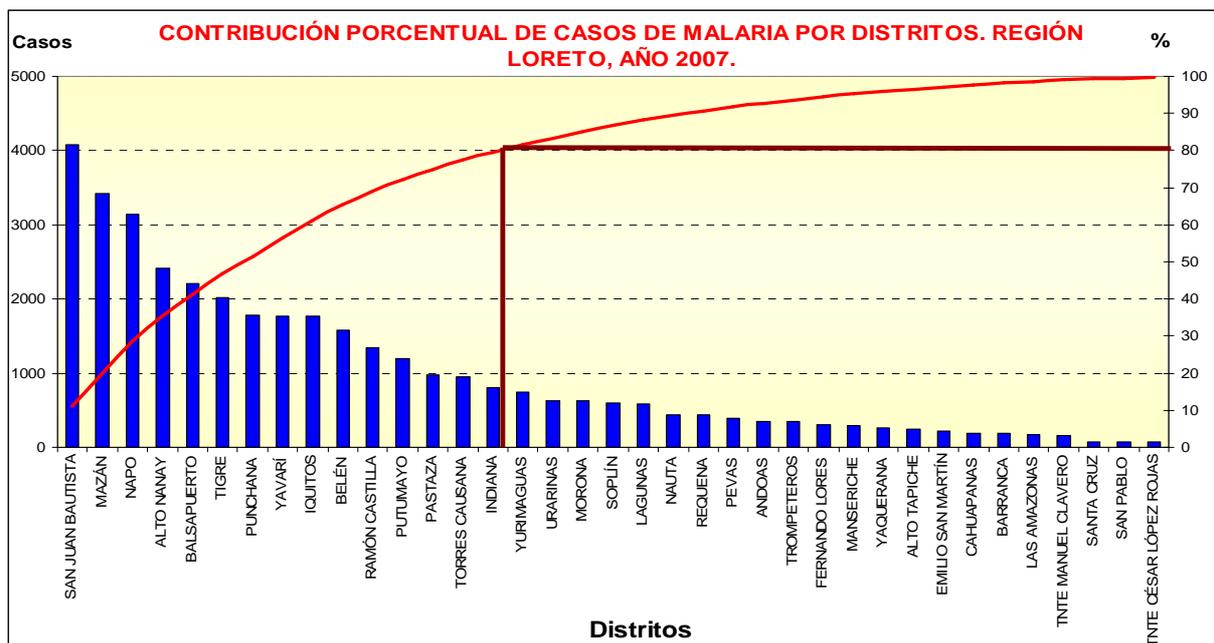
Durante al año 2007, la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas de Loreto ha reportado 43,741 casos de malaria, de las cuales 31749 (72.58%) corresponde a vivax, 8598 (19.66%) a falcíparum y 3394 (7.76%) a casos probables.

Las provincias que aportan más casos son Maynas (58.48%), Alto Amazonas (9.98%) y Ramón Castilla (9.63%).

El 81.49% de los casos son reportados por 10 distritos de los 51 existentes en la región.

La Incidencia Acumulada regional fue de 39.19 casos por 1000 habitantes.

Gráfico N° 2.21.

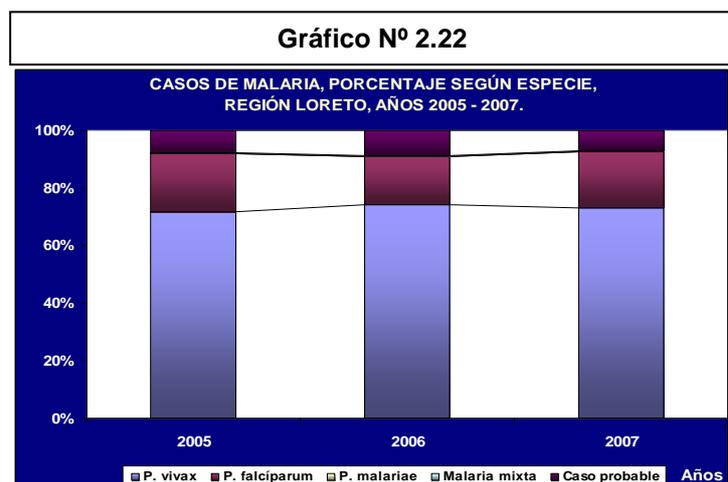


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

La extensión del daño abarca 49 distritos (96.08%) de la región Loreto.

De acuerdo a la estratificación del riesgo por el Índice Parasitario Anual (IPA), 15 de ellos se consideran de *Muy Alto Riesgo*, 20 de *Alto Riesgo*, 09 de *Mediano Riesgo*, 05 de *Bajo Riesgo* y 02 *Sin Riesgo* (no hubo reporte de casos autóctonos en los distritos Pampa Hermosa y Padre Márquez, ubicados en la provincia de Ucayali).

Según la contribución porcentual de casos de malaria por distritos, durante el 2007, 16 distritos han reportado más del 80.00% del total de casos de la región.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Los distritos que han reportado más casos, en orden de importancia, son: San Juan, Mazán, Napo, Alto Nanay, Balsapuerto, Tigre, Punchana, Yavari, Iquitos, Belén, Ramón Castilla y Putumayo.

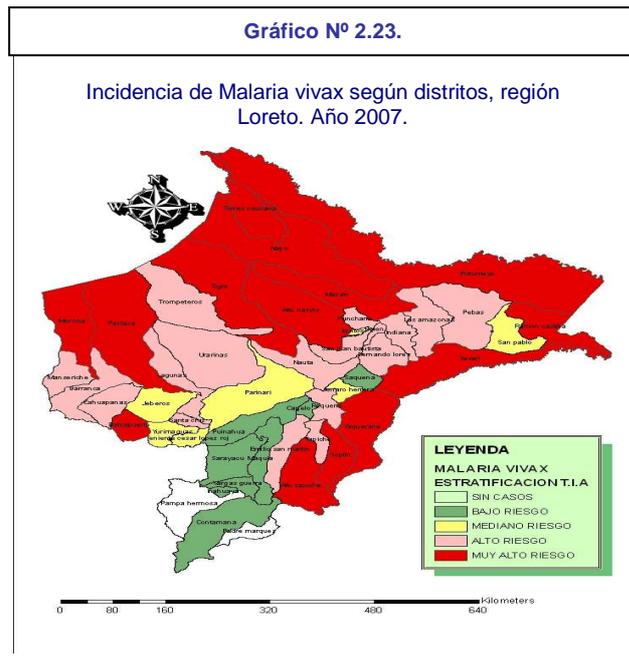
En el gráfico se observa que en los 03 últimos años, la malaria vivax representa en promedio el 72.87% del total de casos, falciparum el 18.85%, Malariae el 0.01%, Malaria mixta el 0.34% y Casos probables el 7.93%. Estos valores han sido

aportados por la Estrategia Regional de Malaria y OEM.

La mayor proporción de casos probables se han reportado en localidades que se encuentran en lugares de difícil acceso geográfico (zonas de alta dispersión).

### Malaria por Plasmodium vivax:

Durante el año 2007 se han reportado 29309 casos de malaria vivax, según la Oficina de Epidemiología.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En el mapa de riesgo de malaria por Plasmodium vivax se observa que afecta con mayor intensidad en los distritos de la provincia de Maynas. Estos distritos se encuentran en Muy Alto Riesgo con IPAs que llegan incluso a 704.90 por 1000 hab. (distrito Soplin Vargas).

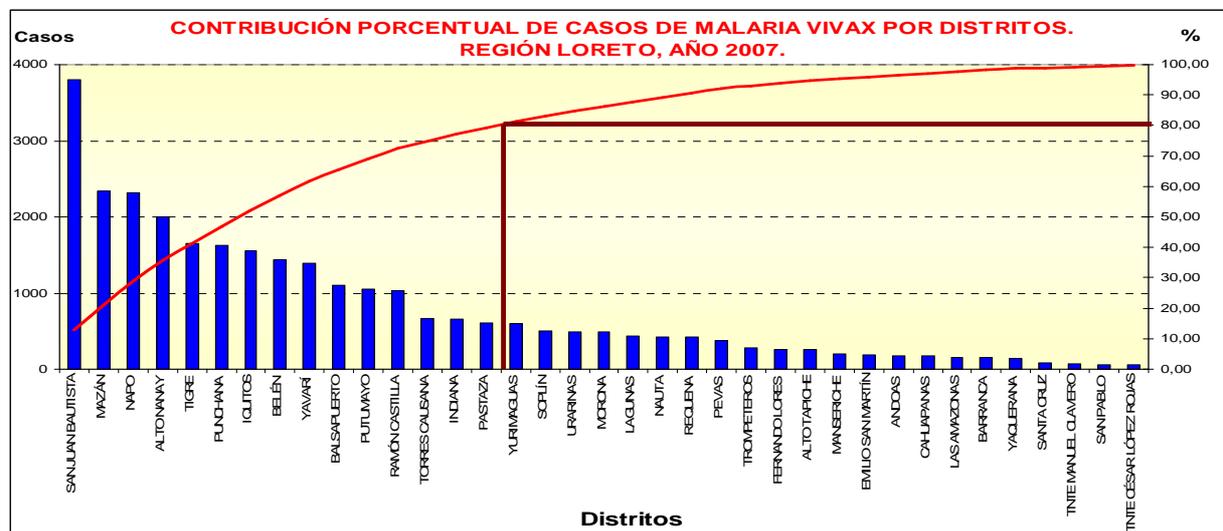
La Incidencia Acumulada regional es de 30.93 por 1000 hab. Durante el año 2007, 49 distritos de la región Loreto han reportado casos autóctonos de malaria vivax.

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).

Los distritos que han reportado más casos son: San Juan Bautista (3802 casos), Mazán (2335), Napo (2319), Alto Nanay (1995) y Tigre (1646).

### Gráfico N° 2.24.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

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.

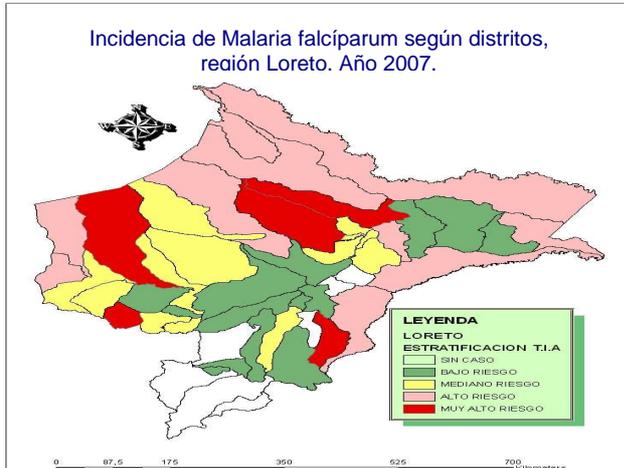
Cabe mencionar que los 04 distritos de la ciudad de Iquitos aportaron el 28.75% del total de casos de la región, siendo el distrito San Juan Bautista el que aporta la mayor cantidad (12.97%).

### Malaria por *Plasmodium falciparum*:

Durante el año 2007, en la Oficina de Epidemiología, se ha registrado 7655 casos de malaria falciparum.

En el mapa de riesgo de malaria por *Plasmodium falciparum*, 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.

Gráfico N° 2.25.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

La Incidencia Acumulada regional es de 8,079 x 1000 hab.

Durante el año 2007, 44 distritos (86.27%) de la región Loreto han reportado casos autóctonos de esta enfermedad.

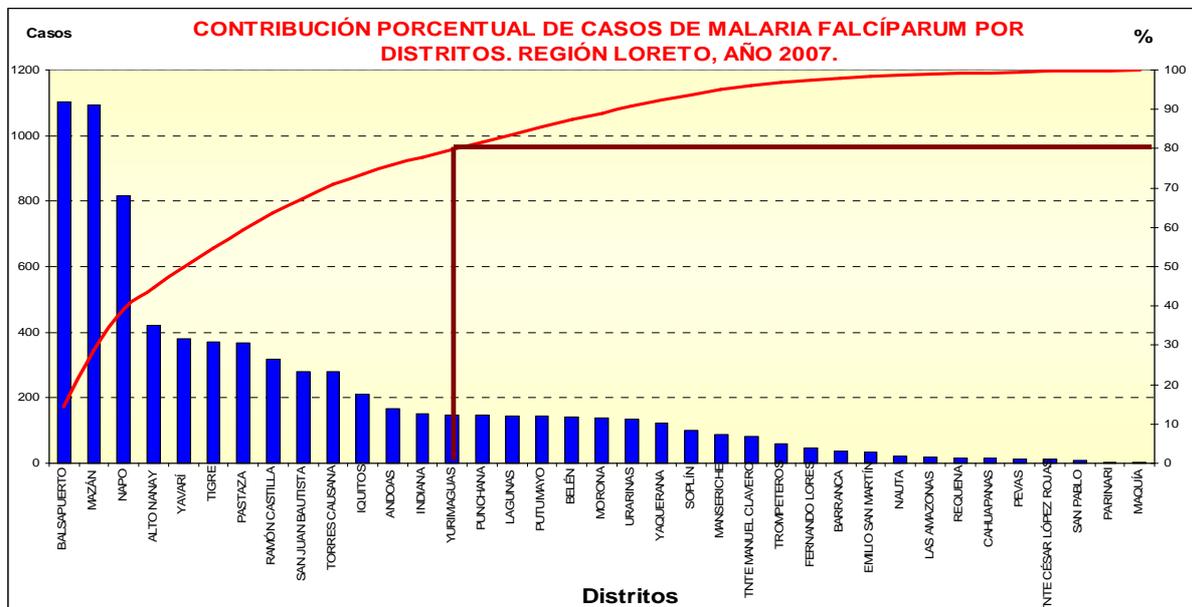
Según el IPA, 03 distritos se encuentran en **Alto Riesgo**, 21 en **Mediano Riesgo**, 20 en **Bajo Riesgo** y 07 distritos se clasifican como **Sin Riesgo**.

Los distritos que aportaron más casos son: Balsapuerto (1102 casos), Mazán (1092), Napo (817), Alto Nanay (421) y Yavarí (379).

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.

Los distritos más afectados tienen algunas características comunes, presentan escasa población y altamente dispersa, predominio de la agricultura y actividades extractivas.

Gráfico N° 2.26.

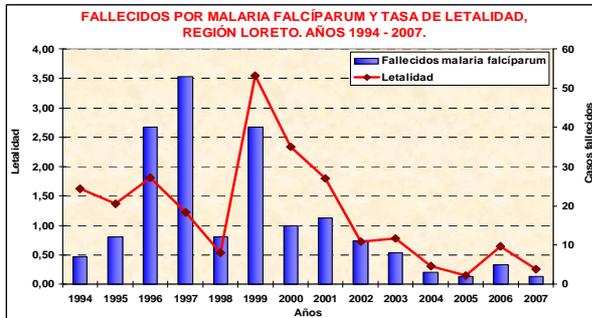


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

### 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.

Gráfico N° 2.27.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En el año 2007 se han registrado 02 fallecidos por malaria falcíparum. Las edades de los fallecidos fueron 01 y 04 años de edad, procedentes de los distritos Tigre y Torres Causana. El diagnóstico de fallecimiento, en ambos casos, fue malaria cerebral.

Hubo un retardo en el reconocimiento de los signos de alarma por los familiares y la necesidad de acudir a un establecimiento de salud.

Se ha tenido el reporte de casos fallecidos con malaria vivax, se trata de personas que han presentado otras patologías de fondo y

que al presentar malaria vivax, esta se ha visto complicada por la enfermedad crónica de fondo.

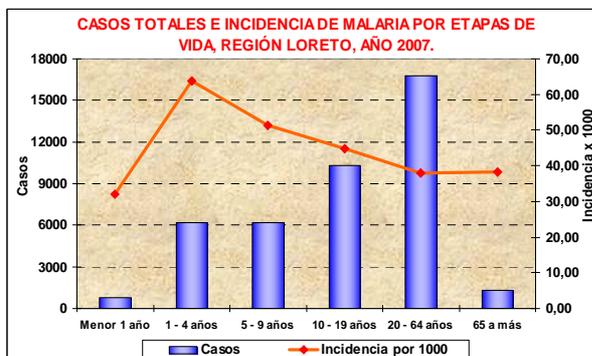
En términos generales no se ha reportado de muertes atribuidos directamente a malaria vivax.

### Grupos de edad afectados:

El mayor número de casos totales de malaria se concentra en la etapa Adulto (16798 casos), seguido de Niño (13108), Adolescente (10293) y Adulto Mayor (1302).

Las Tasas de Incidencia son mayores para la etapa Niño con 54.39 por 1000 hab., seguido de Adolescente (44.91 por 1000 hab.), Adulto Mayor (38.31 por 1000 hab.) y Adulto (37.89 por 1000 hab.).

Gráfico N° 2.28.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Estos valores observados confirman que el predominio, en general, de la transmisión de la malaria, en la región Loreto, es de tipo peridomiciliar, por las costumbres de la zona rural de socializar y realizar actividades rutinarias (bañarse, trabajar, vida social, etc.) en horas de mayor densidad anophelínica (6 a 8 p.m.).

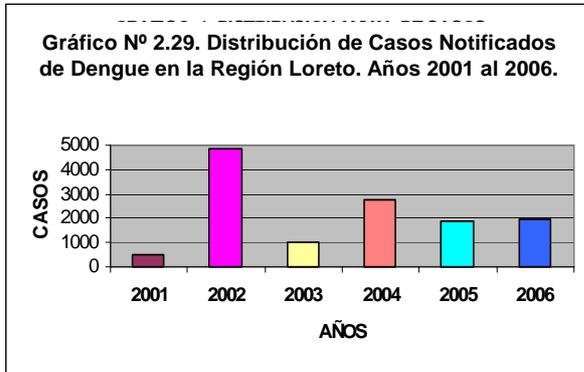
El vector principal vector de esta enfermedad es el Anopheles darlingi en las provincias de Loreto, Maynas, Ramón Castilla y Ucayali, mientras que el Anopheles benarrochi en las provincias Alto Amazonas y Datem del Marañón.

### 2.3.2.2 DENGUE.

**Antecedentes.** El dengue es una enfermedad viral que puede evolucionar en forma asintomática o presentar síntomas como proceso febril diferenciado. Es conocida como “fiebre rompe huesos” que en zonas urbanas es transmitida al hombre por el mosquito *Aedes aegypti*.

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.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Desde el año 2001 al 2006, se han reportado 12,959 casos de dengue, siendo los años 2002 y 2004 los de mayor reporte, con 4853 y 2732 casos respectivamente. Ambos constituyeron brotes de esta enfermedad y causaron casos fatales. En el año 2004 se tuvo los primeros reportes de casos de dengue hemorrágico (05 casos), para luego ir presentándose en el año 2005 (04 casos) y 2006 (03 casos).

**Tabla Nº 2.9. Total de Casos de Dengue, Dengue Hemorrágico y Fallecidos en la Región Loreto. Años 2001-2006.**

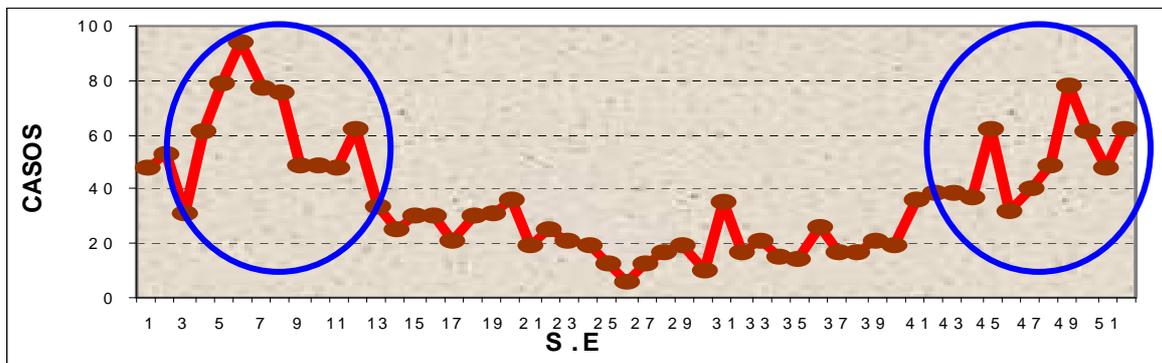
Año	Total de Casos	Dengue Hemorrágico	Fallecidos
2001	522	0	2
2002	4853	0	0
2003	1029	0	0
2004	2732	5	1
2005	1886	4	0
2006	1930	3	1
<b>Total</b>	<b>12952</b>	<b>12</b>	<b>4</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Del año 2001 al 2006 se reportaron 12 casos de dengue hemorrágico, todos ellos fueron confirmados, así mismo en esa etapa fallecieron 04 personas: el 2001 (02 fallecidos) estos casos tuvieron una clasificación final de dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas, dado que no cumplían los 04 criterios propuestos por la OMS, el 2004 (01 fallecido) y el 2006 (01 fallecido). Estos 02 últimos si fueron clasificados como Dengue Hemorrágico.

#### Situación en el año 2007:

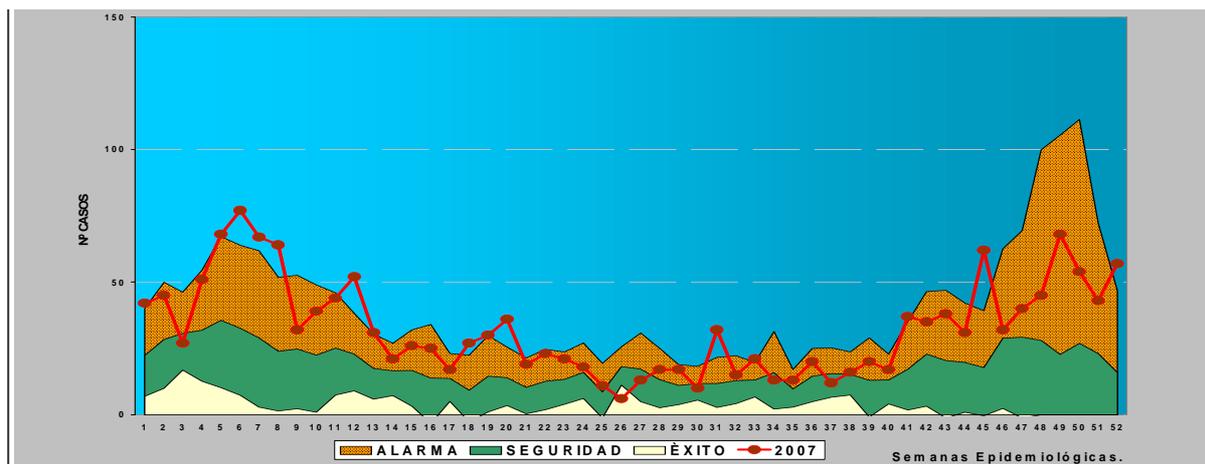
**Gráfico Nº 2.30. Casos de Dengue Reportados según Semanas Epidemiológicas en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

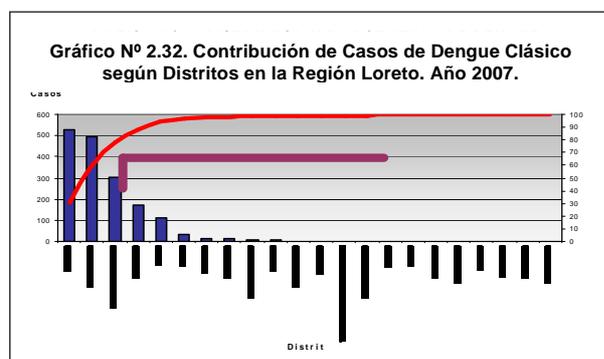
El dengue persiste en la región Loreto por múltiples factores, entre ellos el incremento del índice ácido, favorecidos por la alta pluviosidad, hábitos inadecuados de la población respecto a la presencia de inservibles en el hogar, manejo de recipientes servibles, etc. En el año 2007 se reportaron 1,701 casos de dengue clásico y 18 casos de dengue hemorrágico (12 confirmados y 06 probables). No se ha producido ningún fallecimiento por esta causa. Se puede observar que en el primer trimestre hubo un primer brote, llegando a reportarse más de 90 casos semanales. Este brote duró hasta fines de marzo. A partir de la semana 44 se observa nuevamente un ascenso en el reporte de casos, coincidente con la época de invierno loretoano (incremento de criaderos).

**Gráfico N° 2.31. Canal Endémico de Casos de Dengue Clásico según Semanas Epidemiológicas en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

El canal endémico del año 2007, nos muestra en las primeras semanas ingresamos a la zona de **ALARMA**, llegando a zona de **EPIDEMIA** en la semana N° 5, permaneciendo por 04 semanas consecutivas. Luego se observa un descenso parcial, oscilando entre las zonas **ALARMA** y **EPIDEMIA**, durante todo el año.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Tabla N° 2.10. Casos Totales de Dengue y Dengue Hemorrágico según Distritos en la Región Loreto. Año 2007.**

DISTRITOS	DENGUE	DENGUE HEMORRAGICO
IQUITOS	528	2
YURIMAGUAS	496	13
SAN JUAN BAUTISTA	305	0
PUNCHANA	169	2
BELEN	112	1
OTROS DISTRITOS	91	0
<b>TOTAL</b>	<b>1701</b>	<b>18</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

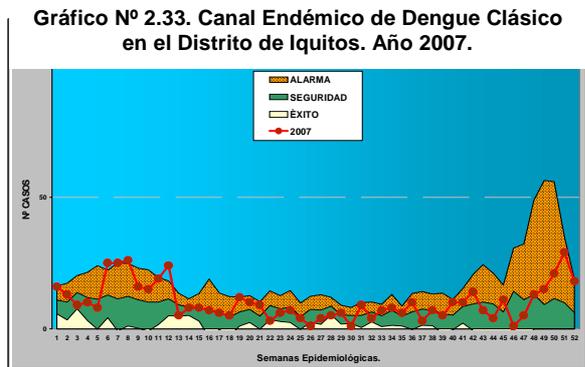
La distribución porcentual por distritos nos indica que el 80% de los casos de dengue se encuentran en tres distritos de los 51 existentes en la región, estos son: Iquitos (31.04 % del total de casos), Yurimaguas (29.16%) y San Juan Bautista (17.93%), Punchana, Belén y Nauta son los que le siguen en orden descendente de casos. Se observa además la existencia de distritos, sobretodo rurales, que reportan entre 1- 5 casos todo el año.

De los 18 casos de dengue hemorrágico que se reportaron en el año 2007, los distritos más afectados fueron Yurimaguas (13 casos), Iquitos (02), Punchana (02), Belén (01).

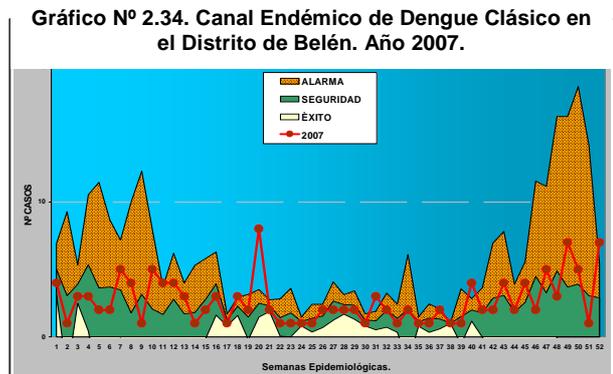
**Dengue en distritos más afectados:** Los distritos de Iquitos, Yurimaguas y San Juan Bautista fueron los más afectados,.

El distrito de Iquitos su tendencia se manifestó en el transcurso del año 2007, en el I trimestre más en la zona de alarma, sin

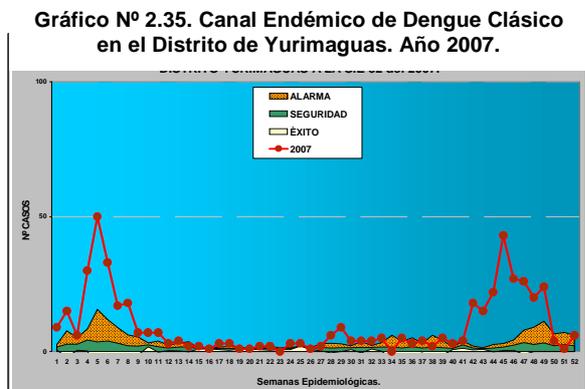
embargo al iniciar, observamos que en distritos de Belén hubo un brote significativo en la semana 20, y las demás semanas se mostraron con tendencias dentro del canal endémico en zonas de seguridad y alarma.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

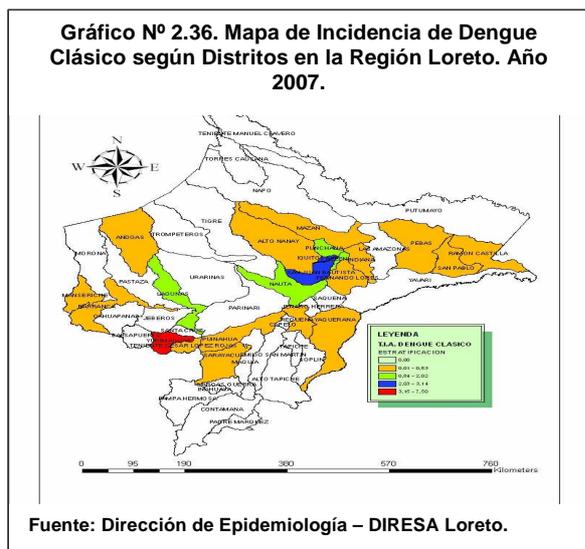


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

El distrito de Yurimaguas, presentó dos brotes significativos en el I y IV trimestre, iniciándose el primer brote desde la primera semana, para alcanzar el máximo de 50 casos en la semana epidemiológica Nº 5 (del 28 de enero al 03 de febrero), ubicándose en todas las semanas del brote en la zona epidémica, en el IV trimestre se observó también un incremento de casos que no superó al del I trimestre; En esta oportunidad los casos se comenzaron incrementar a partir de la 42ava semana epidemiológica, llegando a tener su máximo pico en la semana 45, con al menos 40 casos, disminuyendo considerablemente en las próximas y finales semanas epidemiológicas del año 2007.

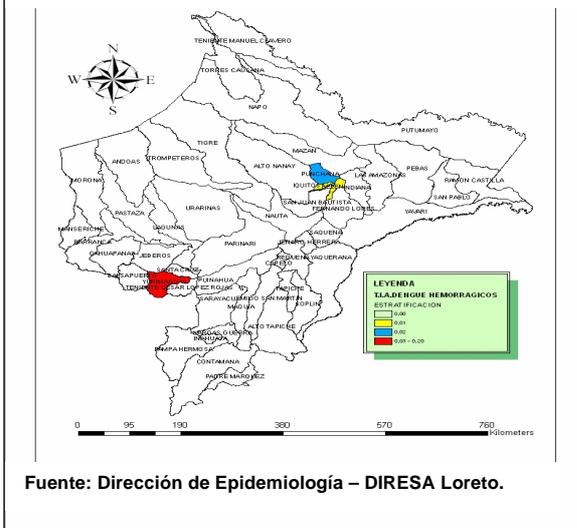


Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

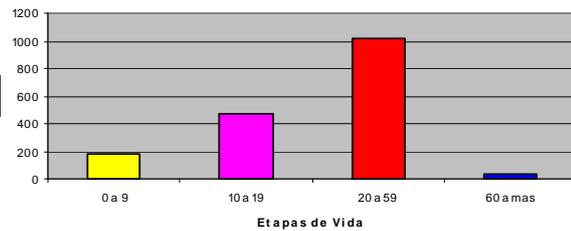
Estos brotes epidémicos coinciden con la temporada de lluvias e incremento del nivel del río en la región Loreto.

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.

**Gráfico N° 2.37. Mapa de Incidencia de Dengue Hemorrágico según Distritos en la Región Loreto. Año 2007.**



**Gráfico N° 2.38. Casos de Dengue según Etapas de Vida en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Dengue por etapas de Vida y por Género:**

Del los 1701 casos de dengue en la región Loreto en el presente año, se puede observar la existencia de 1014 casos en la etapa de vida Adulta, seguido de la etapa Adolescente. Las etapas de vida extremas (Niño y Adulto Mayor) son los menos afectados.

Con respecto a la distribución por sexo, se observa un predominio del sexo masculino (51%) sobre el femenino (49%). La exposición es similar en ambos sexos; exposición laboral cotidiana como la agricultura, pesca, etc. en general actividades extractivas, así como el desplazamiento hacia zonas espesas de frondosa de la selva.

**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.

**El Vector.**

La región Loreto registra la presencia de *Aedes aegypti* desde 1984, siendo la ciudad de Iquitos el primer lugar de registro, posteriormente este vector se ha expandido hacia localidades periféricas en las diferentes cuencas amazónicas, lo que hace difícil su erradicación. Así, en la actualidad, son 20 las localidades de la región Loreto en las cuales se ha reportado la presencia de este vector, las mismas que se encuentran distribuidas en 20 distritos y en las 7 provincias que conforman el departamento.

Así mismo, los Índices Aédicos más elevados se registran en las capitales de distrito, encabezando la lista, los distritos que pertenecen a la ciudad de Iquitos (Iquitos, San Juan, Punchana y Belén), seguidos por las ciudades de Yurimaguas, Nauta, Mazán, Indiana y Contamana.

**Tabla N° 2.11. Localidades Infestadas con *Aedes aegypti* en la Región Loreto. Año 2007.**

PROVINCIA	N°	DISTRITO	LOCALIDAD	DETECCION
MAYNAS	1	Iquitos, Punchana, Belén	Iquitos-ciudad	1984
	2	San Juan	Quistococha	Febrero 2000
			Zungarococha	Febrero 2000
	3	Fernando Lores	Tamshiyacu	Abril 2002
	4	Indiana	Indiana	Julio 1998
5	Mazán	Mazán	Marzo 2004	
LORETO	6	Nauta	Nauta	1990
	7	El Tigre	Intuto	Agosto 2004
	8	Painari	Saramuro	Mayo 2004
REQUENA	9	Requena	Requena	Junio 1998
	10	Genaro Herrera	Genaro Herrera	Diciembre 1999
UCAYALI	11	Contamana	Contamana	1988
	12	Vargas Guerra	Orellana	Octubre 1999
	13	Sarayacu	Juancito	Junio 2001
RAMON CASTILLA	14	Ramón Castilla	Caballococha	Marzo 2003
	15	San Pablo	San Pablo	1993
DATÉN	16	Barranca	San Lorenzo	Agosto 1998
	17	Manseriche	Saramiriza	Abril 2001
A. AMAZONAS	18	Yurimaguas	Yurimaguas	1988

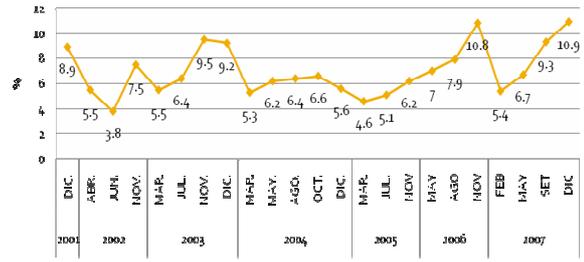
Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

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 tratamiento de los depósitos de almacenamiento de agua entre otros, lo cual, es favorecido por la alta pluviosidad que caracteriza a la región.

Durante el mes de Diciembre del 2007 se registraron indicadores aédicos alarmantes en la ciudad de Iquitos, que constituyen un motivo de preocupación dado el alto riesgo que esto significa, ya que 26 de estos 30 sectores cuentan con un Índice Aédico por encima de 5%, y 10 de ellos presentan IA >10%, considerados de muy alto riesgo para la transmisión de dengue.

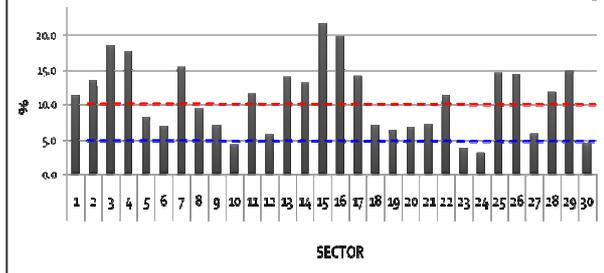
En cuanto a los distritos, el que muestra el Índice Aédico más elevado en el mes de diciembre del 2007 es Punchana (15%), seguido por Iquitos (11.6%) y San Juan (9.4%), siendo que el distrito de Belén registró el IA más bajo (6.8%). Los demás indicadores muestran un patrón similar.

**Gráfico N° 2.39. Índices aédicos en la ciudad de Iquitos. Años 2001 al 2007.**



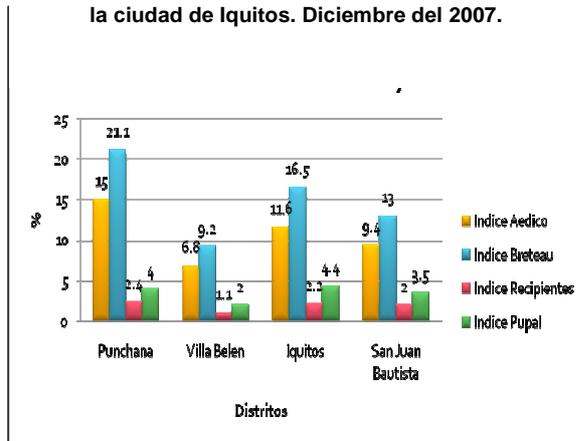
Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.40. Índice aédico registrado en la ciudad de Iquitos. Diciembre del**



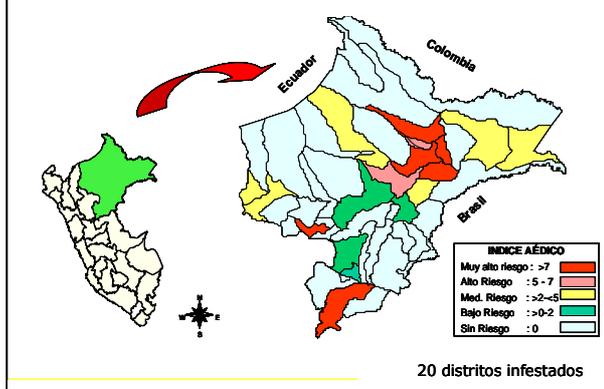
Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.41. Resultado de la Encuesta Aédica en la ciudad de Iquitos. Diciembre del 2007.**



Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.42. Mapa de Riesgo por Índice Aédico según Distritos en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

**Criaderos preferenciales del vector:**

Los recipientes preferenciales del vector han ido variando con el tiempo como resultado del cambio de comportamiento del *Aedes aegypti* ante la presión de los recipientes convencionales con el trabajo permanente de tratamiento focal.

Hasta el año 2004, los depósitos preferenciales se encontraban concentrados en los inservibles que constituían el 24% de ellos, que junto con las llantas que también son considerados como inservibles o en desuso, hacían en total un porcentaje de 35% del total de depósitos. Hacia el año 2007, esta preferencia ha ido variando, registrándose en la actualidad 10% de inservibles que junto con las llantas hacen un total de 14%.

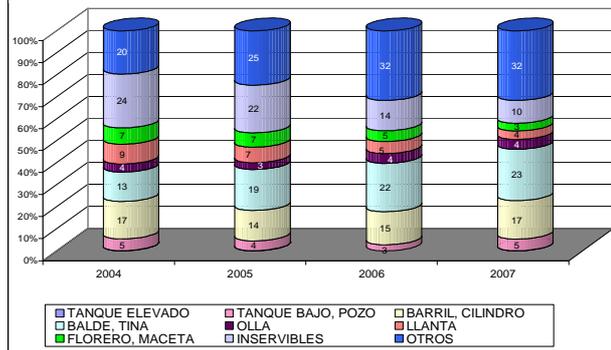
Así mismo, los “otros servibles”, considerados a aquellos “varios” o “misceláneos” que no se detallan en los formatos de registro convencionales validados a nivel nacional, pero que en la actualidad constituyen un grave problema para el control del dengue en la ciudad, ya que

dependen directamente del cuidado de la población. Estos representaban un 20% en promedio en todo el año 2004, sin embargo, en la actualidad, representan un 32% de todos los recipientes registrados y por ende son los focos más importantes del vector.

Al mismo tiempo, los inservibles han sufrido una gran disminución de más o menos el 50%, por lo que la actividad de recojo de inservibles por sí sola no tiene el impacto suficiente como para disminuir los IA.

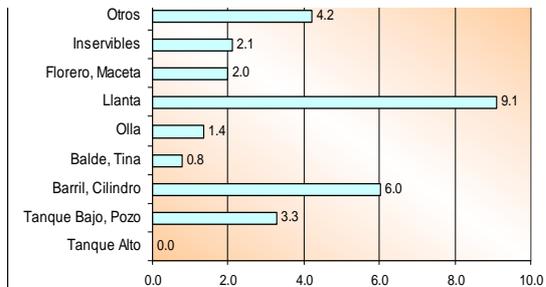
Si comparamos los depósitos servibles e inservibles en el tiempo respecto a la preferencia del vector, en el año 2004 se observa que los servibles representaban un 67% de los recipientes positivos registrados, llegando a aumentar en aproximadamente 20% a la

**Gráfico Nº 2.43. Tipo de Recipientes en las que se desarrolla el Aedes aegypti, en la ciudad de Iquitos. Años 2004 al 2007.**



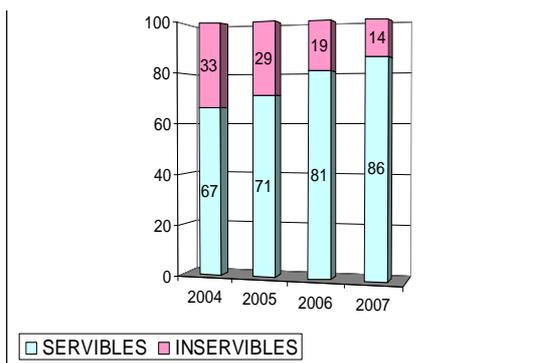
Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

**Gráfico Nº 2.44. Índice de Recipientes por Tipo de Depósito en la ciudad de Iquitos. Diciembre del 2007.**



Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

**Gráfico Nº 2.45. Evolución de Positividad de Materiales Servibles e Inservibles en la ciudad de Iquitos. Años 2004 al 2007.**



Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

fecha, indicando que la disminución de los Índices Aédicos depende directamente del cuidado que la población pueda tener con sus depósitos para almacenar agua.

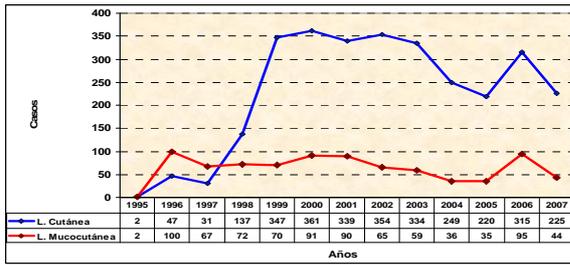
En cuanto al Índice de recipientes por depósitos, podemos observar que en el mes de diciembre, los más infestados fueron las llantas, mostrando que el 9.1% de estos depósitos se encuentran con larvas del vector, seguido por los barriles o cilindros (6%), los otros servibles (4.2%) y los tanques bajos o pozos (3.3%).

Control vectorial: En el año 2001 se llevó a cabo solamente un ciclo de intervención mediante la estrategia de tratamiento focal o abatización casa por casa en los 30 sectores de la ciudad de Iquitos. Sin embargo, desde octubre del 2002 se viene llevando a cabo la actividad en forma continua, interviniéndose en dicho año durante 3 veces consecutivas. Entre el 2004 y el 2006 se incrementaron el número de intervenciones por año (5 anual), y en el 2007 se han registrado 4 intervenciones debido a varios factores como es el crecimiento de la ciudad y por ende el incremento de viviendas.

### 2.3.2.3 LEISHMANIASIS.

La Leishmaniasis es una enfermedad endémica en la región Loreto, debido a las condiciones socioeconómicas prevalentes en la región. Esta enfermedad se reporta oficialmente a partir del año 1995 hasta la actualidad.

**Gráfico N° 2.46. Casos de Leishmaniasis Cutánea y Mucocutánea Notificados en la Región Loreto. Años 1995 al 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Desde el año 1995 al 2007 se han reportado 3787 casos de Leishmaniasis, de los cuales 2961 (78.19%) son Cutáneas y 826 (21.81%) Mucocutáneas.

Los años que más casos han reportado son 2000 (452 casos), 2001 (429) y 2003 (419).

Como se observa en el cuadro la notificación de casos de L. Mucocutánea superó a la Cutánea los años 1995, 1996 y 1997, para luego ser superado ampliamente por la L. Cutánea.

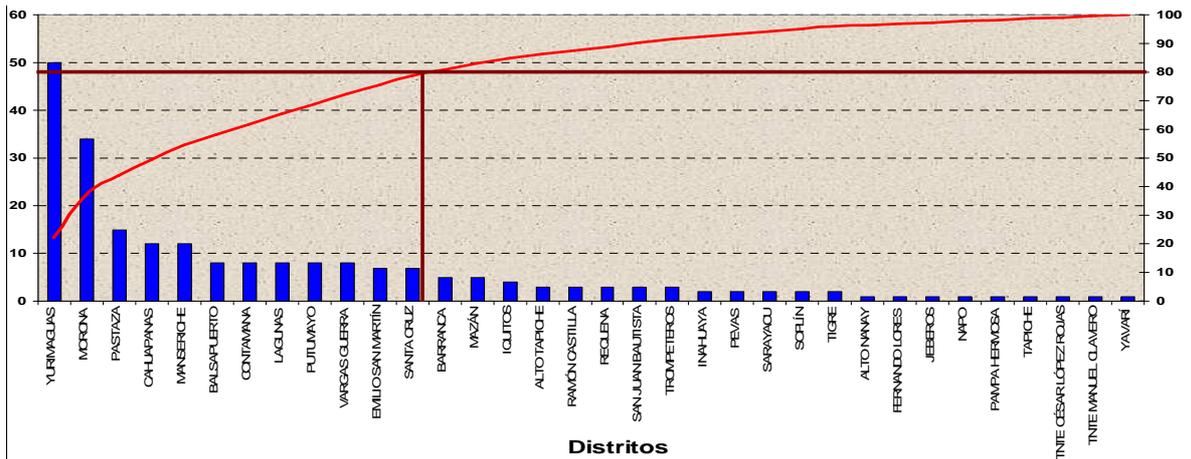
Del total de casos reportados 1857 (49.04%)

son confirmados y 1930 (50.96%) probables.

**Leishmaniasis Cutánea:**

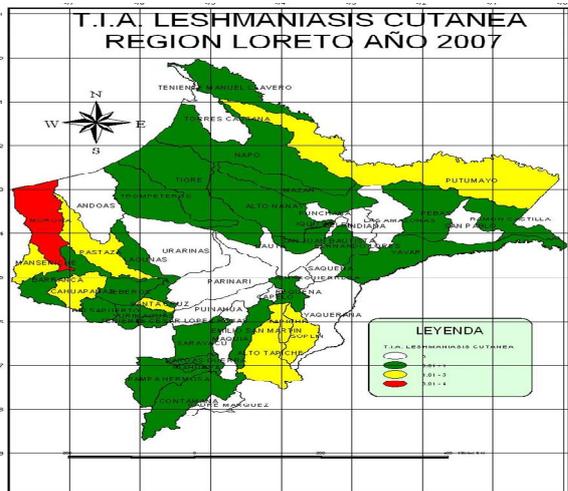
Durante el año 2007 se ha reportado 225 casos, de los cuales 74 son confirmados y 151 probables.

**Gráfico N° 2.47. Contribución Porcentual de Casos de Leishmaniasis Cutánea según Distritos en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.48.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Las provincias que ha reportado más casos son: Datem del Marañón (78 casos), Alto Amazonas (75), Maynas (24) y Ucayali (21).

En total 34 distritos han reportado casos autóctonos de L. Cutánea, siendo los más importantes: Yurimaguas (50 casos), Morona (34), Pastaza (15), Cahuapanas (12) y Manseriche (12).

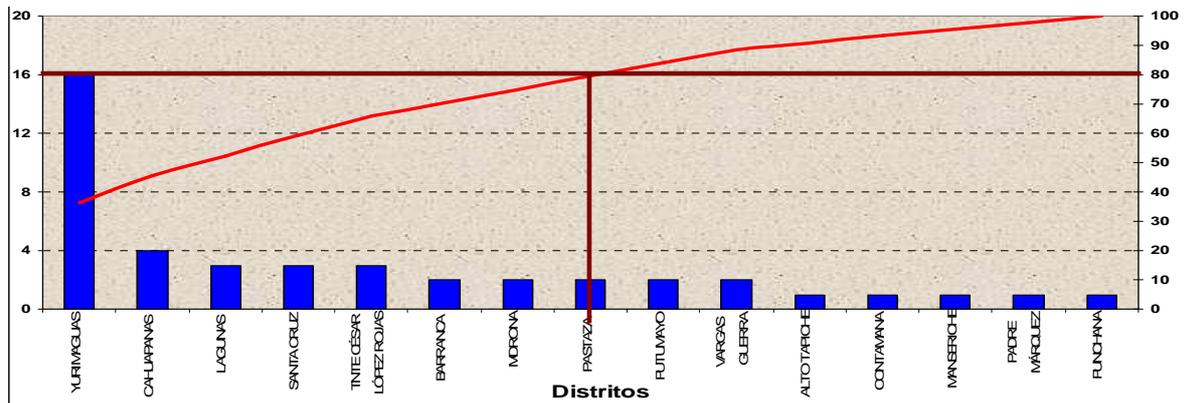
De acuerdo al sexo: 161 son varones (71.56%) y 64 mujeres (28.44%).

La Incidencia acumulada es como sigue: Etapa Niño (0.5 por 10000 hab.), Adolescente (2.62), Adulto (3.25) y Adulto Mayor (2.65). Se observa un predominio de las etapas adulto y adulto mayor, lo que concuerda con los factores condicionantes para esta enfermedad.

### Leishmaniasis Mucocutánea:

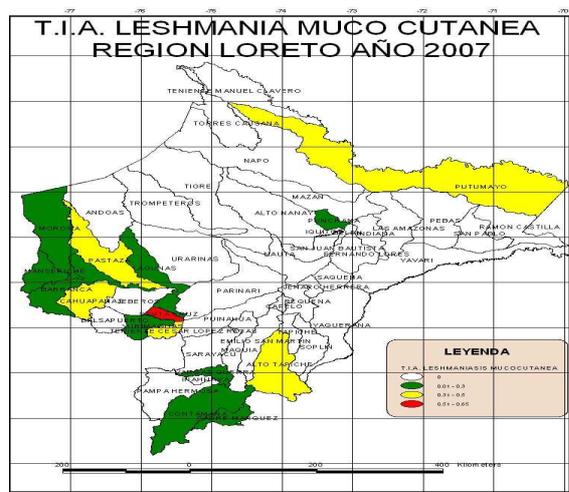
En el año 2007 se han reportado 44 casos, de los cuales 09 son confirmados (20.45%) y 35 probables (79.55%). El diagnóstico de casos confirmados viene disminuyendo debido a la deficiente capacidad de realizar los exámenes de laboratorio, por tal motivo se están otorgando tratamiento a los casos probables en zonas periféricas.

**Gráfico N° 2.49. Contribución Porcentual de Casos de Leishmaniasis Mucocutánea según Distritos en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.50.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Durante el presente año, 15 distritos (29.41%) han reportado casos autóctonos, siendo los más importantes: Yurimaguas (16 casos), Cahuapanas (04), Lagunas (03) y Teniente César López Rojas (03).

Con respecto a la edad, la etapa de vida más afectada es el Adulto (6.77 casos por 100,000 hab.), seguido de Adolescente (3.05), Adulto Mayor (2.94) y Niño (2.49).

En la contribución porcentual por distritos, se observa que 08 de ellos han reportado el 79.54% del total de casos.

### 2.3.2.4 INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL, VIH Y SIDA.

**Gráfico N° 2.51.**



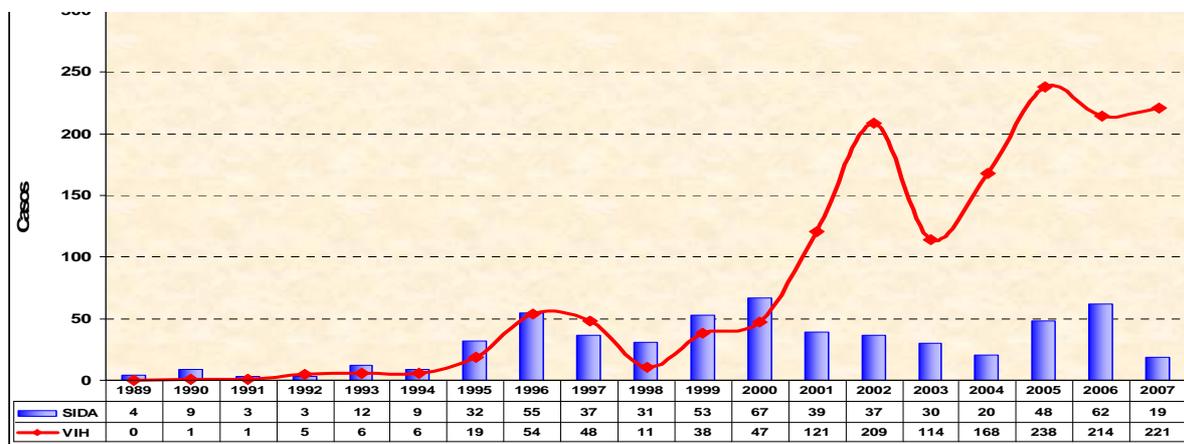
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En la región Loreto, el primer caso de VIH fue reportado en 1989 en el distrito de Iquitos. En el año 2006, 04 distritos (Iquitos, San Juan Bautista, Balsapuerto y Yurimaguas) reportaron casos de VIH y SIDA. Para 1997 fueron 10 distritos los que notificaron este daño y en el 2004 fueron 17 distritos.

En el año 2007, Loreto fue considerada la cuarta región más afectada con el VIH, después de Lima, Callao e Ica.

En Loreto, hasta el año 2007, se ha reportado 566 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia. A nivel de provincias, Maynas reportó el 87.5% de casos de SIDA, seguida de Alto Amazonas (5.8%); a nivel de distritos el 85.5% de casos son reportados en tres distritos: Iquitos (429 casos), Yurimaguas (26) y Punchana (25).

**Gráfico N° 2.52. Casos de VIH y SIDA en la Región Loreto. Años 1983 al 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En Loreto se han reportado 1521 casos de VIH, desde el inicio de la epidemia hasta el año 2007.

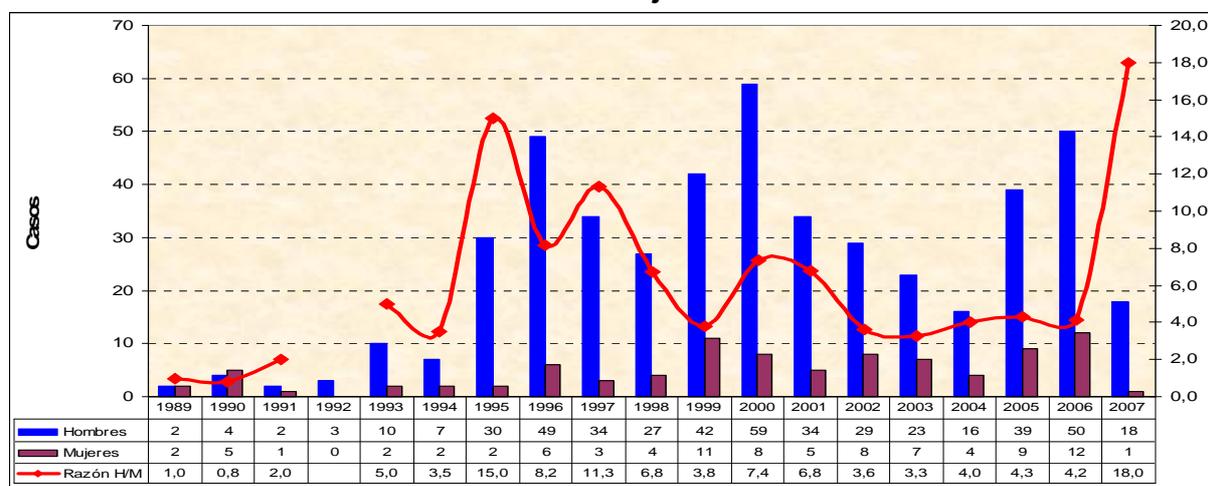
A partir del año 2001, luego de un comportamiento estable, se observa que el reporte de los casos de VIH se ha incrementado en forma progresiva, debido a la implementación de los programas de prevención y control de esta enfermedad en el Ministerio de Salud.

La ciudad de Iquitos actualmente se encuentra en epidemia concentrada (seroprevalencia de VIH >5% en GEPETS y <1% en gestantes).

En la región Loreto, las principales vías de transmisión son: sexual (93% de los casos de SIDA) y parenteral (1%). En el 6% de los casos reportados se desconoce la vía de transmisión. Las relaciones sexuales no protegidas son la más importante forma de exposición en la región Loreto.

El perfil de la epidemia entre los hombres y las mujeres ha mostrado cambios importantes: en el año 2007, el 83.9% de los casos fueron de sexo masculino y la razón hombre/mujer fue de 18:1

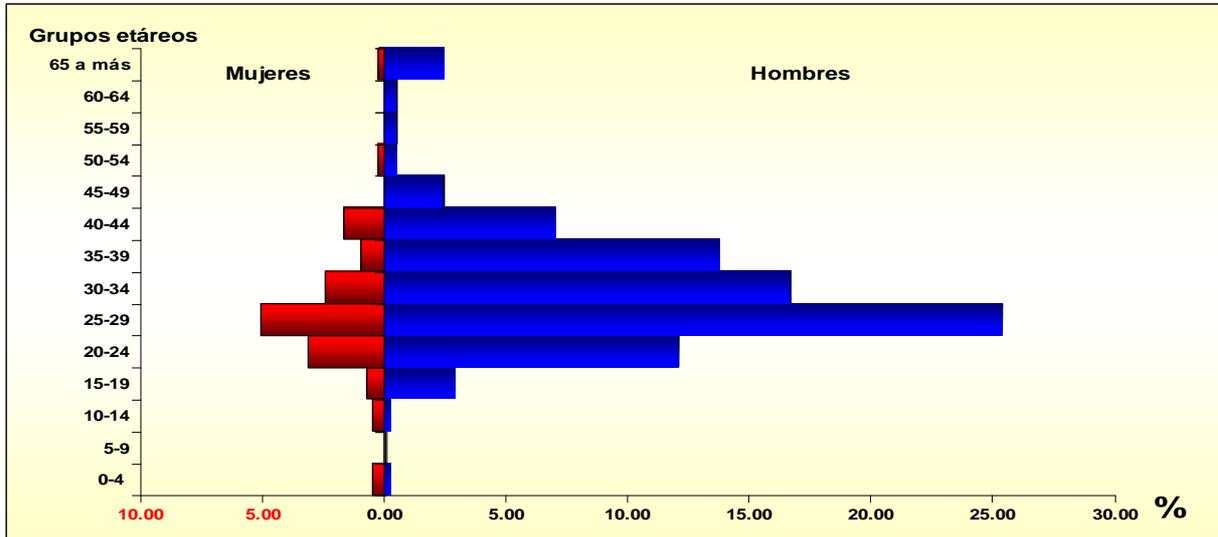
**Gráfico N° 2.53. Evolución de la razón Hombre/ Mujer de Casos de Sida: 1989-2007**



Fuente: Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA.

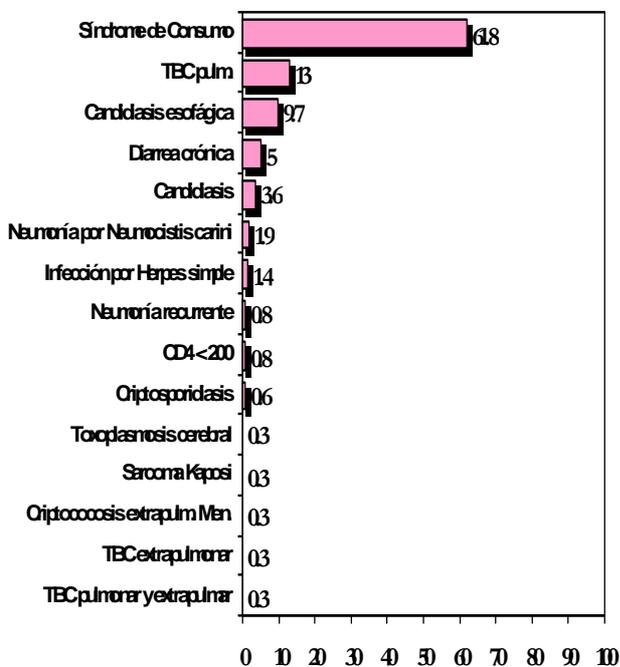
Al evaluar los casos de SIDA de acuerdo a edad y sexo, podemos apreciar que la mayoría de casos se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva: 20 a 39 años de edad, mostrando nuevamente que los hombres son los más afectados en comparación que las mujeres.

**Gráfico N° 2.54.**  
**Casos de SIDA según Grupos Etáreos y Sexo. Región Loreto. Años 1989-2007**



Fuente: Dirección de Epidemiología - DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.55. Enfermedades Indicadoras de SIDA en la región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología/Estrategia Sanitaria - DIRESA.

En el acumulado de casos de SIDA reportados en Loreto, la principal enfermedad indicadora para este diagnóstico es el Síndrome de Consumo que corresponde a más del 60% de los casos, siguen en importancia los casos con Tuberculosis, Candidiasis y cuadros de Diarreas Crónicas.

Cabe mencionar que en Loreto existe un importante factor social: la discriminación a las personas portadoras de esta infección o enfermedad, lo que condiciona, en gran proporción, un diagnóstico tardío de la enfermedad.

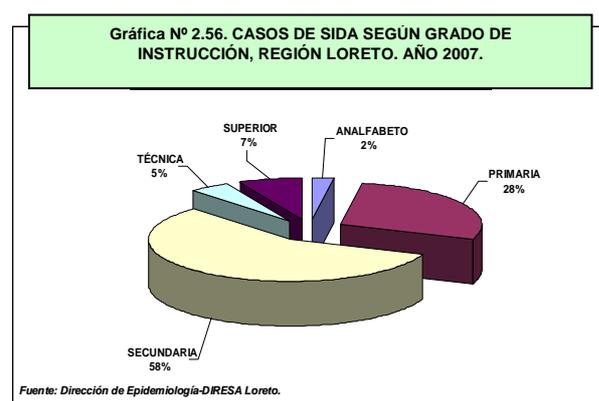
Por otro lado, según los resultados de este estudio, la epidemia en Loreto tiene una tendencia a la generalización, con prevalencia poblacional de 1.33% entre los varones y 0.96% entre las mujeres, es especialmente dramático el hecho que la prevalencia del VIH en la población de varones de Loreto es tres veces mayor que las de otras ciudades del país (que en promedio tienen 0.46%) y entre las mujeres esta situación es cerca de ocho veces mayor (0.13% en las otras ciudades). Una condición similar se observa en el comportamiento de las ITS.

**Tabla N° 2.12. Transmisión Vertical de VIH según grupo etáreo en la región Loreto. Año 2007.**

Condición	DIAGNOSTICADAS			Total	%
	10-19a		20-49a		
	10-14a	15-19a			
Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba rápida	222	3760	9960	13,942	
Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba rápida reactiva	1	10	38	49	0.35%
Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba Elisa	23	350	894	1,267	
Nº de gestantes tamizadas para VIH durante el control prenatal con prueba Elisa reactiva	0	7	14	21	1.66%
Nº de gestantes tamizadas para VIH durante CPN	245	4,110	10,854	15,209	
Nº de gestantes tamizadas para VIH durante CPN reactivas	1	17	52	70	0.46%

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

El 75% de las Personas Viviendo con VIH y Sida (PVVS) se encuentra entre los 20 y 39 años de edad. Según estimaciones de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control del VIH y Sida de la DIRESA Loreto hasta noviembre del 2007, existen 08 niños (03 varones y 05 mujeres) que viven con el VIH y reciben TARGA.



De acuerdo al sexo el 83.8% son varones y el 16.2% mujeres; y según el grado de instrucción el 58% de casos tienen secundaria completa, el 28% primaria y el 7% estudios superiores.

Por otro lado, según los datos de la ESR PC ITS, VIH y Sida de la DIRESA Loreto, obtenidos de los 03 hospitales que brindan TARGA a nivel regional (Hospital Felipe Santiago Arriola Iglesias, César Garayar García y Santa Gema) , existen 328 PVVS controlados, de las cuales 243 (74%) reciben tratamiento antiretroviral de gran

actividad (TARGA) a noviembre del 2007, así mismo, los 85 casos en condición de NO TARGA, son pacientes que no cumplen criterios o están en proceso de completar los criterios para el ingreso.

**Descarga Uretral.** En el período del 2000 al 2007 ocupó el 3.89% del total de ITS, con 6087 casos. El comportamiento en los años muestra incrementos positivos de casos en los años 2002 y 2006, llegando hasta en 11% en el 2006; además presenta caídas importantes en los años 2001, 2003, 2004 y 2005. El tratamiento de esta enfermedad en los años 2005 y 2006 alcanza al 100% de los casos.

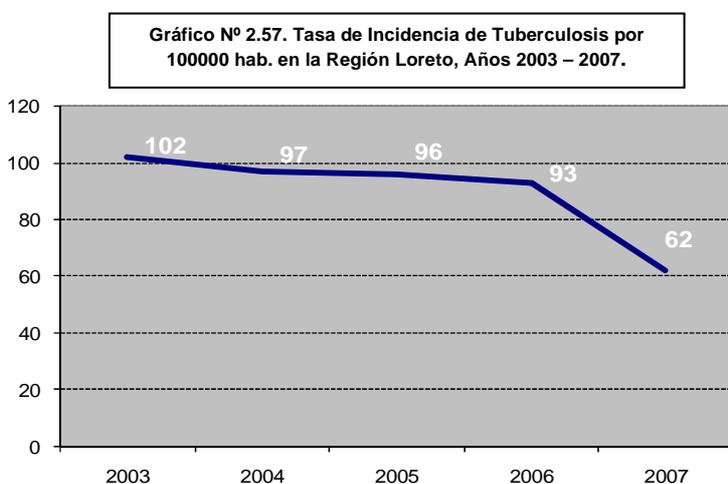
**Úlcera Genital.** Ocupa en varones el sexto lugar con el 1.85%; en el caso de las mujeres, ocupa el décimo lugar con el 0.4%, representando juntos el 1.98% del total de casos de ITS. La úlcera genital tienen una distribución por sexo de 97.6% en hombres con 2901 casos y 2.4% en mujeres con 70 casos, representando un total de 2971 casos desde el 2000 al 2006, de los cuales sólo recibieron tratamiento 2,321 casos, lo que hace una cobertura de 78.1% (Zorrilla, Henry)<sup>1</sup>.

En el periodo del 2000 al 2007, concentraron mayor captación de casos de úlcera genital los años 2000, 2002 y 2006. Asimismo, el análisis del porcentaje de incremento fue positivo sólo en el año 2006 con 51%, respecto del año anterior, los demás años fueron negativos. Por otro lado, se puede observar que el porcentaje de los tratamientos para la úlcera genital tiene como promedio en los años 2005 y 2006 al 100% de los casos.

**Bubón Inguinal.** En mujeres ocupa el décimo lugar con el 0.01%; en varones, el octavo lugar con el 1.23%, representando juntos el 1.24% del total de casos de ITS. El bubón inguinal tiene una distribución por sexo de 83.6% (97 casos) y 16.4% en mujeres (19). La mayor captación de bubón inguinal se da en los años 2000, 2001, 2002 y 2003.

Por otra parte, el porcentaje de tratamientos en el periodo 2000-2007 para el bubón inguinal tiene como promedio el 87% del total de casos diagnosticados; en el año 2003 hubo problemas de información de ese dato, ya que registra 0% de casos tratados.

### 2.3.2.5 TUBERCULOSIS.



Fuente: Estrategia Sanitaria TBC - DIRESA Loreto.

La Tuberculosis, es un marcador del subdesarrollo y está ligada a factores culturales, sociales y económicos, de compleja solución pero también fuertemente relacionada con la escasa aplicación de estrategias de intervención en salud que reduzcan el daño y conduzcan hacia su control como problema de salud pública.

En el mundo se estima que un tercio de la población está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*. Es considerada la principal causa de muerte de origen infeccioso en el mundo y sería responsable de dos millones de muertes anuales (120 mil de las cuales ocurren en América y el Caribe) y del 9% de las defunciones en las mujeres. Más del 75% de las infecciones y muertes ocurren entre los 15 y 50 años.

**Cuadro N° 2.13. Tasa de Incidencia y Morbilidad por Tuberculosis, región Loreto. Años 2003 – 2007.**

AÑOS	Número de casos			Incidencia x 100,000	Morbilidad x 100,000	Incidencia x 100,000
	Nuevos	Total	Bk (+)			
2003	682	794	493	72	84	52
2004	704	843	623	63	91	67
2005	730	887	743	78	95	80
2006	975	1,082	665	102	113	70
2007	927	1,064	595	97	112	62

Fuente: Estrategia Sanitaria TBC - DIRESA Loreto.

En el mundo se estima que un tercio de la población está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*. Es considerada la principal causa de muerte de origen infeccioso en el mundo y sería responsable de dos millones de muertes anuales (120 mil de las cuales ocurren en América y el Caribe) y del 9% de las defunciones en las mujeres. Más del 75% de las infecciones y muertes ocurren entre los 15 y 50 años.

La tuberculosis en la región Loreto a fines de la década del 90 había llegado a una situación de extrema severidad, con altas tasas de incidencia y baja eficiencia técnica en las actividades de control, condicionando a una tendencia epidemiológica y social de mal pronóstico. A pesar de una sub-notificación notoria, los niveles a los que había llegado la enfermedad configuraban un estado endémico en progresión,

con notable merma en la cobertura de tratamiento, ésta no alcanzaba al 50% de los casos diagnosticados. La eficiencia del tratamiento, en el mejor de los casos llegaba al 78%, los abandonos sumaban el 13%, solo existían 255 servicios de salud que prestaban esta atención (Centros, Puestos y Hospitales) del MINSA, desarrollaban acciones de diagnóstico

y tratamiento específico, solo 01 de cada cuatro sospechosos de tuberculosis, eran objeto de un examen bacteriológico para descartar la enfermedad.

En este contexto el gobierno a partir del II semestre del 90 asumió el compromiso político y financiero priorizando el problema de la tuberculosis, reformulando sus Normas, en coordinación y asesoramiento con la OMS/ OPS.

En el período de 2003 – 2007, se ha diagnosticado 4,670 personas que enfermaron con tuberculosis. La tasa de incidencia para tuberculosis ha ido ascendiendo de 72 a 97 x 100,000 habitantes, y de BK (+) de 52 a 62 x 1000,000. En el año 2006 se observó un incremento de 22% de casos en relación al año 2005, esto es debido al incremento de captación de sintomáticos respiratorios y el fortalecimiento del acceso a los análisis de laboratorio.

Se observa un incremento de casos de tuberculosis en el año 2007 en relación al 2006, en los siguientes establecimientos: Micro Redes (Iquitos Norte, Iquitos Sur, Belén, Loreto, Ramón Castilla, Huallaga y Alto Marañón), ESSALUD y Fuerzas Armadas (Ejercito y Naval).

Este aumento puede ser debido al fortalecimiento del sistema de información de los establecimientos de Salud de la DIRESA, y a nivel local la detección de sintomáticos respiratorio y el diagnóstico por laboratorio. Sin embargo este incremento, también podría relacionarse con el incremento de casos de VIH/SIDA.

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, considerado de mayor riesgo, si tenemos en cuenta que este grupo etáreo pertenece la población económicamente activa (PEA).

### 2.3.2.6 LEPROA.

El comportamiento epidemiológico de la Lepra en la región Loreto se circunscribe a las zonas tradicionalmente endémicas, 9 distritos en riesgo, con una población de 401,829 habitantes; se puede afirmar que constituye un problema de Salud Pública Regional. Provincias que tienen prevalencia mayor de 1 x 10,000 habitantes: Alto Amazonas y Ucayali; y Provincias con prevalencia menor de 1 x 10,000 habitantes: Requena y Maynas.

En el Ex - Leprosorio de San Pablo (distrito San Pablo) no ha reportado ningún caso en los últimos 08 años, sin embargo en el año 2002 se ha diagnosticado 03 casos en una familia de la localidad de Pevas (provincia Ramón Castilla).

Tabla Nº 2.14. Casos de Lepra Notificados en la Región Loreto. Años 2003 al 2007.

TIPOS	AÑOS					TOTAL
	2003	2004	2005	2006	2007	
MULTIBACILAR	9	5	7	6	2	29
PAUCIBACILAR	2	1	2	2	0	7
TOTAL	11	6	9	8	2	36
DISCAPACITADOS (Grado 1 y 2 – OMS)	2	1	2	0	1	6

Fuente: Estrategia Sanitaria Regional - DIRESA Loreto.

Desde 2003 al 2007, se han reportado 36 casos nuevos de lepra: (81%) de tipo multibacilar y (19%) de tipo paucibacilar. En el año 2007, se diagnosticaron solo 02 casos de lepra tipo multibacilar, mostrando una disminución de 33% con relación al año 2006, debido a la escasa búsqueda de manchas de piel tipo mácula con pérdida de sensibilidad. La discapacidad que presentan los casos al momento del diagnóstico es preocupante, puesto que está relacionado al diagnóstico tardío, puesto que entre el año 2003 al 2007, el

17% presentan discapacidad.

La Provincia de Maynas y Alto Amazonas reportan el 44% de casos le sigue Ucayali, cabe hacer mención que, aún existe una prevalencia oculta, esto sumado a la idiosincrasia de la población que tiende a esconderse en su comunidad por vergüenza o miedo a la discriminación a la que puede ser víctima.

### 2.3.2.7 RABIA.

La rabia conocida como “hidrofobia”, es una infección viral aguda del sistema nervioso central que ocasiona encefalitis o encéfalo mielititis; representa uno de los daños de importancia en salud pública por la elevada letalidad (100% en humanos y animales). El virus de la rabia pertenece al género Lyssavirus de la familia rabdoviridae. tiene distribución mundial, en el Perú la rabia urbana ha sido enzoótica en muchas regiones. La rabia silvestre es enzoótica en la selva y algunos valles interandinos, como del río pampa, entre las regiones Ayacucho y Apurímac.

#### Rabia Humana Silvestre:

La amazonía constituye un hábitat propicio para la presencia de murciélagos hematófagos, la notificación de mordeduras por murciélagos hematófagos a seres humanos ascienden a 2673 episodios. Las comunidades nativas son las más afectadas, sobretodo aquellas que se encuentran en las provincias de Alto Amazonas (distritos San Lorenzo y Saramiriza), Ramón Castilla y Loreto.

Tabla N° 2.15. Casos de Rabia en Humanos Transmitidas por Murciélagos en la región Loreto. Años 2000 al 2007.

Años	Confirmados	Probables
2000	0	0
2001	0	0
2002	0	0
2003	0	1
2004	0	0
2005	3	0
2006	0	0
2007	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Fuente: Dirección de Zoonosis – DIRESA Loreto.

saliva de animales enfermos.

La tabla N° 2.15 nos muestra que desde el año 2000, se notificaron 04 casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos, 03 fueron confirmados por laboratorio y 01 quedó como caso probable. La letalidad fue del 100%. Según las etapas de vida, 02 casos fueron en Niños (2 y 3 años) y 02 casos en Adolescentes (12 y 13 años de edad).

Tabla N° 2.16. Casos de Rabia en Humanos Transmitidas por Murciélagos en el Perú y Loreto. Años 1990 al 2007.

CASOS DE RABIA HUMANA EN LORETO 1990 - 2007				
	PERU		LORETO	
	URBANA	SILVESTRE	URBANA	SILVESTRE
1990	33	29	0	0
1991	28	9	0	0
1992	22	0	0	0
1993	32	2	0	0
1994	19	22	0	0
1995	6	15	0	15
1996	8	11	1	0
1997	8	4	0	2
1998	3	6	0	0
1999	2	7	0	0
2000	2	2	0	0
2001	0	2	0	0
2002	0	1	0	0
2003	0	2	0	1
2004	0	8	0	0
2005	1	7	0	0
2006	1	2	0	0
2007	0	25	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>154</b>	<b>1</b>	<b>18</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

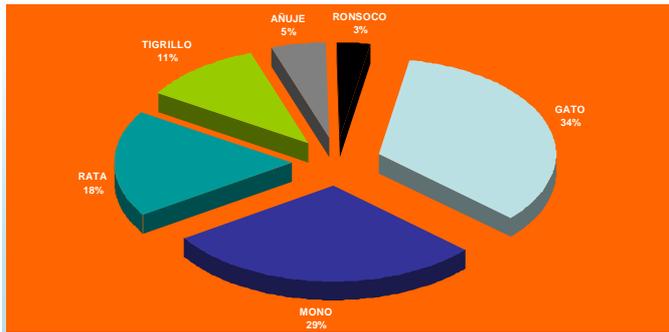
En la década del 90, la Micro Red Alto Marañón fue escenario de brotes epidémicos de rabia en humanos transmitida por murciélagos. Entre 1991 y 1992 en los distritos de Barranca y Manseriche (ríos Potro y Yurapaga) se produce la primera epidemia con 12 fallecidos. En 1995 en el río Yurapaga, distrito Manseriche, se produce otro brote con 11.

En 1997 en el mes de febrero, en el río Potro, se reportó un caso fallecido en la comunidad de Nuevo Porvenir, todos transmitidos por la mordedura de un animal silvestre enfermo (murciélagos hematófagos) o contacto con la

La casuística de la rabia silvestre se presenta en forma cíclica en áreas identificadas como zonas de riesgo causando durante los últimos 10 años 18 personas muertas en la provincia de Datem del Marañón, produciéndose cada año en promedio 1800 mordeduras por murciélagos hematófagos (*Desmodus rotundus*), así mismo se notifican un promedio anual de 1200 mordeduras por animales domésticos en las provincias de Maynas, Alto Amazonas y Requena.

Existe la crianza de animales silvestres que producen mordeduras a personas en casa, el mismo que representa un riesgo permanente a rabia, teniendo en cuenta que los animales silvestres no se conocen su grado de transmisibilidad de la rabia y otras zoonosis.

**Gráfico N° 2.58. Mordeduras por animales silvestres reportados en la Región Loreto. Año 2007.**



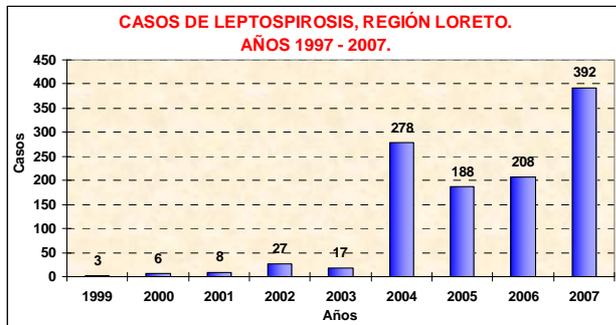
Fuente: Dirección de Salud Ambiental – DIRESA Loreto.

En la región Loreto se han reportado una serie de accidentes (mordeduras por diferentes animales ponzoñosos), debido a características sociales de los pobladores (convivencia con gatos, monos, etc.), asimismo están relacionados con factores de exposición a riesgos (mordedura de rata, ronsoco, tigrillo etc.) en condiciones inseguras.

### 2.3.2.8 LEPTOSPIROSIS.

La vigilancia epidemiológica obligatoria de la Leptospirosis se inicia el año 2004, debido a

**Gráfico N° 2.59.**



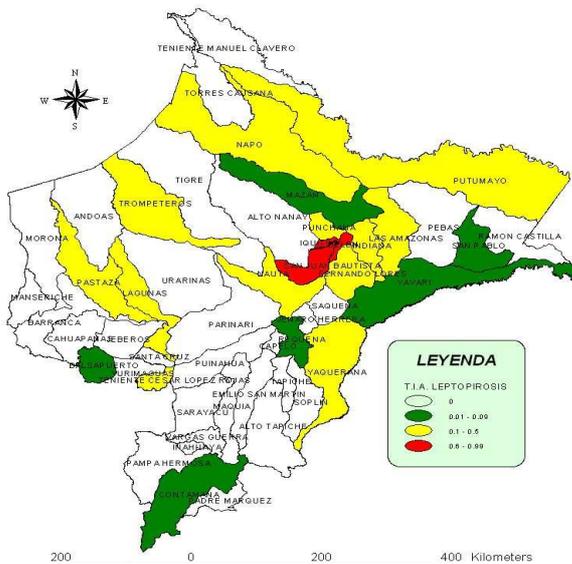
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

que en el año 2003 se reportó el fallecimiento de 03 personas afectadas por este daño, Los tres casos provienen del distrito de San Juan Bautista, y sus edades fueron: 15, 16 y 22 años (02 varones y 01 mujer). En el año 2004 se produce un brote y 03 fallecidos (niños) por esta enfermedad en la localidad Los Delfines, ubicada en la carretera Iquitos Nauta, distrito San Juan Bautista. Debido a estos antecedentes la DIRESA Loreto inicia la vigilancia epidemiológica obligatoria de esta enfermedad en toda la

región.

En el sistema de vigilancia epidemiológica de la DIRESA Loreto se tiene el reporte de 13 personas fallecidas por este daño, hasta el año 2007, según la siguiente distribución: 2001 (01), 2003 (03), 2004 (03), 2005 (01), 2006 (02) y 2007 (03).

**Gráfico N° 2.60. Tasa de Incidencia de Leptospirosis según Distritos en la Región Loreto.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**En el año 2007;** se han reportado 392 casos, de los cuales 75 (19.13%) han sido confirmados y 317 (80.87%) son probables.

Las provincias que han reportado más casos son Maynas (338 casos) y Alto Amazonas (43). Las demás provincias tienen un bajo reporte de este daño, básicamente por las dificultades en la confirmación serológica.

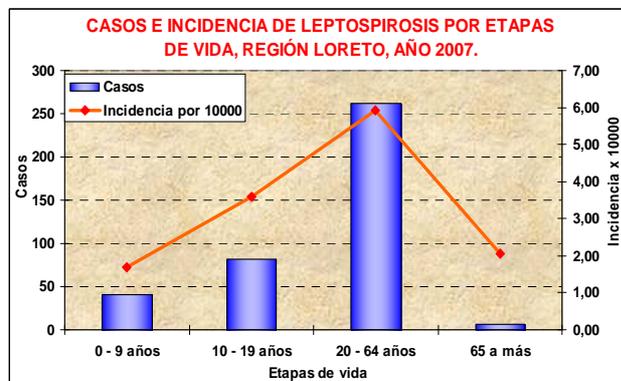
En este año los distritos que han reportado más casos son: Iquitos (139 casos), San Juan Bautista (95), Belén (62), Punchana (30) y Yurimaguas (37). Los distritos de la ciudad de Iquitos aportan con el 83.15% del total de casos regional.

En este año se ha reportado el fallecimiento de 03 personas: 02 mujeres (36 y 09 años), procedentes de los distritos de Contamana y Yurimaguas, y 01 varón (57 años) del distrito de Belén.

El cuadro clínico que presentaron estas personas fueron las formas severas de esta enfermedad (enfermedad de Weil), de curso agudo. No se ha evidenciado factores de riesgo (factores de exposición) asociados a esta enfermedad.

En la distribución según etapas de vida, se observa que los Adultos han reportado más casos, seguido de Adolescente, Niño y Adulto Mayor.

**Gráfico N° 2.61.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

La Incidencia Acumulada se comporta de esta misma manera, excepto en la etapa Adulto Mayor que ha reportado menos casos pero con una Incidencia mayor que la etapa Niño.

Estos valores observados se correlacionan con las características de las personas afectadas (población económicamente activa) y que por sus obligaciones tienen que desplazarse a zonas de mayor riesgo y sin las precauciones debidas.

Del total de casos reportados, 183 (46.68%) son mujeres y 209 (53.32%) varones.

### 2.3.2.9 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

Es una enfermedad caracterizada por la evacuación frecuente de deposiciones anormalmente blandas o líquidas; por que contienen más agua de lo normal con pérdidas de sales (electrolitos), importantes para mantener el estado de salud del individuo. También pueden contener sangre, en cuyo caso se conoce como disentería.

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 patógenos e incrementan el riesgo de sufrir diarrea.

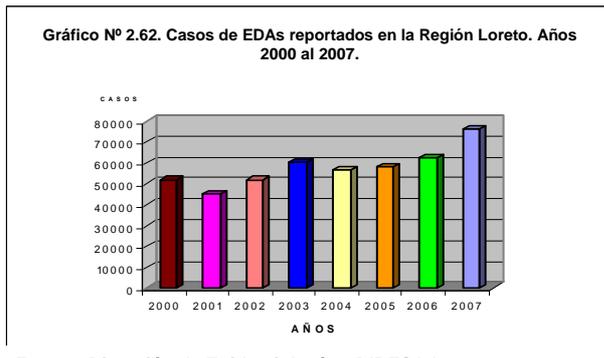
De todas las EDAs las Agudas Acuosa representan el 90-95% de los casos. El riesgo para los que lo presentan es la deshidratación, pérdida de peso, malnutrición, etc. Las Disentéricas representan el 5-10% de casos, el riesgo asociado es de daño intestinal, septicemia, malnutrición y deshidratación.

**Tabla N° 2.17. Total de Casos de EDAs según Grupos de Edad en la Región Loreto. Años 2000 - 2007**

AÑOS/GRUPO ETAREO	GRUPO ETAREO				TOTAL	
	< 5 AÑOS	%	> 5 AÑOS	%	Nº	%
2000	31749	9.53	20168	15.61	51927	11.23
2001	28172	8.46	16760	12.97	44940	9.72
2002	36056	10.82	15818	12.24	51885	11.22
2003	44616	13.39	15738	12.18	60367	13.05
2004	42471	12.75	14436	11.17	56920	12.31
2005	44085	13.23	13957	10.80	58055	12.55
2006	46722	14.02	15689	12.14	62425	13.50
2007	59267	17.79	16672	12.90	75957	16.42
TOTAL	333138	100	129238	100	462476	100

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En la tabla podemos observar la casuística de las Enfermedades Diarreicas Acuosa y Disentéricas, notificadas a través del sistema de vigilancia epidemiológica desde el año 2000 al 2007; El total de casos de diarreas reportados en este período fue de 462,476 casos, de los cuales en los menores de 5 años se reportaron 333,138 casos (72%) y en los mayores de 5 años 129238 casos (28%). Las Enfermedades Diarreicas a través de los años se ha incrementado gradualmente, en el año 2003 se observa un ligero incremento con 60,367 casos que representa el 13.05%.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Tabla N° 2.18. Casos de EDAs Disentéricas por distritos en la Región Loreto. Año 2000 al 2007.**

DISTRITOS	CASOS	%
IQUITOS	12191	13.70
SAN JUAN BAUTISTA	7820	8.79
BELÉN	5994	6.62
PUNCHANA	5769	6.48
YURIMAGUAS	3764	4.23
NAUTA	3550	3.99
NAPO	3185	3.58
REQUENA	2625	2.95
MAQUIA	2608	2.93
PASTAZA	2599	2.92
CONTAMANA	2537	2.85
SARAYACU	2208	2.48
INDIANA	2077	2.33
RAMÓN CASTILLA	1987	2.23
FERNANDO LÓRES	1767	1.99
36 OTROS DISTRITOS	28398	31.92
<b>TOTAL</b>	<b>88979</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Tabla N° 2.19. Casos de EDAs Acuosas por Distritos en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**

DISTRITO	CASOS	%
IQUITOS	84259	23.56
PUNCHANA	53845	15.05
SAN JUAN BAUTISTA	29856	8.29
BELÉN	27679	7.74
YURIMAGUAS	17938	5.01
NAPO	10106	2.83
CONTAMANA	9186	2.57
NAUTA	6997	1.96
REQUENA	6584	1.84
PASTAZA	6106	1.71
MANSERICHE	5908	1.65
SARAYACU	5553	1.55
RAMÓN CASTILLA	5426	1.52
BARRANCA	4892	1.37
MAQUIA	4662	1.30
BALSAPUERTO	4437	1.24
OTROS DISTRITOS	74474	20.82
<b>TOTAL</b>	<b>357708</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

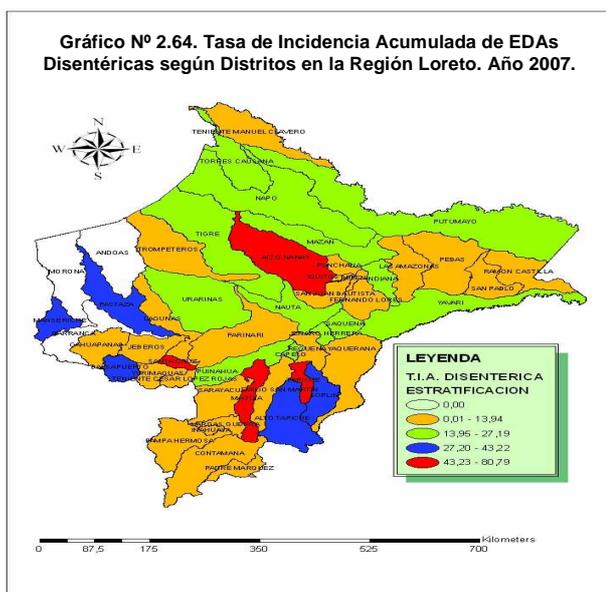
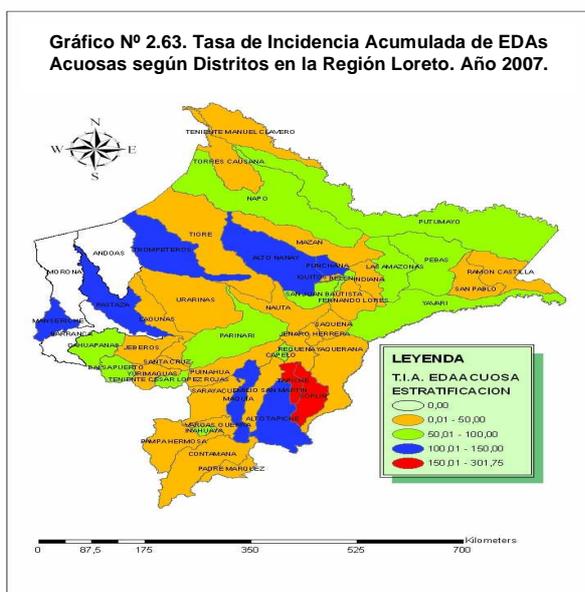
En el año 2007, se reportaron la mayor cantidad de casos de EDAs: 75,957 casos, que representa el 16.42%, siendo los menores de 5 años los mas afectados con 59267 casos (17.79%). Dentro de este período no se reportaron casos de cólera.

La Tabla N° nos muestra la distribución de EDAs Disentéricas por distritos: 15 de ellos reportan el 68% de todos los casos y solo el 31.92% reportan 36 distritos.

Del total de distritos que notifican EDAs Disentéricas, el distrito de Iquitos cuenta aporta el 13.70%, seguido de San Juan Bautista (8.79%), Belén (6.62%) y Punchana (6.48%).

En la provincia Alto Amazonas el distrito de Yurimaguas aporta el 4.23%. El resto de los distritos, en general, han notificado valores menores del 4%.

Así mismo de los 357,708 casos de EDAs Disentéricas, el 79.18% se encuentran en 15 distritos y el 20.82% se ha reportado en el resto de los distritos de la región Loreto. El distritos de Iquitos es la que evidencia el 23.56% de los casos notificados, seguido de Punchada (15.05%), San Juan Bautista (8.28%) y Belén (7.74%). Estos distritos corresponden a la ciudad de Iquitos de la provincia de Maynas, al igual que en las EDAs Disentéricas, Yurimaguas también está dentro de los 15 distritos que notifican casos de EDAs Acuosas con 5.01%, Napo (2.83%) y Contamana (2.57%). El resto de los distritos tienen menos del 2% de casos.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Los mapas muestran las Tasas de Incidencias Acumuladas (T.I.A) para ambos tipos de diarreas.

Con respecto a las EDAs Acuosas se puede observar que 02 distritos tienen una T.I.A elevada: 150,01 - 301.75% (Soplín y Tapiche), mientras que los distritos que tienen T.I.A baja: 0,00- 50.00 son Morona, Andoas y Barranca.

En cuanto a las EDAs Disentéricas, en el 2007, los distritos que tuvieron una T.I.A elevada: 43,23 – 80,79, son Alto Nanay, Santa Cruz, Maquía y Tapiche y T.I.A bajas: 0,00 -13.94, están Andoas, Morona y Barranca.

## Defunciones por Diarreas.

Tabla Nº 2.20. Defunciones por EDAs Acuosas en la Región Loreto. Año 2007

AÑO	DEFUNCIONES POR DIARREAS ACUOSAS			TOTAL
	MENORES DE 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	> 5 AÑOS	
2000	5	1	2	8
2001	3	4	1	8
2002	1	3	2	6
2003	3	1	1	5
2004	1	1	1	3
2005	2	4	1	7
2006	3	5	0	8
2007	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>46</b>

Fuente: Diresa-CFC Epidemiología

Como se puede observar en la Tabla durante los años del 2000-2007, se presentaron 46 defunciones por EDAs Acuosas, de los cuales los menores de 05 años suman 37 defunciones que representa el 80.4% (18 en menores de 01 año y 19 en niños de 1 a 4 años). Se ha reportado 05 personas mayores de 05 años que fallecieron por esta causa. En los primeros 04 años (2000 - 2003) se reportaron más defunciones (27 defunciones), comparado con los últimos cuatro años (2004 - 2007), donde se reportaron 19 defunciones. Sólo 01 caso se reportó en el año 2007, correspondiendo a una persona mayor de 05 años. Esto nos confirma la vulnerabilidad de los menores de 05 años, relacionados al estado inmunológico y otros determinantes asociados. Lo notorio también es la significativa disminución de defunciones notificadas en la región Loreto, a pesar de las mejoras en la vigilancia epidemiológica de estos daños en los últimos años (incremento de Unidades Notificantes, presencia de profesionales en establecimientos de salud, capacitación permanente, suministro de medicamentos e insumos, etc.).

Tabla Nº 2.21. Defunciones por EDAs Disentéricas en la Región Loreto. Año 2007

AÑO	DEFUNCIONES POR DIARREAS DISENTERICAS			TOTAL
	MENORES DE 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	> 5 AÑOS	
2000	2	3	4	9
2001	2	6	0	8
2002	7	0	0	7
2003	0	1	1	2
2004	0	0	4	4
2005	0	0	2	2
2006	1	2	6	9
2007	3	3	3	9
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>50</b>

Fuente: Diresa-CFC Epidemiología

Las EDAs Disenterías han causado, en el periodo 2000-2007, 50 defunciones; 30 fueron menores de 05 años (15 en menores de 01 año y 15 en niños de 01 a 4 años) y 20 fueron mayores de 05 años. En el período del 2000-2003 se reportaron 26 defunciones que representan el 52%, mientras en el período 2004-2008 se reportaron 24 defunciones (48%). Se refleja casi las mismas características que las defunciones en las EDAs Acuosas, excepto que la disminución de defunciones no ha disminuido, en forma significativa, en los últimos años. Esto puede deberse a la mayor presencia de casos graves, retardo en el reconocimiento de gravedad, dificultad en el acceso al establecimiento de salud, entre otros.

**Tabla N° 2.22. Comportamiento del Cólera en la Región Loreto. Años 1991 – 2007.**

<b>Años</b>	<b>Sospechoso de Cólera</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Tasa de Incidencia x 100,000 hab.</b>	<b>Tasa de Mortalidad x 100,000 hab.</b>
1991	27642	482	4122.7	71.9
1992	6380	19	933.2	2.7
1993	5082	11	725.9	1.5
1994	1606	14	233.9	2.6
1995	1899	37	244.8	4.7
1996	196	5	24.6	0.6
1997	602	7	75.5	0.8
1998	2684	49	315.8	5.76
1999	180	0	20.93	0
2000	34	0	3.86	0
2001	30	0	3.33	0
2002	4	0	0.44	0
2003	0	0	0	0
2004	0	0	0	0
2005	0	0	0	0
2006	0	0	0	0
2007	0	0	0	0

Fuente: Componente Control de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera - DIRESA Loreto.

En el cuadro anterior se observa la morbilidad y mortalidad por cólera en la región Loreto. Es evidente la presencia de ésta enfermedad en los primeros años del reporte, hasta la gran epidemia ocurrida en el año 1998, notificándose 2684 casos y 49 defunciones. En los siguientes años se observa una disminución significativa en el reporte de casos sospechosos de cólera; en el 2002 sólo se reportaron 04 casos, éstos fueron descartados por examen de laboratorio (vigilancia sindrómica). A partir de 2003 no se reportaron casos.

### 2.3.2.10 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

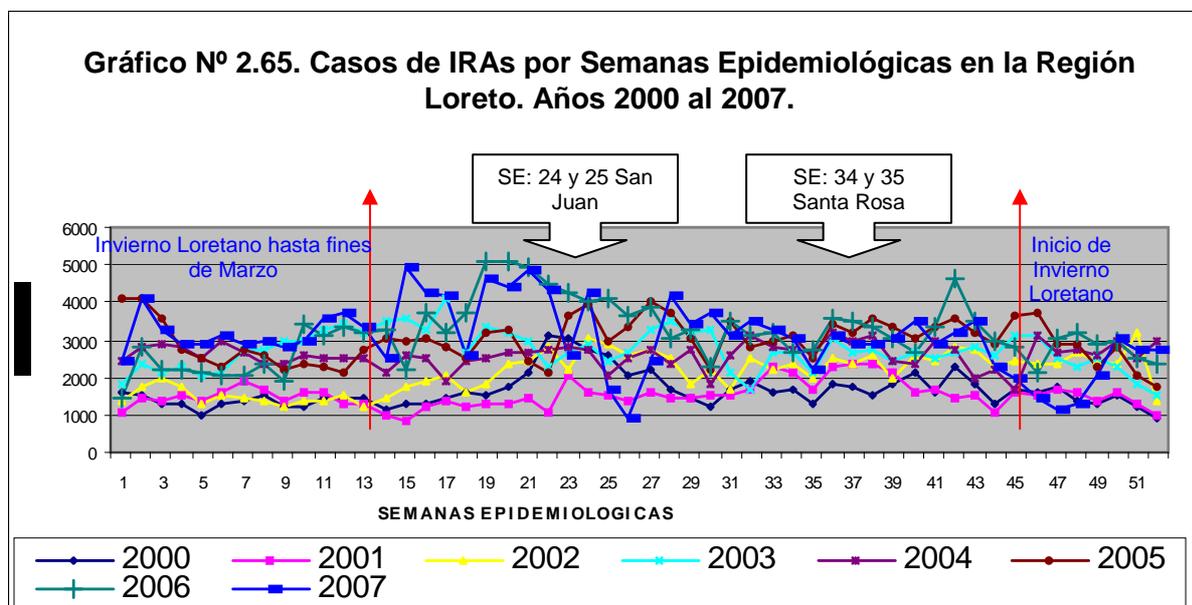
**Tabla N° 2.23. Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) en menores de 05 años en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**

<b>Años</b>	<b>Casos de IRAs en &lt; 5 años</b>	<b>Población &lt; 5 años</b>	<b>Tasa de Incidencia Acumulada x 1000 hab.</b>
2000	85273	129669	657.62
2001	79663	130008	612.75
2002	109183	130299	837.94
2003	142922	130557	1094.70
2004	134742	138439	973.29
2005	155021	137902	1124.13
2006	163863	108624	1508.53
2007	159781	144967	1102.18

Fuente: Dirección de Epidemiología - DIRESA LORETO.

Desde el año 2000 al 2007 se reportaron en total 1`030,448 casos de IRAs en menores de 05 años. En el año 2006 se tuvo la mayor Tasa de Incidencia Acumulada (T.I.A): 1508.53 x 1000 hab., este incremento se observa a partir del año 2003, con una pequeña disminución en al año 2004 (973.29 x 1000 hab.). A partir del año 2005 se mantuvo más de 1000 x 1000 habitantes menores de 05 años.

El Gráfico N° 2.65 nos muestra la tendencia de casos de IRAs por semanas epidemiológicas, en donde se evidencia el incremento de los casos durante las semanas epidemiológicas que corresponden al “Invierno Loretano”, 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.

**Tabla N° 2.24. Casos de IRAs Hospitalizadas, Defunciones Intra y Extrahospitalarias en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**

A ños	H ospitalizados	D ef IH	D ef EH
2 0 0 0	1 2 3 0	2 3	1 7
2 0 0 1	9 4 0	3 4	1 2
2 0 0 2	8 7 5	2 5	1 2
2 0 0 3	8 5 7	3 1	1 0
2 0 0 4	5 9 7	1 3	8
2 0 0 5	9 8 9	2 6	9
2 0 0 6	9 8 5	1 1	1 3
2 0 0 7	1 2 1 7	7	1
T o t a l	7 6 9 0	1 7 0	8 2

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Tabla N° 2.25. Defunciones Intra y Extra Hospitalarias por Establecimientos de Salud en la Región Loreto. Año 2007.**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DEF. INTRA HOSPITALARIA	DEFUNCION EXTRA HOSPITALARIA
HOSPITAL IQUITOS	4	0
CS GENARO HERRERA	1	0
PS TACSHACURARAY	1	0
PS TORRES CAUSANA	1	0
CS CABALLOCOCHA	0	1
TOTAL	7	1

Fuente: Dirección de Epidemiología - DIRESA Loreto

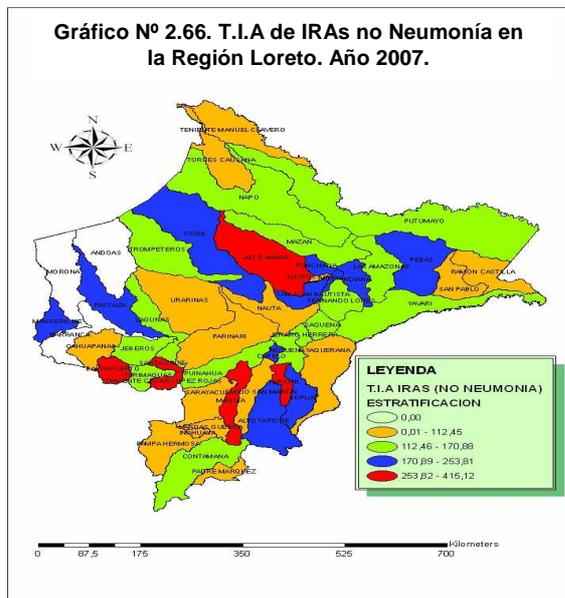
La Tabla N° 2.24 nos muestra que desde el año 2000 al 2007 se han reportado 7690 de casos de IRAs hospitalizadas en la región Loreto; 170 defunciones intrahospitalarias y 82 defunciones extrahospitalarias por Neumonías en niños menores de 05 años.

Asimismo se observa un incremento de hospitalizados por IRAs en el año 2007, llegando a reportarse 1217 hospitalizados, mientras que las defunciones disminuyeron, en comparación con los años anteriores.

En el año 2007, de las 07 defunciones intrahospitalarias reportadas, 04 fueron reportadas por el Hospital César Garayar García, 01 por el C.S Jenaro Herrera, 01 por el P.S Torres Causana y 01 por el P.S Tacsha Curaray.

Con respecto a las defunciones extrahospitalarias solo se ha reportado 01 caso y esta se realizó por el C.S Cabalococho.

En el mapa observamos que las T.I.A de las IRAs No neumonías por distritos: aquellas que presentaron una T.I.A alta (253-415,12) son Alto Nanay, Tapiche, Maquía, Teniente César López Rojas y Santa Cruz.



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Los distritos que han presentado T.I.A bajas (170.89-253,81), son El tigre, Pastaza, Manseriche, Punchana, San Juan Bautista, Indiana, Pevas, Capelo, Emilio San Martín, Soplín y Alto tapiche.

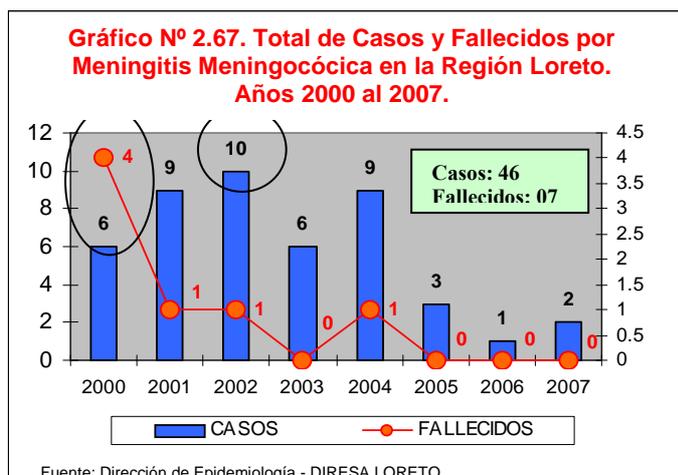
Los distritos que no reportaron casos de IRAs, se encuentra los distritos de Andoas, Barranca y Morona.

En general se observa que las IRAs afectan distritos tanto urbanos (ciudades, capitales de provincias) como rurales (capitales de distritos). En estos lugares existen factores determinantes para su ocurrencia: hacinamiento, deficientes condiciones sanitarias, contacto frecuente con personas enfermas (exposición al agente etiológico), etc.

### 2.3.2.11 MENINGITIS MENINGOCÓCICA.

La meningitis meningocócica, es una enfermedad bacteriana aguda que se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, cefalea intensa, náuseas y a menudo vómitos, rigidez de la nuca y fotofobia debilitante y a menudo mortal, la bacteria que la causa es la Neisseria meningitidis o meningocócica.

En épocas pasadas la tasa de letalidad era superior al 50%. Hoy en día los antibióticos, la atención en unidades de cuidados intensivos y mejores niveles de sostén han contribuido a reducirla, pero todavía es elevada: entre 8 y 15%. Además entre 10% y 20% de los supervivientes padecen secuelas a largo plazo, como retardo mental y pérdida de la audición o de la función de las extremidades.



El gráfico nos muestra la distribución de casos de Meningitis Meningocócica y fallecidos por años, desde el 2000 al 2007.

En total se reportaron 46 casos totales (probables y confirmados), de los cuales 07 han sido reportados como fallecidos por esta causa.

En el año 2002, se notificaron 10 casos, siendo el año que mayor cantidad de casos se han reportado, seguido de los años 2001 y 2004 con 09 casos cada uno.

En los últimos 03 años se observa una disminución significativa en el reporte

de casos, llegando a 02 en el año 2007, no reportándose fallecidos.

Lo más resaltante se observa en el año 2000, donde la letalidad fue de 66.6% (06 casos de la enfermedad y 04 fallecidos).

**Tabla Nº 2.26. Casos de Meningitis Meningocócica notificados en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**

DISTRITOS	2000-2006	2007
SAN JUAN BAUTISTA	11	1
IQUITOS	7	0
PUNCHANA	4	0
MANSERICHE	2	0
INDIANA	2	0
NAPO	2	0
YURIMAGUAS	2	0
FERNANDO LORES	2	
RAMON CASTILLA	2	0
10 OTROS DISTRITOS	10	1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>2</b>

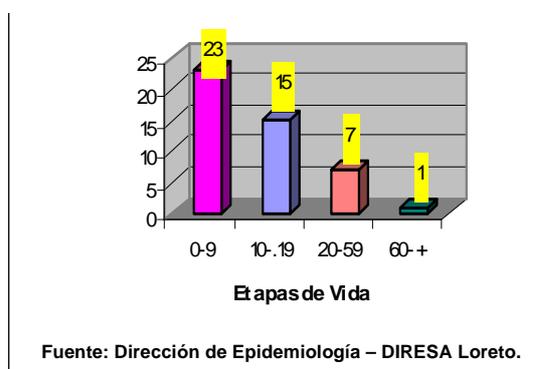
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Tabla Nº 2.27. Casos Notificados de Meningitis Meningocócica según Tipo de Diagnóstico en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**

AÑOS	CONFIRMADOS	PROBABLES	DESCARTADOS
2000	4	2	1
2001	2	7	0
2002	2	8	0
2003	2	4	0
2004	7	2	0
2005	3	0	2
2006	1	0	0
2007	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>3</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Gráfico Nº 2.68. Casos de Meningitis Meningocócica según Etapas de Vida en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

Los distritos más afectados, durante el período 2000 al 2007, fueron: San Juan Bautista (11 casos), Iquitos (07), Punchana (04), luego Manseriche, Indiana, Napo, Yurimaguas y Ramón Castilla con 02 casos cada uno.

Se observa que 10 distritos vienen reportando 01 caso a lo largo de estos últimos años.

En el año 2007 se reportó 02 casos confirmados de esta enfermedad, provenientes de los distritos San Juan Bautista y Putumayo.

De los 49 casos notificados inicialmente como Meningitis Meningocócica, entre los años 2000 y 2007, finalmente 23 han sido confirmados (46,9%), 23 permanecen como probables (46.9%) y 03 han sido descartados (6.2%).

A partir del año 2005, los 08 casos reportados, presentan un diagnóstico final adecuado, ya que el 100% se confirmaron o descartaron mediante pruebas de laboratorio. Esto probablemente se deba a una oportuna captación de los casos y una adecuada toma de muestra, dado que coinciden con la ausencia de fallecidos por esta causa en este período.

Con respecto a la distribución de esta enfermedad según sexo, observamos que el 76% de los casos pertenecen al sexo masculino y el 24% al femenino. En el año 2007, de los 02 casos reportados 01 fue femenino y el otro masculino.

La distribución de la Meningitis Meningocócica según etapas de vida muestra que los más afectados son los Niños con 23 casos, seguido de los Adolescentes con 15 casos. Las otras etapas de vida (adulto y adulto mayor) fueron las menos afectadas.

En el año 2007, los 02 casos reportados se presentaron en las siguientes etapas de vida: Niño (un menor de 03 años de edad) y Adulto (01 caso de 20 años de edad). Estos casos se presentaron en las semanas epidemiológicas 01 y 15 respectivamente. Ambos tuvieron una evolución favorable.

### 2.3.3 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

La Implementación de la Estrategia de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles en la región Loreto se inicia en Abril del año 2005 como una manera de enfrentar el incremento de estos daños los mismos que actualmente son considerados como un problema de salud pública a nivel de todo el país, siendo su mayor prevalencia en la edad Adulta donde los cambios en el estilo de vida de la población y el avance tecnológico han influenciado en los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como: el cáncer, las diabetes mellitus, hipertensión arterial y ceguera.

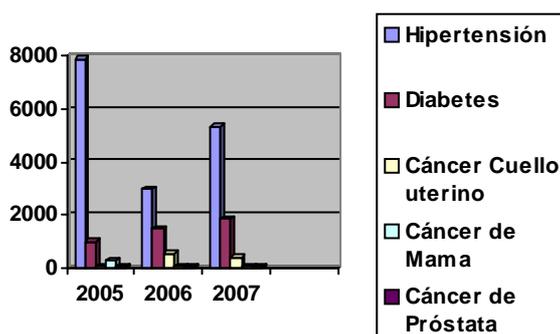
La estructura poblacional de la región Loreto muestra pirámides poblacionales con una población eminentemente joven, pero sobre todo con una tendencia estable en el tiempo. Sin embargo para el año 2003, con la estimación que realiza el INEI, muestra una disminución de la amplitud de la base, lo cual implica una reducción de la población infantil y para el 2010 la proyección del INEI muestra una mayor disminución de la población infantil con un incremento de la población joven y joven adulta.

Según el estudio de Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN, del total de 3 millones de defunciones anuales en América Latina y el Caribe, el 57,9% corresponde a enfermedades no transmisibles, de ellas el 70% está constituido por enfermedades cardiovasculares (45,4%), neoplasias malignas (19,7%) y diabetes mellitus (4,9%). En nuestra región el 32% corresponde a enfermedades no transmisibles, de las cuales el 77% pertenecen a enfermedades cardiovasculares, el 6% a diabetes mellitus y el 16% a neoplasias.

La emergencia de enfermedades no transmisibles o crónico degenerativas, se debe a los cambios en los patrones socioculturales de la población y modificaciones en sus estilos de vida, dando lugar a que países como el nuestro dentro del cual se incluye a la Región Loreto, se encuentren inmersos dentro de un proceso de Transición Epidemiológica caracterizado por el descenso lento de la mortalidad, incremento poblacional y aparición de este tipo de enfermedades crónicas.

Se han identificado factores de riesgo asociados a ellas, como tabaquismo, consumo

**Gráfico N° 2.69. Enfermedades No Transmisibles Reportados en la Región Loreto. Años 2006 al 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, perfil lipídico alterado, dieta inadecuada, herencia, raza, menopausia, el empleo de corticoterapia, entre otros factores.

Muchos de estos factores de riesgo son comunes a varias de estas enfermedades, así mismo son modificables y vulnerables a estrategias de intervención. Esto nos refleja que existe potencialidad de daño que aún no se ha manifestado clínicamente, lo cual permite establecer intervenciones sobre los diferentes grupos etáreos para el logro de un mayor impacto sobre los

grupos de mayor riesgo. En estos grupos una oportuna y eficiente intervención impediría o retardaría el curso inexorable de los Daños No Transmisibles.

Desde el mes de Junio del año 2005, 19 establecimientos de salud han implementando la Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles.

### **2.3.3.1 DIABETES MELLITUS.**

La diabetes es una enfermedad crónica que no tiene cura. En los Estados Unidos, hay aproximadamente 20,8 millones de personas con diabetes, lo que equivale al 7% de la población. Mientras que alrededor de 14,6 millones han sido diagnosticadas, 6,2 millones de personas aún ignoran que tienen la enfermedad.

Las acciones en materia de salud pública para la lucha contra la diabetes comprenden la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 1989 sobre la prevención y el control de la diabetes y el programa de acción de la Declaración de San Vicente en la Región de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>vii</sup> En agosto de 1996, la Federación Internacional de la Diabetes (FID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS copatrocinaron una conferencia en Puerto Rico en la que participaron representantes de la industria y del sector de la salud de todos los países de las Américas, que culminó en la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA). En septiembre de 1996, el Consejo Directivo de la OPS, en representación de los ministerios de salud (MS) de la Región, aprobó una Resolución (CE120.R11) en la que reconoció a la diabetes como un problema de salud para la Región y consideró a la Declaración como una guía para la elaboración de programas nacionales.

La diabetes en nuestro país afecta a casi 2 millones de personas según datos oficiales del Ministerio de Salud. Lo peor es que esta cifra va en aumento y se calcula que la mitad de los afectados ignora su condición.<sup>viii</sup> Es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud; mientras que en América Latina se calcula que existen aproximadamente 35 millones de afectados por esta enfermedad. Además según estudios realizados el año pasado por la Universidad Cayetano Heredia, la prevalencia en Lima es mayor que en cualquier otro departamento del Perú (7.6%) debido al desordenado estilo de vida en las poblaciones urbanas.

Loreto y especialmente la ciudad de Iquitos actualmente se encuentra inmersa en esta pandemia, producto de la transición epidemiológica de las condiciones de salud que se están dando a nivel mundial, y los cambios drásticos en estos modelos de enfermedad que condicionan el aumento de enfermedades crónicas y del nivel de morbimortalidad por éstas. En la región Loreto, en el año 2007, se reportaron 1863 casos de diabetes, 369 casos más que en el año 2006, lo que significa un incremento en el reporte del 24.70%.

Los grupos etareos más afectados: El mayor número de casos se encuentra en el grupo etáreo de 50 a 64 años con un 39% (728), en segundo lugar se encuentra el grupo de más de 65 años con un 33% (620) y en tercer lugar el grupo de 20 a 49 con un 27% (506).

En cuanto a Sexo: Del total de casos reportados, el 71% (1328) son del sexo femenino y el 29% (535) son del sexo masculino. La razón Mujer/Hombre es de 2.5.

### **2.3.3.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

La Hipertensión Arterial es la Enfermedad No Transmisible más frecuente y fácil de diagnosticar, pero también la que trae consigo un mayor número de complicaciones, así como un mayor riesgo de mortalidad. Su prevención es la medida más importante y menos costosa universalmente, sin embargo en nuestro medio prevalece una mala educación dirigida hacia la población sobre el tema, a esto se suma la falta de sensibilización hacia el personal tratante hace que en consecuencia se de un mal tratamiento a los pacientes con la enfermedad.

Existen factores de riesgo que condicionan al desarrollo de la enfermedad, estos se dividen en dos grandes grupos: Los modificables (hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus, sedentarismo, factores psico sociales, etc.) que pueden como su nombre lo indica ser controlados por la propia persona; y los no modificables: edad, sexo, raza, antecedentes familiares.

La Hipertensión Arterial afecta a más del 25% de la población adulta, en tanto que 60% de los afectados ignora padecerla.

La mortalidad específica constituye sólo parte de la causada por esta enfermedad, que se asocia con otras causas como enfermedad vascular (42%), cardiopatía isquémica (27%), diabetes mellitus (8.1%), nefropatías, accidente vascular cerebral, etc.

La mortalidad ocasionada por hipertensión arterial no se conoce su magnitud real por falta de un registro adecuado de la causa en los certificados de defunción; por lo que no se toma en cuenta como causa básica; sin embargo se observa una tendencia ascendente.

El problema de la hipertensión en nuestro país no se conoce en toda su magnitud: La mortalidad está encubierta por su asociación con otras enfermedades, o complicaciones que se codifican en lugar de la causa básica de hipertensión arterial. Por otra parte muchas muertes ocurren por complicaciones de ese trastorno sin haberse diagnosticado previamente como hipertensión.

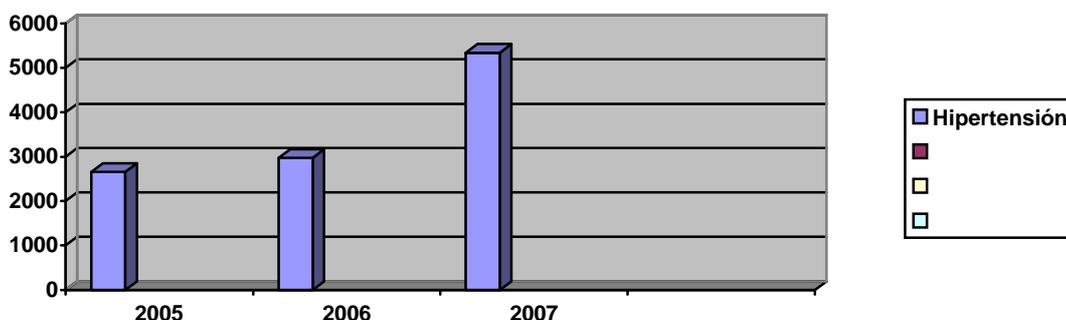
Respecto de la morbilidad, los datos también nos refieren solo una fracción del total real, pues más del 60% de los diagnosticados ignoraban estar enfermos por no identificar sintomatología específica.

En cuanto a los factores de riesgo, que sería la faceta más importante a conocer para así realizar una prevención más oportuna, tampoco se han estudiado ni combatido a fondo, pues se observan diferentes prácticas o hábitos y actitudes negativas frente a este padecimiento, y aquí se incluyen factores comunes con otras enfermedades asociadas (diabetes, aterosclerosis, cardiopatías, nefropatías, accidente vascular cerebral entre otras), las cuales al conjuntarse con otros factores de riesgo como el consumo de alimentos chatarra, alcoholismo, tabaquismo y otras costumbres negativas arraigadas en nuestra población.

En la región Loreto gracias al trabajo de la Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, desde el año 2005 se viene llevando un registro un poco más minucioso de los casos detectados especialmente en la jurisdicción de los Establecimientos de la Ciudad de Iquitos, así mismo se han tomado en cuenta los datos de la Dirección de Estadística de la DIRESA Loreto, así tenemos por ejemplo que entre los daños No transmisibles es la Hipertensión Arterial la que ocupa el primer lugar con 2199 casos de ellos el 74% está representado por la población femenina, esto en lo que concierne a Morbilidad, y en cuanto a Mortalidad el primer lugar también está ocupado por la Enfermedades cardiovasculares siendo una de las más representativas la Hipertensión Arterial (78%).

En la región Loreto, en el año 2007, se reportaron 5339 casos de hipertensión arterial, 2364 casos más que el año 2006, lo que significa un incremento del 79.46% en el reporte de casos de HTA. En primer lugar se encuentra el grupo etáreo de 50 a 54 años con un 39% (2069), en segundo lugar el grupo de mas de 65 años con 37% (1951) y el tercer lugar se encuentra el grupo de 20 a 49 años con 24% (1280). En cuanto al sexo, el 65% (3454) es femenino y el 35% (1885) masculino. La razón M/H es 1.83.

**Gráfico N° 2.70. Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial en la Región Loreto. Años 2005 al 2007.**



Fuente: Dirección de Estadística e Informática - DIRESA Loreto.

### 2.3.3.3 CÁNCER.

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

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, cerviz, 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.

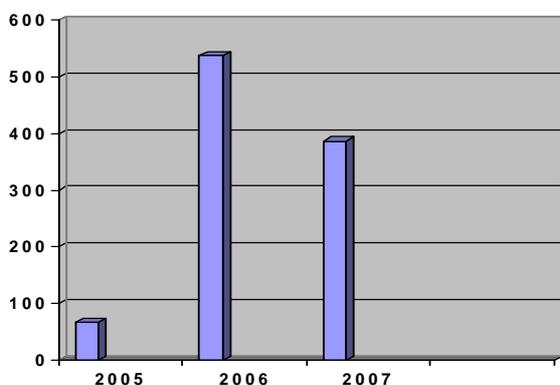
La estrategia intenta motivar que se lleve a cabo una difusión más amplia de la información documental para el análisis e interpretación de la problemática existente en nuestro País. Utilizar las fuentes de información nacionales, estatales e institucionales aportará datos adicionales para enriquecer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

Gráfico N° 2.71. Casos Totales de Cáncer reportados en la Región Loreto. Años 2006 al 2007.

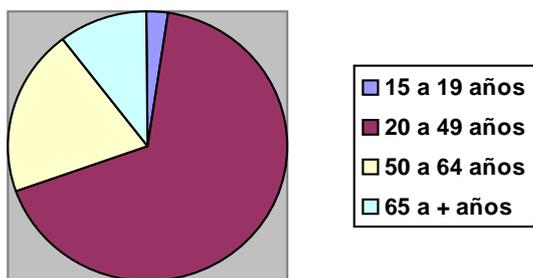


Fuente: Dirección de Estadística – DIRESA Loreto.

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.

**Gráfico N° 2.72. Casos de Cáncer según Grupos de Edad en la Región Loreto. Año 2007**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

En la región Loreto, en el año 2007, se reportaron 387 casos de cáncer de cuello uterino, 151 casos menos que en el año 2006, que representa una disminución del 28.07% en el reporte de casos de cáncer en la región.

En cuanto a la distribución según grupos de edad, el más afectado es el de 20 a 49 años con 63% (242 casos), seguido de 50 a 64 años con 24% (94) y el de 65 a más años con 10% (40).

### 2.3.3.4 SALUD OCULAR.

En lo que respecta al tema de Salud Ocular se considera a la ceguera como el más importante problema. La Dirección Regional de Salud Loreto sólo cuenta con dos médicos especialistas en Oftalmología, los que laboran en los Hospitales de la ciudad.

En la región Loreto, en el año 2007, se reportaron 24 casos de ceguera. El grupo etéreo de 65 a más años representa el 41% (10 casos). El sexo masculino representa el 67% (16 casos) y el femenino el 33% (08).

### 2.3.4 EVENTOS RELACIONADOS A ACCIDENTES.

#### 2.3.4.1 OFIDISMO.

El ofidismo es un accidente provocado por el veneno inoculado por mordedura de una serpiente venenosa. El agente causal es el veneno de la serpiente.

En el Perú, existen 35 especies de serpientes venenosas agrupadas en tres familias: **Viperidae**, que incluye al género *Bothrops* y cuyas especies más importantes son *B. pictus* y *B. atrox*; *Lachesis muta muta*, llamada “shushupe” y el *Crotalus durissus sp*; llamada “cascabel”. La familia **Elapidae**, con el género *Micrurus* “naca naca” o “coralillo” y “shakira”, cuyas especies importantes son: *M. annellatus mentanus*. La familia **Hidrophidae**, con el único género y especie, *Pelania platurus* o “serpiente marina”.

El ofidismo se reporta en las regiones con altitud menor a los 3000 msnm, La mayoría de los accidentes se producen en la región amazónica, el 90% son causados por especies de *Bothrops*, principalmente por *atrrox*, llamado jergón y *B. bilineatus*, llamado “loro machaco”.

Las regiones que registran la mayoría de casos son Loreto, Ucayali, Huanuco, Cuzco, Pasco y Madre de Dios.

Dado que el ofidismo era una enfermedad que aportaba significativamente a la mortalidad en nuestra región, en la década de los 90, se inició su vigilancia.

En el año 1995 se evidencia una tasa de letalidad del 4.9%; Posteriormente a medida que pasaban los años los casos reportados aumentaban progresivamente, probablemente se debía a la captación de casos. A partir del año 1997 se sobrepasaron los 400 casos reportados en forma anual, hasta llegar a su máximo en el año 2003 (852 casos). A partir de este año se observa un descenso, junto con la Letalidad. Sin embargo en el año 2007 después de tres años consecutivos la tasa se incrementó de 0.48% a 0,96%.

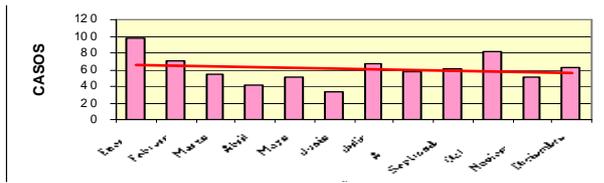
Estas cifras en el año 2007 aumentaron principalmente en los meses de enero y febrero, con 97 y 71 casos respectivamente y octubre. En estos meses se producen las inundaciones, que son determinantes para que las serpientes se desplacen de un lugar a otro buscando sus nuevos lugares para habitar.

**Gráfico N° 2.73. Casos de Ofidismo según Semanas Epidemiológicas en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.74. Casos de Ofidismo según meses de notificación en la Región Loreto. Año 2007.**



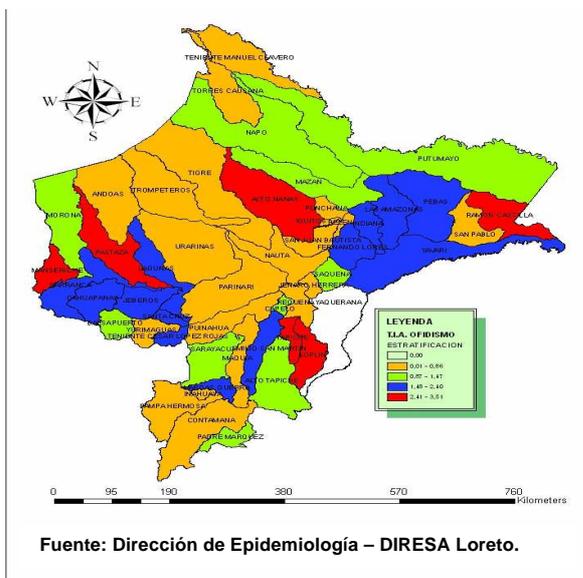
Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

**Tabla N° 2.28. Casos de Ofidismo según Distritos y Fallecidos en la Región Loreto. Año 2007.**

DISTRITOS	CASOS	FALLECIDOS
RAMON CASTILLA	58	1
FERNANDO LORES	38	0
YURIMAGUAS	35	0
LAGUNAS	31	0
BELEN	30	0
LOS OTROS 45 DISTRITOS	537	6
<b>TOTAL</b>	<b>729</b>	<b>7</b>

Fuente: DIRESA -CPC- Epidemiología

**Gráfico N° 2.75. Tasa de Incidencia Acumulada de Ofidismo según Distritos en la Región Loreto. Año 2007**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

La región Loreto, tiene una amplia flora y fauna que aproximadamente abarca el 80% de la extensión territorial, esto hace que la población, principalmente rural, esté expuesta a estos accidentes ofídicos.

En el año 2007 se han reportado 729 casos, en 50 distritos de la región. Los distritos que mayor cantidad de casos han reportado fueron: Ramón Castilla (58 casos), Fernando Lores (38), Yurimaguas (35), Lagunas (31) y Belén (30).

En el análisis se observa que los casos fatales no necesariamente se encuentran concentrados en los distritos que tienen mayor número de casos anuales, es así que el distrito Ramón Castilla que presentó el mayor número de casos anuales solo tiene 01 fallecido, los distritos de Fernando Lores, Yurimaguas, Lagunas y Belén que presentaron de 30 a más casos anuales no presentaron casos fatales.

Los otros 06 fallecidos fueron notificados en los distritos de Manseriche (03 fallecidos), seguido de Santa Cruz, Las Amazonas y Cahuapanas cada uno con 01 fallecido.

Con respecto a la Tasa de Incidencia Acumulada de este evento, podemos observar que el distrito de Yaquerana tuvo una Incidencia de cero, es decir que en toda su población no se reportaron casos de accidentes ofídicos en el año 2007.

Los distritos que presentaron tasas de incidencia de 2.41 a 3.51, son Ramón Castilla, Manseriche, Pastaza, Soplín y Alto Nanay.

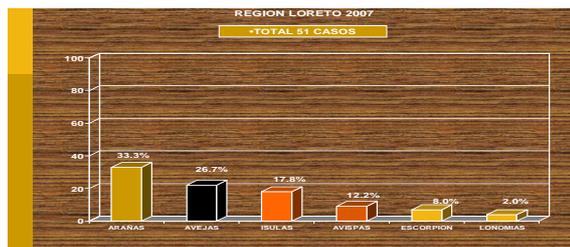
La etapa de vida más afectada por el accidente ofídico, en el año 2007, fueron los de 20 a 59 años de edad (personas adultas), son las que realizan labores fuera de sus viviendas, principalmente en la agricultura, pesca, otras actividades extractivas, etc., incrementando el riesgo de exposición a sufrir por este evento.

Las etapas de vida menos afectadas son los que agrupan a los extremos de la vida (niños y ancianos) por la limitada exposición a los factores de riesgo, sin embargo los jóvenes de la etapa de vida de 10 a 19 años, suelen acompañar a sus padres a las labores de campo, en donde se exponen al igual que los adultos.

En la región Loreto, la casuística de estos accidentes que se notifican, el 95% se debe a mordeduras por serpientes venenosas de los géneros: Botrops 97%, Lachesis 2% y Micrurus 1%, en una mayor incidencia durante las épocas de incremento del caudal de los ríos.

Los accidentes por otros animales ponzoñosos representan el 5% del total de accidentes de acuerdo a cuadro adjunto.

**Gráfico N° 2.76. Tipo de Accidentes por Arácnidos y Otros en la Región Loreto. Año 2007.**



Fuente: Dirección de Epidemiología – DIRESA Loreto.

## 2.4 ANÁLISIS DE LA SALUD MATERNA.

### 2.4.1 CONTROL PRENATAL.

Uno de los indicadores importantes en la salud de la mujer en el período de gestación es la cobertura de gestantes controladas.

**Gráfico N° 2.77. Cobertura de Gestantes Controladas en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**



Fuente: Estrategia Sanitaria Salud Materna – DIRESA Loreto.

**Gráfico N° 2.78. Cobertura de Partos Institucionales en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.**



Fuente: Estrategia Sanitaria Salud Materna – DIRESA Loreto.

Los valores que muestra el gráfico adjunto es que en el período del 2000 al 2003 hubo una tendencia a mantenerse los valores con ligera variación entre dichos años. A partir del año 2004 se observa un incremento significativo, hasta llegar a una cobertura de 79% en el año 2007. Cabe mencionar que los valores del año 2005 corresponden al primer semestre.

Realizando un análisis de estos valores podemos concluir que en los últimos 03 años las condiciones de las gestantes han mejorado, en los que respecta al número de controles establecido por las normas nacionales, esto debería reflejarse en la disminución de la Razón de Mortalidad Materna de la región Loreto.

En el gráfico adjunto se observa que el comportamiento de la cobertura de partos institucionales se ha incrementado en forma progresiva, simulando el comportamiento de la cobertura de control de gestantes. Estos hallazgos se deben entre otros factores al incremento de personal especializado en las zonas rurales, sensibilización de la población, aseguramiento de las gestantes (Seguro Integral de Salud), implementación de las casas de espera (el de Musha carusha se sumará al de Yurimaguas), entre otros.

## 2.4.2 MUERTE MATERNA.

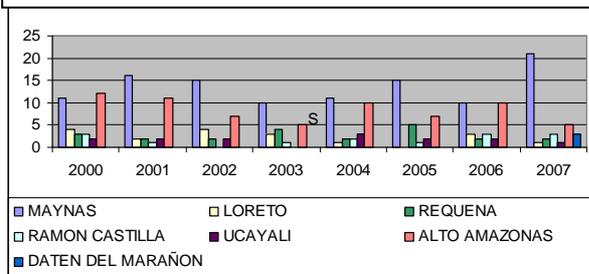
La mortalidad materna es un problema de salud pública, de prioridad regional y nacional, ya que es un daño sensible para la población, por las implicancias sociales y familiares que ello acarrea.

Gráfico N° 2.79. Casos de Muertes Maternas Reportados en la Región Loreto. Años 1997 al 2007.



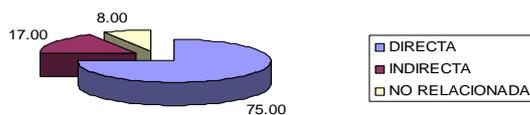
Fuente: Estrategia Sanitaria Regional – DIRESA Loreto.

Gráfico N° 2.80. Muertes Maternas según Provincia de Procedencia en la Región Loreto. Años 2000 al 2007.



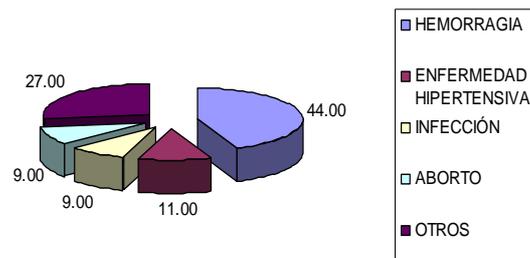
Fuente: Estrategia Sanitaria Regional – DIRESA Loreto.

Gráfico N° 2.81. Muertes Maternas según Tipos en la Región Loreto. Año 2007.



Fuente: Estrategia Sanitaria Regional – DIRESA Loreto.

Gráfico N° 2.82. Muertes Maternas según Causas Básicas en la Región Loreto. Año 2007.



Fuente: Estrategia Sanitaria Regional – DIRESA Loreto.

Desde el año 1997, se han notificado 341 muertes maternas en nuestra región, siendo los años 2006 y 2007 en los que más casos se han reportado.

Se observa una tendencia al incremento de casos notificados en los últimos 05 años.

En el año 2007 se reportaron 36 muertes maternas en la región Loreto, el mismo valor que el año anterior.

Estos valores nos indican que las muertes maternas se ha mantenido o incluso se ha incrementado, a pesar de que la cobertura del control de gestantes y de partos institucionales se han incrementado. Esto puede explicarse por que en los distritos que reportan la mayor cantidad de muertes maternas, las coberturas mencionadas no se han modificado significativamente, además que la evitabilidad de la muerte materna requiere de un nivel resolutivo especializado.

Las provincias que han reportado la mayor cantidad de muertes maternas son Maynas (21) y Alto Amazonas (06), esto es debido a la concentración de establecimientos con mayor capacidad resolutiva y principales centros de referencia en estas provincias.

La provincia Datem del Marañón ha reportado 04 muertes maternas, esto debido a la inaccesibilidad geográfica de los lugares donde ocurrió la muerte.

Durante el año 2007, el 75% de las muertes maternas fueron Directas, el 18% Indirectas y el 08% No Relacionadas a la gestación, parto o puerperio.

En cuanto a la causa básica de la muerte materna, los reportes regionales coinciden con lo mostrado a nivel nacional donde la Hemorragia, constituye la primera causa de muerte, presentando el 44% del total de casos reportados. Esta condición es de difícil evitabilidad, ya que requiere de un nivel resolutivo especializado (ginecólogo, sala de operaciones, sangre segura, etc.) y si esta condición de presenta en las zonas rurales de la región, la muerte materna es un verdadero reto para la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.

La enfermedad hipertensiva del embarazo ocupa el segundo lugar (11%), lo que concuerda con la ocurrencia significativa de embarazo en adolescentes en nuestra región. En tercer lugar están las infecciones y el aborto, ambos con 9% del total de muertes reportadas.

### 3. 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 para consumo humano,
- Índice de Desarrollo Humano,
- Razón Estandarizada de Mortalidad (REM),
- Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP),
- Cobertura de Aseguramiento en Salud.

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.**

En cuanto a la cobertura de servicio de agua domiciliario es muy limitado, sólo 02 distritos de la ciudad de Iquitos (Iquitos y Belén) tienen una cobertura superior al 50%. La cobertura regional es de 38.9%, mientras que en 28 distritos la cobertura son inferiores al 5%, incluso en 18 de ellos este indicador es cero (Sarayacu, Sapuena, Yaquerana, Parinari, Yavarí, Tapiche, Pastaza, etc.), son sobretodo distritos ubicados en zonas rurales y fronterizos.

#### **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 de Adultos y la Tasa Bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria),
- 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, se tiene que Loreto alcanza a 0.529, siendo los distritos con más bajo valor: Balsapuerto, Cahuapanas y Yaquerana. Similar hallazgo al indicador de Pobreza y cobertura de acceso a agua domiciliaria.

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.**

Con la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS) se ha alcanzado las metas programadas, sobretodo en las zonas rurales, en donde el aseguramiento está dirigido al 100% de la población. El principal problema es este tema es la oferta de los servicios de salud, ya que se ha generado incrementos significativos en las personas que demandan el servicio y a estas alturas del aseguramiento se deben plantear el fortalecimiento de los servicios (infraestructura, recursos humanos, equipamiento, etc).

#### **Razón Estandarizada de Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos.**

Este indicador se comporta en forma similar al de los anteriores, a pesar de la subnotificación existente en nuestra región (en algunos distritos llega al 80% de subnotificación de las defunciones, valor observado desde hace muchos años atrás). En cuanto a RAVPP se tiene que los distritos que han presentado los peores indicadores son: Pampa Hermosa, Putumayo, Sarayacu, Balsapuerto, Trompeteros y Contamana.

El indicador de REM se observa el peor en 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 mediante políticas de salud teniendo en cuenta el costo social que ello demandaría el no hacerlo.

## CONCLUSIONES:

- La Dirección Regional de Salud (DIRESA) Loreto se organiza en 02 Redes y 12 Microrredes; con sede oficial en el distrito de Punchana, provincia de Maynas,
- La población de la región Loreto es de 947452 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 en el año 2006, 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 mortalidad regional también expresa diferencias en las etapas de vida: Niño (Problemas congénitos y Neumonía), Adolescente (Septicemia y Ahogamiento), Adulto (Tumores y Cirrosis) y Adultos Mayores (Neumonías, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus),
- La Fiebre Amarilla causó la muerte de 02 personas en los distritos de Yavarí y Vargas Guerra (Letalidad 100%). La vacunación para esta enfermedad sólo alcanzó al 86% de la población objetivo,
- 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,
- El total de casos de malaria asciende a 43741 a nivel regional.
- La malaria se ha mantenido en niveles de Epidemia y Alarma la mayor parte del año 2007, según el canal endémico. A finales del año hubo una disminución significativa, llegando a niveles de Éxito,
- En general los casos de malaria por *P. vivax* son el 73% del total, *P. falciparum* el 19% y Probables el 8%,
- Se ha reportado 02 niños fallecidos por malaria cerebral, debida al *P. falciparum*,

- Los casos de Dengue Clásico ascienden a 1701 y Dengue Hemorrágico a 18 a nivel regional,
- 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,
- Las Enfermedades no Transmisibles, en la región Loreto, se ha reportado con mayor frecuencia en relación a los años anteriores, tal es así que se han detectado 1863 casos nuevos de Diabetes Mellitus, 5339 de Hipertensión Arterial y 387 de Cáncer de Cuello Uterino,
- Se han reportado 36 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](http://www.pucp.edu.pe/publicaciones/rev_aca/historica/?his01.htm)
3. Sociedad Geográfica de Lima y entre sus miembros fundadores había funcionarios del Estado (Enrique Espinar y Eduardo Raygada) y hombres notables de la sociedad de Iquitos (Benito Lores y Genaro Herrera). Eulogio Delgado - presidente de la Sociedad Geográfica -1902. Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima, XII, trimestre 1, martes 31 marzo 1902, p.23.
4. J. R. ALUOCH, JACQUES BAUDOUY; 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](http://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. Reporte Epidemiológico de la Dirección de Epidemiología DIRESA Loreto.
22. Reporte de la Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA Loreto.
23. Control de Enfermedades Diarreicas: Décima edición
24. <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.

# ANEXOS

## a. Calendario Epidemiológico





**Ministerio de Salud**



### CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2009

AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**ENERO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
53	28	29	30	31	1	2	3
1	4	5	6	7	8	9	10
2	11	12	13	14	15	16	17
3	18	19	20	21	22	23	24
4	25	26	27	28	29	30	31

**FEBRERO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
5	1	2	3	4	5	6	7
6	8	9	10	11	12	13	14
7	15	16	17	18	19	20	21
8	22	23	24	25	26	27	28

**MARZO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
9	1	2	3	4	5	6	7
10	8	9	10	11	12	13	14
11	15	16	17	18	19	20	21
12	22	23	24	25	26	27	28
13	29	30	31				

**ABRIL**

SE	D	L	M	M	J	V	S
13				1	2	3	4
14	5	6	7	8	9	10	11
15	12	13	14	15	16	17	18
16	19	20	21	22	23	24	25
17	26	27	28	29	30		

**MAYO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
17						1	2
18	3	4	5	6	7	8	9
19	10	11	12	13	14	15	16
20	17	18	19	20	21	22	23
21	24	25	26	27	28	29	30
22	31						

**JUNIO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
22		1	2	3	4	5	6
23	7	8	9	10	11	12	13
24	14	15	16	17	18	19	20
25	21	22	23	24	25	26	27
26	28	29	30				

**JULIO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
26				1	2	3	4
27	5	6	7	8	9	10	11
28	12	13	14	15	16	17	18
29	19	20	21	22	23	24	25
30	26	27	28	29	30	31	

**AGOSTO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
30							1
31	2	3	4	5	6	7	8
32	9	10	11	12	13	14	15
33	16	17	18	19	20	21	22
34	23	24	25	26	27	28	29
35	30	31					

**SEPTIEMBRE**

SE	D	L	M	M	J	V	S
35				1	2	3	4
36	6	7	8	9	10	11	12
37	13	14	15	16	17	18	19
38	20	21	22	23	24	25	26
39	27	28	29	30			

**OCTUBRE**

SE	D	L	M	M	J	V	S
39					1	2	3
40	4	5	6	7	8	9	10
41	11	12	13	14	15	16	17
42	18	19	20	21	22	23	24
43	25	26	27	28	29	30	31

**NOVIEMBRE**

SE	D	L	M	M	J	V	S
44	1	2	3	4	5	6	7
45	8	9	10	11	12	13	14
46	15	16	17	18	19	20	21
47	22	23	24	25	26	27	28
48	29	30					

**DICIEMBRE**

SE	D	L	M	M	J	V	S
48				1	2	3	4
49	6	7	8	9	10	11	12
50	13	14	15	16	17	18	19
51	20	21	22	23	24	25	26
52	27	28	29	30	31		

**2010**

**ENERO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
52						1	2
1	3	4	5	6	7	8	9
2	10	11	12	13	14	15	16
3	17	18	19	20	21	22	23
4	24	25	26	27	28	29	30
5	31						

**FEBRERO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
5	1	2	3	4	5	6	7
6	8	9	10	11	12	13	14
7	15	16	17	18	19	20	21
8	22	23	24	25	26	27	28
9	29	30	31				

**MARZO**

SE	D	L	M	M	J	V	S
9				1	2	3	4
10	5	6	7	8	9	10	11
11	12	13	14	15	16	17	18
12	19	20	21	22	23	24	25
13	27	27	28	29	30	31	

La notificación de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica debe hacerse dentro de las 24 horas de conocido el evento a la Oficina de Epidemiología del establecimiento de salud o dependencia según corresponda y/o a la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (Teléfono: 01-433008, anexo 103 o por correo electrónico: [notificacion@dge.gob.pe](mailto:notificacion@dge.gob.pe)).

La regularización de la notificación de los casos se debe realizar en forma semanal:

- DIRESA a Dirección General de Epidemiología del MINSAL : Martes 14,00 horas
- Redes / Microrredes a DIRESA : Lunes 12,00 horas

**ENFERMEDADES Y EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA EN SP
A 75.0 TIFUS EXANTEMÁTICO	B24 SIDA	O95 MUERTE MATERNA DIRECTA
A44.0 BARTONELLOSIS AGUDA	ENF. INFECCIOSAS Y CONGÉNITAS	O96 MUERTE MATERNA INDIRECTA
A44.1 BARTONELLOSIS ERUPTIVA	A50 SÍFILIS CONGÉNITA	O97 MUERTE MATERNA INCIDENTAL
A90 DENGUE CLÁSICO	P35.0 SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA	
A91 DENGUE HEMORRÁGICO	ENF. INFECC. DEL SIST. NERV. CENTRAL	EMERGENCIAS SANITARIAS QUE BEDEN NOTIFICARSE
B55.1 LEISHMANIASIS CUTÁNEA	A17.0 MENINGITIS TUBERCULOSA	
B55.2 LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA	A39.0 MENINGITIS MENINGOCÓCICA	BROTE DE ETAS (Enfermedades Transmitidas por Alimentos)
B57 ENFERMEDAD DE CHAGAS	ENFERMEDADES ZOONÓTICAS	DESASTRES NATURALES
B50 MALARIA FALCIPARUM	A22 ANTRAX (CARBUNCO) HUMANO	INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS
B51 MALARIA VIVAX	A82.0 RABIA HUMANA SILVESTRE	CUALQUIER OTRO EVENTO, EPIZOOTIA QUE PONGA EN RIESGO LA SALUD PÚBLICA
B52 MALARIA MALARIAE	A82.1 RABIA HUMANA URBANA	
B50.1 MALARIA MIXTA		
A27 LEPTOSPIROSIS		
A 00 CÓLERA		
A20 PESTE		
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES		
A80.3 PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA)		
A95.0 FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA		
B05 SARAMPIÓN		
B16 HEPATITIS B		
B06 RUBEOLA		
A35 TÉTANOS DEL ADULTO		
A33 TÉTANOS NEONATAL		
A37 TOS FERINA		
T88.1 ESAVI		
ACCIDENTE POR ANIMALES PONZOÑOSOS		
X20 ACCIDENTE OFIDICO		

OFICINA DE LA DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA: AV. 28 DE JULIO S/N (DIRESA LORETO), DISTRITO PUNCHANA, REGION LORETO.  
 TELÉFONOS: OFICINA: 065-251756, ANEXOS: 115 - 116.  
 Correo electrónico: [epiloreto@dge.gob.pe](mailto:epiloreto@dge.gob.pe)



## b. Matriz de Priorización

DISTRITOS	POBLACIÓN (INEÍ 2005)	INDICADORES DE VULNERABILIDAD				ÍNDICE DE VULNERABILIDAD DISTRITAL	NIVEL DE VULNERABILIDAD	CUARTIL IVD	RESULTADOS SANITARIOS	
		% POBLACIÓN CON ACCESO AL AGUA	ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	EXTENSIÓN DE USO	INTENSIDAD DE USO				RAVPP	REM
MAZÁN	13573	11.9	0.533	20.0	3	0.60	ALTO	MUY ALTO	360.5	0.99
MORONA	6658	0.0	0.475	14.0	4	0.60	ALTO	MUY ALTO	84	0.98
YAQUERANA	2445	0.0	0.538	30.0	2	0.67	ALTO	MUY ALTO	45.0	0.92
URARINAS	12025	0.0	0.484	46.2	3	0.58	ALTO	MUY ALTO	19.3	0.92
PARINARI	7394	0.0	0.556	34.7	3	0.57	ALTO	MUY ALTO	27.6	0.87
SARAYACU	14712	0.0	0.540	12.7	4	0.58	ALTO	MUY ALTO	0.0	0.85
PUTUMAYO	5822	0.3	0.542	21.9	2	0.68	ALTO	MUY ALTO	0.0	0.81
NAPO	15097	4.7	0.522	30.1	3	0.60	ALTO	MUY ALTO	151.7	0.69
TORRES CAUSANA	5162	5.0	0.498	26.1	2	0.66	ALTO	MUY ALTO	228.4	0.63
BALSAPUERTO	12730	1.0	0.452	3.3	2	0.73	ALTO	MUY ALTO	0.0	0.54
LAGUNAS	12827	0.2	0.538	100.0	3	0.44	MODERADO	MODERADO	78.0	1.20
RAMÓN CASTILLA	18146	19.8	0.557	29.2	4	0.49	MODERADO	MODERADO	2.5	1.19
EMILIO SAN MARTÍN	7433	0.0	0.520	24.9	5	0.49	MODERADO	MODERADO	179.6	0.99
LAS AMAZONAS	12349	7.1	0.530	8.4	6	0.45	MODERADO	MODERADO	5.7	0.91
REQUENA	26969	27.4	0.562	44.6	3	0.48	MODERADO	MODERADO	25.4	0.90
SAN PABLO	14642	5.4	0.535	11.8	6	0.46	MODERADO	MODERADO	51.0	0.89
FERNANDO LORES	20759	0.0	0.557	30.1	5	0.50	MODERADO	MODERADO	114.1	0.87
CONTAMANA	21873	23.7	0.572	41.6	3	0.48	MODERADO	MODERADO	2.3	0.85
SAN JUAN BAUTISTA	93836	11.8	0.578	32.6	4	0.50	MODERADO	MODERADO	4.4	0.82
NAUTA	29859	17.5	0.556	58.8	3	0.47	MODERADO	MODERADO	139.7	0.71
JEBEROS	3917	0.0	0.508	48.5	4	0.50	MODERADO	MODERADO	50.0	0.68
ALTO TAPICHE	1908	0.0	0.532	100.0	2	0.49	MODERADO	MODERADO	24.0	0.64
INAHUAYA	2120	33.8	0.579	71.1	2	0.45	MODERADO	MODERADO	24.0	0.54
SANTA CRUZ	4447	0.0	0.540	56.1	6	0.36	MODERADO	BAJO	62.0	1.11
CAPELO	3926	47.8	0.546	52.3	3	0.43	MODERADO	BAJO	58.0	0.97
TENIENTE CÉSAR LÓPEZ ROJAS	6107	9.6	0.535	100.0	3	0.41	MODERADO	BAJO	13.1	0.90
PUNCHANA	78446	39.5	0.583	79.1	3	0.37	MODERADO	BAJO	11.8	0.87
CAHUAPANAS	8090	0.0	0.493	63.0	5	0.43	MODERADO	BAJO	21	0.87
TENIENTE MANUEL CLAVERO	2787	0.4	0.481	96.5	3	0.42	MODERADO	BAJO	54.0	0.84
BELEN	66804	45.9	0.575	100.0	3	0.28	MODERADO	BAJO	76.5	0.77
IQUITOS	157529	73.7	0.633	35.5	4	0.33	MODERADO	BAJO	259.6	0.75
JENARO HERRERA	4922	16.7	0.543	100.0	3	0.41	MODERADO	BAJO	9.9	0.63
YURIMAGUAS	61968	41.6	0.574	50.6	4	0.38	MODERADO	BAJO	256.3	0.63
ALTO NANAY	2826	0.0	0.527	85.6	4	0.40	MODERADO	BAJO	170.0	0.63
PASTAZA	6148	0.0	0.491	100.0	4	0.38	MODERADO	BAJO	78	0.54
MANSERICHE	7773	3.1	0.529	100.0	4	0.36	MODERADO	BAJO	25	0.54
YAVARI	9843	0.0	0.533	57.0	3	0.56	ALTO	ALTO	45.4	1.10
TROMPETEROS	6621	16.9	0.497	28.4	3	0.55	ALTO	ALTO	1.7	1.00
SOPLIN	665	0.0	0.535	100.0	1	0.54	ALTO	ALTO	85.0	0.97
PEVAS	12663	6.9	0.545	57.8	3	0.51	ALTO	ALTO	7.0	0.90
MAQUIA	8487	0.0	0.530	53.6	3	0.54	ALTO	ALTO	7.5	0.88
INDIANA	13369	1.6	0.546	44.2	3	0.56	ALTO	ALTO	99.8	0.84
PUINAHUA	5857	0.1	0.529	40.5	3	0.56	ALTO	ALTO	26.6	0.78
SAPUENA	4402	0.0	0.544	54.7	3	0.55	ALTO	ALTO	54.0	0.74
TAPICHE	913	0.0	0.555	20.8	4	0.56	ALTO	ALTO	54.0	0.65
BARRANCA	11267	0.1	0.541	53.1	4	0.51	ALTO	ALTO	41	0.65
TIGRE	7616	16.9	0.541	57.8	3	0.51	ALTO	ALTO	621.3	0.62
PAMPA HERMOSA	5067	12.5	0.535	7.8	4	0.54	ALTO	ALTO	0.0	0.54
ANDOAS	9448	0.1	0.453	47.4	4	0.53	ALTO	ALTO	89	0.41
VARGAS GUERRA	8431	7.6	0.552	62.9	2	0.55	ALTO	ALTO	54	0.32
PADRE MÁRQUEZ	5466	22.9	0.531	17.3	4	0.53	ALTO	ALTO	21.0	0.24
<b>TOTAL</b>	<b>884144</b>								<b>3919,84</b>	<b>40,08</b>

---