ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN LORETO 2024









Loreto, Perú

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO-PERÚ

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

N ° 1659 2025-GRL-GERESA-L/30.01

RESOLUCIÓN GERENCIAL

Punchana, 31 DIC 2025

Visto, el Memorándum N°939-2025-GRL-GRSL/30.01, de fecha 22 de diciembre del 2025 donde se solicita la Resolución de aprobación y Reconocimiento del Libro "Análisis de Situación de Salud Regional (ASIS)-2024 de la Gerencia Regional de Salud de Loreto;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 663-2008/MINSA, se aprobó el Documento Técnico de Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional, como herramienta de apoyo al desarrollo y gestión del proceso de análisis de situación Regional, buscando articular los procesos de generación de evidencias con la toma de decisiones sanitarias;

Que, mediante Resolución Ministerial N°329-2011/MINSA, se aprueba el documento Técnico: Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local, a fin de generar evidencias para la toma de decisiones en salud pública y la gestión de políticas públicas-Locales, regionales y nacionales, oportunas con impacto en la salud pública de la población peruana.

Que, el artículo N°29, literal s), del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia regional de Salud Loreto, aprobado con Ordenanza Regional N°027-2028-GRL-CR, establece que una de las funciones de la Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control es la de elaborar el Análisis de Situación de Salud como herramienta para la planificación y gestión. Así como establece las funciones de la Dirección de Epidemiología en su artículo N°30, literal i) identificar necesidades de investigación de acuerdo a los problemas definidos por el Análisis de Situación de Salud y la Vigilancia en Salud Pública y realizar las investigaciones epidemiológicas aplicadas, necesarias para el desarrollo de las intervenciones y control de enfermedades.

Que, el Análisis de Situación de Salud-ASIS 2024 de la Gerencia Regional de Salud, tiene como objetivo fundamental contar con una herramienta de gestión para el apoyo a las decisiones locales, regionales y de cualquier ámbito, por lo que se hace necesario aprobar el Análisis de Situación de Salud (ASIS)-2024 de la Gerencia Regional de Salud Loreto.

Que, en relación al visto y de las normas antes acotadas, es necesario emitir la resolución de **APROBACION Y RECONOCIMIENTO del libro "Análisis de Situación de Salud Regional-2024**

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

N° 1659 2025-GRL-GERESA-L/30.01

RESOLUCIÓN GERENCIAL

Punchana, 31 DIC 2025

Estando a lo informado por la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos;

Con la visación del Sub Gerente Regional de Salud, Jefe de la Oficina Ejecutiva de Administración, Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, Jefe de la Oficina Administración de Recursos Humanos, de la Gerencia Regional de Salud de Loreto y;

Que, mediante manual de operaciones (MOP) de la Gerencia Regional de Salud Loreto aprobado con Decreto Regional N° 007-2024-GRL-GR, de fecha 30 de setiembre del 2024, manual que establece la Estructura Orgánica de la Gerencia Regional de Salud de Loreto. En uso de las atribuciones y facultades conferidas mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº 021-2025-GRL-GR, de fecha 06 de enero del 2025 y Manual de Organización y Funciones aprobado por Resolución Directoral N°1899-2015-GRL-DRS-L/30.01, de fecha 16 de noviembre de 2015;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1° APROBAR, el Reconocimiento del Libro **"Análisis de Situación de Salud Regional 2024 (ASIS).**

ARTÍCULO 2° NOTIFICAR, la presente Resolución al interesado o instancias administrativas correspondientes.

ARTÍCULO 3° La Dirección de Epidemiologia, es responsable de la difusión del citado Libro indicado en las líneas de arriba.

Regístrese, Notifíquese y Cúmplase;

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
M.C. Guillermo Angulo Arévalo
GERENTE REGIONAL

GAA/PSVD/UZCP/BJLLZ/AKRP/CATG/JVTR/GCRS/grb

Análisis de la Situación de Salud de Loreto - 2024

Gobierno Regional de Loreto
Gerencia Regional de Salud Loreto
Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección de Epidemiología
Av. Colonial MZ. B LTE 21. Distrito de Punchana, Provincia Maynas, Región Loreto
Website: www.geresaloreto.gob.pe
Correo electrónico: epiloreto@dge.gob.pe
Terminada en Diciembre 2025

Documento Técnico Elaborado por:

Enfermera Epidemióloga : JUANA ELVIRA VALERA PÉREZ

Participaron:

Dirección Ejecutiva del Centro de Prevención de Enfermedades
- Dirección de Epidemiología
- Dirección de Informática, Telecomunicaciones y Estadística (DITE).
- Dirección del Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres
- Dirección de Salud Ambiental
- Coordinación de la Estrategia Regional de Enfermedades Metaxénicas y Zoonótica.
- Coordinación Regional de Zoonosis.
- Laboratorio de Referencia Regional de Loreto (LRRL)

Dirección Ejecutiva de Salud Individual
- Dirección de Atención Integral de Salud
- Dirección de Servicios de Salud
- Dirección de Referencias, Contrarreferencias Y Seguros
- Dirección de hemoterapia y Medicina Transfusional.
- Dirección de Calidad

Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Dirección de Presupuesto

Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud
- Dirección de Participación Ciudadana
- Dirección de Educación para la salud
- Dirección de Vida Sana

Dirección Ejecutiva de Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas.
Dirección de Uso y Acceso de Medicamentos

Revisión y Edición General

Enfermera Epidemióloga : Juana Elvira Valera Pérez
Médico Epidemiólogo : Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci

Edición técnica y normalización del documento:

Cesar Renato Tuesta Rojas

Soporte Informático

Tec. Adm. Abner Augusto Del Águila Guevara
Tec. Adm. Fernando Muñoz Rodríguez

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO

DR. JORGE RENÉ CHAVEZ SILVANO
GOBERNADOR REGIONAL DE LORETO

ECON. WILLIAM PABLO SORIA RUIZ
GERENTE GENERAL REGIONAL

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO

DR. GUILLERMO ANGULO ARÉVALO
GERENTE REGIONAL DE SALUD - LORETO

DR. PERCY SOLANO VARGAS DAVILA
SUB GERENTE REGIONAL

DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DRA. GLADYS GIANNINA VASQUEZ DEL AGUILA
DIRECTORA EJECUTIVA

EQUIPO DE GESTIÓN

- **M.C. GLADYS GIANNINA VASQUEZ DEL AGUILA:**
  DIRECTORA EJECUTIVA DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y CONTROL
- **M.C. CARLO MARIO AREVALO VARGAS:**
  DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD INDIVIDUAL
- **ECON. BILLY JACK LLERENA ZEGARRA:**
  DIRECTOR EJECUTIVO DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
- **LIC. ADM. ÚRSULA ZULEYKA CABALLERO PINEDO:**
  DIRECTORA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
- **OBST. BERTTI LUZ PEREYRA SHUÑA**
  DIRECTORA EJECUTIVA DE SALUD COMUNITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
- **Q.F. CLAUDIO ANGEL CHUNG ROJAS**
  DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
- **C.P.C. ALLAN KERY REATEGUI PAREDES**
  DIRECTOR EJECUTIVO DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL CENTRO REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL

DRA. GLADYS GIANNINA VASQUEZ DEL AGUILA
DIRECTORA EJECUTIVA

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

LIC. ENF. BETTY MARLENE RIOS TORRES
DIRECTORA

UNIDAD ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD Y SALA SITUACIONAL

ENF. EPIDEMIÓLOGA. JUANA ELVIRA VALERA PÉREZ
JEFE DE UNIDAD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE BROTES

LIC. ENF CINTHYA IRENE ROJAS TORRES
JEFE DE UNIDAD

UNIDAD DE NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

LIC. ENF. RUTH TRINIDAD CANAYO PEREA
JEFE DE UNIDAD

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

LIC. ENF. FLOR MEREDITH MARAPARA MURAYARI

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y ZOONÓTICAS

LIC. ENF. PATRICIA QUEVEDO RIVADENEYRA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS

BLGO. FREDDY FRANCO ÁLAVA ARÉVALO

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES DE AROBOVIROSIS Y METALES PESADOS

LIC. ENF. DOYO PASQUEL SIRI

ÁREA DE INFORMÁTICA Y ADMINISTRATIVA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

TEC. ADM. FERNANDO MUÑOZ RODRIGUEZ
TEC. ADM. VERÓNICA PAREDES VILCHEZ
AUX. ADM. LIVIO HERNÁNDEZ CHÁVEZ

SECRETARIA

TEC. ADM. MARINA RUIZ RUIZ

AGRADECIMIENTOS

En nombre de la Gerencia Regional de Salud Loreto, expresamos nuestro más sincero agradecimiento a todas las instituciones, profesionales de la salud y equipos técnicos que participaron activamente en la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de la región Loreto.

Su valiosa colaboración, compromiso y aporte técnico han sido fundamentales para consolidar un documento que refleja con responsabilidad y precisión la realidad sanitaria de nuestra región. Gracias al trabajo articulado, hemos logrado identificar fortalezas, brechas y desafíos que orientarán la planificación estratégica en beneficio de nuestra población.

Reiteramos nuestro reconocimiento a cada uno de ustedes por su entrega, disposición y profesionalismo durante este proceso. Los resultados alcanzados son un reflejo del esfuerzo conjunto por avanzar hacia una región con mejor salud, equidad y bienestar.

¡Gracias por construir salud con nosotros!

Los Editores

PRESENTACIÓN

El presente documento, “Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Región Loreto – 2024”, es el resultado de un proceso riguroso y participativo de recopilación, sistematización y análisis de información proveniente de diversas fuentes del sistema de salud y de los determinantes sociales que inciden en la salud de la población.

Este informe constituye una herramienta técnica fundamental para la gestión sanitaria regional, al ofrecer un panorama actualizado y detallado de la situación de salud en Loreto, permitiendo identificar los principales problemas, brechas y desafíos, así como orientar la toma de decisiones, el diseño de políticas públicas y la priorización de intervenciones sanitarias basadas en evidencia.

La elaboración del ASIS 2024 ha sido posible gracias al compromiso y la participación activa de los equipos técnicos de la Gerencia Regional de Salud Loreto, las unidades ejecutoras, redes de salud, establecimientos de salud, así como de otras instituciones públicas y privadas que brindaron su valioso aporte.

Este esfuerzo conjunto refleja el compromiso del Gobierno Regional de Loreto, a través de la GERESA, con la transparencia, la planificación basada en evidencia y el fortalecimiento de la salud pública en beneficio de toda la población loretana, especialmente de los grupos más vulnerables.

Invitamos a los tomadores de decisiones, profesionales de la salud, académicos, organizaciones de la sociedad civil y ciudadanos en general a aprovechar esta publicación como base para la formulación de estrategias que contribuyan al bienestar y desarrollo integral de nuestra región.

El ASIS Loreto 2024, cuenta con información descriptiva, cuantitativa y cualitativa que permite evaluar información entre los años 2020-2024, en el ámbito de provincias y distritos, así como diferenciarlos entre variables de las personas.

Iquitos, Diciembre 2025

Dr. Guillermo Angulo Arévalo
Gerente Regional de Salud Loreto

INDICE

AGRADECIMIENTOS 5
PRESENTACIÓN 6
1 Introducción 9
2 Finalidad 10
3 Objetivo 10
4 Ámbito de aplicación 10
5 Aspecto metodológico 10
6 Misión y visión institucional 11
CAPÍTULO I. GENERALIDADES 12
1.1 Reseña histórica de la región Loreto 13
1.2 Reseña histórica de la GERESA loreto: 14
CAPÍTULO II. ANÁLISIS DEL ENTORNO 15
2.1 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES GEOGRÁFICOS. 16
2.2 ANALISIS DE LOS DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS 38
2.3 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS 68
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA OFERTA 103
3.1 RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHUS) 104
3.2 Infraestructura Sanitaria en Salud: 118
3.3 Participación Comunitaria 127
3.4 Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU 130
3.5 Plataforma Itinerante de Apoyo Social (PIAS) 138
3.6 Aseguramiento Universal de Salud (AUS) 143
3.7 Seguro Integral de Salud (SIS) 147
3.8 Seguro Es Salud: 156
3.9 Salud Mental 157
3.10 Educación para la salud 166
3.11 Promoción de Vida Sana 171
3.12 Calidad en Salud 178
3.13 Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL 183
3.14 Centro Hemodador Regional de Loreto – Banco de Sangre Tipo II 210
3.15 La Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIREMID) 223
3.16 Asociaciones de Comunidad local de Administración de Salud - ACLAS 229
3.17 Cuidado de Atención Integral de salud (MCI) 237
3.18 Redes Integradas de Salud (RIS) 239
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD 241
4.1 Análisis de la mortalidad 242
4.2 Análisis de morbilidad 268
4.3 Análisis de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y Estrategias Sanitarias 291
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD 377
5.1 Determinantes de riesgos y daños a la salud. 378
CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD 425
6.1 Cobertura de inmunización 426
6.2 Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED): 433
6.3 Atenciones a las enfermedades infecciosas intestinales. 442
6.4 Atenciones de las Infecciones de las vías Respiratorias 445
6.5 Salud Sexual y Reproductiva: 448
6.6 Prevención y Control del Cáncer Obstétrico 454
6.7 Prevención y Control de la Tuberculosis 458
6.8 Prevención y Control del VIH-SIDA: 465
6.9 Prevención y Control del vector de la Malaria 470
6.10 Prevención y Control del Dengue 478

6.11 Prevención y Control de Zoonosis 493
6.12 Prevención y Control de Contaminación de Metales Pesados 496
6.13 Intervención y Control de Brotes y de otros eventos de importancia de Salud Pública 501
6.14 Componente Especial - Salud de pueblos indígenas 509
CAPÍTULO VII. EVALUACIÓN FINANCIERA DE PRINCIPALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 516
7.1 Evaluación Financiera de Principales Programas Presupuestales: 517
CAPÍTULO VIII. PRIORIDAD SANITARIA REGIONAL DE LORETO 2022-2030 532
8.1 Recolección y análisis situacional de la salud regional: 533
8.2 Identificación de problemas prioritarios: 533
8.3 Aplicación de criterios de priorización: 533
8.4 Aprobación oficial: 533
CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES 535
CAPÍTULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 537
CAPÍTULO XI. RECONOCIMIENTO AL EQUIPO COLABORADOR DE ELABORACIÓN ASIS 2024..... 537

1 Introducción

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 constituye una herramienta fundamental para la gestión sanitaria, al proporcionar una visión integral y actualizada del estado de salud de la población de la región Loreto. Este documento permite identificar los principales problemas y necesidades de salud, sus determinantes sociales, así como las desigualdades existentes en el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud.

El ASIS se elabora en base a fuentes de información confiables y validadas, y responde a un enfoque epidemiológico, social y territorial, con el objetivo de orientar la formulación de políticas, estrategias e intervenciones que contribuyan a mejorar la salud de la población.

Durante el año 2024, la elaboración del ASIS se desarrolló con la participación de equipos técnicos de las diferentes unidades orgánicas de la Gerencia Regional de Salud, redes de salud, establecimientos, y aliados estratégicos del sector. Este trabajo articulado permitió recopilar, analizar e interpretar información relevante y oportuna, considerando el contexto epidemiológico, socioeconómico, ambiental y cultural de la región. Este documento busca ser una herramienta útil para los tomadores de decisiones, profesionales de la salud, autoridades locales y sociedad civil, con el propósito de garantizar el derecho a la salud y promover el bienestar integral de todos los ciudadanos de Loreto.

Este Libro ASIS consta de 11 capítulos:

Capítulo I: Aspectos generales de la historia de la región Loreto y de la Gerencia Regional de Salud Loreto.
Capítulo II: Análisis del entorno, de los determinantes geográficos, demográficos, socioeconómicos de la región Loreto.
Capítulo III. Análisis de los determinantes de la oferta de la salud
Capítulo IV: Análisis del estado de salud: Morbilidad y Mortalidad, análisis de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y estrategias Sanitarias.
Capítulo V: Análisis de los determinantes de riesgos y daños a la salud.
Capítulo VI. Análisis de la protección social en salud.
Capítulo VII: Evaluación Financiera de principales programas presupuestales.
Capítulo VIII: Prioridad Sanitaria Regional.
Capítulo IX: Conclusiones
Capítulo X: Referencias Bibliográficas.

2 Finalidad

La finalidad del ASIS 2024 (Análisis de Situación de Salud) de la región Loreto es servir como una herramienta estratégica epidemiológica clave para:

- La planificación y gestión en salud: Orientar la formulación de planes, programas y proyectos basados en evidencia y en las principales necesidades de la población.
- Priorización de problemas de salud y sus determinantes sociales: Identificar los retos más urgentes incluidos los factores sociales que los influyen para enfocar recursos y acciones de forma eficiente.
- Orientación de estrategias interinstitucionales: Facilitar la coordinación entre el sector salud, gobierno regional y entidades asociadas para abordar las problemáticas con un enfoque multisectorial.
- Responsabilidad del Estado en salud pública: Constituir parte esencial del rol rector del Gobierno en la supervisión y mejora continua de la salud en su jurisdicción.
- Soporte para investigación y propuestas: Servir como base para estudios académicos o de políticas, así como inspiración para iniciativas orientadas a mejorar indicadores sanitarios.
- En términos operativos, este informe recopila indicadores anuales de atención en salud (oferta y demanda), extraídos de múltiples fuentes y analizados mediante una metodología estandarizada del Ministerio de Salud.

3 Objetivo

El propósito principal del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2024 en la región Loreto es el siguiente:

- Utilizar datos epidemiológicos actuales para orientar la planificación regional, priorizar los principales problemas de salud y sus determinantes, y articular estrategias interinstitucionales eficaces.
- Brindar información cuantitativa (morbilidad, mortalidad, determinantes sociales) que sustente decisiones en políticas públicas y programas de salud.
- Servir como base para estudios, investigación y acciones innovadoras que contribuyan a la mejora de los indicadores de salud en Loreto.
- Identificar las principales necesidades y problemas de salud de la población; determinar las brechas sanitarias y los factores y/o determinantes que influyen en la salud de las personas y definir las prioridades sanitarias en la Región Loreto.

4 Ámbito de aplicación

El presente documento se realizó en el ámbito de la región Loreto, con información de sus 8 provincias y 53 distritos, correspondiente a los años 2020 al 2024.

5 Aspecto metodológico

En resumen, el ASIS 2024 de Loreto se construye a partir de una metodología mixta y participativa, con fundamentación técnica y territorial, enfocada en generar un diagnóstico confiable y útil para la gestión en salud local.

Para desarrollar el ASIS se basó en la estructura del ASIS regional, propuesto según la metodología planteada por CDC-MINSA con algunas variantes regionales. Para su desarrollo se organizó un equipo de trabajo de acuerdo con las áreas temáticas y se realizó la distribución de temas. Cada responsable de área temática se conformó con el objetivo de recoger información, priorizar y describir las enfermedades o eventos.

6 Misión y visión institucional

6.1 Misión institucional

“Proteger la dignidad personal promoviendo la salud para construir una cultura de salud y de solidaridad, previniendo las enfermedades y garantizando atención integral salud de todo el habitante; cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud concertación con todos los sectores públicos y privados y otros actores sociales. La Persona es el centro de nuestra misión a la cual nos dedicamos, con respeto a la vida, derechos fundamentales de todos los peruanos, desde su fecundación hasta su muerte natural, respetando el curso natural de su vida y contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del sector salud somos agentes de cambio en constante superación, mejorando continuamente la calidad de nuestro servicio para lograr el máximo bienestar de las personas”.

6.2 Visión sectorial

“La salud de todas las personas, será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico, del fortalecimiento de la democracia y de los derechos y responsabilidades ciudadanas basados en la ampliación de la fuente de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y familia, como una unidad básica de la salud y desarrollo de la sociedad, en una cultura de vida y salud, así como en el establecimiento de mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud con calidad integrados en un sistema nacional coordinado y descentralizado, cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud”.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

1.1 Reseña histórica de la región Loreto

La región Loreto, ubicada en la Amazonía nororiental del Perú, posee una historia profundamente ligada a los pueblos indígenas y la colonización europea. Antes de la llegada de los españoles, este vasto territorio estaba habitado por diversas etnias amazónicas como los boras, witotos, yaguas, shipibos, cocamas y omaguas, quienes vivían en armonía con la selva, practicaban la caza, pesca y agricultura, y desarrollaron complejas expresiones culturales y lingüísticas.

El descubrimiento del río Amazonas se atribuye al explorador español Francisco de Orellana, quien en 1542 emprendió una expedición que marcaría un hito en la historia de la exploración del continente sudamericano. Partiendo desde Quito junto a Gonzalo Pizarro en busca de la legendaria tierra de “El Dorado” y la “Canela”, Orellana descendió por un enorme sistema fluvial que lo condujo hasta el Atlántico, recorriendo más de 6,000 kilómetros. Durante su travesía, enfrentó hambre, enfermedades y ataques de pueblos indígenas, a quienes describió como valientes guerreros, motivo por el cual bautizó al río con el nombre de Amazonas, evocando a las míticas mujeres guerreras de la antigua Grecia. Este viaje reveló al mundo la existencia del río más caudaloso del planeta y abrió las puertas al conocimiento de la vasta y enigmática selva amazónica.

En el siglo XVII, los misioneros jesuitas iniciaron la evangelización de estas poblaciones, fundando reducciones en las cuencas de los ríos Marañón, Amazonas y Ucayali. La región fue integrada gradualmente al Virreinato del Perú, aunque gran parte del territorio permaneció aislado debido a la geografía inhóspita.

Durante el siglo XIX, tras la independencia del Perú (1821), Loreto fue inicialmente parte del Departamento de Amazonas, y en 1866 se creó oficialmente el Departamento de Loreto con capital en Iquitos. Esta ciudad se convirtió en un centro de gran importancia económica gracias al boom del caucho (fines del siglo XIX y comienzos del XX), que atrajo capitales, migración extranjera y originó una breve bonanza económica.

La explotación cauchera, sin embargo, también trajo abusos y esclavitud de las poblaciones indígenas, como documentó Roger Casement en su famoso informe de 1910. Tras la decadencia del caucho, Loreto enfrentó una etapa de estancamiento económico y aislamiento, que persistió durante buena parte del siglo XX.

Con el desarrollo de la infraestructura aérea y fluvial, y la incorporación de políticas públicas, Loreto fue integrándose gradualmente al resto del país. Hoy en día, sigue siendo una región estratégica por su biodiversidad, su rol en la conservación amazónica y su potencial en sectores como el ecoturismo, la bioeconomía y la interculturalidad.

Ministerio de Cultura del Perú. (s/f). Reseña histórica de Loreto. Recuperado de: https://bicentenario.cultura.gob.pe/loreto

1.2 Reseña histórica de la GERESA loreto:

La Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto) es el órgano desconcentrado del Gobierno Regional de Loreto encargado de dirigir y normar las políticas de salud en la región, en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA). Su historia institucional se remonta a las primeras estructuras de salud pública descentralizadas creadas en el Perú a fines del siglo XX, como parte del proceso de regionalización.

En 1947, el 8 de octubre, mediante Decreto-Ley, se nombró al Dr. Jorge Atkins Morales como primer Director de la "Unidad Sanitaria de Loreto", cuya jurisdicción incluía los actuales departamentos de Loreto, Ucayali, San Martín, Huánuco y Amazonas. En 1970, la denominada "Unidad Sanitaria de Loreto" cambió su nombre a Dirección Regional de Salud (DRS) de Loreto.

En 1985 se produjo una transición en la normativa nacional que renombró los órganos departamentales de salud como "Unidades Departamentales de Salud (UDES)" y en 1990 retornó la denominación de "Dirección de Salud (DISA)".

En 1993, con la promulgación de la Ley de Bases de la Descentralización (Ley N° 26157), se sentaron las bases para que los servicios de salud comenzaran a ser gestionados por los gobiernos regionales. A partir de este marco, en Loreto se consolidaron las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs), que posteriormente evolucionarían en GERESAs, conforme se profundizaba el proceso de descentralización en los años 2000.

Finalmente, mediante la Ordenanza Regional N.º 010-2021-GRL-CR del 12 de agosto de 2021, el órgano se renombró como "Gerencia Regional de Salud (GERESA) Loreto".

Con la promulgación de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Ley N° 27867) en el año 2002, y la transferencia progresiva de competencias del MINSA a los gobiernos regionales, la DIRESA Loreto se transformó oficialmente en la Gerencia Regional de Salud Loreto, integrándose como parte de la estructura del Gobierno Regional de Loreto.

La GERESA Loreto se ha encargado desde entonces de formular, ejecutar y supervisar políticas de salud, implementar estrategias de control de enfermedades endémicas y epidémicas (como malaria, dengue, tuberculosis, VIH, entre otras), fortalecer la red de establecimientos de salud de la Amazonía peruana, y garantizar el acceso a servicios de salud con pertinencia intercultural, considerando la diversidad étnica y geográfica de la región.

Durante emergencias sanitarias como la pandemia por COVID-19 (2020-2022), la GERESA Loreto jugó un rol clave en la respuesta territorial, el manejo de hospitales y la ejecución de campañas de vacunación en zonas rurales y de frontera.

Ministerio de Salud del Perú – Documentos de descentralización y regionalización sanitaria.
Gobierno Regional de Loreto – Portal institucional de la GERESA: www.regionloreto.gob.pe
Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
Informes técnicos y memorias institucionales de la GERESA Loreto 2010–2023.

CAPÍTULO II. ANÁLISIS DEL ENTORNO

2.1 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES GEOGRÁFICOS.

2.1.1 Ubicación Geográfica

La Región Loreto se encuentra situada en la zona nororiental del territorio peruano, formando parte de la extensa cuenca amazónica sudamericana. Es la región con mayor extensión territorial del país, y posee una ubicación estratégica por su carácter fronterizo y transfronterizo, lo que le otorga relevancia geopolítica, social, ambiental y sanitaria.

Límites geográficos:
Norte: limita con la República del Ecuador y la República de Colombia.
Este: limita con la República Federativa del Brasil.
Sur: limita con la región de Ucayali.
Oeste: limita con las regiones de San Martín y Amazonas.

Coordenadas extremas:
Latitud sur: entre los 0°01'00" y 7°03'00"
Longitud oeste: entre los 69°38'00" y 77°48'00"

Su territorio forma parte de la llanura amazónica, con una topografía predominantemente plana, atravesada por una extensa red hidrográfica, con caudalosos ríos como el Amazonas, Marañón, Ucayali, Napo, Putumayo y Yavarí, los cuales constituyen las principales vías de transporte y comunicación. Su ubicación la convierte en un puente natural entre el Perú y los países vecinos amazónicos, favoreciendo tanto el intercambio cultural y comercial como los desafíos relacionados con migración, control sanitario y enfermedades transmisibles.

La ubicación geográfica de Loreto condiciona de manera directa su situación sanitaria al facilitar la transmisión de enfermedades endémicas y emergentes desde países fronterizos, aumenta la vulnerabilidad a amenazas ambientales (inundaciones, deslizamientos, contaminación hídrica), dificulta el acceso equitativo a los servicios de salud en zonas rurales, ribereñas y de frontera.

2.1.2 Superficie

La Región Loreto es la más extensa del territorio peruano, con una superficie total de 368,852.22 kilómetros cuadrados, lo que representa aproximadamente el 28.8 % del área total del país. Esta vastedad territorial influye significativamente en la planificación y ejecución de intervenciones en salud pública, debido a la gran dispersión poblacional y las dificultades logísticas asociadas al transporte de recursos entre localidades y distritos.

Loreto está ubicada en la cuenca amazónica, caracterizada por una topografía predominantemente plana y boscosa, con extensas llanuras aluviales cubiertas por selva tropical y una red hidrográfica muy extensa de ríos, quebradas, lagunas, meandros y aguajales.

La extensión geográfica y la naturaleza amazónica del territorio generan retos críticos para el sector salud, entre ellos:
Alta dispersión de establecimientos de salud y recursos humanos.
Limitado acceso de poblaciones rurales y nativas a servicios básicos.
Incremento de los costos operativos de las intervenciones sanitarias.
Dificultades en la implementación de redes integradas de salud con enfoque territorial. (ver Mapa N° 4 Región de loreto por Provincias.2024).

2.1.3 Capital

La ciudad de Iquitos es la capital política, administrativa y económica de la Región Loreto, así como la capital de la provincia de Maynas. Es considerada la ciudad más grande de la Amazonía peruana y uno de los centros urbanos más importantes de la cuenca amazónica en Sudamérica; Iquitos se encuentra en la selva nororiental del Perú, a orillas del río Amazonas, cerca de la confluencia con los ríos Nanay e Itaya. Está ubicada a 3°44' de latitud sur y 73°15' de longitud oeste, a una altitud promedio de 106 msnm.

Iquitos es inaccesible por vía terrestre desde el resto del país, lo que la convierte en la ciudad más grande del mundo sin conexión vial exterior; Sus principales vías de acceso son: Vía aérea, a través del Aeropuerto Internacional Coronel FAP Francisco Secada Vignetta, vía fluvial, mediante el transporte por los ríos Amazonas y sus afluentes.

Según estimaciones del INEI, Iquitos tiene una población proyectada de más de 470,000 habitantes al año 2024, concentrando aproximadamente el 40 % de la población regional. Esto la convierte en el principal núcleo urbano, con alta densidad poblacional y mayor concentración de servicios de salud. Es sede de los principales hospitales de la región, como el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" y el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García", cuenta con universidades, instituciones públicas y centros de investigación científica y amazónica.

Presenta problemas estructurales como urbanización desordenada, contaminación del agua, deficiencia en el saneamiento y riesgo por inundaciones, Iquitos constituye el centro de referencia en salud para toda la región, concentrando la mayor parte del recurso humano especializado, laboratorios regionales, almacenes de medicamentos y servicios terciarios. Además, cumple una función clave en:
Coordinación de vigilancia epidemiológica regional.
Gestión de emergencias sanitarias.
Ejecución de campañas de prevención y control de enfermedades.

Iquitos es el corazón administrativo y sanitario de Loreto. Su ubicación geográfica, condición de aislamiento terrestre y elevada concentración poblacional representan desafíos únicos para la planificación y ejecución de políticas de salud pública, que requieren enfoques diferenciados para garantizar la equidad en el acceso a servicios, es una ciudad aislada del resto de Perú, por este motivo, es considerada una isla. De hecho, entre los pobladores y visitantes Iquitos es conocida como la "isla bonita". Iquitos, está constituida por cuatro distritos: Iquitos, Belén, Punchana, San Juan Bautista, los mismos que tienen población urbana, periurbana y rural.

2.1.4 Bosques

La Región Loreto, ubicada en la Amazonía peruana, posee una de las coberturas boscosas más extensas y mejor conservadas del país. Alrededor del 95 % de su territorio está cubierto por bosques tropicales húmedos, lo que convierte a Loreto en una región clave para la conservación ambiental y la regulación climática a nivel nacional y global.
Tipos de bosques presentes en Loreto
Bosque húmedo tropical de tierra firme; Es el tipo de bosque más abundante en la región, se desarrolla en suelos elevados no sujetos a inundación permanente, caracterizado por árboles de gran altura, como el shihuahuaco, cedro, caoba, y lupuna, su biodiversidad es extraordinaria, albergando cientos de especies de flora y fauna por hectárea.
Bosque de varzea (bosque inundable estacional); Se inunda durante los meses de creciente de los ríos, presenta una vegetación adaptada a ciclos de inundación y sequía,

cumple funciones clave en la reproducción de peces, el almacenamiento de carbono y la regulación hídrica.
Bosque de aguajales y palmales; Son zonas pantanosas donde predominan especies como el aguaje (Mauritia flexuosa) y huasaí, son fuente importante de alimentos, fibras, y productos de recolección para poblaciones rurales y nativas, importantes para la fauna (nutria, monos, aves) y como zonas de captura de carbono.
Bosques secundarios; Son áreas reforestadas o regeneradas tras actividades humanas (agricultura, tala, asentamientos), su recuperación es vital para frenar la pérdida de biodiversidad y proteger cuencas hídricas locales.

Los bosques, regulan el clima regional y ayudan a mitigar el cambio climático a través del almacenamiento de carbono, protegen las fuentes de agua utilizadas para el consumo humano, albergan especies medicinales utilizadas en la medicina tradicional amazónica, son hábitat de vectores y reservorios naturales de enfermedades emergentes (como arbovirosis y zoonosis), lo que demanda una vigilancia epidemiológica basada en el enfoque de Una sola salud (One Health).

Amenazas a los bosques (2020–2024)
Durante el periodo analizado, los bosques de Loreto enfrentaron presiones por:
Deforestación (por tala ilegal, cultivos ilícitos y expansión urbana).
Contaminación por actividades extractivas, especialmente en cuencas del Corrientes, Marañón y Pastaza.
Incendios forestales, aunque menos frecuentes que en otras regiones.
Cambio climático, que altera patrones de lluvia y temperatura, afectando la salud humana y la productividad de los ecosistemas.

Los bosques de la región Loreto son un recurso estratégico para la salud ambiental, el bienestar de las comunidades amazónicas y la sostenibilidad del sistema de salud pública. Su protección requiere acciones multisectoriales y articuladas que integren conservación, salud ambiental, vigilancia epidemiológica y respeto a los saberes ancestrales.

2.1.5 Clima.

El clima de la región Loreto, ubicada en la Amazonía nororiental del Perú, se caracteriza por ser tropical húmedo, con temperaturas elevadas, alta humedad y lluvias intensas durante la mayor parte del año.
Tipo de clima: Ecuatorial húmedo o tropical lluvioso (según clasificación de Köppen: Af).
Temperatura promedio anual: entre 26 °C y 28 °C, las temperaturas máximas pueden superar los 34 °C durante los meses más cálidos (agosto y setiembre), las temperaturas mínimas oscilan entre 20 °C y 22 °C; Durante el día, las temperaturas pueden alcanzar hasta 35 °C, especialmente en la temporada seca, las noches suelen ser cálidas, con mínimas alrededor de 21 °C, la sensación térmica puede incrementarse por la alta humedad.
Precipitaciones anuales: Entre 2,500 y 3,500 mm, con lluvias frecuentes casi todo el año.
Humedad relativa: muy alta, con valores promedio entre 80 % y 100 %, lo que favorece una sensación térmica más elevada.
Altitud promedio: Predominantemente baja (por debajo de los 200 m s.n.m.).

Aunque no hay estaciones marcadas como en regiones templadas, se reconocen dos períodos climáticos:
Temporada de lluvias o creciente: de noviembre a mayo, con lluvias más intensas, crecidas de ríos y mayor riesgo de inundaciones.
Temporada seca o vaciante: de junio a octubre, aunque con presencia ocasional de lluvias, especialmente en las tardes.

Su alta pluviosidad y temperatura constante crean condiciones óptimas para la proliferación de vectores como el *Aedes aegypti* (transmisor de dengue, zika y chikungunya) y Anopheles spp. (malaria).
Las inundaciones estacionales generan brotes de enfermedades hídricas como leptospirosis, hepatitis A, diarreas agudas y afecciones dérmicas.
La humedad ambiental permanente contribuye a infecciones respiratorias agudas, especialmente en niños menores de cinco años. Las condiciones climáticas influyen directamente en la accesibilidad a servicios de salud, afectando el traslado por vías fluviales, principalmente en época de creciente.

2.1.6 Fauna

La fauna de la región Loreto es una de las más diversas del Perú y del mundo, gracias a su ubicación en plena Amazonía. Su extensa red hidrográfica, selvas inundables y bosques de tierra firme albergan una gran variedad de especies animales, muchas de ellas endémicas o amenazadas y forma parte del corredor biológico más extenso del país, incluyendo áreas protegidas como la Reserva Nacional Pacaya Samiria, la Reserva Allpahuayo Mishana y el Parque Nacional Yaguas.

Entre las principales especies destacan:
Mamíferos: delfín rosado (Inia geoffrensis), jaguar (Panthera onca), mono choro, perezoso, lobo de río (Pteronura brasiliensis), manatí amazónico (Trichechus inunguis).
Aves: guacamayos, tucanes, hoatzines, águila harpía.
Reptiles: anacondas, caimanes, serpiente coral.
Peces: paiche (Arapaima gigas), gamitana, boquichico, piraña.
Anfibios e insectos: ranas venenosas, mariposas morpho, zancudos, arañas grandes.
Esta diversidad se encuentra en ecosistemas protegidos como la Reserva Nacional Pacaya Samiria, la Reserva Allpahuayo Mishana y el Parque Nacional Yaguas.

La fauna loretana tiene una relación directa e indirecta con la salud pública, que se manifiesta en los siguientes aspectos:
a) *Reservorios y vectores de enfermedades zoonóticas*; Varias especies silvestres actúan como portadoras o transmisoras de enfermedades:

Enfermedad	Especie / vector implicado	Modo de transmisión
Rabia silvestre	Murciélagos hematófagos (*Desmodus rotundus*)	Mordedura (saliva infectada)
Leptospirosis	Roedores silvestres y domésticos	Contacto con orina infectada (directo o agua/suelo)
Leishmaniasis	Mamíferos silvestres; vector: flebótomos (moscas de arena)	Picadura de flebótomos infectados
Malaria	Humanos y primates; vector: *Anopheles* spp.	Picadura de mosquito *Anopheles* hembra infectada
Fiebre amarilla	Primates no humanos (sentinelas); vectores: *Haemagogus* spp., *Aedes* spp.	Picadura de mosquitos infectados
Hantavirus	Roedores silvestres	Inhalación de aerosoles de excretas (orina/heces)

En Loreto se han registrado brotes de rabia silvestre en comunidades indígenas, generando muertes humanas, lo que evidencia la necesidad de vigilancia activa y respuesta rápida en salud pública.
b) Origen de enfermedades emergentes; El contacto directo entre humanos y fauna silvestre, especialmente por: Caza y consumo de carne de monte, tenencia de fauna silvestre como mascota, invasión de hábitats por actividades extractivas, favorece la emergencia de nuevas zoonosis, que pueden escalar rápidamente como amenazas sanitarias.

c) Impacto en la nutrición y seguridad alimentaria; La fauna ictiológica es clave en la dieta regional. Poblaciones ribereñas dependen de especies como el paiche, boquichico y gamitana como fuente primaria de proteína.
Problemas de salud pública derivados de esto: Sobrepesca o contaminación (por mercurio u otros tóxicos) que comprometen la seguridad alimentaria, reducción en la disponibilidad de pescado que incrementa riesgos de anemia y desnutrición infantil.
d) Indicadores de salud ambiental; La presencia o ausencia de determinadas especies es un bioindicador del estado de los ecosistemas, por ejemplo, cambios en la distribución de insectos vectores (como *Aedes aegypti*) por deforestación o variabilidad climática incrementan el riesgo de dengue, zika y chikungunya.
e) Marco de acción en salud pública; Para afrontar los riesgos derivados de la fauna, Loreto debe fortalecer: La vigilancia de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores, la promoción del enfoque "Una Sola Salud" (One Health): que integra la salud humana, animal y ambiental, las intervenciones intersectoriales entre MINSA, GERESA, IIAP, SERNANP, SENASA y gobiernos locales.

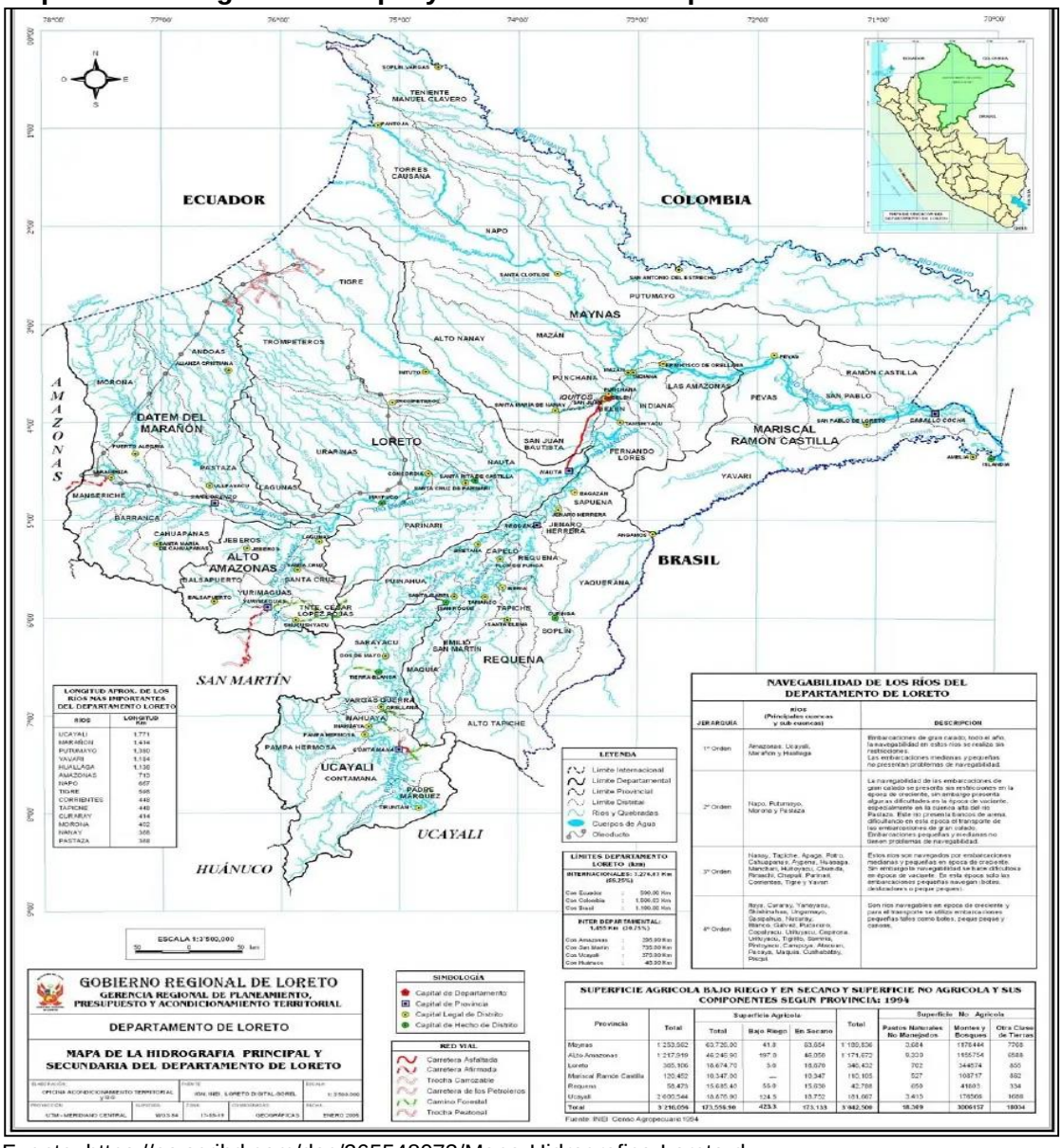
2.1.7 Hidrografía

La Región Loreto cuenta con una de las redes hidrográficas más extensas y caudalosas del país, al formar parte de la cuenca amazónica. Los ríos constituyen el eje fundamental de la vida social, económica y sanitaria en la región, dado que muchos distritos no tienen acceso por carretera y dependen exclusivamente del transporte fluvial.
Principales ríos:
Río Amazonas; Es el río más importante del continente sudamericano, nace en Perú (confluencia del Marañón y Ucayali) y atraviesa Loreto de oeste a este, es navegable todo el año, siendo la principal vía de transporte hacia Iquitos y otros centros poblados.
Es ruta de acceso para brigadas de salud y transporte de insumos médicos, pero también zona expuesta a contaminación y enfermedades transmitidas por agua.
Río Marañón; Nace en la cordillera de los Andes y recorre Loreto en dirección oeste-este, se une con el Ucayali en Nauta para formar el Amazonas, atraviesa zonas con alta densidad de comunidades ribereñas.
Zona de alto riesgo de inundaciones estacionales, lo que afecta viviendas, puestos de salud y disponibilidad de agua segura.
Río Ucayali; Uno de los afluentes más importantes del Amazonas, su cuenca cubre parte de la frontera sur de Loreto con Ucayali, navegable y fundamental para la conexión con las provincias de Requena y Ucayali. Área vulnerable a enfermedades transmitidas por vectores.
Río Napo; Nace en Ecuador y cruza la provincia de Maynas, es un río transfronterizo con alta movilidad de personas y bienes. Importante para las comunidades indígenas de la zona.
Riesgo sanitario por la introducción de enfermedades transfronterizas y limitado acceso a servicios de salud.
Río Putumayo; Forma parte del límite con Colombia, atraviesa la provincia de Putumayo y zonas de difícil acceso. Considerado un eje estratégico de vigilancia epidemiológica fronteriza, alta dispersión poblacional, presencia de enfermedades endémicas y baja cobertura sanitaria.
Río Yavarí; Marca el límite con Brasil, cruza áreas remotas de la provincia Mariscal Ramón Castilla. Presenta escasa infraestructura de salud y comunicación.
Zona prioritaria para acciones binacionales de salud pública.
Río Tigre, Corrientes, Pastaza y Chambira; Son afluentes importantes en las provincias del Datem del Marañón y Loreto, rodean zonas de alta biodiversidad y poblaciones indígenas; Frecuentes reportes de contaminación por actividades extractivas (hidrocarburos), riesgo de enfermedades de origen hídrico y exposición a metales pesados.
El río Nanay; Con una longitud de aproximadamente 315 km, es un afluente del río Amazonas ubicado en la región Loreto, Perú, se sitúa en la margen izquierda del Amazonas, entre los ríos Tigre y Napo, y junto con el Itaya, rodea la ciudad de Iquitos, formando una "isla" fluvial;

Forma parte de tierras bajas amazónicas y es un río de aguas negras (igapó), con un curso lento, muy tortuoso, y una red de caños y lagunas inundables en época de crecida. La cuenca del Nanay comprende bosques sobre arena blanca ("varillales"), bosques de terrazas, colinas bajas e igapó, con una superficie protegida relevante (las reservas como Allpahuayo-Mishana) y una alta biodiversidad, incluyendo muchas especies endémicas. provee agua potable tratada a la ciudad de Iquitos (más de 500 000 habitantes), siendo su principal fuente hídrica, satisfacción de consumo familiar, pesca, transporte fluvial, recreación en playas de arena blanca durante la vaciante (julio-septiembre), y turismo ecológico en zonas como Padre Cocha, Santo Tomás y Zungarococha

El presente mapa de la Región Loreto, nos muestra una compleja red hidrográfica, esta densa hidrografía constituye la principal vía de comunicación, transporte y abastecimiento de la población, además de ser un factor determinante en la dinámica epidemiológica de la región debido a las frecuentes inundaciones y variaciones estacionales del caudal. La delimitación territorial del departamento se enmarca claramente, permitiendo identificar los cursos fluviales que atraviesan la región y su importancia en el desarrollo socioeconómico y sanitario de Loreto.

Mapa N° 1 Hidrografía Principal y Secundaria del departamento de Loreto 2024



Fuente: https://es.scribd.com/doc/265548073/Mapa-Hidrografico-Loreto-d

2.1.8 Topografía

La topografía de la región Loreto se caracteriza por ser predominantemente llana, con ligeras ondulaciones y zonas bajas cubiertas por selva amazónica. Esta configuración geográfica influye directamente en la hidrografía, los ecosistemas, la accesibilidad y la salud pública en la región, el relieve predominante es, la llanura amazónica que, forma la mayor parte del territorio loretano y del Perú; La llanura amazónica es también conocida como llanura aluvial, ubicada en la vertiente atlántica, su relieve es plano o ligeramente ondulado, con una altitud media entre 80 y 200 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.).

Loreto se puede dividir en tres grandes zonas fisiográficas:

Selva baja o llanura amazónica; Predomina en casi todo Loreto. Altura: 80-120 m.s.n.m. Suelos aluviales. Alta humedad y frecuente inundación.
***Terrazas altas o colinas bajas*;** Áreas con pequeñas elevaciones (hasta 200 m), ubicadas entre ríos, menos susceptibles a inundación.
Varillales o suelos arenosos Ecosistemas únicos, especialmente en la Reserva Allpahuayo Mishana; suelos ácidos, de baja fertilidad.
Zonas de inundación estacional; Gran parte del territorio de Loreto es afectado por el régimen hidrológico estacional de los ríos Amazonas, Ucayali, Marañón, Napo, Putumayo, entre otros.
Las zonas ribereñas sufren inundaciones anuales (enero–mayo), generando hábitats fluviales temporales y afectando la movilidad, agricultura, salud y vivienda, en contraste, en temporada de vaciante (junio–noviembre), emergen playas, barrizales y bancos de arena.
Altitud y puntos de referencia: La capital regional, Iquitos, se ubica aproximadamente a 104 m.s.n.m; El punto más alto de Loreto se encuentra cerca de las estribaciones de la cordillera Azul, al suroeste, bordeando San Martín y Huánuco, donde se alcanzan altitudes de hasta 800 m.s.n.m; En el extremo norte, cerca del río Putumayo, el relieve vuelve a descender hacia los 60 m. s.n.m., cerca de la frontera con Colombia y Brasil.

La topografía plana y húmeda favorece la proliferación de vectores (zancudos, flebótomos), lo que contribuye a enfermedades como malaria, dengue, leishmaniasis y leptospirosis; La inaccesibilidad terrestre en muchas zonas por falta de pendientes limita el desarrollo de vías terrestres y el acceso a servicios de salud, educación y saneamiento; Las inundaciones periódicas generan riesgos de enfermedades hídricas, desplazamiento poblacional y deterioro de infraestructura sanitaria.

2.1.9 Tipología

La región Loreto presenta una tipología territorial compleja, caracterizada por una combinación de factores geográficos, ecológicos, socioculturales y funcionales que definen su organización y dinámica. Esta tipología es clave para el análisis de salud pública, la planificación territorial y la focalización de intervenciones.

1.Tipología ecológica	***Características***
Bosques de tierra firme	No se inundan; suelos más firmes; mayor presencia de centros poblados estables y caminos trocha.
Bosques de varzea o inundables	Se inundan estacionalmente; suelos fértiles; importantes para pesca y agricultura estacional.
Bosques de restinga o terrazas	Zonas más altas; refugio en época de creciente; menos productivos para cultivos.

Además, la región forma parte de la llanura amazónica, con altitudes menores a 200 m s.n.m., suelos aluviales y una vasta red hidrográfica.

2.Tipología poblacional y de asentamientos

La población loretana presenta una estructura dispersa y diversa. Se distinguen cuatro tipos principales de asentamientos:

Tipo de asentamiento	***Características***
Urbano metropolitano:	Iquitos y su zona metropolitana (Punchana, Belén, San Juan); mayor densidad y acceso relativo a servicios.
Urbano intermedio:	Capitales provinciales como Nauta, Requena, Yurimaguas, Contamana, Caballococha.
Rural ribereño:	Comunidades asentadas a orillas de ríos navegables; acceso fluvial; alta dependencia de pesca y agricultura.
Rural disperso indígena:	Poblaciones indígenas amazónicas; aislamiento geográfico; presencia de 27 pueblos indígenas (según MINCU); acceso limitado a servicios básicos.

3.Tipología sociocultural

Loreto es una región pluriétnica e intercultural. Según el Ministerio de Cultura: Habitan más de 27 pueblos indígenas originarios, organizados en más de 1,300 comunidades nativas. Lenguas predominantes: quechua amazónico, shipibo-konibo, ticuna, murui-muinani, kukama-kukamiria, yagua, entre otras. Existen patrones culturales diferenciados que influyen en la percepción de salud, prácticas curativas y acceso a servicios sanitarios.

4.Tipología funcional y territorial

Loreto presenta una organización funcional basada en ejes fluviales:

Tipo de territorio	**Ejemplo de funcionalidad**
Corredores fluviales:	Ríos Amazonas, Marañón, Ucayali, Napo: conectan localidades y son vías de transporte y comercio.
Territorios de conservación:	Pacaya Samiria, Allpahuayo Mishana, Yaguas: zonas protegidas con alta biodiversidad.
Zonas de frontera internacional:	Frontera con Colombia y Brasil (río Putumayo y Yavarí); influencias sociopolíticas y sanitarias transfronterizas.
Zonas de intervención especial:	Áreas de pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial (PIACI), donde se aplican protocolos sanitarios específicos.

5. Implicancias en salud pública

La tipología territorial de Loreto genera desafíos estructurales para la atención en salud:

- ✓ Accesibilidad limitada a establecimientos de salud por la dispersión poblacional y la dependencia del transporte fluvial.
- ✓ Diversidad sociocultural que exige enfoques interculturales en atención médica.
- ✓ Vulnerabilidad ambiental y sanitaria en zonas inundables y comunidades indígenas.
- ✓ Déficit de recursos humanos y equipamiento en áreas rurales dispersas.
- ✓ Presencia de enfermedades endémicas (malaria, dengue, leishmaniasis, rabia silvestre) asociadas a ecosistemas selváticos.

2.1.10 Límites

La región Loreto, es la región más extensa del país y una de las menos densamente pobladas, con vastas áreas cubiertas por selva tropical amazónica.

2.1.10.1 Límites fronterizos de la región Loreto:

La región Loreto presenta una de las fronteras internacionales más extensas del Perú, con aproximadamente 3 900 km lineales, y limita con tres países: Ecuador, Colombia y Brasil. Estas fronteras, en su mayor parte, siguen cursos fluviales y zonas de selva tropical de difícil acceso; En conjunto, estas fronteras internacionales de Loreto atraviesan ecosistemas amazónicos continuos, donde comunidades indígenas y ribereñas mantienen vínculos culturales, sociales y económicos a través de las líneas fronterizas. Esto exige estrategias binacionales y multinacionales para la gestión de recursos, el desarrollo sostenible y la salud pública, Los límites fronterizos son los siguientes:

1. Límite con Ecuador; La región de Loreto, limita al noroeste con la República del Ecuador, siguiendo una línea fronteriza determinada en gran parte por cursos de ríos y acuerdos binacionales, determinado por tramos de la Cordillera del Cóndor y cursos de ríos menores, como parte de la cuenca alta del río Napo. Este límite se estableció formalmente mediante el Acuerdo de Paz de Brasilia (1998), que puso fin a controversias limítrofes entre Perú y Ecuador, aunque es el tramo menos extenso de las fronteras internacionales de Loreto, tiene relevancia por el intercambio fluvial y terrestre entre comunidades ribereñas de ambos países,
2. Límite con Colombia; La región de Loreto, limita al norte con la República de Colombia, se extiende principalmente a lo largo del río Putumayo(1,480 Km), que actúa como un límite natural y principal vía de transporte fluvial para comunidades en ambos márgenes, incluye tramos de selva no navegable y el área trifronteriza Perú–Colombia–Brasil, donde se ubica la ciudad de Leticia (Colombia) y la localidad peruana de Santa Rosa de Yavarí, este límite es estratégico para la vigilancia sanitaria transfronteriza, debido al tránsito frecuente de personas y mercancías.
3. Límite con Brasil; La región Loreto, limita al este con la República Federativa del Brasil, principalmente a lo largo del río Yavarí(1,180 Km) y otros tramos del río Amazonas; El límite oriental de Loreto con Brasil se establece principalmente por el curso del río Yavarí y por secciones del río Amazonas, hasta el punto trifronterizo con Colombia, zona de intensa actividad fluvial y comercial, especialmente entre Tabatinga (Brasil) y Santa Rosa de Yavarí (Perú). Su alta permeabilidad hace necesaria la coordinación binacional para el control epidemiológico, aduanero y de seguridad.

2.1.10.2 Límites internos con otras regiones del Perú:

- **Al sur** limita con el departamento de Ucayali, en gran medida siguiendo cursos fluviales y divisorias de aguas de la cuenca amazónica; También al sur, en un tramo menor, limita con el departamento de Huánuco, en áreas de transición entre selva alta y baja.
- **Al oeste** limita con el departamento de Amazonas, a través de la Cordillera Oriental y zonas de selva alta; Asimismo, al oeste limita con el departamento de San Martín, siguiendo líneas divisorias que atraviesan bosques tropicales y zonas montañosas.

Loreto se caracteriza por su extenso sistema hidrográfico, dominado por el río Amazonas y sus afluentes (Marañón, Ucayali, Napo, Huallaga, Putumayo, Tigre, Yavarí, entre otros), que no solo marcan límites naturales, sino que constituyen las principales vías de comunicación y transporte. Estas características físicas influyen directamente en la accesibilidad, el desarrollo socioeconómico y las estrategias de salud pública en la región.

2.1.10.3 Límites de frontera con los países vecinos incluye 14 distritos peruanos con los siguientes países:

Ecuador: 06 distritos: Morona, Pastaza (Provincia Datem del Marañón); Tigre, Trompeteros (Provincia de Loreto); Napo y Torres Causana (Provincia de Maynas).

Colombia: 05 distritos: Teniente Manuel Clavero, Rosa Panduro, Putumayo, Yaguas (Provincia del Putumayo) y Ramón Castilla (Provincia Mariscal Ramón Castilla).

Brasil: 03 distritos: Yavarí (Provincia Mariscal Ramón Castilla); Yaquerana y Alto Tapiche (Provincia de Requena).

Extensión Territorial de frontera; Según datos oficiales del Instituto Geográfico Nacional (IGN) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las fronteras terrestres de Loreto con países vecinos presentan las siguientes longitudes aproximadas:

Ecuador: 1 529 km, desde la boca del río Capones hasta la boca del río Güepi en el río Putumayo
Colombia: 1 506 km, desde la boca del río Güepí hasta la confluencia del río Yavarí con el río Amazonas
Brasil: 2 822 km, desde la boca del río Yavarí hasta la desembocadura del río Yaravija en el Acre.
Estas cifras reflejan la extensión total de frontera internacional asociada a Loreto, incluyendo vías fluviales que actúan como divisorias naturales

Mapa N° 2 Demarcación de la triple frontera Perú, Colombia y Brasil.



Fuente: Gerencia Regional de Salud Loreto-Dirección de Epidemiología 2024

2.1.10.4 Triple Frontera / Trapecio Amazónico de la Región Loreto

La Triple Frontera o Trapecio Amazónico es el punto donde confluyen los territorios de Perú, Colombia y Brasil, localizado en el extremo oriental de la región Loreto, en la confluencia del río Amazonas y el río Yavarí. Este espacio geopolítico y geográfico presenta una gran importancia estratégica, económica, cultural y sanitaria para el Perú.

***Ubicación y configuración geográfica**:* El Trapecio Amazónico peruano es un corredor territorial estrecho, de aproximadamente 100 km de longitud y 10 a 15 km de ancho promedio, que se extiende desde la localidad de Isla Santa Rosa hasta el límite con Brasil y Colombia. Limita al norte con el departamento colombiano de Amazonas, al este con el estado brasileño de Amazonas, y al sur y oeste con otras zonas del departamento de Loreto, el área se caracteriza por selva tropical húmeda, cursos de agua de gran caudal, humedales y llanuras de inundación, que condicionan la movilidad y las actividades productivas.

***Localidades y centros urbanos principales**:*

Santa Rosa de Yavarí (Perú): Centro poblado ribereño que constituye la principal presencia peruana en el área trifronteriza.
Leticia (Colombia): capital del departamento colombiano de Amazonas, con infraestructura portuaria, aeroportuaria y comercial significativa.
Tabatinga (Brasil): ciudad fronteriza del estado de Amazonas, contigua a Leticia, con la que comparte una integración urbana y económica casi continua.

Dinámica transfronteriza*:* El tránsito de personas, mercancías y embarcaciones es intenso y cotidiano, regulado de manera flexible por acuerdos bilaterales y trilaterales, la integración económica se da principalmente en comercio minorista, transporte fluvial, turismo, pesca, y actividades artesanales. Existe un intercambio cultural y familiar constante entre poblaciones de los tres países, con redes sociales y comunitarias transnacionales.

Relevancia para la salud pública*:* El área presenta alto riesgo epidemiológico debido a la movilidad poblacional, la presencia de vectores y la dificultad de control fronterizo, enfermedades como malaria, dengue, chikungunya, fiebre amarilla y tuberculosis requieren vigilancia binacional y trinacional. La coordinación sanitaria se apoya en la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y en convenios bilaterales entre ministerios de salud.

Consideraciones estratégicas: El Trapecio Amazónico es un nodo clave para la seguridad fronteriza, el comercio y la diplomacia regional, su condición de corredor fluvial sobre el Amazonas lo convierte en un punto de entrada y salida para bienes y personas hacia y desde el Atlántico, a través de Brasil. La preservación ambiental y el manejo sostenible de recursos pesqueros y forestales son prioritarios, dadas las presiones sobre el ecosistema.

Mapa N° 3 Triple frontera/trapecio amazónico. Región Loreto- Perú 2024



Fuente: Elaboración propia a partir de datos geográficos de dominio público

2.1.11 División Política.

La región Loreto se ubica en la zona nororiental del Perú, formando parte de la Amazonía peruana. Limita al norte con Ecuador y Colombia, al este con Brasil, al sur con la región Ucayali y al oeste con las regiones San Martín y Amazonas.

Administrativamente, Loreto está conformada por ocho provincias, que a su vez se dividen en 53 distritos, cada provincia cuenta con su propia capital y se subdivide en diversos distritos, que son la unidad básica del gobierno local peruano con alcaldía distrital y autonomía para gestionar recursos y servicios en su jurisdicción (**Tabla N° 1**)

El territorio regional es el más extenso del país, con una superficie de 368 773,16 km², lo que representa aproximadamente el 28,7 % del territorio nacional

Tabla N° 1 Demarcación política Y características geográficas por provincias y capitales de distritos de la región Loreto 2024.

N°	Provincia	Capital	N° distritos	Densidad (hab/km²)	Superficie (km²)
1	Maynas	Iquitos	11.0	7.6	73,932
2	Requena	Requena	11.0	1.3	49,478
3	Alto Amazonas	Yurimaguas	6.0	8.3	18,764
4	Ucayali	Contamana	6.0	2.2	29,293
5	Datem del Marañón	San Lorenzo	6.0	1.3	46,610
6	Loreto	Nauta	5.0	1.1	67,434
7	Mariscal Ramón Castilla	Caballococha	4.0	1.6	37,413
8	Putumayo	San Antonio del Estrecho	4.0	0.2	45,928
REGIÓN LORETO (TOTAL)			53.0	2.8	368,852

Fuente principal: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Loreto está dividida en ocho provincias, siendo Maynas la que alberga la capital regional, Iquitos. La extensa red fluvial y las condiciones geográficas generan desafíos en la accesibilidad y la provisión de servicios de salud, especialmente en zonas rurales y fronterizas, es la más extensa de todas las provincias es Maynas con 73,932 Km^2, seguida de la provincia de Loreto (67,434 Km^2), siendo la menos extensa la provincia de Alto Amazonas con 18,764 Km^2.

La provincia de Maynas concentra cerca del 50% de la población de Loreto y alberga a la ciudad de Iquitos, núcleo urbano, económico y sanitario de la región. Esto representa una ventaja porque concentra servicios de salud de mayor complejidad, pero también supone grandes retos: rápido crecimiento urbano, densidad poblacional alta (7,5 hab/km^2 en promedio, pero mucho mayor en la ciudad), problemas de saneamiento básico, alta transmisión de enfermedades metaxénicas (malaria, dengue, chikungunya) y desafíos en la atención oportuna de la demanda hospitalaria.

2.1.11.1 Demarcación Provincial de la Región Loreto.2024

La región Loreto, ubicada en el extremo nororiental del Perú, se caracteriza por su vasta extensión de selva amazónica y por su estructura político-administrativa, que refleja tanto la diversidad territorial como los desafíos en cobertura administrativo-sanitaria.

Las ocho provincias que conforman la región Loreto son: Maynas, Alto Amazonas, Datem del Marañón, Loreto (provincia), Mariscal Ramón Castilla, Requena, Ucayali y Putumayo.

Mapa N° 4 Región de loreto por Provincias.2024



https://www.distrito.pe/departamento-loreto.html?page=4&c=d

2.1.11.2 Demarcación Distrital de la Región Loreto.2024

La región Loreto, está constituido por 53 distritos; El diseño de la demarcación política distrital en Loreto responde a factores históricos, geográficos, culturales y socioeconómicos. Debido a su geografía amazónica, la conectividad terrestre es limitada, predominando los desplazamientos fluviales y aéreos, lo que incide en la planificación y acceso a los servicios básicos, incluyendo salud, educación y seguridad ciudadana (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, 2023).
En el contexto del Análisis de Situación de Salud 2024, esta estructura distrital es un factor determinante para comprender las desigualdades territoriales, de acceso geográfico a los servicios y las estrategias de intervención diferenciadas según provincia y distrito.

Mapa N° 5 Región de Loreto por distritos de la región. 2024



Fuente: Gerencia Regional de Salud Loreto-Dirección de epidemiología- 2024

2.1.12 Vías de acceso

Es sabido que Iquitos es la ciudad más importante de Loreto, no tiene carreteras que unan al resto del Perú, por consiguiente, las únicas formas de viajar son por vía aérea y fluvial. Siendo una ciudad fronteriza también puede viajar desde Brasil, Colombia o Ecuador. Iquitos tiene unos de los puertos más importantes de la Amazonía Peruana **Puerto fluvial de Masusa** y el **Terminal Portuario de Iquitos**, ubicado en el distrito de Punchana, es el principal puerto fluvial de la Región Loreto y se encuentra **bajo administración de la Empresa Nacional de Puertos (ENAPU)**. Su infraestructura cuenta con dos muelles flotantes de atraque directo (Muelle 1 de 114 m y Muelle 2 de 72 m), además de 11 amarraderos para embarcaciones de distintos tamaños. Es la principal puerta de entrada y salida de pasajeros, carga y mercancías en la Amazonía, conectando a Iquitos con Yurimaguas, Pucallpa, así como con Ecuador y Brasil a través de los ríos Amazonas, Marañón y Napo. Este puerto constituye un **nodo**

estratégico para el comercio, el transporte fluvial y el abastecimiento de la ciudad de Iquitos.

VÍA FLUVIAL:



Se puede viajar de Pucallpa, Yurimaguas, Santa Rosa, Leticia (Colombia) o Tabatinga (Brasil) ya sea en barcos lentos o deslizadores rápidos. El puerto comercial para viajes regionales desde Iquitos es el puerto Masusa y el terminal portuario de Iquitos, se encuentran en la ciudad de Iquitos, a orillas del río Itaya en su desembocadura al río Amazonas

***Pucallpa-Iquitos*:** Salidas desde el puerto la Hoyada (Pucallpa), travesía a través del río Ucayali y río Amazonas, con paradas en Requena y Contamana y arribo en Puerto Masusa-Iquitos. Embarcaciones de hasta 250 pasajeros. El viaje dura de 4 a 5 días (temporada de invierno) y de 7 a 15 días (en época de vaciante) dependiendo del caudal de las aguas del río.

Yurimaguas- Iquitos: Desde el Puerto de Yurimaguas a Iquitos por el río Marañón y Amazonas; en barco lento y el viaje puede durar entre 3 a 4 días de ida en invierno o 5 a 10 días de regreso en verano dependiendo de las condiciones de navegación y alturas de las aguas. Esta opción cuesta 140 soles.



Vía rápida, desde el Puerto de Yurimaguas en aproximadamente 12 horas. Los precios varían desde 180 hasta 220 soles, incluyen desayuno y almuerzo. Travesía a través del río Marañón y río Amazonas.

***Iquitos - Santa Rosa**:* Localidad peruana en el punto fronterizo tripartito con Colombia (Leticia) y Brasil (Tabatinga). El medio de transporte más usado y con tiempo promedio de 11 a 12 horas de ida y 15-17 horas de retorno a través del río Amazonas, en el moderno barco "Ferry Amazonas" que tiene una capacidad de 300 pasajeros e incluye un refrigerio. El costo subvencionado es de 80 soles en la primera planta y de 220 soles no subvencionado en la segunda planta.

Caballococha: 2 días en barcos de carga y 10 horas en deslizador.

Requena*:* 19 horas navegando o en 4 horas en deslizador rápido desde Nauta o Iquitos a Requena.



Iquitos a Ecuador (Frontera); Desde Iquitos-Cabo Pantoja (Perú), hay 2 barcos que hacen viaje cada 15 días, con una duración aproximada de a 7 días, primero un trecho corto por el río Amazonas, luego por el río Napo hasta Pantoja. De Cabo Pantoja, se toma un bote lento (Peque Peque) en aproximadamente de 2 a 3 horas para ir a Nuevo Roca Fuerte o uno más rápido y mayor costo para ir hasta Roca Fuerte Coca (Ecuador) en un viaje de aproximadamente 13 horas a más.

VÍA AEREA:

El sistema de transporte aéreo cuenta con infraestructura aeroportuaria importante entre ellos tenemos al Aeropuerto Internacional Francisco Secada Vigneta, cuenta con las condiciones para recibir vuelos procedentes del interior del país y del extranjero.



Lima-Iquitos: Desde el aeropuerto Coronel Francisco Secada Vigneta, en LATAM, Viva Air Perú, Star Perú, Sky o Peruvian con un tiempo de vuelo a 1h25m.

Pucallpa-Iquitos: Desde el aeropuerto Internacional Capitán FAP David Abensur Rengifo en Star Perú o ATSA PERÚ en (1h). Otras aerolíneas con escala en Lima.

Tarapoto- Iquitos: Desde el aeropuerto Cad. Fap Guillermo del Castillo Paredes en Star Perú en 50 minutos, se puede trasportar en avioneta de la FAP o aerolíneas locales.



Contamana (Provincia de Ucayali): 431 Km, para llegar a esta localidad se va por vía aérea desde la ciudad de Pucallpa, que se ubica a solo 130 km. Desde allí parten tres vuelos diarios. Las avionetas despegan cuando el número de pasajeros se completa entre las 8 de la mañana y el medio día y retorno hasta el final de la tarde. El precio del pasaje es de 220 soles. Duración del viaje es 30 minutos.

Estrecho, Distrito del Putumayo (Frontera con Ecuador y Colombia): Se llega a San Antonio del Estrecho por vía aérea, compra de pasaje en el grupo aéreo 42 de la Fuerza aérea del Perú (FAP), el costo de los pasajes es de 185 a 200 soles. El tiempo de viaje es de 35 minutos, y depende de la demanda de pasajeros, para fin de año no es recomendable viajar a la zona por alta demanda de pasajes.

Colonia Angamos, distritos de Yaquerana (Frontera con Brasil): En avioneta en un vuelo aproximado de 35 minutos del puerto de Moronacocha - Iquitos a Colonia Angamos, aterriza en la pista no asfaltada a 30 minutos del mismo poblado o con hidroavión en el río. Hay vuelos los días martes y jueves, 1 vuelo cada vez, en horas de la mañana. Estos vuelos están sujetos al pronóstico climatológico, si la condición climatológica es desfavorable (en Iquitos o en Colonia Angamos) el vuelo se suspende y se reprograma hasta nuevo aviso; El precio de pasajes es 370 soles (una ruta), estos pasajes se pueden adquirir en la misma oficina de la FAP, equipaje: Se permite solo llevar 10 Kg de carga, el exceso se paga por kilo.



2.1.13 Riesgos de Emergencias y Desastres

La región Loreto presenta una alta vulnerabilidad frente a emergencias y desastres debido a su geografía, clima y dinámica hidrográfica. Su extenso territorio atravesado por los ríos Amazonas, Marañón, Ucayali, Napo, Tigre y Putumayo la expone a fenómenos hidrometeorológicos recurrentes como inundaciones, desbordes y erosión fluvial, así como a

friajes y vientos fuertes asociados a incursiones de masas de aire polar. En los últimos años también se han registrado eventos de déficit hídrico y sequías hidrológicas que afectan la disponibilidad de agua y la navegabilidad. La dispersión poblacional, la limitada infraestructura vial y sanitaria y las condiciones socioeconómicas de parte de la población incrementan el riesgo y la dificultad en la respuesta oportuna ante estos eventos, lo que demanda una gestión integral del riesgo articulada entre los niveles de gobierno y las comunidades locales. Se presenta un resumen de lo ocurrido entre los años 2020 al 2024.

2020: Se presentaron ***Inundaciones*** localizadas por lluvias intensas y colapso de drenaje en áreas urbanas y ribereñas: Manseriche (05/05/2020), Andoas (22/06/2020), Iquitos–Maynas (20/05/2020); ***Erosión fluvial y vientos fuertes*** asociados al periodo lluvioso: Morona (21/03/2020), Mazán (07/10/2020), Yurimaguas (24/11/2020); ***Friajes*** y episodios de lluvia intensa en la selva norte (incluye Loreto), con avisos meteorológicos de nivel naranja y descenso de temperatura nocturna (20–23/08/2020).

2021: ***Creciente extraordinario*** del río Amazonas en la cuenca amazónica (máximos históricos regionales en junio 2021), con impactos en Loreto; SENAMHI emitió alerta roja para el río Amazonas en Iquitos (abril 2021). La literatura científica reporta 2021 como una crecida histórica en la Amazonía; ***Múltiples inundaciones*** fluviales por desborde de ríos en provincias y distritos loretanos durante abril–junio 2021: Punchana (22/05/2021), Napo (14/04/2021; reporte 03/06/2021), Yavarí (14/04/2021; reporte 04/06/2021), Morona (10/04/2021), Caballococha–Mariscal Ramón Castilla (05/05/2021), Tigre (abril 2021), Barranca (02/04/2021), Iquitos (marzo–abril 2021).

2022: Continuidad de ***inundaciones*** fluviales durante la temporada de lluvias: Ramón Castilla (06/04/2022) y Tigre (06/06/2022).

2023: ***Sequía hidrológica*** en ríos amazónicos (Ucayali, Amazonas, Huallaga) con caudales por debajo de lo normal y afectación de abastecimiento de agua y transporte fluvial; SENAMHI Loreto reportó la situación (octubre 2023); Boletines hidroclimáticos de SENAMHI reportan caudales y anomalías hidrológicas en Loreto durante 2023.

2024: Loreto registró un patrón dominado por el ***déficit hídrico*** en la segunda mitad del año, que motivó la declaratoria de Estado de Emergencia departamental (13 de setiembre de 2024). Durante el año también se presentaron **episodios de friaje** (julio), **inundaciones puntuales** por desborde de ríos (p.ej., Ucayali en Padre Márquez) y eventos **de vientos fuertes** que afectaron áreas urbanas como San Juan Bautista (Maynas) y Yurimaguas (Alto Amazonas).

El seguimiento hidroclimático mensual de SENAMHI DZ-8 reportó niveles y anomalías de caudal/lluvia y temperatura relevantes para la gestión del riesgo. Se detalla a continuación algunos eventos presentados:

- ✓ ***Persistencia del déficit hídrico/sequía en Loreto 2023–2024***: Declaratoria de estado de emergencia por peligro inminente ante déficit hídrico (setiembre–noviembre 2024) con sustento de SENAMHI y ANA; Boletines hidroclimáticos 2024 de SENAMHI Loreto detallan condiciones de lluvia y caudales por debajo de lo normal en meses clave. Además, en el informe de la Defensoría del Pueblo se identificaron comunidades nativas aisladas por déficit hídrico en 8 provincias del departamento: Datem del Marañón; Alto Amazonas; Ucayali; Loreto; Requena; Putumayo; Maynas; Mariscal Ramón Castilla.
- ✓ A fines de 2023 e inicios de 2024 se registraron también episodios de inundación fluvial en varios distritos del departamento, según reportes de INDECI (diciembre 2023):
- ✓ ***Déficit hídrico / sequía*:** Declaratoria de Estado de Emergencia por peligro inminente ante déficit hídrico en TODO el departamento de Loreto, vigente desde el 13 de setiembre de 2024, sustentada por informes técnicos de INDECI, SENAMHI y la Autoridad Nacional del

Agua (ANA). Los Reportes de Peligro Inminente del COEN–INDECI (setiembre a noviembre de 2024) documentan la evolución del evento.

- **Impactos señalados**: reducción de disponibilidad de agua para consumo humano y actividades productivas, afectación a la navegabilidad y transporte fluvial por caudales por debajo de lo normal, y presión sobre servicios públicos en capitales de provincia y centros poblados ribereños.
- **Monitoreo hidroclimático**: los Boletines Hidroclimáticos de SENAMHI DZ-8 (abril, noviembre, diciembre 2024) presentan tablas de niveles diarios en estaciones de control (p.ej., Huallaga–Bellavista, Marañón–Lagunas, Nanay–Santa María y Marañón–Borja), además de resúmenes de anomalías de precipitación y temperaturas extremas.

  - ✓ ***Friajes (descenso de temperatura)- julio 2024:*** Entre el 12 y 14 de julio de 2024 se registró un episodio de friaje (Avisos INDECI/SENAMHI), con descenso de la temperatura nocturna de moderada a fuerte intensidad para selva norte (incluye Loreto). Se previeron además ráfagas de viento y lluvias de ligera a moderada intensidad.

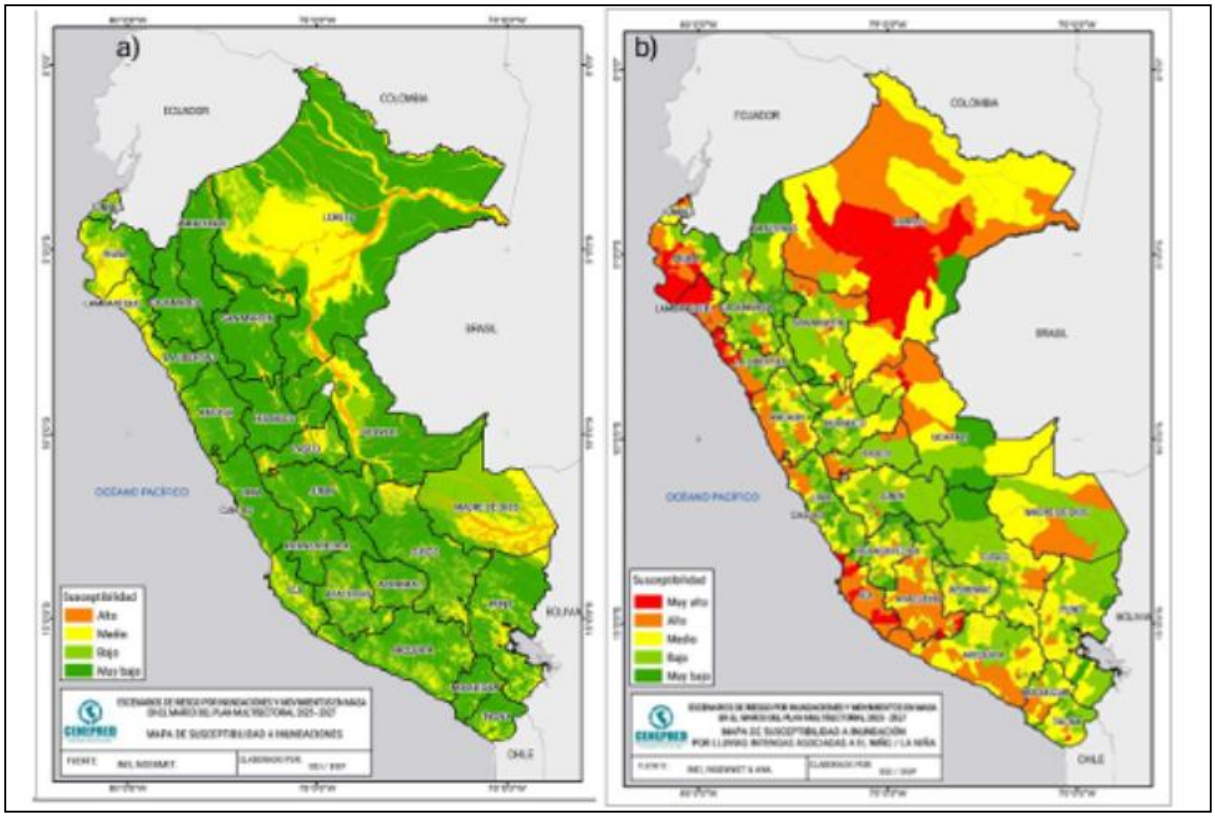
  - ✓ **Inundaciones / desbordes (casos documentados en 2024):** Provincia de Ucayali (Distrito de Padre Márquez): inundación por desborde del río Ucayali; COEN–INDECI registró el evento con múltiples informes de seguimiento hasta julio de 2024. Provincia de Alto |Amazonas — Distrito de Balsapuerto: a consecuencia de lluvias intensas se produjeron desbordes en ríos locales (Cachiyacu, Panarapura, Yanayacu) con daños a viviendas y cultivos (octubre-noviembre 2024).

  - ✓ **Vientos fuertes (casos documentados en 2024):** Provincia de Maynas — Distrito de San Juan Bautista: vientos fuertes con daños a viviendas (octubre 2024). Provincia de Alto Amazonas — Distrito de Yurimaguas: vientos fuertes con afectación a viviendas (octubre-noviembre 2024).

  - ✓ Seguimiento hidroclimático 2024 (SENAMHI DZ-8 Loreto): Abril 2024: boletín regional con síntesis de precipitación, temperatura y niveles de ríos principales (Amazonas, Marañón, Huallaga, Ucayali, Nanay), útil para el análisis estacional del primer semestre, octubre 2024: se reportan anomalías de temperaturas extremas (máximas elevadas) y déficits de precipitación en varias estaciones, consistentes con condiciones secas en la parte final del año, noviembre–diciembre 2024: boletines con tablas de niveles diarios en estaciones de control (Bellavista, Lagunas, Borja, Santa María de Nanay), que evidencian comportamientos por debajo de lo normal en varios tramos fluviales.

El análisis de susceptibilidad a la ocurrencia de un peligro desencadenado por un fenómeno meteorológico, como son las inundaciones y los movimientos en masa, está basado en las características intrínsecas del mismo, entre las que se encuentran la intensidad y la frecuencia, así como en las características del territorio donde se presentan. Esto permite conocer, en promedio, las áreas con mayor y menor predisposición a la ocurrencia de estos peligros.

Mapa N° 6 Mapa de susceptibilidad por Inundaciones del Perú. 2024.



Nota: a) mapa de susceptibilidad a inundaciones rasterizado. b) mapa de susceptibilidad a inundaciones a nivel de distrito. Adaptado de Cenepred. (2024). Escenario de riesgo por inundaciones y movimientos en masa en el marco del plan multisectorial 2025 – 2027. pp. 15, 19. https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//17791_escenarios-de-riesgo-por-inundaciones-ymovimientos-en-masa-en-el-marco-del-plan-multisectorial-2025-2027.pdf

La susceptibilidad a inundaciones, identifica los niveles de susceptibilidad para inundaciones y se basa en un escenario de máximas anomalías porcentuales de lluvias de enero – marzo, durante los eventos El Niño de impacto global (1983 y 1998) y El Niño Costero (2017 y 2023); así como de los eventos La Niña en el Pacífico central (Fuertes: 1989, 1999 y 2000; Moderada: 2011). (**Mapa N° 6**).
En el mapa de riesgo de susceptibilidad a inundaciones se presenta las zonas de acuerdo a los riesgos:

Zonas con riesgo Muy alto: Gran parte del territorio de Loreto aparece en rojo, evidenciando una susceptibilidad altísima a inundaciones, especialmente en los distritos de Maynas, Requena, Ucayali y zonas ribereñas de Datem del Marañón y Putumayo. Esto se debe a que Loreto está dominada por llanuras aluviales inundables, áreas pantanosas y redes fluviales activas, que facilitan el desbordamiento y acumulación de aguas. Los fenómenos climáticos como El Niño y lluvias extraordinarias (acumulados >250%) incrementan esta vulnerabilidad, según el Plan Multisectorial 2025–2027. Loreto figura entre las regiones con mayores anomalías pluviométricas.
Zonas con riesgo Alto a Medio: En distritos de Mariscal Ramón Castilla, partes de Alto Amazonas y sectores elevados del sur (hacia los Andes y Sierra del Divisor), los niveles de riesgo bajan a alto o medio (naranjas y amarillos), reflejando menor inundabilidad por altitud o relieve más escarpado.
Factores geográficos determinantes: El relieve predominantemente llano con áreas de tahuampa (zonas frecuentemente inundadas) y presencia de lagunas hace a Loreto muy predispuesto a inundaciones.

Según la tabla de distritos de riesgo a inundaciones, evidencia que Loreto está dominado por situaciones de alto riesgo hídrico debido a su geografía de llanuras aluviales, gran hidrografía

y exposición a fenómenos hidrometeorológicos extremos. El riesgo Muy alto/Alto predomina en provincias del norte y centro (Maynas, Requena, Ucayali, Putumayo, Datem), mientras que zonas elevadas muestran menor riesgo. Esta distribución debe orientar la vigilancia en salud, respuesta rápida y prevención en zonas más vulnerables. (**Tabla N° 2**).

Tabla N° 2 Distritos con riesgo muy alto y alto ante inundaciones. Región Loreto. 2024.

N°	PROVINCIA	DISTRITOS	NIVEL DE RIESGO
1	MAYNAS	BELÉN	MUY ALTO RIESGO
2	ALTO AMAZONAS	LAGUNAS	MUY ALTO RIESGO
3	LORETO	NAUTA	MUY ALTO RIESGO
4		PARINARI	MUY ALTO RIESGO
5		URARINAS	MUY ALTO RIESGO
6	REQUENA	EMILIO SAN MARTIN	MUY ALTO RIESGO
7		MAQUÍA	MUY ALTO RIESGO
8		PUINAHUA	MUY ALTO RIESGO
9		SAQUENA	MUY ALTO RIESGO
10	UCAYALI	SARAYACU	MUY ALTO RIESGO
11	DATEM DEL MARAÑÓN	PASTAZA	MUY ALTO RIESGO
12	MAYNAS	IQUITOS	ALTO RIESGO
13		ALTO NANAY	ALTO RIESGO
14		FERNANDO LORES	ALTO RIESGO
15		INDIANA	ALTO RIESGO
16		LAS AMAZONAS	ALTO RIESGO
17		MAZÁN	ALTO RIESGO
18		NAPO	ALTO RIESGO
19		TORRES CAUSANA	ALTO RIESGO
20	ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	ALTO RIESGO
21		JEBEROS	ALTO RIESGO
22		SANTA CRUZ	ALTO RIESGO
23		TNTE CESAR LOPEZ ROJAS	ALTO RIESGO
24	LORETO	TIGRE	ALTO RIESGO
25		TROPETEROS	ALTO RIESGO
26	M. RAMÓN CASTILLA	RAMÓN CASTILLA	ALTO RIESGO
27		YAVARÍ	ALTO RIESGO
28	REQUENA	ALTO TAPICHE	ALTO RIESGO
29		TAPICHE	ALTO RIESGO
30		JENARO HERRERA	ALTO RIESGO
31	UCAYALI	CONTAMANA	ALTO RIESGO
32		PADRE MARQUEZ	ALTO RIESGO

Fuente: Cenepred. (2024). Escenario de riesgo por inundaciones y movimientos en masa en el marco del plan multisectorial 2025 – 2027. p. 31. https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//17791_escenarios-de-riesgo-porinundaciones-y-movimientos-en-masa-en-el-marco-del-plan-multisectorial-2025-2027.pdf

Implicancias en la Salud Pública; Su alta concentración de distritos con" muy alto" o "alto" riesgo requiere priorización de vigilancia en salud, reforzamiento de sistemas de agua potable y saneamiento en distritos ribereños. Los brotes asociados a la sinundaciones, se presenta por el incremento potencial de enfermedades transmitidas por agua (diarrea, leptospirosis), vectoriales (dengue, malaria) y zoonóticas post-inundación; Por lo que los distritos en Maynas, Requena, Datem del Marañón y el Putumayo debe ser considerados de alta prioridad para monitoreo y capaña de prevención.

2.1.13.2 Incremento de lluvias:

La región Loreto se caracteriza por un régimen climático amazónico, con precipitaciones abundantes y distribuidas a lo largo de todo el año, aunque con picos estacionales marcados. El periodo de lluvias más intenso suele concentrarse entre enero y marzo, generando incrementos significativos en los caudales de los ríos Amazonas, Marañón y Ucayali, lo que eleva la probabilidad de inundaciones urbanas y rurales. Un segundo periodo de lluvias ocurre

entre abril y junio, asociado a la transición estacional, que mantiene niveles elevados de humedad y caudal. En algunos años, como en 2024, se han identificado episodios anómalos durante octubre, con precipitaciones por encima de lo normal en zonas específicas como Mariscal Ramón Castilla.

Estos periodos de incremento de lluvias tienen relevancia epidemiológica, ya que favorecen la proliferación de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria), así como brotes de leptospirosis, diarreas e infecciones respiratorias agudas, además de afectar la accesibilidad a los servicios de salud en comunidades aisladas.

La **Tabla N° 3**, resume los principales periodos de incremento de lluvias registrados en la Amazonía, región Loreto, durante el año 2024, de acuerdo con reportes hidrometeorológicos de SENAMHI. Se señalan los meses críticos y su impacto relativo.

Tabla N° 3 Periodos de Incremento de lluvias en la Amazonía Región Loreto 2024

Periodo / Meses	Ámbito geográfico (provincias/distritos)	Características del incremento	Fuente
Enero – Marzo 2024	Provincias de Maynas, Requena, Loreto y Ucayali	Incremento de lluvias por temporada estival amazónica; caudales elevados en ríos Marañón, Amazonas y Ucayali.	SENAMHI, Boletines Hidrometeorológicos 2024
Abril – Junio 2024	Requena, Alto Amazonas, Putumayo	Lluvias por transición estacional; episodios de inundaciones urbanas y rurales en zonas bajas.	SENAMHI, Boletines climáticos regionales 2024
Octubre 2024	Mariscal Ramón Castilla (Caballococha)	Anomalía positiva de +19,5% respecto a lo normal; evento focalizado pese a déficit en otras localidades.	SENAMHI, Resumen climático octubre 2024

Fuente: SENAMHI (Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú)
Los periodos fueron identificados en base a reportes oficiales de SENAMHI y reflejan los meses con anomalías positivas (mayor precipitación respecto al periodo 1991–2020). Se recomienda complementar con consulta al portal de anomalías SENAMHI (https://www.senamhi.gob.pe).

2.2 ANALISIS DE LOS DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS

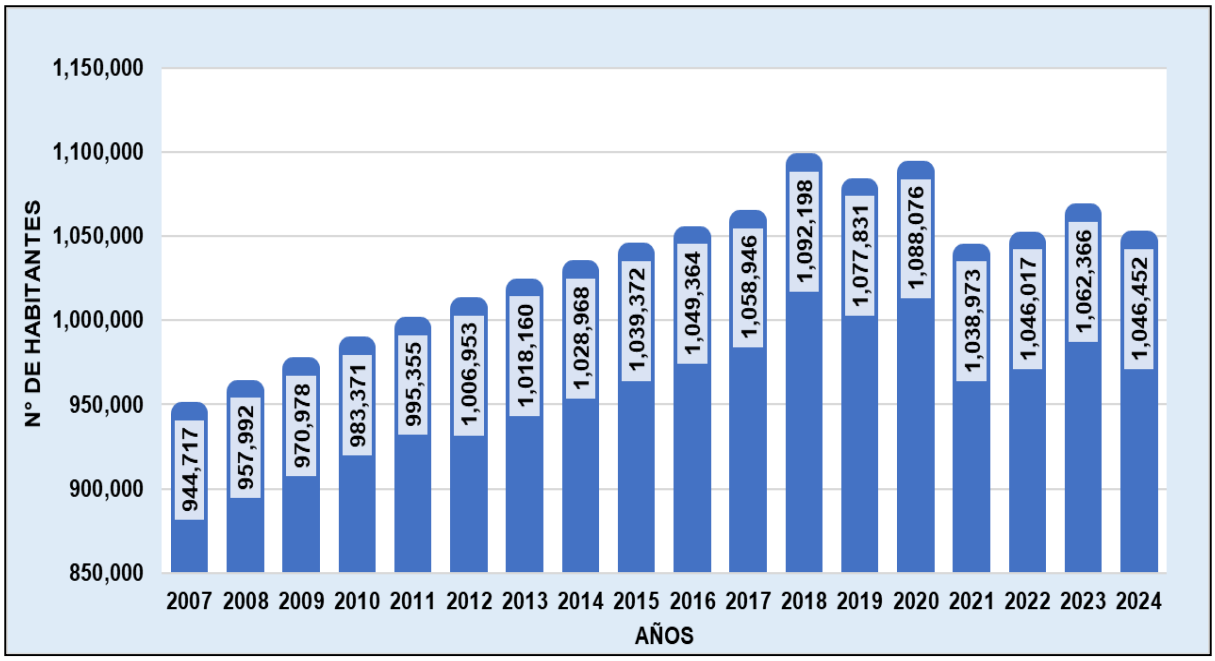
Los determinantes demográficos constituyen un eje fundamental para comprender la situación de salud de la población, dado que influyen directamente en la demanda de servicios, la distribución de riesgos y la planificación de intervenciones sanitarias. En la Región Loreto, las características demográficas como el tamaño y la densidad poblacional, la estructura por edad y sexo, la dinámica de crecimiento poblacional, la migración interna y transfronteriza, así como la dispersión geográfica, condicionan de manera significativa el acceso a los servicios de salud y la vulnerabilidad frente a eventos epidemiológicos y desastres naturales. El análisis de estos determinantes permite identificar patrones poblacionales que impactan en la morbilidad y mortalidad, orientar la asignación de recursos y establecer prioridades en salud pública. Asimismo, facilita la comprensión de la relación entre la dinámica poblacional y los determinantes sociales, económicos y ambientales, contribuyendo a una respuesta sanitaria más equitativa y acorde con la realidad amazónica.

2.2.1 Población general proyectada

La población de la Región Loreto muestra una tendencia de crecimiento sostenido en el periodo 2007–2018, aunque con un ritmo progresivamente más moderado en los años 2020 al 2024. Entre 2018 y 2020, el incremento poblacional fue más marcado, asociado a un mayor crecimiento natural. Entre los años 2021 al 2024, el ritmo de aumento poblacional se mantiene, pero con una ligera desaceleración entre años, se debe probabemente con la disminución de la tasa de natalidad observada en la región y con procesos migratorios internos y transfronterizos.

Para el año 2024, la población proyectada refleja un aumento respecto al año base 2007, lo que evidencia un cambio en la estructura poblacional, esta transición demográfica implica retos importantes para el sistema de salud, como el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, mayor demanda de servicios especializados, así como la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y promoción de la salud en un contexto de dispersión geográfica y difícil acceso en gran parte del territorio amazónico (**Gráfico N°** 1).

Gráfico N° 1 Número de habitantes por año, 2,007-2024. Región Loreto



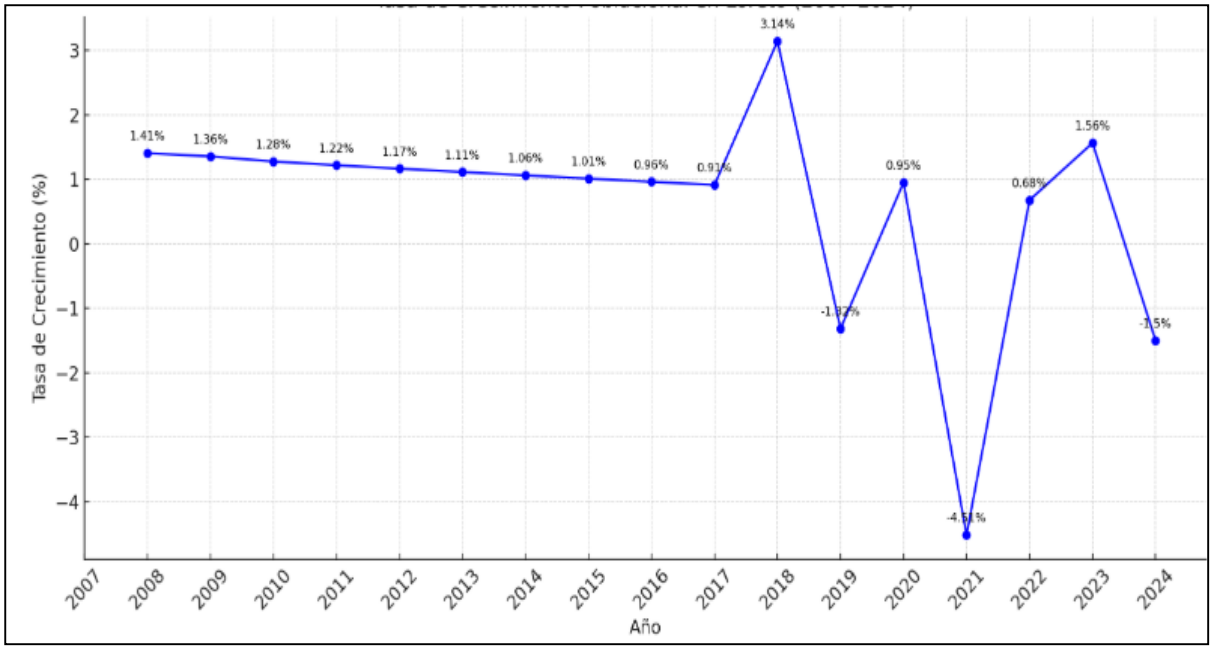
Fuente: Estadística e Informática/MINSA-2007-2024 *Elaboración propia

2.2.2 Crecimiento Poblacional:

El análisis del crecimiento poblacional constituye un elemento fundamental para comprender la dinámica demográfica y su impacto en la planificación sanitaria. En la región Loreto, entre 2007 y 2024, la población ha mostrado una tendencia de incremento moderado con variaciones interanuales, alcanzando un estimado de 1´046,452 habitantes en 2024. La importancia de este análisis radica en que la evolución de la población determina la demanda de servicios de salud, la distribución de recursos y la identificación de necesidades prioritarias en un territorio caracterizado por condiciones geográficas y sociales particulares. Estos cambios demográficos permiten orientar políticas públicas y estrategias de salud que respondan a los retos actuales y futuros de la región.

Se observa un crecimiento sostenido hasta 2017, alcanzando un pico en 2018 con **3.14%**, pero luego hay descensos importantes en 2019 (-1.32%) y sobre todo en 2021 con **-4.51%**, seguido de una recuperación en 2022 y 2023, para finalmente volver a caer en 2024 (-1.5%). Estos resultados permiten comprender la variabilidad en la dinámica demográfica reciente y constituyen un insumo clave para la planificación sanitaria regional (INEI, Proyecciones y Estimaciones de Población 2007–2024) (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2 Tasa de crecimiento promedio anual. 1995-2024. Región Loreto.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Proyecciones de Población Departamental 2007–2024.

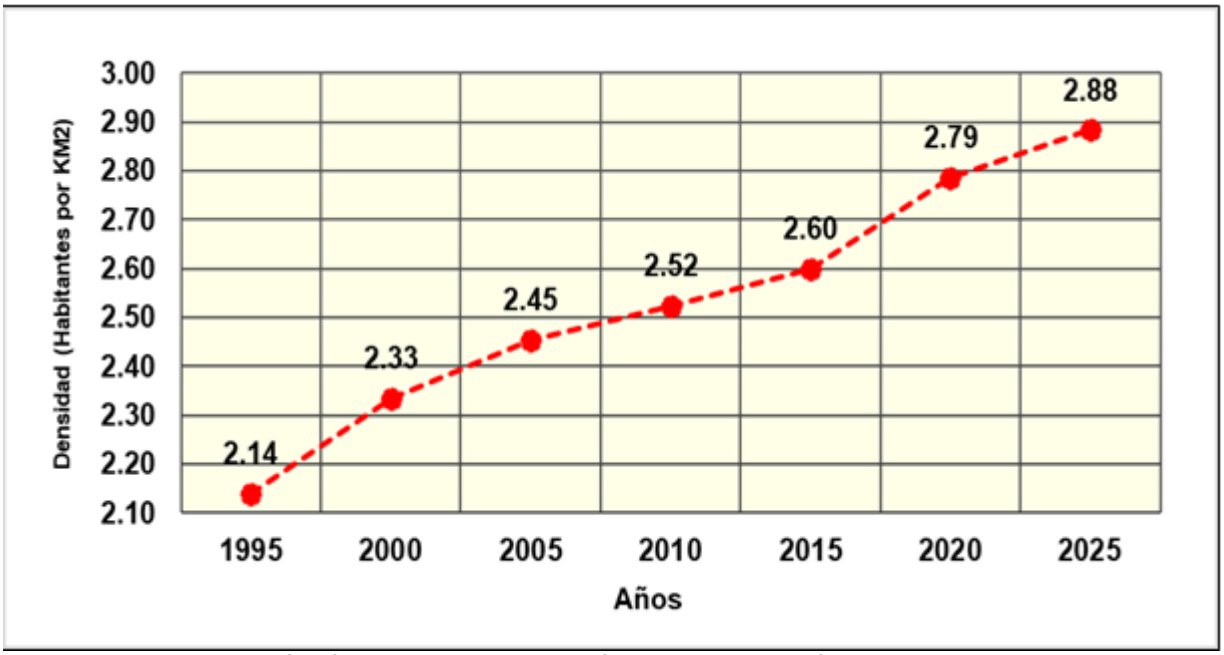
2.2.3 Densidad Poblacional

La **densidad poblacional** es un indicador demográfico que relaciona el número de habitantes con la superficie territorial (habitantes por km²). Este parámetro permite comprender la **distribución espacial de la población** y su grado de concentración o dispersión, constituyéndose en un elemento clave para la planificación del desarrollo social, económico y territorial. Su análisis resulta de gran importancia en el ámbito de la salud pública, ya que influye directamente en la **organización y cobertura de los servicios sanitarios**, la accesibilidad a recursos básicos y la identificación de áreas críticas con mayor vulnerabilidad. En regiones extensas y heterogéneas como Loreto, la densidad poblacional es un factor

estratégico para diseñar políticas de intervención diferenciadas, adaptadas a contextos urbanos y rurales de difícil acceso.

El análisis de la densidad poblacional de la región Loreto en el periodo 1940–2024 muestra una tendencia de crecimiento sostenido, pasando de 0,80 hab/km² en 1940 a 2,84 hab/km² en 2024. Este incremento refleja la expansión demográfica progresiva en un territorio caracterizado por su gran extensión geográfica (368 851,9 km²) y baja concentración poblacional en comparación con otras regiones del país. La densidad poblacional de Loreto sigue siendo una de las más bajas del Perú, lo que evidencia una población dispersa y con fuerte dependencia de los ríos como ejes de asentamiento y conectividad. Este patrón demográfico tiene implicancias directas en la planificación sanitaria y en la provisión de servicios básicos, ya que la baja densidad y la dispersión dificultan el acceso oportuno a servicios de salud, educación y transporte (Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3 Evolución de la densidad poblacional por años (hab./km2), 1995-2024, Región Loreto.



Fuente: INEI, Censos Nacionales 1940–2017 y Proyecciones Departamentales 2024.

Para construir el presente gráfico se presente los detalles técnicos y las respectivas fuentes oficiales:

- ✓ Densidad = población / 368 851.9 km² (superficie oficial de Loreto). INEI
- ✓ Población 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007: población total (censada + omitida) del "Perfil Sociodemográfico de Loreto". INEI
- ✓ Población 2017: población censada de los Resultados Definitivos del Censo 2017 (Tomo Loreto). INEI
- ✓ Población 2024: proyección INEI (Boletín Especial N° 25, "Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edad Simple, 1995–2030").

2.2.4 Distribución Poblacional

La región Loreto presenta una marcada desigualdad en la distribución poblacional. A pesar de contar con la superficie territorial más extensa del país (368 851,9 km²), su población se concentra principalmente en la zona urbana de Iquitos y alrededores, mientras que vastos sectores rurales y fluviales mantienen una densidad muy baja. Este patrón obedece a factores como la dispersión geográfica, la dependencia de los ríos como principal vía de comunicación,

y las limitaciones de conectividad terrestre. Mientras las capitales provinciales concentran mayores servicios y oportunidades, las comunidades amazónicas alejadas presentan dificultades para el acceso a salud, educación e infraestructura básica. Esta diferencia evidencia una brecha urbano-rural significativa, que condiciona la planificación de políticas públicas y la provisión de servicios en el marco del desarrollo regional y sanitario.

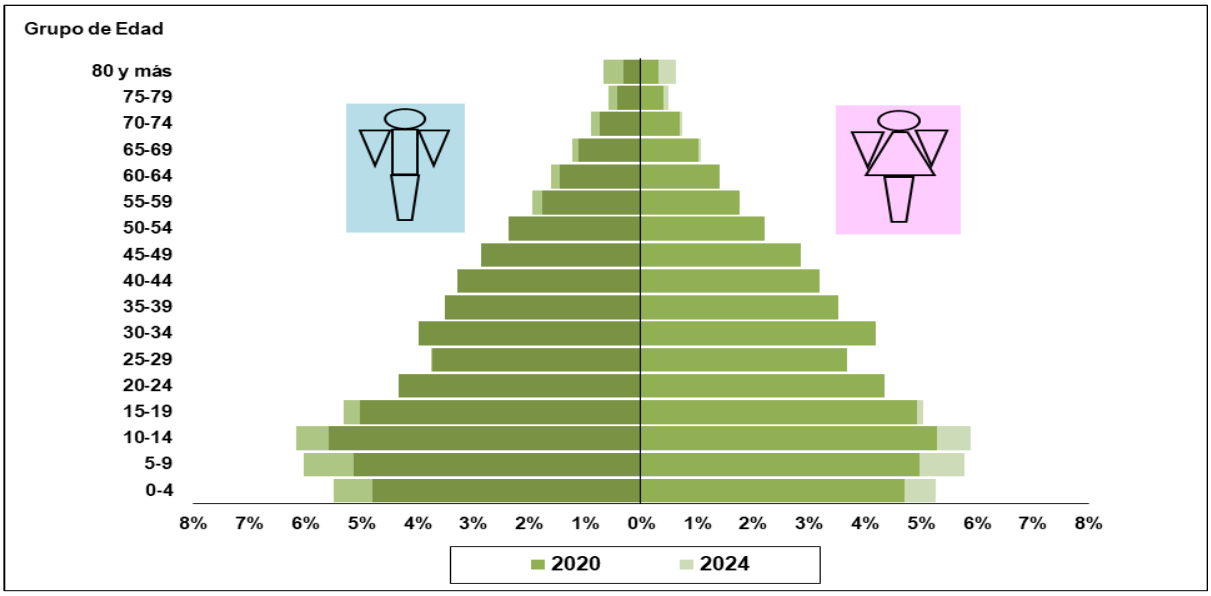
2.2.4.1 Pirámide poblacional de la región Loreto:

La pirámide poblacional de la región Loreto muestra una estructura predominantemente joven, con una base ancha correspondiente a los grupos de edad de 0 a 19 años, aunque se observa una tendencia a la reducción relativa en los grupos más jóvenes en 2024 respecto a 2020, lo que indica una ligera disminución en la fecundidad.
En los grupos de edad adultos jóvenes (20–39 años) se mantiene una proporción significativa, lo que refleja una población en edad económicamente activa en expansión, relevante para la fuerza laboral y el desarrollo regional. Asimismo, en los grupos de edad intermedia y mayor (40 años a más) se aprecia un incremento progresivo, evidenciando un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento.

La población de 0-14 años proyectada al año 2024, representa el 9.18% (Perú 12.3%), de 15 a 64 años 56.2% (Perú 63%) y adulta mayor de 65 a más años 9.18% (Perú 12.3%).

La pirámide muestra además un ligero predominio femenino en los grupos de mayor edad, coherente con la mayor esperanza de vida de las mujeres. Este cambio en la composición etaria sugiere la necesidad de reforzar políticas públicas en salud materno-infantil, educación y empleo juvenil, así como prepararse para la atención de enfermedades crónicas y servicios dirigidos a adultos mayores en el mediano plazo (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4 Pirámide Poblacional Superpuesta 2020-2024. Región Loreto

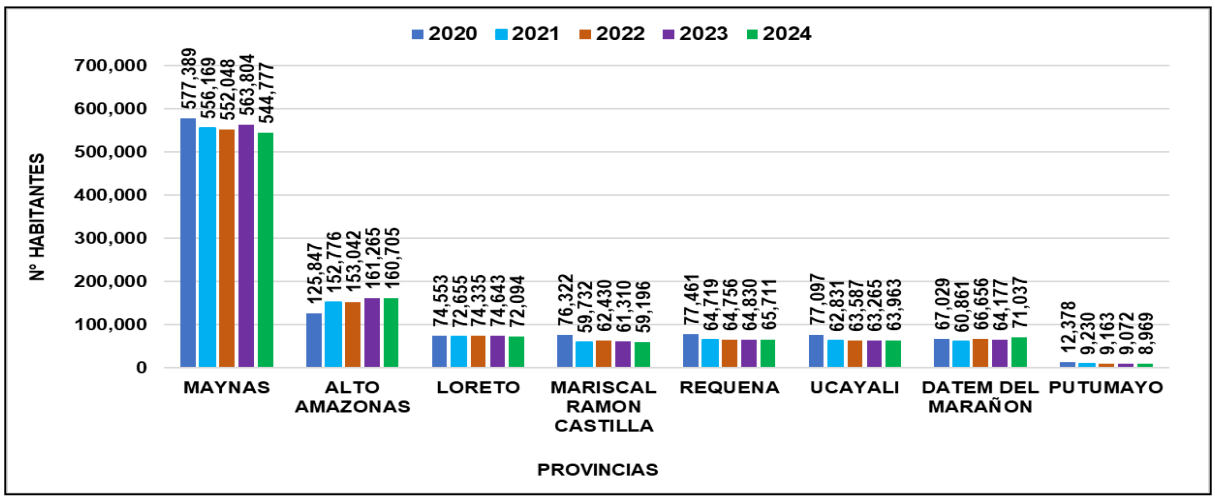


Fuente: Estadística e Informática/MINSA.2020-2024 *Elaboración propia

2.2.4.2 Población por provincias:

En base a los datos de las estimaciones y proyecciones realizadas por estadística e Informática del MINSA, en él Gráfico N° 5; La región Loreto mantiene en el período 2020–2024 una población total estable, con oscilaciones leves, marcada por la alta concentración en Maynas y la persistente dispersión en el resto de las provincias.

Gráfico N° 5 Población estimada según provincias 2020, 2021, 2022, 2023 Y 2024 Región Loreto.



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

En términos de salud pública, esto implica que las demandas sanitarias se concentran en Maynas, mientras que el reto en las demás provincias es garantizar el acceso equitativo a los servicios en contextos de baja densidad y dispersión poblacional.
En la región Loreto existen grandes diferencias poblacionales entre provincias. Maynas concentra la mayor población en áreas urbanas (principalmente en Iquitos), lo que genera alta demanda hospitalaria, problemas de urbanización y enfermedades crónicas. En contraste, provincias como Putumayo, Requena o Datem del Marañón presentan poblaciones dispersas y rurales, con dificultades de acceso, mayor prevalencia de enfermedades infecciosas y necesidad de fortalecer la atención primaria. Esta desigualdad poblacional obliga a implementar estrategias diferenciadas en salud pública, adaptadas tanto al contexto urbano como rural.

Tabla N° 4 Distribución poblacional por provincias, capitales y número de distritos asignados. Región Loreto-2024

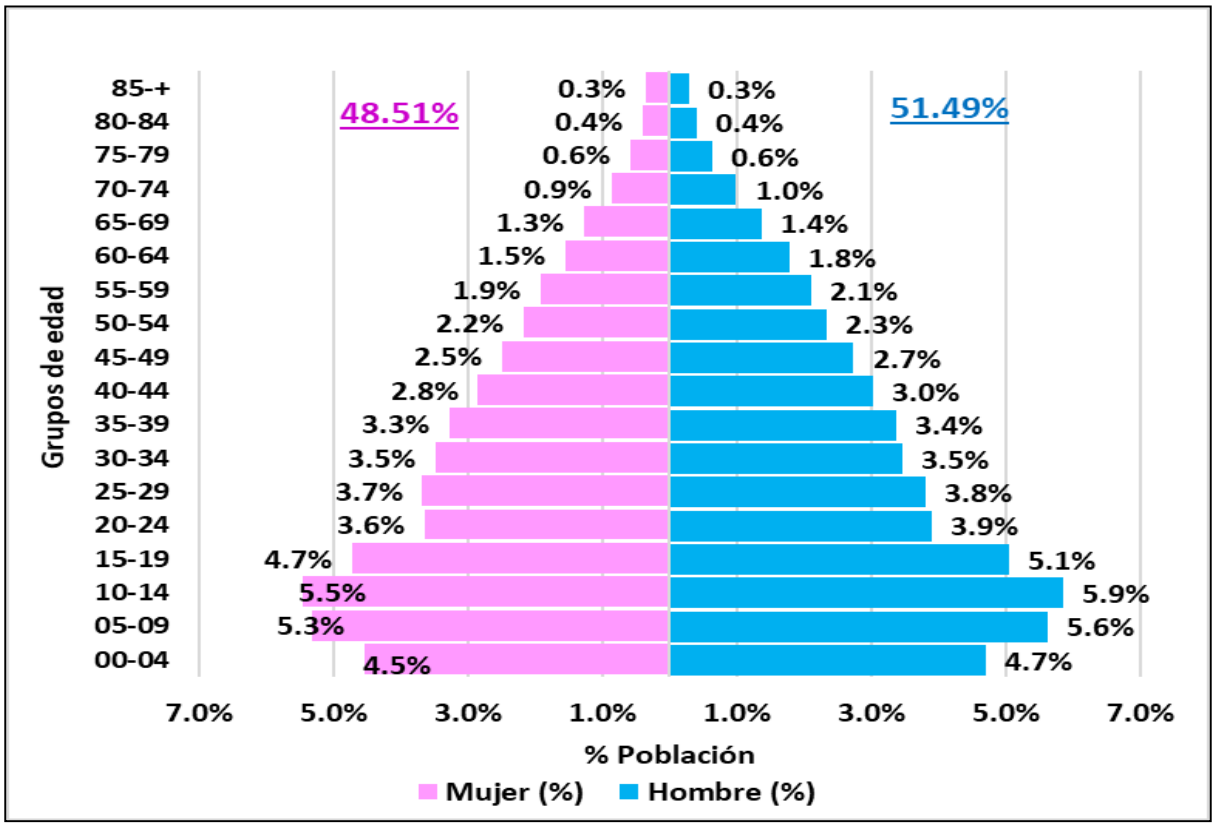
N°	PROVINCIAS	CAPITALES	DISTRITOS	POBLACIÓN
1	MAYNAS	IQUITOS	11	544,777
2	REQUENA	REQUENA	11	65,711
3	ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	6	160,705
4	UCAYALI	CONTAMANA	6	63,963
5	DATEM DEL MARAÑÓN	SAN LORENZO	6	71,037
6	LORETO	NAUTA	5	72,094
7	MARISCAL RAMÓN CASTILLA	CABALLOCOCHA	4	59,196
8	PUTUMAYO	SAN ANTONIO DEL ESTRECHO	4	8,969
	REGIÓN LORETO		53	1,046,452

Fuente: Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)

2.2.4.2.1 Provincia de Maynas:

La Pirámide poblacional de la provincia de Maynas, nos muestra que, el 48.51% de la población son del sexo femenino y el 51.49% son del sexo masculino, observándose que, el grupo de edad de 10 a 14 años está más ensanchada en ambos sexos que el resto de los grupos de edades (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6 Pirámide poblacional de la provincia de Maynas. Región Loreto-2024



Fuente: OGEI/OGTI-MINSA. Población 2024. Actualizado con datos de INEI

Características demográficas de la Provincia de Maynas

La provincia de Maynas, con una población proyectada de 544,777 habitantes en 2024, concentra aproximadamente el 54.9% de la población total de Loreto, lo que evidencia su relevancia epidemiológica y la necesidad de priorizar recursos sanitarios en esta provincia. Su crecimiento poblacional moderado (≈0.66% anual) sugiere una demanda creciente pero estable de servicios de salud.

El alto porcentaje de población urbana (84.3%), principalmente concentrada en el área metropolitana de Iquitos (Iquitos, Punchana, Belén y San Juan Bautista), implica que los servicios de salud deben estar orientados hacia áreas urbanas, con énfasis en atención primaria y control de enfermedades transmisibles y crónicas propias de contextos urbanos densos. Sin embargo, el 15.7% de población rural, dispersa en comunidades de difícil acceso, sigue representando un desafío para el acceso equitativo a servicios y programas preventivos, especialmente para poblaciones indígenas.

La estructura etaria, con 32.7% de población menor de 15 años, evidencia una alta demanda de servicios materno-infantiles, programas de vacunación y control nutricional. La población en edad productiva (60.6%) demanda programas de prevención de enfermedades crónicas, salud ocupacional y control de riesgos laborales. Por otro lado, el 7.2% de adultos mayores (65 a más años) implica la necesidad de fortalecer los servicios de geriatría y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

La densidad poblacional baja (7.57 hab./km²) en el ámbito general, pero con concentración urbana elevada, requiere estrategias diferenciadas: atención primaria accesible en zonas rurales dispersas y refuerzo de infraestructura y personal de salud en centros urbanos con mayor carga de morbilidad.

En resumen, las características demográficas de Maynas obligan a planificar políticas de salud diferenciadas y focalizadas, priorizando la cobertura universal, la equidad territorial y el fortalecimiento de redes de servicios de salud, considerando el crecimiento poblacional y las necesidades específicas de cada grupo etario.

Tabla N° 5 Características demográficas de la provincia de Maynas. Región Loreto-2024

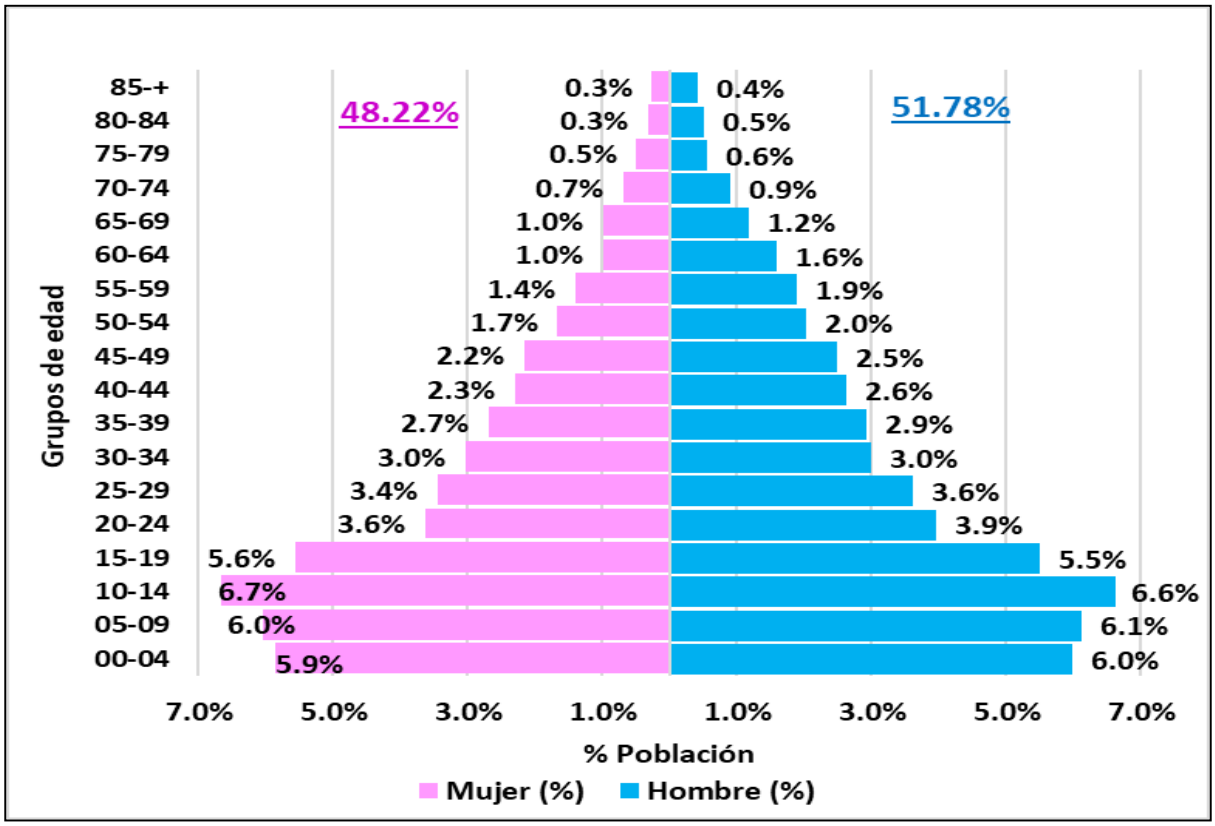
Indicador	Valor	Fuente oficial
Población total proyectada	544 777 habitantes	Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional (2024)	54.9% de Loreto	CPI Research, "Perú 2024: Población y hogares según departamentos y provincias (Cuadro N°7C)", basado en INEI Censo 2017.
Hogares (2024)	115,900 hogares	CPI Research, "Perú 2024: Población y hogares según departamentos y provincias (Cuadro N°7C)", basado en INEI Censo 2017.
Capital provincial	Iquitos	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Maynas.
Número de distritos	11	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Maynas.
Altitud de la capital	106 m s. n. m.	INEI / ficha provincial (últ. disp.)
Principales distritos del área metropolitana de Iquitos	Iquitos, Punchana, Belén, San Juan Bautista	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Maynas.
Estructura etaria (Censo 2017)	0–14: 32.7% | 15–64: 60.6% | 65+: 6.8%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Distribución urbana/rural (Censo 2017)	Urbana: 84.3% | Rural: 15.7%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual 2017–2024	≈ 0.66% anual	Cálculo propio con base en INEI Censo 2017 y proyección 2024 (CPI/INEI).
Superficie territorial	73,932 km²	INEI / referencias oficiales compiladas (últ. disp.)
Densidad poblacional	7.57 hab./km²	Cálculo propio con INEI (población) y superficie

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017. Cuadro: Elaboración Propia

2.2.4.2.2 Provincia de Requena

La pirámide poblacional (Gráfico N° 7) estimada de Requena en 2024 refleja una población predominantemente joven, con aproximadamente un 33% menor de 15 años y un 60% en edad productiva (15 a 64 años). El grupo de adultos mayores (65 años o más) alcanza alrededor del 6.4%, indicando un lento proceso de envejecimiento poblacional. También nos muestra que el 51.78% son del sexo masculino.

Gráfico N° 7 Pirámide poblacional de la provincia de Requena. Región Loreto-2024



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

Este perfil demográfico implica una alta demanda de servicios materno-infantiles y educativos, así como la necesidad creciente de programas preventivos y de atención para enfermedades crónicas en adultos y adultos mayores.

Características demográficas de la Provincia de Requena

La provincia de Requena cuenta con una población proyectada de 64,711 habitantes en 2024, distribuida en 11 distritos y con una baja densidad poblacional (1.30 hab/km²). Esta dispersión geográfica representa un desafío para el acceso a servicios de salud, especialmente en comunidades rurales e indígenas, donde se requiere fortalecer estrategias de atención móvil, telemedicina y programas de prevención.

La concentración poblacional en la capital Requena demanda reforzar la red de salud urbana, mientras que la alta proporción de población joven observada en censos previos evidencia la necesidad de priorizar programas materno-infantiles, vacunación y control de enfermedades endémicas como malaria y dengue.

Desde la perspectiva de salud pública, esta realidad demanda:

- ✓ Fortalecer estrategias de salud itinerante y brigadas fluviales para cubrir comunidades aisladas.
- ✓ Optimizar la red de transporte fluvial y aéreo sanitario, garantizando referencias rápidas hacia establecimientos de mayor capacidad resolutiva.
- ✓ Reforzar el primer nivel de atención, priorizando prevención y promoción, considerando el difícil acceso a servicios hospitalarios.
- ✓ Implementar sistemas de vigilancia epidemiológica comunitaria para detección temprana de brotes, especialmente de enfermedades endémicas como dengue, malaria y leptospirosis.

Tabla N° 6 Características demográficas de la provincia de Requena. Región Loreto-2024

Indicador	Dato	Fuente oficial
Población total proyectada	64 711 habitantes	Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional (Loreto, 2022)	6.13 %	Cálculo propio con base en INEI (Boletín N°27, 2022: Loreto total 1,044,884 y Requena 64,100).
Hogares (2024)	29,648	datos de la Plataforma del Estado Peruano en censos2017.inei.gob.pe.
Capital de la Provincia	Requena	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Maynas.
Número de distritos	11	INEI — Boletín Especial Nº 27 (listado distrital de Requena).
Altitud de la capital	114 m.s.n.m	Cálculo propio con INEI (población) y superficie
Principales distritos	Requena, Alto Tapiche, Capelo, Emilio San Martín, Maquía, Puinahua, Saquena, Soplín, Tapiche, Jenaro Herrera, Yaquerana	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Maynas.
Distribución urbana/rural (Censo 2017)	Urbana:58.1% | Rural: 41.9%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual 2017–2024	1.7% anual	Cálculo propio con base en INEI Censo 2017 y proyección 2024 (CPI/INEI).
Superficie territorial (km²)	49.478	Geoportal GORE Loreto; BCRP (Sucursal Iquitos), "Loreto: Caracterización" (Cuadro 1).
Densidad poblacional estimada (hab./km², 2023)	1.30 Hab./Km^2	Cálculo propio con INEI (población) y superficie

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017. Cuadro: Elaboración propia.

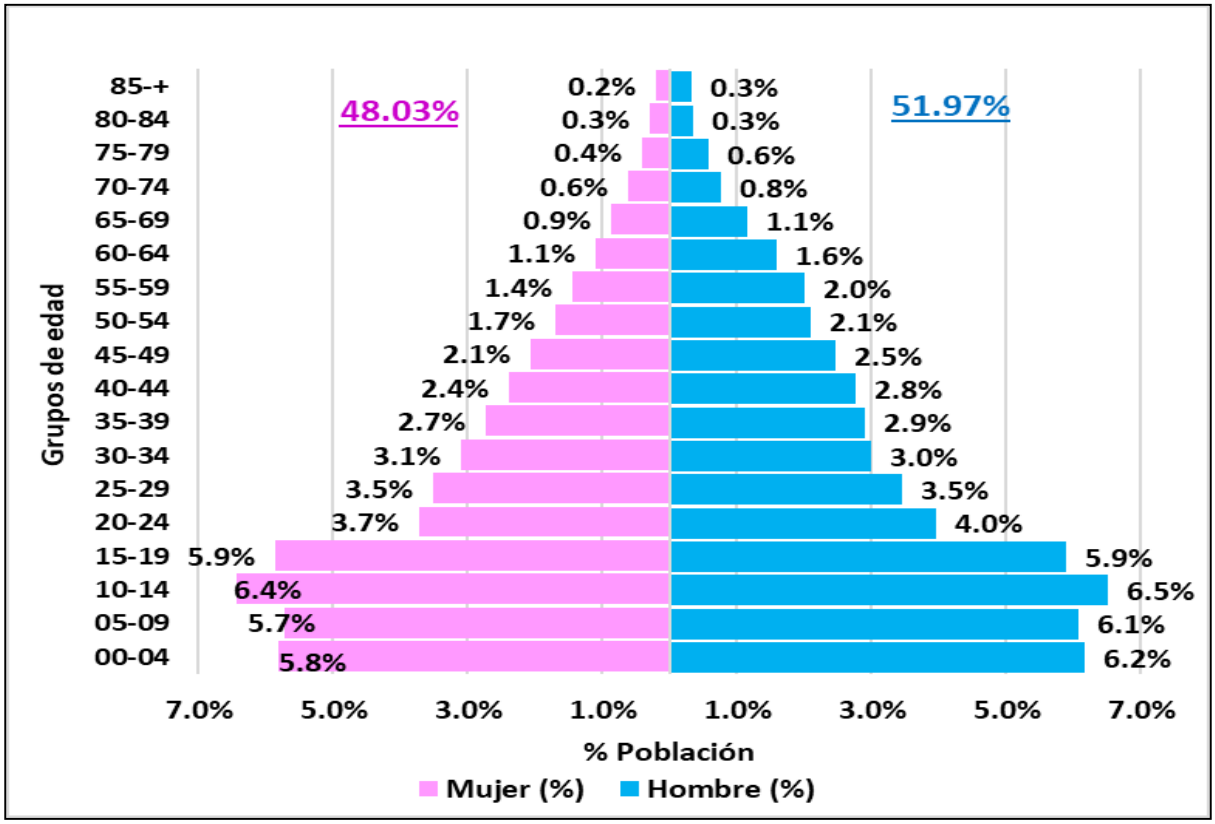
2.2.4.2.3 Provincia de Ucayali

La población de la provincia de Ucayali es mayoritariamente joven: 36.7% tiene entre 0 y 14 años, lo que demanda servicios de salud materno-infantil, vacunación y control nutricional (Gráfico N° 8). El 47% se encuentra en edad productiva, requiriendo programas de prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludables. Los adultos mayores

representan solo el 5.5%, aunque con necesidades crecientes de atención para enfermedades crónicas y programas de envejecimiento saludable.
Esta estructura demográfica sugiere una alta demanda de servicios de salud dirigidos a la niñez y adolescencia, incluyendo inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, y programas de nutrición.

Desde el enfoque de salud pública, esta pirámide evidencia la necesidad de fortalecer los servicios de atención primaria, con énfasis en salud materno-infantil, adolescencia y promoción de estilos de vida saludables, así como la ampliación progresiva de servicios geriátricos y programas comunitarios de prevención para adultos mayores.

Gráfico N° 8 Pirámide poblacional de la provincia de Ucayali. Región Loreto-2024



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

Características Demográficas de la provincia de Ucayali

Ucayali concentra alrededor del 6.1% de la población de Loreto, dispersa en una amplia superficie (29293 km²) y con muy baja densidad (2.15 hab./km²). Esta dispersión, sumada a que más del 70% de la población se localiza en Contamana y Sarayacu, implica que la red de servicios debe combinar un hospital de referencia en Contamana con puntos de atención primaria y equipos itinerantes (fluviales y comunitarios) para los distritos de menor población (Inahuaya, Padre Márquez y Pampa Hermosa).

Las brechas de acceso geográfico y de transporte fluvial aumentan el riesgo de demoras en urgencias, eventos obstétricos y enfermedades transmisibles. Prioridades 2024: fortalecer tamizaje y vacunación extramural, telemedicina y cadenas de frío móviles, así como vigilancia epidemiológica comunitaria en cuencas del Ucayali, con enfoque intercultural.

Tabla N° 7 Características demográficas de la provincia de Ucayali. Región Loreto-2024

Indicador	Valor	Fuente (oficial)
Población total proyectada	63 963 habitantes	Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional (2024)	6.1% de Loreto	Cálculo propio con base en CPI Research (2024) – Cuadro 7C (Loreto total 1 006 500; Ucayali 61 500).
Hogares (2024)	12 900 hogares	CPI Research (2024), "Perú 2024: Población y hogares… – Cuadro 7C", basado en INEI Censo 2017.
Capital provincial	Contamana	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Ucayali (Loreto).
Altitud de la capital	≈134 m s. n. m.	INEI / Wikipedia – ficha de Nauta (referencia altitud).
Número de distritos	6	INEI (Boletín Especial N°27): listado distrital y total provincial.
Principales distritos	Contamana, Inahuaya, Padre Márquez, Pampahermosa, Vargas Guerra, Sarayacu	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Maynas.
Distribución Urbana/Rural (Censo 2017)	Urbana:51.6% | Rural: 48,4%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual 2017–2024	−0.623 % anual	Cálculo propio con base en INEI Censo 2017 y proyección 2024 (CPI/INEI).
Superficie territorial	29 293 km²	JNE – InfoGob, ficha de la provincia de Ucayali (Loreto).
Densidad poblacional (2024)	2.15 hab./km²	Cálculo propio: población (CPI 2024) / superficie (InfoGob).

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017, Cuadro: Elaboración Propia.

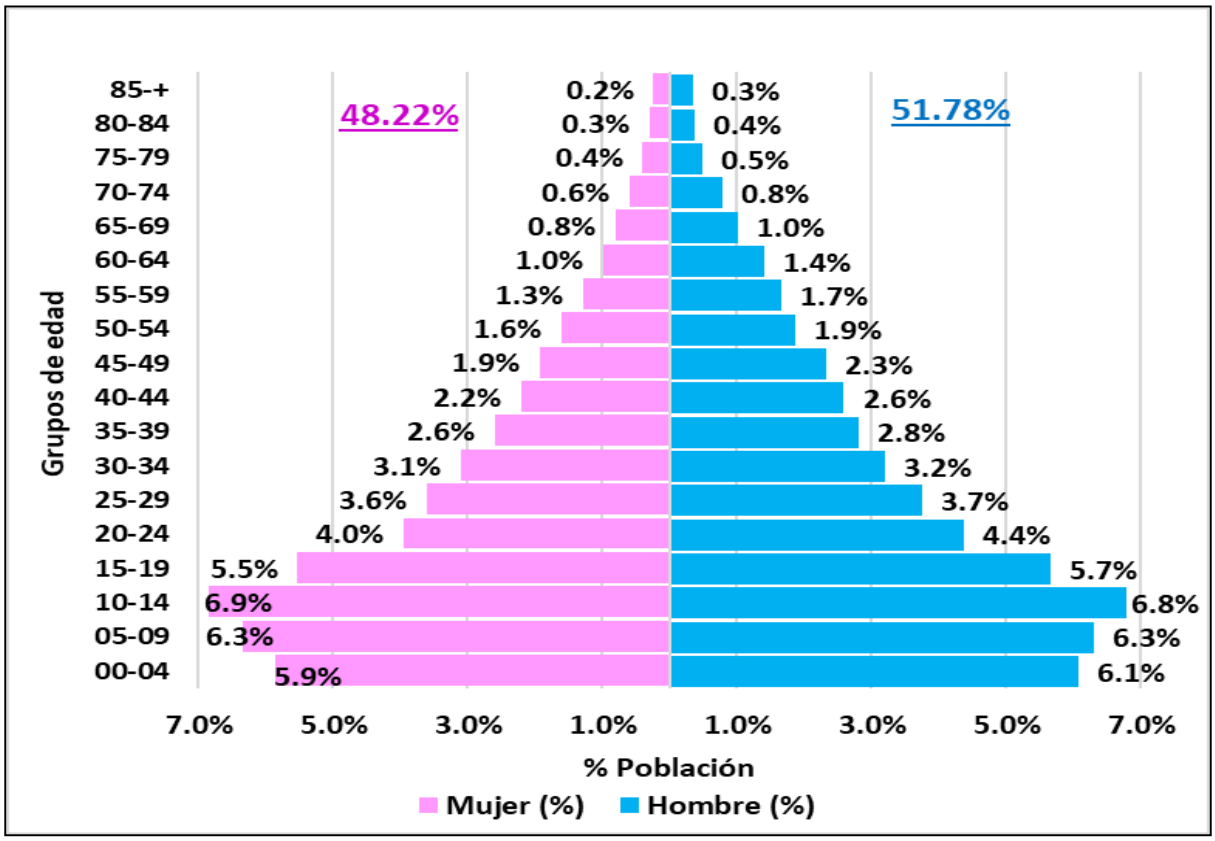
2.2.4.2.4 Provincia de Loreto

La pirámide poblacional de la provincia de Loreto (Gráfico N° 9) muestra una estructura predominantemente joven, con un alto porcentaje de población menor de 15 años asciende a 38.3% y una base amplia.

En el marco de la salud pública, se debe considerar:

- ✓ Alta demanda de servicios materno-infantiles y pediátricos, debido al gran número de niños y adolescentes.
- ✓ Fortalecer programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo, y salud escolar.
- ✓ La población económicamente activa (15-64 años) representa más del 55%, lo que demanda programas de salud laboral y de prevención de enfermedades crónicas y transmisibles.
- ✓ El grupo de adultos mayores (65+) es reducido (alrededor del 5.3%), pero en crecimiento lento, por lo que se debe implementar progresivamente servicios geriátricos y programas de control de enfermedades crónicas.
- ✓ La estructura joven refleja también retos en educación sanitaria, nutrición y prevención de embarazos adolescentes en áreas urbanas y rurales.

Gráfico N° 9 Pirámide poblacional de la provincia de Loreto. Región Loreto-2024



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

Características demográficas de la provincia de Loreto

La provincia de Loreto presenta una tasa de crecimiento poblacional promedio anual de 1.8% (2017–2024)**,** lo que refleja un aumento demográfico sostenido. Desde el enfoque de salud pública, este crecimiento implica mayor demanda de servicios básicos y sanitarios**,** necesidad de ampliación de infraestructura en salud, incremento de programas de prevención y control de enfermedades, y una planificación más precisa de recursos humanos y logísticos para atender una población que continúa en expansión, especialmente en zonas rurales de difícil acceso.

La baja densidad poblacional (1.09 hab./km²) y la dispersión territorial dificultan el acceso equitativo a servicios de salud, por lo que se recomienda priorizar intervenciones de atención primaria itinerante, fortalecimiento de redes locales y telemedicina. La elevada proporción de población infantil requiere reforzar programas materno-infantiles, vacunación y control nutricional. La vigilancia epidemiológica debe adaptarse a áreas ribereñas y comunidades alejadas, con estrategias de comunicación intercultural.

Tabla N° 8 Características demográficas de la provincia de Loreto. Región Loreto-2024

Indicador	Valor	Fuente oficial
Población total proyectada (2024)	72 094	Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional (2024)	7.16% de Loreto (cálculo propio)	Cálculo propio con CPI 2024 (Loreto total ≈1 006 500).
Hogares (2024) (estim.)	≈ 16 050 hogares (estimación con tamaño promedio de hogar 2017 = 4.49 personas)	Estimación propia usando tamaño promedio del hogar (INEI Censo 2017: Loreto).
Capital provincial	Nauta	JNE – InfoGob / INEI (ficha provincial).
Altitud de la capital	111 m s. n. m.	INEI / Wikipedia – ficha de Nauta (referencia altitud).
Número de distritos	5	INEI / JNE – InfoGob (ficha provincial).
Principales distritos	Nauta, Parinari, Trompeteros, Tigre, Urarinas	INEI (Censo 2017) / fichas municipales.
Distribución Urbana/Rural (Censo 2017)	Urbana:37.4% | Rural: 62.6%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual 2017–2024	1.8 % anual	Cálculo propio con base en INEI Censo 2017 y proyección 2024 (CPI/INEI).
Superficie territorial	67 434 km²	JNE – InfoGob (ficha provincial).
Densidad poblacional (2024)	1.09 hab./km²	Cálculo propio con CPI 2024 (población) y superficie (InfoGob).

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017, Cuadro: Elaboración Propia.

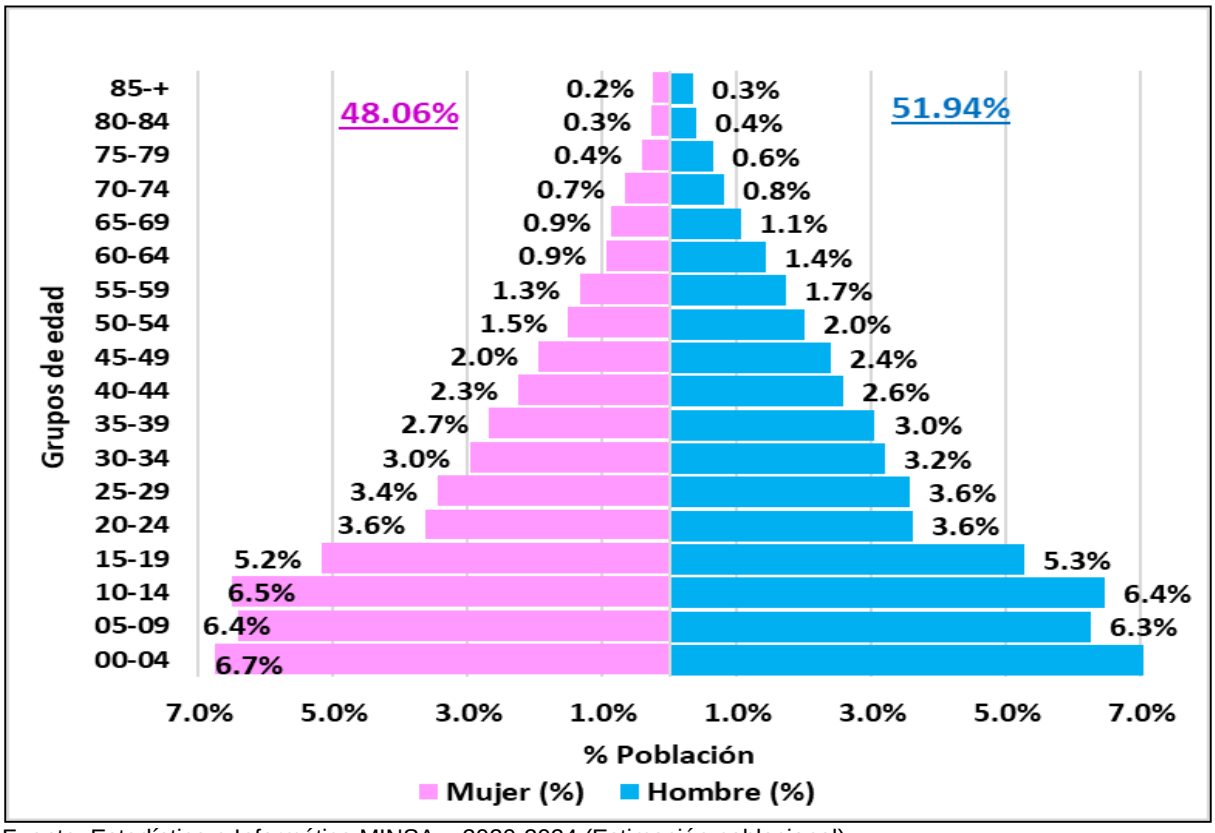
2.2.4.2.5 Provincia de Mariscal Ramón Castilla

La pirámide poblacional (Gráfico N° 10) de la provincia de Mariscal Ramón Castilla (2024) muestra una base ancha, con un mayor número de niños y adolescentes (0-14 años: 39,3% del total), y una disminución progresiva en los grupos de mayor edad, evidenciando una población joven con incipiente proceso de transición demográfica.

Desde el enfoque de salud pública, esta estructura implica:

- ✓ Alta demanda de servicios materno-infantiles y pediátricos, incluyendo vacunación, control de crecimiento y desarrollo, y prevención de enfermedades infecciosas.
- ✓ Necesidad de programas de salud sexual y reproductiva, orientados a adolescentes y jóvenes, dado el peso poblacional de estos grupos.
- ✓ Planificación de infraestructura y personal de salud, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso.
- ✓ Envejecimiento incipiente, que requiere fortalecer servicios de atención a enfermedades crónicas y geriatría en el mediano plazo.
- ✓ En conjunto, la estructura poblacional joven exige priorizar intervenciones preventivas y de promoción, junto con estrategias de cobertura integral para grupos **vulnerables.**

Gráfico N° 10 Pirámide poblacional de la provincia de Mariscal Ramón Castilla.



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

Características demográficas de la Provincia de Mariscal Ramón Castilla

La provincia de Mariscal Ramón Castilla cuenta con una población proyectada de 59,196 habitantes en 2024, lo que representa aproximadamente el 5.4% de la población regional de Loreto. La densidad poblacional es baja (1.60 hab./km²) debido a su amplia superficie territorial (37,413 km²), lo que evidencia una marcada dispersión poblacional y desafíos logísticos para el acceso oportuno a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales y ribereñas.

La tasa de crecimiento anual promedio entre 2017 y 2024 es de 1.59%, reflejando un incremento moderado de la población, lo que implica la necesidad de mantener la capacidad de los servicios de salud para atender una demanda creciente, especialmente en programas de salud materno-infantil, enfermedades transmisibles y control de emergencias sanitarias en zonas de difícil acceso.

La población se concentra principalmente en la capital Caballococha y en los cinco distritos (Ramón Castilla, Yavarí, San Pablo, Pebas), donde persisten limitaciones de infraestructura sanitaria y recursos humanos. Su ubicación fronteriza con Brasil y Colombia incrementa el riesgo de enfermedades emergentes y reemergentes, como malaria, dengue y otras enfermedades metaxénicas, que requieren acciones de vigilancia binacional.

Finalmente, la estructura etaria, basada en el censo de 2017, sugiere una población predominantemente joven, lo que demanda programas preventivos y educativos en salud sexual y reproductiva, así como estrategias para reducir brechas de vacunación y control de enfermedades transmisibles.

Tabla N° 9 Características demográficas de la provincia de Mariscal Ramón Castilla. Región Loreto-2024

Indicador	Valor	Fuente oficial
Población total proyectada (2024)	59,196 habitantes	Estadística e Informática MINSA - 2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional (2024)	5.4% de Loreto	Cálculo propio con CPI Research (2024) y población total Loreto ≈ 1 006 500.
Hogares (2024)	11 100 hogares	CPI Research (2024) – Cuadro 7C (hogares en miles).
Capital provincial	Caballococha (Ramón Castilla)	JNE – InfoGob / fichas municipales; referencias geográficas (Caballococha es la capital del distrito y provincia).
Altitud de la capital	84–111 m s. n. m. (Caballococha)	INEI / Wikipedia – ficha de Nauta (referencia altitud).
Número de distritos	5	INEI / JNE – InfoGob (ficha provincial).
Principales Distritos	Ramón Castilla (Caballococha), Yavarí, San Pablo, Pebas, Putumayo	INEI – división política; fichas municipales.
Distribución Urbana/Rural (Censo 2017)	Urbana:35.9% | Rural: 64.1%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual 2017–2024	1.59% anual	Cálculo propio: CAGR entre P2017 (INEI Censo 2017: 49 072) y P2024 (CPI 2024: 54 800).
Superficie territorial	37,413 km².	INEI / JNE – InfoGob (ficha provincial y compendios).
Densidad poblacional (2024)	1.60 hab./km²	Cálculo propio: 54 800 / 67 073.26 (población CPI 2024 / superficie InfoGob).

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017, Cuadro: Elaboración Propia.

2.2.4.2.6 Provincia del Putumayo

La población total de 8,969 habitantes en Putumayo muestra una estructura poblacional joven, con predominio de los grupos de 0 a 14 años (32.6%) y un decrecimiento progresivo en los grupos de mayor edad. Esta base ancha indica alta natalidad y un crecimiento poblacional que puede mantenerse en el mediano plazo (Gráfico N° 11).

La relación por sexo es equilibrada, con una ligera mayoría de hombres (4,647) respecto a mujeres (4,322), lo que es característico de zonas con mayor movilidad masculina por actividades económicas como pesca, agricultura y comercio fluvial.

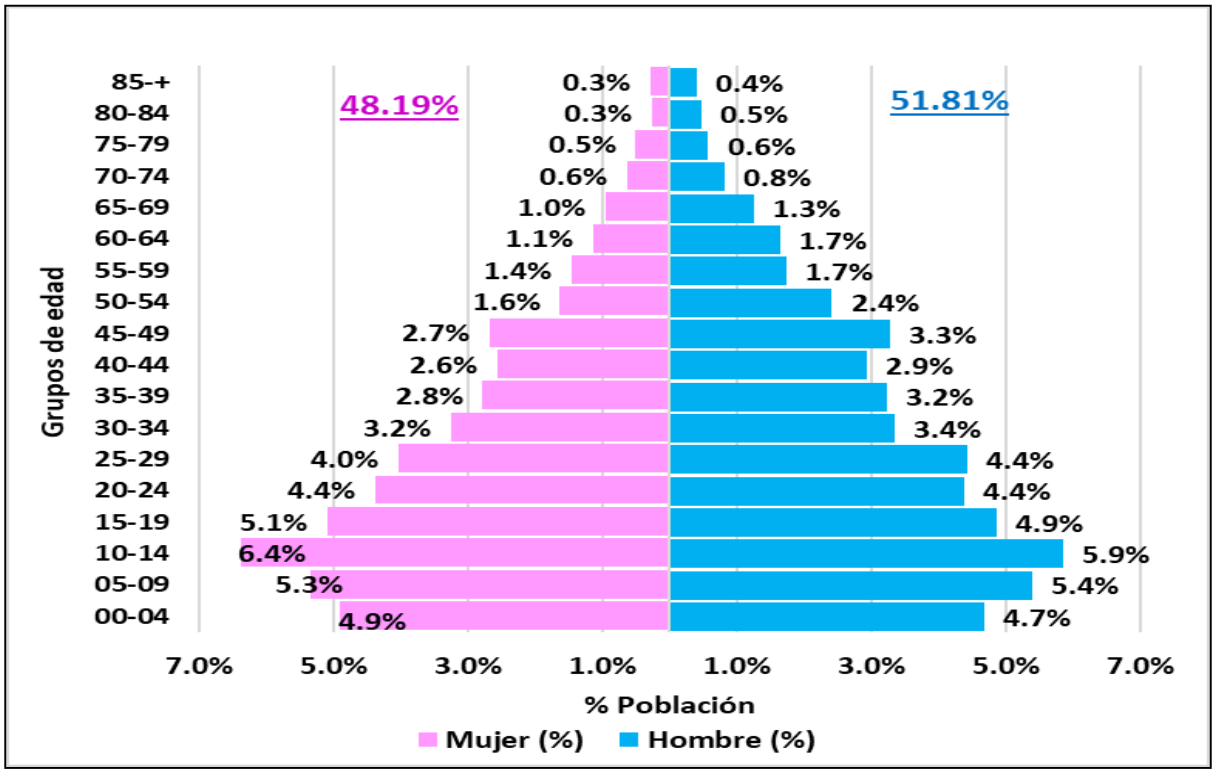
Desde el enfoque de salud pública, este perfil poblacional resalta la necesidad de:

- ✓ Fortalecer programas materno-infantiles y de vacunación, dado el alto número de niños y adolescentes.
- ✓ Reforzar estrategias de salud sexual y reproductiva, educación preventiva y control de embarazo adolescente.
- ✓ Mantener vigilancia epidemiológica activa, ya que las poblaciones jóvenes en zonas de difícil acceso son más vulnerables a enfermedades transmisibles como malaria, dengue, IRA y EDA.

- ✓ Considerar el limitado porcentaje de adultos mayores (≈6.4%), que indica menor expectativa de vida y brechas en el acceso a servicios preventivos y de atención para enfermedades crónicas.

En conjunto, la pirámide poblacional evidencia retos logísticos y sanitarios debido a la dispersión geográfica y a las limitaciones de infraestructura, que exigen estrategias diferenciadas y móviles de atención primaria.

Gráfico N° 11 Pirámide poblacional de la provincia del Putumayo.



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

Características demográficas de la provincia del Putumayo

La provincia del Putumayo presenta una población pequeña (8,969 hab.), ubicada en la zona fronteriza con Colombia y Brasil, presenta una densidad poblacional extremadamente baja, con aproximadamente 0.20 habitantes por km² en 2024, esta baja densidad refleja la gran extensión territorial (45 928 km²) frente a una población pequeña (≈ 8 969 habitantes proyectados); La dispersión territorial limitan el acceso a atención de salud, por lo que se recomiendan brigadas itinerantes, fortalecimiento de puestos de salud y telemedicina.

La población está altamente dispersa en pequeñas comunidades ribereñas ubicadas a lo largo de los ríos Putumayo, Yaguas y otros afluentes. El único centro urbano de mayor concentración poblacional es San Antonio del Estrecho, que alberga a una parte significativa de la población provincial y concentra los servicios básicos (centro de salud, municipalidad, instituciones educativas y puestos administrativos).

Tabla N° 10 Características demográficas de la provincia del Putumayo. Región Loreto-2024

Indicador	Valor	Fuente oficial /Institucional
Población total proyectada (2024)	8,969 habitantes	Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional (2024)	≈ 0.89% de Loreto (cálculo propio)	Cálculo propio con base en población total de Loreto ≈1 006 500 (CPI/INEI).
Hogares (2024)	≈ 1 997 hogares (estim.)	Estimación propia usando tamaño promedio de hogar (INEI Censo 2017, Loreto: 4.49 personas por hogar).
Capital provincial	San Antonio del Estrecho (El Estrecho)	JNE – InfoGob / Wikipedia (San Antonio del Estrecho: capital de la provincia de Putumayo).
Altitud de la capital	≈ 111 m s. n. m.	JNE – InfoGob (referencia altitud).
Número de distritos	4	INEI / JNE – InfoGob (la provincia está dividida en 4 distritos).
Distritos	Putumayo (San Antonio del Estrecho), Rosa Panduro, Yaguas, Teniente Manuel Clavero	INEI / fichas municipales.
Distribución Urbana/Rural (Censo 2017)	Urbana:39.3% | Rural: 60.7%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual 2017–2024	2.05 % anual	Cálculo propio (CAGR) entre P2017=7 780 (Censo INEI 2017) y P2024=8 969 (proyección/tabla provista).
Superficie territorial	45 928 km²	INEI (compendios territoriales).
Densidad poblacional (2024)	0.20 hab./km² (cálculo propio)	Cálculo propio: población proyectada / superficie territorial.

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017. Cuadro: Elaboración propia.

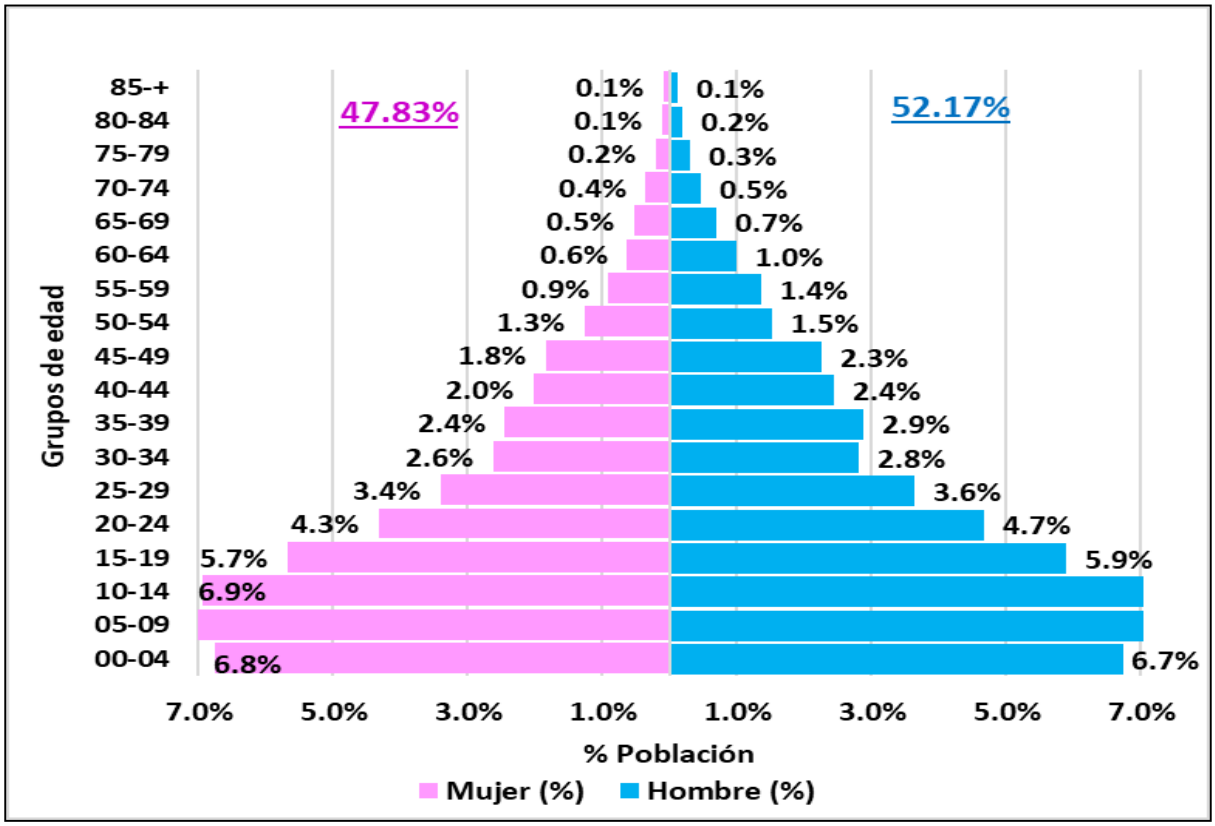
2.2.4.2.7 Provincia Datem del Marañón

La pirámide poblacional (**Gráfico N° 12**) de la provincia del Datem del Marañón en 2024 refleja una población predominantemente joven, con aproximadamente el 41.4% de habitantes menores de 15 años que representa la proporción más alta de este grupo en la región Loreto. Esta característica demanda un fuerte enfoque en servicios de salud materno-infantil, nutrición y vacunación.

La población en edad productiva (15-59 años) representa cerca del 50%, lo que exige estrategias de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como programas de salud ocupacional, considerando la dispersión geográfica de la provincia.

El grupo de adultos mayores (65 años a más) constituye el 3.1%, la más baja proporción de adultos mayores en la región Loreto, aunque, con necesidades crecientes de atención para enfermedades crónicas y servicios de cuidado a largo plazo. Este perfil demográfico plantea la necesidad de fortalecer el acceso a los servicios de salud en comunidades rurales y fluviales, adaptando intervenciones culturalmente pertinentes.

Gráfico N° 12 Pirámide poblacional de la provincia del Datem del Marañón. Región Loreto-2024



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

Características demográficas de la provincia del Datem del Marañón

La provincia del Datem del Marañón, ubicada en la región Loreto, presenta una población total proyectada de aproximadamente 71,037 habitantes para el año 2024, distribuidos de forma dispersa en sus distritos. Esta baja densidad poblacional, en comparación con otras provincias de la región, genera importantes retos en el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso geográfico, donde el transporte fluvial y aéreo es limitado.

Adicionalmente, esta provincia concentra una alta proporción de población indígena perteneciente a diversos pueblos originarios, lo que implica la necesidad de estrategias de salud intercultural. La presencia de estas comunidades requiere ajustes en la oferta sanitaria para garantizar pertinencia cultural, fortalecimiento de los equipos de salud itinerantes y capacitación en competencias interculturales del personal de salud.

Desde el enfoque de salud pública, estos factores evidencian la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud en comunidades nativas, y el desarrollo de estrategias sostenibles que mejoren el acceso a servicios básicos, considerando las particularidades geográficas, culturales y socioeconómicas de esta provincia.

El crecimiento medio anual (5.61 % desde 2017) sugiere presiones crecientes sobre la red de establecimientos, especialmente en distritos con difícil acceso (Andoas, Pastaza y Morona). La altitud baja (133 m s.n.m.) y el entorno amazónico refuerzan el perfil epidemiológico de enfermedades metaxénicas (malaria, dengue), zoonosis y eventos asociados a inundaciones y olas de calor; se recomienda priorizar vigilancia entomológica, control vectorial, vacunación y redes de referencia fluvial.

Tabla N° 11 Características demográficas de la provincia del Datem del Marañón. Región Loreto-2024

Indicador	Valor	Fuente (oficial / institucional)
Población total (base ASIS 2024)	71 037 habitantes	Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional de Loreto, 2024	7.06 %	INEI – Proyecciones 2018–2025 (departamento). Cálculo propio con Loreto 2024=1 006 500. Referencia pública: CPI 2024 (fuente INEI)
Hogares (2024)	**10,4 miles** (es decir, aproximadamente **10 400 hogares**)	"Perú 2022: Población y hogares según departamentos y provincias", elaborado por CPI Research sobre estimaciones y proyecciones del INEI
Número de distritos	6 (Andoas, Barranca, Cahuapanas, Manseriche, Morona, Pastaza)	INEI / División político-administrativa; perfil provincial.
Capital de la Provincia	San Lorenzo	JNE – InfoGob / fichas municipales; referencias geográficas (San Lorenzo es la capital del distrito y provincia).
Altitud de la capital	133 m.s.n.m	JNE – InfoGob (referencia altitud).
Principales distritos	Barranca, Andoas, Cahuapanas, Morona, Pastaza.	INEI / fichas municipales.
Distribución Urbana/Rural (Censo 2017)	Urbana:23.3% | Rural: 76.7%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual de la población (2017–2024)	5.61 % anual	INEI – Censos 2017 (población provincial 2017) + Proyección usada en ASIS 2024. Cálculo propio: CAGR = [(P_2024 / P_2017)^(1/7) – 1]*100
Superficie (km²)	46 610	INEI – Archivo Excel c5.1.1 (provincia: área, población y densidad, capital).
Densidad poblacional (hab./km², 2024)	1.30	Cálculo propio con población ASIS 2024 e INEI (superficie).

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017. Cuadro: Elaboración propia.

2.2.4.2.8 Provincia Alto Amazonas

La estructura poblacional (Gráfico N° 13) de Alto Amazonas evidencia una base ancha, con mayor concentración en los grupos etarios 0-14 años (36,2%), lo que refleja una población joven y en crecimiento. Este patrón implica una alta demanda de servicios de salud materno-infantil, vacunación y programas de nutrición.

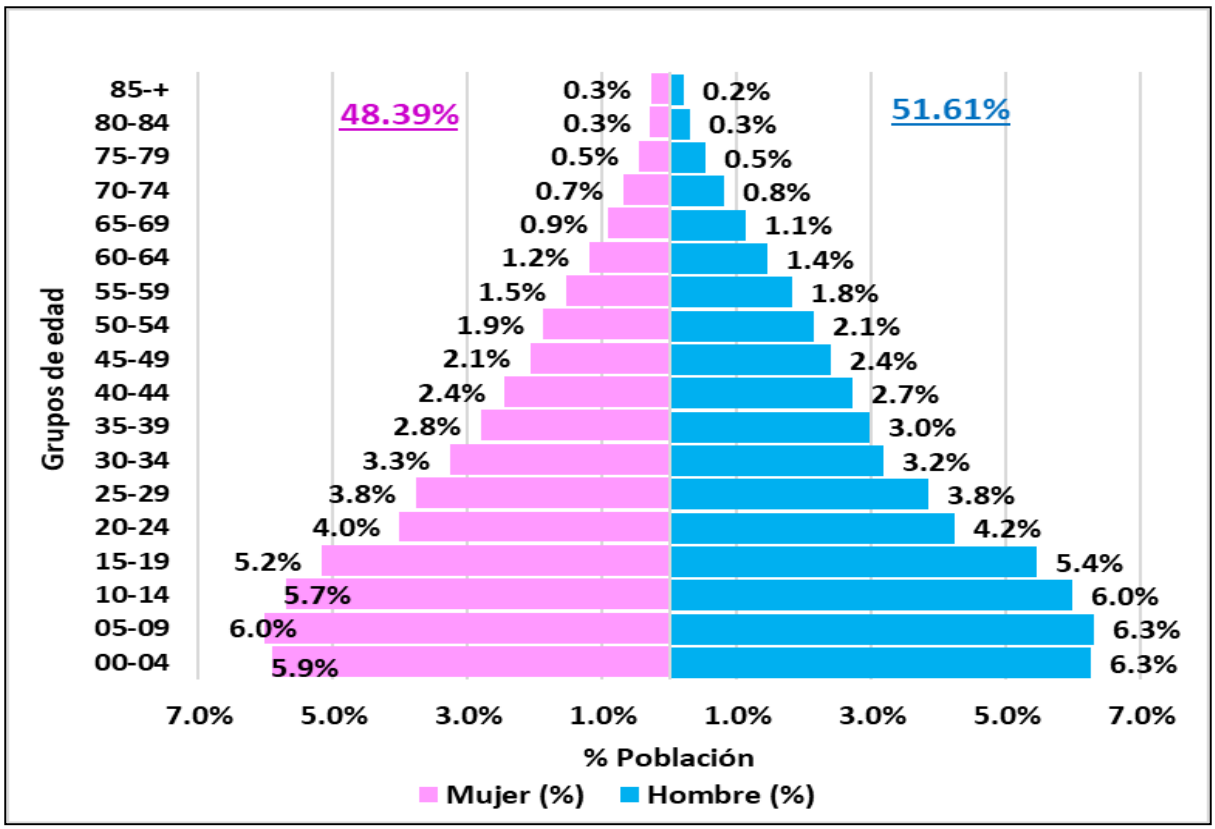
La población económicamente activa (15-64 años) constituye aproximadamente 58%, lo que resalta la necesidad de fortalecer programas de salud ocupacional, prevención de enfermedades transmisibles y control de factores de riesgo no transmisibles.

El grupo adulto mayor (65 años a más) representa 5.6%, consecuentemente se evidencia una transición demográfica incipiente que demanda ampliar servicios para enfermedades

crónicas, control de hipertensión, diabetes y programas de atención domiciliaria en zonas rurales dispersas.

En el contexto de salud pública, la dispersión geográfica y barreras de acceso incrementan la vulnerabilidad frente a emergencias sanitarias y enfermedades endémicas, como malaria, dengue y enfermedades diarreicas. Se requiere reforzar la cobertura de servicios básicos y estrategias comunitarias para poblaciones rurales e indígenas.

Gráfico N° 13 Pirámide poblacional de la provincia de Alto Amazonas. Región Loreto-2024



Fuente: Estadística e Informática MINSA – 2020-2024 (Estimación poblacional)

En el contexto de salud pública, la dispersión geográfica y barreras de acceso incrementan la vulnerabilidad frente a emergencias sanitarias y enfermedades endémicas, como malaria, dengue y enfermedades diarreicas. Se requiere reforzar la cobertura de servicios básicos y estrategias comunitarias para poblaciones rurales e indígenas.

Características demográficas de la Provincia Alto Amazonas

La provincia de Alto Amazonas presenta una densidad muy baja (8.27 hab./km²), característica típica de zonas amazónicas. Esta dispersión complica la prestación de servicios de salud, especialmente en localidades aisladas o de difícil acceso. En respuesta, se deben fortalecer brigadas móviles, telemedicina y puntos de atención itinerante con logística fluvial adecuada. Con más de 31 mil hogares en 2024, la infraestructura sanitaria debe evaluar no sólo la cobertura población por población, sino también por núcleos familiares, lo que exige planificación detallada en recursos y un acercamiento comunitario.

El hecho de que Alto Amazonas concentre cerca del 16 % de la población regional resalta su peso organizacional dentro del Loreto, por lo que el enfoque interprovincial en asignación presupuestal y recursos logísticos debe considerar esta dimensión.

Desde el punto de vista epidemiológico, la baja densidad, alta dispersión poblacional y tipo de hábitat (ribereño, selva baja) aumentan la vulnerabilidad a enfermedades endémicas (malaria, dengue, leptospirosis), y retos en cadena de frío para vacunación. Se requiere priorizar vigilancia entomológica, sistemas de referencia sanitaria, y capacitación intercultural del personal en idioma y prácticas propias.

Tabla N° 12 Características demográficas de la provincia de Alto Amazonas. Región Loreto-2024

Indicador	Valor	Fuente
Población total provincial (2024)	160 705	Estadística e Informática MINSA -2024 (Estimación poblacional)
Participación en la población regional (Loreto, 2024)	15.97 %	Cálculo propio con Loreto 2024 = 1 006 500 (CPI 2024, fuente INEI Proyecciones 2018–2025).
Hogares (2024)	31,100 hogares (≈ 31.1 mil)	CPI Research – proyección hogares 2024
Número de distritos	6	INEI / División político-administrativa; perfil provincial.
Capital provincial	Yurimaguas	Portal del Estado Peruano / Municipalidad Provincial de Alto Amazonas (Yurimaguas).
Altitud de la capital (m s. n. m.)	182	Ficha de Yurimaguas (INEI / referencias públicas).
Distribución Urbana/Rural (Censo 2017)	Urbana:23.3% | Rural: 76.7%	INEI – Censo 2017 (tabulados provinciales).
Tasa promedio de crecimiento anual de la población (2017–2024)	4,4 % anual	INEI – Censos 2017 (población provincial 2017)
Principales distritos	(Yurimaguas, Balsapuerto, Jeberos, Lagunas, Santa Cruz, Teniente César López Rojas)	División político-administrativa INEI / Portal del Estado Peruano.
Superficie (km²)	18 764 km²	INEI – Archivo Excel c5.1.1 (provincia: área, población y densidad, capital).
Densidad poblacional (hab./km², 2024)	8.276 hab./km²	Cálculo propio con población ASIS 2024 e INEI (superficie)

La población e indicadores 2024 provienen de un compilado de CPI Research basado en las estimaciones y proyecciones del INEI a partir del Censo 2017. Cuadro: Elaboración propia.

2.2.4.3 Distribución de la población Urbano y Rural entre Provincias

En la región Loreto, su alta concentración urbana en Iquitos y capitales provinciales; el 31% rural requiere brigadas móviles y atención intercultural; Presenta marcadas diferencias en la distribución de la población urbana y rural entre sus provincias. Mientras la provincia de Maynas concentra la mayor parte de la población urbana en torno a Iquitos, provincias como Putumayo, Datem del Marañón y Mariscal Ramón Castilla mantienen un predominio rural con alta dispersión geográfica.

Estas diferencias tienen implicancias directas en salud pública, condicionando el acceso a servicios, la necesidad de brigadas móviles, estrategias de salud intercultural y programas de telemedicina, estas provincias con predominio en áreas rurales, con alta dispersión geográfica en comunidades amazónicas de difícil acceso, gran parte de la provincia depende

de transporte fluvial y aéreo, con limitaciones para el traslado de pacientes y brigadas de salud.

Tabla N° 13 Características demográficas de la provincia de Alto Amazonas. Región Loreto-2024

Provincia	Estimación 2024	Implicancia en Salud Pública
Maynas	Mantenimiento / ligero aumento	Saturación en Iquitos; prioridad en atención primaria y saneamiento urbano en periferias. Fuente: INEI, Censo 2017.
Alto Amazonas	Lenta urbanización	Yurimaguas concentra servicios, áreas ribereñas dispersas requieren brigadas móviles. Fuente: INEI, Censo 2017, Distrito Yurimaguas.
Datem del Marañón	Muy lento crecimiento urbano	Alta dispersión e indígenas exigen telemedicina y promotores comunitarios. Estimación basada en tendencia Censo 2017.
Requena	Lento crecimiento	Dependencia de transporte fluvial, prioridad en salud intercultural y atención primaria.
Mariscal Ramón Castilla	Estancamiento urbano	Grandes barreras geográficas, atención materno-infantil y vacunación en riesgo sin brigadas móviles.
Loreto (prov.-Nauta)	Lento crecimiento urbano	Nauta urbano con servicios básicos; resto rural requiere fortalecimiento intercultural.
Ucayali (prov.)	Lento aumento urbano	Promoción de telemedicina y formación de promotores locales de salud.
Putumayo	Predominio rural	Altísimo aislamiento; necesidad de transporte aéreo/fluvial y fuerte reto en vacunación y emergencias.

Fuente Principal: INEI, Censo 2017.

2.2.5 Indicadores demográficos

El presente cuadro muestra los principales indicadores demográficos de la región Loreto, según información de los Censos Nacionales 2017 y estimaciones recientes al 2023/2024. Estos indicadores permiten analizar la carga demográfica, el envejecimiento poblacional y su impacto en la salud pública.

La razón de dependencia en Loreto aumentó de 53 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar (2017) a cerca de 66 en 2023, reflejando mayor presión sobre la población económicamente activa.

- ✓ El envejecimiento poblacional se encuentra en curso, con un 13% de adultos mayores a nivel nacional, Loreto se encuentra por debajo de este promedio.
- ✓ Estas tendencias implican mayor demanda de servicios de salud geriátrica, atención a enfermedades crónicas, salud mental y cuidados de largo plazo.
- ✓ La disminución relativa de población joven sugiere que el bono demográfico se está reduciendo en la región.

Tabla N° 14 Fuente Principal: Instituto Nacional de Estadística e informática del Perú
Fuente Principal: Instituto Nacional de Estadística e informática del Perú

Indicador	Valor (2017)	Estimado 2023/2024	Fuente
Razón de dependencia demográfica	53.3	66 (2023)	INEI, Censos Nacionales 2017; DGE, Perfil de Salud Loreto 2023
% población adulta mayor (65+)	12%	13% (2023)	INEI, Perfil demográfico 2017; DGE 2023
Índice de envejecimiento (65+ / <15 años)	27	35 (2023)	INEI, estimaciones; análisis ASIS 2024
Dependencia demográfica (por 100 en edad de trabajar)	53	66 (2023)	INEI 2017; DGE 2023

Fuente Principal: Instituto Nacional de Estadística e informática del Perú

2.2.6 Migración

La Región Loreto mantiene un saldo migratorio neto negativo persistente (2010–2024), parcialmente atenuado por flujos de personas provenientes de países vecinos y por la llegada de migrantes internacionales. Esta dinámica ha modificado la estructura demográfica y producidos efectos contrapuestos: concentración de demanda en Iquitos y déficit de capital humano en provincias rurales. En salud pública, la migración incrementa la presión sobre servicios urbanos, complica coberturas vacunales y exige estrategias interculturales y móviles para garantizar acceso y continuidad de atención. Se requiere un paquete integrado de retención de personal de salud, brigadas móviles, fortalecimiento de vigilancia y políticas de desarrollo local para mitigar los efectos negativos y aprovechar oportunidades.

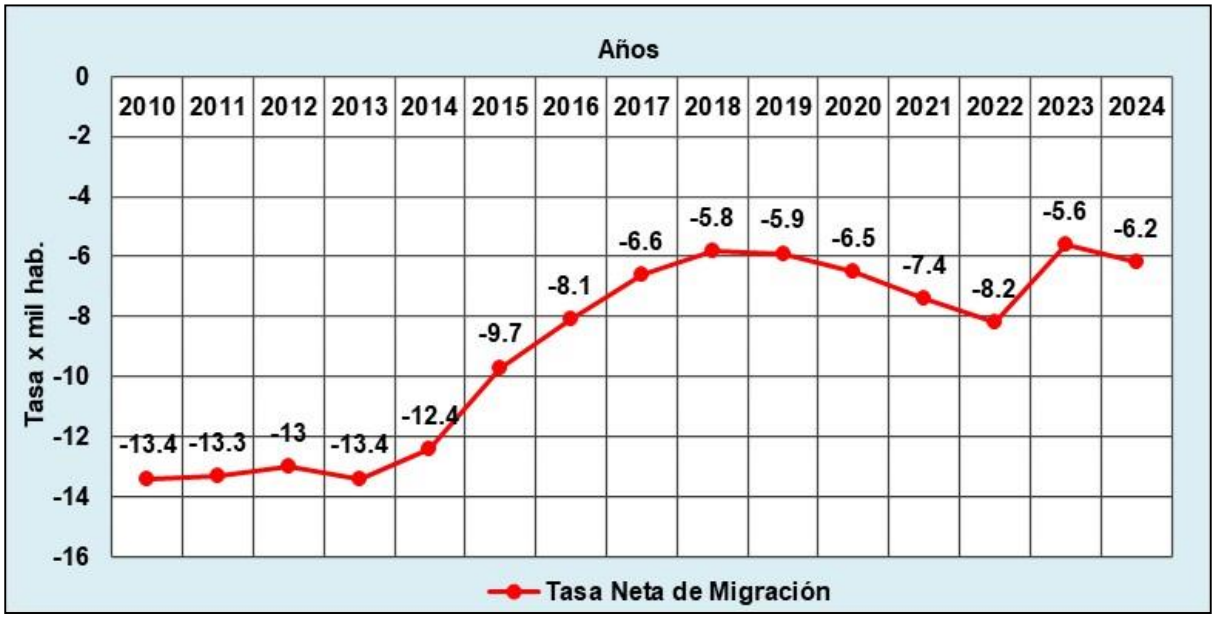
La migración tiene implicancias económicas y sanitarias, llevando a:

- ✓ Fuga de talento y jóvenes: la salida de población en edad productiva reduce la oferta laboral local calificada (profesionales, técnicos), generando “brechas” en servicios públicos y privados.
- ✓ Escasez laboral en sectores claves: salud, educación y administración pública pueden quedar con déficit de personal; se incrementan los costos para atraer y retener talento (contratos, incentivos).
- ✓ Reducción de la base contributiva local: menos población en edad laboral disminuye la demanda local y la recaudación tributaria municipal, afectando inversión pública.
- ✓ Remesas internas / externas: migrantes que salen envían recursos a familiares, lo que puede mantener consumo familiar pero no sustituye inversión productiva local.
- ✓ Presión sobre sectores urbanos: en Iquitos, la llegada de migrantes internacionales y la concentración poblacional incrementan demanda de vivienda, servicios básicos y empleo informal.
- ✓ Desigual crecimiento: la concentración urbana (Maynas/Iquitos) recibe inversión y servicios, mientras provincias rurales retroceden en oportunidades, profundizando la desigualdad territorial.

Migración Neta:

Entre 2010–2024 Loreto ha mostrado una tasa neta de migración persistentemente negativa (ej.: valores entre −13‰ en 2010–2014 y alrededor de −5.6 a −6.2‰ en 2023–2024)(Gráfico N° 14). Esto indica que, en conjunto, sale más gente de Loreto que la que entra. Sin embargo, desde 2015 la pérdida neta se ha atenuado parcialmente, en parte por la llegada de migrantes internacionales (venezolanos y, en menor medida, movilidad desde Colombia, Brasil y Ecuador) que han aumentado la composición migratoria en algunos puntos fronterizos y urbanos. La migración interna (hacia Lima y otras regiones) sigue siendo importante: jóvenes y población en edad productiva migran en busca de empleo, estudio y mejor acceso a servicios.

Gráfico N° 14 Tasa de Migración Neta. Región Loreto. 2010-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Estimaciones y Proyecciones de la Población Departamental 2000–2024.

2.2.6.1 Indicadores de migración

La migración en Loreto evidencia desafíos estructurales relacionados con el acceso desigual a servicios de salud, oportunidades laborales y conectividad territorial. Desde el enfoque de salud pública, se requieren estrategias intersectoriales que fortalezcan:

- ✓ Vigilancia epidemiológica en zonas de mayor movilidad.
- ✓ Programas de salud intercultural en comunidades receptoras.
- ✓ Políticas de integración social y sanitaria para migrantes internos y extranjeros.

Todo ello produce un impacto en la salud púbica a través de la migración interna y externa incrementa el riesgo de transmisión de enfermedades, dificulta la continuidad de tratamientos y genera presión sobre los servicios de salud urbanos, así mismo produce un impacto económico, aunque la salida de población puede reducir la presión laboral en zonas rurales, también disminuye la fuerza productiva y puede ralentizar el desarrollo económico de las provincias periféricas.

Tabla N° 15 Región Loreto. Indicadores de migración según año censal 2017 y Estimación 2024 (absoluto y porcentaje)

Indicador	Censo 2017	Estimación 2024	Interpretación y análisis
Tasa neta de migración (por 1,000 hab.)	-6.6	-6.2	Loreto mantiene una tasa neta negativa, reflejando que más personas migran hacia otras regiones que las que ingresan. Aunque la tasa disminuyó levemente en 2024, sigue mostrando un flujo migratorio de salida.
Población nacida en otra región (%)	7.5%	8.1%	La proporción de población migrante se mantiene baja comparada con regiones urbanas; sin embargo, ha aumentado por el flujo de migración interna desde otras zonas amazónicas y regiones urbanas en busca de oportunidades laborales.
Migración internacional (%)	1.2%	2.5%	El incremento obedece principalmente a la presencia de ciudadanos venezolanos, y en menor medida a interacciones con zonas fronterizas de Colombia, Brasil y Ecuador.
Edad promedio de migrantes	24 años	25 años	La migración se concentra en población joven, en edad productiva, que busca empleo o acceso a educación y servicios.
Migración interna rural-urbana (%)	68%	70%	La migración hacia zonas urbanas, principalmente hacia Iquitos (provincia de Maynas), refleja la búsqueda de mejores condiciones de vida y servicios básicos.
Duración promedio de residencia (años)	14	13	Muestra alta movilidad poblacional, con cambios frecuentes entre distritos y hacia otras regiones.

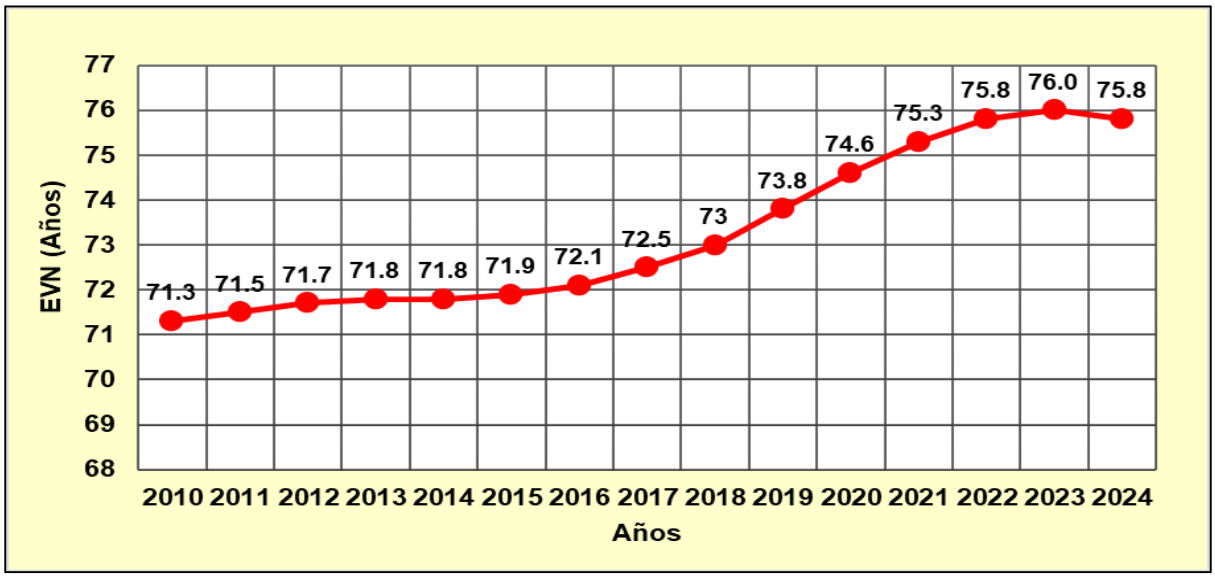
Fuente Principal: Instituto Nacional de Estadística e informática del Perú

2.2.7 Esperanza de Vida al Nacer (EVN)

La esperanza de vida al nacer es un indicador clave de salud pública, ya que refleja el nivel de desarrollo socioeconómico, el acceso a servicios de salud y la efectividad de las políticas sanitarias de una población. Un aumento en este indicador sugiere mejoras en prevención, atención médica, control de enfermedades y condiciones de vida, mientras que una disminución puede evidenciar desigualdades, problemas en el sistema de salud o incremento de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En el contexto regional, su análisis permite priorizar intervenciones y diseñar estrategias orientadas a reducir brechas de inequidad y mejorar la calidad de vida de la población.

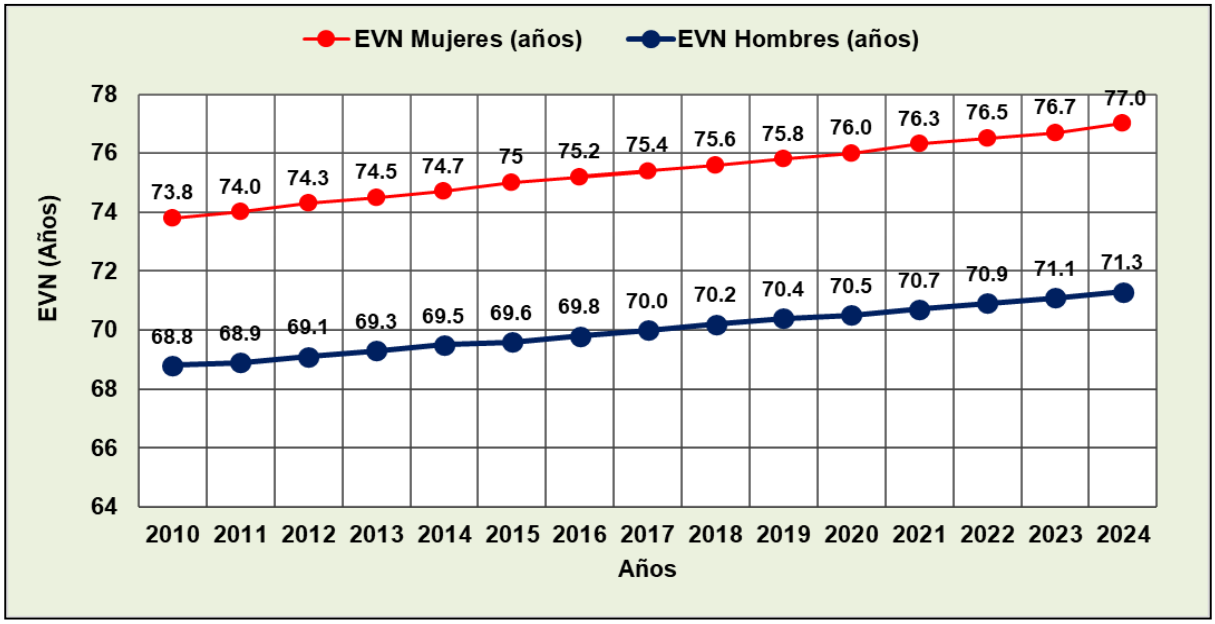
Entre 2010 y 2019 la EVN de Loreto muestra una tendencia ascendente moderada, coherente con la reducción de la mortalidad y mejoras en acceso a servicios. En 2020–2021 se esperaba una caída asociada a la COVID-19; los valores anclados para 2023–2024 (76 años) sugieren recuperación. En términos de política pública, sostener y elevar la EVN requiere consolidar la vacunación, el control de enfermedades transmisibles (malaria, TB), el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT, la atención materno-infantil y el acceso oportuno a servicios en zonas dispersas. (**Gráfico N° 15**)

Gráfico N° 15 Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer, 2010-2024. Región Loreto



Fuente de datos y metodología: INEI (Esperanza de vida al nacer de mujeres y hombres, según departamento), conversión aproximada a ambos sexos mediante ponderación por razón de sexos al nacer (105/100) y interpolación cúbica entre puntos medios de los quinquenios 2005–2010, 2010–2015 y 2015–2020. Para años recientes se anclaron los valores reportados por la DGE/MINSA (Perfil de Salud de Loreto) para 2023 (76,0) y 2024 (75,8).

Gráfico N° 16 Comparación de la Esperanza de Vida al Nacer según sexo, 2010-2024. Región Loreto



INEI — Cuadro 3.7: "Perú: Esperanza de vida al nacer de mujeres y hombres, según departamento" (Boletines y Excel publicados por INEI).

En el Gráfico N° 16, se observa que, la EVN en el sexo femenino es superior en todos los años evaluados, en el año 2024, la EVN en el sexo femenino es de 77.0 años y en el sexo masculino de 71.3 años.

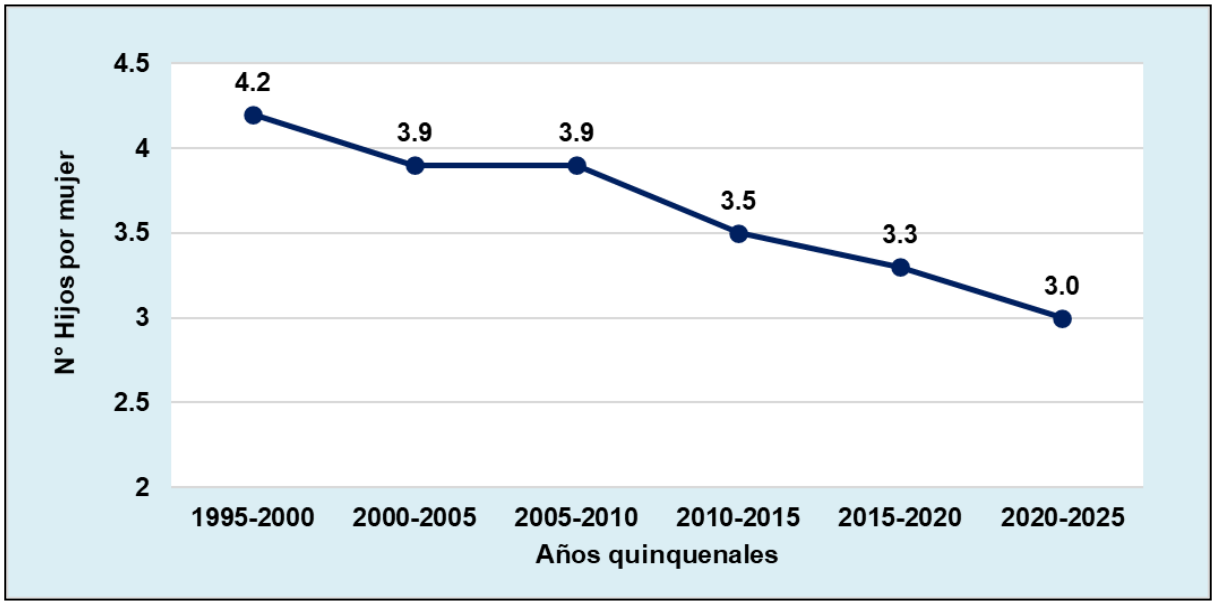
2.2.8 Fecundidad

La fecundidad es un indicador fundamental en salud pública, ya que refleja el patrón reproductivo de la población y está estrechamente vinculada con la dinámica demográfica, la planificación familiar y la salud materno-infantil. Tasas de fecundidad elevadas suelen asociarse con mayores riesgos de mortalidad materna y neonatal, así como con necesidades incrementadas de servicios de salud, educación y programas de nutrición. Por el contrario, una reducción sostenida de la fecundidad generalmente indica mayor acceso a métodos anticonceptivos, educación sexual, empoderamiento de la mujer y mejoras en el sistema de salud. Analizar este indicador permite planificar políticas de salud y sociales, asignar recursos y priorizar intervenciones en poblaciones con mayor vulnerabilidad, contribuyendo a mejorar los resultados en salud y el bienestar comunitario.

2.2.8.1 Tasa Global de Fecundidad (TGF)

La TGF es el número de hijos que nacerían por mujer (o por 1000 mujeres) si la mujer o mujeres tuvieran sus hijos en todos sus años reproductivos de acuerdo con las tasas de fecundidad específicas por edad de la población y épocas del estudio.
La tendencia de la TGF presenta una reducción significativa de 4.2 hijos por mujer (1995 - 2000) a 3.0 hijos por mujer (2020–2025) (Gráfico N° 17), lo que Indica un avance en la transición demográfica, con mayor uso de métodos anticonceptivos y cambios socioculturales. Desde salud pública, este descenso implica un cambio en la estructura etaria, con una futura disminución de la población infantil, aunque sigue por encima del promedio nacional, lo que requiere fortalecer programas de salud reproductiva, sobre todo en comunidades rurales y de difícil acceso.

Gráfico N° 17 Evolución de la Tasa Global de Fecundidad según quinquenios, Región Loreto, 1995-2000 / 2020-2025.



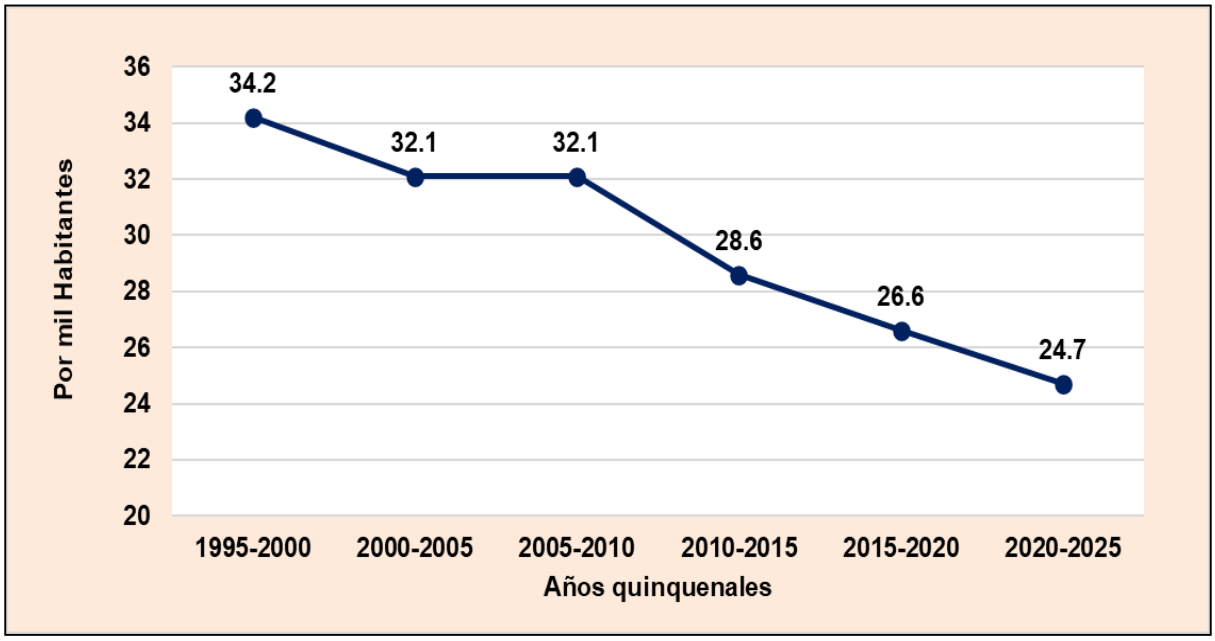
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - CELADE. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2020.

2.2.8.2 Tasa Bruta de Natalidad

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) en la región Loreto ha mostrado una tendencia decreciente en las últimas décadas, pasando de 34,2 nacimientos por cada mil habitantes en 1995-2000

a aproximadamente 24,7 por mil en el periodo 2020-2025 (**Gráfico N° 18**), según estimaciones del INEI. Esta disminución refleja cambios demográficos importantes, asociados a mayor acceso a servicios de planificación familiar, educación sexual, urbanización y cambios en los proyectos de vida de las familias.
Desde el enfoque de salud pública, esta reducción representa una oportunidad para mejorar la calidad de la atención materno-infantil, ya que una menor cantidad de nacimientos permite concentrar recursos y estrategias en el seguimiento integral de madres, recién nacidos y niños pequeños. Sin embargo, persisten retos en áreas rurales y comunidades dispersas, donde el acceso a servicios de salud y educación reproductiva aún es limitado, lo que requiere políticas focalizadas e interculturales para reducir brechas y garantizar una atención equitativa.
También nos muestra una reducción de la presión demográfica y una tendencia hacia el control de natalidad. Para la salud pública, esto impacta en la planificación de servicios sanitarios, permitiendo redireccionar recursos hacia atención de enfermedades crónicas y salud del adulto mayor.

Gráfico N° 18 Evolución de la Tasa Bruta de Natalidad (por mil) según quinquenios, Región Loreto, 1995-2000 / 2020-2025.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - CELADE. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales

2.2.8.3 Tasa Bruta de reproducción

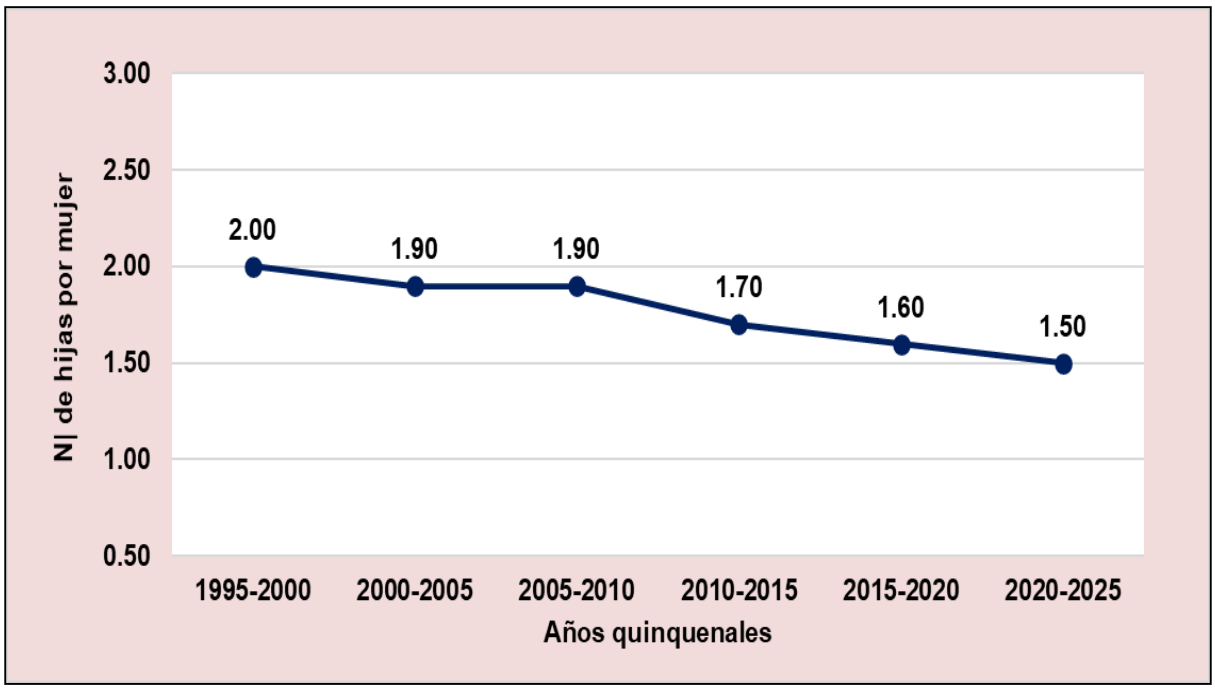
La Tasa Bruta de Reproducción (TBR) se interpreta como el número promedio de hijas que tendría una mujer durante su vida fértil, si estuviera expuesta a las tasas de fecundidad específicas por edad de un año determinado, sin considerar la mortalidad femenina.

La Tasa Bruta de Reproducción (TBR), ha pasado de 2.00 en 1995–2000 a 1.50 en 2020–2025(Gráfico N° 19), lo que sugiere que, de mantenerse esta tendencia, la población femenina futura será más reducida, con implicancias directas en la estructura poblacional y en la planificación de servicios de salud.

Desde el enfoque de salud pública, estos cambios demográficos representan oportunidades y retos. Por un lado, la reducción de la fecundidad y natalidad puede permitir una mejor asignación de recursos hacia programas de atención integral, especialmente en salud infantil, materna y reproductiva. Por otro lado, el envejecimiento gradual de la población exige

fortalecer estrategias preventivas y de atención de enfermedades crónicas, así como garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud ante una población que, en el mediano plazo, podría mostrar una estructura etaria más envejecida.

Gráfico N° 19 Evolución de la Tasa Bruta de Reproducción según quinquenios, Región Loreto, 1995-2000 / 2020-2025.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - CELADE. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales

2.2.9 Comunidades Nativas

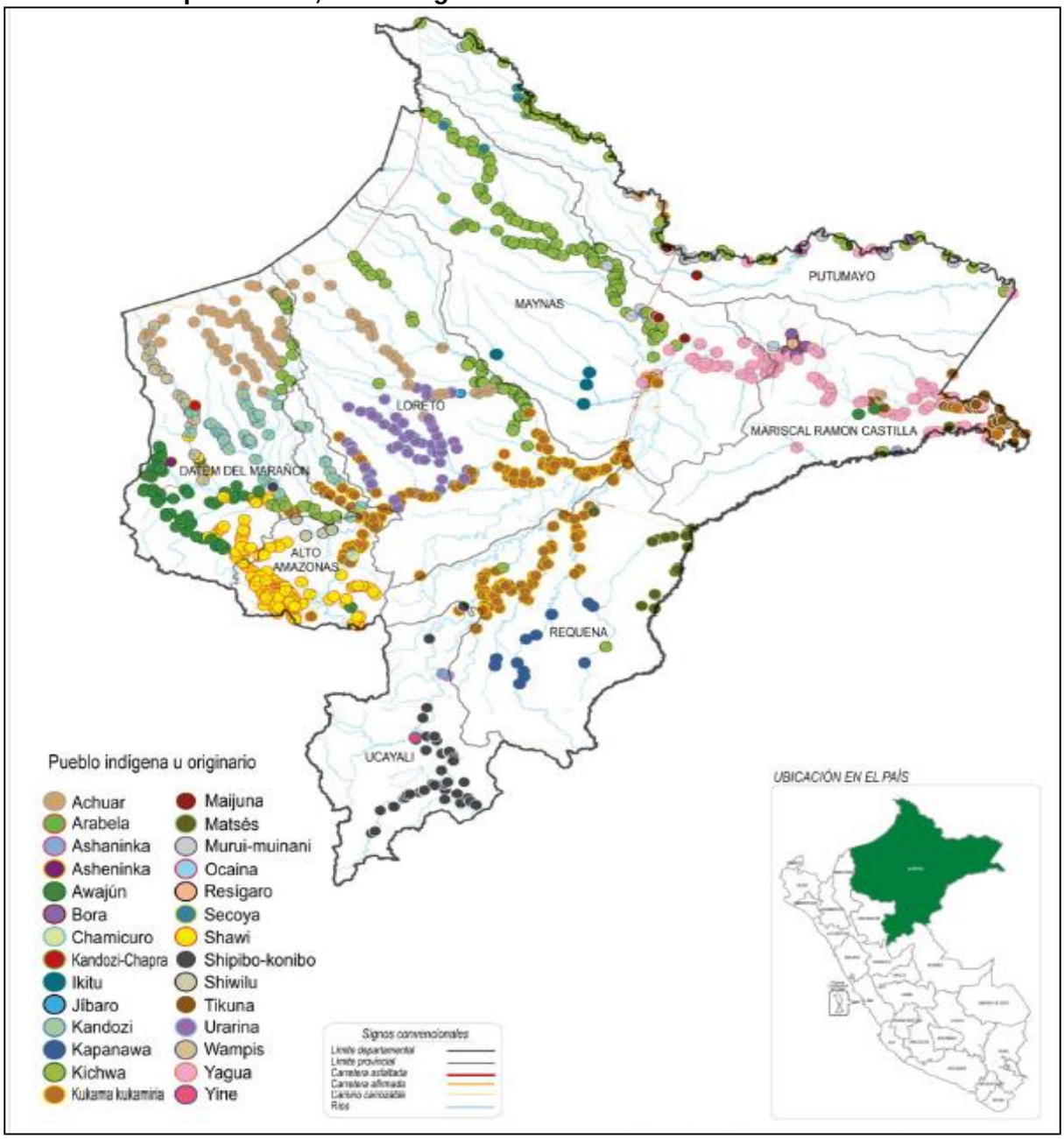
2.2.9.1 Comunidades nativas por pertenencia a pueblos indígenas y originarios

Las comunidades nativas de la región Loreto constituyen un componente esencial del tejido social, cultural y ecológico de la Amazonía peruana. Estas poblaciones, que incluyen múltiples pueblos indígenas u originarios (por ejemplo: Kukama-Kukamiria, Yagua, Kichwa, Ticuna, entre otros), viven predominantemente en zonas ribereñas y de difícil acceso. Su organización, cosmovisión, formas de vida y lenguas propias condicionan no sólo las prioridades de salud, sino también las estrategias necesarias para ofrecer servicios sanitarios culturalmente pertinentes.

En la región Loreto habitan decenas de pueblos indígenas u originarios; los Censos Nacionales 2017 y registros oficiales identifican alrededor de 32 pueblos y múltiples comunidades nativas distribuidas en las provincias de Maynas, Datem del Marañón, Alto Amazonas, entre otras; Según registros oficiales y programas recientes, las comunidades nativas reciben intervenciones intersectoriales (vacunación, brigadas de salud, telesalud en lenguas originarias) impulsadas por el Ministerio de Salud (MINSA), la Gerencia Regional de Salud (GERESA Loreto) y el Ministerio de Cultura.

Los censos y bases de datos nacionales (INEI, Ministerio de Cultura — BDPI) muestran que una parte importante de la población de Loreto mayor de 12 años se autoidentifica como indígena y que un porcentaje mantiene la lengua materna indígena; estas características son clave para el diseño de intervenciones de salud intercultural.

Mapa N° 7 Comunidades nativas censadas por pueblo indígena y originario a los que han declarado pertenecer, 2017. Región Loreto



Fuente: INEI- Directorio de Comunidades Nativas y Campesinas, 2017

Las comunidades nativas suelen ubicarse en zonas de difícil acceso (ríos, distancia a centros de salud), lo que dificulta la continuidad de la atención, el acceso a vacunas, la detección temprana de brotes y la atención de emergencias obstétricas o pediátricas; Así mismo la diversidad lingüística y cultural exige modelos de atención intercultural, traductores e información en lenguas originarias para asegurar aceptación y adherencia a medidas de prevención y tratamiento.

2.3 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

La región Loreto, ubicada en la Amazonía peruana, presenta características socioeconómicas particulares que influyen directamente en el estado de salud de su población. Estos determinantes, reconocidos por la OMS y el MINSA, abarcan factores económicos, educativos, laborales y de acceso a servicios, los cuales interactúan con el entorno geográfico y cultural.

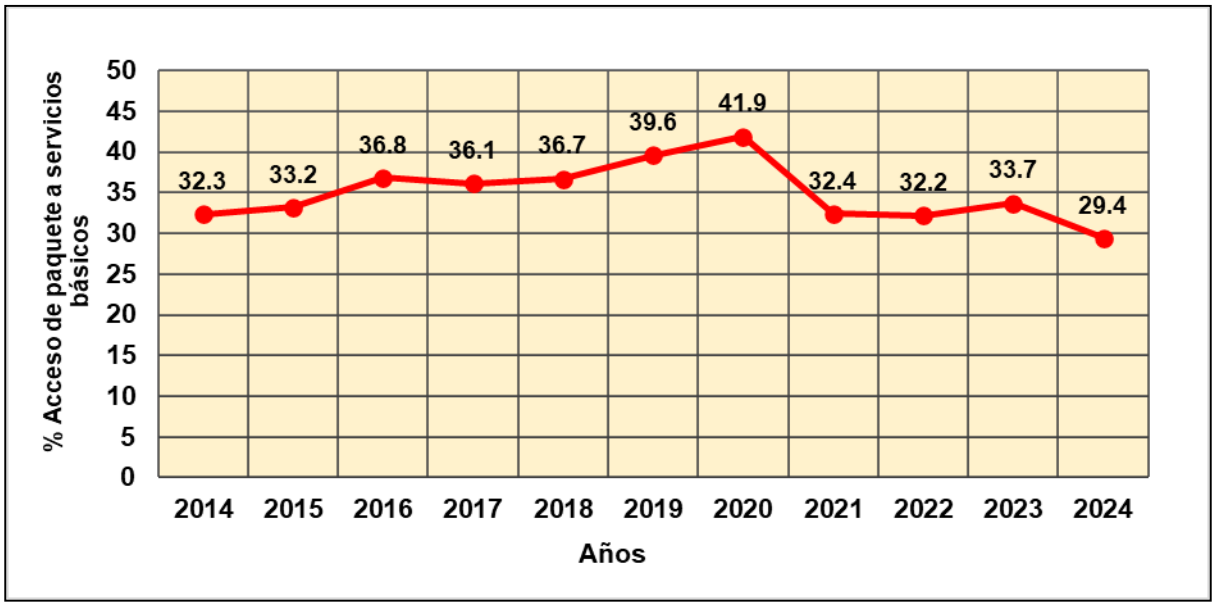
Estos determinantes socioeconómicos generan inequidades en salud y refuerzan la necesidad de estrategias de intervención interculturales, multisectoriales y basadas en evidencia, para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud.

2.3.1 Acceso a los Servicios Básicos:

El porcentaje de hogares con acceso al paquete de servicios básicos en la región Loreto mostró una tendencia fluctuante entre 2014 y 2024. Entre 2014 y 2019 se observó un incremento gradual, alcanzando el valor máximo en 2020 (41,9 %), probablemente asociado a programas de apoyo durante la pandemia. Sin embargo, desde 2021 hasta 2024 se evidencia una disminución sostenida, llegando a 29,4 % en 2024 (Gráfico N° 20).

Este descenso refleja un retroceso en el acceso a servicios básicos, lo que representa un riesgo importante para la salud pública, especialmente por las condiciones de saneamiento e higiene en zonas rurales y dispersas de Loreto. Es prioritario implementar estrategias de inversión y mantenimiento de infraestructura que reduzcan estas brechas.

Gráfico N° 20 Porcentaje de Hogares con paquete de servicios básicos en la región Loreto, 2014- 2024



Fuente: INEI-ENAHO 2014-2024

En la región Loreto, entre 2022 y 2024 se observa que el acceso a energía eléctrica se mantiene elevado, aunque con un ligero descenso en 2024 (88,1 %). El acceso a agua por red pública presenta una mejora progresiva, de 63,1 % en 2022 a 74,1 % en 2024, lo que refleja avances en la cobertura de infraestructura hídrica. El acceso a alcantarillado o disposición sanitaria de excretas también muestra una leve mejora, pasando de 50,1 % en 2022 a 53,0 % en 2024, aunque permanece en niveles bajos.

Desde el enfoque de salud pública, estas cifras evidencian brechas importantes, especialmente en saneamiento, que incrementan el riesgo de enfermedades diarreicas, parasitarias y otras infecciones asociadas a deficiencias en agua y saneamiento. Aunque hay mejoras, resulta prioritario implementar estrategias sostenibles de ampliación de servicios, particularmente en zonas rurales y dispersas, junto con programas de educación sanitaria.

Tabla N° 16 Porcentaje de Hogares que tienen acceso a los servicios básicos, según ámbito geográfico, 2022 – 2024

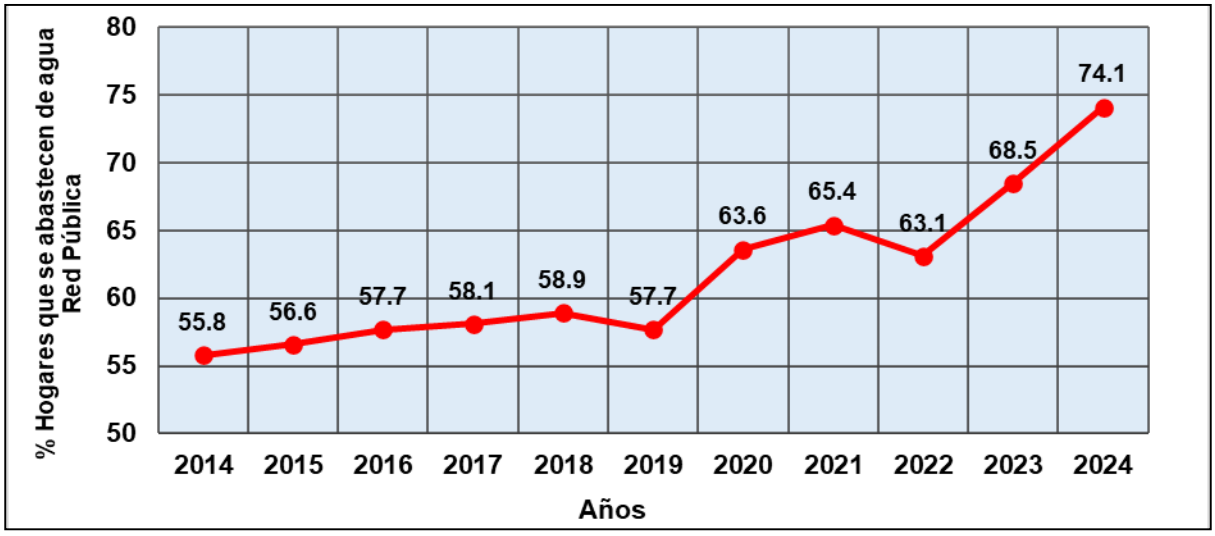
Ámbito geográfico	Energía eléctrica mediante red pública			Servicio de agua por red pública			Alcantarillado u otras formas de disposición sanitaria de excretas		
Años	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Nacional	93.5	94.4	92.7	90.1	91	90.4	77.4	79	79.9
Selva	88.8	90.2	90	79.9	83.2	83.7	57	61.3	62.2
Loreto	90.4	90.4	88.1	63.1	68.5	74.1	50.1	51.5	53

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Programas Presupuestales, 2021 - 2024.

2.3.2 Hogares que se abastecen de Agua, mediante red pública:

El acceso al agua en la región Loreto presenta una mejora progresiva en los últimos años, pasando de aproximadamente 63,1 % de hogares con conexión a la red pública en 2022, a 74,1 % en 2024 (Gráfico N° 21). A pesar de este avance, todavía más de una cuarta parte de los hogares no cuenta con un acceso adecuado, especialmente en zonas rurales y comunidades dispersas. Desde el enfoque de salud pública, la limitada cobertura de agua segura se relaciona con un mayor riesgo de enfermedades de origen hídrico, como diarreas, parasitosis intestinales y enfermedades de la piel, que afectan principalmente a la población infantil. Es fundamental fortalecer los programas de inversión en infraestructura de agua potable, así como promover educación sanitaria comunitaria y vigilancia de la calidad del agua, con el fin de garantizar condiciones seguras y saludables en toda la región.

Gráfico N° 21 Porcentaje de Hogares que se abastecen de agua mediante red pública. región Loreto, 2014- 2024



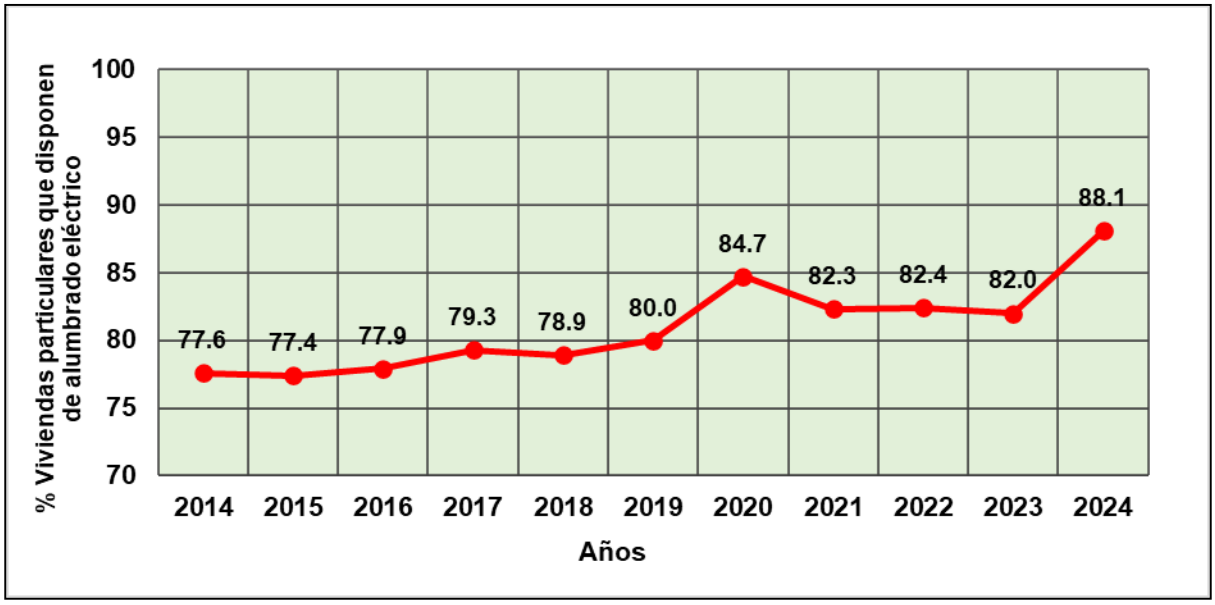
Fuente: INEI-ENAHO 2014-2024

2.3.3 Viviendas que disponen de alumbrado eléctrico con red Pública:

Entre 2014 y 2024, el acceso de las viviendas particulares a alumbrado eléctrico por red pública en la región muestra una tendencia positiva, con un incremento de 77.6% en 2014 a 88.1% en 2024 (Gráfico N° 22).

El crecimiento sostenido del acceso a electricidad hasta 88.1% en 2024 refleja avances importantes en la cobertura de servicios básicos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población. Sin embargo, persisten desafíos para lograr la cobertura total, especialmente en comunidades rurales dispersas de Loreto, donde la falta de electricidad sigue limitando el acceso equitativo a servicios de salud y otras necesidades esenciales.

Gráfico N° 22 Porcentaje de Viviendas particulares que disponen de alumbrado eléctrico por red pública. Región Loreto, 2014- 2024



Fuente: INEI-ENAHO 2014-2024

2.3.4 Hogares con acceso a la conexión a la red Pública de alcantarillado:

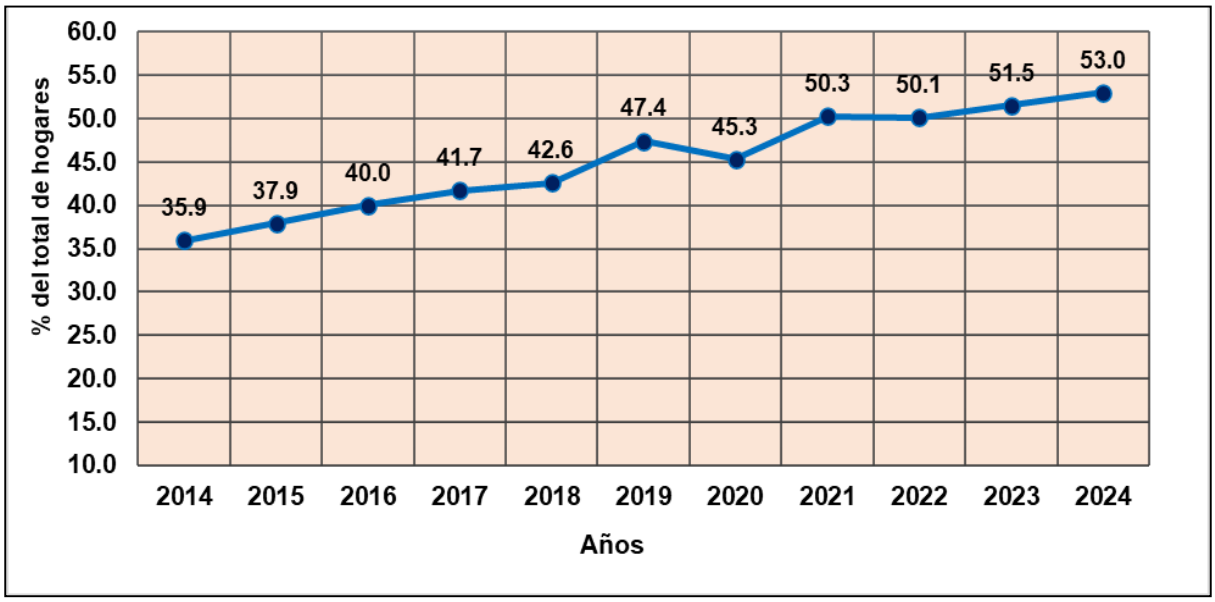
El acceso de los hogares a viviendas con conexión a la red pública de alcantarillado entre los años 2014 y 2024 muestra una tendencia positiva, con un incremento sostenido de 35.9% en 2014 a 53.0% en 2024 (Gráfico N° 23).

El acceso a una red pública de alcantarillado es fundamental para la salud pública ya que:
- Reduce el riesgo de enfermedades de transmisión hídrica como diarreas, hepatitis A, parasitosis y dengue al mejorar el saneamiento ambiental.
- Contribuye al control de vectores al evitar acumulación de aguas servidas en las viviendas y sus alrededores.
- Favorece un entorno más saludable, especialmente para niños y adultos mayores, poblaciones más vulnerables a enfermedades relacionadas con el saneamiento deficiente.
- Promueve el bienestar y desarrollo social al mejorar la calidad de vida de los hogares.

El incremento del acceso a la red pública de alcantarillado hasta 53.0% en 2024 es un avance significativo, aunque todavía existe una brecha importante en zonas rurales y comunidades dispersas. Estos datos evidencian la necesidad de continuar con políticas de inversión en

infraestructura de saneamiento básico como pilar para la prevención de enfermedades y la mejora de la salud pública en la región Loreto.

Gráfico N° 23 Porcentaje de Hogares que residen en viviendas que tienen red Pública de alcantarillado. Región Loreto, 2014- 2024

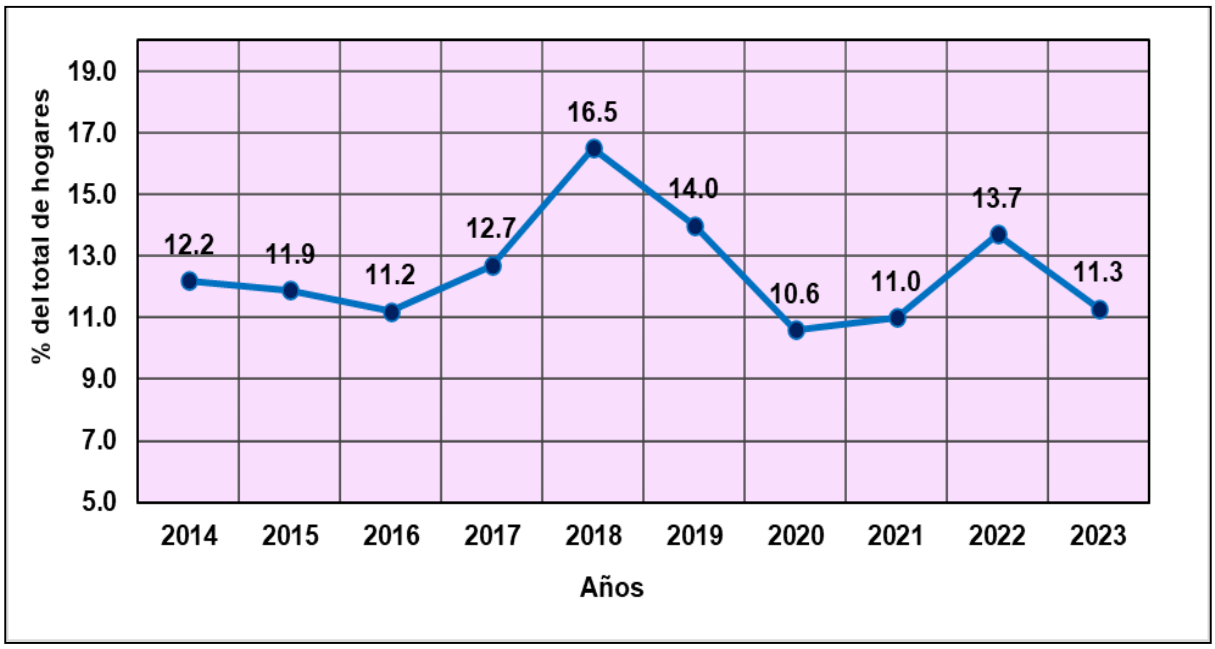


Fuente: INEI-ENAHO 2014-2024

2.3.5 Hogares que utilizan gas para cocinar:

El análisis del porcentaje de hogares que usan gas para cocinar en la región Loreto entre los años 2014 y 2023 refleja una cobertura baja y con variaciones importantes a lo largo del tiempo. Estos datos muestran una clara brecha entre áreas urbanas y rurales.

Gráfico N° 24 Porcentaje de Viviendas particulares que disponen de alumbrado eléctrico por red pública. Región Loreto, 2014- 2024



Fuente: INEI-ENAHO 2014-2024

2.3.6 Acceso a la Eliminación de Residuos Sólidos:

Se considera residuos sólidos a los materiales o sustancias inservibles que no tienen un "valor de uso directo" para los generadores y que sienten la necesidad de deshacerse de estos. Son sustancias, productos o subproductos, en estado sólido o semisólido, que al no ser manejados adecuadamente pueden causar riesgos a la salud y el ambiente. Dichos residuos proceden principalmente de la generación de bienes y servicios, y de las actividades de consumo.

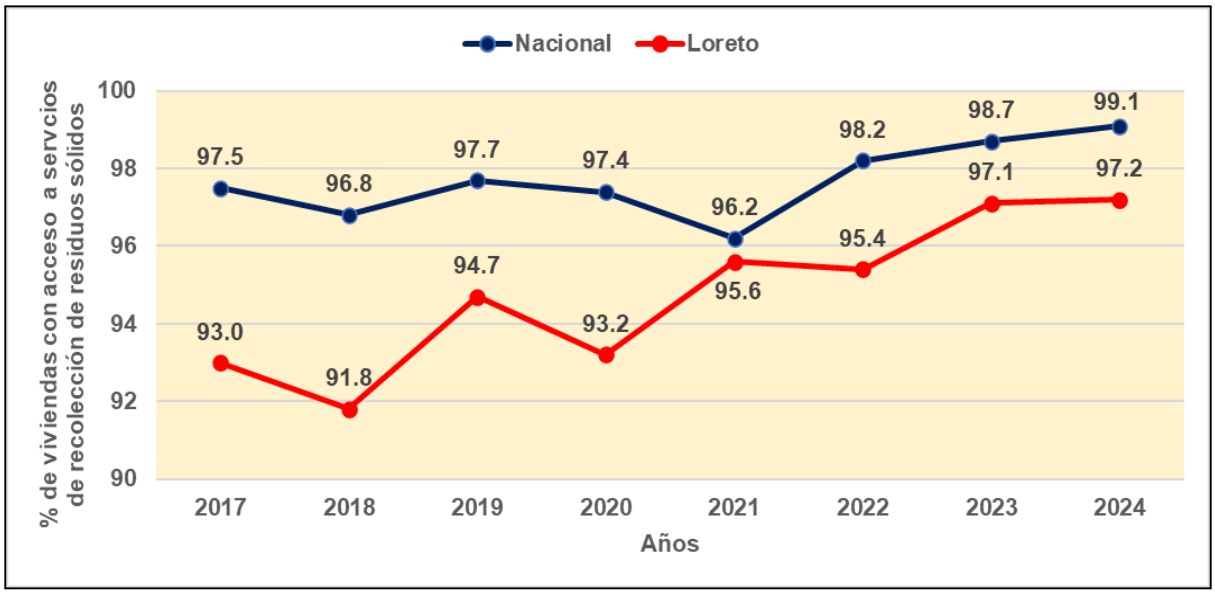
Se ha identificado que existen problemas en la recolección y el transporte de residuos sólidos en Loreto, lo que ha provocado que distritos enteros tengan un acúmulo crítico de estos residuos, sobre todo en días feriados o a finales de año.

2.3.6.1 Viviendas con acceso a servicios de recolección de residuos sólidos:

Entre 2017 y 2024, se observa una tendencia positiva en el acceso a servicios de recolección domiciliaria de residuos sólidos tanto a nivel nacional como en Loreto; En los primeros años (2017-2018), Loreto presentaba coberturas inferiores de hasta 5.7 puntos porcentuales respecto al promedio nacional, reflejando inequidades territoriales en la provisión del servicio; A partir de 2021, la brecha se reduce de manera progresiva, situándose en 2.0 puntos porcentuales en 2024 (97.2 % en Loreto vs. 99.1 % nacional), lo que indica mejoras en cobertura urbana y expansión del servicio en áreas periféricas.

Aunque la cobertura ha mejorado, las zonas con menor acceso, principalmente en áreas urbanas marginales y comunidades periurbanas, siguen siendo focos de riesgo para enfermedades transmitidas por vectores, proliferación de roedores y problemas de saneamiento ambiental, con mayor impacto en niños, adultos mayores y poblaciones en situación de pobreza, La reducción de la brecha evidencia avances en políticas públicas y gestión local; sin embargo, alcanzar una cobertura universal y equitativa requiere fortalecer la gestión integral de residuos sólidos, ampliar infraestructura y logística y asegurar presupuesto y capacitación municipal, especialmente en zonas de difícil acceso.

Gráfico N° 25 Región Loreto: proporción de viviendas con acceso a servicios de recolección de residuos sólidos en comparación con el nivel nacional. 2017 - 2024 (porcentaje).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares

2.3.6.2 Hogares con acceso al servicio de barridos de calles

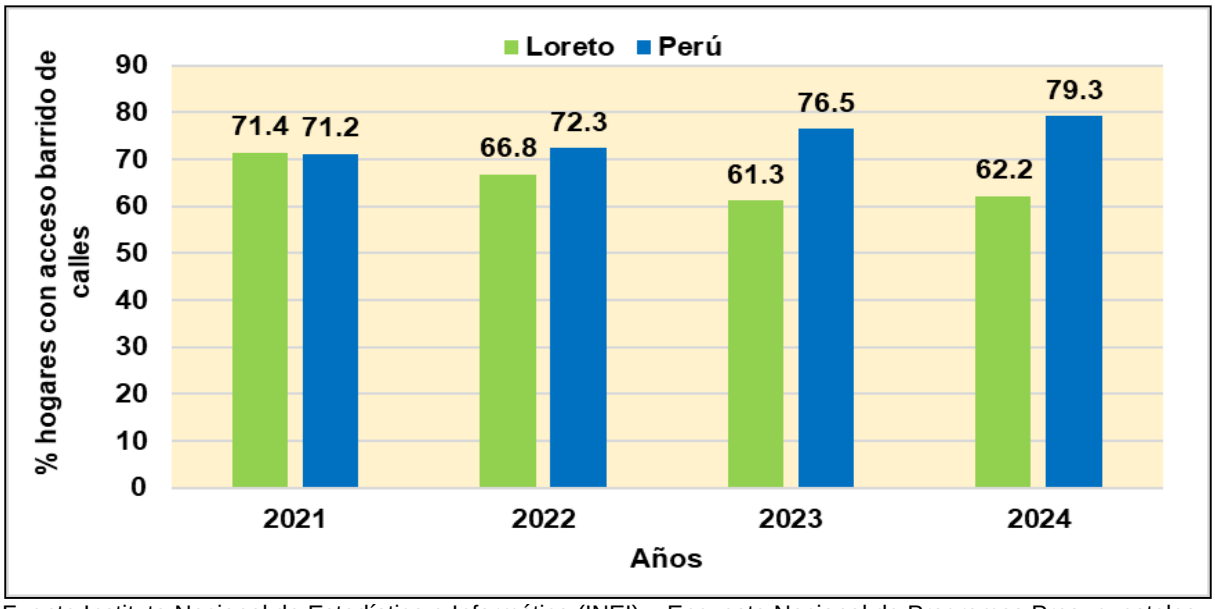
En la región Loreto, el porcentaje de hogares con acceso al servicio de barrido de calles muestra una tendencia descendente entre 2021 y 2023, pasando de 71,4 % en 2021 a 61,3 % en 2023, con una ligera recuperación a 62,2 % en 2024.

En contraste, el promedio nacional evidencia un incremento constante, pasando de 71,2 % en 2021 a 79,3 % en 2024, lo que evidencia una brecha creciente entre Loreto y el resto del país (Gráfico N° 26).

Desde el enfoque de salud pública, esta situación es relevante porque una cobertura limitada del servicio de barrido de calles incrementa la acumulación de residuos en espacios públicos, lo que favorece la proliferación de vectores como moscas, cucarachas y roedores. Esto puede aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas, especialmente en zonas urbanas con alta densidad poblacional y condiciones de saneamiento precarias.

La leve mejora en 2024 sugiere un esfuerzo local para recuperar la cobertura, pero todavía se requiere fortalecer las capacidades municipales y fomentar la educación comunitaria sobre el manejo de residuos sólidos para reducir riesgos ambientales y sanitarios.

Gráfico N° 26 Región Loreto: % hogares con acceso al servicio de barrido de calles. 2021-2024



Fuente Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2021-2024 (www.inei.gob.pe)

2.3.6.3 Composición promedio de Residuos sólidos domiciliarios. Región Loreto 2024

La distribución porcentual de los residuos sólidos en la región muestra que el mayor componente corresponde a residuos orgánicos (61,9%), seguido de residuos inorgánicos (22,6%), no aprovechables (11,7%) y peligrosos (3,8%) (Gráfico N° 27).

Desde el enfoque de salud pública, esta estructura refleja varios aspectos críticos. La alta proporción de residuos orgánicos indica una necesidad de mejorar los sistemas de recolección oportuna y promover estrategias de valorización como el compostaje, para evitar la proliferación de vectores transmisores de enfermedades como diarreas, leptospirosis o dengue.

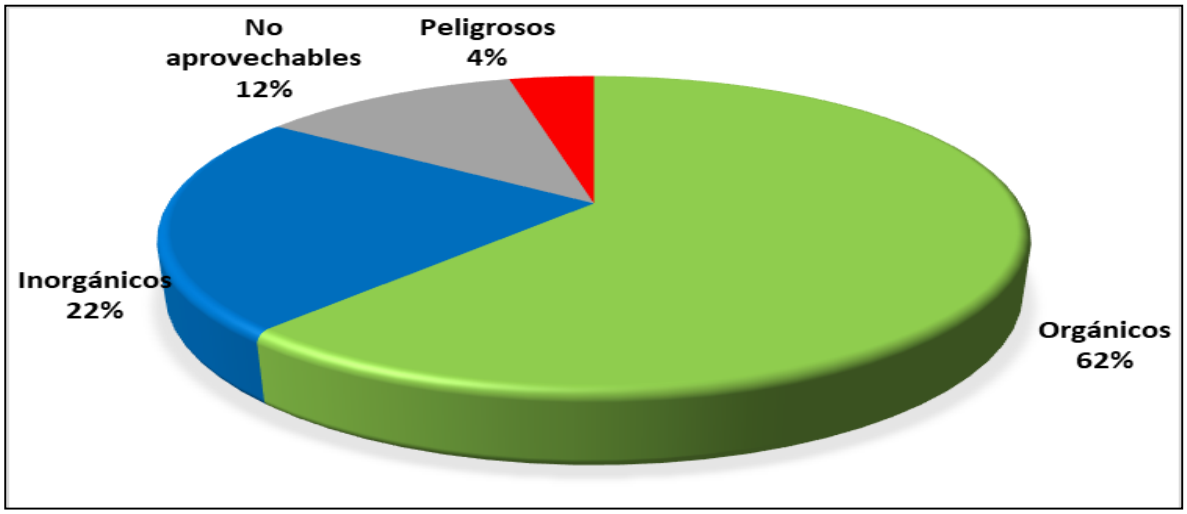
El porcentaje de residuos inorgánicos evidencia un potencial de reciclaje que podría contribuir a la reducción de la carga de residuos en disposición final y fomentar prácticas de economía circular. Sin embargo, su aprovechamiento depende de programas efectivos de segregación y educación ciudadana.

Los residuos no aprovechables, aunque en menor proporción (11,7%), representan un desafío en la gestión integral, dado que requieren una adecuada disposición final en rellenos sanitarios controlados para evitar contaminación ambiental.

Finalmente, los residuos peligrosos, aunque representan solo el 3,8%, conllevan un riesgo significativo para la salud humana y el medio ambiente si no se gestionan con protocolos específicos y seguros.

En conjunto, los datos evidencian la necesidad de fortalecer los programas de gestión integral de residuos sólidos en Loreto, priorizando la segregación en la fuente, el reciclaje y la disposición final segura, con el objetivo de proteger la salud pública y reducir los impactos ambientales.

Gráfico N° 27 Región Loreto: Composición promedio de Residuos Sólidos domiciliaria-2024 (%)



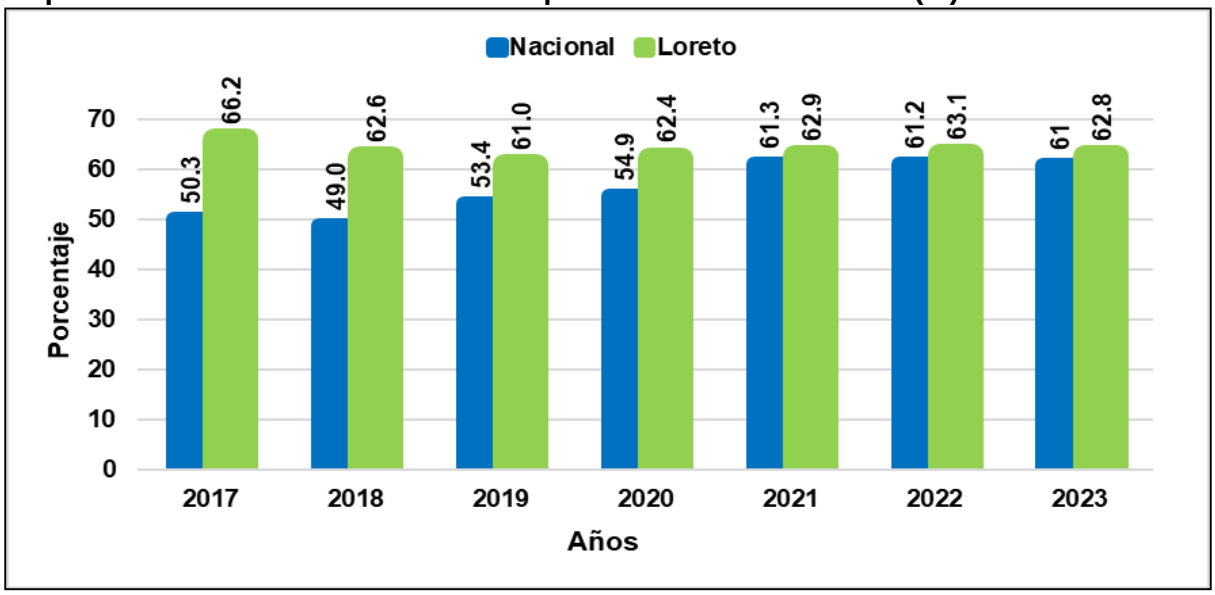
Fuente: Ministerio del Ambiente (MINAM). Dirección General de Residuos Sólidos.

2.3.6.4 Residuos Sólidos Municipales generados que se disponen en una infraestructura de disposición.

La disposición de residuos sólidos municipales en infraestructuras autorizadas, como rellenos sanitarios o celdas de seguridad, es un componente clave de la gestión integral de residuos. Un mayor porcentaje de disposición adecuada refleja mejoras en la cobertura del servicio, control de vectores, reducción de contaminación ambiental y protección de la salud pública. Entre 2017 y 2023, Loreto incrementó de 50,3 % a alrededor de 61 %, mostrando una mejora en la capacidad de disponer residuos en infraestructuras adecuadas, aunque aún ligeramente por debajo del promedio nacional.

El aumento en la disposición adecuada de residuos reduce riesgos de proliferación de vectores como moscas, roedores y mosquitos, disminuyendo la incidencia de enfermedades como diarreas, leptospirosis, dengue y zika; Disponer residuos en rellenos sanitarios adecuados evita la contaminación de suelos y ríos, fundamentales para las comunidades amazónicas.

Gráfico N° 28 Región Loreto: Residuos Sólidos Municipales generados que se disponen en una infraestructura de disposición Final. 2017 -2023 (%)

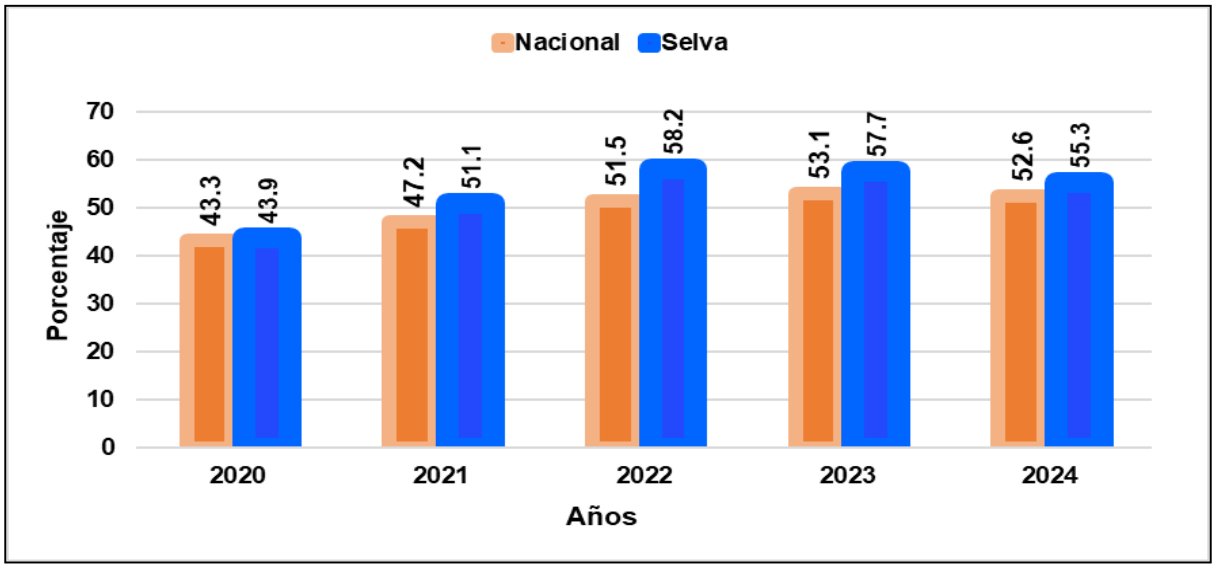


Fuente: Ministerio del Ambiente (MINAM). Dirección General de Residuos Sólidos.

2.3.6.5 Hogares urbanos donde al menos un miembro separa los residuos generados en el hogar.

En el año 2024, a nivel Nacional el 52,6% de los hogares urbanos, al menos un miembro del hogar separa los residuos generados y en la selva que incluye la región Loreto con 55,3%.

Gráfico N° 29 Región Loreto: Composición promedio de Residuos Sólidos domiciliaria-2024 (%)



Fuente: Ministerio del Ambiente (MINAM). Dirección General de Residuos Sólidos.

2.3.7 Vivienda:

2.3.7.1 Viviendas Particulares

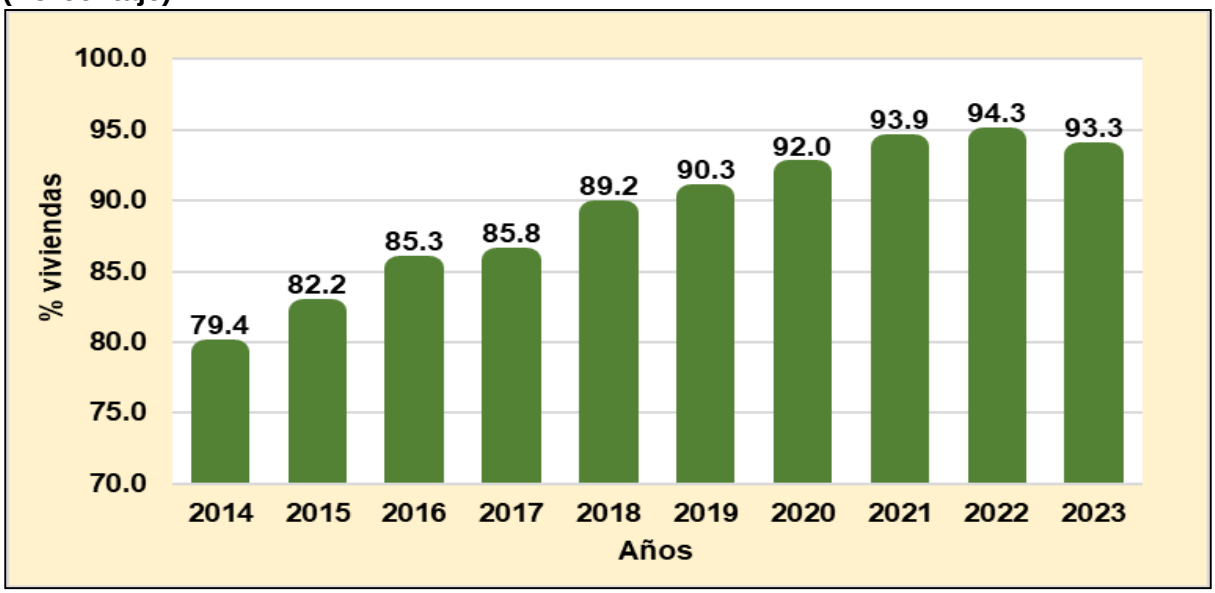
Vivienda particular, es aquella edificación o parte de ella que es utilizada como lugar de alojamiento por uno o más hogares particulares; Su principal característica es que no está destinada a fines colectivos, sino al uso exclusivo de una familia o grupo de convivencia, aunque puede estar ubicada dentro de un edificio o en estructuras individuales y una casa

independiente es aquella que tiene salida directa a la calle, camino, carretera, etc. y constituye una sola vivienda.

En el Gráfico N° 30, nos muestra que, en el 2014, el 79,4 % de las viviendas eran casas independientes, entre 2015 y 2019, el porcentaje se incrementa gradualmente, llegando al 90,3 % en 2019, lo que indica una expansión del acceso a viviendas individuales, el 2020 y 2021, durante el contexto de la pandemia, el porcentaje sigue en aumento, alcanzando 93,9 % en 2021, probablemente debido a cambios en ocupación de viviendas y migración hacia zonas periféricas o rurales.

Para 2022 y 2023, se observa estabilidad, con valores alrededor de 94,3 % y 93,3 %, lo que evidencia una consolidación de este tipo de vivienda en la región. hasta alcanzar en el 2021 a 93.9% de viviendas particulares como casa independiente.

Gráfico N° 30 Región Loreto. Vivienda particular como casa independiente 2014-2023 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

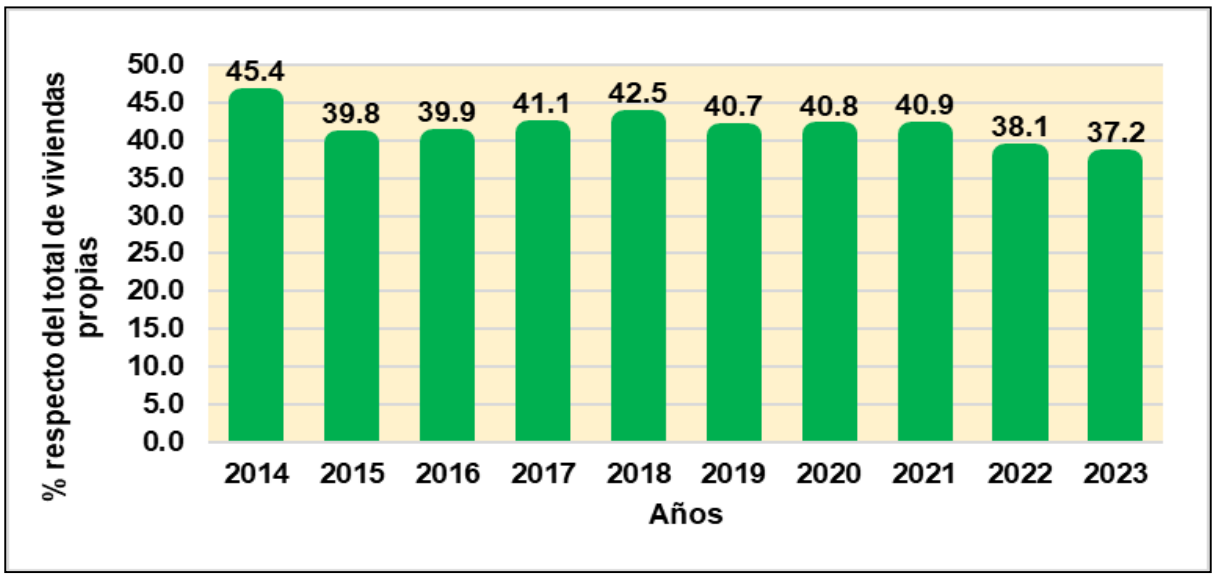
2.3.7.2 Viviendas particulares con título de propiedad

Es aquella vivienda particular que pertenece al hogar y sobre la cual el jefe o jefa de hogar o algún miembro del hogar posee documento legal que acredita la propiedad, como: Escritura pública inscrita en Registros Públicos, Contrato de compra-venta registrado, Título emitido por programas estatales de formalización (COFOPRI, municipalidades, etc.), también otro documento reconocido por ley que certifique la titularidad del inmueble.

El análisis de la tenencia de la vivienda en la región Loreto muestra una tendencia decreciente en la formalización de la propiedad durante el período 2014-2023. En 2014, el 45,4 % de las viviendas particulares contaba con título de propiedad, mientras que para el año 2023 este indicador descendió a 37,2 %, evidenciando una reducción de más de ocho puntos porcentuales en menos de una década.

Esta disminución refleja un proceso de expansión urbana y rural no planificada, caracterizado por el crecimiento de asentamientos informales y la ocupación de terrenos sin procesos de saneamiento físico-legal. Esta situación limita el acceso de los hogares a programas de mejora de vivienda y a proyectos públicos de infraestructura básica, como redes de agua potable, alcantarillado y electricidad.

Gráfico N° 31 . Región Loreto: Viviendas particulares propias con título de propiedad 2014-2023 - (Porcentaje respecto del total de viviendas propias)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

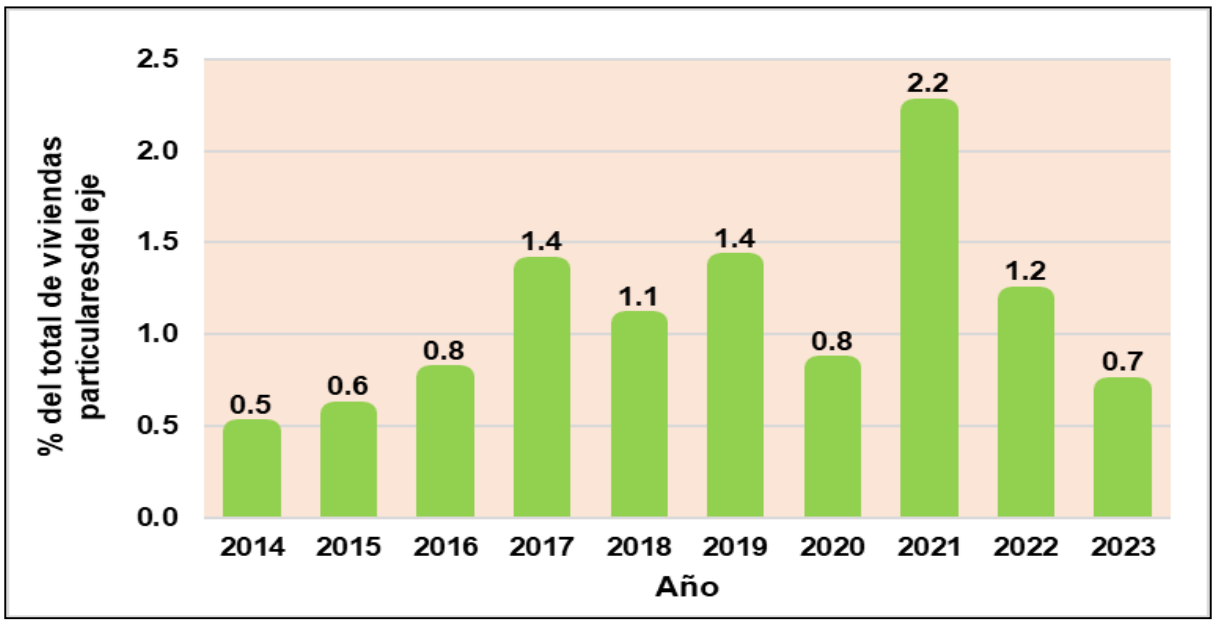
2.3.7.3 Viviendas particulares con techo de concreto armado

Es aquella vivienda cuyo material predominante en el techo está compuesto por concreto armado, es decir, una estructura de cemento reforzado con varillas de acero, diseñada para brindar mayor resistencia y durabilidad.

El análisis del porcentaje de viviendas particulares con techo de concreto armado en la región Loreto entre los años 2014 y 2023 evidencia niveles persistentemente bajos, con una media anual inferior al 2 % durante todo el periodo. En 2014, el porcentaje registrado fue de 0,5 %, con un incremento progresivo hasta 1,4 % en 2017. Durante el periodo 2018-2020, las cifras se mantuvieron relativamente estables (entre 1,1 % y 1,4 %), con una caída a 0,8 % en 2020, posiblemente asociada a las restricciones económicas y logísticas derivadas de la pandemia por COVID-19. En 2021 se observó un repunte a 2,2 %, que podría estar vinculado a programas locales de reconstrucción o inversión en infraestructura; sin embargo, esta mejora no se consolidó, descendiendo nuevamente a 0,7 % en 2023, cifra cercana a la reportada al inicio de la serie.

Desde el enfoque de salud pública, esta tendencia evidencia limitada resiliencia estructural de las viviendas en la región, particularmente en zonas rurales y asentamientos urbanos precarios. La baja proporción de techos de concreto armado implica que la mayoría de las viviendas son construidas con materiales frágiles como madera, calamina o paja, lo que incrementa la vulnerabilidad ante eventos climáticos extremos característicos de la Amazonía, como lluvias intensas, inundaciones y vientos fuertes. Estas condiciones aumentan el riesgo de enfermedades respiratorias agudas, lesiones por colapso estructural, enfermedades dermatológicas y afectan la seguridad y bienestar psicosocial de las familias.

Gráfico N° 32 Región Loreto: Viviendas particulares con techo de concreto armado, 2014-2023 - (Porcentaje del total de viviendas particulares)

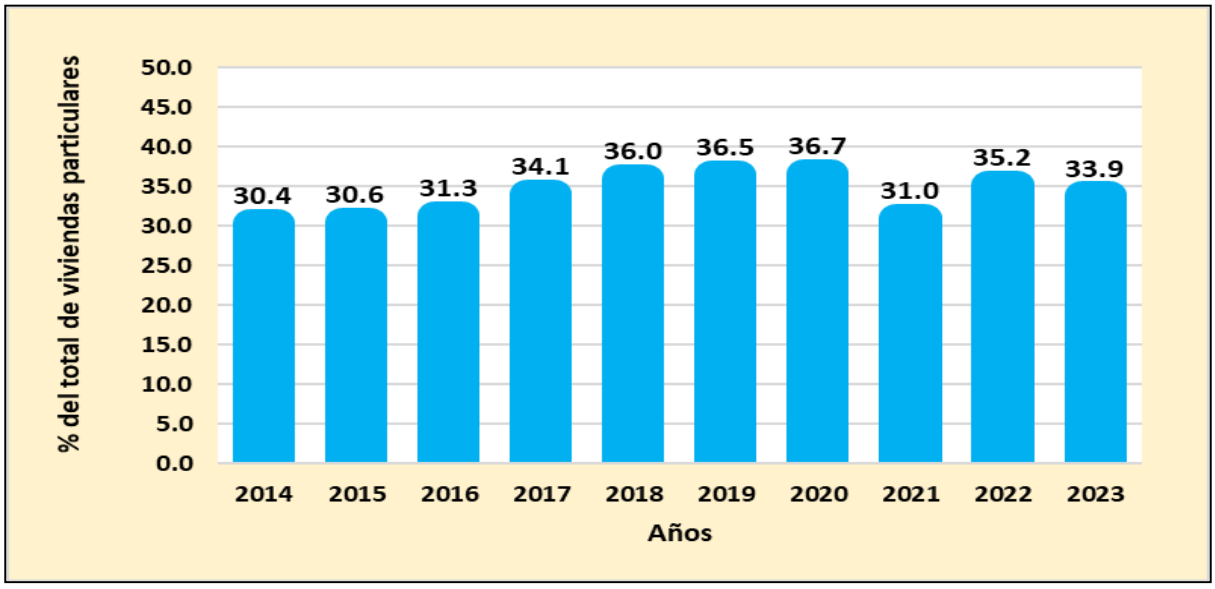


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

2.3.7.4 Viviendas particulares con paredes exteriores de ladrillo o bloque de cemento

Una vivienda particular es una edificación o unidad de edificación construida, adaptada o convertida para ser habitada (de forma permanente o temporal) por una o más personas con o sin vínculo de consanguinidad, que comparten normas de convivencia familiar.

Gráfico N° 33 Región Loreto: Viviendas particulares con paredes exteriores de ladrillo o bloque de cemento, 2014-2023 - (Porcentaje del total de viviendas particulares)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Durante el periodo 2014-2023, el porcentaje de viviendas particulares con paredes exteriores de ladrillo o bloque de cemento en la región Loreto muestra un incremento moderado, pasando de 30,4 % en 2014 a un máximo de 36,7 % en 2020, seguido de una leve reducción

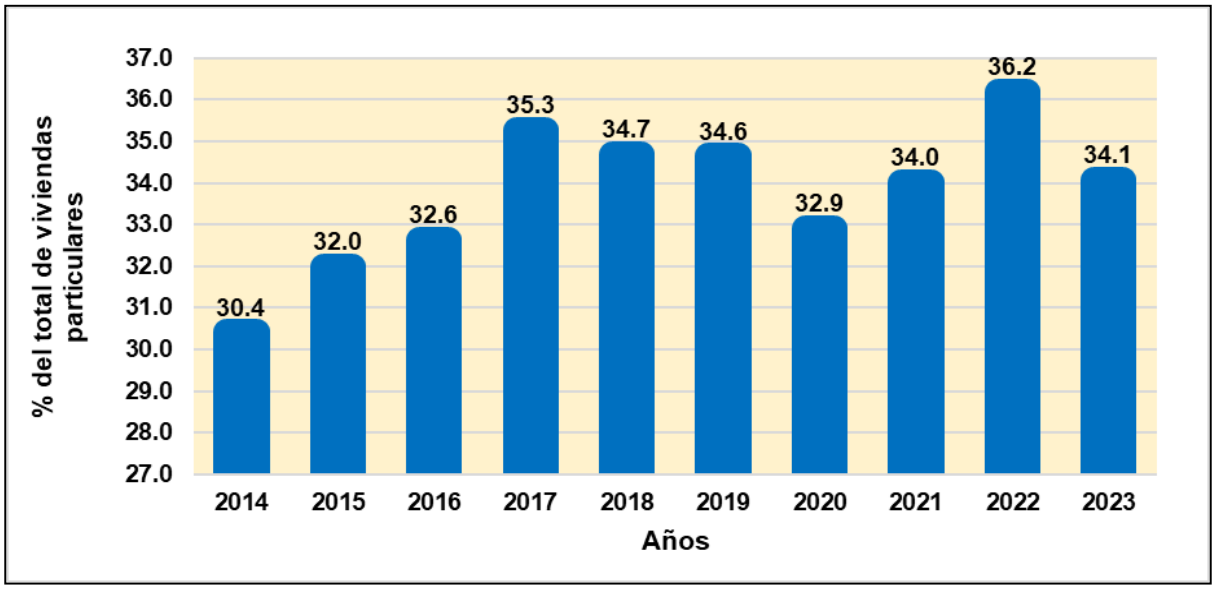
a 33,9 % en 2023. Esta tendencia refleja una mejora progresiva en las condiciones constructivas de las viviendas, aunque con fluctuaciones recientes posiblemente asociadas a factores económicos, sociales y ambientales de la región.

Desde la perspectiva de salud pública, el incremento de viviendas con materiales más resistentes y duraderos, como ladrillo o bloque de cemento, favorece la protección contra factores de riesgo como exposición a vectores (mosquitos transmisores de dengue, malaria y leishmaniasis), condiciones climáticas adversas y mayor seguridad estructural ante fenómenos naturales. Sin embargo, el estancamiento y ligera disminución posterior a 2020 evidencia que aún existe una brecha significativa en el acceso a viviendas seguras y saludables, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso, lo que demanda el fortalecimiento de políticas de vivienda y programas de desarrollo urbano y rural. (Gráfico N° 33)

2.3.7.5 Viviendas particulares con piso de cemento

Según los lineamientos censales del INEI y basándome en los datos disponibles del Censo Nacional 2017, se define como viviendas particulares con piso de cemento aquellas unidades habitacionales particulares con ocupantes presentes donde el material predominante del piso es cemento. Es decir, se refiere a viviendas cuya superficie interior está principalmente revestida o acabada con cemento.

Gráfico N° 34 Región Loreto: Viviendas particulares con piso de cemento, 2014-2023 (Porcentaje del total de viviendas particulares)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

En el periodo 2014-2023, la proporción de viviendas con piso de cemento en la región Loreto muestra una tendencia ligeramente creciente, pasando de 30,4 % en 2014 a un pico de 36,2 % en 2022, con una leve disminución a 34,1 % en 2023.

Desde el enfoque de salud pública, el aumento progresivo de viviendas con pisos de cemento refleja una mejora en las condiciones de habitabilidad e higiene, ya que este tipo de material reduce la exposición a suelos de tierra, que están asociados a mayor riesgo de enfermedades parasitarias, infecciones gastrointestinales y presencia de vectores.

2.3.8 Analfabetismo

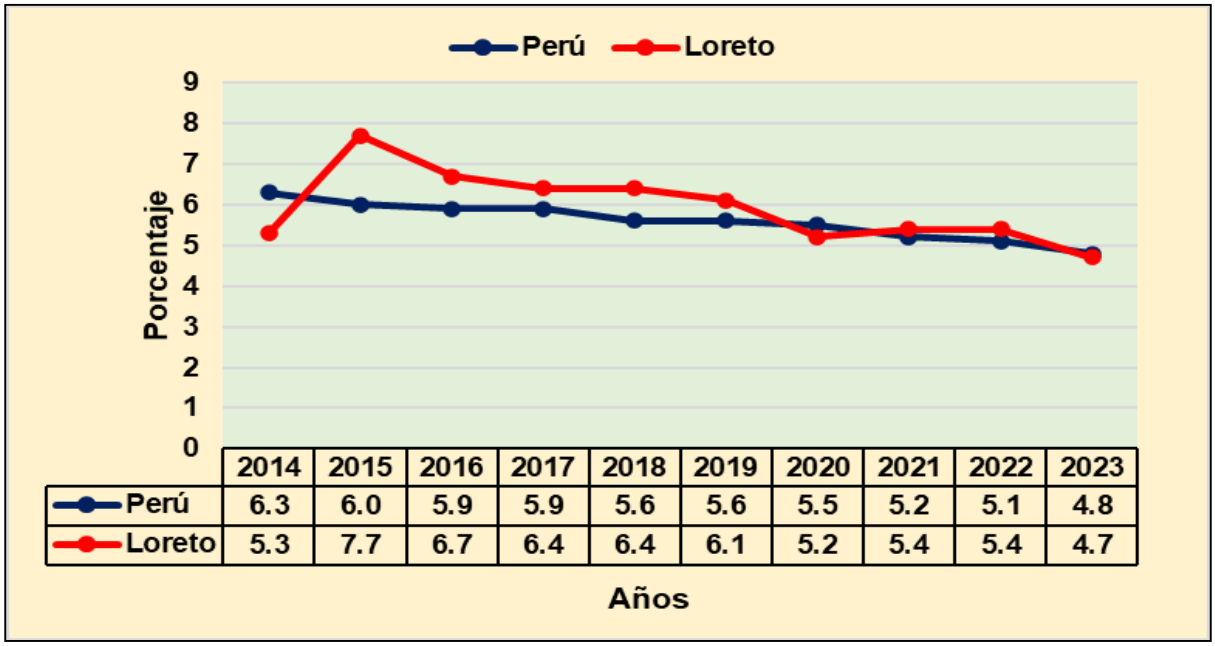
Se considera analfabeta a una persona que tiene 15 o más años de edad y no sabe leer ni escribir y la Tasa de Analfabetismo, es un indicador estadístico que busca determinar la proporción de personas de 15 o más años de edad que no saben leer ni escribir, respecto al total de la población del mismo grupo de edad.

El Gráfico N° 35, nos muestra que, durante el periodo 2014-2023, la tasa de analfabetismo en el Perú mostró una tendencia decreciente, pasando de valores cercanos al 6 % en 2014 a aproximadamente 4,8 % en 2023, reflejando mejoras sostenidas en cobertura y acceso a la educación.

En la región Loreto, aunque también se observa una reducción progresiva, con descensos de alrededor de 6,7 % en 2016 a 4,7 % en 2023, el nivel regional permanece por encima del promedio nacional. Esta brecha es más evidente en zonas rurales, comunidades indígenas y en mujeres, donde factores culturales, geográficos y socioeconómicos dificultan el acceso a programas de alfabetización.

Desde el enfoque de salud pública, estos avances son relevantes porque mayor alfabetización facilita la comprensión de información sanitaria, la adherencia a tratamientos y la participación en campañas de prevención. Sin embargo, la persistencia de tasas más elevadas en Loreto frente al promedio nacional indica la necesidad de reforzar intervenciones de alfabetización funcional con enfoque intercultural y lingüístico, especialmente en áreas rurales y dispersas, para garantizar un acceso equitativo a la salud y a la educación.

Gráfico N° 35 Tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años según nivel nacional y región Loreto. 2014-2023 (porcentaje)



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Perú	6.3	6.0	5.9	5.9	5.6	5.6	5.5	5.2	5.1	4.8
Loreto	5.3	7.7	6.7	6.4	6.4	6.1	5.2	5.4	5.4	4.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

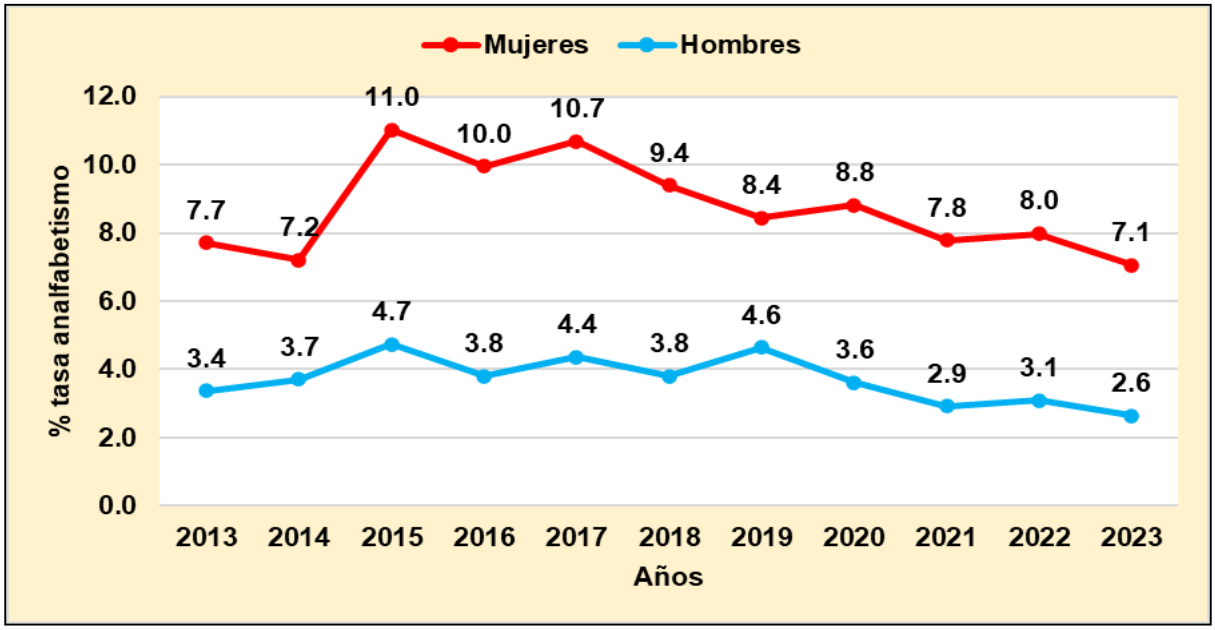
2.3.8.1 Analfabetismo según sexo

Durante el periodo 2013-2023, la tasa de analfabetismo en Loreto muestra una disminución gradual, con una marcada diferencia entre sexos. Las mujeres presentan consistentemente tasas más altas, alcanzando 11.0% en 2015 y descendiendo a 7.1% en 2023 (35% de

disminución), mientras que en los hombres la reducción fue más acentuada, de 4.7% en 2015 a 2.6% en 2023 (44% de disminución).

Desde la perspectiva de salud pública, estas brechas de género reflejan desigualdades estructurales en acceso a educación y servicios básicos. El mayor analfabetismo en mujeres limita su capacidad de comprender mensajes de prevención, acceder a servicios de salud y participar activamente en programas comunitarios. Aunque se observa una tendencia positiva de reducción, persisten desafíos importantes que requieren intervenciones focalizadas, culturalmente pertinentes y con énfasis en zonas rurales e indígenas de la región.

Gráfico N° 36 Tasa de analfabetismo a nivel nacional y la región Loreto, según sexo, 2013-2023 (porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

2.3.9 Índice de Desarrollo Humano (IDH).

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1990, con el objetivo de medir el nivel de desarrollo de los países y regiones, considerando no solo el crecimiento económico, sino también aspectos sociales que influyen en el bienestar de las personas, cuyas dimensiones son: Salud, Educación, Ingreso.
El IDH se expresa en una escala de 0 a 1, donde valores más cercanos a 1 representan mayor desarrollo:
Muy alto desarrollo humano: IDH ≥ 0.800
Alto desarrollo humano: 0.700 – 0.799
Medio desarrollo humano: 0.550 – 0.699
Bajo desarrollo humano: IDH < 0.550

Entre 2015 y 2023, el IDH del Perú creció de 0.5438 a 0.794, reflejando mejoras sostenidas en salud, educación e ingresos a nivel nacional.

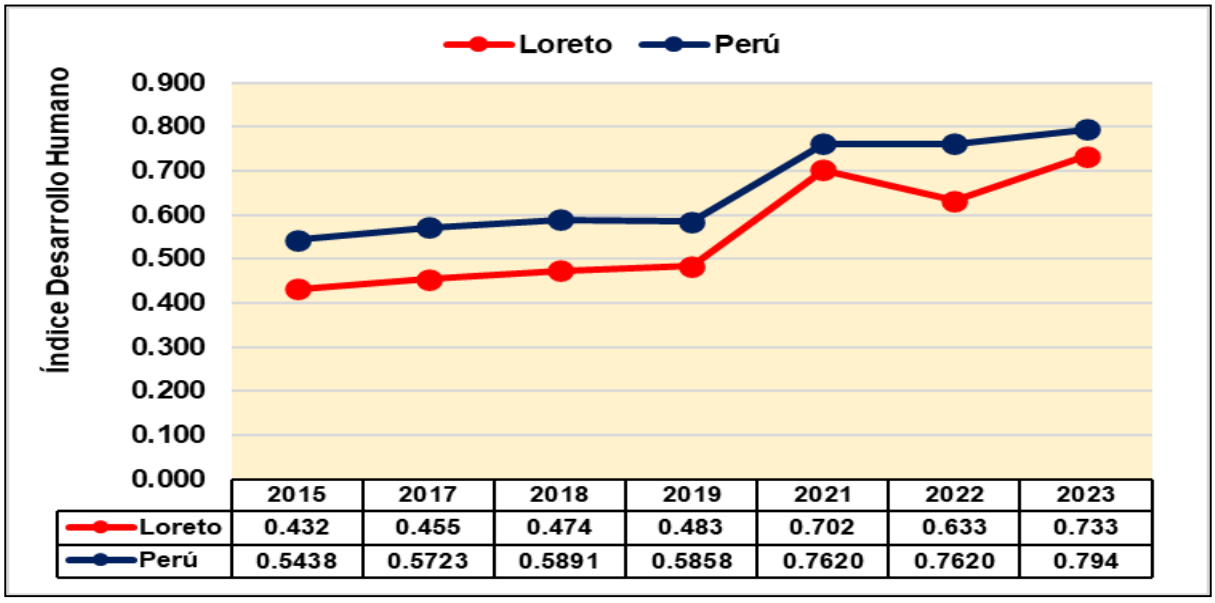
En la región Loreto, el IDH también mostró un incremento significativo, pasando de 0.432 en 2015 a 0.733 en 2023. Este progreso evidencia avances en el acceso a servicios básicos de

salud, educación y desarrollo económico; sin embargo, persiste una brecha respecto al promedio nacional, especialmente antes del año 2021.

El año 2022 refleja un descenso temporal en Loreto (0.633), probablemente relacionado con los efectos sociales y económicos de la pandemia de COVID-19, que afectaron principalmente a poblaciones rurales y comunidades indígenas con acceso limitado a servicios esenciales.

Desde el enfoque de salud pública, estos avances están asociados con mejoras en la atención sanitaria, programas educativos y mayores oportunidades económicas. Sin embargo, las desigualdades estructurales en Loreto evidencian la necesidad de intervenciones integrales, con prioridad en acceso a servicios de salud de calidad, educación inclusiva y estrategias de desarrollo sostenible para reducir inequidades y mejorar el bienestar de toda la población.

Gráfico N° 37 Evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH) de la región Loreto y Perú, 2015,2017-2019,- 2021-2023



	2015	2017	2018	2019	2021	2022	2023
Loreto	0.432	0.455	0.474	0.483	0.702	0.633	0.733
Perú	0.5438	0.5723	0.5891	0.5858	0.7620	0.7620	0.794

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

2.3.9.1 Índice de Desarrollo Humano según dimensiones

En 2023, el IDH de Loreto (0.733) fue similar al promedio nacional (0.732). En salud, Loreto muestra una ligera desventaja en esperanza de vida (75.9 años vs. 77.0 años). En educación, presenta menores años esperados de escolaridad (13.93 vs. 16.21), aunque supera el promedio nacional en años promedio de escolaridad (8.9 vs. 8.2). En ingresos, en el año 2024, el Producto Bruto Interno (PBI) per cápita del Perú alcanzó aproximadamente $ 8 651 USD, según datos de FocusEconomics (2024). En contraste, el PBI per cápita de Loreto fue de aproximadamente $ 2 350 USD, reportado en la Ficha Diagnóstico Loreto 2024 publicada por Producempresarial (2025).
Esta diferencia refleja una brecha económica significativa, ya que el ingreso promedio por habitante en Loreto equivale a menos del 30 % del promedio nacional, lo que sugiere desigualdades estructurales que pueden influir directamente en los determinantes sociales y las condiciones de salud de la población, en tal sentido, aunque Loreto ha logrado progresos importantes en salud e ingresos, las brechas educativas y de acceso a servicios sanitarios continúan siendo determinantes críticos. Esto exige:

Fortalecer la cobertura y calidad de servicios de salud en zonas dispersas.
Impulsar programas de educación inclusiva y bilingüe en comunidades indígenas.
Promover un desarrollo económico equitativo y sostenible que reduzca desigualdades y potencie la calidad de vida.

Tabla N° 17 . Índice de Desarrollo Humano (IDH), según dimensiones. Región Loreto y Perú, 2023

ÁMBITO	Salud		Educación					Ingresos		IDH
	Esperanza de vida al nacer (en años)	índice	Esperanza de años de escolaridad	Valor	años promedio de escolaridad (en años)	valor	índice	PIB, PPA per cápita ($ 2021)	Índice	
23° Loreto	75.9	0.86	13.93	0.774	8.9	0.593	0.684	$ 8,486	0.76	0.733
Perú	77	0.859	16.21	0.901	8.2	0.547	0.712	$ 7,080	0.643	0.732

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

2.3.10 Educación:

Según la OPS/OMS, la educación es el proceso continuo mediante el cual las personas adquieren conocimientos, habilidades, valores y competencias que les permiten desarrollarse plenamente en los ámbitos personal, social, económico y cultural, mejorando su capacidad para tomar decisiones informadas y acceder a mejores oportunidades de vida, incluida la protección y promoción de la salud.

En la Tabla N° 18, Desde el año 2015, se observa una reducción progresiva de la población sin nivel educativo (de 4,2 % a 2,6 %), lo que refleja una ligera mejora en el acceso inicial a la educación. Sin embargo, persiste una alta concentración en el nivel secundario (50,1 %), con un crecimiento sostenido, mientras que el porcentaje con educación superior (no universitaria y universitaria) se mantiene en conjunto en torno al 19 %, sin incrementos significativos en el último quinquenio.

El nivel educativo es un determinante clave del acceso a información, servicios y prácticas saludables. La alta proporción con solo secundaria (50,1 %) y primaria (28,4 %) refleja limitada educación formal avanzada, lo que puede afectar la comprensión de mensajes de prevención, adherencia a tratamientos y acceso a oportunidades laborales que mejoren calidad de vida.

Tabla N° 18 Loreto. Nivel de educación alcanzado por la población de 15 y más años. 2015-2023 (porcentaje)

Nivel Educativo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sin Nivel /Inicial	4.2	3.8	4.3	3.4	3.3	2.8	2.4	2.6	2.7
Primaria	31.4	31.9	30.6	29.5	30.5	27.4	30.3	28.4	28
Secundaria	45.8	47.1	44.2	47	44.6	47.6	49.1	50.1	50.1
Superior no Universitaria	9.7	9.7	10.7	10.6	12.1	13.4	10.8	10.7	11.4
Superior Universitaria	8.9	7.5	10.1	9.5	9.4	8.8	7.5	8.3	7.8

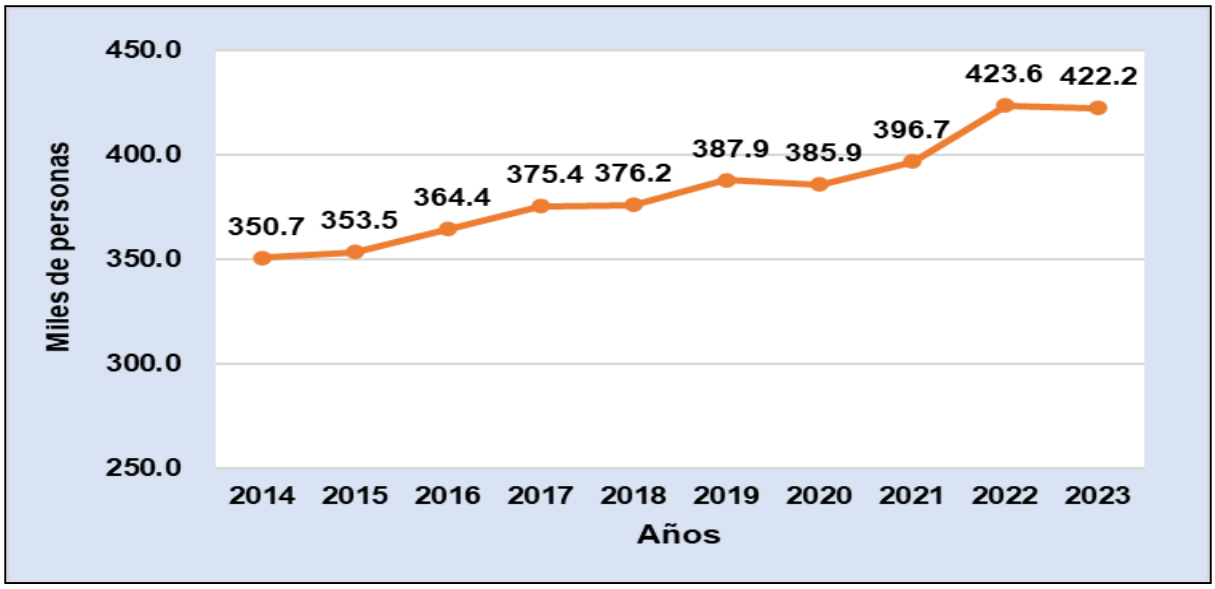
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

2.3.10.1 Alumnos Matriculados

Entre 2014 y 2019, se observa un crecimiento sostenido, pasando de 350,7 mil a 387,9 mil alumnos, lo que refleja una expansión de la cobertura educativa, en 2020, durante el inicio de la pandemia por COVID-19, se registra una leve reducción (385,9 mil), posiblemente asociada a dificultades de acceso a clases virtuales y deserción en áreas rurales., Desde 2021, se aprecia una recuperación significativa, alcanzando 423,6 mil matriculados en 2022, el valor más alto del periodo, manteniéndose estable en 2023 (422,2 mil).

El incremento en la matrícula educativa en Loreto es un indicador positivo en términos de desarrollo humano y determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la estabilidad de la matrícula en 2023 y las brechas históricas en infraestructura, conectividad y calidad educativa, especialmente en zonas rurales y comunidades indígenas, representan desafíos. Fortalecer el acceso y permanencia en el sistema educativo es clave para mejorar el nivel de alfabetización sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables.

Gráfico N° 38 Región Loreto. Alumnos matriculados en el sistema educativo nacional.2014–2023 (Miles de personas)



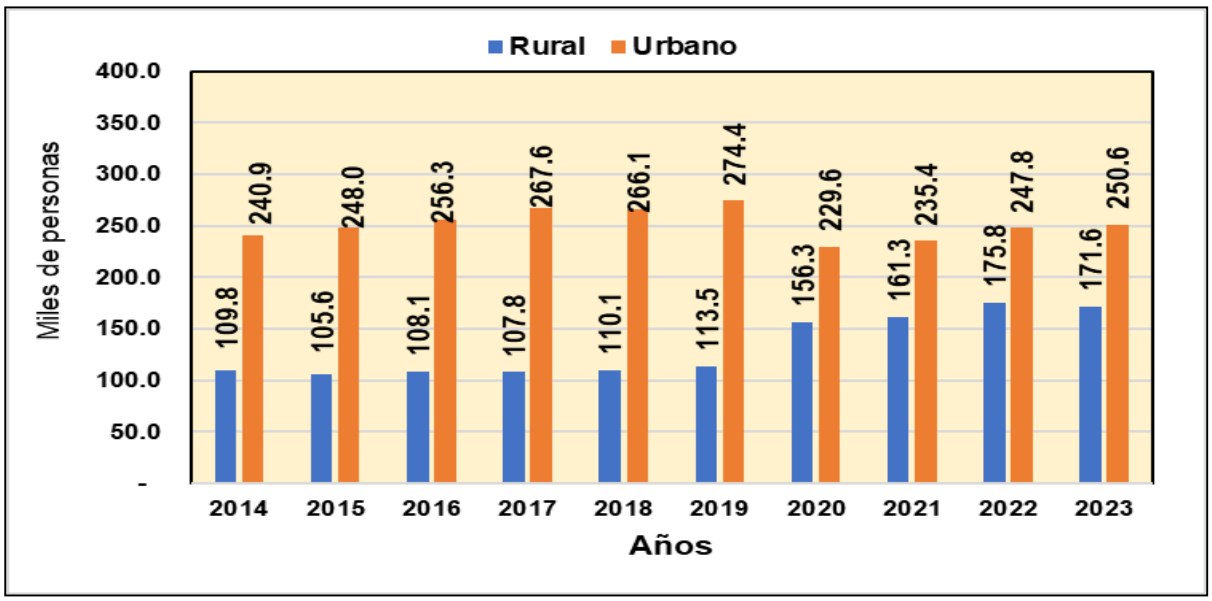
Fuente: Ministerio de Educación - MINEDU - Censo Educativo.

2.3.10.2 Alumnos matriculados según área de residencia

En la región Loreto, la matrícula educativa total mostró un crecimiento progresivo entre 2014 y 2019, con una leve disminución en 2020 debido a las limitaciones ocasionadas por la pandemia de COVID-19, especialmente en áreas urbanas. Desde 2021, se observa una recuperación sostenida, alcanzando niveles más altos en 2022 y manteniéndose estables en 2023.

En el área rural, la matrícula incrementó de manera significativa a partir de 2020, lo que podría estar asociado a procesos de retorno de familias a comunidades rurales durante la pandemia, así como al fortalecimiento de estrategias de cobertura educativa en estas zonas. En el área urbana, aunque se aprecia recuperación después de 2020, los niveles aún no superan a los registrados antes de la emergencia sanitaria, existen brechas educativas que pueden impactar la comprensión de mensajes sanitarios y la adopción de prácticas saludables, lo que resalta la necesidad de fortalecer las acciones intersectoriales entre educación y salud.

Gráfico N° 39 Región Loreto. Alumnos matriculados en el sistema educativo según área Urbana y Rural.2014–2023 (Miles de personas)

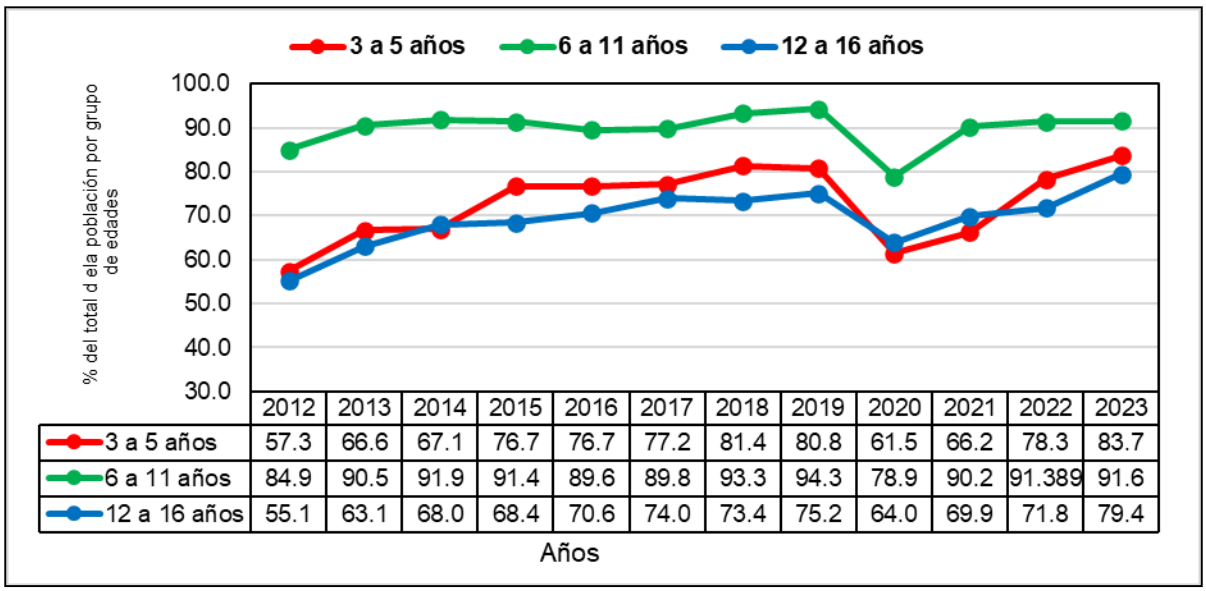


Fuente: Ministerio de Educación - MINEDU - Censo Educativo.

2.3.10.3 Tasa de Asistencia en educación inicial, primaria y secundaria

La Tasa Neta de Asistencia Escolar (TNA) es un indicador demográfico-educativo que permite medir el grado de cobertura del sistema educativo en los diferentes niveles según grupos de edad. Expresa el porcentaje de la población que asiste al nivel educativo correspondiente a su edad oficial, respecto a la población total de ese mismo grupo etario en la región.

Gráfico N° 40 Región Loreto. Tasa neta de asistencia a educación Inicial (3 a 5 años), Primaria (6 a 11 años) y Secundaria (12 a 16 años de edad). 2012-



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
3 a 5 años	57.3	66.6	67.1	76.7	76.7	77.2	81.4	80.8	61.5	66.2	78.3	83.7
6 a 11 años	84.9	90.5	91.9	91.4	89.6	89.8	93.3	94.3	78.9	90.2	91.389	91.6
12 a 16 años	55.1	63.1	68.0	68.4	70.6	74.0	73.4	75.2	64.0	69.9	71.8	79.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Durante el periodo 2012-2023, la región Loreto muestra avances importantes en el acceso a la educación, aunque con diferencias entre niveles educativos:

- ✓ En educación inicial (3 a 5 años), la asistencia creció de 57,3 % en 2012 a 83,7 % en 2023, evidenciando una mayor cobertura y esfuerzos por ampliar el acceso temprano.
- ✓ En educación primaria (6 a 11 años), se mantiene una alta cobertura, pasando de 84,9 % a 91,6 %, con estabilidad a lo largo de los años.
- ✓ En educación secundaria (12 a 16 años), el avance es más lento pero positivo, subiendo de 55,1 % a 79,4 %, aunque todavía persisten brechas importantes, especialmente en zonas rurales y comunidades nativas.

2.3.10.4 Otros indicadores educativos

En el periodo 2014 – 2024, los indicadores educativos de la región Loreto muestran avances importantes en cobertura y asistencia escolar, aunque con brechas persistentes, especialmente en el acceso a educación superior y en el promedio de años de estudio de la población adulta.

Tabla N° 19 Región Loreto. Indicadores educativos. Comparando 2014 -2024

Nº	INDICADORES	2014	2024
1	Tasa neta de matrícula Escolar a educación de la población de 6 a 11 años de edad.	91.9	94.3
2	Tasa neta de matrícula Escolar a educación de la población de 12 a 16 años de edad.	68.7	83.4
3	Tasa neta de matrícula Escolar a educación de la población de 17 a 24 años de edad.	18.8	23.8
4	Tasa Asistencia Escolar a educación primaria de la población de 6 a 11 años de edad.	91.9	94
5	Tasa Asistencia Escolar a educación secundaria de la población de 12 a 16 años de edad.	68	81.8
6	Tasa Asistencia a educación superior de la población de 17 a 24 años de edad.	16.3	22.6
7	Promedio de años de estudios alcanzado por la población de 25 y más años de edad.	8.9	9
8	Tasa de analfabetismo de la población de 15 años a más años de edad.	5.3	4.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

El análisis evidencia avances sostenidos en el acceso y asistencia a la educación primaria y secundaria, con una tendencia positiva en la educación superior. No obstante, el bajo promedio de años de estudios y la persistencia de analfabetismo en determinados grupos poblacionales demandan políticas educativas más focalizadas, con un enfoque intercultural y territorial, que permitan reducir brechas y garantizar igualdad de oportunidades en la región.

2.3.11 Pobreza

Según la ONU, la pobreza es la privación continua de los recursos y capacidades necesarios para una vida digna, que incluye la falta de acceso a alimentos, agua potable, salud, educación, vivienda e información, mientras el INEI lo define “cuando el valor monetario del consumo per cápita mensual es inferior al costo de la canasta básica de consumo”.

2.3.11.1 Pobreza Monetaria.

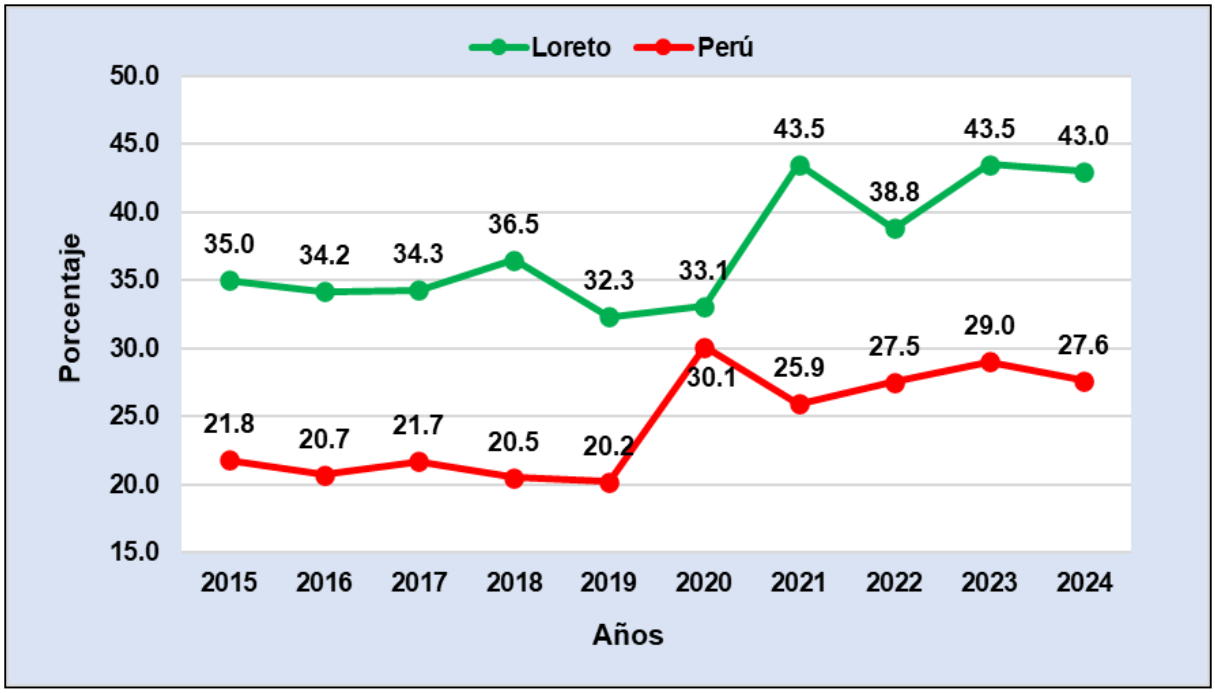
Durante el periodo 2015–2019, la incidencia de pobreza monetaria en Loreto fluctuó entre 32 % y 36 %, manteniéndose siempre por encima del promedio nacional (20–22 %). En el año

2020, con el impacto de la pandemia por COVID-19, la pobreza monetaria nacional se incrementó a 30,1 %, mientras que Loreto registró 33,1 %, evidenciando una menor variación relativa, pero sosteniendo la brecha estructural frente al promedio país.

A partir del 2021, se observa un incremento crítico en Loreto, alcanzando 43,5 %, nivel que se mantuvo elevado en los años posteriores (38,8 % en 2022; 43,5 % en 2023; y 43,0 % en 2024). En contraste, el Perú mostró una ligera reducción luego del 2021, situándose en 27,6 % en 2024. Esta tendencia confirma que la pobreza monetaria en Loreto permanece crónicamente más alta que en el conjunto del país, con una brecha superior a 15 puntos porcentuales en los últimos tres años.

a evidencia disponible demuestra que la pobreza monetaria en Loreto se mantiene estructuralmente por encima del promedio nacional, con niveles que superan el 40 % en el último trienio. Esta situación constituye un factor de riesgo que profundiza las inequidades en salud y condiciona negativamente los indicadores sanitarios de la región. En este contexto, se requiere fortalecer las estrategias intersectoriales de reducción de la pobreza, priorizando intervenciones en salud pública que garanticen la equidad, el acceso oportuno y la sostenibilidad de los servicios en las poblaciones más vulnerables de Loreto.

Gráfico N° 41 Región de Loreto. Población en situación de pobreza Monetaria a nivel nacional y Región Loreto, 2015-2024. (porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- ENAHO.

2.3.11.2 Pobreza Monetaria Extrema

Según INEI, la pobreza monetaria extrema; Es la situación de aquellas personas cuyo gasto per cápita mensual es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos que cubra un mínimo de requerimientos calóricos (aproximadamente 2 100 kilocalorías por persona al día).

En el período 2015–2019, la incidencia de pobreza monetaria extrema en Loreto osciló entre 6,8 % y 9,5 %, valores que duplicaron de forma sostenida el promedio nacional (2,8–4,1 %). Esto refleja una brecha estructural que ha mantenido a Loreto en una situación de mayor

vulnerabilidad frente a la inseguridad alimentaria; Durante el año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, el Perú experimentó un incremento notable de la pobreza extrema (5,1 %), mientras que en Loreto la variación fue menor (6,8 %). Sin embargo, a partir de 2021 la región mostró un repunte preocupante, alcanzando 8,0 % en 2021 y llegando a niveles críticos en los años siguientes: 13,1 % en 2022, 14,4 % en 2023 y 15,4 % en 2024, más del triple de la tasa nacional (5,5 % en 2024).

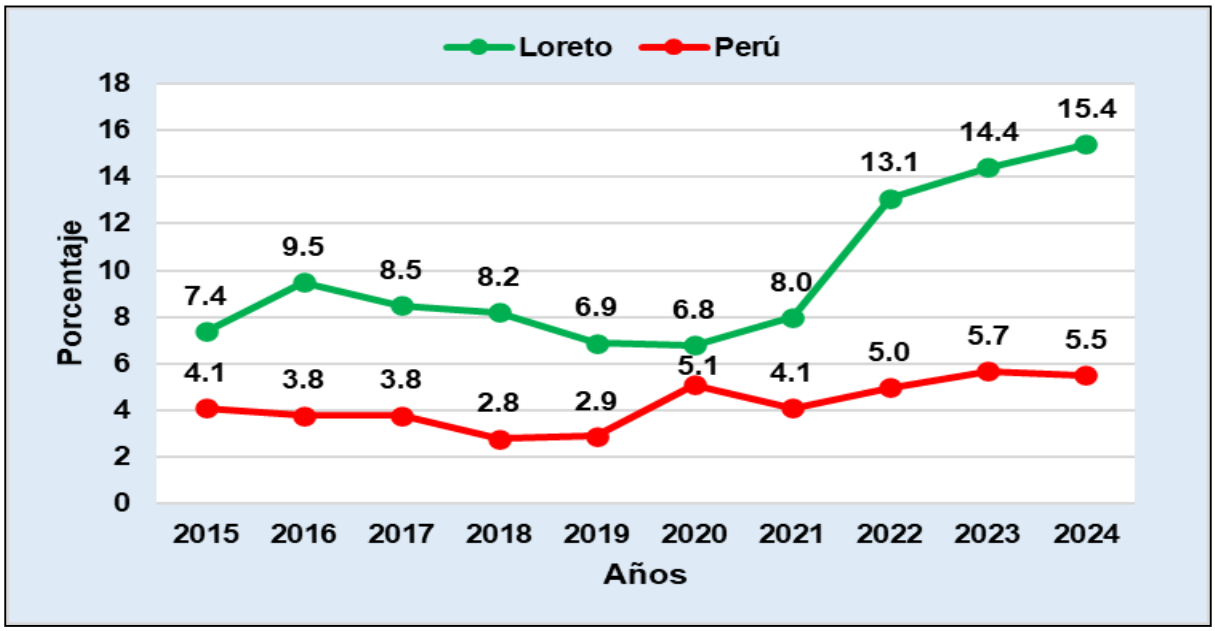
Este comportamiento revela que, mientras el país logró cierta estabilización después de la pandemia, Loreto ingresó en una tendencia ascendente y persistente de empobrecimiento extremo, con la mayor parte de la población sin capacidad para cubrir siquiera los requerimientos básicos de alimentación.

Esta situación constituye un determinante social crítico de la salud, pues incrementa la vulnerabilidad de la población frente a la desnutrición, enfermedades transmisibles y brechas en el acceso a la atención sanitaria.

La región Loreto presenta tasas de pobreza monetaria extrema persistentemente superiores al promedio nacional, con un agravamiento sostenido en los últimos tres años que alcanzó 15,4 % en 2024, frente al 5,5 % del país. Esta situación constituye un determinante social crítico de la salud, pues incrementa la vulnerabilidad de la población frente a la desnutrición, enfermedades transmisibles y brechas en el acceso a la atención sanitaria.

En este contexto, resulta prioritario que las intervenciones de salud pública se articulen con políticas intersectoriales orientadas a la seguridad alimentaria, reducción de desigualdades territoriales y fortalecimiento de la atención primaria, como estrategia para mitigar los efectos de la pobreza extrema sobre la salud de la población loretana.

Gráfico N° 42 Región de Loreto. Población en situación de pobreza Monetaria Extrema a nivel Nacional y Región Loreto. 2015-2024. (porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- ENAHO.

2.3.11.3 Pobreza de departamentos, estadísticamente semejantes

En 2014, los departamentos se agruparon en siete niveles según incidencia de pobreza. Loreto se encontraba en el Grupo 2, junto con Apurímac, Huánuco y Pasco, con un rango de

pobreza entre 35,7 % y 41,2 %, es decir, niveles altos, pero no extremos en comparación con el Grupo 1 (47,5–53,1 %).

Para 2023, los grupos se reducen a cinco, mostrando un reacomodo de la pobreza relativa entre regiones. Loreto pasa al Grupo 1, junto con Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Pasco y Puno, con un intervalo de pobreza de 39,9 % a 43,8 %, es decir, entre los más afectados del país. Esto indica que, en casi una década, Loreto no solo no logró mejorar su posición relativa, sino que se desplazó hacia los grupos de mayor pobreza.

En resumen: Entre 2014 y 2023, Loreto pasó de un grupo intermedio-alto de pobreza al grupo de mayor pobreza del país, lo que lo coloca en una situación crítica desde el punto de vista de la salud pública, al aumentar la vulnerabilidad de su población y demandar acciones priorizadas y sostenidas.

Tabla N° 20 Región de Loreto. Grupos de departamentos con niveles de pobreza estadísticamente semejantes, 2014 y 2023

Año	Grupo	Departamentos	Intervalo de Confianza al 95% Inferior	Intervalo de Confianza al 95% Superior
2014	Grupo1	Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica.	47.5	53.1
2014	Grupo2	Apurimac, Huánuco, LORETO, Pasco.	35.7	41.2
2014	Grupo3	La Libertad, Piura, Puno, San Martín.	27.3	31.8
2014	Grupo4	Ancash, Cusco, Junín, Lambayeque.	19.2	23.2
2014	Grupo5	Lima, Lima Metropolitana, Provincial Constitucional del Callao, Moquegua, Tacna, Tumbes, Ucayali.	10.8	13.4
2014	Grupo6	Arequipa, Madre de Dios.	5.8	9.7
2014	Grupo7	Ica	2.5	5.7
Año	**Grupo**	**Departamentos**	**Intervalo de Confianza al 95% Inferior**	**Intervalo de Confianza al 95% Superior**
2023	Grupo1	Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, LORETO, pasco, Puno.	39.9	43.8
2023	Grupo2	La Libertad, Lima Metropolitana, Piura, Provincia Constitucional del Callao, Tumbes	27.9	31.4
2023	Grupo3	Amazonas, Áncash, Apurimac, Cusco, Junín, Lima, San Martín, Tacna, Ucayali.	23.1	25.8
2023	Grupo4	Arequipa, Lambayeque, Madre de Dios, Moquegua.	13.7	17.6
2023	Grupo5	Ica	4.7	9.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- ENAHO.

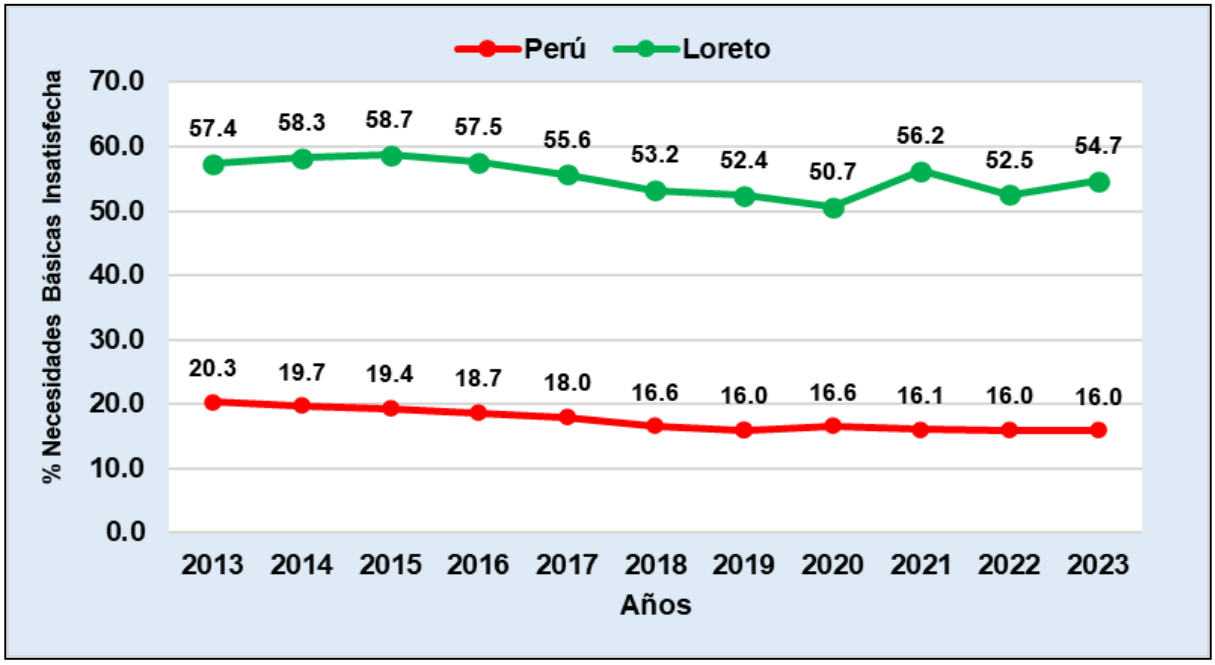
2.3.12 Necesidades Básicas Insatisfechas

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un enfoque de medición de la pobreza estructural, que identifica a los hogares pobres a partir de la carencia en aspectos mínimos considerados esenciales para una vida digna.
Entre 2013 y 2023, la incidencia de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en el Perú muestra una tendencia estable a la baja, pasando de 20,3 % en 2013 a 16,0 % en 2023. Esto

refleja una leve mejora en el acceso a condiciones mínimas de vivienda, educación, servicios y empleo en el ámbito nacional.

En contraste, la región Loreto presenta niveles significativamente más altos y persistentes de NBI, manteniéndose por encima del 50 % a lo largo de toda la década. Aunque se observa una ligera reducción entre 2013 (57,4 %) y 2019 (52,4 %), los indicadores vuelven a incrementarse en 2021 (56,2 %), alcanzando 54,7 % en 2023. Esto significa que más de la mitad de los hogares loretanos viven con al menos una carencia estructural, ya sea en vivienda, servicios básicos, educación o empleo.

Gráfico N° 43 Región Loreto. Población con al menos una necesidad básica insatisfecha en comparación con el nivel nacional 2013-2023. (porcentaje)



Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).

2.3.13 Empleo

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú, el empleo es un conjunto de actividades que producen bienes o servicios, y se clasifica en adecuadamente empleado (trabaja 35+ horas y gana más del ingreso mínimo referencial, o trabaja menos de 35 horas, pero no desea más) y subempleado (ocupación inadecuada por ingresos, horas o falta de aprovechamiento de calificaciones). El INEI mide el empleo a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).

2.3.13.1 Población en Edad de Trabajar (PET)

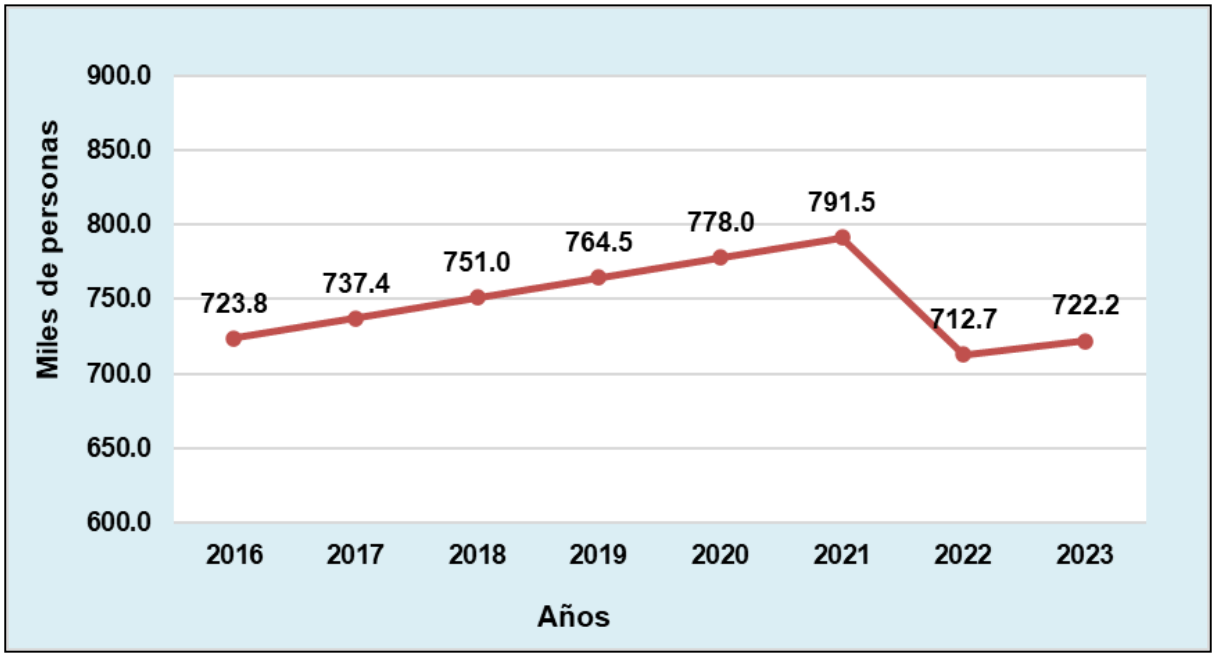
La **Población en Edad de Trabajar (PET)** comprende a todas las personas de **14 y más años de edad**, residentes en viviendas particulares de las áreas urbana y rural del país.
Dentro de esta población se distinguen:
Población Económicamente Activa (PEA): quienes trabajan o buscan activamente empleo.
Población Económicamente Inactiva (PEI): quienes no trabajan ni buscan trabajo (estudiantes, jubilados, amas de casa, etc.).

Entre 2016 y 2021, la población en edad de trabajar en Loreto mostró un crecimiento sostenido, pasando de 723,8 mil personas en 2016 a 791,5 mil en 2021, lo que refleja un

aumento progresivo de la fuerza laboral potencial. Sin embargo, en 2022 se observa una marcada disminución a 712,7 mil personas, recuperándose levemente en 2023 (722,2 mil).

Desde la perspectiva de la salud pública, este comportamiento tiene implicancias directas: el incremento de la PET hasta 2021 demandó mayores esfuerzos en empleo formal, cobertura de salud y programas de prevención. La caída en 2022 y leve recuperación en 2023 podrían estar vinculadas a los efectos de la pandemia, migraciones y dinámicas sociodemográficas, lo que plantea retos en la planificación de servicios de salud, seguridad social y programas de promoción de la salud. La PET constituye el núcleo productivo de la región, y sus variaciones impactan en la disponibilidad de cuidadores familiares, ingresos de los hogares y sostenibilidad de los sistemas de protección social.

Gráfico N° 44 Región Loreto. Población en Edad de Trabajar (PET), 2016- 2023. (miles de personas)



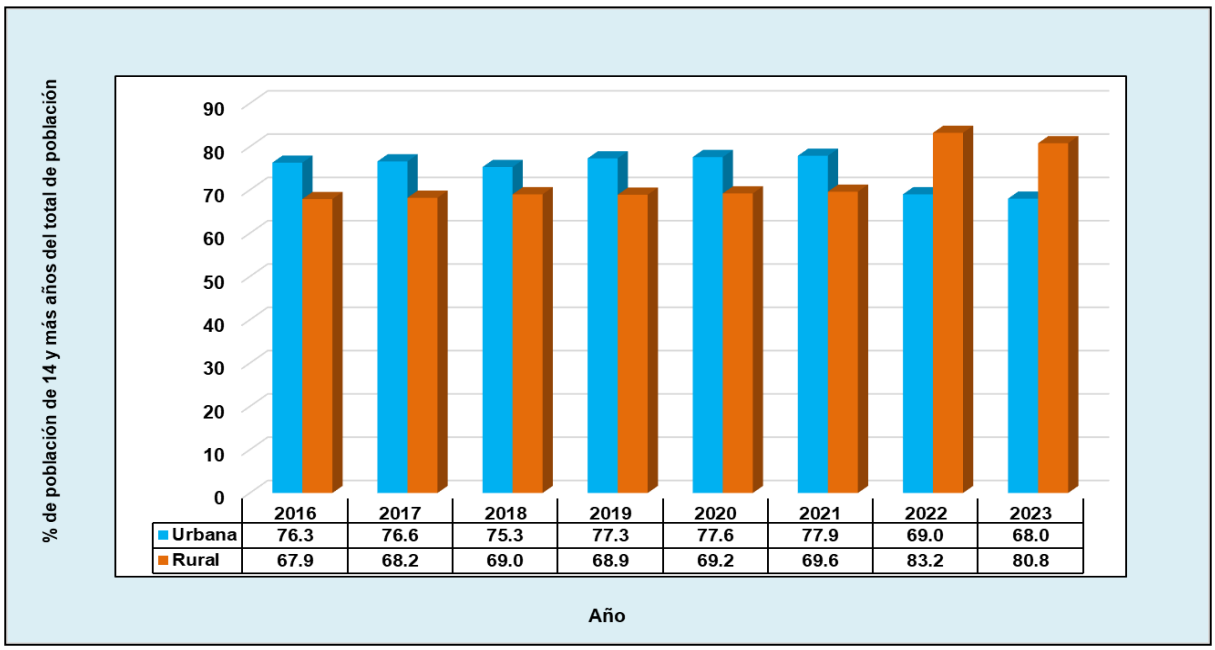
Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

2.3.13.1.1 Población en Edad de Trabajar (PET), Urbano y Rural

Durante el período 2016-2021, la proporción de personas de 14 y más años fue consistentemente mayor en el área urbana (76–78%) que en la rural (≈68–70%), reflejando una estructura poblacional más adulta en las ciudades, vinculada a migración, acceso a educación superior y oportunidades laborales.

Sin embargo, a partir de 2022 se observa un cambio brusco en la tendencia: en la zona urbana, el porcentaje disminuye a 69,0% en 2022 y a 68,0% en 2023, evidenciando un rejuvenecimiento relativo de la población urbana o posibles movimientos migratorios hacia otras regiones. En la zona rural, por el contrario, se eleva notablemente hasta 83,2% en 2022 y 80,8% en 2023, indicando un envejecimiento relativo de la población rural o reducción de la base infantil por migración o menor fecundidad. (Grafico N°43)

Gráfico N° 45 Región Loreto. Población en Edad de Trabajar (PET), según área Urbano y Rural. 2016- 2023. (Porcentaje

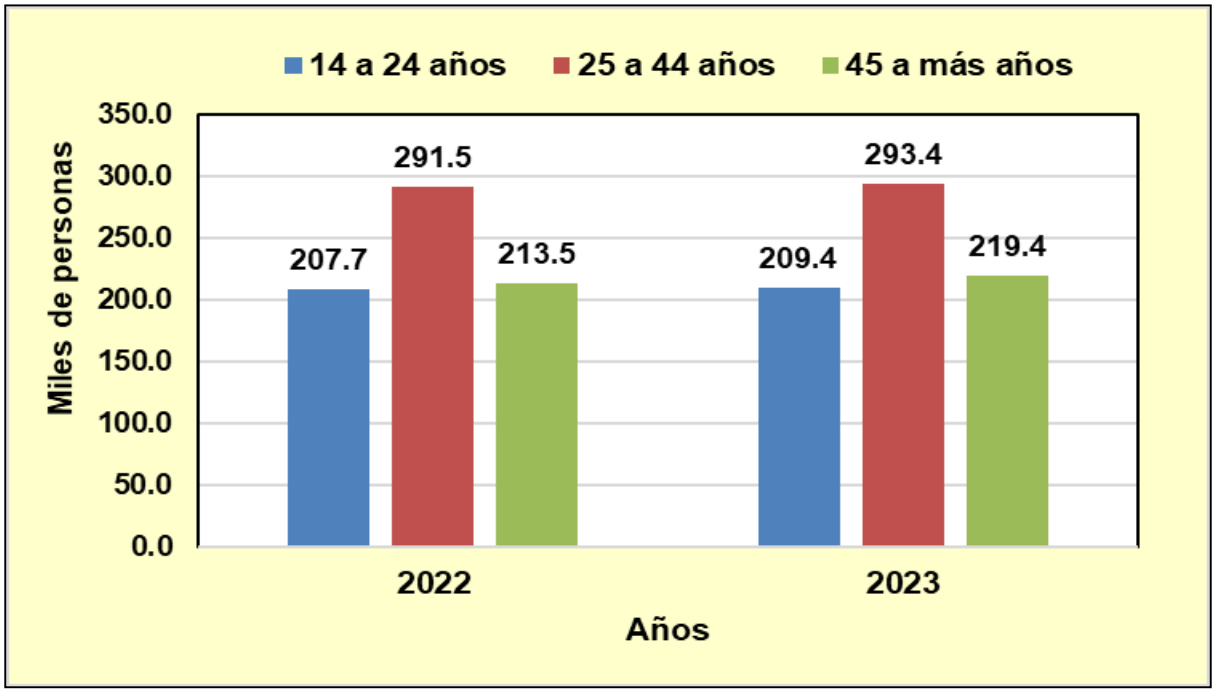


Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

2.3.13.1.2 Población en Edad a Trabajar (PET) según grupos de edad

La población en edad de trabajar en Loreto presenta un crecimiento moderado en todos los grupos etarios entre 2022 y 2023, predominando la población de 25 a 44 años, mientras que el grupo de 45 y más años es el que registra el mayor incremento relativo**.**

Gráfico N° 46 Región Loreto. Población en Edad de Trabajar (PET), según grupos de edad. 2022- 2023. (Miles de personas)



Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

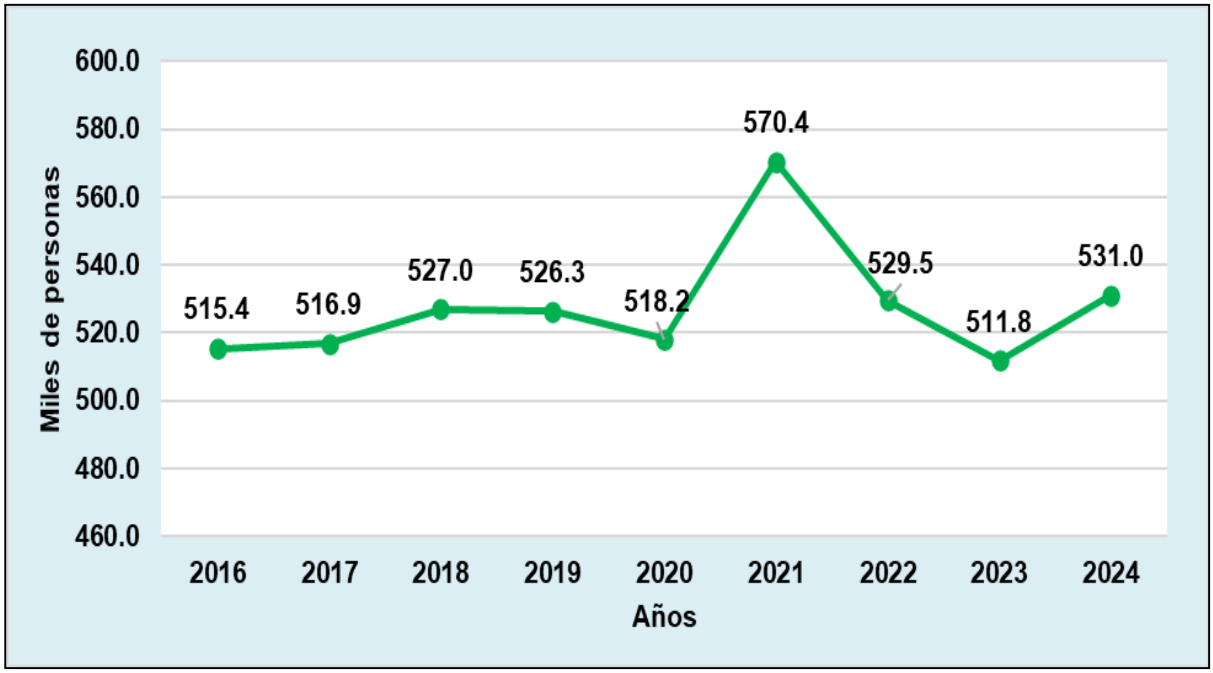
2.3.13.2 Población Económicamente Activa (PEA)

El conjunto de personas de 14 y más años que, en un período de referencia, tienen empleo (ocupadas) o están buscando activamente empleo (desocupadas).

Entre 2016 y 2019, la Población Económicamente Activa (PEA) en Loreto se mantuvo relativamente estable (515–527 mil personas), lo que refleja un crecimiento moderado de la fuerza laboral. En 2020, con el inicio de la pandemia, la PEA disminuyó a 518,2 mil, aunque en 2021 se produjo un repunte significativo a 570,4 mil, probablemente por la reactivación económica y reincorporación de personas al mercado laboral; Posteriormente, en 2022 y 2023 la PEA se redujo nuevamente (529,5 mil y 511,8 mil, respectivamente), lo que sugiere un retroceso vinculado a precarización laboral, informalidad y migración. En 2024 se observa una ligera recuperación (531,0 mil), aunque aún sin alcanzar los niveles de 2021.

Desde la perspectiva de la salud pública, estas variaciones tienen implicancias importantes: la reducción de la PEA puede estar asociada a mayor dependencia económica de la población inactiva, lo que impacta en los ingresos de los hogares y en el acceso a servicios de salud; El incremento de la informalidad laboral en contextos de crisis limita la cobertura de seguros de salud y seguridad social, generando desigualdades en atención y protección frente a enfermedades. El repunte de 2021 refleja la capacidad de recuperación del mercado laboral, pero la caída posterior evidencia la vulnerabilidad estructural de la economía regional y su impacto en la salud y bienestar de la población trabajadora.

Gráfico N° 47 Región Loreto. Población Económicamente Activa (PEA), 2016- 2023. (miles de personas)



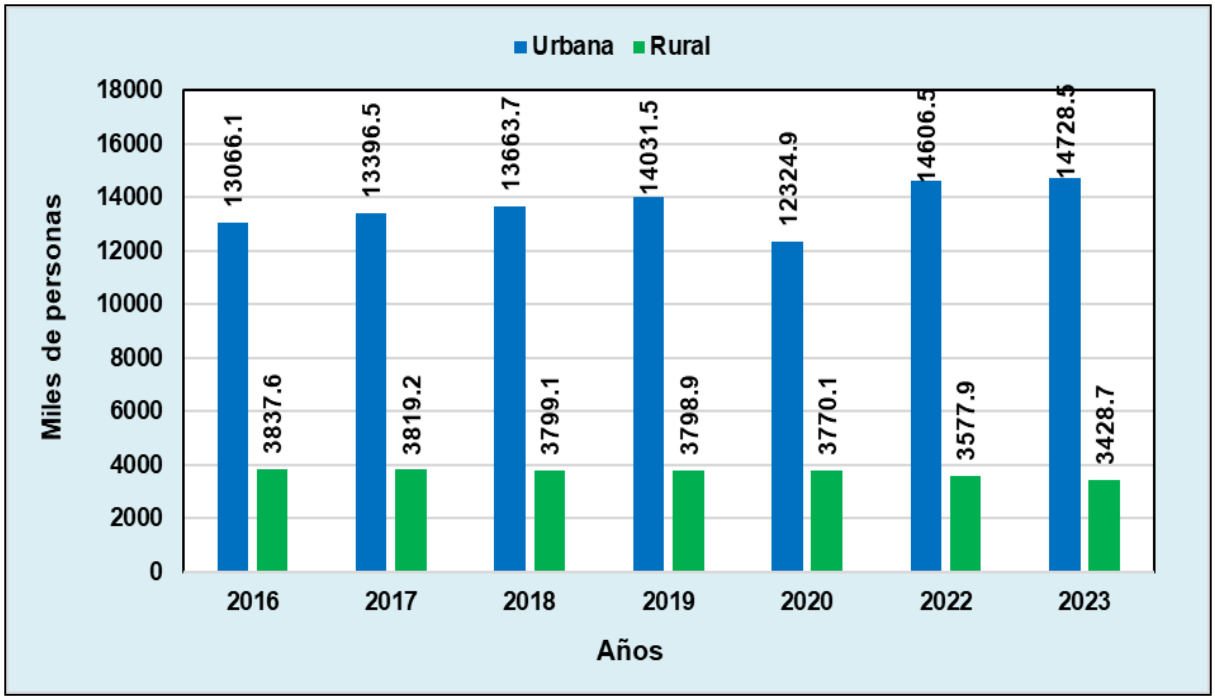
Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

2.3.13.2.1 Población Económicamente Activa (PEA), Urbano y Rural.

Entre 2016 y 2019, la Población Económicamente Activa (PEA) urbana en Loreto mostró un crecimiento sostenido, pasando de 13 066,1 mil a 14 031,5 mil personas, mientras que la PEA rural se mantuvo prácticamente estable en torno a 3 800 mil personas. Este comportamiento refleja la concentración progresiva de la fuerza laboral en las ciudades, mientras que en las zonas rurales la participación laboral permaneció estancada.

En 2020, durante la pandemia, la PEA urbana cayó drásticamente a 12,324,9 mil, evidenciando el fuerte impacto de la crisis sanitaria y económica en el empleo urbano. La PEA rural, en cambio, se redujo ligeramente a 3 770,1 mil, mostrando una mayor estabilidad en el ámbito rural, donde predominan actividades de subsistencia e informalidad; Posteriormente, en 2022 y 2023, la PEA urbana se recuperó con fuerza hasta alcanzar 14 728,5 mil personas en 2023, superando los niveles prepandemia, mientras que la PEA rural siguió una tendencia descendente, reduciéndose a 3 428,7 mil personas en 2023.

Gráfico N° 48 Región Loreto. Población Económicamente Activa (PEA), según área Urbano y Rural. 2016- 2023. (miles de personas)



Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

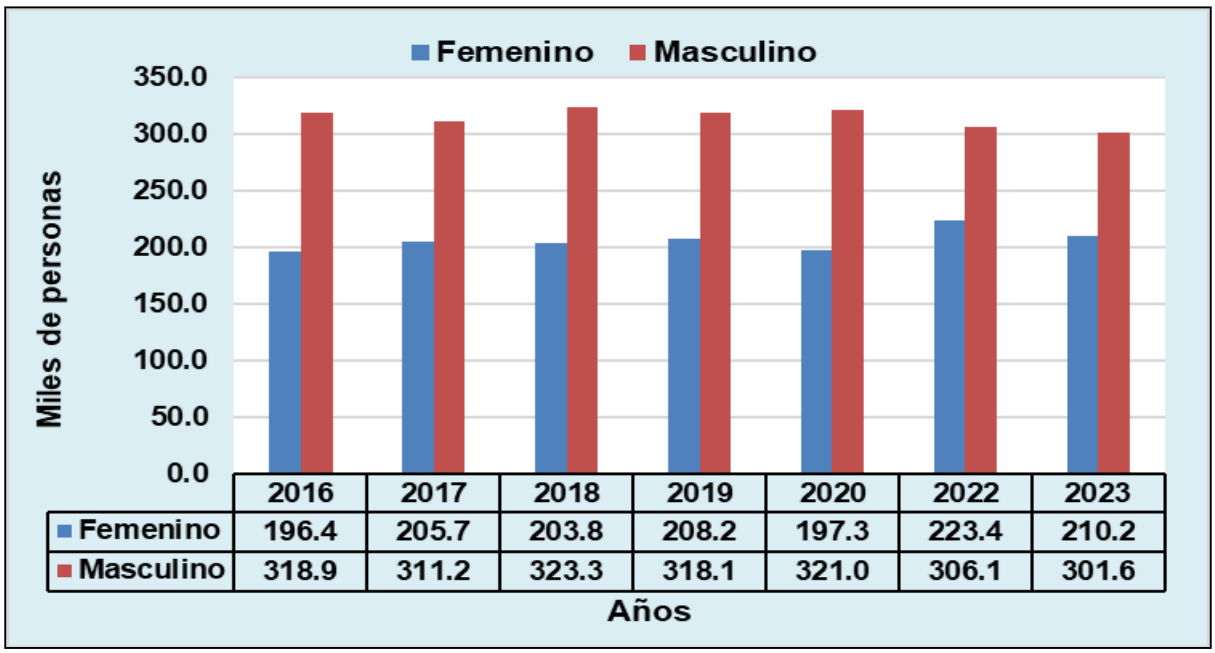
Según enfoque de la salud pública, el crecimiento urbano de la PEA refleja una mayor presión sobre los servicios de salud en ciudades, donde se concentra la demanda asistencial, especialmente por enfermedades transmisibles y crónicas vinculadas a estilos de vida urbanos, la disminución en el área rural puede estar asociada a migración interna hacia zonas urbanas, con impacto en la desatención sanitaria en comunidades rurales y la persistencia de brechas en acceso a servicios básicos de salud, la alta proporción de informalidad laboral en ambos contextos limita el acceso a seguros de salud, aumentando la vulnerabilidad de la población económicamente activa frente a emergencias sanitarias y enfermedades ocupacionales.

2.3.13.2.2 Población Económicamente Actica, según sexo

La PEA masculina sigue siendo superior a la femenina, aunque la brecha se ha reducido ligeramente en los últimos años debido al mayor crecimiento relativo de la participación femenina.

Entre 2016 y 2023, la PEA en Loreto muestra fluctuaciones tanto en hombres como en mujeres. Aunque los varones representan la mayor parte de la fuerza laboral, se observa una participación creciente de las mujeres, especialmente en 2022, lo que evidencia un cambio en la estructura de la población económicamente activa de la región.

Gráfico N° 49 Región Loreto. Población Económicamente Activa (PEA), según sexo. 2016- 2023. (miles de personas)



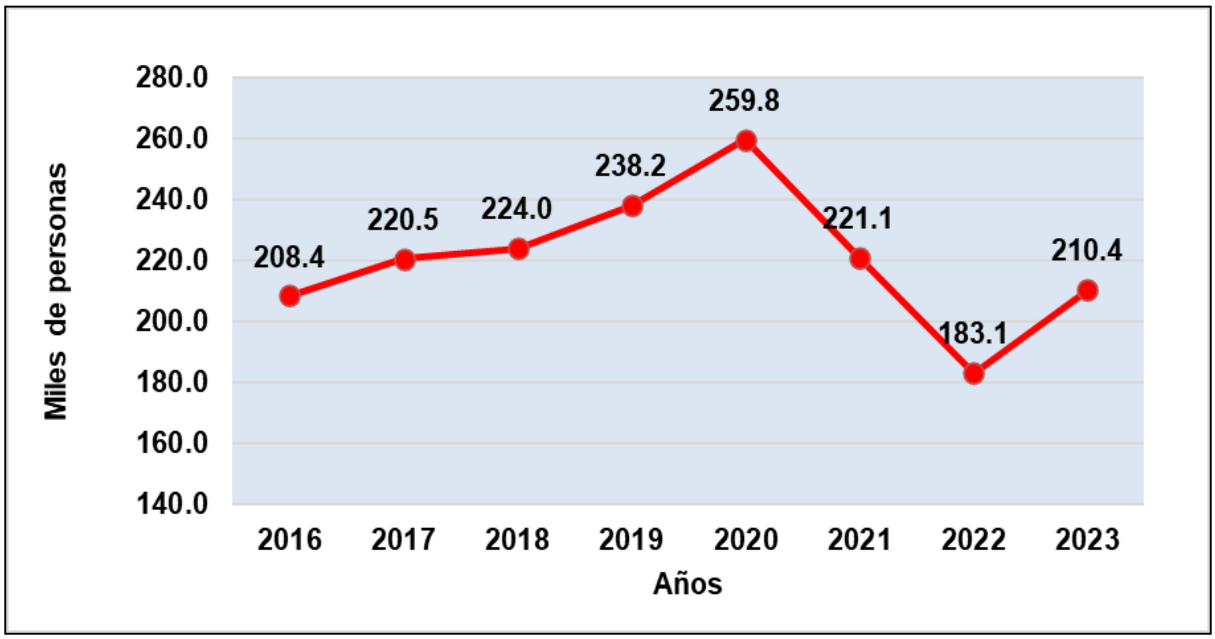
	2016	2017	2018	2019	2020	2022	2023
Femenino	196.4	205.7	203.8	208.2	197.3	223.4	210.2
Masculino	318.9	311.2	323.3	318.1	321.0	306.1	301.6

Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

2.3.13.3 Población Económicamente Inactiva (PEI)

Es el conjunto de personas en edad de trabajar (14 años y más) que no participan en la producción de bienes y servicios porque no trabajan ni buscan activamente empleo**.**

Gráfico N° 50 Región Loreto. Población Económicamente Inactiva (PEI). 2016- 2023. (miles de personas)



Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

La población económicamente inactiva en Loreto mostró una tendencia creciente entre 2016 y 2020, pasando de 208,4 mil a 259,8 mil personas, lo que refleja un aumento de la proporción

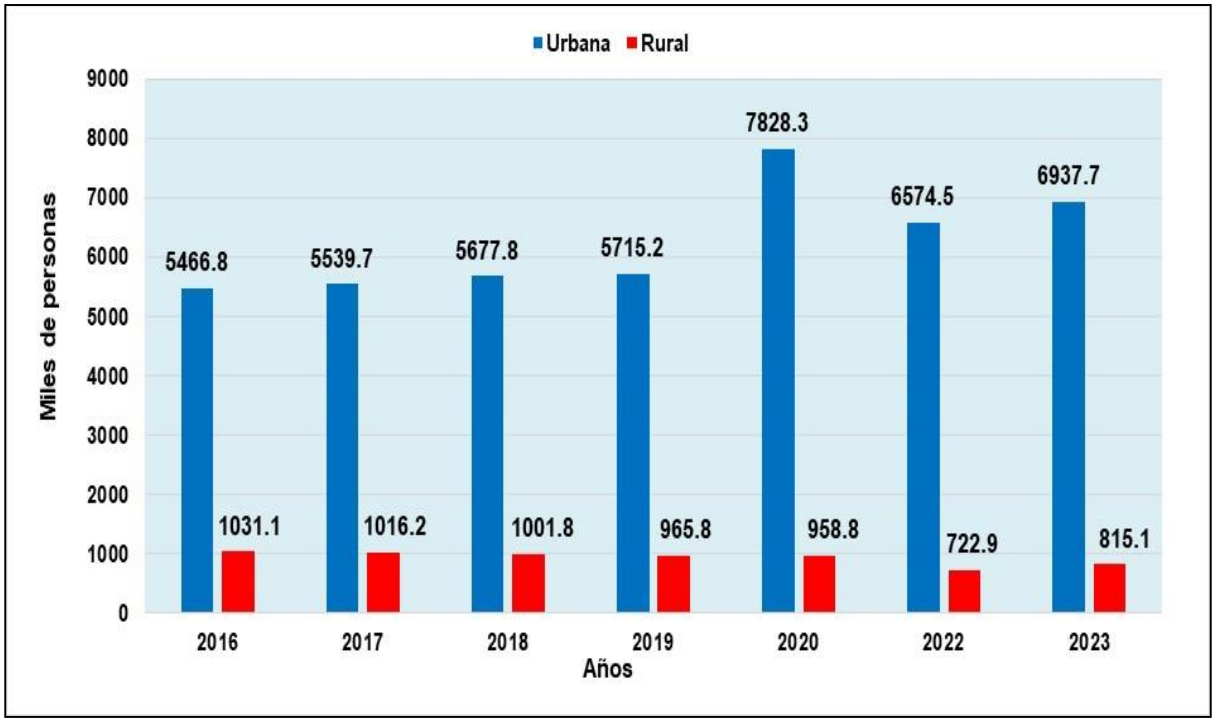
de estudiantes, amas de casa, jubilados u otros inactivos. En 2021 y 2022, se observa una fuerte reducción (221,1 mil y 183,1 mil, respectivamente), probablemente asociada a la necesidad de reincorporarse al mercado laboral tras el impacto económico de la pandemia. Sin embargo, en 2023 la PEI volvió a incrementarse a 210,4 mil personas, lo que indica cierta recomposición del grupo inactivo.

En el marco de la salud pública, el aumento de la población inactiva implica mayor presión sobre la población económicamente activa (PEA), lo que puede generar desigualdades en los ingresos familiares y en el acceso a servicios de salud, los adultos mayores y personas con limitaciones de salud, dentro de la PEI, requieren mayores servicios de atención sanitaria y programas de protección social, especialmente en zonas rurales donde las brechas de acceso son más críticas y la reducción temporal de la PEI en 2021–2022 puede reflejar un incremento de la informalidad laboral y, por ende, de trabajadores sin cobertura de seguro de salud, aumentando la vulnerabilidad de la población ante enfermedades y emergencias sanitarias.

2.3.13.3.1.1 Población Económicamente Inactiva (PEI), Urbano y Rural

En el periodo analizado, la Población Económicamente Inactiva (PEI) urbana presentó un crecimiento sostenido de 2016 a 2019, seguido de un salto abrupto en 2020 (7 828,3 mil personas) debido al impacto de la pandemia y las restricciones laborales. Posteriormente, descendió en 2022 (6 574,5 mil), pero volvió a aumentar en 2023 (6 937,7 mil); En contraste, la PEI rural mostró una tendencia ligeramente decreciente entre 2016 y 2020 (de 1 031,1 a 958,8 mil), con una reducción marcada en 2022 (722,9 mil). En 2023 aumentó levemente a 815,1 mil, aunque sin recuperar los niveles previos.

Gráfico N° 51 Región Loreto. Población Económicamente Inactiva (PEI), según área Urbano y Rural. 2016- 2023. (miles de personas)



Fuente: INEI-Encuesta permanente del Empleo Nacional

El incremento urbano de la PEI en pandemia refleja la vulnerabilidad de las familias que dependen de un solo sostén económico, con impacto en el acceso a alimentos y servicios de salud y la reducción sostenida en el área rural puede vincularse a migración hacia ciudades,

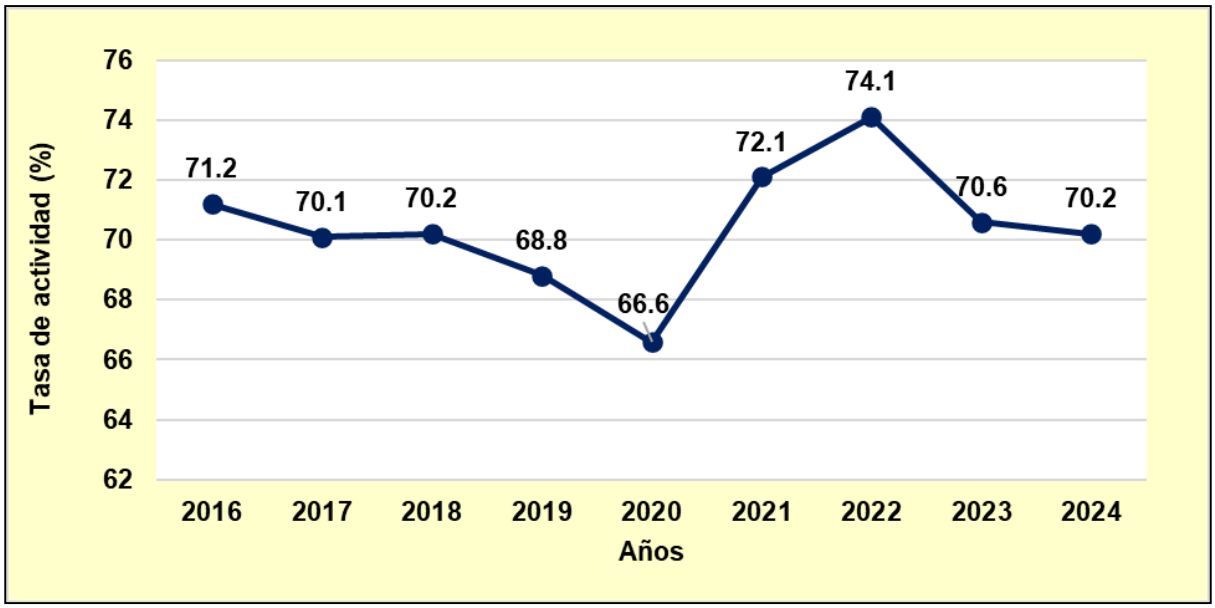
lo que incrementa la presión sobre los sistemas de salud urbanos y deja rezagada la atención sanitaria en comunidades rurales.

2.3.13.4 Tasa de Actividad:

La tasa de actividad, definida por el INEI como la proporción de la población económicamente activa (PEA) respecto a la población en edad de trabajar (PET), expresa el nivel de participación de la población en el mercado laboral. En el caso de la región Loreto, 2024, este indicador refleja la dinámica del empleo y la disponibilidad de fuerza laboral frente a la estructura demográfica local.

En todos los años, la participación de la fuerza de trabajo en la región Loreto, tuvo una tendencia estable desde el año 2016 al 2018, luego sufre un descenso en el 2020 a 66.6% durante la pandemia de COVID-19, se incrementa en los años 2021 y 2022 con 72.1% y 74.3% respectivamente, en la población en Edad de Trabajar participa activamente en el mercado de trabajo, sea en condición de ocupado o buscando empleo. la fuerza laboral en cada año respectivo. (Gráfico N° 52).

Gráfico N° 52 Tasa de Actividad Total. Región Loreto. 2016- 2024. (Porcentaje)



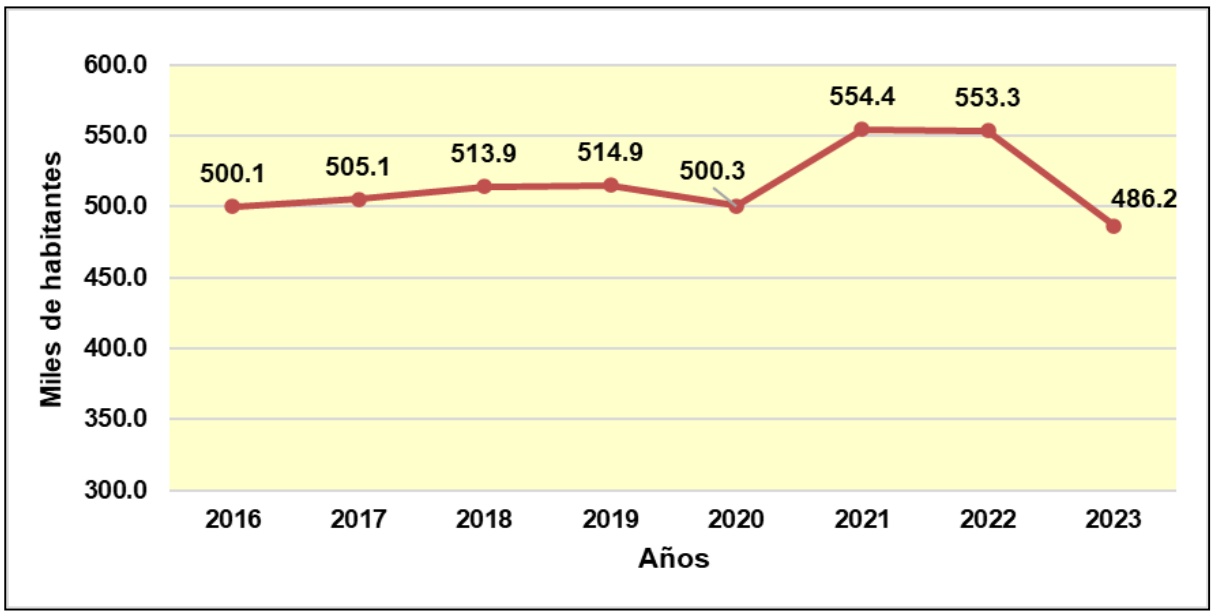
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares sobre condición de vida y pobreza 2016-2024.

2.3.13.4.1 Población Económicamente Activa Ocupada

Es el conjunto de personas de 14 y más años de edad que, durante el período de referencia, tuvieron trabajo **o** realizaron alguna actividad económica al menos una hora, ya sea de manera remunerada **(**asalariados, independientes, empleadores, trabajadores familiares no remunerados) o no remunerada en ayuda a un negocio familiar o comunitario.

Entre 2016 y 2023, la PEA ocupada en Loreto mostró una tendencia de crecimiento hasta 2019, seguida de una caída en 2020 por la pandemia, una rápida recuperación en 2021–2022, y finalmente una reducción abrupta en 2023, lo cual evidencia la vulnerabilidad del mercado laboral regional frente a choques externos y la necesidad de políticas orientadas a la formalización y estabilidad del empleo.

Gráfico N° 53 . Región Loreto. Población Ocupada por empleo formal y empleo informal. 2016- 2023. (miles de personas)

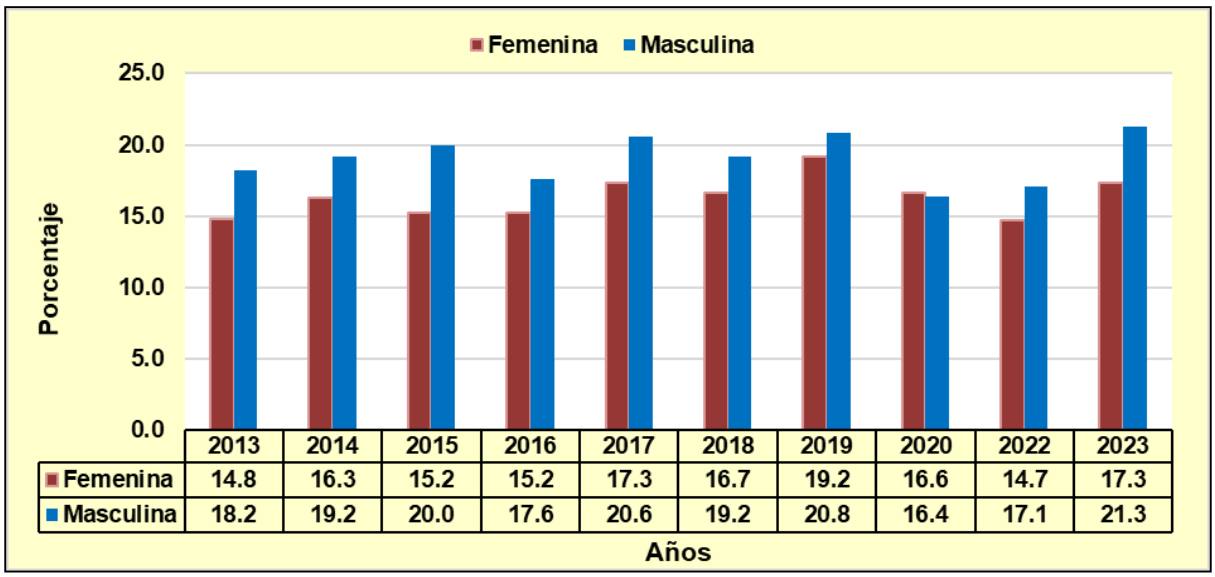


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Permanente de Empleo Nacional.

2.3.13.4.2 Tasa de empleo Formal según Sexo

Entre 2013 y 2023, la tasa de empleo formal en Loreto se mantuvo baja y desigual según sexo, con una participación masculina superior a la femenina. Aunque ambos grupos experimentaron una caída durante la pandemia en 2020, la recuperación posterior fue más favorable en hombres, lo que evidencia la necesidad de políticas que promuevan mayor equidad de género en el acceso al empleo formal.

Gráfico N° 54 Región Loreto. Tasa de empleo formal según sexo 2013- 2023



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2022	2023
Femenina	14.8	16.3	15.2	15.2	17.3	16.7	19.2	16.6	14.7	17.3
Masculina	18.2	19.2	20.0	17.6	20.6	19.2	20.8	16.4	17.1	21.3

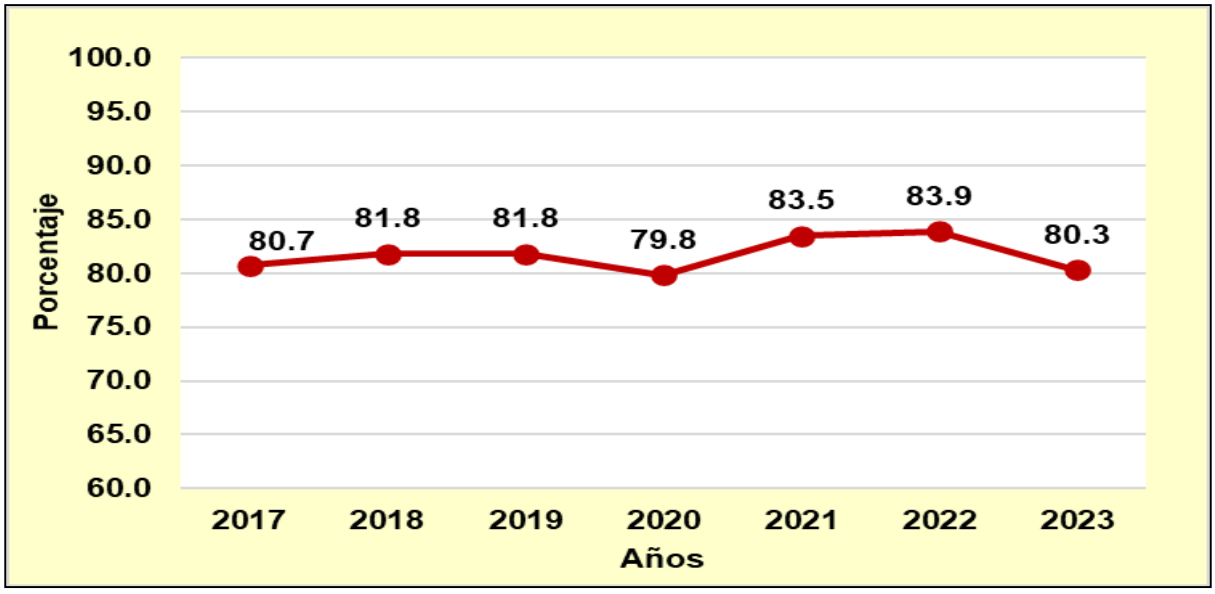
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Permanente de Empleo Nacional.

2.3.13.4.3 Tasa de empleo Informal

En la región Loreto, la tasa de empleo informal se mantiene persistentemente elevada (≥79 % entre 2017 y 2023), reflejando que la mayoría de la población ocupada labora sin acceso

a beneficios sociales ni cobertura de salud. Esta situación constituye un determinante social crítico, ya que incrementa la vulnerabilidad frente a enfermedades, limita el acceso oportuno a servicios de salud y acentúa las desigualdades socioeconómicas. La persistencia de la informalidad laboral representa un reto estructural para la salud pública y el desarrollo regional, al comprometer la seguridad económica y el bienestar integral de la población.

Gráfico N° 55 Región Loreto. Tasa de empleo informal. 2017- 2023



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Permanente de Empleo Nacional.

2.3.13.4.4 Tasa de empleo Informal según sexo

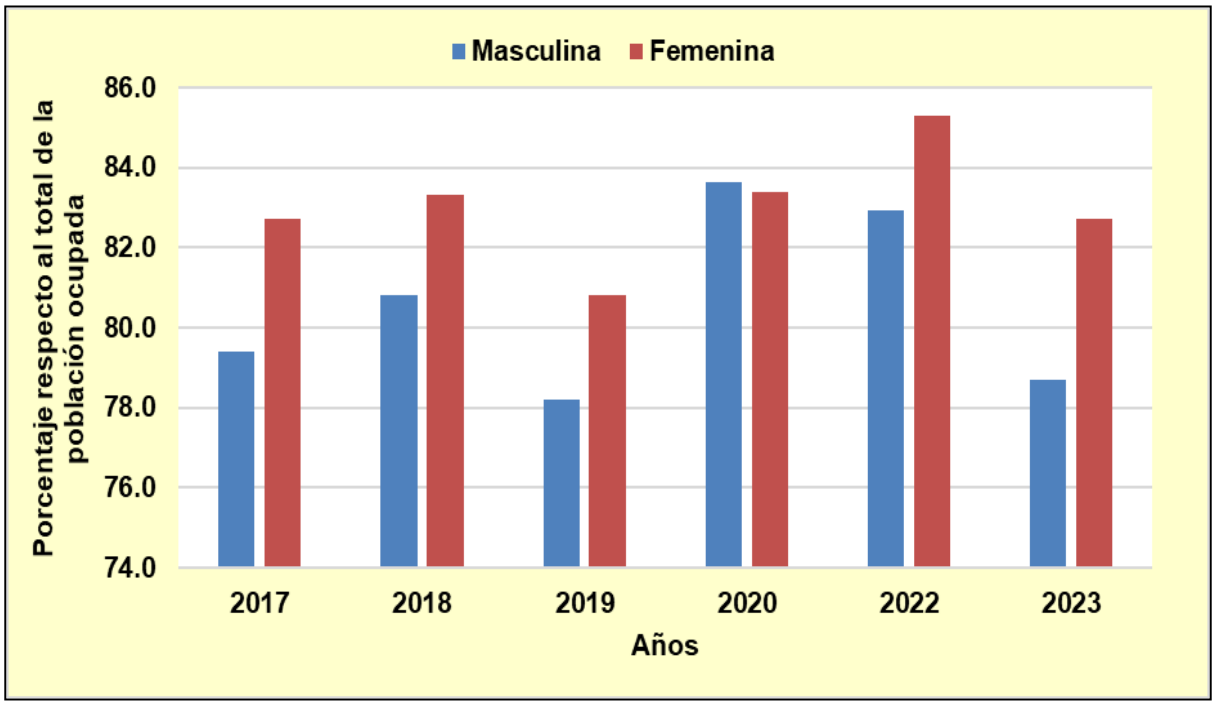
La tasa de empleo informal en Loreto se mantiene alta en hombres y mujeres, con mayor afectación en la población femenina. Desde la salud pública, esto implica desigualdad en el acceso a servicios sanitarios, precariedad laboral y riesgos en la salud física y mental, lo que refuerza la necesidad de políticas intersectoriales para reducir la informalidad y proteger a la población trabajadora.

En el sexo masculino, la mayoría de los varones trabajan sin seguro de salud ni pensión, lo que limita su acceso a protección social y aumenta su vulnerabilidad frente a enfermedades y accidentes laborales

En el sexo femenino; hay mayor precariedad laboral, menor acceso a empleo formal y sobrecarga de trabajo no remunerado. Esta situación incrementa desigualdades de género, dificulta el acceso a servicios de salud y aumenta la exposición a riesgos ocupacionales

La informalidad laboral en Loreto es crítica en ambos sexos, pero afecta más a las mujeres, acentuando desigualdades estructurales. Desde la salud pública, esta situación compromete la seguridad económica y social de la población, limita la cobertura universal de salud y exige políticas intersectoriales que reduzcan la informalidad y promuevan la equidad de género.

Gráfico N° 56 Región Loreto. Tasa de empleo informal. 2017- 2023



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Permanente de Empleo Nacional.

2.3.14 Ingresos

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el término ingreso se entiende como el monto percibido por la persona ocupada por su actividad económica, sea en dinero o en especie; este monto se emplea para identificar condiciones como el empleo adecuado o el subempleo por ingresos, considerándose que una persona puede estar en subempleo invisible cuando trabaja 35 o más horas semanales, pero recibe ingresos por debajo del ingreso mínimo referencial establecido por el INEI.

2.3.14.1.1 Ingreso Promedio mensual proveniente del trabajo

Durante la última década, el ingreso promedio mensual en Loreto experimentó un aumento significativo entre 2013 y 2015, este incremento fue progresivo, llegando a su valor más alto.

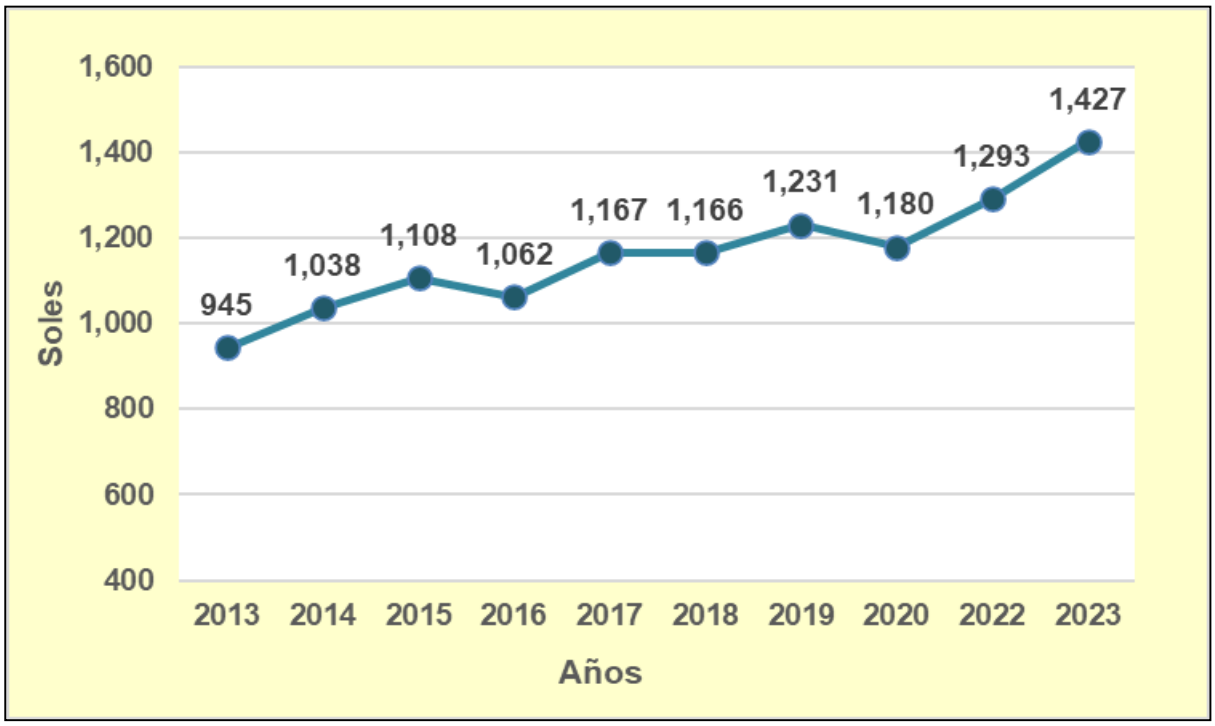
La región pasó de un máximo 945 soles mensuales promedio en el 2013 a 1,427 soles en el 2023, lo que representa un aumento significativo y plantea la necesidad de analizar los factores económicos, sociales y laborales que han influido en este comportamiento.

El aumento del ingreso promedio mensual del trabajo en Loreto entre 2013 y 2023 puede explicarse por varios determinantes propios de la región: la formalización de algunos empleos, aumento del empleo en el sector público, aumento del sueldo mínimo vital (Decreto Supremo N.º 007-2012-TR. S/. 750 soles y Decreto Supremo N.º 003-2022-TR
2023, S/ 1,025 soles) entre otros.

La informalidad sigue siendo uno de los problemas más recurrentes en Loreto y en el Perú; limita el acceso a empleo formal, seguridad social y mejores salarios. Esto hace que gran parte de la población dependa de actividades con baja productividad y escasa protección laboral, impactando negativamente los ingresos promedio.

El nivel educativo de los trabajadores tiene una relación directa con los ingresos; sin embargo, Loreto muestra altos porcentajes de población con baja escolaridad o formación

Gráfico N° 57 Región Loreto. Ingreso promedio mensual del trabajo. 2013- 2023



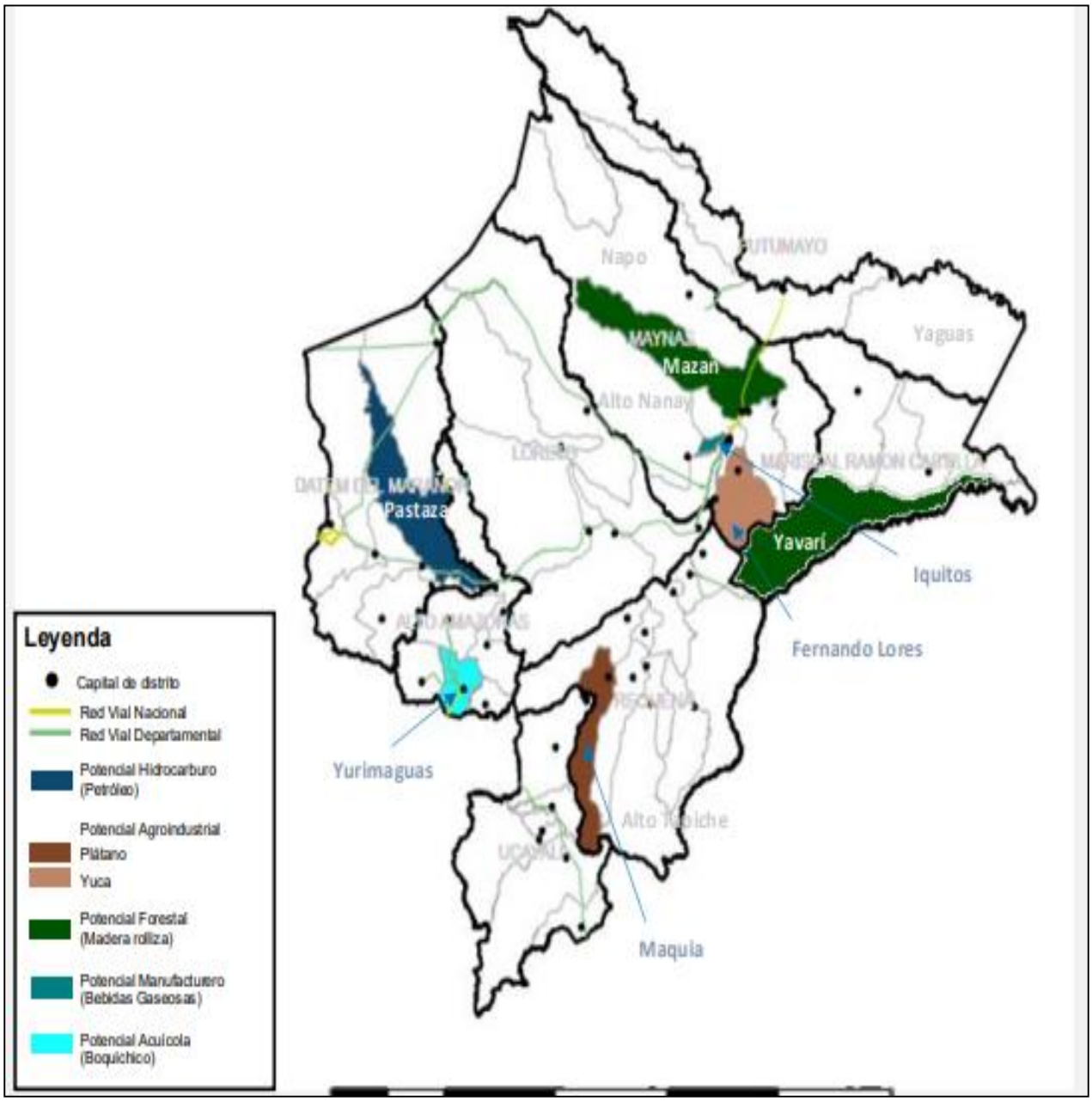
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Permanente de Empleo Nacional.

2.3.15 Actividad y zonas productivas predominantes de la región Loreto

En 2024, Loreto mantiene un perfil productivo basado en hidrocarburos, explotación forestal y agricultura tradicional, con un incipiente desarrollo acuícola y agroindustrial. La manufactura se concentra en Iquitos y Yurimaguas, pero aún de forma limitada. Estos sectores muestran potencial, aunque condicionados por retos estructurales: aislamiento geográfico, débil infraestructura, conflictos socioambientales y presión ambiental sobre recursos naturales.

Hidrocarburos: Genera ingresos y empleo, pero también riesgos ambientales que afectan la salud (contaminación del agua, impacto en comunidades indígenas).
Agroindustria: Potencial de valor agregado para mejorar ingresos familiares; contribuye a seguridad alimentaria y nutricional.
Forestal: Potencial de valor agregado para mejorar ingresos familiares; contribuye a seguridad alimentaria y nutricional.
Manufactura: Puede generar empleos formales si se impulsa la transformación agroforestal y acuícola; contribuye a diversificación económica.
Acuicultura y Pesca: Potencial sostenible para mejorar ingresos y seguridad alimentaria; fortalece la dieta proteica regional y exportación.

Mapa N° 8 Región Loreto. Zonas productivas predominantes. 2024.



fuente: Produce, SUNAT, INEI elaboración: PRODUCE / OGEIEE – oficina de estudios económicos (OEE)

CAPÍTULO III.ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA OFERTA

3.1 RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHUS)

Los recursos humanos en salud (RHS) constituyen el eje fundamental para garantizar la atención integral de la población en la región Loreto. En el 2024, el sistema de salud regional se encuentra conformado por múltiples actores: la Gerencia Regional de Salud (GERESA Loreto) con sus redes y establecimientos del primer y segundo nivel, los hospitales de referencia, el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, así como un creciente sector privado y organizaciones formadoras de profesionales (universidades e institutos).
El periodo 2020–2024 ha estado fuertemente condicionado por el impacto de la pandemia de COVID-19, que evidenció la vulnerabilidad del sistema sanitario amazónico y aceleró contrataciones temporales bajo diversas modalidades (CAS, locación, SERUMS), reforzando la necesidad de políticas de retención e incentivos diferenciados para zonas rurales y de frontera. Pese a los esfuerzos, persiste una alta rotación de profesionales y limitaciones en la formación especializada en medicina y enfermería comunitaria, salud intercultural y control de vectores.

3.1.1 Recursos Humanos del Sector Salud

Entre 2018 y 2023, la disponibilidad de recursos humanos en salud en Loreto muestra un crecimiento sostenido, pasando de 7,882 trabajadores en 2018 a 11,901 en 2023 (un aumento de casi 51%). Este incremento refleja la necesidad de responder a la mayor demanda de servicios, especialmente durante y después de la pandemia de COVID-19.

Predominio del sector público (MINSA y Gobiernos Regionales): concentran entre 85% y 87% del personal en todo el periodo, lo que confirma que la atención en Loreto depende principalmente de los establecimientos de la red pública. Esto refuerza la importancia de fortalecer la gestión regional (GERESA y redes) para mejorar cobertura y equidad. EsSalud ocupa el segundo lugar en importancia, con una participación fluctuante entre 8.5% y 11%. Su rol es clave en atención hospitalaria y de especialidades, sobre todo en Iquitos, Las Sanidades de FF.AA. y PNP tienen participación marginal (<1% cada una), pero cumplen una función estratégica en zonas específicas y en respuesta a emergencias, el sector privado crece ligeramente, aunque sigue siendo reducido (1–2% del total). Su aporte es complementario, concentrado en áreas urbanas y servicios especializados, otros sectores (INPE, Ministerio Público, Ministerio de Educación) tienen presencia mínima y no influyen significativamente en la disponibilidad global.

Tabla N° 21 **Región Loreto. Recursos Humanos del Sector Salud por años, según Instituciones. 2018-2023.**

Instituciones del sector salud	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Loreto	**7882**	**100.0**	**8,488**	**100.0**	**9,192**	**100.0**	**11,243**	**100.0**	**11,415**	**100.0**	**11,901**	**100.0**
MINSA y Gobiernos Regionales	6,720	85.3	7,236	85.2	8,015	87.2	9,556	85.0	9,851	86.3	10,337	86.9
ES SALUD	794	10.1	803	9.5	783	8.5	1,245	11.1	1025	9.0	1,025	8.6
Sanidad de la Policía Nacional	0	0.0	54	0.6	54	0.6	46	0.4	54	0.5	54	0.5
Sanidad del Ejercito	87	1.1	81	1.0	74	0.8	57	0.5	72	0.6	72	0.6
Sanidad de la Marina	107	1.4	59	0.7	57	0.6	48	0.4	32	0.3	32	0.3
Sanidad de las Fuerza Aérea	42	0.5	34	0.4	34	0.4	36	0.3	54	0.5	54	0.5
SISOL	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
INPE	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.0	4	0.0	4	0.0
Ministerio Público	49	0.6	52	0.6	52	0.6	0	0.0	68	0.6	68	0.6
Ministerio de Educación	2	0.0	3	0.0	3	0.0	2	0.0	4	0.0	4	0.0
Sector Privado	81	1.0	166	2.0	120	1.3	251	2.2	251	2.2	251	2.1

Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 - 2023

3.1.1.1 Densidad de Recursos Humanos en el sector salud

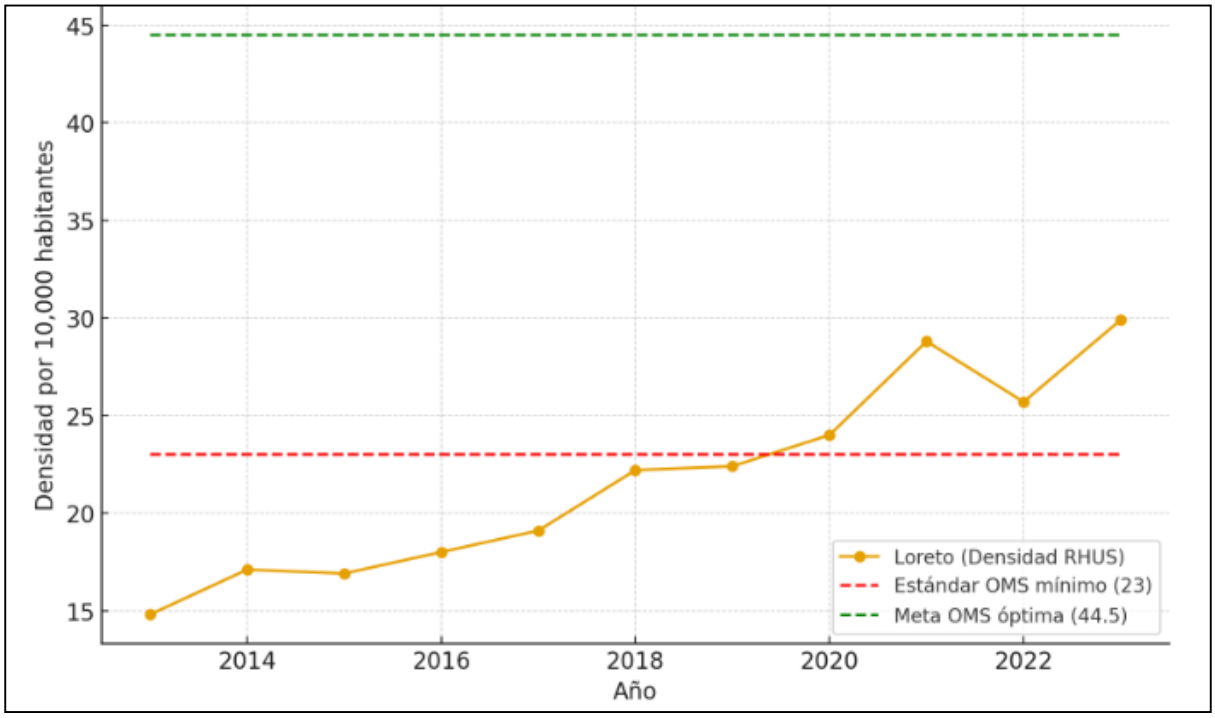
Densidad de recursos humanos del sector salud: número de profesionales de salud (por ejemplo, médicos, enfermeras/os, obstetras), activos en el sector público (o según cobertura institucional aplicable), en un año dado, dividido entre la población correspondiente del área geográfica (departamento, región o nacional). Se suele expresar por cada 10,000 habitantes.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en 2006, la OMS fijó el umbral de 23 profesionales de salud esenciales (médicos, enfermeras y obstetras) por cada 10,000 habitantes como mínimo requerido para garantizar atención básica en servicios de salud esenciales. Estudios más recientes (OMS, Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030) estiman que para alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS) se requieren alrededor de 44.5 por cada 10,000 habitantes.

Entre 2013 y 2017, Loreto estuvo muy por debajo del mínimo (≤ 19.1), lo que refleja alta vulnerabilidad del sistema de salud frente a emergencias, desabastecimiento de personal y limitaciones para cobertura universal, a partir de 2018, Loreto alcanza el mínimo de 23 recomendado por la OMS, lo que indica un punto de mejora en la disponibilidad de personal. En 2023, Loreto llega a 29.9, lo que supone un avance sostenido, pero aún por debajo de la meta óptima (44.5), lo que limita la capacidad de respuesta ante enfermedades transmisibles, crónicas y emergencias sanitarias.

Desde el enfoque de salud pública, esta situación limita el logro de la Cobertura Universal en Salud, afectando la equidad, la oportunidad y la calidad de los servicios, en especial en comunidades rurales y dispersas. La prioridad es cerrar la brecha con políticas de redistribución, incentivos de retención y fortalecimiento del primer nivel de atención para garantizar que el aumento de personal se traduzca en mejoras efectivas en los indicadores de salud de la región.

Gráfico N° 58 Región Loreto. Densidad de Recursos Humanos en el sector salud.



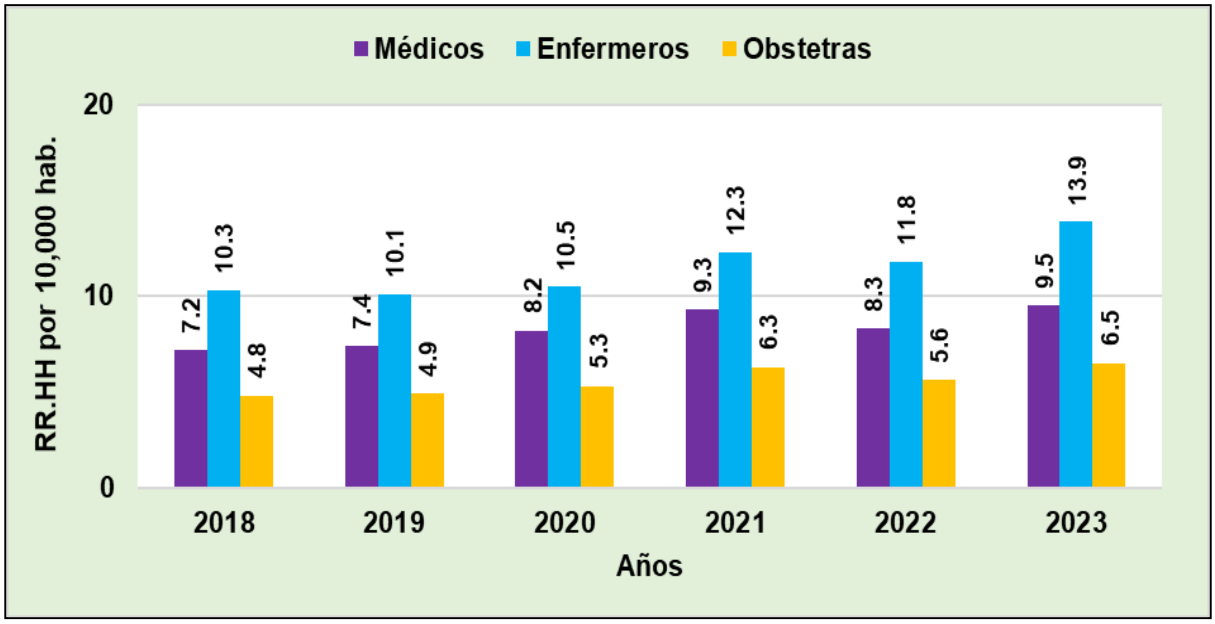
Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 - 2023

En conclusión, si bien la región Loreto ha mostrado un incremento progresivo y alentador, todavía se encuentra con déficit relativo de personal de salud frente al estándar internacional, lo que justifica la necesidad de políticas de retención, formación y redistribución de profesionales, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso.

3.1.1.1.1 Densidad de Recursos Humanos de los profesionales: Médicos, Enfermeros y Obstetras

La OMS ha sugerido que para una cobertura adecuada de servicios básicos de salud (incluyendo nacimiento asistido, vacunas, etc.), se necesita al menos 23 profesionales de salud (sumando médicos, enfermeras y obstetras) por cada 10,000 habitantes; También se menciona que en ciertos estándares nacionales locales (ejemplo de distrito) se consideran valores meta como: 10 médicos / 10,000; 10 enfermeras / 10,000; 5 obstetras /10,000 para el "equipo básico" de atención primaria.

Gráfico N° 59 Región Loreto. Densidad de Recursos Humanos, de las profesiones Médicos, Enfermeros y Obstetras en el sector salud. 2018-2023 (Por cada 10 mil habitantes).



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 - 2023

Densidad de Recursos Humanos en comparación con los estándares

Médicos, Loreto mantuvo una densidad de 7.2–9.5 por 10,000 hab., muy por debajo del estándar OMS (10–15) y del promedio nacional (13.6 en 2023); Esto refleja déficit crónico de médicos generales y especialistas, lo que se traduce en largos tiempos de espera, derivaciones innecesarias y limitada resolución en la atención primaria, especialmente en zonas rurales y de frontera.
Enfermeras/os, se reporta una densidad de 10.3-13.9 por 10,000 hab., menor al estándar internacional (15–20) y al nacional (15.6). El déficit de enfermería compromete la cobertura de programas preventivos y promocionales (inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, salud materno-infantil), que son claves en territorios amazónicos de difícil acceso.
Obstetras, la densidad de 4.8-6.5 muestra una cifra cercana al estándar OMS (5–7) y al promedio nacional (5.3). Este grupo ocupacional está ligado a la atención de salud sexual y reproductiva, el control prenatal oportuno y la prevención de la mortalidad materna y neonatal, indicadores críticos en la Amazonía.

Equipo básico (Médicos + Enfermeras + Obstetras), Loreto pasó de 14.8 en 2013 a 29.9 en 2023. Desde 2020 superó el mínimo de 23 por 10,000 hab. sugerido por OMS (2006), lo cual representa un avance positivo.

Sin embargo, sigue por debajo de la meta de 44.5 por 10,000 hab. (OMS 2016 para Cobertura Universal en Salud). Esto significa que, aunque hubo progresos, la región no cuenta aún con los recursos suficientes para garantizar servicios universales, oportunos y de calidad, sobre todo considerando la extensión geográfica, dispersión poblacional, transporte limitado y dificultades logísticas.

Tabla N° 22 Región Loreto. Cuadro comparativo de densidad de Recursos Humanos en salud, según estándares OPS/OMS, Estándar Nacional. 2023 (Por cada 10 mil habitantes)

Profesional / Equipo	Estándar OMS/OPS (referencia)	Estándar nacional (referencia MINSA/INFORHUS)	Situación Loreto (densidad por 10,000 hab.)
Médicos	10–15 (mínimo aceptable)	Perú 2023: 13.6	Loreto: ~7–8 (2013–2023, debajo del estándar)
Enfermeras/os	15–20 (óptimo)	Perú 2023: 15.6	Loreto: ~10–11 (2013–2023, rezagado)
Obstetras	5–7 (óptimo en SSR)	Perú 2023: 5.3	Loreto: dato puntual no publicado en serie abierta; estimaciones locales indican déficit
Equipo básico (Médicos + Enfermeras + Obstetras)	≥23 (mínimo OMS, 2006); 44.5 (meta OMS para CUS, 2016)	Perú (promedio nacional): todavía por debajo de 23 en varias regiones	Loreto: 2013 = 14.8 → 2023 = 29.9 (superó 23 desde 2020, pero aún debajo de 44.5)

Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

3.1.1.2 Número de profesionales del sector salud

El total de profesionales de salud en Loreto pasó de 2,950 en 2018 a 4,172 en 2023, lo que representa un aumento importante en la capacidad instalada; Los enfermeros, médicos y obstetras concentran la mayor proporción, con un crecimiento sostenido, siendo enfermería la categoría con mayor incremento absoluto (de 1,095 a 1,478). Los Psicólogos, tecnólogos médicos y químicos farmacéuticos también han aumentado, lo que fortalece la atención integral en salud.

Categorías críticas con baja presencia: Ingenieros sanitarios, trabajadores sociales y médicos veterinarios se mantienen con cifras mínimas, lo que refleja una brecha en el enfoque de salud pública, saneamiento y salud ambiental.

Algunas categorías muestran inestabilidad (técnicos especializados, profesionales no especificados), lo que sugiere debilidad en el registro o contratación temporal.

En conclusión, Loreto ha logrado un incremento cuantitativo en su personal de salud entre 2018 y 2023, pero las brechas cualitativas, distributivas y de especialización aún comprometen la equidad y efectividad del sistema de salud, especialmente en zonas rurales dispersas.

Tabla N° 23 Región Loreto. Número de profesionales de la salud del sector salud, según cargos. 2018-2023

Cargo	2018	2019	2020	2021	2022	2023
LORETO	2,950	2,996	3,132	3,801	4,024	4,172
Médico	767	795	839	969	995	1,006
Enfermero	1,095	1,089	1,082	1,281	1,406	1,478
Obstetra	510	529	543	684	667	693
Odontólogo	182	179	181	247	250	254
Biólogo	91	87	128	162	169	177
Ingeniero Sanitario	4	3	3	14	14	14
Nutricionista	20	23	31	39	45	46
Psicólogo	72	68	99	113	159	157
Químico Farmacéutico	115	136	132	156	168	182
Químico	2	2	2	2	2	2
Tecnólogo Médico	67	69	71	90	127	132
Médico Veterinario	2	4	3	3	3	3
Trabajador Social	9	7	12	12	16	14
Técnicos Especializados	9	5	6	6	3	3
Profesionales de la salud no especificado	5	0	1	23	0	0

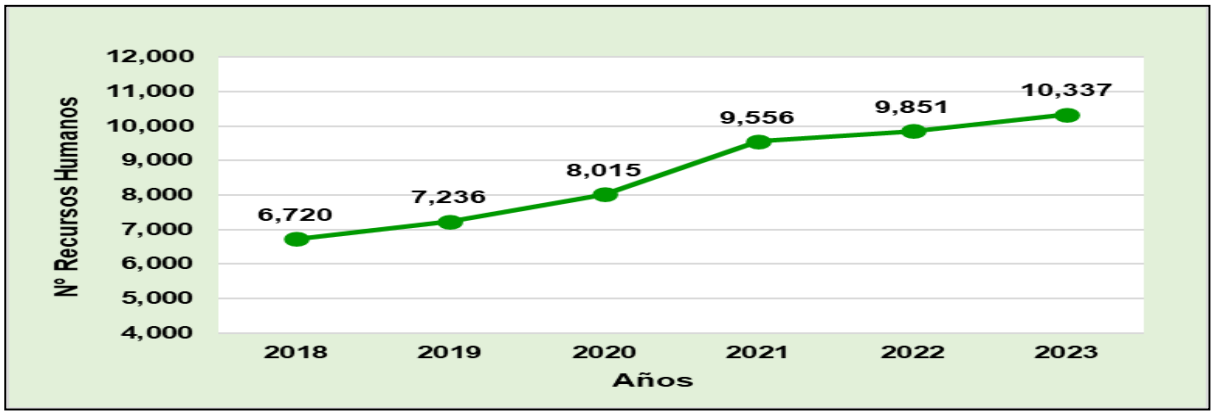
Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

En la Tabla N° 23, observamos en el sector salud, la cantidad de recursos humanos según condición laboral, habiendo la mayor cantidad de contratados por CAS, incrementándose de

3.1.2 Recursos Humanos del MINSA -Gobiernos Regionales

Los recursos humanos en salud constituyen un componente estratégico esencial para garantizar el acceso, la calidad y la equidad en los servicios de salud; en el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) y los Gobiernos Regionales, a través de la Gerencia Regional de Salud (GERESA), son responsables de su gestión, y en Loreto esta labor adquiere especial relevancia por tratarse de la región más extensa del país, con poblaciones dispersas y de difícil acceso, lo que demanda una adecuada planificación, distribución y fortalecimiento de médicos, enfermeros, obstetras y demás profesionales de la salud.

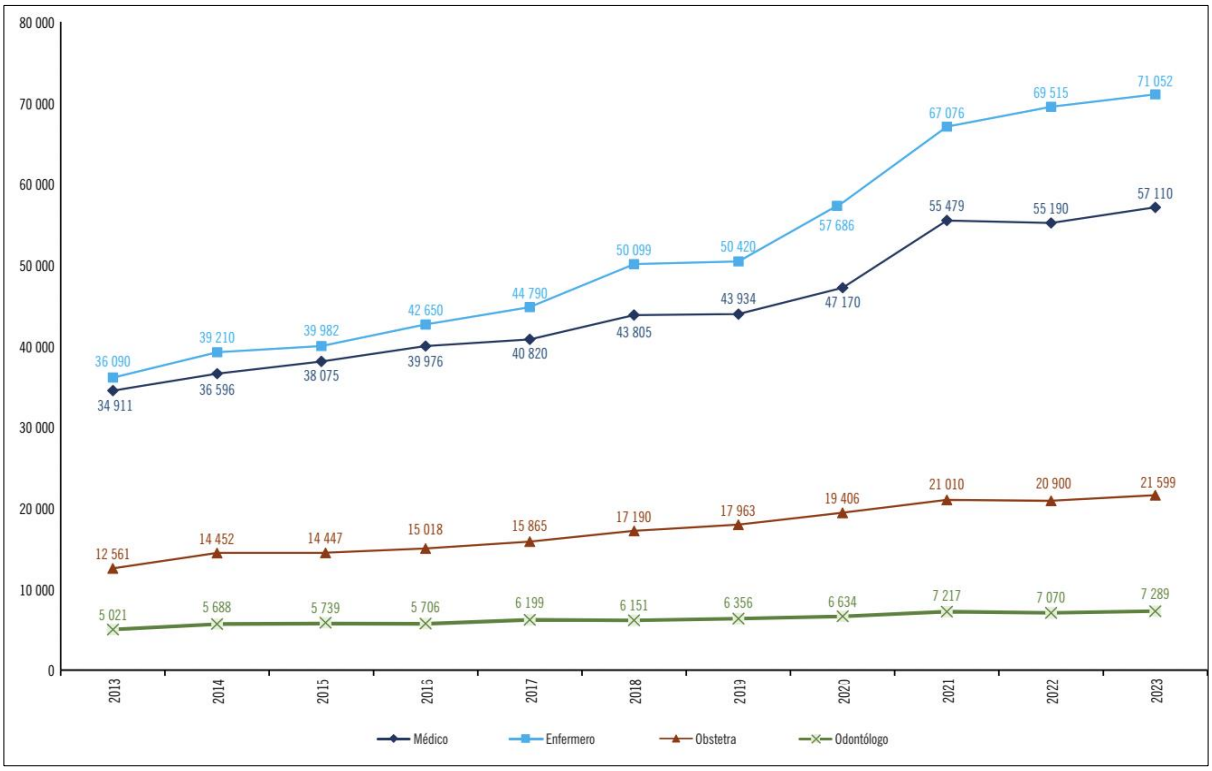
Gráfico N° 60 Región Loreto. Número de Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales. 2018 - 2023



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

El número de recursos humanos en salud del MINSA y los Gobiernos Regionales en Loreto muestra un crecimiento sostenido entre 2018 y 2023, pasando de 6,720 a 10,337 profesionales. Este aumento refleja los esfuerzos por fortalecer la capacidad operativa del sistema sanitario en una región con grandes desafíos geográficos y epidemiológicos. El mayor salto se observa entre 2020 y 2021, en el contexto de la pandemia de COVID-19, lo que evidencia una respuesta institucional orientada a ampliar la cobertura de atención. Sin embargo, pese al crecimiento, persiste la necesidad de mejorar la distribución equitativa de estos recursos en zonas urbanas y rurales, garantizando no solo cantidad, sino también la disponibilidad de perfiles adecuados para atender las prioridades de salud pública en Loreto.

Gráfico N° 61 Perú: Evolución cuantitativa de profesionales en el sector salud, 2013 - 2023.

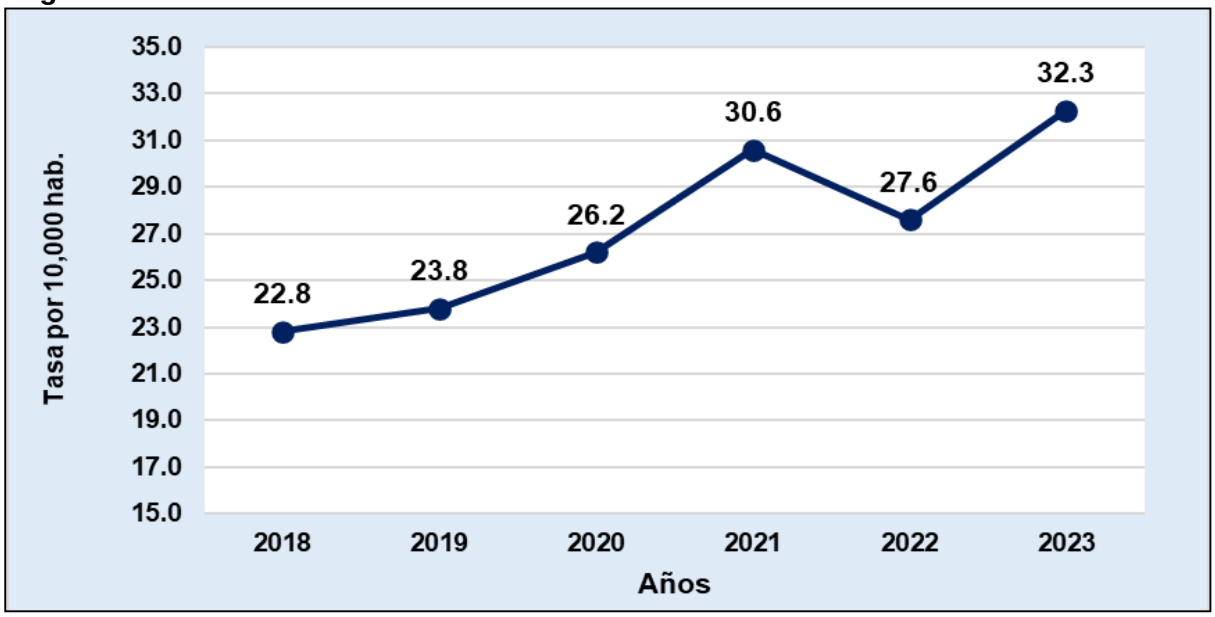


Ministerio de Salud. Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2023.

3.1.2.1 Densidad de Recursos Humanos del MINSA y Gobierno Regional

La densidad de recursos humanos en salud en Loreto muestra un incremento progresivo entre 2018 y 2023, pasando de 22.8 a 32.3 por cada 10,000 habitantes. Este avance evidencia esfuerzos de fortalecimiento del sistema sanitario, sobre todo en respuesta a la pandemia de COVID-19 (pico de 30.6 en 2021). Sin embargo, al compararlo con el estándar de referencia de la OMS (44.5 por 10,000 habitantes para garantizar cobertura universal), la región aún se mantiene por debajo del nivel óptimo. Esto significa que, aunque la oferta de personal de salud ha mejorado, persiste una brecha importante de disponibilidad y distribución, lo que puede afectar la equidad y la capacidad de respuesta en un territorio extenso y disperso como Loreto.

Gráfico N° 62 Región Loreto. Densidad de Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales. 2018 - 2023

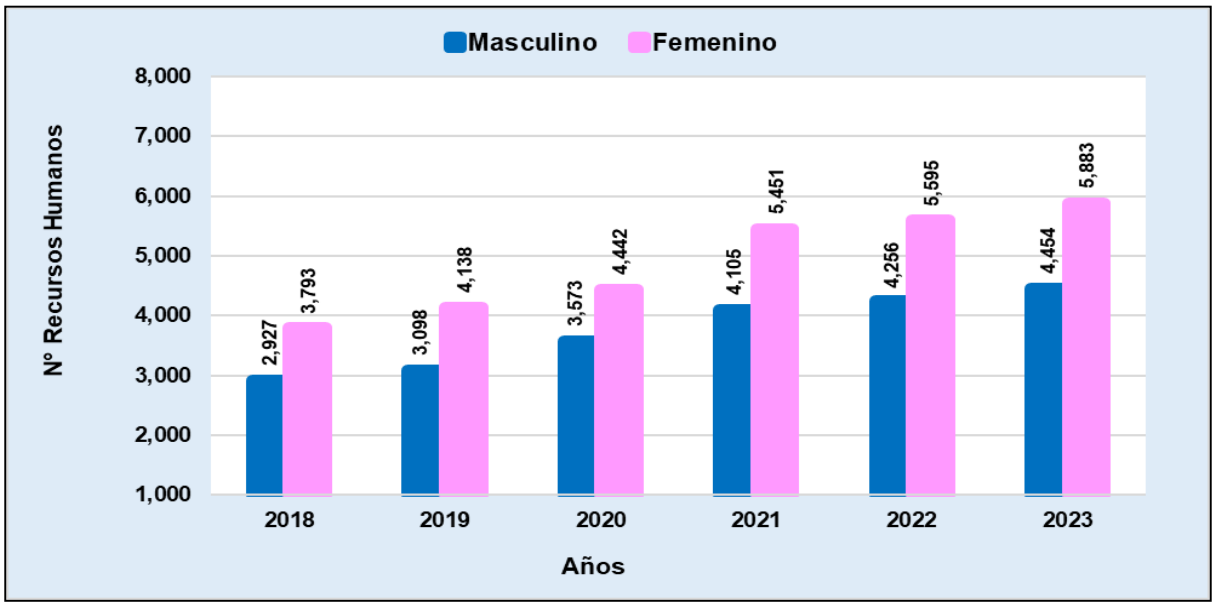


Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

3.1.2.1.1 Recursos Humanos del MINSA y Gobierno Regional según sexo

Entre 2018 y 2023, el número de recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales en Loreto creció tanto en hombres como en mujeres, pero con mayor predominio femenino: en 2023 las mujeres (5,883) superaron ampliamente a los hombres (4,454). Esta tendencia refleja la feminización del sector salud, en especial en profesiones como enfermería y obstetricia, lo que fortalece la atención primaria y materno-infantil, aunque plantea el reto de equilibrar la disponibilidad de especialistas en un contexto de gran dispersión geográfica como Loreto.

Gráfico N° 63 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según sexo. 2018 - 2023



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

3.1.2.1.2 Recursos Humanos del MINSA y Gobierno Regional según categoría de Establecimientos de Salud.

Tabla N° 24 Número de Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según Grupo Ocupacional y Tipo de Régimen. Región de Loreto. 2022

Categorías de EE:SS	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Loreto	**6,720**	**100.0**	**7,236**	**100.0**	**8,015**	**100.0**	**9,556**	**100.0**	**9,851**	**100.0**	**10,337**	**100.0**
Asistencial	**5,888**	**87.6**	**6,335**	**87.5**	**6,847**	**85.4**	**8,162**	**85.4**	**8,647**	**87.8**	**8,951**	**86.6**
I.1	714	10.6	696	9.6	622	7.8	908	9.5	948	9.6	964	9.3
I.2	430	6.4	475	6.6	537	6.7	631	6.6	513	5.2	556	5.4
I.3	1,280	19.0	1284	17.7	1519	19.0	1755	18.4	2151	21.8	2165	20.9
I.4	998	14.9	1069	14.8	1215	15.2	1465	15.3	1501	15.2	1495	14.5
II.1	605	9.0	627	8.7	729	9.1	1014	10.6	355	3.6	352	3.4
II.2	728	10.8	738	10.2	769	9.6	991	10.4	1588	16.1	1772	17.1
III.1	1,011	15.0	1285	17.8	1345	16.8	1265	13.2	1416	14.4	1472	14.2
Sin categoría	122	1.8	161	2.2	111	1.4	133	1.4	175	1.8	175	1.7
Administrativo	**832**	**12.4**	**901**	**12.5**	**1168**	**14.6**	**1394**	**14.6**	**1204**	**12.2**	**1386**	**13.4**
MINSA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.0
GERESA	519	7.7	511	7.1	725	9.0	904	9.5	608	6.2	658	6.4
RED	313	4.7	390	5.4	443	5.5	490	5.1	596	6.1	726	7.0

Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

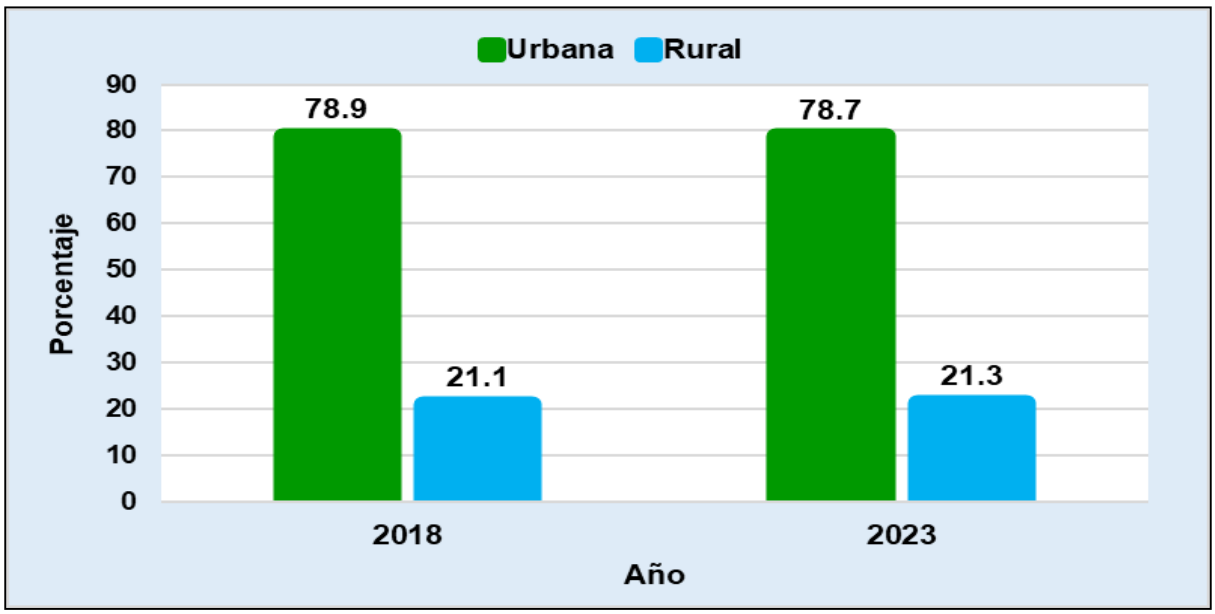
En el marco de la salud pública, los recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales en Loreto (2013–2018) evidencian un incremento progresivo, con mayor peso en el ámbito asistencial (más del 85%), lo que refuerza la capacidad de respuesta en la atención directa a la población.

El crecimiento en establecimientos de mayor complejidad (I-3, I-4 y II-2) sugiere un avance hacia una mejor resolutividad de los servicios de salud, fundamental en una región amazónica extensa y de difícil accesibilidad. Sin embargo, la proporción relativamente baja de personal administrativo y de apoyo puede limitar la gestión eficiente, y la dispersión geográfica aún representa un reto para garantizar equidad, continuidad y oportunidad en la atención, especialmente en comunidades rurales y ribereñas donde las brechas persisten. Esto refleja que, aunque hay avances, se requiere fortalecer la planificación, distribución y retención del personal para consolidar un sistema de salud más equitativo y acorde a las necesidades del territorio.

3.1.2.1.3 Recursos Humanos del MINSA y Gobierno Regional según zona

En la Región Loreto, la distribución de los recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales entre 2018 y 2023 muestra que la mayor parte continúa concentrada en la zona urbana (alrededor del 79%), mientras que la zona rural solo cuenta con cerca del 21% del personal de salud. Esta situación refleja un desequilibrio en la asignación, considerando que Loreto es la región más extensa del país, con vastas áreas rurales, comunidades indígenas y poblaciones dispersas a lo largo de ríos y zonas de difícil acceso.

Gráfico N° 64 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según zona. 2018 - 2023



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

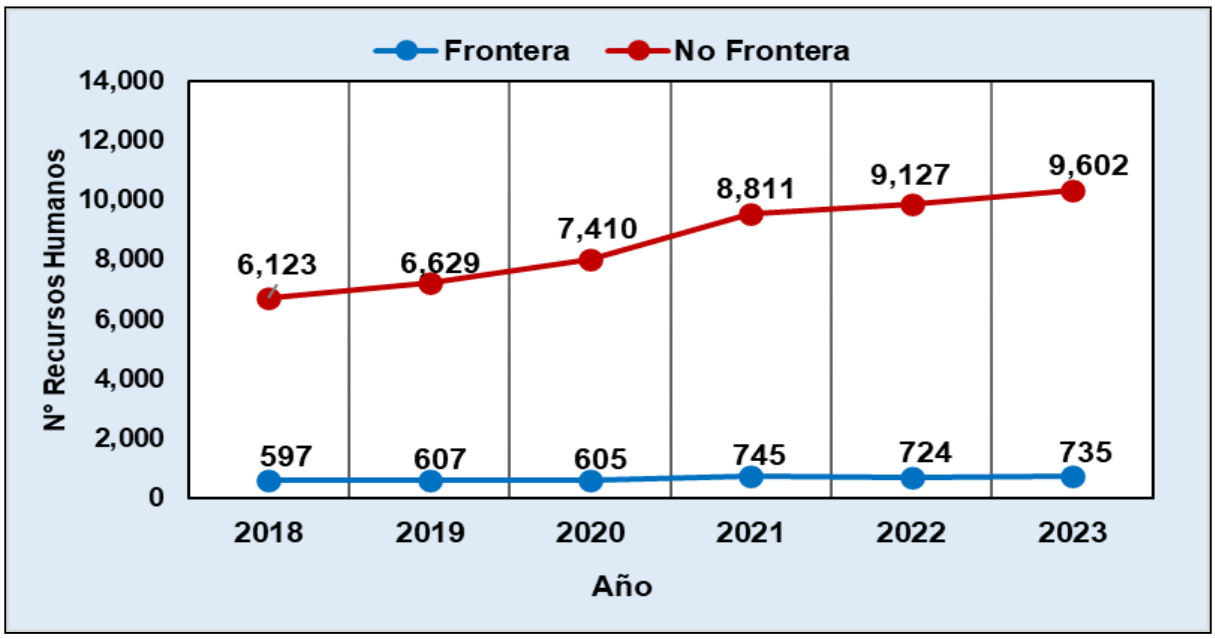
Desde la perspectiva de la salud pública, esta concentración urbana garantiza mayor capacidad de atención en Iquitos y principales ciudades, pero limita la accesibilidad y oportunidad de servicios en las zonas rurales, donde persisten brechas en atención primaria, control de enfermedades transmisibles (como malaria, dengue y tuberculosis) y en salud materno-infantil, se plantea la necesidad de fortalecer estrategias de redistribución y retención de recursos humanos en comunidades rurales y amazónicas para lograr mayor equidad en la cobertura de salud.

3.1.2.1.4 Recursos Humanos del MINSA y Gobierno Regional según zona de frontera

Entre 2018 y 2023 los recursos humanos en salud aumentaron en Loreto, tanto en zonas de frontera como no frontera. En frontera crecieron de 597 a 735 trabajadores (incremento moderado), mientras que en no frontera subieron de 6,123 a 9,602 (incremento mucho mayor). Esto muestra que, aunque hubo avances en ambas zonas, la concentración del personal sigue siendo en áreas no fronterizas, donde están los principales servicios de salud, mientras que las zonas de frontera mantienen menor disponibilidad, lo que refleja una desigualdad en la distribución del recurso humano en salud.

En términos de salud pública, la región requiere fortalecer la presencia de personal en zonas -infantil y control de enfermedades transmisibles, para garantizar equidad en la atención y protección de comunidades expuestas a riesgos transfronterizos.

Gráfico N° 65 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según zona. 2018 - 2023



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

3.1.2.1.5 Recursos Humanos del MINSA y Gobierno Regional según grupo Ocupacional

En el periodo 2018-2023, el personal de salud en Loreto creció de 6,720 a 10,337 trabajadores, mostrando un aumento sostenido. Los técnicos asistenciales fueron el grupo más numeroso, con tendencia creciente (de 36.2% en 2018 a 38.7% en 2023), consolidándose como el principal soporte de la atención. Los profesionales asistenciales se mantuvieron estables en proporción (alrededor de 32-33%), reflejando su importancia en la atención directa.

Tabla N° 25 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según zona. 2018 – 2023

Grupo Ocupacional	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Loreto	**6,720**	**100.0**	**7,236**	**100.0**	**8,015**	**100.0**	**9,556**	**100.0**	**9,851**	**100.0**	**10,337**	**100.0**
Profesionales Asistenciales	**2,254**	**33.5**	**2,369**	**32.7**	**2,564**	**32.0**	**3,085**	**32.3**	**3,231**	**32.8**	**3,379**	**32.7**
Profesionales Administrativo	274	4.1	334	4.6	328	4.1	344	3.6	381	3.9	454	4.4
Técnicos Asistenciales	**2,432**	**36.2**	**2697**	**37.3**	**3035**	**37.9**	**3920**	**41.0**	**3886**	**39.4**	**4005**	**38.7**
Técnicos Administrativos	799	11.9	864	11.9	948	11.8	848	8.9	929	9.4	982	9.5
Auxiliares Asistenciales	267	4.0	241	3.3	418	5.2	707	7.4	827	8.4	820	7.9
Auxiliares Administrativos	694	10.3	731	10.1	722	9.0	652	6.8	597	6.1	697	6.7

Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

Los profesionales administrativos tuvieron un leve incremento (de 4.1% a 4.4%), manteniéndose como el grupo más pequeño, los técnicos administrativos bajaron en participación (de 11.9% a 9.5%), pese a que crecieron en número absoluto; Los auxiliares

asistenciales aumentaron en presencia (de 4.0% a 7.9%), reforzando tareas de apoyo en los últimos años. Los auxiliares administrativos disminuyeron proporcionalmente (de 10.3% a 6.7%).

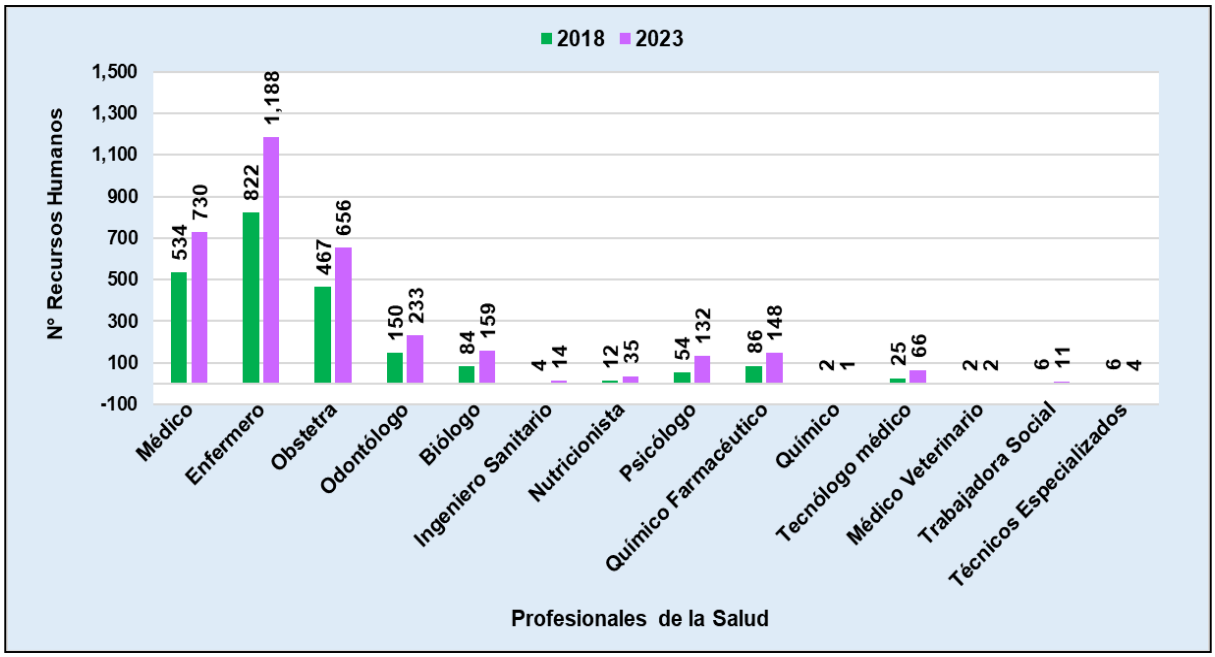
En síntesis: se observa un fortalecimiento del personal asistencial (profesionales, técnicos y auxiliares) en relación con el administrativo, lo que responde a la necesidad de ampliar la cobertura de atención en salud frente a la creciente demanda en Loreto.

3.1.2.1.6 Número de Recursos Humanos del MINSA y Gobierno Regional según Profesionales de la Salud

En 2018 se registraron 2,254 profesionales de la salud, mientras que en 2023 se alcanzaron 3,379, lo que muestra un crecimiento significativo en términos absolutos. Los incrementos más notables se observan en médicos (730), enfermeros (1,118) y obstetras (656), que representan el núcleo de la atención sanitaria. También se aprecia un aumento en psicólogos, biólogos y tecnólogos médicos, fortaleciendo progresivamente el equipo multidisciplinario.

A pesar de este avance, la dotación sigue concentrándose en las capitales provinciales y en Iquitos, mientras que en comunidades rurales y de frontera, la disponibilidad de profesionales sigue siendo limitada. Esta escasez afecta la capacidad de respuesta frente a emergencias, enfermedades transmisibles y necesidades de salud materno-infantil. En consecuencia, se requiere una política de asignación más equitativa, incentivos para el trabajo en zonas alejadas y programas de formación orientados a cubrir los perfiles más demandados.

Gráfico N° 66 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según profesionales de la salud. 2018 y 2023



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

En síntesis, si bien el crecimiento de recursos humanos profesionales es positivo, la región Loreto enfrenta el desafío de garantizar que estos profesionales lleguen efectivamente a las zonas más vulnerables y alejadas, donde las necesidades sanitarias son más urgentes.

3.1.2.1.7 Médicos especialistas del MINSA y Gobierno Regional según Especialistas básicas

Entre 2018 y 2023, el número de médicos especialistas en la región Loreto mostró un crecimiento importante, pasando de 107 en 2018 a 187 en 2023, con un acumulado total de 938 especialistas. La mayor proporción corresponde a otras especialidades (48%), lo que refleja una diversidad de áreas de atención, aunque dispersa. Dentro de las especialidades básicas, destacan Pediatría (18.2%) y Ginecología y Obstetricia (14.6%), especialidades críticas en el contexto amazónico por la elevada carga de morbilidad materno-infantil y las necesidades de atención de la población joven.

Por otro lado, especialidades como Anestesiología (6.7%), Medicina Interna (6.5%) y Cirugía General (6.0%) muestran porcentajes relativamente bajos, lo que puede impactar en la capacidad resolutiva de hospitales y centros de referencia, especialmente en situaciones de emergencias quirúrgicas y de enfermedades crónicas.

En términos de salud pública, si bien se evidencia un incremento sostenido hasta 2021 y estabilización posterior, persiste una brecha de especialistas en áreas críticas para la atención integral en Loreto, considerando las dificultades de accesibilidad geográfica, la dispersión poblacional y la alta demanda en salud materna, infantil y enfermedades transmisibles. Esto evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de formación, retención e incentivos para especialistas en la región, particularmente en zonas alejadas y rurales.

Tabla N° 26 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según Especialistas básicas. 2018 y 2023

Especialidades	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Anestesiología	3	9	7	15	15	14	63	6.7
Cirugía General	6	6	7	12	12	13	56	6
Ginecología y Obstetricia	15	16	17	28	28	33	137	14.6
Medicina Interna	10	12	9	10	10	10	61	6.5
Pediatría	19	27	27	33	33	32	171	18.2
Otras especialidades	54	61	72	89	89	85	450	48
Total	107	131	139	187	187	187	938	100

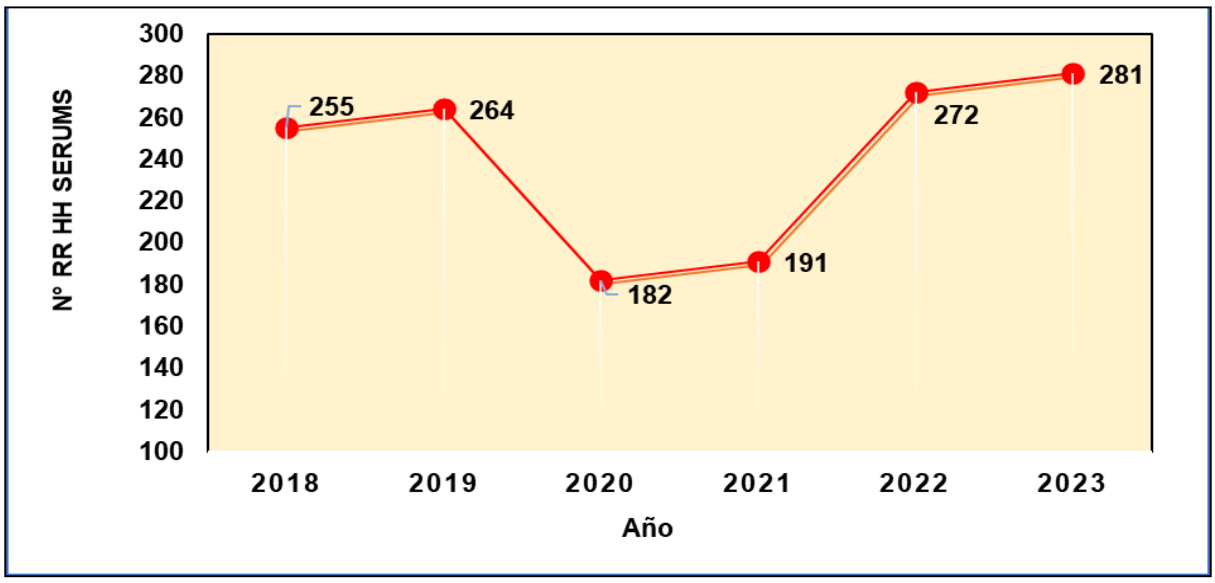
Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

3.1.2.2 Servicio Rural Urbano Margina en Salud

Es un programa del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) que tiene como objetivo garantizar la atención de salud en las zonas rurales y de difícil acceso del país. El Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) constituye una estrategia esencial para garantizar la cobertura de atención en zonas alejadas y de difícil acceso de la región Loreto. La asignación de plazas remuneradas permite la incorporación de profesionales de salud en el primer nivel de atención, fortaleciendo la capacidad resolutiva del sistema de salud y contribuyendo a disminuir brechas en el acceso a los servicios.

3.1.2.2.1 Plazas remuneradas adjudicadas del SERUMS en el MINSA y gobiernos regionales

Gráfico N° 67 Región Loreto. Recursos humanos SERUMS adjudicadas del SERUMS en el MINSA y gobiernos regionales



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

El Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) constituye una estrategia esencial para garantizar la cobertura de atención en zonas alejadas y de difícil acceso de la región Loreto. La asignación de plazas remuneradas permite la incorporación de profesionales de salud en el primer nivel de atención, fortaleciendo la capacidad resolutiva del sistema de salud y contribuyendo a disminuir brechas en el acceso a los servicios.
Interpretación

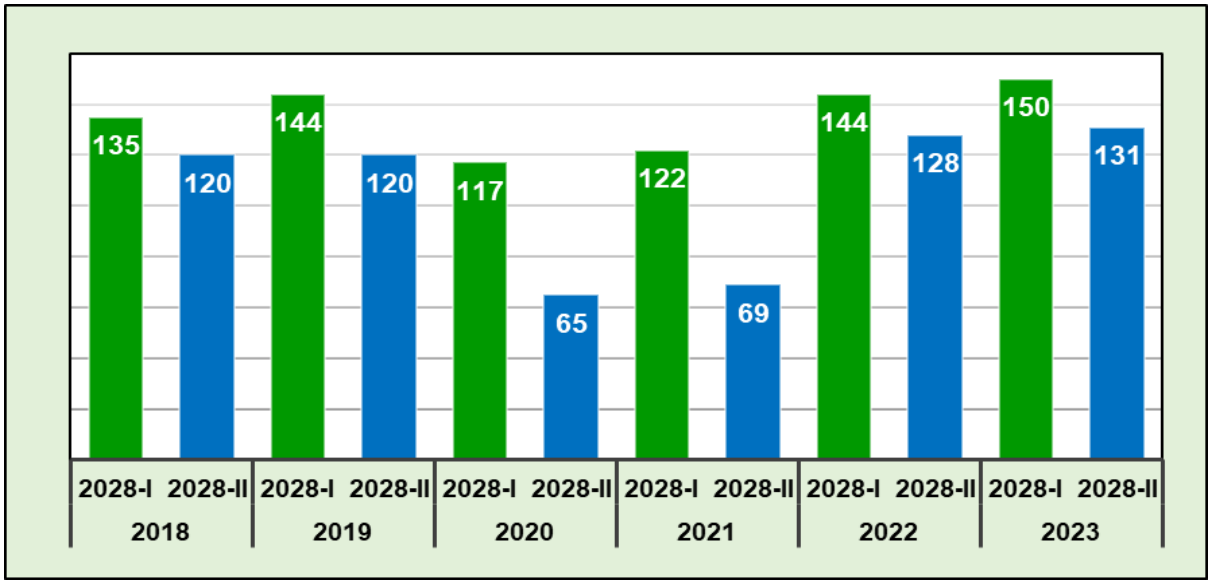
Durante el periodo 2018-2023, el número de plazas remuneradas del SERUMS en Loreto presentó variaciones importantes. En 2018 y 2019 se adjudicaron 255 y 264 plazas respectivamente, mientras que en 2020 y 2021 se observó una disminución significativa (182 y 191), posiblemente influenciada por el impacto de la pandemia de COVID-19 y las limitaciones presupuestales. Sin embargo, a partir de 2022 se evidencia una recuperación, alcanzando 272 plazas y consolidándose en 2023 con 281 plazas, el valor más alto del periodo analizado.

El fortalecimiento de las plazas SERUMS es fundamental para asegurar la equidad en la atención en salud y responder a las necesidades de las poblaciones más vulnerables de Loreto.

3.1.2.2.2 Plazas remuneradas adjudicadas del SERUMS en el MINSA y gobiernos regionales por año y proceso.

La información muestra que las plazas remuneradas del SERUMS en la región Loreto entre 2018 y 2023 presentan fluctuaciones importantes, con reducciones notorias en 2020 y 2021 probablemente asociadas a limitaciones logísticas y presupuestales en el contexto de la pandemia, seguidas de una recuperación progresiva en 2022 y 2023, alcanzando cifras similares a los años iniciales.

Gráfico N° 68 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según Proceso de adjudicada. 2018 y 2023

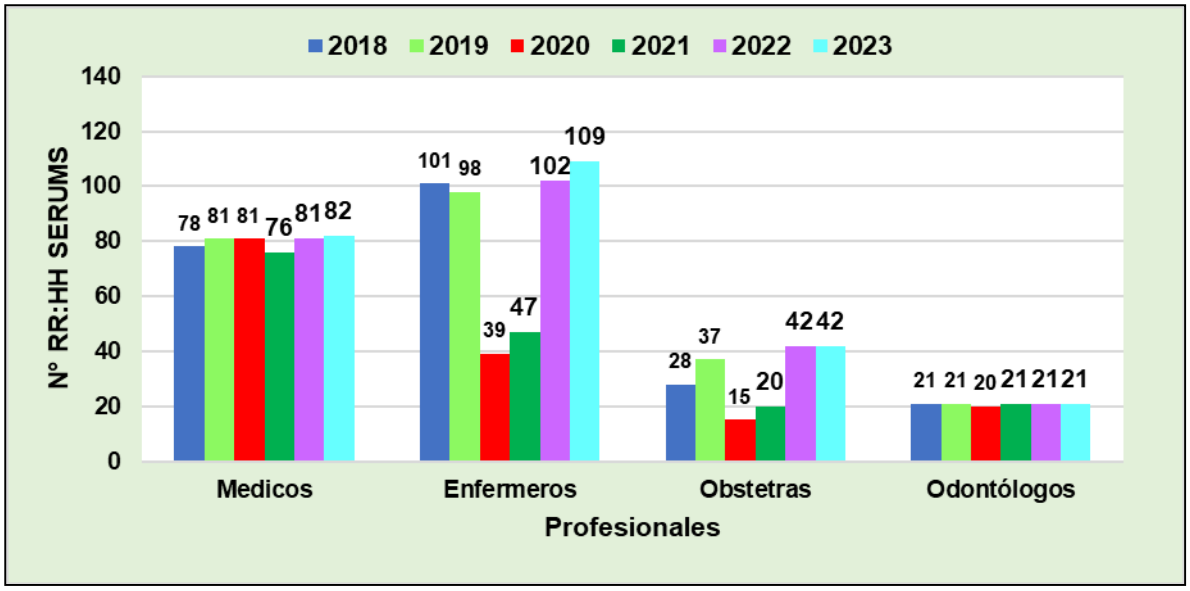


Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

Desde el enfoque de salud pública, este comportamiento evidencia que, pese a la recuperación reciente, la variabilidad en la disponibilidad de plazas puede afectar la cobertura de los servicios en zonas rurales y de difícil acceso, donde los profesionales del SERUMS cumplen un rol clave para garantizar el acceso a la atención primaria, especialmente en una región extensa y dispersa como Loreto.

3.1.2.2.3 Plazas remuneradas adjudicadas del SERUMS en el MINSA y gobiernos regionales por año y proceso.

Gráfico N° 69 Región Loreto. Recursos humanos del MINSA y Gobiernos Regionales según Proceso de adjudicada. 2018 y 2023



Fuente: Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2018 – 2023, Elaboración propia.

El análisis de las plazas remuneradas adjudicadas del SERUMS en Loreto entre 2018 y 2023 muestra que los médicos mantienen una oferta estable en el periodo, mientras que enfermería y obstetricia presentan fuertes caídas en 2020 y 2021, coincidiendo con el impacto de la pandemia, aunque luego se observa una recuperación significativa en 2022 y 2023. Los odontólogos, en cambio, se mantienen constantes sin variaciones relevantes.

Desde el enfoque de salud pública, estas variaciones reflejan la vulnerabilidad en la disponibilidad de recursos humanos esenciales en la primera línea de atención, especialmente en una región extensa y dispersa como Loreto, donde la continuidad del SERUMS resulta clave para garantizar acceso oportuno a la salud materno-infantil y comunitaria.

El análisis de las plazas adjudicadas en el MINSA y Gobiernos Regionales durante el periodo 2018-2023 permite comprender las variaciones en la disponibilidad de profesionales de la salud.

3.2 Infraestructura Sanitaria en Salud:

La infraestructura sanitaria en salud constituye un pilar fundamental para garantizar el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud, ya que incluye la disponibilidad y condiciones físicas de los establecimientos, equipamiento, tecnologías y redes de soporte. En el contexto de la región Loreto, la infraestructura enfrenta desafíos propios de su extensión geográfica, dispersión poblacional y limitaciones de conectividad, lo que condiciona la capacidad de respuesta del sistema frente a las necesidades de la población. Por ello, su análisis resulta esencial para orientar la planificación, priorización de inversiones y fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco de la salud pública.

3.2.1 IPRESS del Sector Salud.

Entre 2022 y 2024, la infraestructura sanitaria en Loreto muestra un incremento leve del total de establecimientos de salud, pasando de 785 a 814. El Gobierno Regional sigue siendo el principal proveedor de servicios, aunque mantiene una proporción similar (61.1% en 2022 y 60.6% en 2024), lo que reafirma su rol central en la provisión de servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3).

Se observa un crecimiento en el sector privado, que pasó de 240 (30.6%) a 266 (32.7%), evidenciando un rol cada vez más relevante en la oferta sanitaria. En contraste, las instituciones de las Fuerzas Armadas y Policía mantienen su participación estable, pero con reducciones en algunos casos (por ejemplo, Marina de Guerra: 28 a 19 establecimientos).

Desde el enfoque de salud pública, este crecimiento es positivo, pero la dispersión geográfica y el predominio de establecimientos de baja complejidad limitan el acceso equitativo a servicios especializados, especialmente en comunidades rurales y amazónicas. Se requiere fortalecer la infraestructura hospitalaria y garantizar una mejor articulación de la red de salud.

Gráfico N° 70 Región Loreto. Instituciones prestadoras de Servicios de Salud en el sector salud. 2022 vs 2024

INSTITUCIONES	CATEGORÍA 2022											CATEGORÍA 2024											
	I.1	I.2	I.3	I.4	II.1	II-2	II-E	III.1	Sin Categoría	Total	%	I.1	I.2	I.3	I.4	SMA	II.1	II-2	II-E	III.1	Sin Categoría	Total	%
Gobierno Regional	343	50	59	14	2	2		1	9	480	61.1	347	54	62	14	11	2	2		1		493	61.1
Privado	19	101	46	4	2	1	1		66	240	30.6	18	104	48	4		3	1			81	259	32.1
Sanidad de la Marina de Guerra del Perú	2	3		1					22	28	3.6	1	3		1						14	19	2.4
Sanidad del ejército del Perú	2	14		1						17	2.2	1	15		1							17	2.1
Es Salud		1	7		1			1	2	12	1.5		2	6			1			1	1	11	1.4
INPE	1	1							1	3	0.4	1	1								1	3	0.4
Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú		1		1						2	0.3				1							1	0.1
Sanidad de la Policía Nacional del Perú			1							1	0.1			1								1	0.1
Municipalidad distrital		1								1	0.1												0.0
Otros		1								1	0.1		3									3	0.4
Sub Total	367	173	113	21	5	3	1	2	100	785	100	368	182	117	21	11	6	3		2	97	807	100.0
% Sub Total	47	22.0	14.4	2.7	0.6	0.4	0.1	0.3	12.7	100.0		45.6	22.6	14.5	2.6	1.4	0.7	0.4	0.0	0.2	12.0	100.0	
Total	785											807											

Fuente: Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (SUSALUD)
*SMA: Servicio Médico de Apoyo

3.2.1.1 IPRESS del sector salud según provincias

En la región Loreto (2024), la infraestructura sanitaria muestra una alta concentración en la provincia de Maynas (46.1%), principalmente en el sector privado (222) y en el Gobierno Regional (118), lo que evidencia desigualdades en la distribución de servicios. Provincias como Alto Amazonas (17.6%) y Datem del Marañón (8.5%) tienen una oferta considerable, pero aún insuficiente frente a su dispersión geográfica y accesibilidad limitada. En contraste, provincias de frontera como Putumayo (2.5%) y Mariscal Ramón Castilla (4.3%) cuentan con una infraestructura reducida, pese a sus altas necesidades en salud pública y problemas de accesibilidad fluvial y terrestre.

Desde la perspectiva de salud pública, estos datos reflejan centralización de los servicios en zonas urbanas (Maynas) y brechas de cobertura en áreas rurales y fronterizas, lo que limita la equidad en el acceso a la atención, especialmente para poblaciones indígenas y dispersas. El predominio del Gobierno Regional (60.6% del total) garantiza la rectoría pública, pero el crecimiento del sector privado plantea desafíos en términos de accesibilidad económica y sostenibilidad.

Tabla N° 27 Región Loreto. Número de IPRESS del sector salud por provincias e Instituciones correspondientes- 2024

Instituciones	Gobierno regional	Privado	Sanidad de la marina de guerra	Sanidad del ejercito del peru	EsSalud	INPE	Otro	Sanidad de la fuerza aerea del Perú	Sanidad de la policia nacional del Perú	total	%
MAYNAS	118	222	18	5	5	2	3	1	1	375	46.1
ALTO AMAZONAS	108	33					1	1		143	17.6
LORETO	64	5	1				1			71	8.7
DATEM DEL MARAÑON	67	1				1				69	8.5
UCAYALI	60	1								62	7.6
REQUENA	35	2								39	4.8
MARISCAL RAMON CASTILLA	26	2	6							35	4.3
PUTUMAYO	15		1	3						20	2.5
TOTAL	493	266	19	17	11	3	3	1	1	814	100

Fuente: Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (SUSALUD)

3.2.1.1 IPRESS del sector salud según tipo

En Loreto, la infraestructura sanitaria 2024 evidencia una marcada predominancia de establecimientos sin internamiento (85.9%), lo que refleja un sistema enfocado principalmente en la atención ambulatoria y de primer nivel, esencial para la cobertura de enfermedades comunes y acciones preventivas. Sin embargo, los establecimientos con internamiento son apenas el 3.6%, lo que limita la capacidad resolutiva frente a casos complejos, emergencias y hospitalización, especialmente en provincias alejadas.

El Gobierno Regional concentra el 60.5% de la oferta total (493 establecimientos), lo que asegura un rol rector público en la atención, aunque enfrenta desafíos en la calidad, recursos humanos y equipamiento. El sector privado (32.7%) aporta principalmente servicios médicos de apoyo (64) y consultorios sin internamiento (194), lo que indica un rol complementario, pero con limitaciones en accesibilidad económica para gran parte de la población.

La presencia de instituciones militares y policiales (Marina, Ejército, FAP y PNP), aunque reducida (4.7%), cumple un papel estratégico en zonas de frontera y de difícil acceso. Asimismo, EsSalud (11 establecimientos) y el INPE (3) tienen cobertura limitada, lo que genera dependencia del sistema regional.

Desde el enfoque de salud pública, estos datos reflejan un sistema descentralizado en número, pero centralizado en capacidad resolutiva, donde el primer nivel cubre la mayor demanda, mientras persiste una brecha en servicios de internamiento, especialidades y diagnóstico avanzado, crítica para una región extensa, dispersa y con altos indicadores de vulnerabilidad como Loreto.

Tabla N° 28 Región Loreto. Número de IPRESS según tipos e instituciones. 2024

INSTITUCIONES	Tipo de establecimiento de salud				
	Establecimiento de salud con internamiento	Establecimiento de salud sin internamiento	Oferta flexible	Servicio médico de apoyo	TOTAL
GOBIERNO REGIONAL	16	466		11	493
PRIVADO	8	194		64	266
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU	1	8	10		19
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU	1	16			17
ESSALUD	2	9			11
INPE		2		1	3
OTRO		3			3
SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU	1				1
SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU		1			1
TOTAL	29	699	10	76	814
%	3.56	85.9	1.2	9.3	100

Fuente: Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (SUSALUD)

3.2.2 IPRESS del Gobierno Regional- MINSA

La infraestructura sanitaria del Gobierno Regional de Loreto constituye la red más amplia de atención en salud en la región, caracterizada por su distribución en un territorio geográficamente extenso, con grandes distancias entre comunidades, ríos como principales vías de comunicación y acceso limitado a zonas rurales y de frontera. Muchos establecimientos de salud fueron construidos hace más de dos o tres décadas, presentando limitaciones estructurales y tecnológicas frente a las demandas actuales de la población.

En el 2024, el Gobierno Regional de Loreto administra 493 establecimientos de salud distribuidos en las ocho provincias, con una marcada concentración en el primer nivel de atención (I-1 y I-2: 401 establecimientos, 81%), lo que refleja el esfuerzo por garantizar cobertura en zonas rurales y dispersas de la Amazonía. Sin embargo, esta predominancia de baja complejidad limita la capacidad resolutiva frente a problemas de salud más graves.

La provincia de Maynas concentra el mayor número de establecimientos (118), incluyendo los tres hospitales de referencia (II-1, II-2 y III-1), lo que la posiciona como el centro asistencial más importante de la región. En contraste, provincias fronterizas y de difícil acceso como Putumayo (15), Ramón Castilla (26) y Requena (35) dependen casi exclusivamente de puestos de salud, evidenciando brechas en acceso a servicios especializados.

Alto Amazonas (108) y Datem del Marañón (67) cuentan con un número significativo de establecimientos, aunque también con predominio de la categoría I-1, lo que genera limitaciones en la atención de emergencias y enfermedades complejas. Provincias intermedias como Ucayali (60) y Loreto-Nauta (64) disponen de hospitales de nivel II-1, lo que amplía parcialmente su capacidad, aunque la dispersión geográfica sigue siendo un reto.

Desde el punto de vista de la salud pública, la red de 8 Redes, 35 Microrredes y 33 ACLAS constituye un mecanismo organizativo clave para articular la atención. No obstante, se mantiene una alta dependencia de Maynas para la resolución de casos de mayor complejidad, lo que implica traslados prolongados y barreras de acceso para las poblaciones más alejadas. Esto resalta la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva de los hospitales provinciales y consolidar la atención primaria con recursos humanos e infraestructura adecuada.

Tabla N° 29 Región Loreto. Distribución de las IPRESS del Gobierno Regional. MINSA por Provincias y Categorías. 2024.

PROVINCIA	HOSP.			S.C.	P.S.		C. S.		TOTAL EE.SS	REDES	MICRO REDES	ACLAS
	II-1	II-2	III-1		I-1	I-2	I-3	I-4				
MAYNAS	1	1	1	7	65	20	20	3	118	2	8	13
PUTUMAYO					12	2	1		15		1	
RAMON CASTILLA				1	20		4	1	26	1	4	4
REQUENA					25	3	6	1	35	1	3	4
LORETO					41	13	8	2	64	1	4	3
UCAYALI	1				48	4	5	2	60	1	3	3
ALTO AMAZONAS		1		3	85	3	13	3	108	1	6	4
DATEM DEL MARAÑÓN					51	9	5	2	67	1	6	2
TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS	**2**	**2**	**1**	**11**	**347**	**54**	**62**	**14**	**493**	8	35	33
	493											

Fuente: Coordinación Regional RENIPRES- GERESA Loreto.

3.2.2.1 IPRESS Gobierno Regional-MINSA según Provincias-Categoría

En el año 2024, el Gobierno Regional de Loreto dispone de 493 establecimientos de salud, lo que muestra una amplia red de cobertura en atención primaria. La gran mayoría de los servicios corresponden a puestos y centros de salud de categorías I-1 a I-4 (98%), mientras que los hospitales son escasos (1%) y se concentran en Iquitos y Yurimaguas.

En cuanto a las unidades ejecutoras, la GERESA Loreto concentra la mayor proporción de establecimientos (38.7%), seguida de Alto Amazonas (21.7%), lo que refleja la importancia de estas redes en el sostenimiento de la atención sanitaria regional. Las provincias de Nauta, Ucayali y Datem del Marañón aportan entre 12% y 14% cada una, también con predominio de establecimientos de baja complejidad.

En síntesis, la infraestructura de salud en Loreto garantiza una cobertura territorial extensa para la atención básica, pero evidencia una limitada capacidad resolutiva en los niveles de mayor complejidad, lo que condiciona la dependencia de pocos hospitales de referencia y genera brechas en acceso y equidad sanitaria, especialmente en provincias alejadas y de frontera. (**Tabla N° 30**)

Tabla N° 30 Región Loreto. Número de Establecimientos de Salud sin categorías-Servicios Médicos de Apoyo (SMA), según Microrredes- 2022.

UNIDAD EJECUTORA	HOSP.	SMA	P.S.		C. S.		TOTAL	%
			I-1	I-2	I-3	I-4		
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	1						1	0.2
HOSPITAL IQUITOS	1						1	0.2
HOSPITAL APOYO YURIMAGUAS	1						1	0.2
HOSPITAL DE CONTAMANA	1						1	0.2
HOSPITAL SANTA CLOTILDE	1						1	0.2
GERESA LORETO		8	122	25	31	5	191	**38.7**
LORETO NAUTA			41	13	8	2	64	13.0
UCAYALI			48	4	5	2	59	12.0
ALTO AMAZONAS		3	85	3	13	3	107	**21.7**
DATEM DEL MARAÑON			51	9	5	2	67	13.6
TOTAL	**5**	**11**	**347**	**54**	**62**	**14**	**493**	**100.0**

Fuente: Coordinación Regional RENIPRES- GERESA Loreto.

3.2.2.2 IPRESS Gobierno Regional-MINSA según Clasificación y Categorías

En el 2024, Loreto dispone de 493 establecimientos de salud (IPRESS) administrados por el Gobierno Regional – MINSA. La red sanitaria muestra un predominio de la atención primaria, ya que los puestos o postas de salud representan el 80.9% del total, lo que asegura cobertura territorial, pero con limitada capacidad resolutiva.

Tabla N° 31 Región de Loreto. Distribución de las IPRESS del Gobierno Regional-MINSA por Clasificación y categorías. 2024.

CLASIFICACIÓN	CATEGORÍA								TOTAL	%
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	Sin Categoría		
PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	347	49	3						399	80.9
CENTROS DE SALUD O CENTROS MEDICOS		4	54	2				1	61	12.4
CENTROS DE SALUD CON CAMAS DE INTERNAMIENTO				12					12	2.4
CENTROS MEDICOS ESPECIALIZADOS		1	6						7	1.4
HOGARES PROTEGIDOS,REHABILITACION								2	2	0.4
HOSPITALES O CLINICAS DE ATENCION ESPECIALIZADA						1	1		2	0.4
HOSPITALES O CLINICAS DE ATENCION GENERAL					2				2	0.4
PATOLOGIA CLINICA								2	2	0.4
ATENCION PRE HOSPITALARIA,ATENCION DOMICILIARIA,SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES								1	1	0.2
ATENCION PRE HOSPITALARIA,SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES,ATENCION DOMICILIARIA								1	1	0.2
HOGARES PROTEGIDOS								1	1	0.2
PATOLOGIA CLINICA,ATENCION DOMICILIARIA								1	1	0.2
REHABILITACION								1	1	0.2
REHABILITACION,HOGARES PROTEGIDOS								1	1	0.2
TOTAL	**347**	**54**	**63**	**14**	**2**	**1**	**1**	**11**	**493**	**100.0**

Fuente: Coordinación Regional RENIPRES- GERESA Loreto.

Los centros de salud constituyen el 12.4%, principalmente de categoría I-3, lo que fortalece parcialmente la atención básica, aunque aún insuficiente para responder a la complejidad creciente de la demanda. Los centros con camas de internamiento (2.4%) y los hospitales generales y especializados (1.2%) son escasos, evidenciando una brecha importante en servicios de mediana y alta complejidad.

Otros servicios, como rehabilitación, hogares protegidos, patología clínica y atención prehospitalaria, representan en conjunto menos del 2%, lo que refleja una cobertura incipiente en áreas complementarias y especializadas.

En síntesis, la infraestructura sanitaria de Loreto está orientada a la cobertura básica y preventiva, pero presenta desigualdades territoriales y dependencia de pocos hospitales de referencia, lo que limita la oportunidad y equidad en el acceso a servicios especializados, especialmente en zonas alejadas y de frontera.

3.2.2.3 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) IPRESS I.3.

Un Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) es un establecimiento de salud de primer nivel (categoría I-3) especializado en la atención integral de la salud mental con enfoque comunitario. Estos centros no solo brindan tratamiento clínico, sino que también trabajan en prevención, rehabilitación psicosocial y reinserción comunitaria de personas con problemas de salud mental, adicciones o trastornos emocionales.

En 2024, Loreto cuenta con 9 Centros de Salud Mental Comunitarios distribuidos en sus provincias:

- Maynas concentra la mayor cantidad (4 CSMC): Iquitos, Punchana, Uka Yaqui Tsawa y Cardozo. Esto refleja la priorización en la capital regional, donde se concentra la mayor población y demanda de atención especializada.
- Alto Amazonas (Yurimaguas), Datem del Marañón, Loreto (Nauta), Mariscal Ramón Castilla (Caballococha) y Ucayali (Contamana) cuentan con un CSMC cada uno, lo que representa un despliegue descentralizado hacia provincias con alta dispersión geográfica.
- Putumayo y Requena no registran CSMC, lo que evidencia una brecha territorial significativa, especialmente considerando la vulnerabilidad social y el aislamiento de estas provincias.

Tabla N° 32 Región Loreto. Distribución de las IPRESS, Centro de Salud Mental Comunitario del Gobierno Regional – MINSA por Provincias. 2024.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROVINCIAS								TOTAL
	ALTO AMAZONAS	DATEM DEL MARAÑÓN	LORETO	MARISCAL RAMÓN CASTILLA	MAYNAS	PUTUMAYO	REQUENA	UCAYALI	
C.S.M.C INTERCULTURAL DATEM DEL MARAÑÓN		1							1
C.S.M.C IQUITOS					1				1
C.S.M.C UKA YAQUI TSAWA					1				1
C.S.M.C NAUTA			1						1
C.S.M.C PUNCHANA					1				1
C.S.M.C YURIMAGUAS	1								1
C.S.M.C CARDOZO					1				1
C.S.M.C CONTAMANA								1	1
C.S.M.C CABALLOCOCHA				1					1
TOTAL	1	1	1	1	4	0	0	1	9

Fuente: Coordinación Regional RENIPRES- GERESA Loreto.

En conjunto, los 9 CSMC fortalecen la red de atención en salud mental comunitaria, pero aún se requiere expansión equitativa hacia provincias desatendidas.

3.2.2.4 Hogares Protegidos de salud Mental

Los Hogares Protegidos en Salud Mental son servicios comunitarios destinados para brindar alojamiento temporal y acompañamiento psicosocial a personas con trastornos mentales graves y persistentes, que carecen de apoyo familiar o social. Su objetivo principal es favorecer la reintegración social y la vida independiente de estas personas, en un entorno seguro y supervisado, evitando internamientos prolongados en hospitales psiquiátricos.

En la Región Loreto, estos hogares se implementaron como parte de los compromisos del sector salud que, posteriormente se articularon con los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC). La instalación se realizó progresivamente desde el año 2012, priorizando zonas con alta demanda de atención y siendo los primeros a nivel nacional. Se habilitaron viviendas acondicionadas para pequeños grupos de 8 miembros cada una, donde los residentes reciben apoyo en actividades de la vida diaria, seguimiento clínico, terapia ocupacional y acompañamiento comunitario, con el fin de promover su autonomía y mejorar su calidad de vida.

La distribución de los Hogares Protegidos de Salud Mental en la Región Loreto al 2024 evidencia una presencia equitativa en las cinco microrredes (Iquitos Norte, Alto Amazonas, Belén, Iquitos Sur y Punchana), con un establecimiento por microrred, sumando cinco hogares en total.

Desde el enfoque de salud pública, esta distribución refleja un esfuerzo de descentralización y acercamiento de los servicios de salud mental a las comunidades, favoreciendo la atención comunitaria de personas con trastornos mentales graves. Esta estrategia permite reducir la

institucionalización prolongada, mejorar la continuidad del cuidado, promover la inclusión social y fortalecer la red de soporte comunitario en diferentes zonas de la región.

Tabla N° 33 Región Loreto. Distribución de las Establecimiento, Hogares Protegidos del Gobierno Regional. MINSA por Microrredes. 2024

Nombre del Establecimiento de Salud	Microrredes					
	Iquitos Norte	Alto Amazonas	Belén	Iquitos Sur	Punchana	Total
Hogar Protegido – Punchana					1	1
Hogar Protegido Corazones Solitarios		1				1
Hogar Protegido San Juan				1		1
Hogar Protegido Belén			1			1
Hogar Protegido – Iquitos	1					1
Total	1	1	1	1	1	5

Fuente: Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (SUSALUD)

3.2.2.5 IPRESS Gobierno Regional-MINSA según Nivel de Atención, categorías y Nivel de complejidad

La red de IPRESS del Gobierno Regional de Loreto muestra un predominio del primer nivel de atención, que concentra el 96.7% de los establecimientos, principalmente puestos de salud sin médico (I-1). El segundo nivel cuenta con solo 4 hospitales y el tercer nivel con un único hospital regional, lo que evidencia centralización de la atención de mayor complejidad en Iquitos. Esta estructura favorece la cobertura territorial, pero limita la capacidad resolutiva frente a problemas de salud de mayor gravedad.

Tabla N° 34 Región Loreto. Distribución de las IPRESS del Gobierno Regional. MINSA por Nivel de Atención, Categorías y Nivel de complejidad. 2024.

NIVEL DE ATENCION	CATEGORIAS DE EESS	Nº DE EESS	TOTAL DE EESS	NIVEL DE COMPLEJIDAD
	SIN CAT		11	SMA
1er NIVEL DE ATENCIÓN	I-1	347	477	P.S. sin médico
	I-2	54		P.S. con médico
	I-3	62		CS sin internamiento
	I-4	14		CS con internamiento
2º NIVEL DE ATENCION	II - 1	2	4	Hospital Santa Cltilde y Hospital de Contamana
	II - 2	2		Hospital de Iquitos y Hopspital de Santa Gema
	II - E	0		
3er NIVEL DE ATENCION	III - 1	1	1	Hospital Regional de Loteto
	III - E	0		
	III - 2	0		
	TOTAL	**493**		

Fuente: Coordinación Regional RENIPRES- GERESA Loreto.

3.2.2.6 IPRESS Gobierno Regional-MINSA. Distribución de las Provincias y Distritos, según categorías. 2024

En el año 2024, la región Loreto cuenta con 493 IPRESS distribuidas en sus provincias y distritos, reflejando la complejidad de un territorio geográficamente extenso y disperso.

Tabla N° 35 Región Loreto. Distribución de las IPRESS del Gobierno Regional – MINSA por Provincias y Distritos, según categorías. 2024.

PROVINCIA	TOTAL	SUB TOTAL	DISTRITOS	HOSP.			P.S.		C. S.		SMA	TOTAL ESTAB	REDES	MICRO REDES	ACLAS
				II-1	II-2	III-1	I-1	I-2	I-3	I-4					
MAYNAS (118)	1	1	DE IQUITOS		1		5	1	2	1	4	14	2	8	13
	2	2	DE ALTO NANAY				3		1			4			
	3	3	SAN JUAN BAUTISTA				6	9	5	1	1	22			
	4	4	BELEN				7		5		1	13			
	5	5	PUNCHANA			1	7	5	2	1	1	17			
	6	6	NAPO	1			8	2				11			
	7	7	TORRES CAUSANA				3	2				5			
	8	8	MAZAN				7		1			8			
	9	9	INDIANA				6		1			7			
	11	11	LAS AMAZONAS				2		2			4			
	12	12	FERNANDO LORES				11	1	1			13			
PUTUMAYO (15)	12	1	PUTUMAYO				3		1			4		1	
	13	2	TNT. MANUEL CLAVERO				4	1				5			
	14	3	ROSA PANDURO				2					2			
	15	4	YAGUAS				3	1				4			
RAMON CASTILLA (26)	16	1	RAMON CASTILLA				6		1	1	1	9	1	4	4
	17	2	SAN PABLO				4		1			5			
	18	3	PEVAS				7		1			8			
	19	4	YAVARI				3		1			4			
LORETO (64)	20	1	NAUTA				11	3	1	1		16	1	4	3
	21	2	PARINARI				5		1			6			
	22	3	TROMPETEROS				9	3	1	1		14			
	23	4	URARINAS				7	7	3			17			
	24	5	TIGRE				9		2			11			
UCAYALI (60)	25	1	CONTAMANA	1			24	1	2			28	1	3	3
	26	2	PAMPA HERMOSA				4	1	1			6			
	27	3	VARGAS GUERRA							1		1			
	28	4	INAHUAYA				1	1				2			
	29	5	SARAYACU				12	1	1	1		15			
	30	6	PADRE MARQUEZ				7		1			8			
REQUENA (35)	31	1	REQUENA				3			1		4	1	3	4
	32	2	GENARO HERRERA						1			1			
	33	3	SAPUENA				3	1				4			
	34	4	MAQUIA				8		1			9			
	35	5	ALTO TAPICHE				1	1				2			
	36	6	TAPICHE				1	1				2			
	37	7	SOPLIN VARGAS				2					2			
	38	8	PUINAHUA				3		1			4			
	39	9	EMILIO SAN MARTIN				2		1			3			
	40	10	CAPELO				1		1			2			
	41	11	YAQUERANA				1		1			2			
ALTO AMAZONAS (112)	42	1	YURIMAGUAS		1		37	2	9	1	3	53	1	6	4
	43	2	TENIENTE CESAR LOPEZ				7		1			8			
	44	3	BALSAPUERTO				15		1	1		17			
	45	4	SANTA CRUZ				9	1	1			11			
	46	5	LAGUNAS				13			1		14			
	47	6	JEBEROS				4		1			5			
DATEM DEL MARAÑON (67)	48	1	MANSERICHE				9	3	2			14	1	6	2
	49	2	BARRANCA				10		1	1		12			
	50	3	CAHUAPANAS				5		1			6			
	51	4	PASTAZA				8	3	1			12			
	52	5	ANDOAS				8	2		1		11			
	53	6	MORONA				11	1				12			
494				**2**	**2**	**1**	**347**	**54**	**62**	**14**	**11**	**493**	**8**	**35**	**33**

Fuente: Coordinación Regional RENIPRES- GERESA Loreto.

Nivel hospitalario: se dispone de hospitales de categoría II-1, II-2 y un hospital III-1, concentrados principalmente en Maynas (Iquitos) y Alto Amazonas (Yurimaguas), lo que confirma la centralización de los servicios de mayor complejidad en las capitales provinciales.
Primer nivel de atención: predomina ampliamente, con 347 puestos de salud (I-1) y 54 centros de salud (I-2), lo que evidencia el esfuerzo por garantizar la cobertura básica en comunidades rurales y de difícil acceso. Sin embargo, la baja proporción de establecimientos de mayor categoría (I-3 y I-4) limita la capacidad resolutiva del primer nivel.
En conjunto, la estructura de servicios en Loreto resalta el predominio del primer nivel de atención, pero también la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva, ampliar la cobertura en zonas de frontera y mejorar la distribución de recursos humanos y logísticos para garantizar el acceso equitativo a la salud en toda la región.

3.3 Participación Comunitaria

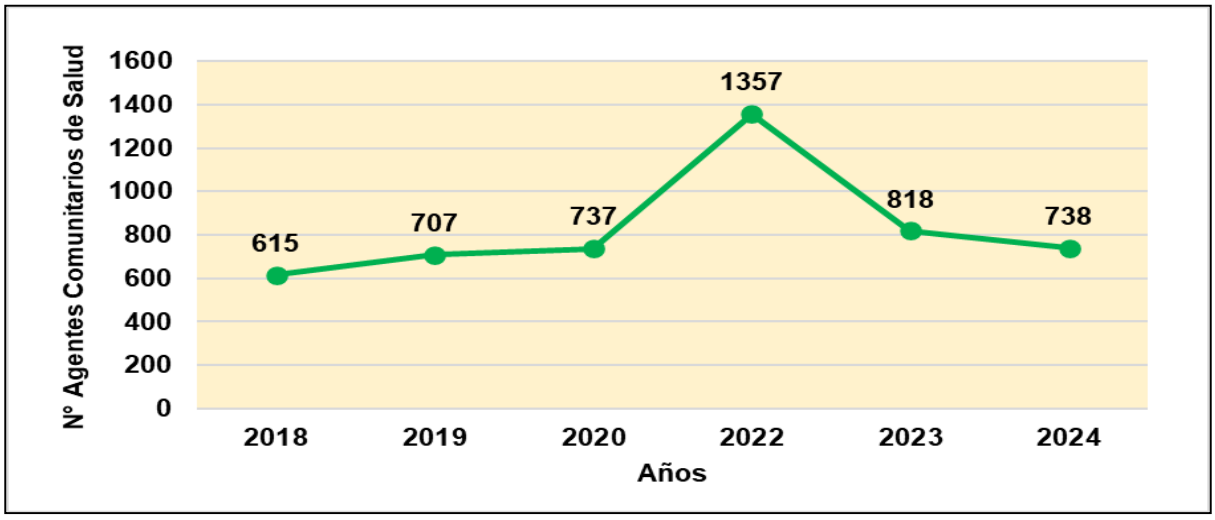
La participación comunitaria es el proceso mediante el cual las comunidades organizadas de Loreto se convierten en actores activos y protagonistas de las acciones de salud, reconociendo sus saberes, prácticas culturales y formas de vida. Desde la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud de la GERESA Loreto, se promueve esta participación como un eje fundamental para:

- ✓ Fortalecer capacidades locales, especialmente de los Agentes Comunitarios de Salud, mediante talleres con enfoque intercultural.
- ✓ Impulsar el empoderamiento comunitario, para que las organizaciones locales definan sus prioridades sanitarias y participen en la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones.
- ✓ Articular esfuerzos intersectoriales, integrando a gobiernos locales, organizaciones indígenas, ONG y el sector salud en la promoción de la salud.
- ✓ Respetar la diversidad cultural, reconociendo la medicina tradicional y los valores ancestrales como parte del enfoque integral de salud.

3.3.1 Agentes Comunitarios de la Salud (ACS).

Los Agentes Comunitarios de Salud son líderes locales voluntarios y actores sociales clave que, desde sus comunidades, promueven comportamientos saludables, sensibilizan a la población y actúan como puente entre el sistema de salud y zonas rurales, indígenas o de difícil acceso, contribuyendo a la prevención de enfermedades, la vacunación y el acceso oportuno, digno y de calidad a los servicios de salud.

Gráfico N° 71 Número de Agentes Comunitarios en Salud, según años de capacitación. Región de Loreto- 2022.



Fuente: GERESA Loreto. Base de Datos de ACS de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud 2024

Entre los años 2018 y 2024, el número de agentes comunitarios de salud (ACS) en la región Loreto mostró fluctuaciones importantes. Se observa un incremento progresivo de 615 en 2018 a 737 en 2020, alcanzando su pico máximo en 2022 con 1,357 ACS, relacionado con la respuesta al fortalecimiento comunitario durante la pandemia y la ampliación de la cobertura de la estrategia de malaria en zonas rurales y dispersas. Sin embargo, en los años posteriores se evidencia una reducción significativa, llegando a 738 en 2024, lo que podría reflejar discontinuidad en el financiamiento, rotación de voluntarios o debilitamiento de programas de soporte comunitario.

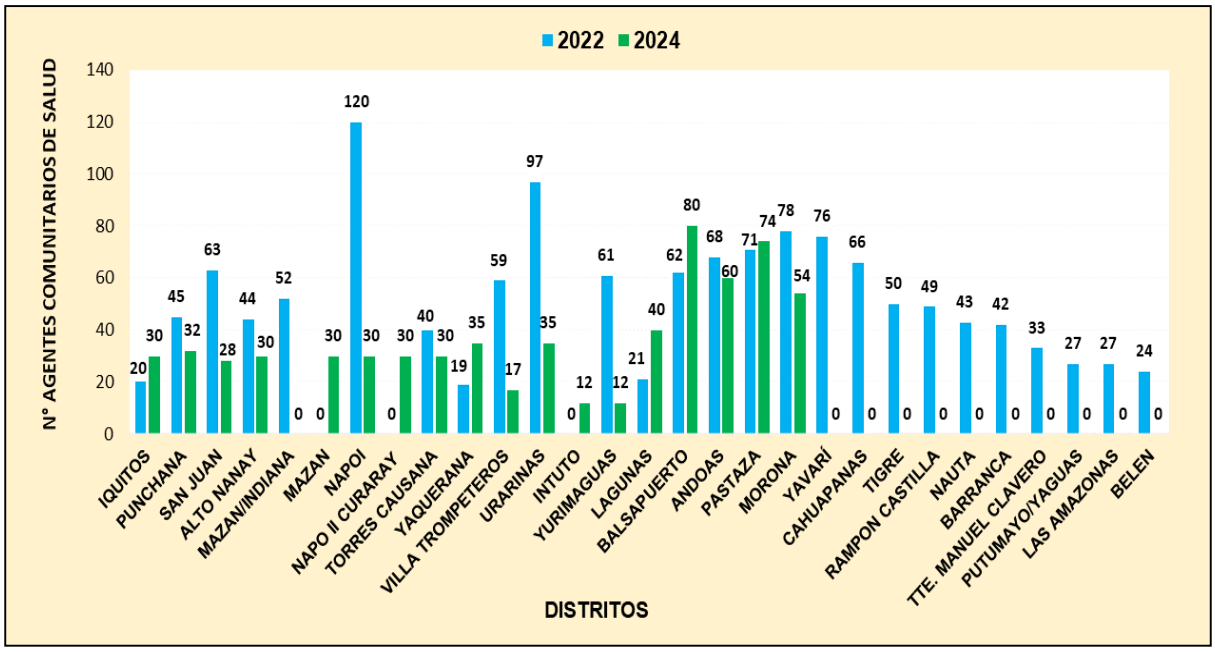
3.3.1.1 Agentes y Comunitarios según distritos

En Loreto, los ACS presentan una distribución heterogénea entre distritos, mostrando tanto fortalecimiento en algunos territorios como reducción o ausencia en otros. Entre 2022 y 2024 se observa un incremento en distritos urbanos y de mayor población, como Iquitos (20 a 30), Belén (24 en 2022, aunque desaparece en 2024), Punchana (45 a 32) y San Juan (63 a 28), donde los ACS son claves para la promoción de la salud y vigilancia comunitaria en zonas periféricas.

En áreas rurales y dispersas se destacan crecimientos importantes como en Lagunas (21 a 40), Balsapuerto (62 a 80), Pastaza (71 a 74) y Yaquerana (19 a 35), lo cual refleja un refuerzo estratégico en territorios amazónicos de difícil acceso, priorizando la cercanía comunitaria.

Sin embargo, se evidencia una pérdida de capacitación de ACS en varios distritos que en 2022 tenían presencia, como Yavarí, Cahuapanas, Tigre, Nauta, Barranca, Ramón Castilla, Putumayo/Yaguas, Las Amazonas y Belén, lo que representa un riesgo para la continuidad de actividades de prevención, vigilancia y promoción en salud en estas zonas vulnerables.

Gráfico N° 72 Región Loreto. Número de Agentes Comunitarios en Salud capacitados en distritos priorizados. 2022 y 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Base de Datos de ACS de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud 2024

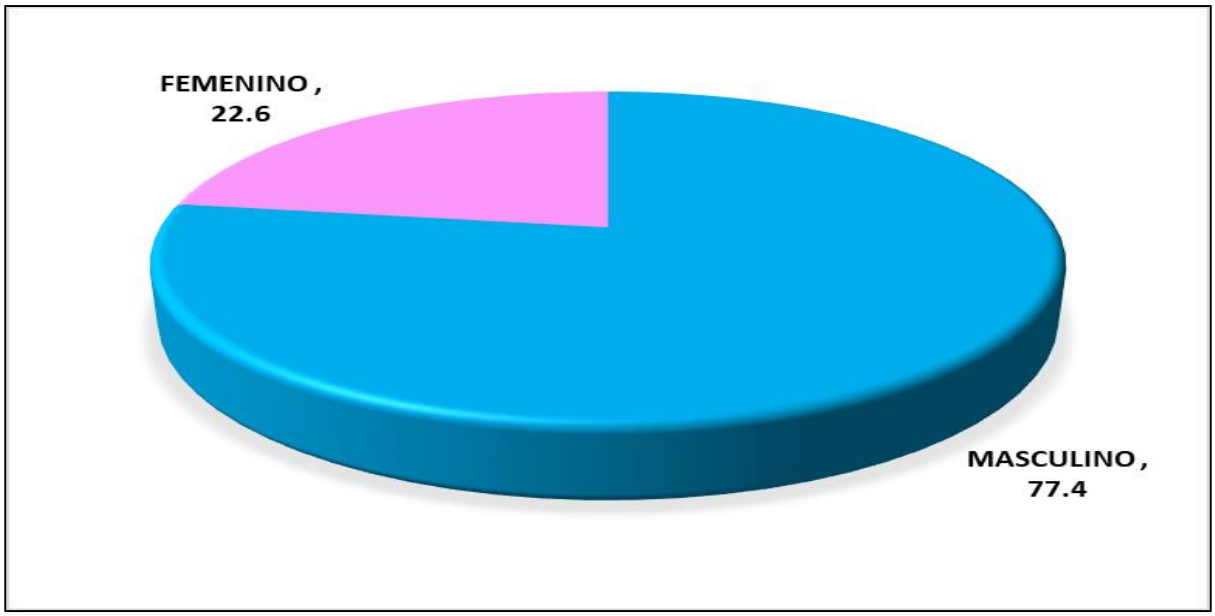
3.3.1.2 Agentes comunitarios de la salud según sexo

La mayoría de los ACS son hombres, representando más de tres cuartas partes del total, las mujeres constituyen poco más de una quinta parte, lo que indica una participación aún limitada, pero significativa. Del total de 495 Agentes Comunitarios de Salud capacitados en la Región Loreto, según sexo 383 son varones y 112 son mujeres; Es evidente que, en la mayoría de los distritos son del sexo masculino.

Este predominio masculino puede relacionarse con factores culturales, sociales y geográficos propios de la Amazonía, donde las actividades comunitarias en zonas rurales dispersas suelen estar más asociadas a la labor de los varones. No obstante, la baja participación femenina representa una limitación, dado que las mujeres desempeñan un rol clave en salud materna, infantil y familiar, ámbitos esenciales en la estrategia de atención primaria y promoción de la salud pública.

En términos de salud pública, fortalecer la inclusión de más mujeres como ACS permitiría ampliar la perspectiva de género en las intervenciones, mejorar la comunicación con madres, gestantes y cuidadores, y generar un enfoque más integral y equitativo en las acciones de prevención y promoción de la salud comunitaria.

Gráfico N° 73 Región Loreto. Número de Agentes Comunitarios en Salud, según Sexo al 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Base de Datos de ACS de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud 2024

3.3.2 Indicadores de participación comunitaria

En el año 2024 se observa un incremento significativo en la participación comunitaria en comparación con el 2023, reflejando el fortalecimiento de la articulación intersectorial y la organización social en salud pública.
Se incrementó la conformación y capacitación de Comités Multisectoriales (de 15 a 42) y de funcionarios municipales capacitados (de 18 a 39), lo que evidencia mayor involucramiento de las autoridades locales; el número de actores sociales capacitados en cuidado infantil, lactancia y nutrición prácticamente se duplicó (de 1,666 a 3,435), fortaleciendo la prevención en la primera infancia.
Las comunidades con líderes capacitados en vigilancia comunitaria aumentaron de 516 a 1,253, lo que refleja un mayor empoderamiento social en la detección y control de riesgos sanitarios.

También se duplicó la cantidad de municipios con acciones contra tuberculosis (de 15 a 30) y se triplicaron los que implementan acciones frente a enfermedades metaxénicas y zoonóticas (de 15 a 45).
Las comunidades priorizadas en vigilancia de enfermedades metaxénicas y zoonóticas crecieron de 495 a 2,568, mostrando un fuerte énfasis en el control de malaria, dengue y zoonosis.
El número de líderes comunitarios capacitados tuvo un salto notable (de 14 a 4,256), lo que denota una estrategia masiva de formación local.
En cambio, los funcionarios municipales sensibilizados tuvieron una ligera reducción (de 46 a 42), lo que indica un reto en la sostenibilidad de este componente.
Los agentes comunitarios de salud activos en vigilancia pasaron de 655 a 910, fortaleciendo la respuesta territorial.
Finalmente, destaca el incremento de líderes adolescentes en promoción de salud mental (de 88 a 2,158), lo que representa una apuesta clave por la salud pública juvenil y comunitaria.

Tabla N° 36 Región Loreto. Indicadores principales de participación comunitaria 2024.

N°	Indicadores	2023	2024
1	Comité Multisectorial Capacitado	15	42
2	Actores sociales capacitados para la promoción dl cuidado Infantil, Lactancia Materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses,	1666	3435
3	Funcionarios municipales Capacitados	18	39
4	Número de comunidades con líderes capacitados desarrollan vigilancia Comunitaria	516	1253
5	Número de Municipios que implementan Acciones para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para enfermar de tuberculosis	15	30
6	Número de comunidades priorizadas en el distrito que están implementando la vigilancia comunitaria asociada a enfermedades metaxénicas y zoonóticas.	495	2568
7	Número de municipios que implementan acciones para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para mejorar o mitigar las condiciones que generan riesgo para enfermar de enfermedades metaxénicas y zoonóticas.	15	45
8	Número de funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a a las enfermedades no transmisibles.	58	179
9	Número de líderes comunitarios capacitados	14	4256
10	Número de funcionarios municipales sensibilizados	46	42
11	Número de agentes comunitarios de salud que realizan vigilancia pareja.	655	910
12	Líderes adolescentes promueven la salud mental en su comunidad.	88	2158

Fuente: GERESA Loreto. Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud 2024

3.4 Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU

El Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias (SAMU) es una estrategia del Ministerio de Salud (MINSA) que tiene como finalidad brindar atención prehospitalaria inmediata, inclusiva y gratuita a la población en situaciones de urgencia, emergencia o desastre. Su modelo de intervención se articula a través de la central telefónica nacional (línea 106), unidades móviles especializadas y personal de salud entrenado para la estabilización y el traslado oportuno de pacientes, contribuyendo a la reducción de la mortalidad y complicaciones asociadas a la falta de atención oportuna.

En la región Loreto, durante el año 2024, el MINSA impulsó la implementación y fortalecimiento del SAMU, asignando recursos financieros y logísticos para mejorar la capacidad de respuesta frente a emergencias. Entre las acciones destacan la dotación de

equipamiento médico, ambulancias y ambulancias para zonas de difícil acceso, así como la articulación con la Gerencia Regional de Salud y los hospitales locales. De esta manera, el SAMU se consolida como un componente esencial de la red asistencial en Loreto, garantizando atención las 24 horas y fortaleciendo la respuesta sanitaria regional ante eventos críticos.

El sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU, inicia sus actividades en diciembre del año 2013, con Resolución Directoral N°2147-2015-GRL-DRSL/30.01, es reconocida como Servicio Médico de Apoyo con numero de RENIPRESS 0002146. Con sede en Iquitos

3.4.1 Llamadas telefónicas, según Tipo

Los datos del servicio telefónico 106 en la región Loreto (2020-2024) muestran que, de un total de 55,371 llamadas recibidas, solo el 37,9% fueron pertinentes, mientras que el 62,1% no lo fueron. Este patrón refleja un uso ineficiente del servicio, ya que la mayoría de llamadas no están vinculadas a necesidades reales de salud, lo que puede sobrecargar la línea, retrasar la atención oportuna y limitar la capacidad de respuesta ante emergencias reales. Desde la salud pública, esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de comunicación y educación comunitaria, para orientar adecuadamente a la población sobre el uso correcto de este servicio crítico y garantizar que cumpla su propósito de salvar vidas y responder a urgencias de manera eficaz.

Tabla N° 37 Región Loreto. Distribución por tipo de llamada 2020-2024

TIPO DE LLAMADA	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Pertinente	3,789	3,910	4,632	4,572	4,091	20,994	37.9%
No pertinente	18,872	8,184	1,619	1,993	3,709	34,377	**62.1%**
TOTAL	**22,661**	**12,094**	**6,251**	**6,565**	**7,800**	**55,371**	**100%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.2 Atenciones distribuidas por distritos

Durante el periodo 2020-2024, el SAMU en la región Loreto atendió un total de 20,940 casos, concentrándose principalmente en los distritos urbanos de mayor población. Iquitos registró el mayor número de atenciones (39.0%), seguido de Punchana (34.4%) y San Juan Bautista (22.2%), reflejando la alta demanda de los servicios de emergencia en zonas con mayor densidad poblacional y actividad urbana. En contraste, Belén solo representó el 4.3% de las atenciones y otros distritos apenas el 0.1%, lo que evidencia una limitada cobertura en zonas periféricas y rurales. Desde el enfoque de salud pública, estos datos resaltan la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta del SAMU en distritos periurbanos y rurales, así como implementar estrategias de acceso equitativo a la atención de emergencias para reducir las brechas en la cobertura y mejorar la oportunidad de atención en toda la región.

Tabla N° 38 Región Loreto: Número de atenciones por distritos atendidos por el SAMU 2020 – 2024

Distritos	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Belén	175	195	144	261	128	903	4.3%
San Juan Bautista	955	757	801	1,354	789	4,656	22.2%
Iquitos	1,803	1,697	1,729	1,153	1,775	8,157	39.0%
Punchana	851	1251	1908	1793	1394	7197	34.4%
Otros Distritos	5	10	0	7	5	27	0.1%
Total	**3,789**	**3,910**	**4,582**	**4,568**	**4,091**	**20,940**	**100.0%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.3 Atenciones, según tipo de servicios 2020-2024

El análisis del número de atenciones según tipo de servicios del SAMU en la región Loreto (2020-2024) muestra que la gran mayoría corresponde al desplazamiento de ambulancias (91.2%), lo que refleja la alta demanda de intervenciones en campo y la necesidad de un sistema de respuesta rápida frente a emergencias médicas, muchas veces vinculadas a la dispersión geográfica y dificultades de acceso en la región. En contraste, las atenciones sin desplazamiento de ambulancia representan solo el 8.8%, lo que indica que la atención remota o de orientación aún es limitada frente a las necesidades reales de transporte y atención directa. Desde la salud pública, estos resultados evidencian la importancia de fortalecer la cobertura del SAMU con recursos logísticos y humanos suficientes, priorizando la equidad en el acceso a la atención oportuna de emergencias en Loreto.

Tabla N° 39 Región Loreto: Número de atenciones según tipo de servicios atendidos por el SAMU 2020 - 2024

Tipo de Servicio	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Desplazamiento de ambulancias	3,611	3,607	4,202	4,186	3,640	19,246	**91.2%**
No desplazamiento de ambulancia	178	303	430	503	435	1,849	8.8%
TOTAL	**3,789**	**3,910**	**4,632**	**4,689**	**4,075**	**21,095**	**100%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.4 Atenciones del SAMU, según sexo

El análisis de las atenciones realizadas por el SAMU en Loreto (2020-2024) evidencia que el 55.1% de los casos corresponde a mujeres y el 44.9% a varones, mostrando una ligera mayor demanda de servicios de emergencia por parte de la población femenina. Este comportamiento puede asociarse a factores de salud pública como la mayor exposición de las mujeres en etapas de embarazo, parto y puerperio, así como su rol en el cuidado del hogar y la salud familiar, lo que incrementa el riesgo de complicaciones médicas. Por otro lado, aunque los hombres presentan menor proporción, mantienen una carga significativa de emergencias, muchas veces vinculadas a accidentes y violencia. Estos datos resaltan la

necesidad de que el SAMU mantenga un enfoque integral con perspectiva de género, garantizando la equidad en el acceso a la atención de emergencias, así como reforzar programas de prevención de accidentes, salud materna y violencia en la región.

Tabla N° 40 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según sexo. 2020 – 2024

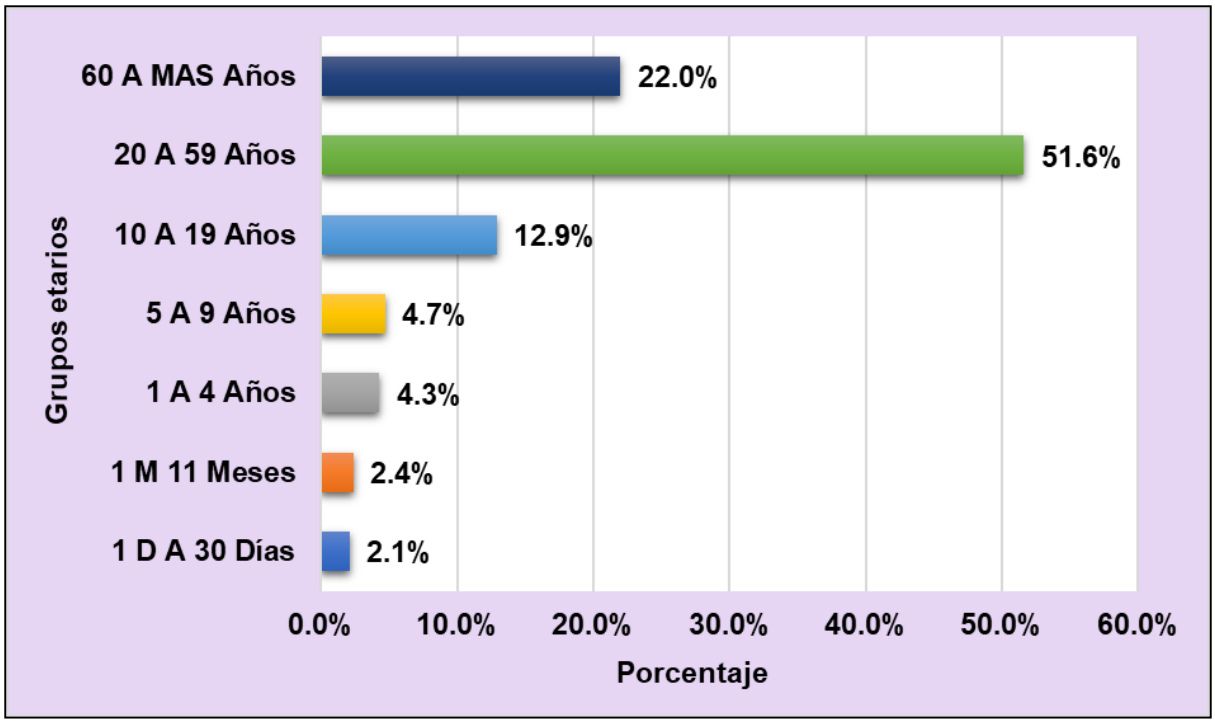
Sexo	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Masculino	1,751	1,765	2,100	1,945	1,793	9,354	44.9%
Femenino	2,038	2,145	2,451	2,613	2,230	11,477	**55.1%**
TOTAL	**3,789**	**3,910**	**4,551**	**4,558**	**4,023**	**20,831**	**100%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.5 Atenciones del SAMU, según grupo etario

El análisis de las atenciones realizadas por el SAMU en Loreto (2020-2024) según grupo etario muestra que la mayor proporción corresponde a la población adulta de 20 a 59 años (51.6%), seguida por los adultos mayores de 60 años a más (22.0%). Esto refleja la alta demanda de emergencias en personas en edad productiva, probablemente asociada a accidentes de tránsito, violencia y enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que en los adultos mayores las atenciones se relacionan con la alta carga de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia funcional.

Gráfico N° 74 Región Loreto. Porcentaje de atenciones realizadas por el SAMU según Grupo Etario. 2020 – 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

En contraste, los niños menores de 5 años representan solo un 8.8% del total, aunque siguen siendo un grupo vulnerable por la prevalencia de infecciones respiratorias y digestivas. Los

adolescentes y jóvenes (10-19 años) constituyen el 12.9%, lo que puede estar ligado a riesgos de violencia, accidentes y consumo de sustancias.
Desde la salud pública, estos resultados destacan la necesidad de fortalecer acciones preventivas diferenciadas por grupo etario, priorizando la promoción de estilos de vida saludables en adultos, la atención integral de enfermedades crónicas en mayores, y la protección de la infancia y adolescencia frente a riesgos prevenibles.

3.4.6 Atenciones del SAMU, según tipo de Emergencia

El análisis de las atenciones del SAMU en Loreto (2020–2024) según tipo de emergencia evidencia que la mayoría corresponde a emergencias médicas (55.2%), lo que refleja la alta carga de enfermedades agudas y descompensaciones de enfermedades crónicas que requieren atención inmediata. En segundo lugar, destacan los traslados de pacientes (23.6%), que ponen en evidencia la necesidad de referencia a establecimientos de mayor resolución por las limitaciones en infraestructura y capacidad resolutiva del primer nivel en Loreto. Los transportes asistidos de urgencia (16.1%) también muestran un rol importante del SAMU en el manejo de emergencias críticas. En contraste, los accidentes de tránsito representan solo el 3.2%, aunque siguen siendo un problema de seguridad vial y salud pública. Otros eventos como incendios (1.1%) y caídas (0.5%) son menos frecuentes, pero igualmente reflejan vulnerabilidades locales. Desde el enfoque de salud pública, estos datos resaltan la importancia de fortalecer la respuesta prehospitalaria, la articulación con la red de salud, la prevención de enfermedades crónicas y accidentes, y la mejora de la capacidad resolutiva de los servicios en zonas dispersas de la región.

Tabla N° 41 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según Tipo de Emergencia. 2020 – 2024.

Tipo de Emergencia	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Médico	2077	2156	1869	2948	2508	11558	**55.2%**
Traslado de paciente (Referencia)	1137	1185	1232	792	600	4946	23.6%
Accidente de Tránsito	212	116	95	123	121	667	3.2%
Consulte en línea	10	2	3	30	0	45	0.2%
Fluvial	5	0	0	0	0	5	0.0%
Aéreo	2	0	0	0	0	2	0.0%
Transpporte Asistido de Urgencia	247	368	1292	627	832	3366	16.1%
Incendio	56	55	67	38	11	227	1.1%
Caida	43	28	25	15	3	114	0.5%
Total	**3789**	**3910**	**4583**	**4573**	**4075**	**20930**	**100%**

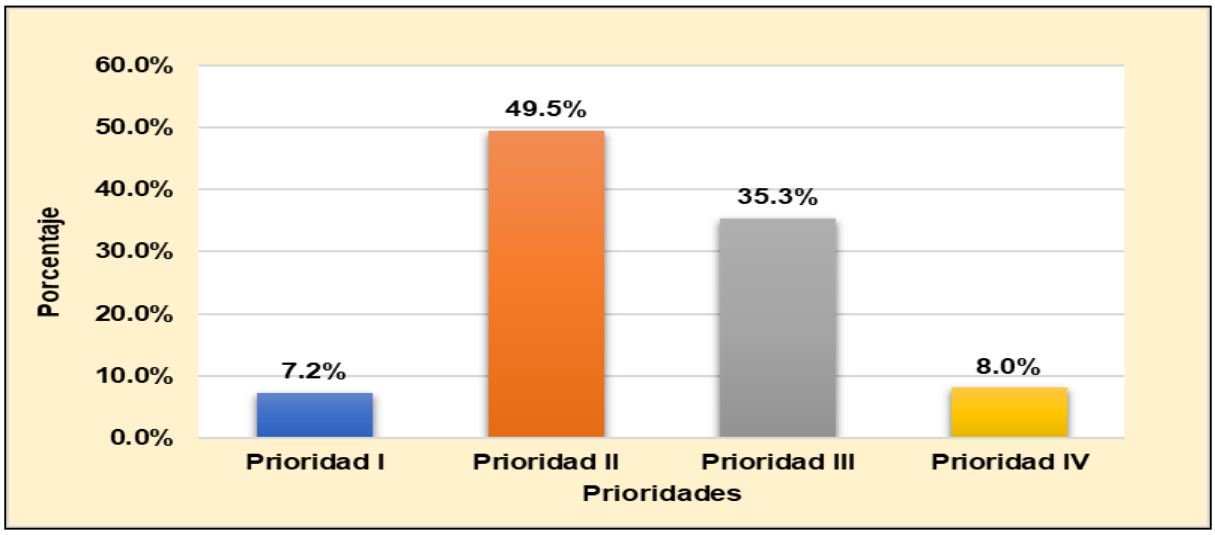
Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.7 Atenciones del SAMU, según prioridades

Entre los años 2020 y 2024, las atenciones del SAMU en la región Loreto se concentraron principalmente en la **Prioridad II (49.5%),** lo que evidencia que la mayoría de casos correspondieron a emergencias graves con riesgo potencial de complicación, requiriendo atención oportuna para evitar desenlaces fatales. En segundo lugar, destaca la Prioridad III (35.3%), vinculada a urgencias no inmediatas, que reflejan la demanda de atención prehospitalaria en situaciones de menor gravedad pero que igual requieren resolución médica. Las atenciones críticas de Prioridad I representaron un 7.2%, lo que muestra una proporción menor, pero de alta relevancia por el riesgo vital inmediato. Finalmente, las Prioridad IV (8.0%) evidencian casos no urgentes, usualmente resueltos con orientación o derivación. Desde la salud pública, estos resultados indican la necesidad de fortalecer la

capacidad resolutiva en emergencias graves y urgencias, optimizar recursos en atenciones críticas y promover la educación comunitaria para un uso adecuado del servicio.

Gráfico N° 75 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según Prioridades. 2020 – 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.8 Atenciones del SAMU, según tipos de Seguros

Entre los años 2020 y 2024, la mayoría de las atenciones del SAMU en Loreto correspondieron a personas afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS) con 74.4%, lo que evidencia su rol como principal mecanismo de protección financiera en salud para la población más vulnerable. En segundo lugar, se encuentran los asegurados de EsSalud (19.8%), reflejando la demanda de trabajadores formales y sus familias. En contraste, las atenciones por SOAT (0.2%) y otros seguros (2.1%) fueron mínimas, lo que indica baja cobertura de seguros privados o específicos. Un aspecto relevante en salud pública es que aún persiste un 3.5% de usuarios sin seguro, lo que refleja brechas en el acceso a la protección en salud y la necesidad de reforzar la afiliación universal, especialmente en contextos de emergencia, para garantizar equidad y continuidad en la atención prehospitalaria.

Tabla N° 42 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según Tupo de Seguros. 2020 – 2024.

Tipo de Seguro	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
SIS	2,562	2,774	3,600	3,627	2,891	15,454	74.4%
ES SALUD	809	845	789	737	936	4,116	19.8%
SOAT	2	0	3	21	21	47	0.2%
OTROS	65	81	129	69	86	430	2.1%
SIN SEGURO	351	210	56	26	94	737	3.5%
TOTAL	**3789**	**3910**	**4577**	**4480**	**4028**	**20784**	**100.0%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.9 Atenciones del SAMU, según tipos de patologías

Entre los años 2020 y 2024, las atenciones del SAMU en Loreto estuvieron dominadas por las patologías de tipo médico (67.2%), lo que refleja la alta demanda de asistencia ante enfermedades crónicas, agudas o descompensaciones frecuentes en la región. En segundo lugar, se ubican las patologías pediátricas (12.3%) y ginecológico-obstétricas (11.8%), que evidencian la importancia de la atención materno-infantil como eje de la salud pública. Las patologías quirúrgicas (8.7%) tuvieron una menor proporción, posiblemente por la naturaleza de casos que requieren resolución hospitalaria especializada. Desde el enfoque de salud pública, esta distribución muestra la necesidad de fortalecer la prevención y manejo oportuno de enfermedades médicas, así como reforzar programas dirigidos a la salud materna, neonatal e infantil, que siguen representando una parte considerable de las emergencias atendidas en Loreto.

Tabla N° 43 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según Tipo de Patología. 2020 – 2024.

Tipo de Patología	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Médico	2,295	2,288	2,783	3,487	3,170	14,023	**67.2%**
Quirúrgico	607	665	333	113	90	1,808	8.7%
Pediátrico	311	394	753	683	418	2,559	12.3%
Ginecologico/ Obstétrico	576	563	689	290	347	2,465	11.8%
Total	**3,789**	**3,910**	**4,558**	**4,573**	**4,025**	**20,855**	**100.0%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.10 Atenciones del SAMU por tipo de desastre

Entre los años 2020 y 2024, el SAMU en la región Loreto atendió 20,946 emergencias, de las cuales la gran mayoría correspondieron a desastres individuales (84.1%), vinculados principalmente a situaciones cotidianas como accidentes, enfermedades súbitas o eventos de riesgo personal. En contraste, los desastres masivos representaron solo el 15.9%, aunque por su magnitud implican mayor complejidad y necesidad de coordinación interinstitucional. Desde el enfoque de salud pública, estos datos reflejan que, si bien la respuesta ante emergencias masivas debe mantenerse como prioridad estratégica, el mayor reto para el sistema de salud es fortalecer la capacidad de prevención y atención de emergencias individuales, que son las que concentran la mayor carga de morbilidad y demanda sobre los servicios sanitarios en Loreto.

Tabla N° 44 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según Tipo de Desastre. 2020 – 2024.

Tipo de Desastre	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Masiva	660	674	433	841	728	3,336	15.9%
Individual	3,129	3,236	4,150	3,732	3,363	17,610	**84.1%**
TOTAL	**3,789**	**3,910**	**4,583**	**4,573**	**4,091**	**20,946**	**100%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.11 Atenciones del SAMU, según Soporte Vital

Entre 2020 y 2024, el SAMU en la región Loreto realizó 20,921 atenciones, de las cuales la gran mayoría (95.5%) correspondieron a soporte vital básico, mientras que el soporte vital avanzado apenas alcanzó el 0.2%, y en un 4% no se brindó soporte vital. Desde el enfoque de salud pública, esta tendencia evidencia la relevancia del soporte básico como la respuesta más frecuente y accesible en emergencias, pero también revela una brecha importante en la disponibilidad de soporte vital avanzado, lo que limita la capacidad de atención en situaciones críticas que requieren intervenciones especializadas. Fortalecer la capacidad técnica y los recursos humanos para ampliar el acceso al soporte vital avanzado resulta clave para mejorar la calidad y la oportunidad de la atención de emergencias en Loreto.

Tabla N° 45 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según Soporte Vital. 2020 – 2024

Soporte Vital	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Básico	3,449	3,590	4,427	4,509	4,013	19,988	95.5%
Avanzado	9	2	11	11	0	33	0.2%
Ninguno	331	318	132	53	66	900	4%
TOTAL	**3,789**	**3,910**	**4,570**	**4,573**	**4,079**	**20,921**	**100.00%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

3.4.12 Atenciones realizadas por el SAMU, según Establecimiento de Salud que Recepciona

Entre los años 2020 y 2024, el SAMU en la región Loreto realizó 21,045 atenciones, de las cuales el 44.2% fueron resueltas en foco y un 35.1% derivadas al Hospital Regional de Loreto, reflejando la alta capacidad resolutiva del servicio prehospitalario y el rol central de este hospital como referencia. En menor proporción, las atenciones se canalizaron hacia el Hospital Apoyo Iquitos (10.3%), EsSalud (4.7%) y otros establecimientos, mientras que un 2.6% no encontraron al paciente al momento de la intervención.

Tabla N° 46 Región Loreto. Número de atenciones realizadas por el SAMU según Establecimientos de Salud que recepciona. 2020 – 2024.

Establecimientos de Salud que recepcionan	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Resuelto en Foco	1,537	1,663	1,548	2,559	2,005	9,312	44.2%
Vía Telefónico	10	2	1	33	0	46	0.2%
No se encontró paciente	177	162	71	60	72	542	2.6%
Hospital Regional de Loreto	1,079	1,372	2,150	1,389	1,397	7,387	35.1%
Es Salud	169	145	254	214	203	985	4.7%
Hospital Apoyo Iquitos	634	437	435	331	340	2,177	10.3%
Otros	183	129	124	87	73	596	2.8%
TOTAL	**3,789**	**3,910**	**4,583**	**4,673**	**4,090**	**21,045**	**100.0%**

Fuente: GERESA Loreto. Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas-SAMU

Desde el enfoque de salud pública, estos resultados evidencian la importancia de fortalecer la articulación entre el SAMU y los diferentes niveles de atención, optimizando la capacidad

de respuesta y derivación oportuna, así como mejorar la localización efectiva de los pacientes para evitar pérdidas de oportunidad en la atención de emergencias.

3.5 Plataforma Itinerante de Apoyo Social (PIAS)

La Plataforma Itinerante de Acción Social (PIAS) en la región Loreto constituye una estrategia innovadora del Estado peruano que acerca servicios de salud, programas sociales y apoyo comunitario a las poblaciones más alejadas y de difícil acceso en la Amazonía. A través de embarcaciones fluviales equipadas y personal multisectorial, las PIAS permiten garantizar la atención integral en salud, educación, identidad y protección social, reduciendo brechas y fortaleciendo la equidad en territorios rurales dispersos donde la accesibilidad es limitada.

Estas plataformas funcionan a través de embarcaciones fluviales acondicionadas que, mediante convenios entre el Ministerio de Defensa (Marina de Guerra del Perú), la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) y diversos sectores sociales como salud, educación, programas sociales y registro de identidad, realizan intervenciones integrales en campañas itinerantes. En cada recorrido, las PIAS brindan atención médica, vacunación, entrega de medicamentos, trámites de DNI, asesoría en programas sociales y actividades educativas y de protección social, contribuyendo a reducir brechas y fortaleciendo la presencia del Estado en comunidades vulnerables y dispersas de Loreto.

3.5.1 PIAS, su ámbito de intervención y población objetivo:

La programación de las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS) en Loreto refleja un esfuerzo estratégico para atender a poblaciones dispersas y vulnerables en zonas de difícil acceso, donde predominan altos índices de pobreza, limitaciones de infraestructura sanitaria y problemas persistentes de salud pública como malaria, anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y baja cobertura de vacunación.

Tabla N° 47 Región Loreto. Programación del trabajo de las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana - 2024.

Plataforma	Área de Cobertura	Campañas Anuales	Población Objetivo
PIAS Napo	Cuenca Napo	5	26,409 personas
PIAS Putumayo I	Cuenca Putumayo	5	8,500 personas
PIAS Yavarí	Yavarí-Amazonas	4	4,183 personas
BAP Pastaza	Tigre-Marañón	4	3,800 personas
PIAS Aérea	Múltiples cuencas	5	8,400 personas
Total		23	51,292 personas

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud- PIAS 2024

El mayor alcance lo tiene la PIAS Napo, con 26,409 beneficiarios en cinco campañas anuales, lo que responde a la elevada densidad poblacional en esta cuenca y la diversidad de necesidades sanitarias. Le siguen las PIAS Morona y Putumayo I y II, que suman más de 25 mil personas en zonas de alta dispersión geográfica y con presencia de comunidades indígenas que enfrentan brechas críticas en atención médica.

Las PIAS Yavarí, BAP Yahuas, BAP Pastaza y BTH Raumis abarcan poblaciones menores (entre 2,900 y 5,000 personas), pero en áreas de gran vulnerabilidad socioeconómica y con exposición a problemas sanitarios derivados de la falta de servicios básicos. Finalmente, la PIAS Aérea cubre múltiples cuencas y atiende a 8,400 personas, reforzando la respuesta ante emergencias sanitarias y fortaleciendo la cobertura en zonas aisladas.

En conjunto, este despliegue de PIAS no solo contribuye a cerrar brechas de acceso a servicios de salud, sino que también fortalece la prevención y vigilancia en territorios con elevados determinantes sociales que condicionan la persistencia de enfermedades transmisibles y problemas de salud materno-infantil.

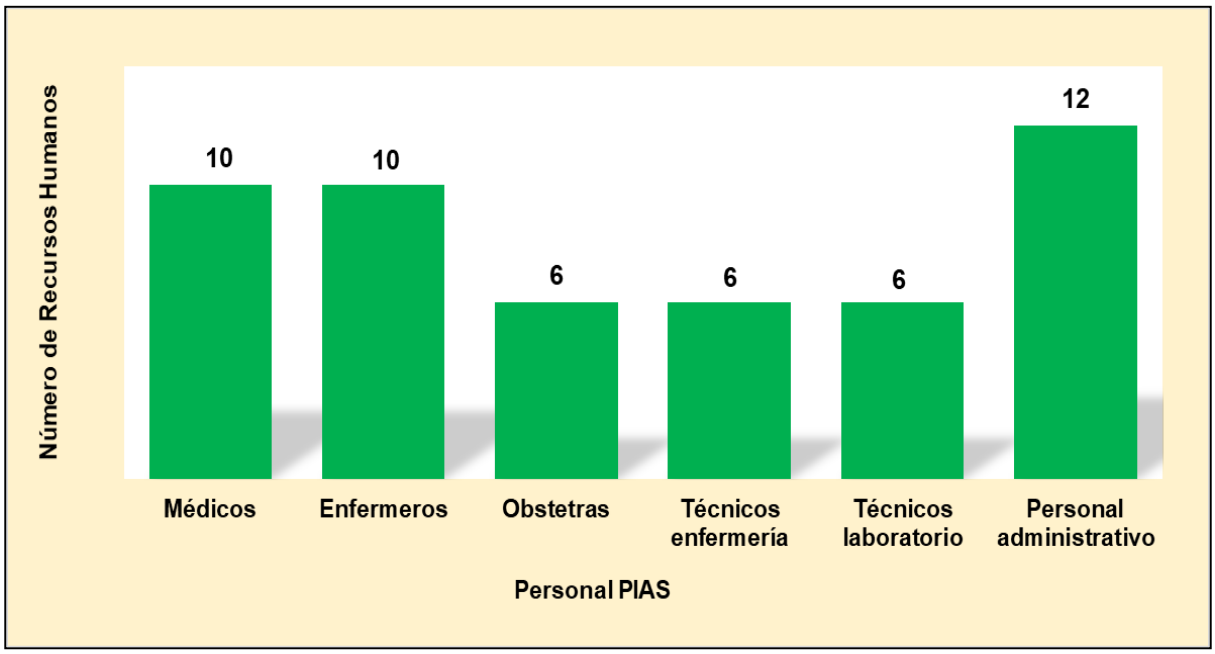
3.5.2 Recursos Humanos en las PIAS

El personal total asignado a las PIAS en Loreto durante el 2024 fue de 50 trabajadores distribuidos entre profesionales de la salud y personal administrativo.

Profesionales médicos y de enfermería representan el mayor grupo con 20 personas (40%), lo que asegura capacidad resolutiva en atenciones generales y emergencias; Obstetras y técnicos de enfermería y laboratorio suman 18 personas (36%), mostrando un refuerzo importante en salud materna, controles básicos y diagnóstico rápido; El personal administrativo alcanza 12 integrantes (24%), quienes cumplen un rol clave en la logística, coordinación y gestión operativa de las campañas itinerantes.

Desde la perspectiva de salud pública, la distribución evidencia un equilibrio entre la atención clínica, preventiva y el soporte administrativo, aunque persiste la necesidad de fortalecer el número de especialistas y técnicos en relación a la dispersión geográfica y alta demanda de las poblaciones amazónicas.

Gráfico N° 76 Región Loreto. Recursos Humanos durante las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana - 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud- PIAS 2024

3.5.3 Atenciones PIAS según puntos de Atención

En el 2024, las PIAS de Loreto atendieron a 104,752 personas en 162 puntos de atención, lo que evidencia la importancia de estas plataformas para acercar los servicios de salud a comunidades dispersas y de difícil acceso. La PIAS Napo concentró el mayor volumen de atenciones (41.1%), reflejando tanto su amplia población asignada como las necesidades sanitarias de la cuenca. Le siguieron la PIAS Morona (19.2%) y el BAP Corrientes (15.8%), que cubren zonas de alta vulnerabilidad epidemiológica vinculadas a problemas de saneamiento, nutrición y enfermedades transmisibles.

Las PIAS Putumayo I y II, aunque con menor población asignada, aportaron juntas un 23.9% de las atenciones, reforzando la cobertura sanitaria en distritos fronterizos y aislados, donde la presencia del sistema de salud es limitada.

En términos de salud pública, este despliegue permite reducir brechas de acceso, fortalecer la vigilancia epidemiológica y atender patologías prevalentes como IRAS, EDAs, desnutrición y anemia infantil, contribuyendo al control de enfermedades y a la protección de la niñez amazónica en contextos de pobreza y dispersión geográfica.

Tabla N° 48 Región Loreto. Recursos Humanos durante las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana - 2024.

Plataforma	Población Asignada	Puntos de Atención	Atenciones 2024	% del Total
PIAS Napo	26,409	31	25,320	41.10%
PIAS Morona	10,789	35	23,522	19.20%
BAP Corrientes*	8,450	36	21,920	15.80%
PIAS Putumayo I	6,233	25	18,100	12.10%
PIAS Putumayo II	4,200	35	15,890	11.80%
Total	**56,081**	**162**	**104,752**	**100.00%**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud- PIAS 2024

3.5.4 Atenciones en las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana, según Campañas.

Las PIAS y buques de la Marina constituyen un eje estratégico para garantizar el acceso a servicios de salud en las zonas más dispersas y vulnerables de la Amazonía loretana. Entre 2017 y 2019, las atenciones oscilaron entre 44 mil y 51 mil, reflejando un crecimiento progresivo en la cobertura. En 2020, durante la pandemia, se observa un salto significativo con más de 111 mil atenciones, lo que evidencia el rol crítico de estas plataformas frente a emergencias sanitarias.

De 2021 a 2024, se consolidó un esfuerzo sostenido con 176 campañas y más de 405 mil atenciones, mostrando la capacidad de respuesta itinerante en territorios de difícil acceso. Este volumen refleja no solo la atención curativa, sino también las intervenciones preventivas (controles materno-infantiles, vacunación, salud comunitaria), lo que contribuye a reducir

brechas sanitarias y mejorar la equidad en salud en distritos marcados por alta pobreza, baja densidad poblacional y dispersión geográfica.

Tabla N° 49 Región Loreto. Recursos Humanos durante las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana - 2024.

Año	Campañas Realizadas	Primera Campaña (Atenciones)	Segunda Campaña (Atenciones)	Tercera Campaña (Atenciones)	Total de Atenciones
2017	22	15,420	14,850	14,200	**44,492**
2018	24	16,890	15,650	15,100	**47,664**
2019	30	18,200	16,800	16,500	**51,530**
2020	18	38,605	33,053	39,999	**111,675**
2021-2024	176	142,000	128,500	135,200	**405,876**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud- PIAS 2024

3.5.5 Atenciones en las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana, según especialidad.

Las atenciones brindadas en las PIAS y buques de la Marina entre 2020 y 2024 suman 975,177 prestaciones, mostrando un crecimiento sostenido y una alta cobertura en poblaciones aisladas de Loreto. El mayor porcentaje corresponde a CRED (34%), reflejando la prioridad en salud materno-infantil, controles de crecimiento y desarrollo, y prevención de la desnutrición y anemia infantil, que son problemas críticos en la Amazonía.

En segundo lugar, Medicina General (32%) concentra las consultas básicas, permitiendo detectar y atender enfermedades prevalentes en comunidades rurales, donde la malaria, infecciones respiratorias, parasitosis y enfermedades crónicas siguen siendo frecuentes.

La Obstetricia (23%) tiene un rol clave en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, garantizando controles prenatales, planificación familiar y partos institucionales en contextos de dispersión geográfica y pobreza.
Finalmente, el Laboratorio (11%) fortalece la capacidad diagnóstica, especialmente para enfermedades transmisibles como malaria, VIH, tuberculosis y dengue, fundamentales en salud pública amazónica.

Tabla N° 50 Región Loreto. Recursos Humanos durante las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana según especialidad - 2024.

Especialidad	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
CRED	55,004	62,500	68,200	71,800	74,500	332,004	34.0
Medicina General	51,768	58,900	64,100	67,200	69,800	311,768	32.0
Obstetricia	37,208	42,300	46,100	48,500	50,200	224,308	23.0
Laboratorio	17,797	20,200	22,000	23,100	24,000	107,097	11.0
Total	**161,777**	**183,900**	**200,400**	**210,600**	**218,500**	**975,177**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud- PIAS 2024

3.5.6 Patologías atendidas durante las atenciones de los PIAS

Durante el 2024, las atenciones en las PIAS evidencian que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 5 años fueron la principal causa de consulta (72,877 casos, +12.3% vs. 2023), concentrándose en distritos como Morona, Napo y Putumayo, lo que refleja la vulnerabilidad de la niñez amazónica ante condiciones de vivienda precaria, clima húmedo y limitada cobertura de vacunas.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) ocuparon el segundo lugar (51,314 casos, +8.7%), con mayor incidencia en Yavarí, Ucayali y Tigre, asociadas a la escasa disponibilidad de agua segura y saneamiento básico, factores críticos de salud pública en Loreto.

La Desnutrición crónica infantil (23,156 casos, +5.2%) se mantiene como un problema estructural, sobre todo en Pastaza, Corrientes y Morona, donde el acceso a alimentos nutritivos es limitado y persisten brechas en programas sociales.

Por su parte, la anemia infantil (18,904 casos, +3.1%) continúa afectando a todos los distritos, evidenciando la magnitud del problema nutricional en la región y la necesidad de reforzar las estrategias de suplementación con hierro y control del parasitismo. (Tabla N° 51)

Tabla N° 51 Región Loreto. Recursos Humanos durante las Plataformas Itinerantes de Acción Social y Buques de la Armada Peruana según especialidad - 2024.

Patología	Casos 2024	Variación vs 2023	Distritos Más Afectados
IRAS menores 5 años	72,877	12.30%	Morona, Napo, Putumayo
EDAs	51,314	8.70%	Yavarí, Ucayali, Tigre
Desnutrición crónica	23,156	5.20%	Pastaza, Corrientes, Morona
Anemia infantil	18,904	3.10%	Todos los distritos

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Servicios de Salud- PIAS 2024

En conjunto, los datos muestran que la salud infantil sigue siendo el eje prioritario de atención pública en Loreto, donde la pobreza, la dispersión geográfica y las carencias en saneamiento potencian la carga de enfermedad.

3.6 Aseguramiento Universal de Salud (AUS)

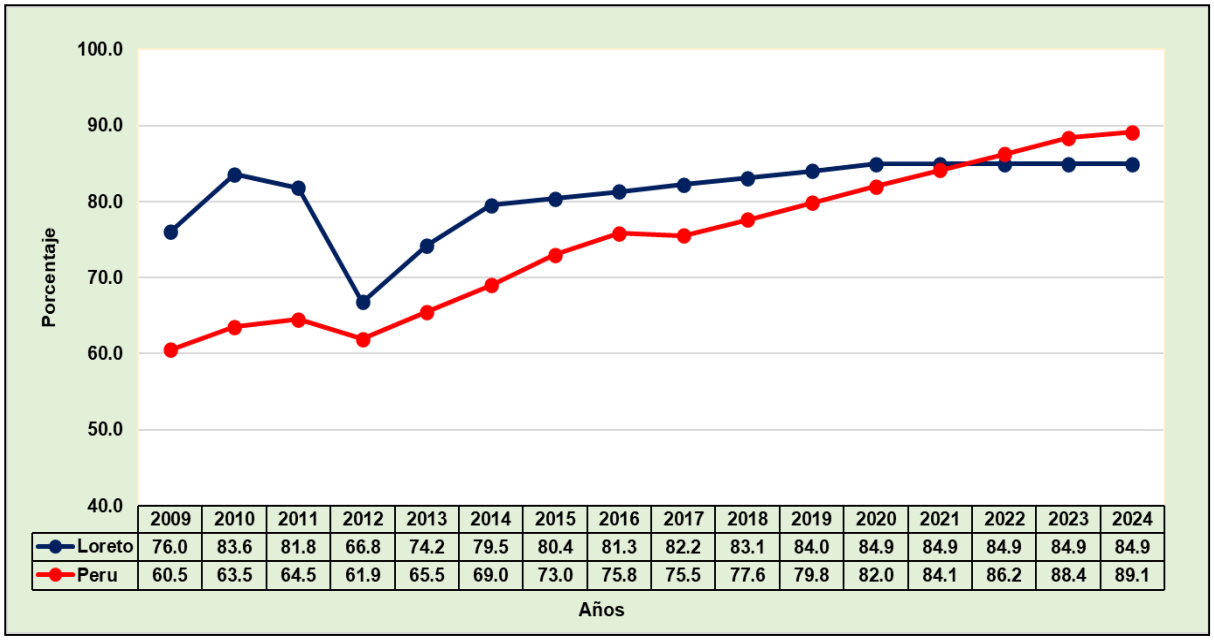
La Ley del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) busca garantizar el derecho progresivo a la seguridad social en salud para toda persona residente en el Perú, estableciendo la afiliación obligatoria a un seguro y asegurando un conjunto mínimo de prestaciones mediante el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). En este marco, el Decreto Legislativo N.º 1158 transformó a la SUNASA en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), otorgándole autonomía para supervisar, fiscalizar y garantizar que las atenciones se brinden con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, protegiendo así los derechos de los ciudadanos al acceso a los servicios de salud.

Actualmente, SUSALUD cumple funciones como registrar y supervisar aseguradoras (IAFAS) y prestadores de salud (IPRESS), administrar los registros de afiliados, supervisar el uso de los recursos, atender reclamos y aplicar sanciones. Sin embargo, enfrenta retos vinculados a limitaciones técnicas, desigualdades territoriales, débil coordinación institucional y necesidad de modernización digital. Por ello, se requiere actualizar y fortalecer el AUS y a SUSALUD mediante reformas que impulsen la salud digital, la interoperabilidad de datos, mayor descentralización, transparencia y participación ciudadana, garantizando así un sistema más equitativo y eficiente.

Población Afiliada

En el Gráfico N° 77, elaborado con información del INEI y de la Encuesta Nacional de Hogares, muestra que, entre 2009 y 2024, el porcentaje de población afiliada a un seguro de salud en Loreto presentó un incremento importante, pasando de 76,0 % en 2009 a 84,9 % desde 2020, manteniéndose estable en los últimos cinco años.

Gráfico N° 77 Región Loreto. Porcentaje del total de la población afiliada a un seguro de salud en comparación con el nivel nacional. 2009 al 2024.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Loreto	76.0	83.6	81.8	66.8	74.2	79.5	80.4	81.3	82.2	83.1	84.0	84.9	84.9	84.9	84.9	84.9
Peru	60.5	63.5	64.5	61.9	65.5	69.0	73.0	75.8	75.5	77.6	79.8	82.0	84.1	86.2	88.4	89.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares

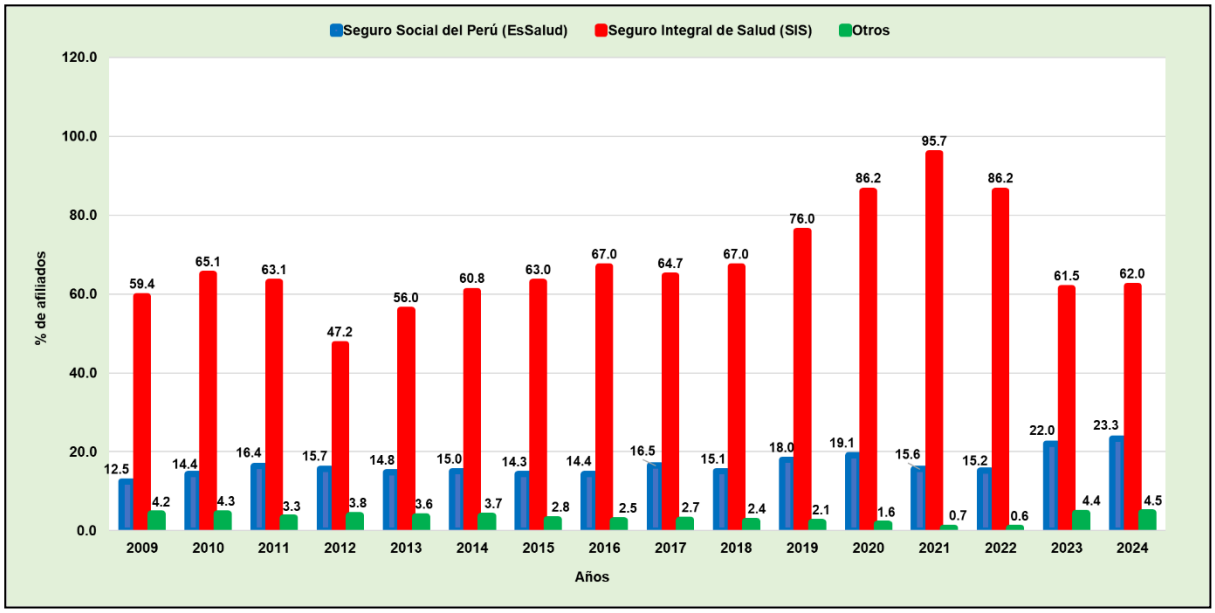
A nivel nacional, la cobertura también aumentó de manera sostenida, de 60,5 % en 2009 a 89,1 % en 2024, con un crecimiento continuo a lo largo del periodo.
En la primera parte del análisis (2009–2019), Loreto mantuvo porcentajes de afiliación superiores al promedio nacional. Sin embargo, a partir de 2021 la cobertura nacional superó a la de Loreto, reflejando un avance más dinámico en la afiliación nacional, mientras que en Loreto se observa una tendencia estacionaria desde 2020. Esto evidencia la necesidad de fortalecer estrategias regionales para retomar el crecimiento y reducir la brecha frente al promedio nacional.

El Gráfico N° 78, evidencia que, entre 2009 y 2024, la afiliación a seguros de salud en Loreto mostró cambios importantes en la composición por tipo de seguro.

El Seguro Integral de Salud (SIS) ha sido históricamente el principal mecanismo de cobertura, pasando de 59,4 % en 2009 a un máximo de 95,7 % en 2021, impulsado probablemente por políticas de ampliación de cobertura. No obstante, a partir de 2022 se observa una reducción progresiva, llegando a 62,0 % en 2024, lo que podría reflejar depuraciones de registros o cambios en la población objetivo.

La afiliación a EsSalud aumentó de 12,5 % en 2009 a 23,3 % en 2024, mostrando una tendencia ascendente sostenida en los últimos años, posiblemente asociada al crecimiento del empleo formal. Finalmente, el grupo de otros seguros se ha mantenido bajo a lo largo del periodo, con valores entre 0,6 % y 4,5 %, sin una tendencia clara.

Gráfico N° 78 Región Loreto. Porcentaje de afiliados a un seguro de salud en relación con el total de la población y tipos de seguros del 2009 al 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática y Oficinas Sectoriales de Estadística 2009-2024

Tabla N° 52 Región Loreto. Características del Asegurado en las IAFAS Públicas 2024.

ASEGURADOS	LORETO	AÑO	FUENTE
Población Loreto (proyección)	**1,046,452**	2025	INEI – Proyecciones de población departamental
Afiliados SIS Loreto	1,040,000	2024 (último consolidado publicado por Geresa Loreto / portal SIS)	SIS / Diresa Loreto
Afiliados EsSalud Loreto	165,000	2023 (último reporte en EsSalud en cifras con detalle regional)	EsSalud en Cifras
Afiliados FF.AA y PNP Loreto	12,000	2022 (estimación oficial en ASIS Loreto)	Geresa Loreto – ASIS 2022
Con algún seguro	1,217,000		
Brecha Cantidad	-170,548		
Brecha en:	-16.30%		
Cobertura de IAFAS	14.54%		
Cobertura de SIS	85.46%		

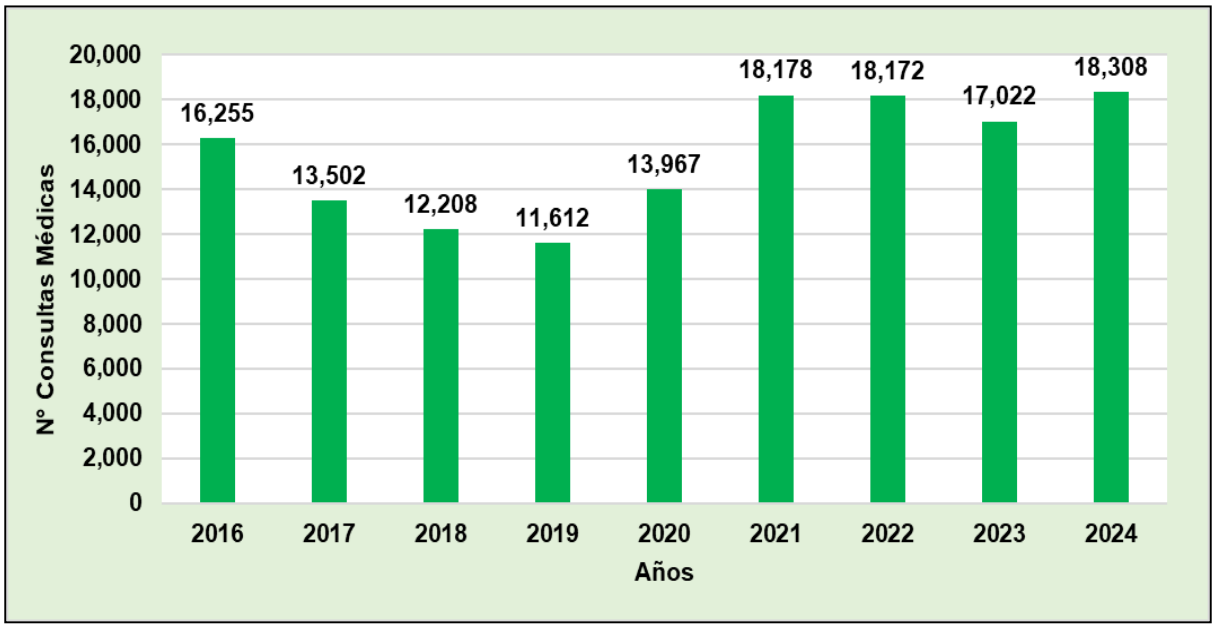
Fuente: GERESA Loreto, Dirección de seguros y referencias: 2025 (con población proyectada de 1,046,452 habitantes)

La Tabla N° 52 muestra la población proyectada por el INEI para Loreto en el año 2024, con 1 017, 151 habitantes. La población afiliada a algún tipo de seguro alcanza los 1 217 000 asegurados, considerando al SIS (1 040 000), EsSalud (165 000) y FF. AA. y PNP (12 000). Entre la población proyectada y la asegurada se observa una brecha negativa de 170 548 personas, equivalente al 16,3 %. Asimismo, la cobertura de las IAFAS en la región llega al 114,5 %, mientras que la cobertura del SIS representa el 85,5 % de la población total proyectada.

3.6.1 Consultas Médicas en IPRESS vinculadas a las IAFAS-EPS

Entre 2016 y 2024, las consultas médicas en las IPRESS vinculadas a IAFAS EPS muestran una tendencia general estable con variaciones puntuales.

Gráfico N° 79 Región Loreto. Características del Asegurado en las IAFAS Públicas 2024.



Fuente: SUSALUD - Anuario Estadístico, 2022, Reporte de prestaciones de las EPS-Resolución N°027-2014-SUNASA/S

En los primeros años se observa una disminución progresiva: de 16 255 consultas en 2016 a 11 612 en 2019, lo que podría asociarse a cambios en la demanda o cobertura de este tipo de aseguramiento.

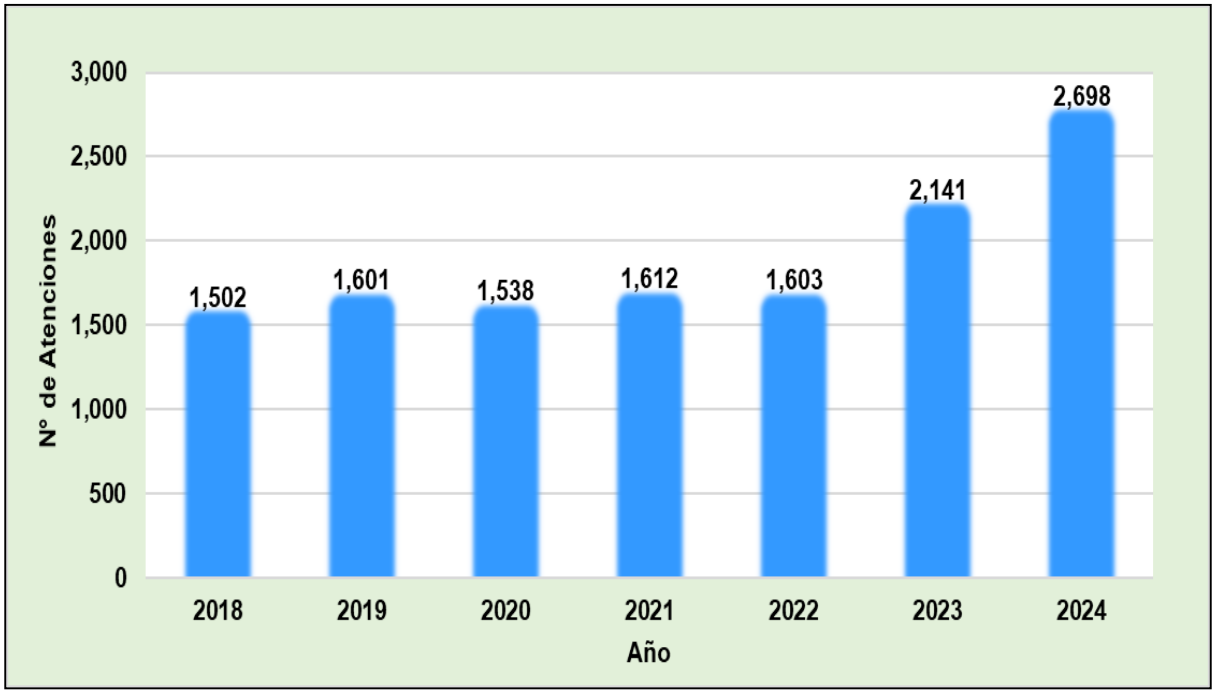
En 2020 hay un incremento significativo (13 967 consultas), posiblemente vinculado a la reorganización de la atención en el contexto de la pandemia. A partir de 2021, se consolida un crecimiento sostenido, alcanzando 18 308 consultas en 2024, el valor más alto del periodo, lo que refleja una recuperación y expansión de la atención en el subsector privado vinculado a EPS.

3.6.2 Atenciones de Emergencias realizadas por IPRESS vinculados a las IAFAS-EPS

Entre 2018 y 2024, las atenciones de emergencias en IPRESS vinculadas a IAFAS EPS en la región Loreto muestran una tendencia creciente, especialmente en los últimos años.

De un nivel inicial de 1 502 atenciones en 2018, se mantiene un comportamiento relativamente estable hasta 2022 (entre 1 500 y 1 600 atenciones anuales). A partir de 2023 se observa un incremento notable, alcanzando 2 141 atenciones, y en 2024 se registra el valor más alto del periodo con 2 698 atenciones, lo que evidencia una mayor demanda y utilización de los servicios de emergencia en el subsector EPS, posiblemente relacionada con la reactivación de servicios y un aumento en la afiliación o acceso.

Gráfico N° 80 Región Loreto. evolución de las atenciones de emergencias en IPRESS vinculadas a IAFAS EPS. 2018-2024

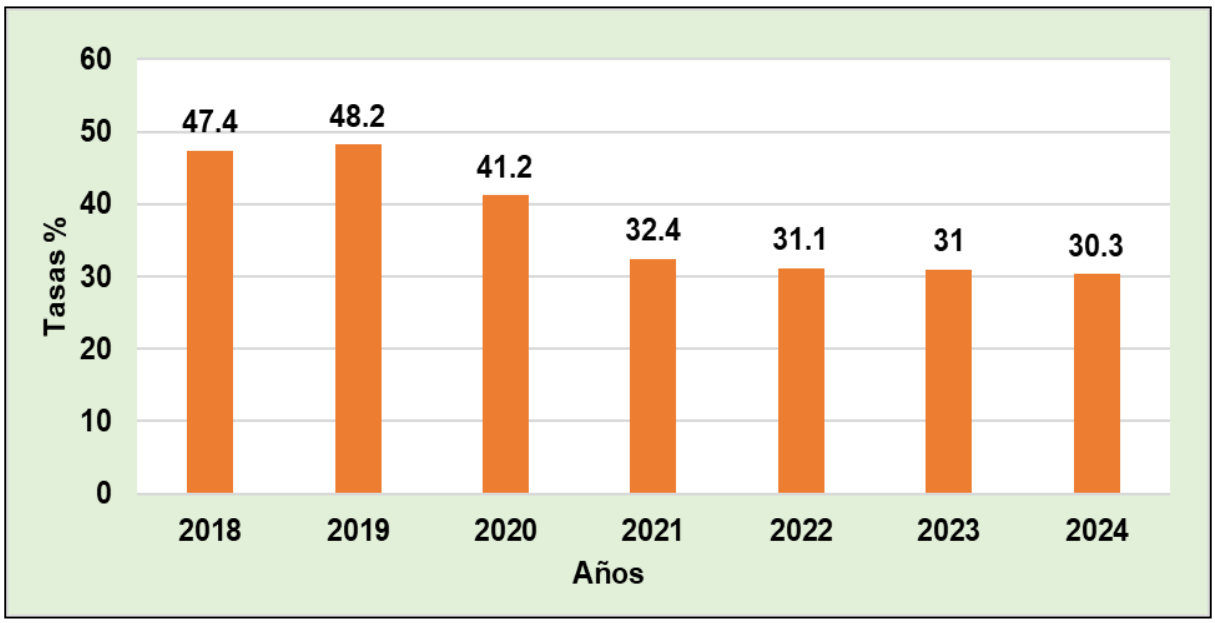


Fuente: SUSALUD - Anuario Estadístico, 2022, Reporte de prestaciones de las EPS-Resolución N°027-2014-SUNASA/S

3.6.3 Partos por Cesáreas: Atenciones en IPRESS vinculados a las IAFAS-EPS

Se observa que la tasa más alta de cesáreas en IPRESS vinculadas a las IAFAS EPS durante el periodo 2018-2024 se registró en 2019 (48,2%), mientras que la más baja fue en 2024, con una tasa de 30,3%. A partir de 2020, se evidencia una tendencia decreciente sostenida en la tasa de partos por cesárea.

Gráfico N° 81 Región Loreto. Evolución de las tasas de cesáreas en IPRESS vinculadas a IAFAS EPS. 2018-2024 (Porcentaje)



Fuente: SUSALUD - Anuario Estadístico, 2022, Reporte de prestaciones de las EPS-Resolución N°027-2014-SUNASA/S

3.7 Seguro Integral de Salud (SIS)

El Seguro Integral de Salud (SIS) fue creado el 2002 con el objetivo de administrar fondos para el financiamiento de prestaciones individuales a la población en situación de pobreza y extrema pobreza; El SIS es un seguro de salud que es subvencionado por el estado, dirigido para todos los peruanos y extranjeros residentes en el Perú que no cuenten con otro seguro de salud vigente. El SIS cubre medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslados de emergencia, pero la cobertura varía según el plan de seguro SIS. Cubre más de 12 mil diagnósticos, incluidos varios tipos de cáncer.
Existen 5 planes de seguro SIS:

- SIS Gratuito,
- SIS Para Todos
- SIS Independiente
- SIS Microempresas
- SIS Emprendedor

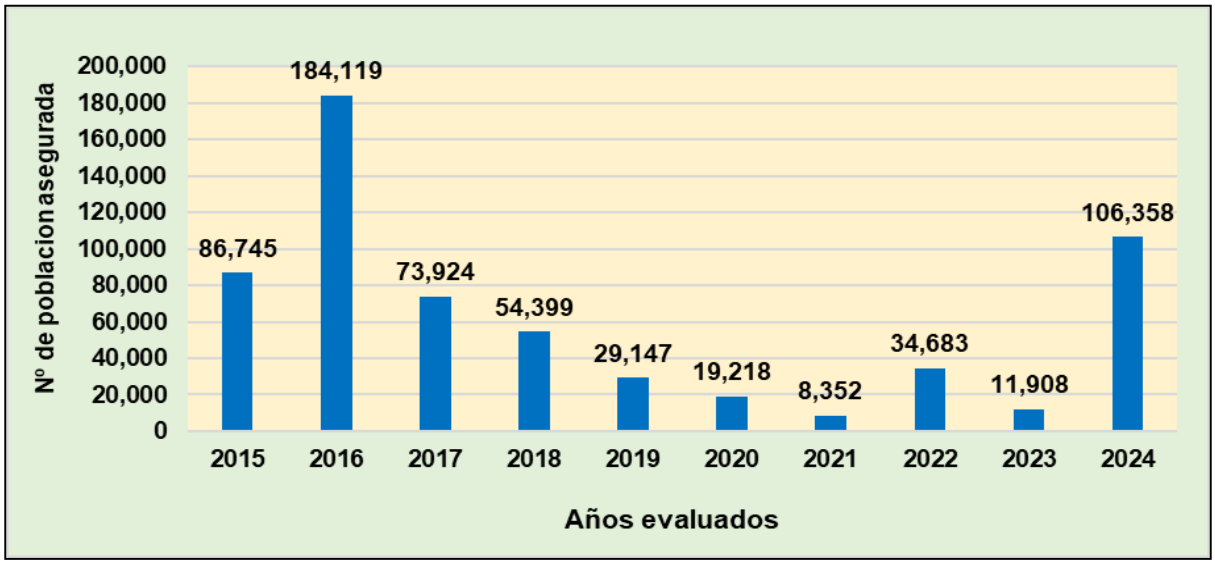
3.7.1 Población afiliada al SIS

En el Gráfico N° 82, se observa que, entre 2015 y 2024, la población afiliada al SIS en la región Loreto presenta variaciones marcadas, con picos importantes en los años 2020 y 2022.

En los primeros años (2015–2019), la afiliación muestra fluctuaciones y valores relativamente bajos, con un mínimo en 2017 (8 352 afiliados). A partir de 2020, se observa un incremento significativo, alcanzando 106 358 afiliados, probablemente asociado a políticas de ampliación de cobertura durante la pandemia. En 2022 se registra el máximo histórico (138 788), seguido de una ligera disminución en 2023 y estabilización en 2024 (106 664 afiliados). Esta tendencia evidencia una expansión sustancial de la cobertura del SIS en los últimos años, aunque con variaciones anuales relevantes.

Estas cifras reflejan el impacto positivo de las campañas de afiliación del SIS en la región Loreto, como: “Pueblos Indígenas según DU 046-2021 y su ampliación, asegúrate al SIS”, que benefició a más de 129,000 personas, incluyendo familias de pueblos indígenas como asháninka, achuar, shawi, shipibo-konibo, candoshi, cocama-cocamilla, quechua, ticuna, awajún, entre otros.

Gráfico N° 82 Región Loreto. Evolución de la población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), 2015-2024.



Fuente: GERESA Loreto. BD. ARFSISweb-2015-2024

3.7.2 Población del SIS según Provincias y Tipo de seguro

La Tabla N° 53, nos muestra que, la mayor cantidad de asegurados por SIS se encuentran en la provincia de Maynas (421,201), seguido de la provincia Alto Amazonas (150,445) y Loreto (81,457). Asimismo, 962,891 son por afiliación Regular Directa; 60,902 fueron con SIS Temporal, 1,377 fueron afiliados con carné de extranjería, 71 con SIS Microempresas y 4 con SIS independiente.

Tabla N° 53 Región Loreto. Población con Seguro Integral de Salud (SIS) por tipos de SIS, según provincias al 2025.

Nº	PROVINCIAS	TIPOS DE SEGUROS SIS						TOTAL A SEGURADOS SIS
		2. Regular	3. C. Extrangería	8.Microempresas	9. Independiente	E. Temporal	R. NRUS	
1	ALTO AMAZONAS	150,445	151	29	1	7,793	11	158,430
2	DATEM DEL MARAÑON	85,292	8			18,631	1	103,932
3	LORETO	81,457	16	2		10,479	2	91,956
4	MAYNAS	421,201	802	28	3	11,568	60	433,662
5	PUTUMAYO	10,300	7			1,242		11,549
6	RAMON CASTILLA	79,803	53	2		3,797	3	83,658
7	REQUENA	68,207	6	2		3,407		71,622
8	UCAYALI	66,186	334	8		3,985	1	70,514
Total general		962,891	1,377	71	4	60,902	78	1,025,323

Fuente: GERESA Loreto. BD. ARFSISweb-2014-2025

3.7.3 Referencias y Contrarreferencias del Seguro Integral de Salud (SIS).

El Sistema de Referencias y Contrarreferencias, se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permite prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integridad de los servicios.
Entre 2023 y 2024, el número de referencias del SIS en la región Loreto muestra un incremento significativo, pasando de 3 043 a 7 900 referencias, lo que representa más del doble de atenciones referidas. En 2023, las referencias se concentraron principalmente en la Red de Salud Loreto (2 788), mientras que en 2024 destaca un mayor involucramiento de varias Unidades Ejecutoras, especialmente la Red de Salud Alto Amazonas (2 604) y la Red de Salud Datem del Marañón (1 677). Además, se incorporan hospitales como el Apoyo Iquitos y el Regional de Loreto, que empiezan a registrar referencias.

Tabla N° 54 Región Loreto. Número de referencias y Contrarreferencias del Seguro Integral de Salud según Unidades Ejecutoras. 2023-2024.

Unidades Ejecutoras	Referencias	
	2023	2024
400 Red de Salud Loreto	2,788	2,164
401 Red de Salu Alto Amazonas	255	2,604
402 Hospital Apoyo Iquitos		119
403 Hospital Regional de Loreto		111
404 Red de Salud Datem del Marañón		1,677
405 Hospital Santta Gema de Yurimaguas		63
406 Salud Ucayali Contamana		263
407 Red de Salud Loreto-Nauta		899
Total	**3,043**	**7,900**

Fuente: Base de datos DRCyS 2024-2025

3.7.3.1 Referencias según Unidades Ejecutoras:

3.7.3.1.1 Red de Salud Loreto

Entre 2023 y 2024, el número de referencias del SIS en la Red de Salud Loreto evidencia un incremento importante en todos los tipos de transporte utilizados, pasando de 10 943 traslados en 2023 a 10 775 en 2024, con una mayor participación de los traslados fluviales.

- ✓ Traslados fluviales: aumentaron de 1 205 en 2023 a 4 313 en 2024, consolidándose como el principal medio de transporte, acorde a la geografía amazónica.
- ✓ Traslados aéreos: se incrementaron de 869 a 1 450, mostrando un fortalecimiento del uso de transporte especializado para casos de mayor complejidad.
- ✓ Traslados terrestres: también aumentaron, de 969 a 2 137, probablemente asociados a mejoras en la conectividad vial en algunas zonas.

La tendencia mensual refleja que el primer semestre concentra los mayores volúmenes de referencias, destacando los meses de enero a julio de 2024, lo que sugiere una mayor demanda o mejor gestión de referencias durante este periodo.

En conjunto, estos datos muestran una intensificación del sistema de referencia en la Red de Salud Loreto, con mayor capacidad logística y mejor articulación de medios de transporte para garantizar el acceso oportuno a servicios de salud especializados.

Tabla N° 55 Región Loreto. Número de referencias del Seguro Integral de Salud según meses y tipo de transporte utilizados de la Red de Salud Loreto 2023-2024.

Meses	Traslado Aéreo		Traslado Fluvial		Traslado Terresrre		Total
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	
Enero	76	121	224	467	159	295	1,342
Febrero	60	106	77	365	77	250	935
Marzo	66	113	101	508	90	218	1,096
Abril	72	151	82	467	72	193	1,037
Mayo	81	133	95	441	51	169	970
Junio	54	133	90	449	66	209	1,001
Julio	90	134	99	420	66	174	983
Agosto	64	129	83	244	85	83	688
Septiembre	84	114	84	225	70	128	705
Octubre	82	86	95	284	79	160	786
Noviembre	82	122	95	297	76	163	835
Diciembre	58	108	80	146	78	95	565
Sub Total	**869**	**1,450**	**1,205**	**4,313**	**969**	**2,137**	**10,943**
Total	**2,319**		**5,518**		**3,106**		

Fuente: Base de datos DRCyS 2023-2024.

3.7.3.1.1.1 Referencias según IPRESS de UE 400

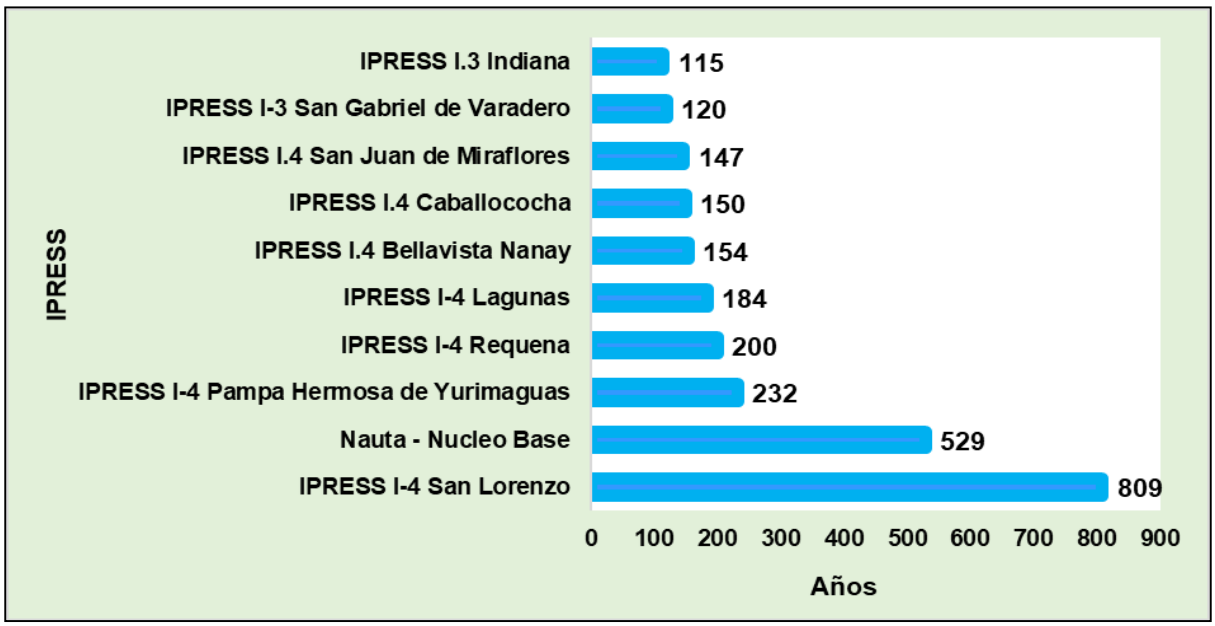
En el 2024, el mayor número de referencias en la Red de Salud Loreto provino de la IPRESS I-4 San Lorenzo, con 809 referencias, representando el principal punto de derivación de pacientes hacia establecimientos de mayor capacidad resolutiva.

Le siguen en importancia el Núcleo Base de Nauta (529) y la IPRESS I-4 Pampa Hermosa de Yurimaguas (232), que también concentran una parte significativa de las referencias.

El resto de IPRESS —como Requena, Lagunas, Bellavista Nanay, Caballococha y San Juan de Miraflores— presentan volúmenes menores (entre 147 y 200), mientras que San Gabriel de Varadero e Indiana registran menos de 130 referencias cada una.

En conjunto, estos datos evidencian que las referencias se concentran principalmente en zonas alejadas y de difícil acceso, donde la limitada capacidad resolutiva de los establecimientos de primer nivel obliga a derivar a los pacientes para atención especializada.

Gráfico N° 83 Región Loreto. Numero de referencias realizadas según IPRESS de procedencias de la Red Salud Loreto UE 400. 2024.



Fuente: Base de datos DRCyS -2024.

3.7.3.1.1.2 Referencias según Patologías

En el año 2024, las principales causas de referencia en la Red de Salud Loreto estuvieron relacionadas con emergencias médico-quirúrgicas, obstétricas y enfermedades transmisibles.

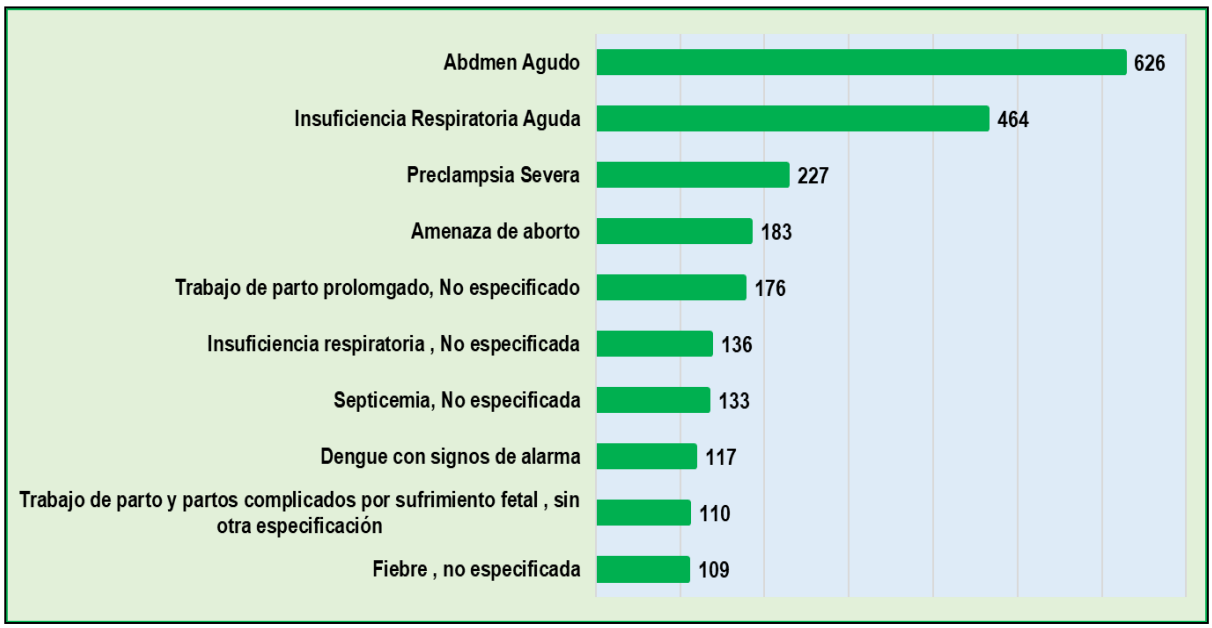
La primera causa fue el abdomen agudo con 626 referencias, lo que refleja la limitada capacidad resolutiva quirúrgica en establecimientos de primer nivel. Le siguen la insuficiencia respiratoria aguda (464) y la preeclampsia severa (227), ambas patologías que requieren atención especializada y manejo hospitalario inmediato.

Entre las causas obstétricas destacan también la amenaza de aborto (183) y el trabajo de parto prolongado (176), evidenciando la importancia de fortalecer la atención materno-perinatal en zonas periféricas.

Por otro lado, aparecen diagnósticos infecciosos como septicemia (133) y dengue con signos de alarma (117), que reflejan la carga de enfermedades transmisibles en la región. Finalmente, condiciones inespecíficas como insuficiencia respiratoria no especificada y fiebre no especificada también figuran entre las más frecuentes, lo que podría estar relacionado con limitaciones diagnósticas iniciales.

En conjunto, estos datos muestran que las referencias se concentran en patologías de urgencia, obstétricas y transmisibles, lo que subraya la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva y diagnóstica de las IPRESS periféricas.

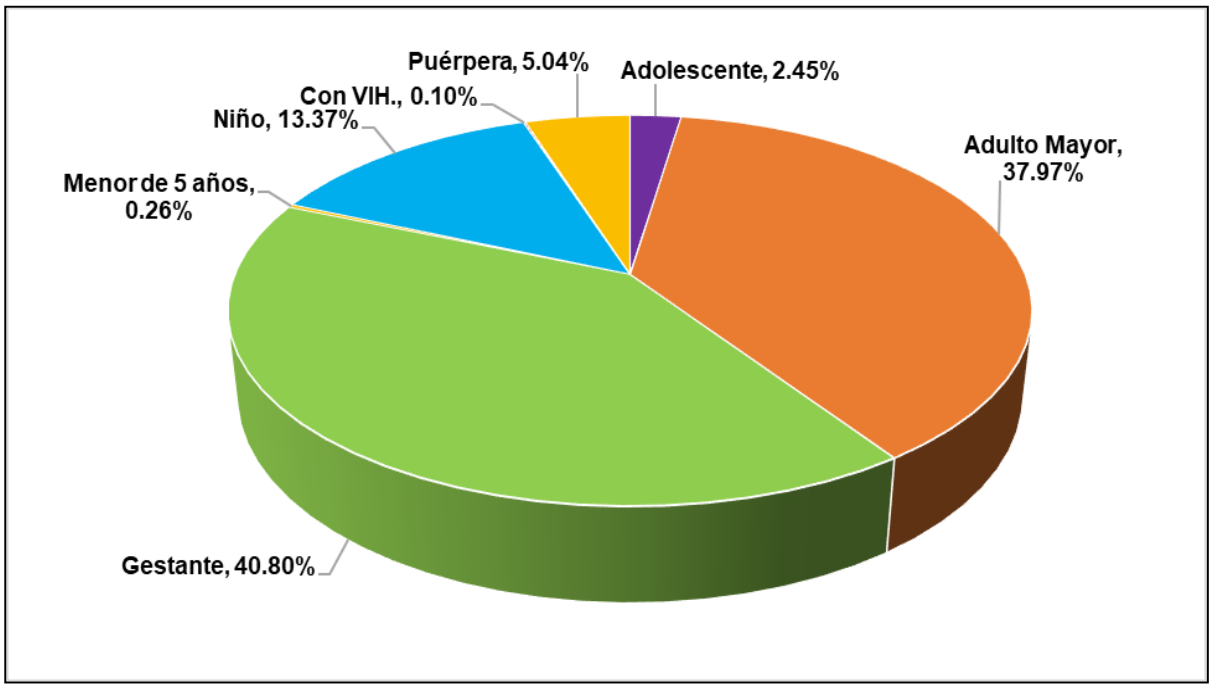
Gráfico N° 84 Región Loreto. Las 10 primeras patologías que más refieren en la Red de Salud Loreto - 2024.



Fuente: Base de datos DRCyS -2024.

3.7.3.1.1.3 Referencias según grupo vulnerable

Gráfico N° 85 Región Loreto. Numero de referencias según grupo vulnerable realizadas por la Red de Salud Loreto.2024



Fuente: Base de datos DRCyS -2024.

En 2024, la mayoría de las referencias de la Red de Salud Loreto correspondieron a gestantes (40.8%) y adultos mayores (38.0%), seguidos por niños (13.4%).

Los grupos de puérperas (5.0%) y adolescentes (2.5%) tuvieron proporciones menores, mientras que menores de 5 años (0.3%) y personas con VIH (0.1%) representaron

porcentajes mínimos. Esto evidencia una mayor demanda de referencias en poblaciones maternas y adultas mayores, que requieren atención especializada frecuente.

3.7.3.1.2 Red de Salud Ucayali- Contamana

En 2024, la mayoría de las referencias en la Red de Salud Ucayali–Contamana se realizaron mediante traslado aéreo (139 casos), seguido por traslado fluvial (116) y en menor proporción traslado terrestre (8). Los meses con mayor número de referencias fueron agosto (42), enero y julio (33 cada uno), destacando la importancia del transporte aéreo y fluvial como medios prioritarios para el traslado de pacientes en esta zona de difícil acceso geográfico.

Tabla N° 56 Región Loreto. Número de referencias del Seguro Integral de Salud según meses y tipo de transporte utilizados en la Red de Salud Ucayali-Contamana. 2024.

Meses	Traslado Aéreo	Traslado Fluvial	Trasladoo Terrestre	Total
	2024	2024	2024	
Enero	8	25		33
Febrero	19			19
Marzo		10		10
Abril	20	9		29
Mayo	17	9		26
Junio	10	10		20
Julio	18	15		33
Agosto	17	22	3	42
Septiembre	12	16	5	33
Octubre	16			16
Noviembre	2			2
Total	**139**	**116**	**8**	**263**

Fuente: Base de datos DRCyS -2024.

3.7.3.1.3 Red de Salud Datem del Marañón: San Lorenzo

En la Red de Salud Datem del Marañón, durante 2023 y 2024, las referencias se realizaron principalmente por vía fluvial, con 2,071 traslados en el periodo, seguidas por el traslado aéreo (766); no se registraron traslados terrestres, lo que evidencia la dependencia de medios fluviales y aéreos debido a las condiciones geográficas de la zona.

En 2023 se efectuaron más traslados que en 2024, destacando los meses de abril y mayo como los de mayor actividad (más de 320 referencias cada uno). En 2024, se observa una reducción progresiva de las referencias, especialmente en los últimos meses, cuando no se registraron traslados en octubre, noviembre y diciembre.

Tabla N° 57 Región Loreto. Número de referencias del Seguro Integral de Salud según meses y tipo de transporte utilizados en la Red de Salud - Datem del Marañón. 2023 y 2024.

Meses	Traslad Aéreo		Traslado Fluvial		Traslado Terrestre		Total
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	
Enero	25	43	147	107	0	0	**322**
Febrero	25	42	112	95	0	0	**274**
Marzo	42	54	117	67	0	0	**280**
Abril	42	59	120	103	0	0	**324**
Mayo	36	56	156	90	0	0	**338**
Junio	61	36	117	100	0	0	**314**
Julio	54	25	125	111	0	0	**315**
Agosto	32	24	94	103	0	0	**253**
Septiembre	30	17	74	37	0	0	**158**
Octubre	0	0	67	0	0	0	**67**
Noviembre	31	0	73	0	0	0	**104**
Diciembre	32	0	56	0	0	0	**88**
Sub Total	**410**	**356**	**1,258**	**813**	**0**	**0**	**2,837**
Total	**766**		**2,071**		**0**		

Fuente: Base de datos DRCyS -2023-2024.

3.7.3.1.4 Red de Salud Loreto- Nauta

Tabla N° 58 Región Loreto. Número de referencias del Seguro Integral de Salud según meses y tipo de transporte utilizados en la Red de Salud

Meses	Traslado Aéreo		Traslado Fluvial		Traslado Terrestre		Total
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	
Enero	15	11	7	19	51	37	**140**
Febrero	9	7	17	20	46	29	**128**
Marzo	9	19	24	30	35	29	**146**
Abril	19	31	23	23	47	28	**171**
Mayo	13	11	17	27	29	51	**148**
Junio	16	4	14	27	64	45	**170**
Julio	6	10	21	24	38	42	**141**
Agosto	21	3	16	41	35	37	**153**
Septiembre	13	1	12	29	27	35	**117**
Octubre	8		15		51		**74**
Noviembre	20		22		56		**98**
Diciembre	22		12		49		**83**
Sub Total	**171**	**97**	**200**	**240**	**528**	**333**	**1,569**
Total	**268**		**440**		**861**		

Fuente: Base de datos DRCyS -2023-2024.

En la Red de Salud Loreto–Nauta, durante los años 2023 y 2024, se observa que las referencias se realizaron principalmente por vía terrestre, seguidas por los traslados fluviales

y aéreos. A lo largo del periodo, el número total de referencias se mantuvo relativamente estable, con ligeras variaciones mensuales.
Los meses de mayor actividad fueron abril, mayo y junio, mientras que hacia fines de 2024 (octubre a diciembre) se evidencia una disminución en los registros, especialmente en los traslados aéreos. Esto sugiere que la red mantiene un flujo regular de referencias, priorizando el transporte terrestre por su accesibilidad, complementado con traslados fluviales y aéreos según la ubicación geográfica de las localidades.

3.7.3.1.5 Red de Salud Alto Amazonas- Yurimaguas

En la Red de Salud Alto Amazonas, durante los años 2023 y 2024, se observa que la mayoría de las referencias se realizan por vía fluvial, seguidas de la terrestre y en menor proporción aérea.

En 2024 se aprecia un incremento significativo en el uso de traslados fluviales (de 145 en 2023 a 1,581 en 2024), lo que refleja la importancia de esta vía en una zona geográficamente caracterizada por la presencia de ríos. Los traslados aéreos tuvieron participación limitada, pero con un aumento notorio frente al 2023 (de 15 a 115), probablemente asociado a casos de mayor complejidad.

En conjunto, el número total de referencias mostró un incremento importante en 2024, destacando la logística fluvial como el principal medio para garantizar el acceso a servicios de salud especializados.

Tabla N° 59 Región Loreto. Número de referencias del Seguro Integral de Salud según meses y tipo de transporte utilizados en la Red de Salud Alto Amazonas. 2023 y 2024.

Meses	Traslado Aéreo		Traslado Fluvial		Traslado Terrestre		Total
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	
Enero	15	6	144	151	94	100	510
Febrero		5	1	135		79	220
Marzo		10		213		118	341
Abril		22		205		103	330
Mayo		25		183		105	313
Junio		13		234		90	337
Julio		7		177		106	290
Agosto		1		25		34	60
Septiembre		6		63		57	126
Octubre		14		93		68	175
Noviembre		6		102		48	156
Diciembre					1		1
Sub Total	**15**	**115**	**145**	**1,581**	**95**	**908**	**1,569**
Total	**130**		**1,726**		**1,003**		

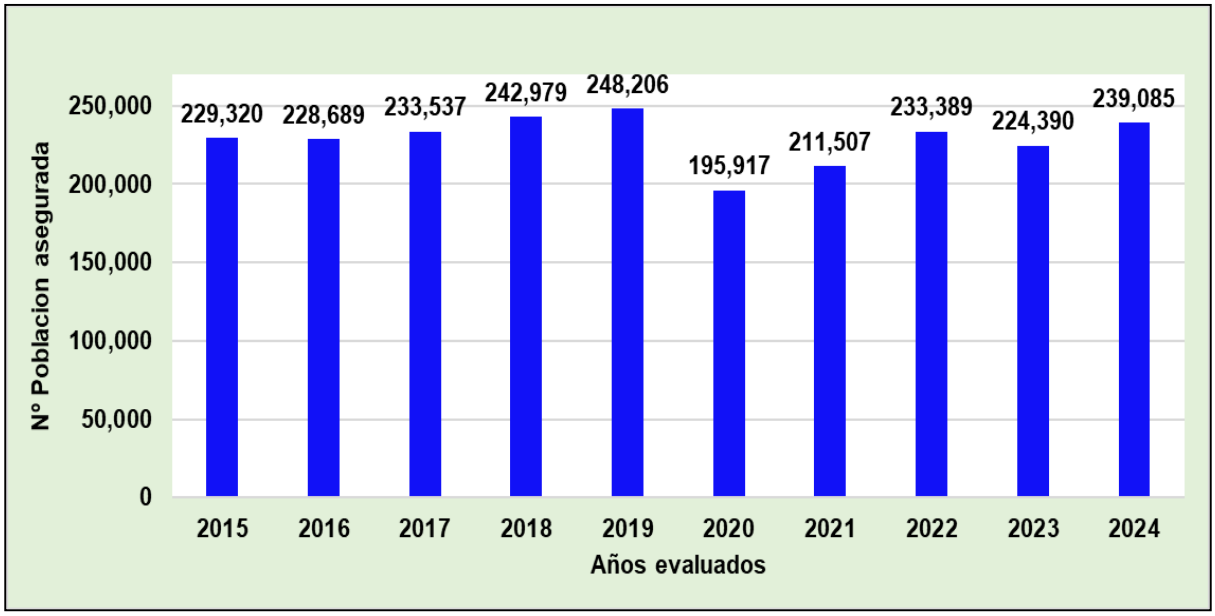
Fuente: Base de datos DRCyS -2023-2024.

3.8 Seguro Es Salud:

El sistema de referencias en salud es un mecanismo que permite la transferencia coordinada de pacientes, bienes y servicios entre establecimientos de diferente capacidad resolutiva, con el objetivo de garantizar la continuidad de la atención. Incluye dos componentes:

La población asegurada de EsSalud en Loreto muestra una tendencia generalmente creciente entre 2015 y 2019, alcanzando su punto más alto antes de la pandemia (248,206 en 2019). En 2020 se observa una marcada disminución (195,917), probablemente asociada al impacto de la COVID-19 en el empleo formal. A partir de 2021 se evidencia una recuperación progresiva, con incrementos sostenidos en los siguientes años, alcanzando 239,085 asegurados en 2024, aunque sin superar aún el nivel máximo registrado en 2019.

Gráfico N° 86 Región Loreto. Población asegurada de EsSalud 2015 - 2024

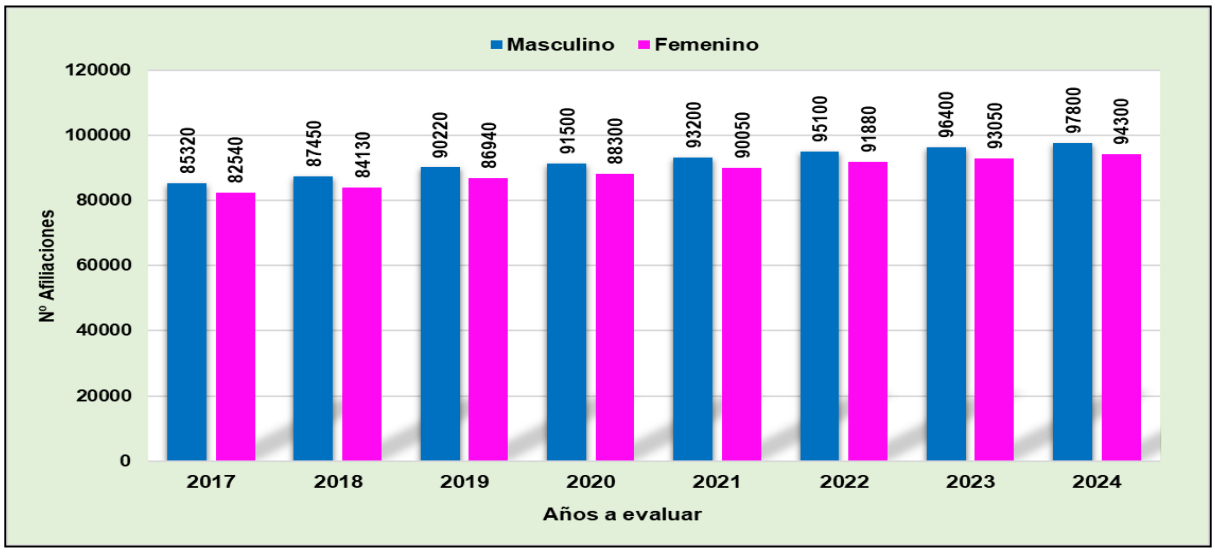


Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – ESSALUD.

3.8.1 Población asegurada de Es Salud por sexo

La población asegurada de EsSalud por sexo en Loreto (2017–2024) muestra un incremento sostenido en ambos grupos, masculino y femenino. En todos los años, la población masculina es ligeramente mayor que la femenina. Entre 2017 y 2024, los asegurados masculinos aumentaron de 85,320 a 97,800, mientras que los femeninos pasaron de 82,540 a 94,300.

Gráfico N° 87 Región Loreto. Población asegurada de EsSalud por Sexo. 2017 – 2024



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – ESSALUD.

3.9 Salud Mental

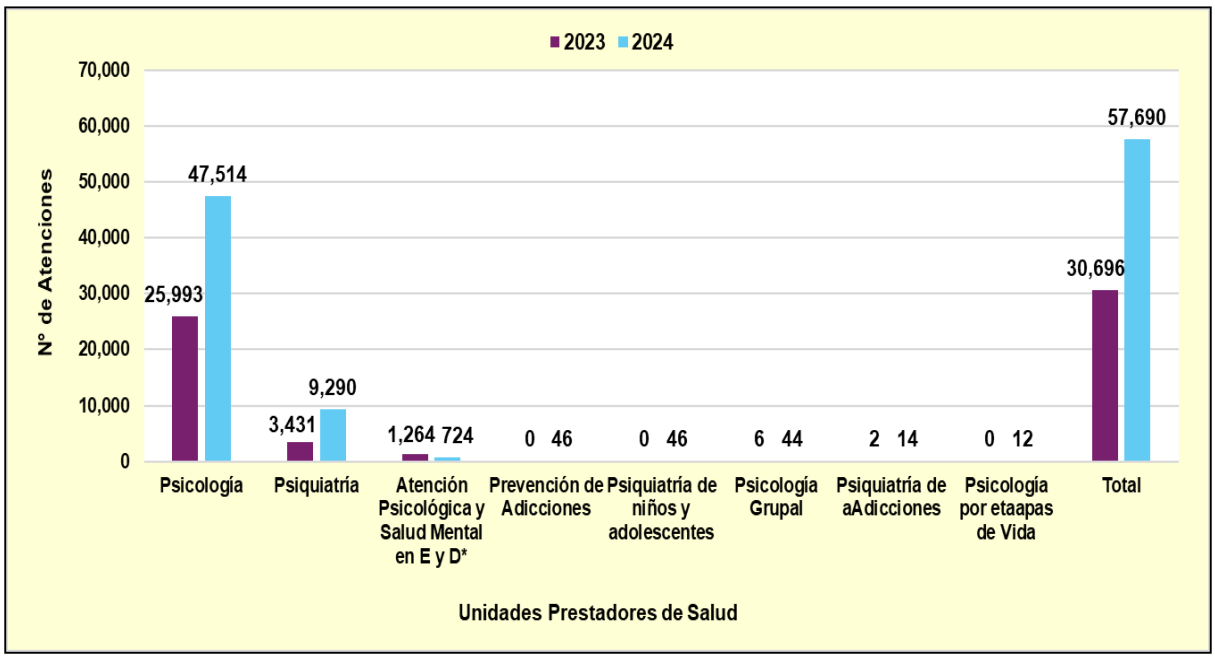
En la actualidad el que hacer en salud mental está orientado no solo a la población que presenta morbilidad psiquiátrica, sino también a la que se denomina población sana. Se necesita el abordaje interdisciplinario, comunitario y holístico para atender al ser humano, afirmando y fortaleciendo los procesos necesarios para lograr un auténtico desarrollo económico y social sostenible. Se amplía la comprensión de la salud mental integrando aspectos biológicos psicológicos y culturales los mismos que generan.

Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos, psicológicos y sociales, susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación.

3.9.1 Oferta de los Servicios de Salud Mental en las Unidades Prestadores de Salud (UPS):

Entre 2023 y 2024, las atenciones de salud mental en la región Loreto se incrementaron en 88%, pasando de 30,696 a 57,690 atenciones. El mayor crecimiento se observó en los servicios de psicología (de 25,993 a 47,514) y psiquiatría (de 3,431 a 9,290), evidenciando una mayor demanda y fortalecimiento de la oferta asistencial. Además, en 2024 se incorporaron nuevas prestaciones como prevención de adicciones, psiquiatría infantil y atención grupal, lo que refleja una diversificación de los servicios y una respuesta más integral a las necesidades de salud mental en la región.

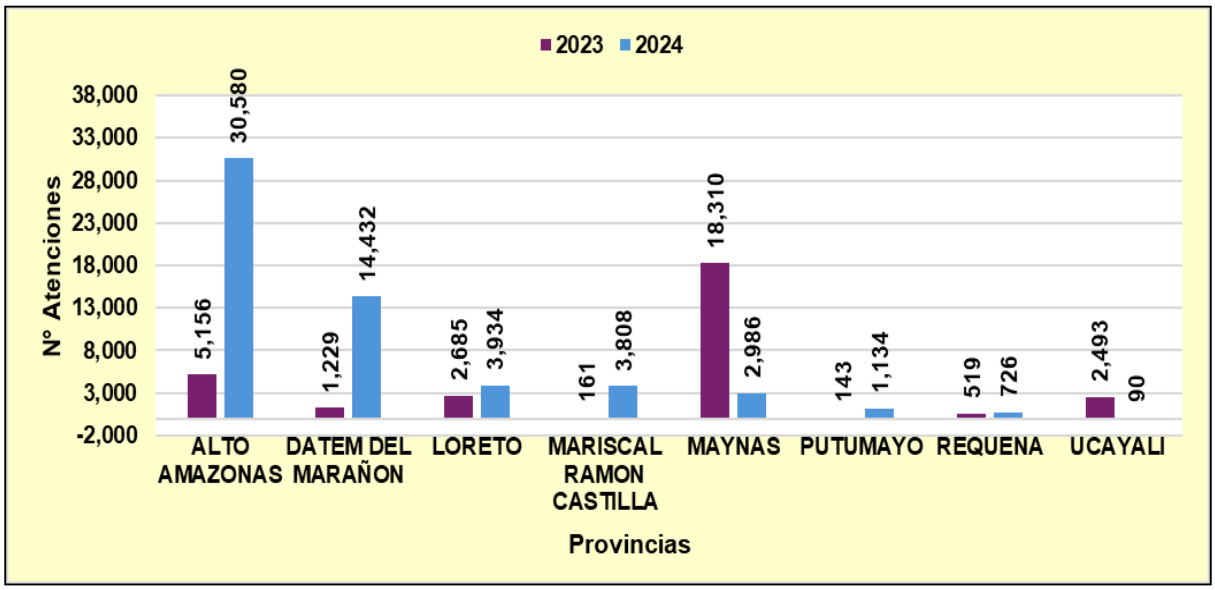
Gráfico N° 88 Región Loreto. Número de atenciones de salud mental realizadas en las Unidades Prestadoras de Salud. 2023-2024



Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

3.9.2 Atenciones por provincias

Gráfico N° 89 Región Loreto. Número de atenciones de Salud Mental realizadas en las Unidades Prestadoras de Salud según Provincias. 2023 y 2024



Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

Entre 2023 y 2024, se observa un cambio significativo en la distribución provincial de las atenciones de salud mental en Loreto. Destaca el incremento notable en Alto Amazonas (de 5,156 a 30,580) y en Datem del Marañón (de 1,229 a 14,432), lo que sugiere un fortalecimiento de la oferta y mayor acceso en zonas periféricas. También se registran aumentos en Mariscal Ramón Castilla y Putumayo. En contraste, Maynas muestra una fuerte disminución (de 18,310 a 2,986), probablemente por la desconcentración de servicios hacia

otras provincias. Esto refleja un proceso de descentralización y expansión de la atención en salud mental en el territorio regional.

3.9.3 Atenciones de Salud Mental según Diagnósticos

En el contexto de salud pública de la región Loreto, los datos de 2024 muestran que las principales causas de morbilidad en salud mental están relacionadas con la violencia y los trastornos afectivos y de ansiedad, representando más de la mitad (53.7 %) de las atenciones totales.

Tabla N° 60 Región Loreto. Número y Porcentaje de Diagnósticos de morbilidad de Salud Mental atendidas en las Unidades Prestadoras de Salud -2024

ITEMS	DIAGNÓSTICOS DE MORBILIDAD	N°	%
1	VIOLENCIA FISICA	5,898	10.2
2	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	3,262	5.7
3	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	3,158	5.5
4	ABUSO PSICOLOGICO	2,540	4.4
5	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	2,124	3.7
6	OTROS SINDROMES DE MALTRATO FORMA MIXTA	2,008	3.5
7	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	2,008	3.5
8	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	1,772	3.1
9	OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES	1,634	2.8
10	REACCION A ESTRES AGUDO	1,548	2.7
11	TRASTORNO DE LA CONDUCTA NO ESPECIFICADO	1,134	2.0
12	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	994	1.7
13	TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO	974	1.7
14	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL - USO NOCIVO	962	1.7
15	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL SINDROME DE DEPENDEN	936	1.6
SUB TOTAL		**30,952**	**53.7**
	RESTO DE DIAGNÓSTICOS	26,738	46.3
TOTAL		**57,690**	**100.0**

Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

La violencia física encabeza la lista con el 10.2 % de los diagnósticos, seguida de trastornos mixtos de ansiedad y depresión (5.7 %) y episodios depresivos leves y moderados. También destacan los casos de abuso psicológico, trastornos de ansiedad y reacciones a estrés agudo, lo que evidencia un fuerte impacto de los determinantes sociales y situaciones de violencia en la salud mental de la población.

Este perfil refleja una alta carga de problemas emocionales y de violencia, que requieren fortalecer la prevención comunitaria, la detección temprana y la respuesta integral intersectorial, especialmente en zonas vulnerables de Loreto. (Tabla N°61)

3.9.4 Atención de Salud Mental, según Etnias

En la región Loreto, durante el 2024, la mayoría de las atenciones de salud mental fueron brindadas a personas de etnia mestiza (95.8 %), reflejando su predominancia poblacional y mayor acceso a los servicios (Tabla N° 61)

Tabla N° 61 Región Loreto. Número de atenciones de Salud Mental realizadas en las Unidades Prestadoras de Salud a las poblaciones según Etnias. 2024

ITEMS	ETNIAS	N°	%
1	MESTIZO	55,252	**95.77**
2	KICHWA	518	0.90
3	KUKAMA KUKAMIRIA	442	0.77
4	ACHUAR	414	0.72
5	KANDOZI	182	0.32
6	SHAWI	156	0.27
7	AWAJÚN	136	0.24
8	SHIPIBO-KONIBO	66	0.11
9	TIKUNA	52	0.09
10	SHIWILU	40	0.07
11	MATSÉS	24	0.04
12	URARINA	14	0.02
13	WAMPIS	14	0.02
14	YAGUA	14	0.02
15	MASHCO PIRO	12	0.02
16	MUNICHE	12	0.02
17	YANESHA	8	0.01
18	QUECHUAS	8	0.01
19	CHAPRA	8	0.01
20	ASHANINKA	6	0.01
21	AIMARA	6	0.01
22	BORA	4	0.01
23	YINE	2	0.00
24	AMAHUACA	2	0.00
25	MARINAHUA	2	0.00
26	MURUI-MUINANI	2	0.00
SUB TOTAL		57,396	99.49
NO PRECISAN LA ETNIA		294	0.51
TOTAL		**57,690**	100.00

Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

En contraste, las poblaciones indígenas amazónicas, como Kichwa, Kukama Kukamiria, Achuar y Kandoshi, presentan una participación menor (alrededor del 3 %), lo que sugiere brechas en el acceso y uso de servicios de salud mental en comunidades indígenas.

Además, un pequeño porcentaje de atenciones (0.5 %) no precisó la etnia, lo que indica la necesidad de fortalecer el registro étnico en los sistemas de información para mejorar la planificación intercultural de las intervenciones en salud mental.

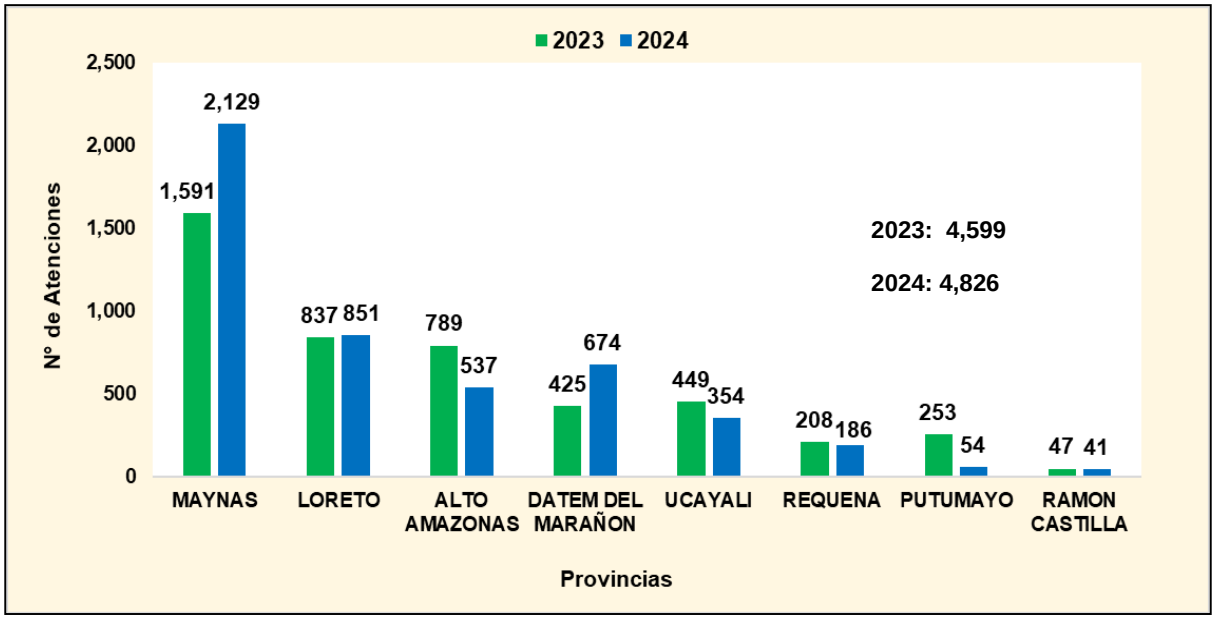
3.9.5 Atenciones según Diagnósticos Específicos

3.9.5.1 Atención de Salud Mental por Violencia

Las atenciones en salud mental por violencia en la región Loreto representan una problemática relevante, destacando la violencia física como el diagnóstico más frecuente (10.2 %), seguida del abuso psicológico y otras formas de maltrato mixto. Estos casos reflejan la alta carga de problemas psicosociales y la necesidad de fortalecer la detección temprana, atención integral y estrategias preventivas desde un enfoque de salud pública y derechos humanos.

En la región Loreto, los problemas relacionados con violencia muestran un incremento global entre 2023 y 2024, especialmente en Maynas, que concentra el mayor número de casos (de 1,591 a 2,129), seguida de Loreto y Datem del Marañón, este último con un aumento notable. En cambio, provincias como Alto Amazonas, Ucayali, Requena, Putumayo y Ramón Castilla presentan una disminución en el número de casos.

Gráfico N° 90 Región Loreto. Número de atenciones con Problema Relacionados con Violencia por provincias. 2023 y 2024



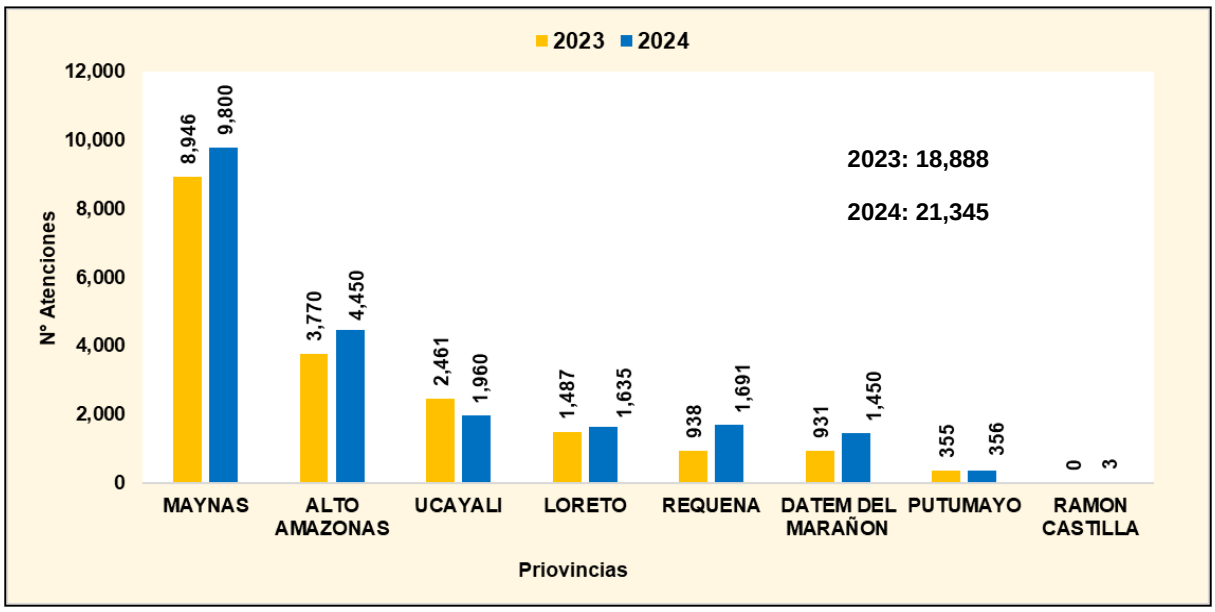
Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

3.9.5.2 Atención de Salud Mental por Ansiedad y Depresión

Las atenciones de salud mental por ansiedad y depresión representan una de las principales causas de demanda en la región Loreto, concentrando un número importante de consultas por trastornos mixtos, episodios depresivos leves y moderados, y trastornos de ansiedad. Esto evidencia la relevancia de fortalecer la detección temprana, el acceso a tratamientos oportunos y las acciones comunitarias para reducir el impacto de estos problemas en la población.

En la región Loreto, las atenciones por problemas relacionados con ansiedad y depresión aumentaron en la mayoría de provincias entre 2023 y 2024, destacando Maynas como la provincia con mayor carga asistencial (más de 18 mil atenciones en el periodo). También se observa un incremento significativo en Alto Amazonas, Requena y Datem del Marañón, lo que evidencia una mayor identificación y demanda de atención en salud mental a nivel territorial, aunque aún persisten brechas en provincias como Putumayo y Ramón Castilla.

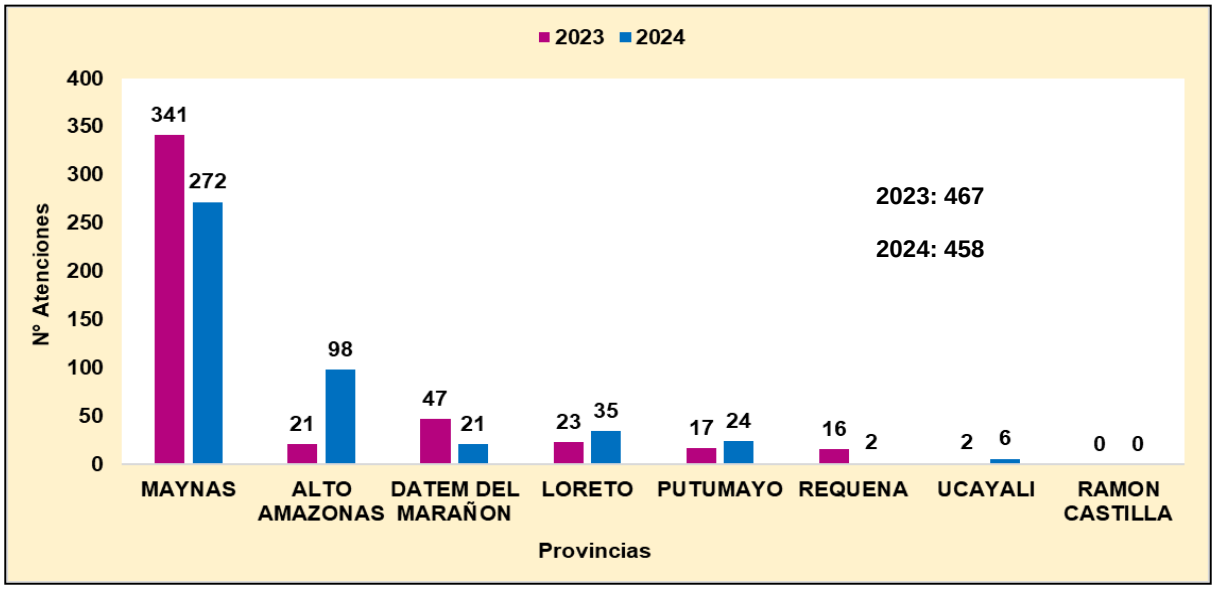
Gráfico N° 91 Región Loreto. Número de atenciones con Problema Relacionados con Ansiedad y Depresión. 2023 y 2024



Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

3.9.5.3 Atención de Salud Mental por Tabaco

Gráfico N° 92 Región Loreto. Número de atenciones por provincias con Problema Relacionados al consumo de tabaco. 2023 y 2024



Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

La atención de salud mental por consumo de tabaco se centra en identificar, prevenir y tratar los trastornos relacionados con su uso, como la dependencia y los efectos en la salud física y mental. Incluye consejería individual o grupal, intervenciones breves, seguimiento y derivación a servicios especializados cuando es necesario, contribuyendo a reducir factores de riesgo y promover estilos de vida saludables en la población

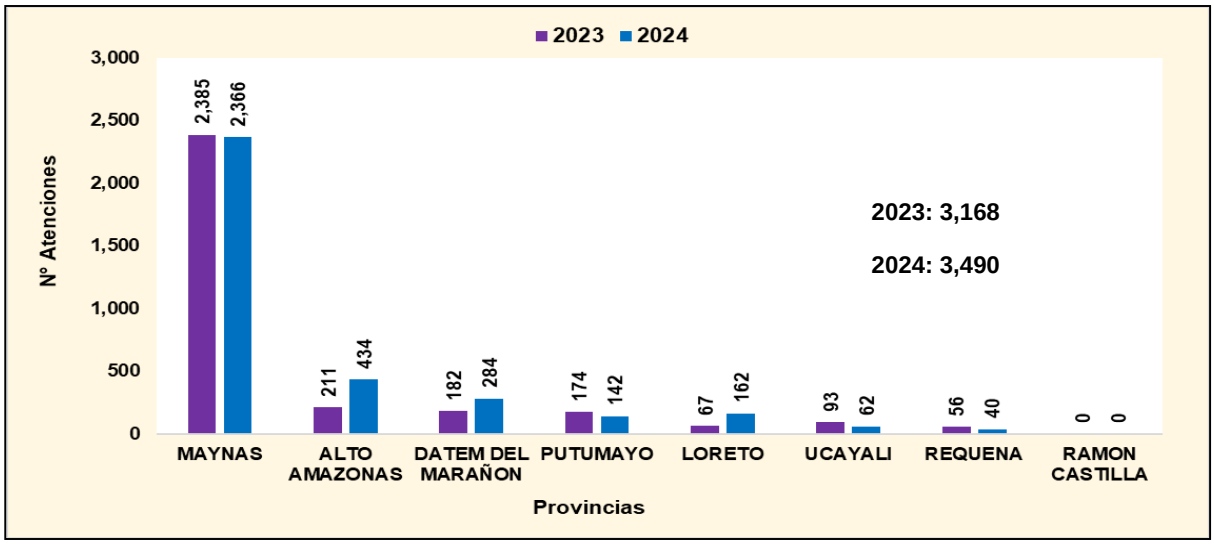
En la región Loreto, entre 2023 y 2024, las atenciones por problemas relacionados al consumo de tabaco muestran un comportamiento variable por provincias. Maynas concentra la mayor cantidad de casos en ambos años, aunque con una ligera disminución en 2024 (de

341 a 272). En Alto Amazonas se observa un incremento importante (de 21 a 98), mientras que en otras provincias como Datem del Marañón y Requena hay disminuciones. En general, la atención por esta problemática es baja en comparación con otros problemas de salud mental, lo que podría reflejar subregistro o menor demanda de servicios específicos para consumo de tabaco.

3.9.5.4 Atención de Salud Mental por Alcohol

La atención de Salud Mental por consumo de alcohol se centra en la identificación y tratamiento de trastornos mentales y del comportamiento relacionados con su uso, incluyendo el uso nocivo, la dependencia y sus consecuencias sociales y de salud. Estas atenciones abarcan intervenciones individuales y grupales, acciones preventivas, consejería, tratamiento especializado y seguimiento de casos.
En la región Loreto, durante 2023 y 2024, las atenciones por problemas relacionados con el consumo de alcohol se concentraron principalmente en Maynas, que mantiene cifras elevadas y constantes (más de 2,300 atenciones cada año), reflejando una alta demanda de servicios en esta provincia.
Se observa un incremento importante en Alto Amazonas y Datem del Marañón, lo que podría indicar una mejora en la detección y atención o un aumento real de casos. En cambio, Putumayo muestra una ligera disminución, y provincias como Requena y Ucayali presentan cifras bajas y en descenso. Ramón Castilla no registra casos en ambos años.
Estos datos evidencian que el consumo de alcohol continúa siendo un problema prioritario de salud mental, especialmente en zonas urbanas y con mayor población como Maynas.

Gráfico N° 93 Región Loreto. Número de atenciones por provincias con Problema Relacionados al consumo de Alcohol. 2023 y 2024



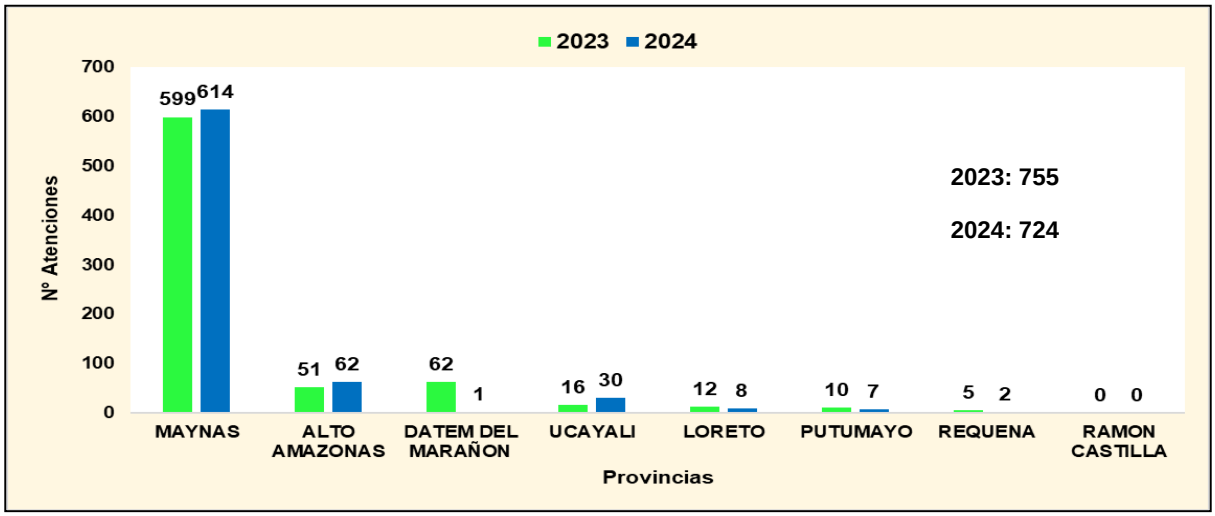
Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

3.9.5.5 Atención de Salud Mental por consumo de Drogas

Las atenciones de salud mental por consumo de drogas corresponden a la identificación, tratamiento y seguimiento de personas con problemas relacionados al uso de sustancias ilícitas o no médicas. Incluyen intervenciones psicológicas, psiquiátricas y actividades de prevención en distintos grupos poblacionales, priorizando adolescentes y adultos jóvenes.
En la región Loreto, las atenciones por problemas relacionados al consumo de drogas aumentó de 3 168 en el año 2023 a 3 490 en el año 2024 y se concentran principalmente en la provincia de Maynas, que representa la gran mayoría de casos en ambos años (2023: 599

y 2024: 614). Se observa un número mucho menor en el resto de provincias, destacando Alto Amazonas como la segunda con mayor cantidad de atenciones. En general, la atención por consumo de drogas es limitada en las zonas periféricas, lo que evidencia posibles brechas en detección, acceso a servicios especializados y actividades preventivas fuera de la capital regional.

Gráfico N° 94 Región Loreto. Número de atenciones por provincias con Problema Relacionados al consumo de Drogas. 2023 y 2024

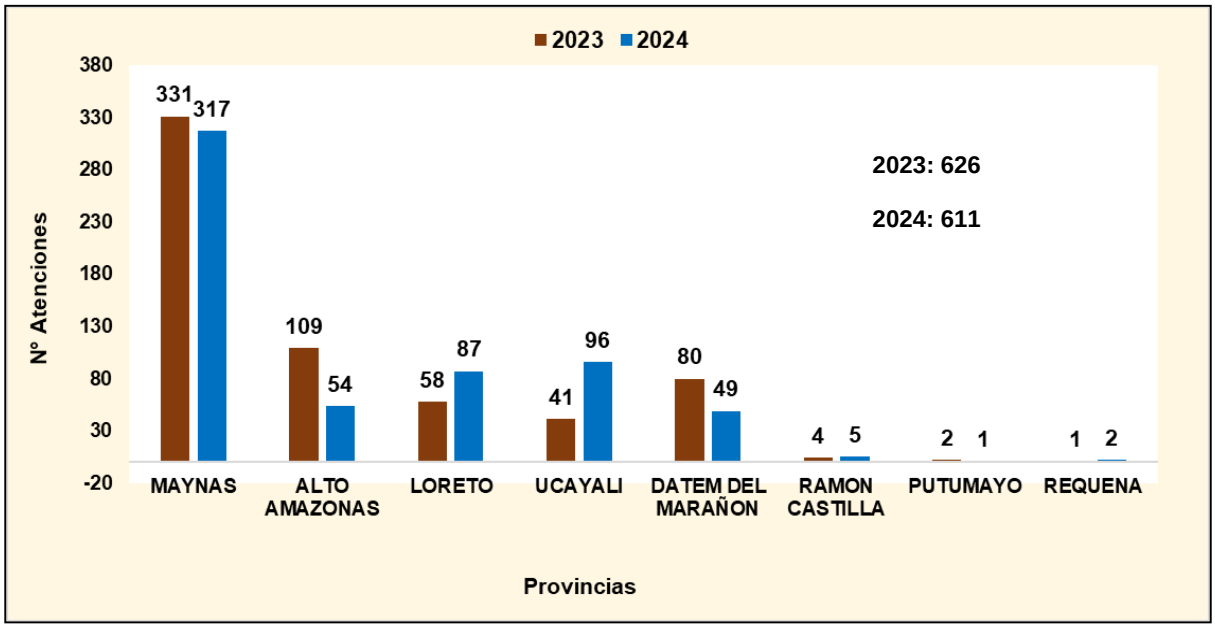


Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

3.9.5.6 Atención de Salud Mental por problemas de abuso sexual

La atención de salud mental por problemas de abuso sexual está orientada a brindar apoyo psicológico inmediato y seguimiento especializado a personas que han sufrido este tipo de violencia. Incluye intervenciones de contención emocional, evaluación clínica, terapia individual o grupal y derivación a servicios especializados cuando es necesario.

Gráfico N° 95 Región Loreto. Número de atenciones por provincias con Problema Relacionados al Abuso Sexual. 2023 y 2024



Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

Desde el enfoque de salud pública, las atenciones por problemas de abuso sexual en la región Loreto durante 2023 y 2024 muestran una situación persistente, con un total de 1,237 casos atendidos en los dos años y solo una ligera reducción del 2.4 % en 2024.

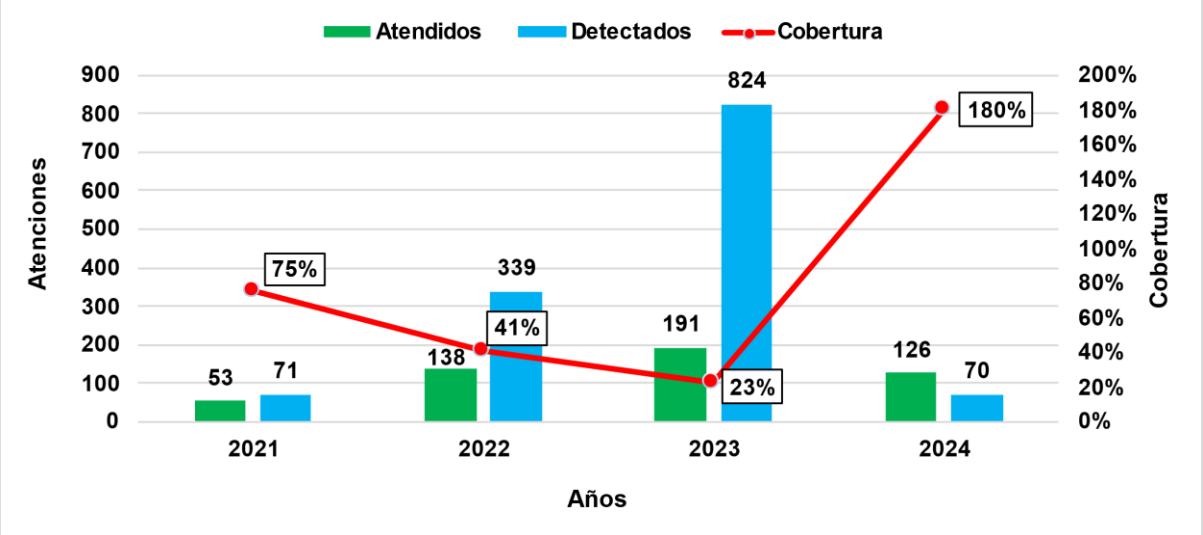
Este comportamiento evidencia que la violencia sexual continúa siendo un problema relevante de salud mental y salud pública, especialmente en provincias como Maynas, que concentra la mayor proporción de casos en ambos años. Además, el incremento en provincias como Ucayali y Loreto refleja posibles mejoras en el acceso a los servicios o un aumento real en la incidencia, lo que demanda reforzar acciones intersectoriales de prevención, detección temprana y atención especializada, priorizando zonas con mayor vulnerabilidad. (Gráfico N° 95).

3.9.5.7 Atenciones relacionadas a Conducta Suicida

Las atenciones de salud mental relacionadas con conducta suicida comprenden intervenciones dirigidas a personas que presentan ideación, intentos o comportamientos suicidas, así como crisis emocionales asociadas. Estas atenciones son fundamentales para la detección temprana, el manejo de riesgos y la prevención del suicidio, priorizando el apoyo psicológico, psiquiátrico y social para reducir complicaciones y evitar desenlaces fatales. Desde la salud pública, constituyen un indicador sensible de salud mental comunitaria, que orienta la planificación de estrategias preventivas y de respuesta oportuna en los servicios de salud.

En la región Loreto, entre 2021 y 2024 se observa variabilidad en las atenciones por problemas relacionados con conducta suicida, tanto en nuevos casos como en cobertura. Destaca el incremento importante de atenciones en 2022 y 2023, con picos de 339 y 824 atenciones totales respectivamente, lo que evidencia una mayor demanda y captación de casos en los servicios de salud.

Gráfico N° 96 Región Loreto. Número de atenciones de Problemas Relacionados con la conducta suicida. 2021 – 2024



Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

En 2024 se presenta una cobertura de 180 %, superior al 100 %, lo que sugiere un refuerzo de las acciones de seguimiento y control de casos previamente identificados, más allá de los nuevos ingresos. Desde la perspectiva de salud pública, estos datos reflejan una respuesta progresiva de los servicios ante un problema prioritario, que requiere fortalecer la

detección temprana, la atención oportuna y la articulación intersectorial para la prevención del suicidio. (Gráfico N°95).

3.9.5.8 Atención relacionada con Maltrato Infantil

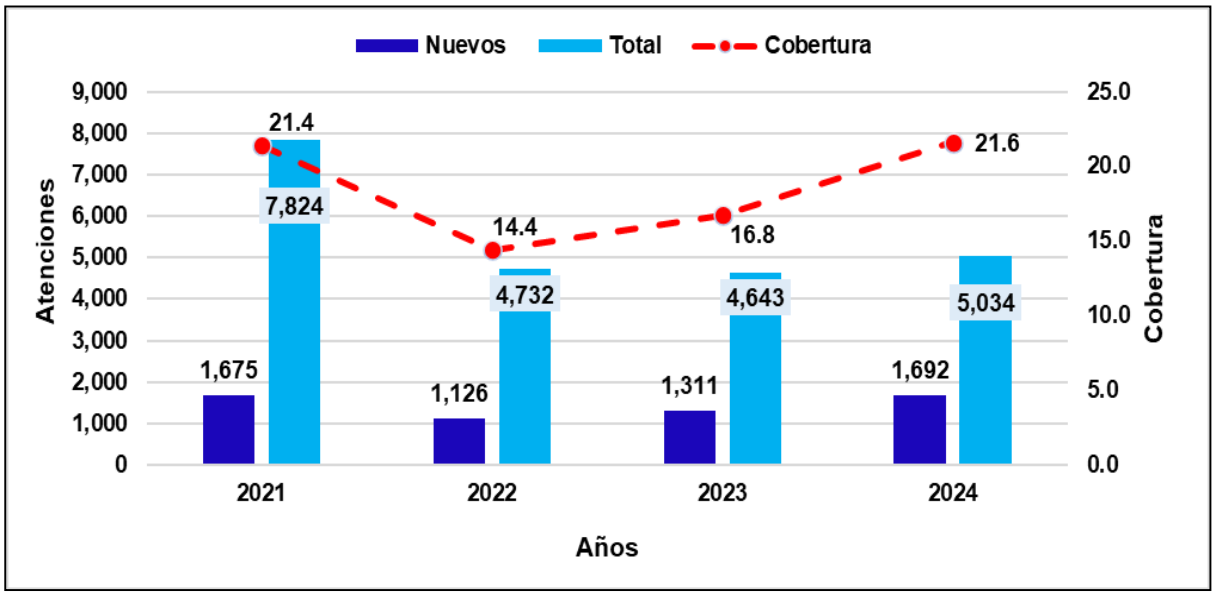
Las atenciones de salud mental relacionadas con maltrato infantil comprenden intervenciones psicológicas y psiquiátricas dirigidas a niñas, niños y adolescentes que han sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual. Estas atenciones incluyen la detección temprana, el apoyo emocional, la intervención terapéutica individual o grupal, y la coordinación con otros sectores (como educación, justicia y protección social) para garantizar la protección integral.

En el contexto de salud pública, estas atenciones son fundamentales para prevenir consecuencias a largo plazo en la salud mental y el desarrollo psicosocial de la población infantil y fortalecer los sistemas de vigilancia y respuesta frente a la violencia.

En la región Loreto, entre 2021 y 2024, las atenciones de salud mental por maltrato infantil muestran una tendencia creciente en la cobertura, pasando de 21 % en 2021 a 34 % en 2024, lo que evidencia un fortalecimiento progresivo de la identificación y atención de casos dentro del sistema de salud.

El número de atenciones totales se mantiene alto (22 233 en el período), con un aumento de casos nuevos en 2024 (1 692), lo que refleja tanto una mayor demanda de servicios como mejoras en la captación y registro. Desde la perspectiva de salud pública, estos datos resaltan la persistencia del maltrato infantil como problema prioritario en la región y la necesidad de acciones integrales de prevención, atención oportuna y articulación intersectorial para proteger a la población infantil.

Gráfico N° 97 Región Loreto. Número de atenciones de Problemas Relacionados con el Maltrato Infantil. 2021 – 2024



Fuente: Base de datos MINSA-HIS. Dirección de Estadística e Informática GERESA Loreto.

3.10 Educación para la salud

La estrategia de Educación para la Salud del Ministerio de Salud (MINSA) constituye un eje fundamental de la promoción de la salud, orientada a generar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población. Su finalidad es empoderar a las comunidades para que

adopten conductas responsables frente a los determinantes de la salud, contribuyendo a la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida.

La Educación para la Salud es una estrategia transversal del Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida, orientada a empoderar a los actores educativos en la promoción de prácticas saludables. En Loreto, se articula con los planes regionales de salud escolar, prevención del embarazo adolescente, lucha contra enfermedades transmisibles y promoción de estilos de vida saludables.

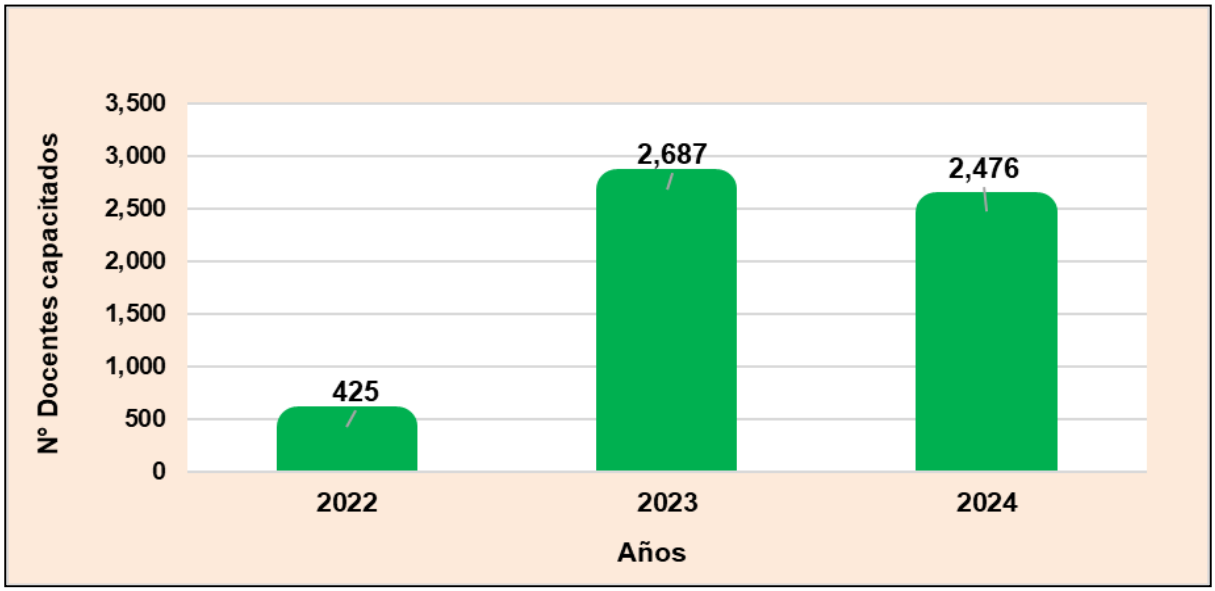
3.10.1 Indicadores: Intervenciones educativas desarrolladas

3.10.1.1 Docentes Capacitados realizan educación sexual desde la Institución Educativa

La educación sexual desde la escuela es una herramienta clave para prevenir embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual y violencia de género. A través de la capacitación docente, se promueve una enseñanza respetuosa, científica y contextualizada, que fortalece la autonomía y el cuidado entre estudiantes.

En la región Loreto, el fortalecimiento de capacidades docentes en educación sexual integral (ESI) muestra un avance progresivo y sostenido. Los datos evidencian que un total de 425 docentes fueron capacitados inicialmente, incrementándose significativamente a 2,687 y consolidándose en 2,476 docentes capacitados en los últimos registros. Este crecimiento refleja el compromiso institucional por garantizar que los educadores cuenten con herramientas pedagógicas adecuadas para abordar la ESI en el aula, lo cual es fundamental en el marco de la salud pública para prevenir embarazos adolescentes, reducir infecciones de transmisión sexual y promover una sexualidad responsable, informada y segura en la población escolar de Loreto.

Gráfico N° 98 Región Loreto. Docentes capacitados realizan educación sexual integral desde la institución educativa- 2024.



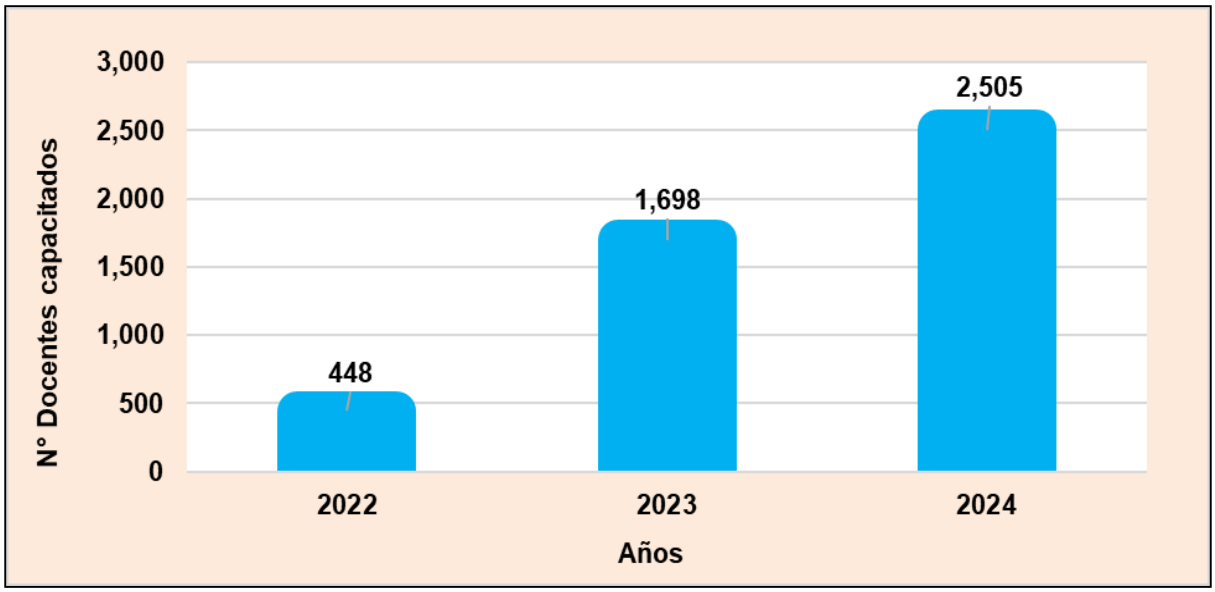
Fuente: DEPROMSA, Dirección de Educación para la Salud 2024

3.10.1.2 Docentes capacitados desarrollan acciones para la Promoción de Prácticas Saludables y la prevención de la Tuberculosis, VIH/SIDA

La escuela es un espacio estratégico para sensibilizar sobre enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el VIH/SIDA. La formación docente permite incorporar mensajes preventivos en el aula, fomentar el acceso a servicios de salud y reducir el estigma asociado

En la región Loreto, la capacitación de docentes para el desarrollo de acciones orientadas a la promoción de prácticas saludables y la prevención de enfermedades como la Tuberculosis y el VIH/SIDA constituye una estrategia clave del sector salud y educación en el 2024. El fortalecimiento de las competencias pedagógicas en estos temas permite que los docentes actúen como multiplicadores en sus comunidades educativas, fomentando estilos de vida saludables y contribuyendo a la detección y prevención temprana de enfermedades de alta relevancia en salud pública. El avance sostenido entre 2022 y 2024 refleja el compromiso institucional por integrar la educación en salud en el ámbito escolar como herramienta fundamental para reducir la vulnerabilidad de la población joven en Loreto.

Gráfico N° 99 Región Loreto. Docentes capacitados desarrollan acciones para la promoción de prácticas saludables y la prevención de la tuberculosis, VIH/SIDA-2024



Fuente: DEPROMSA, Dirección de Educación para la Salud 2024

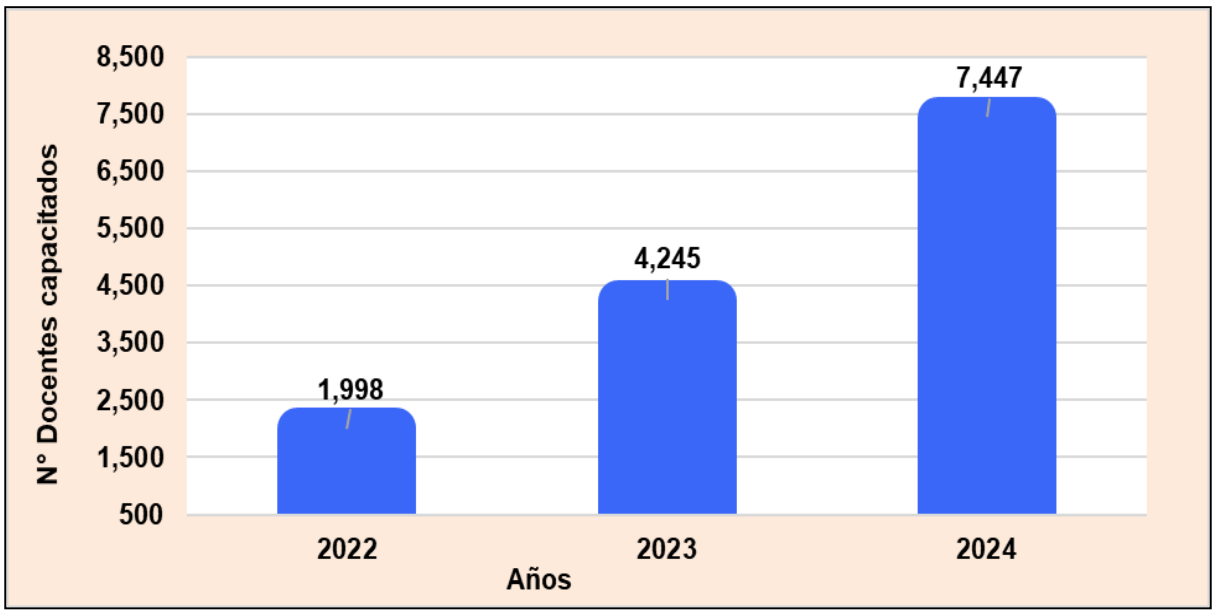
3.10.1.3 Docentes, directivos capacitados y comprometidos a desarrollar acciones para la promoción de Prácticas Saludables para la Prevención de las Enfermedades Metaxénicas.

En regiones como Loreto, la prevención de enfermedades transmitidas por vectores (como el dengue, zika y malaria) requiere acciones educativas sostenidas. Los docentes capacitados actúan como agentes multiplicadores, promoviendo prácticas de control ambiental y protección personal entre escolares y familias.

En la región Loreto, el número de docentes y directivos capacitados y comprometidos en la promoción de prácticas saludables para la prevención de enfermedades metaxénicas y zoonóticas muestra un crecimiento sostenido y significativo entre 2022 y 2024, pasando de 1,998 en 2022 a 7,447 en 2024. Este incremento evidencia el fortalecimiento de las capacidades educativas como estrategia clave de salud pública, ya que convierte a los

actores escolares en agentes de cambio dentro de sus comunidades, contribuyendo a la reducción de riesgos frente a enfermedades transmitidas por vectores y animales.

Gráfico N° 100 Región Loreto. Docentes, directivos, capacitados en desarrollar acciones para la promoción de prácticas saludables para la prevención de las enfermedades metaxénicas y zoonóticas-2022- 2024

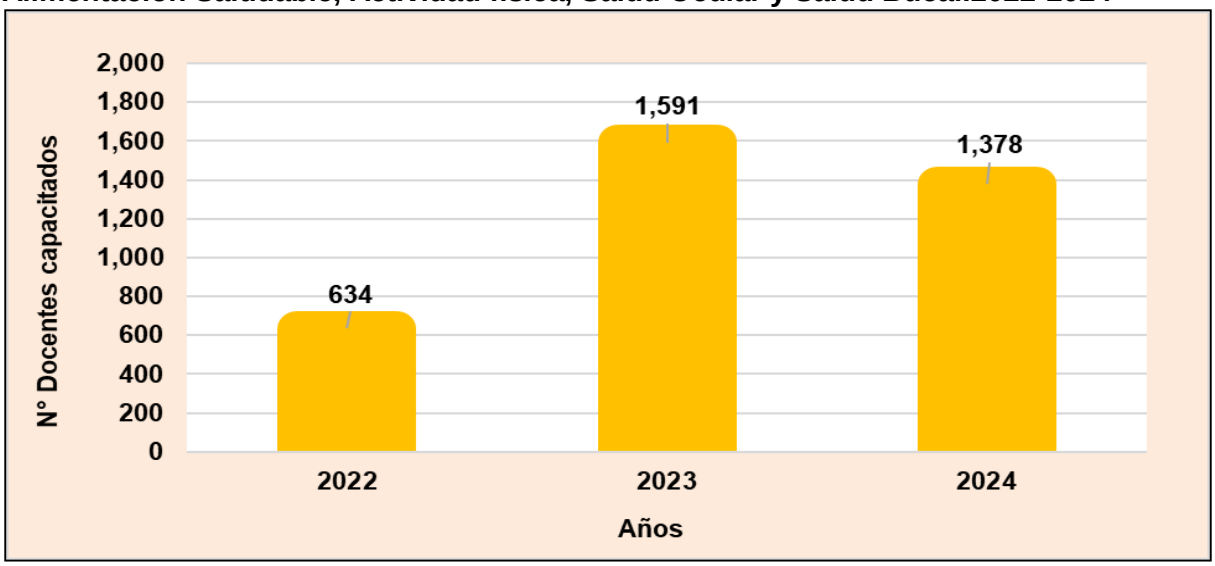


Fuente: DEPROMSA, Dirección de Educación para la Salud 2024

3.10.1.4 Docentes capacitados que desarrollan acciones para la Promoción de la Alimentación Saludable, Actividad Física, Salud Ocular y Salud Bucal

La promoción de estilos de vida saludables desde la escuela contribuye al desarrollo físico y cognitivo de los estudiantes. A través de la capacitación, los docentes integran contenidos sobre nutrición, higiene bucal, salud visual y actividad física en sus sesiones, fortaleciendo hábitos positivos desde la infancia.

Gráfico N° 101 Región Loreto. Número de Docentes, capacitados en promoción de Alimentación Saludable, Actividad física, Salud Ocular y Salud Bucal.2022-2024



Fuente: DEPROMSA, Dirección de Educación para la Salud 2024

En la región Loreto, el número de docentes capacitados para desarrollar acciones en alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal muestra una tendencia positiva entre 2022 y 2023, al pasar de 634 a 1,591, lo que evidencia un fortalecimiento de la estrategia preventiva desde el ámbito escolar. Sin embargo, en 2024 se observa una ligera reducción a 1,378 docentes, lo que indica la necesidad de reforzar la sostenibilidad y continuidad de estas capacitaciones. A pesar de esta variación, el balance global refleja un avance importante en la incorporación de los docentes como agentes clave en la promoción de hábitos saludables en la comunidad educativa, contribuyendo a la mejora de la salud pública en Loreto.

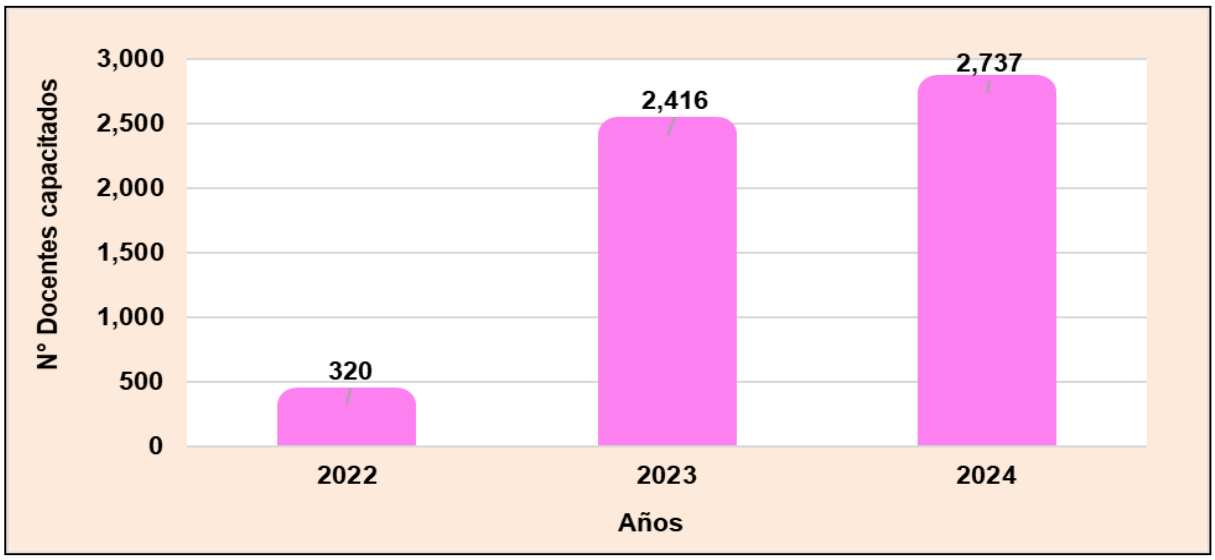
Pese a ello, el balance global en el periodo es positivo, ya que la capacitación docente constituye una estrategia clave para reducir factores de riesgo de enfermedades crónicas y mejorar la salud integral de niños y adolescentes, posicionando a la institución educativa como un aliado estratégico en la salud pública regional.

3.10.1.5 Docentes capacitados para la Promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.

La prevención del cáncer en la etapa escolar se enfoca en la adopción de prácticas y entornos saludables. Los docentes capacitados abordan factores de riesgo como el sedentarismo, la inadecuada alimentación y la exposición solar, promoviendo conductas protectoras desde edades tempranas

En la región Loreto, la capacitación de docentes para la promoción de prácticas y entornos saludables orientados a la prevención del cáncer ha tenido un crecimiento sostenido y estratégico, pasando de 320 en 2022 a 2,416 en 2023 y alcanzando 2,737 en 2024. Este avance evidencia el esfuerzo del sector salud en fortalecer la educación como herramienta de prevención primaria, considerando que la escuela es un espacio clave para formar hábitos y estilos de vida saludables desde edades tempranas. La participación activa de los docentes en temas de alimentación saludable, actividad física, control del consumo de tabaco y alcohol, así como en la promoción de la salud sexual y reproductiva, contribuye directamente a disminuir la exposición a factores de riesgo asociados al cáncer.

Gráfico N° 102 Región Loreto. Docentes capacitados para la Promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer. 2024



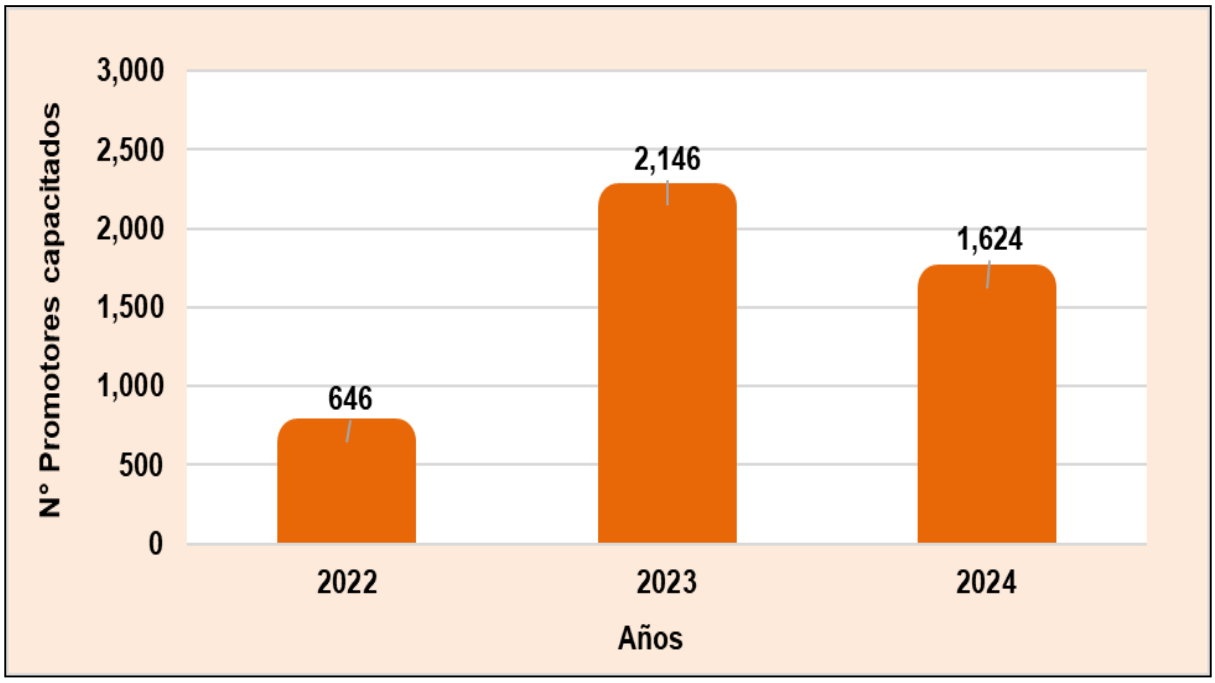
Fuente: DEPROMSA, Dirección de Educación para la Salud 2024

3.10.1.6 Promotores educativos capacitados en la promoción de prácticas saludables para el desarrollo infantil temprano en sus instituciones

Los promotores educativos cumplen un rol fundamental en el acompañamiento del desarrollo infantil. Su capacitación permite identificar señales de alerta, estimular habilidades tempranas y orientar a las familias en prácticas saludables que favorecen el crecimiento integral de niñas y niños

En la región Loreto, la capacitación de promotores educativos del PRONOEI en temas clave como el cuidado infantil, la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación de niños menores de 36 meses muestra una tendencia positiva, aunque con variaciones en los últimos años. En 2022 se capacitaron 646 promotores, cifra que se incrementó de manera significativa en 2023 con 2,146 promotores, lo que representó un fortalecimiento importante de las capacidades comunitarias. Sin embargo, en 2024 la cifra descendió a 1,624, aunque se mantiene en un nivel superior al 2022, evidenciando la necesidad de sostener y ampliar estas acciones de formación para garantizar un impacto continuo en la salud infantil y la nutrición en las familias más vulnerables de Loreto.

Gráfico N° 103 Región Loreto. Docentes capacitados para la Promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer. 2024



Fuente: DEPROMSA, Dirección de Educación para la Salud 2024

3.11 Promoción de Vida Sana

La Promoción de la Vida Sana en el Ministerio de Salud se enmarca como una estrategia fundamental de la salud pública orientada a fomentar hábitos y conductas saludables que reduzcan los principales factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas y transmisibles. A través de acciones educativas, comunitarias e intersectoriales, busca fortalecer la alimentación balanceada, la práctica regular de actividad física, la prevención del consumo de tabaco y alcohol, y el cuidado integral de la salud física y mental. En el contexto de Loreto y otras regiones del país, esta estrategia cobra especial relevancia debido a las brechas sociales y sanitarias, posicionándose como una herramienta clave para mejorar la

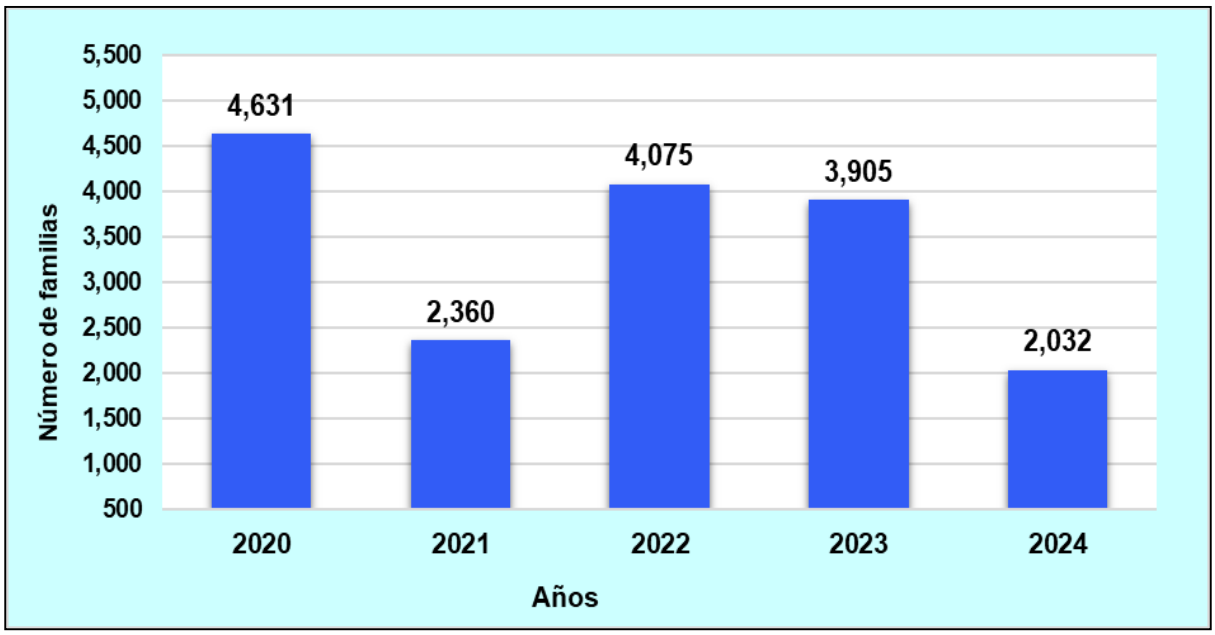
calidad de vida, disminuir la carga de enfermedad y construir comunidades más saludables y sostenibles.

3.11.1 Sesión Demostrativa

Es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, de la gestante y en la mujer que da de lactar, a través de una participación y un trabajo grupal. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada “aprender haciendo”. La sesión demostrativa está dirigida a madres, padres o personas responsables del cuidado de la niña o niño menor de tres años, las gestantes y mujeres que dan de lactar; líderes y autoridades comunales o miembros de organizaciones que preparan alimentos como comedores infantiles, comités de gestión comunal, entre otros

Los datos sobre las familias con niños menores de 12 meses y gestantes que recibieron sesiones demostrativas en preparación de alimentos en Loreto (2020-2024) muestran una marcada variabilidad y tendencia a la disminución en 2024, pasando de 4,631 familias atendidas en 2020 a solo 2,032 en 2024. Desde el enfoque de salud pública, esta reducción es preocupante, ya que estas sesiones son clave para prevenir la desnutrición crónica y la anemia infantil, problemas prioritarios en Loreto por su alta prevalencia y asociación con pobreza, ruralidad y falta de acceso a servicios básicos. La disminución en la cobertura de estas actividades podría impactar negativamente en la seguridad alimentaria y en el desarrollo infantil temprano, por lo que resulta necesario fortalecer y garantizar la continuidad de estas intervenciones como parte de la promoción de la salud materno-infantil en la región. (Gráfico N° 104).

Gráfico N° 104 Región Loreto Número de familias con menores de 12 meses y gestantes con sesiones demostrativas en preparación alimentos. 2020 - 2024



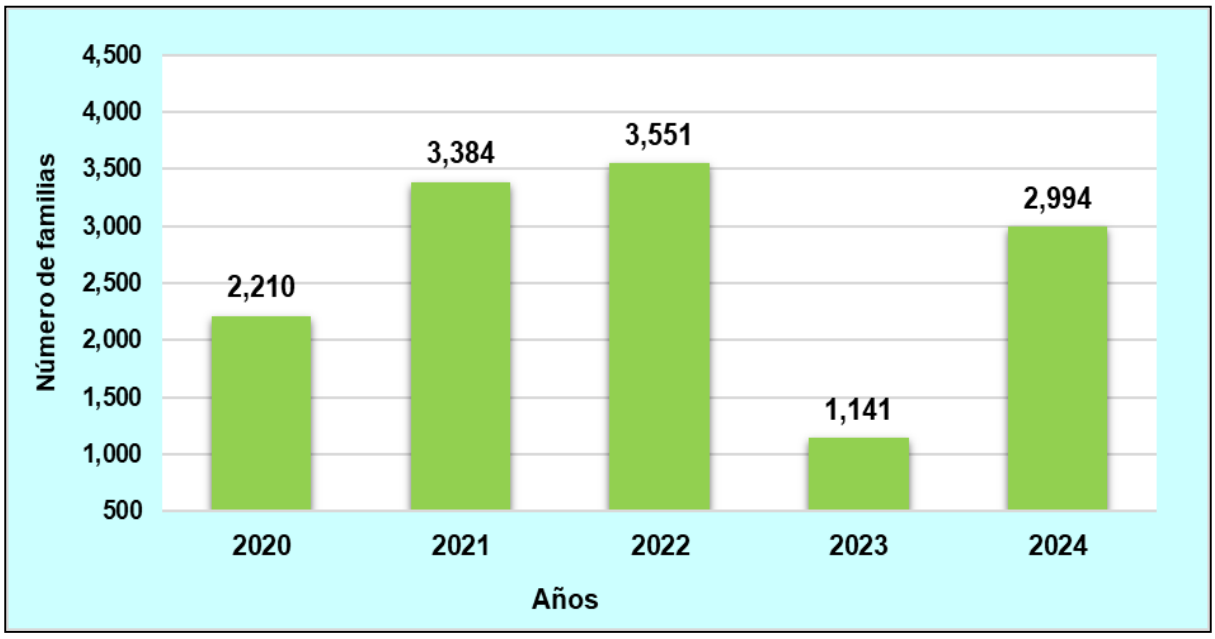
Fuente: GERESA Loreto Dirección de Promoción de la Salud HIS 2020-2024

3.11.2 Consejería en familias con niños menores de 12 meses a través de la visita domiciliaria.

Proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado, y una madre, padre o personas responsables del cuidado de la niña o niño menor de 12 meses, realizado en el domicilio de la familia con el propósito de analizar la condición nutricional del niño, las prácticas de alimentación o el proceso de suplementación preventiva o terapéutica con hierro y ayudar a tomar decisiones a la familia sobre ella y favorecer la adopción de prácticas saludables para el cuidado infantil , LME y la adecuada alimentación y protección del niño (a).

Los datos de familias con niños menores de 1 año que recibieron consejería a través de visitas domiciliarias en Loreto (2020-2024) muestran una cobertura fluctuante: un crecimiento sostenido entre 2020 (2,210) y 2022 (3,551), seguido de una drástica caída en 2023 (1,141) y una recuperación parcial en 2024 (2,994). Desde el enfoque de salud pública, estas variaciones reflejan desafíos en la continuidad y sostenibilidad de las estrategias de consejería en el hogar, fundamentales para promover la lactancia materna exclusiva, prácticas de crianza saludable y prevención de enfermedades en la primera infancia. La caída de 2023 podría deberse a limitaciones logísticas o presupuestales, lo que evidencia la necesidad de reforzar la capacidad operativa y asegurar la cobertura constante de visitas domiciliarias como herramienta esencial en la reducción de la morbimortalidad infantil en la región.

Gráfico N° 105 Región Loreto. Número de familias con niños (as) menores de 1 año que recibieron consejería a través de la visita domiciliaria. 2020 - 2024



Fuente: GERESA Loreto Dirección de Promoción de la Salud HIS 2020-2024

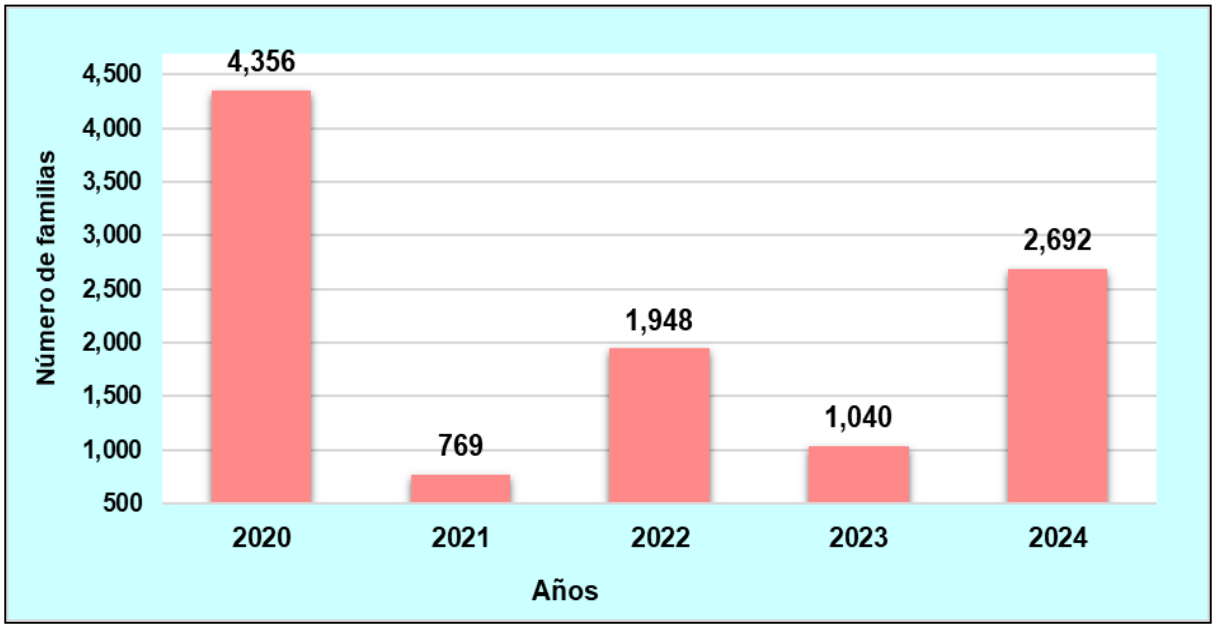
3.11.3 Consejería en familias de la gestante y puérpera a través de la visita domiciliaria para promover prácticas saludables en salud sexual y reproductiva.

Actividad dirigida a familias con gestantes y puérperas del ámbito de jurisdicción de un establecimiento de salud, que consiste en brindar educación para la salud a través de consejería en prácticas saludables en salud sexual y reproductiva, desarrolladas en la

vivienda de la familia, durante la visita familiar integral a través de la estrategia de visita domiciliaria.

Los datos de familias de gestantes y puérperas que recibieron consejería mediante visitas domiciliarias en Loreto (2020-2024) muestran una marcada variabilidad en la cobertura. En 2020 se alcanzó el valor más alto (4,356), seguido de una caída drástica en 2021 (769). Posteriormente, se observa una recuperación gradual en 2022 (1,948) y 2024 (2,692), aunque sin llegar a los niveles iniciales. Desde la perspectiva de la salud pública, estas fluctuaciones reflejan dificultades en la continuidad del acompañamiento materno-perinatal, lo cual es crítico para la prevención de complicaciones en el embarazo, el puerperio y el fortalecimiento del cuidado neonatal. La recuperación reciente sugiere un esfuerzo de reactivación, pero evidencia la necesidad de garantizar la sostenibilidad y cobertura equitativa de las visitas domiciliarias, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso en Loreto.

Gráfico N° 106 Región Loreto. Número de familias de gestantes y puérperas que recibieron consejería a través de la visita domiciliaria. 2020 - 2024



Fuente: GERESA Loreto Dirección de Promoción de la Salud HIS 2020-2024

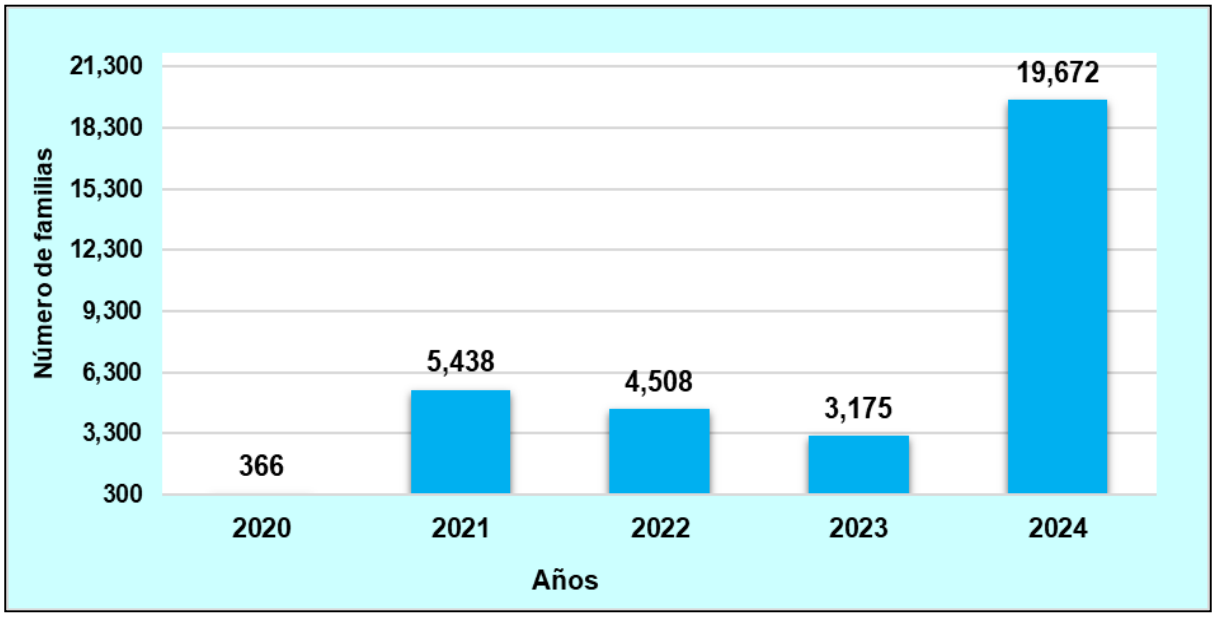
3.11.4 Familias que reciben sesión educativa y demostrativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la disminución de la tuberculosis, VIH/SIDA.

familias cuyas viviendas se encuentran ubicadas alrededor de las viviendas de personas afectadas por tuberculosis ubicadas en el ámbito de los establecimientos de salud del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada, reciben consejería en prácticas y entornos para la salud respiratoria y medidas preventivas que contribuyan a la prevención y control de la tuberculosis y el VIH/SIDA por parte del personal de salud, en la vivienda durante la visita domiciliaria.

Los datos de familias que recibieron sesiones educativas y demostrativas para promover prácticas y entornos saludables frente a TBC y VIH/SIDA en Loreto (2020-2024) muestran una evolución muy irregular, pero con un crecimiento sobresaliente en 2024. En 2020 se alcanzó una cobertura mínima (366 familias), seguida de un notable incremento en 2021 (5,438), aunque con descensos en 2022 (4,508) y 2023 (3,175). Sin embargo, en 2024 se

observa un salto exponencial a 19,672 familias, lo que representa un fortalecimiento sustancial de las estrategias comunitarias de prevención. Desde el enfoque de salud pública, esta tendencia indica que en 2024 se priorizó de manera más amplia la educación y sensibilización de las familias en torno a enfermedades de alta carga social y sanitaria, reforzando la participación comunitaria como herramienta clave para la reducción del riesgo de transmisión y la construcción de entornos saludables en zonas vulnerables de Loreto.

Gráfico N° 107 Región Loreto. Número de Familias con sesión educativa y demostrativa para prácticas y generar entornos saludables para disminuir TBC, VIH/SIDA. 2020 -2024



Fuente: GERESA Loreto Dirección de Promoción de la Salud HIS 2020-2024

3.11.5 Familias que reciben sesiones demostrativas para la prevención y control de enfermedades metaxénicas.

Acción educativa realizado por personal de salud y está dirigida a familias que viven en distritos de riesgo para enfermedades metaxénicas.

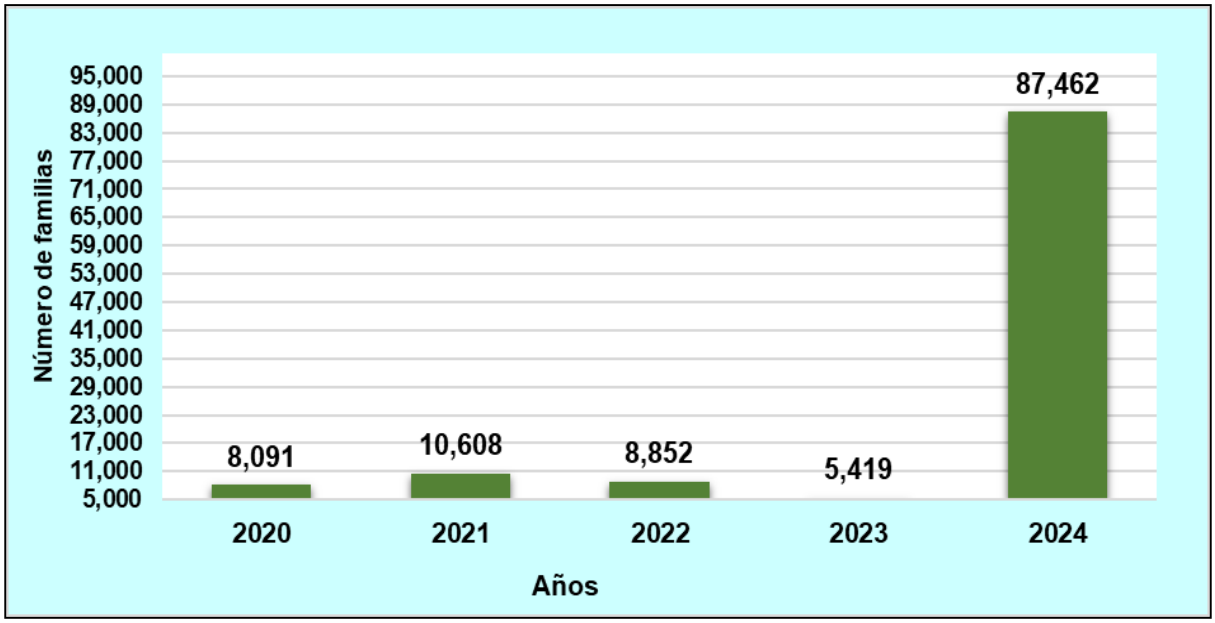
Incluye: 2 sesiones educativas y 2 sesiones demostrativas.

Los contenidos desarrollados en las sesiones están orientados a mejorar las condiciones de la vivienda, la importancia de apertura de sus casas al personal de salud para realizar las acciones control vectorial, identificar y eliminar los criaderos de zancudos de su vivienda, higiene y mantenimiento saludable de sus viviendas, entre otras prácticas saludables.
Las sesiones educativas son grupales, y se utiliza metodologías de educación para adultos; el número máximo de personas por sesión es 15, cada familia participará al menos 02 sesiones.

Los datos de familias que recibieron sesiones demostrativas para la prevención y control de enfermedades metaxénicas en Loreto (2020-2024) evidencian una expansión sin precedentes en 2024. Entre 2020 y 2023, la cobertura se mantuvo relativamente estable, aunque con tendencia a la baja (de 8,091 en 2020 a 5,419 en 2023). Sin embargo, en 2024 se observa un incremento drástico hasta 87,462 familias, lo que refleja un esfuerzo masivo de intervención en salud pública. Este crecimiento se relaciona con la necesidad urgente de fortalecer las medidas preventivas frente a enfermedades metaxénicas (como malaria, dengue, leishmaniasis), especialmente en un territorio amazónico con alta dispersión

geográfica y condiciones que favorecen su transmisión. Desde la perspectiva de salud pública, este salto representa una respuesta estratégica de ampliación de cobertura comunitaria, orientada a proteger a la población vulnerable y reducir la carga de estas enfermedades endémicas en Loreto.

Gráfico N° 108 Región Loreto. Número de Familias con Sesiones Demostrativas para prevención y control de enfermedades metaxénicas. 2020 -2024



Fuente: GERESA Loreto Dirección de Promoción de la Salud HIS 2020-2024

3.11.6 Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles.

Consiste en conducir sesiones educativas y/o demostrativas, dirigidas a las familias y, según las condiciones sanitarias. Las sesiones se realizan de manera colectiva, en grupos de hasta 25 personas; a quienes se les brinda conocimientos sobre estilos de vida saludables, orientados a generar cambios conductuales para el cuidado de la salud que contribuya a la calidad de vida de las familias.

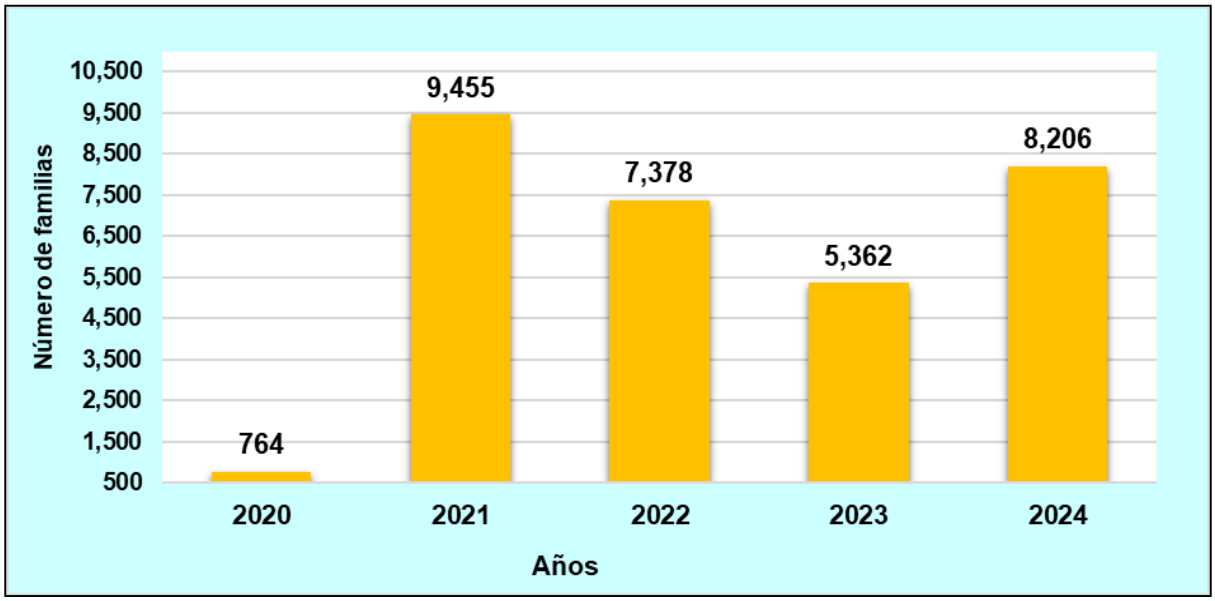
Los contenidos corresponden a los estilos de vida y se brindan por paquetes, según se indica: Paquete Básico; comprende los siguientes temas: Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud Bucal.

Paquete Completo; además del paquete básico, se agregan los siguientes temas: Salud Ocular, Sueño Adecuado y Gestión del Estrés; así como reducción a la sobre exposición a Metales Pesados (éste último tema, sólo se programa en aquellos distritos con riesgo de exposición a metales pesados).

Los datos de familias que recibieron sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a enfermedades no transmisibles (ENT) en Loreto, 2020-2024, muestran una evolución variable en la cobertura. En 2020 se alcanzaron solo 764 familias, pero en 2021 hubo un salto significativo a 9,455, probablemente asociado al refuerzo de las estrategias comunitarias tras la pandemia. Posteriormente, se observa una disminución progresiva en 2022 (7,378) y 2023 (5,362), lo que indica un debilitamiento en la continuidad de las intervenciones. Sin embargo, en 2024 se registra una recuperación parcial con 8,206 familias, reflejando un esfuerzo renovado para posicionar la prevención de las ENT (diabetes,

hipertensión, cáncer, entre otras) en la agenda de salud pública. Este comportamiento evidencia la necesidad de sostenibilidad y permanencia en las intervenciones comunitarias, dado que las ENT representan un reto creciente en la región amazónica, asociado tanto a los cambios en los estilos de vida como a limitaciones en el acceso a servicios de salud oportunos.

Gráfico N° 109 Región Loreto. Número de Familias con Sesiones Educativas en prácticas saludables frente a enfermedades no trasmisibles. Años 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto Dirección de Promoción de la Salud HIS 2020-2024

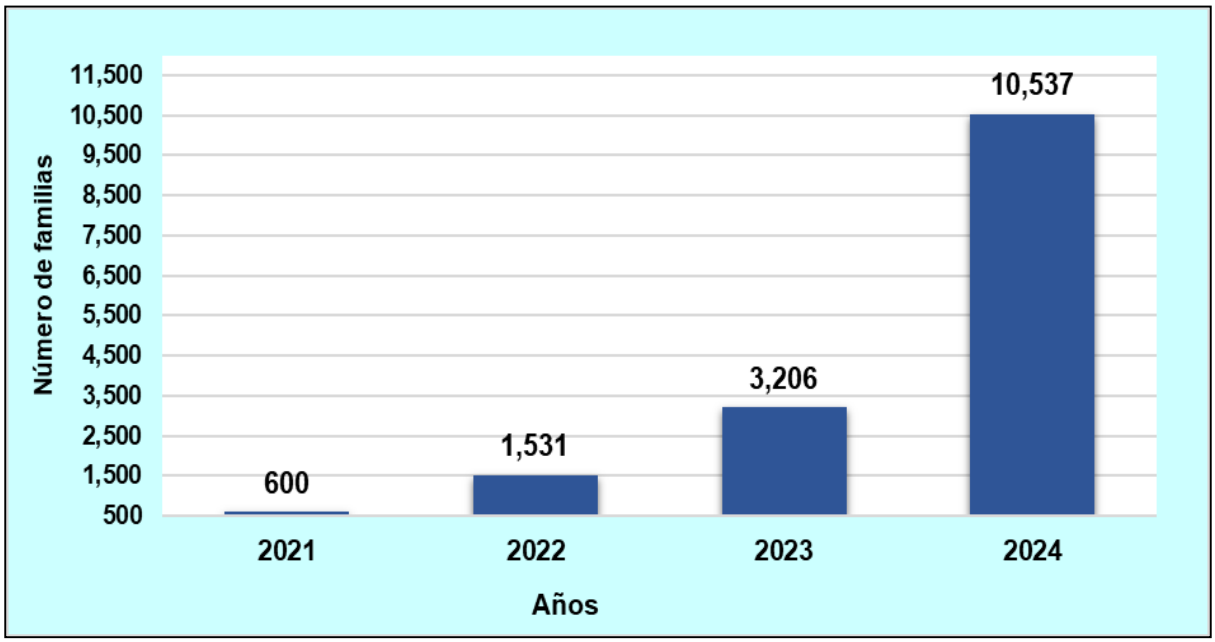
3.11.7 Familias sensibilizadas para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer.

Se refiere a aquellas familias que reciben sesiones educativas en prácticas y entornos saludables que contribuyan al bienestar de sus miembros y a la prevención de cáncer; motivo por el cual el personal de salud realiza acciones de incidencia y asistencia técnica a actores sociales, funcionarios municipales, a directivos y docentes de instituciones educativas; con quienes establecen acuerdos para implementar diversas acciones, entre ellas que los actores sociales convoquen a las familias que recibirán las sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud. Las sesiones educativas se realizan en locales comunitarios, locales municipales, en instituciones educativas u otros, que se determinen de manera conjunta con los actores sociales comprometidos

Los datos de familias sensibilizadas para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer en Loreto, 2020-2024, reflejan un crecimiento sostenido y acelerado en la cobertura de las intervenciones. En 2021 se alcanzaron solo 600 familias, incrementándose a 1,531 en 2022 y a 3,206 en 2023, lo que muestra un avance progresivo en el posicionamiento de la prevención del cáncer en las comunidades amazónicas. Para el 2024 se observa un salto significativo a 10,537 familias, multiplicando varias veces la cobertura respecto a años previos. Este incremento evidencia un fortalecimiento de las estrategias de educación y promoción de la salud, lo cual es clave en un contexto donde los factores de riesgo (alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo de tabaco y exposición ambiental) tienen alta prevalencia. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados reflejan un avance positivo hacia la sensibilización comunitaria, aunque también plantean el

reto de garantizar la continuidad, sostenibilidad y acompañamiento en cambios de conducta para que la prevención del cáncer tenga un impacto real en la región.

Gráfico N° 110 Región Loreto. Familias sensibilizadas para la promoción de prácticas y entornos saludables para la prevención del cáncer. 2020 -2024



Fuente: GERESA Loreto Dirección de Promociona de la Salud HIS 2020-2024

3.12 Calidad en Salud

La calidad en salud, de acuerdo con la OMS, se centra en garantizar que los servicios de salud sean seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, eficientes y equitativos, contribuyendo a mejorar los resultados sanitarios y reducir las desigualdades. En el Perú, el MINSA incorpora estos lineamientos internacionales a través de la Política Nacional de Calidad en Salud, que busca asegurar atenciones oportunas y resolutivas en todos los niveles de atención, con énfasis en la seguridad del paciente, la mejora continua y la satisfacción de la población. En la región Loreto, este enfoque resulta clave frente a la dispersión geográfica, la brecha de recursos humanos y las condiciones de vulnerabilidad social, lo que obliga a fortalecer estrategias de supervisión, capacitación, participación comunitaria y uso de plataformas itinerantes (PIAS), para garantizar que la calidad en salud llegue de manera efectiva a las poblaciones más alejadas de la Amazonía.

El Ministerio de Salud a través de su normativa; RM Nº 768-2001-SA/DM, busca asegurar que los establecimientos de salud brinden una atención de calidad, eficiente y centrada en el paciente. La Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, busca fortalecer los procesos de mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

La GERESA Loreto a través de la Dirección de Calidad ha fortalecido el trabajo en las IPRESS en la búsqueda de mejorar los servicios, buscando la calidad de la atención a favor de los usuarios.

El logro de los objetivos de la calidad en Loreto, se realizan por medio de la Auditoria de la calidad de la Atención, Acreditación de Establecimientos, Seguridad del paciente, Satisfacción del Usuario Externo, Procesos de Mejora Continua, Plataforma de Atención al Usuario (PAUS) y Libro de Reclamaciones.

3.12.1 Acreditación*:*

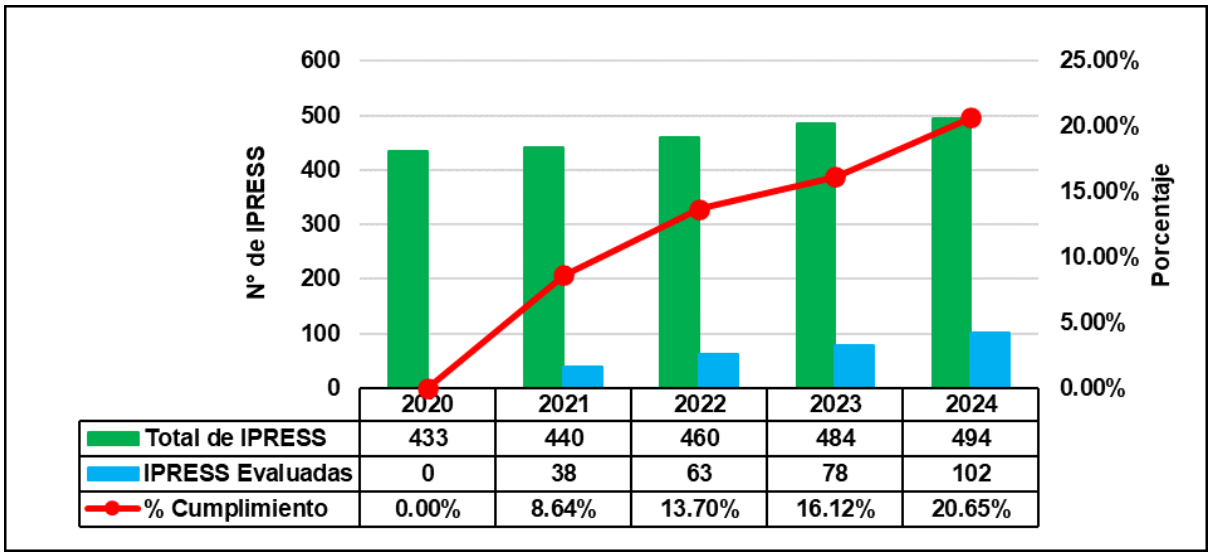
La Acreditación es un proceso de evaluación periódica, cuya finalidad es promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar. Se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y de algunos resultados, cuya finalidad es evidenciar a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivas - promocionales se manejan con calidad y se entregan con el objetivo de lograr su satisfacción.

3.12.1.1 Autoevaluación para la acreditación.

Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la que los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

La autoevaluación de las IPRESS en la región Loreto muestra un avance progresivo en la implementación de procesos de calidad en salud. Entre 2020 y 2024, el número de establecimientos que realizan autoevaluación pasó de 0 a 102, lo que representa un cumplimiento del 20,65% sobre el total de IPRESS de la región. Este crecimiento, aunque aún limitado, refleja un fortalecimiento gradual en la cultura de mejora continua y gestión de la calidad, clave en un contexto amazónico donde los desafíos de acceso, recursos y dispersión geográfica dificultan la supervisión directa. Desde la perspectiva de salud pública, este avance contribuye a mejorar la organización de los servicios, garantizar atenciones más seguras y responder de manera más efectiva a las necesidades sanitarias de la población vulnerable de Loreto.

Gráfico N° 111 Región Loreto. IPRESS que realizan Autoevaluación 2020 -2024



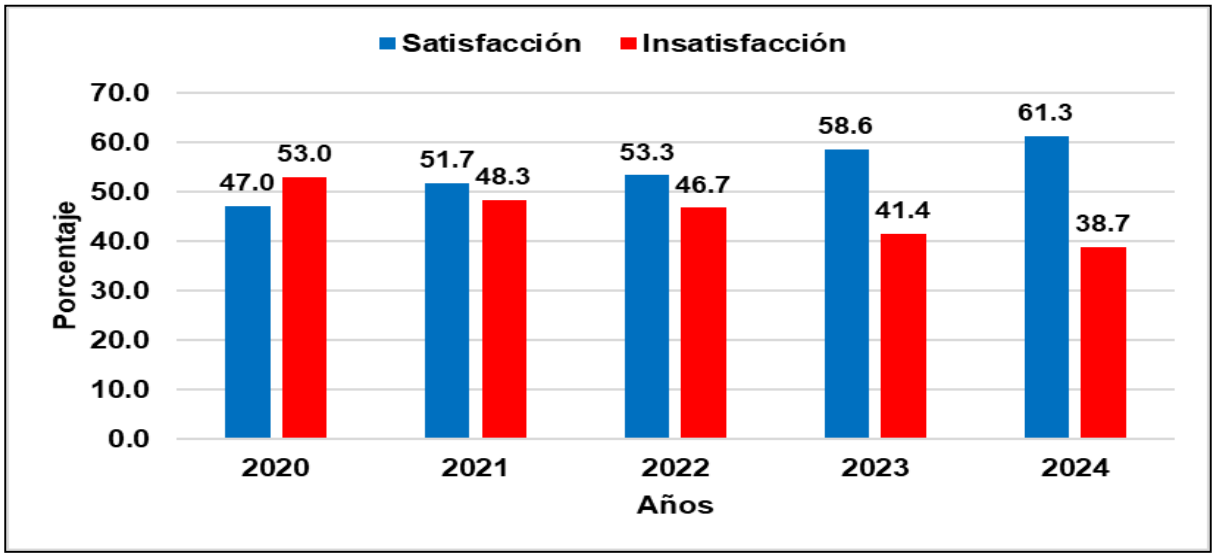
	2020	2021	2022	2023	2024
Total de IPRESS	433	440	460	484	494
IPRESS Evaluadas	0	38	63	78	102
% Cumplimiento	0.00%	8.64%	13.70%	16.12%	20.65%

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Calidad-2024

3.12.1.2 Satisfacción del Usuario Externo:

El conocimiento y la comprensión del nivel de satisfacción del Usuario Externo. Tiene como finalidad, conocer la expectativa y percepciones de los usuarios externos de los servicios de salud. Esta información es recopilada a través de "Encuestas de Satisfacción al Usuario Externo". La información obtenida es muy importante para la toma de decisiones en el proceso de "Mejora continua de la Calidad en Salud".

Gráfico N° 112 Región Loreto. Nivel de Satisfacción de Usuario Externo en la Consulta Externa de las IPRESS del Primer nivel de la Red Maynas Ciudad. 2020 - 2024



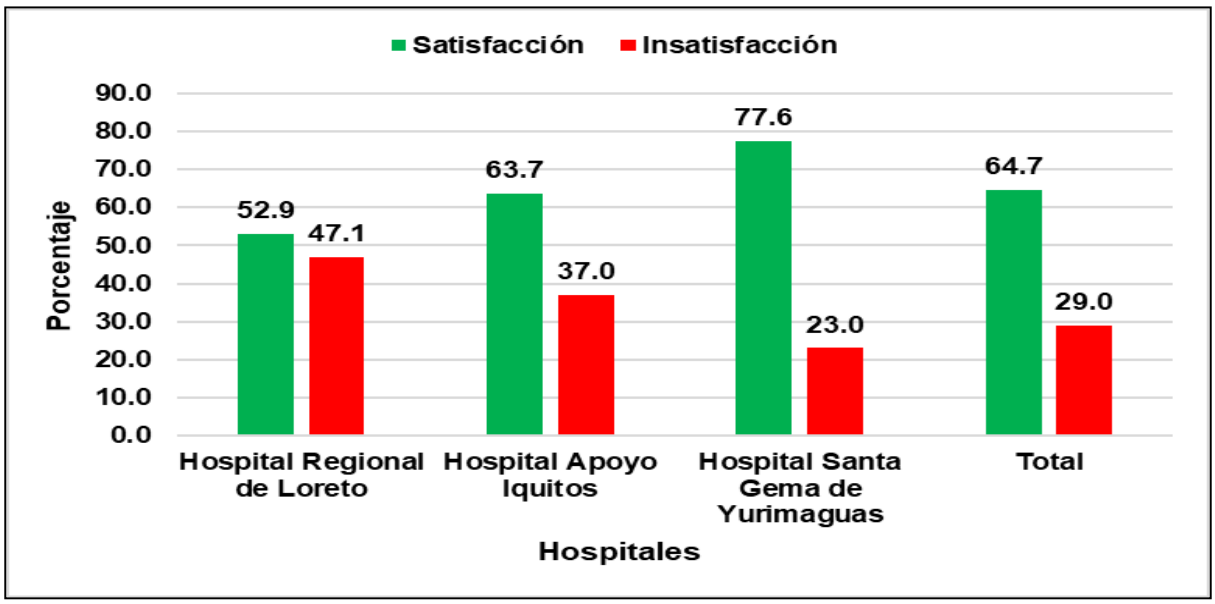
Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Calidad-2024

Los datos sobre el nivel de satisfacción de los usuarios externos en consulta externa de las IPRESS del primer nivel de la Red Maynas Ciudad (2020-2024) muestran una tendencia positiva y sostenida en la percepción de la atención recibida. La satisfacción pasó de 47,0% en 2020 a 61,3% en 2024, mientras que la insatisfacción disminuyó de 53,0% a 38,7% en el mismo periodo. Este cambio refleja un avance en la calidad percibida de los servicios de salud, posiblemente asociado a mejoras en el trato al usuario, reducción de tiempos de espera o fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primer nivel. Sin embargo, el hecho de que cerca de 4 de cada 10 usuarios aún manifiesten insatisfacción evidencia la necesidad de profundizar las estrategias de mejora continua, priorizando la humanización de la atención, accesibilidad y oportunidad del servicio, para consolidar la confianza de la población en el sistema de salud.

3.12.1.2.1 Hospitales: Nivel de Satisfacción en Consultorio Externo

En el año 2024, el nivel de satisfacción del usuario externo en consulta externa de los hospitales de la región Loreto muestra diferencias relevantes entre establecimientos. El Hospital Regional de Loreto presenta la cifra más baja, con 52,9% de satisfacción y 47,1% de insatisfacción, lo que refleja importantes desafíos en la calidad percibida de su atención. En contraste, el Hospital Santa Gema de Yurimaguas alcanza el mejor desempeño, con 77,6% de satisfacción y solo 23,0% de insatisfacción, evidenciando una atención más aceptada por la población. El Hospital de Apoyo Iquitos "César Garayar García" se ubica en un nivel intermedio, con 63,7% de satisfacción. En conjunto, los tres hospitales alcanzan un promedio de 64,7% de satisfacción, lo que significa que casi 1 de cada 3 usuarios aún expresa insatisfacción, lo que demanda reforzar la calidad y humanización de la atención,

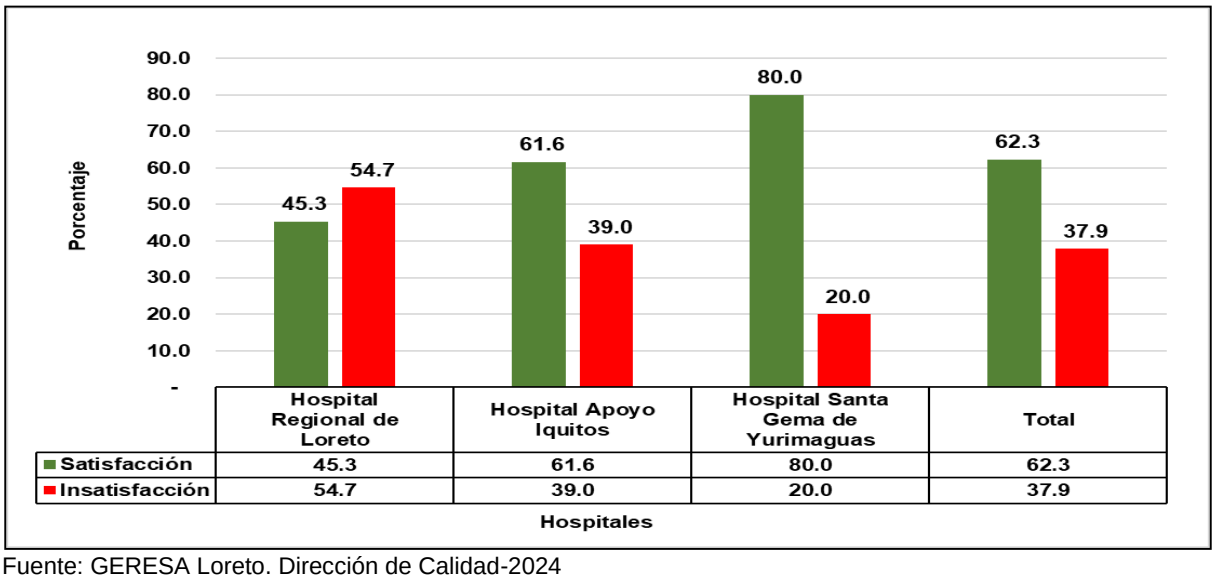
Gráfico N° 113 Región Loreto. % Nivel de Satisfacción del Usuario Externo en el "Servicio de Consulta Externa" de los Hospitales de Loreto – MINSA, Año 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Calidad-2024

3.12.1.3 Hospitales: Nivel de Satisfacción en el Servicio de Emergencia

Gráfico N° 114 Región Loreto. % Nivel de Satisfacción del Usuario Externo en el "Servicio de Emergencia" de los Hospitales de Loreto – MINSA. Año 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Calidad-2024

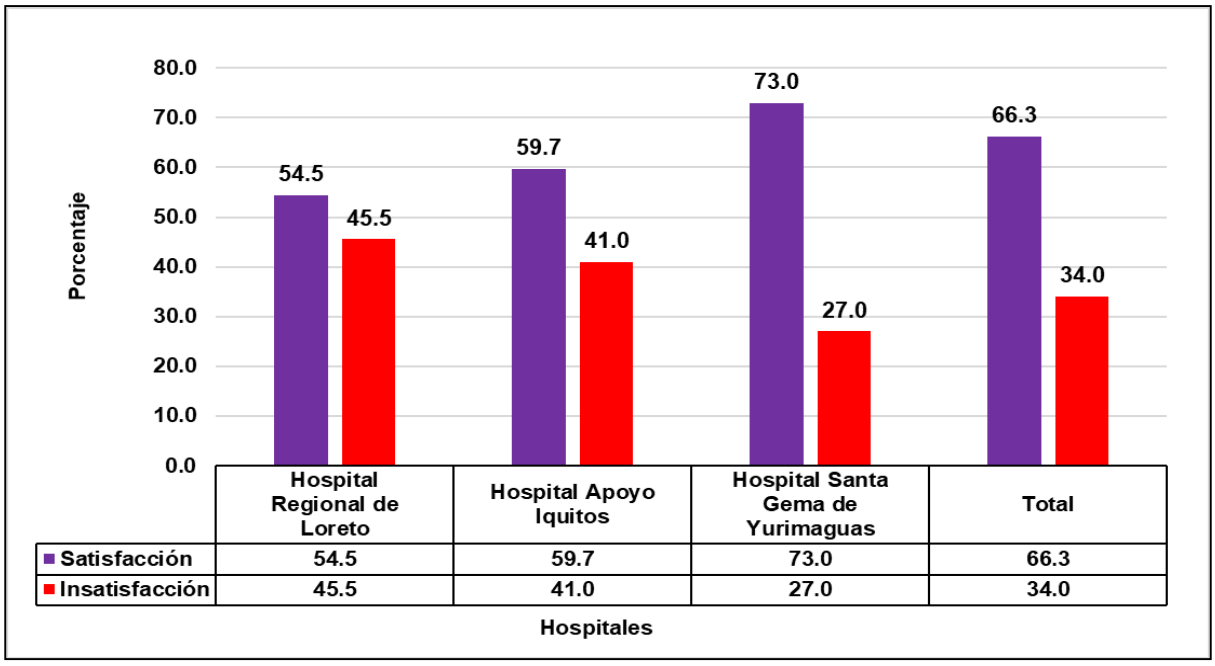
En el año 2024, el nivel de satisfacción de los usuarios externos en el servicio de emergencia de los hospitales de Loreto evidencia marcadas diferencias. El Hospital Santa Gema de Yurimaguas presenta los mejores resultados, con 80,0% de satisfacción y solo 20,0% de insatisfacción, reflejando una atención mejor valorada por la población. En contraste, el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" muestra el nivel más crítico, con apenas 45,3% de satisfacción frente a 54,7% de insatisfacción, lo que indica un predominio de percepciones negativas en la atención recibida. El Hospital de Apoyo Iquitos "César Garayar García" se ubica en un nivel intermedio, con 61,6% de satisfacción y 39,0% de insatisfacción. En conjunto, los tres hospitales alcanzan un promedio de 62,3% de satisfacción, aunque aún

más de un tercio de los usuarios (37,9%) manifiestan insatisfacción, lo que resalta la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y humanización del servicio de emergencia, sobre todo en el Hospital Regional.

3.12.1.4 Hospitales: Nivel de Satisfacción en el Servicio de Hospitalización

En el 2024, el nivel de satisfacción de los usuarios en el servicio de emergencia de los principales hospitales de Loreto muestra resultados diferenciados. El Hospital Santa Gema de Yurimaguas lidera con 73,0% de satisfacción y solo 27,0% de insatisfacción, lo que refleja una atención mejor valorada por la población. En el Hospital de Apoyo Iquitos "César Garayar García", la satisfacción alcanza el 59,7%, mientras que en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" es ligeramente menor (54,5%), con niveles de insatisfacción más altos. En conjunto, los tres hospitales registran un promedio regional de 66,3% de satisfacción; sin embargo, más de un tercio de los usuarios (34,0%) expresan insatisfacción, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la calidad, oportunidad y humanización de la atención en emergencias, especialmente en los hospitales de mayor demanda.

Gráfico N° 115 Región Loreto. Nivel de Satisfacción del Usuario Externo en el "Servicio de Hospitalización" de los Hospitales de Loreto – MINSA, Año 2024.



	Hospital Regional de Loreto	Hospital Apoyo Iquitos	Hospital Santa Gema de Yurimaguas	Total
Satisfacción	54.5	59.7	73.0	66.3
Insatisfacción	45.5	41.0	27.0	34.0

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Calidad-2024

3.12.2 Mejora Continua.

Tiene como finalidad desarrollar y fortalecer las competencias técnicas del personal de salud, en el uso de las herramientas y técnicas para el mejoramiento continuo de calidad y la elaboración de "Proyectos y/o Acciones de Mejora", que resultan susceptibles de mejoramiento. Como son, procesos en la atención, ambientación, adecuación de los ambientes, cierre de brechas, entre otros. Involucrando a todos los responsables de la organización.

En el año 2024, 12 IPRESS presentaron "Proyectos de Mejora Continua", de las cuales 4 IPRESS llegaron hasta la etapa de estudio, y 8 hasta la etapa de Implementación. En comparación de los años anteriores podemos observar un incremento del cumplimiento del

presente componente (proyectos de mejora continua de la calidad en salud). el cumplimiento se podría atribuir, a la permanencia y el compromiso de los responsables de calidad de los EESS, aunque aún falta mucho por reforzar, ya que muy pocos llegaron a la etapa de implementación.

Tabla N° 62 Región Loreto. Planes de Mejora, según Etapas e IPRESS. 2024

N°	NOMBRE DEL PROYECTO	ETAPA					IPRESS
		Est.	Imp.	Seg.	Eval.	Inst.	
1	Ampliación y mejoramiento del Servicio de Administración y Traje General de la IPRESS I-4 Caballo Cocha	x					IPRESS I-4 CABALLO COCHA
2	Proyecto de Mejora en la Micro Red-Núcleo Base	x					IPRESS I-3 MAZAN
3	Mejora en el área de TBC de C.S Múnich 2024	x					IPRESS I_4 MUNICH
4	Mejora de la Atención del Usuario del CS Pampa Hermosa 2024		x				IPRESS I-4 PAMPA HERMOSA
5	Implementación de Mejora de la Calidad 2024		x				IPRESS I-3 CARRETERA
6	Mejorando la Calidad de la Atención en el área niño(a) de la IPRESS I-3 Natividad.		x				IPRESS I-3 NATIVIDAD
7	Mejorando la Calidad de la Atención en el área niño(a) de la IPRESS I-3 Natividad.						IPRESS I-3 SANTA MARIA
8	Envejeciendo con Calidad Cuidando mi salud Integral	x					IPRESS I-3 LA LOMA
9	Implementación de Sala de Parto con Adecuación Intercultural del Centro de Salud Santa Cruz		x				IPRESS I-3 SANTA CRUZ
10	Mejorando la Calidad de atención en el área de Admisión del CS I-3 Aguamiro Especializado Materno Infantil.		x				IPRESS I-3 AGUAMIRO
11	Mejorando el Acceso de los Pacientes que acuden por consulta externa- triaje diferenciado del Centro de Salud I-3 Jeberos.		x				IPRESS I-3 JEBEROS
12	Mejorando la Calidad de la Atención en el área niño (a) de C.S I-3 Independencia.		X				IPRESS I-3 INDEPENDENCIA
13	Mejorando el acceso a la Información al usuario en la Salud atendido en la IPRESS I-4 Morona cocha		x				IPRESS I-4 MORONA COCHA

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Calidad-2024

3.13 Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

El Laboratorio de Referencia Regional de Loreto (LRRL), integrante de la Red de Laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS), constituye un pilar esencial para el diagnóstico especializado y la vigilancia epidemiológica en la Amazonía peruana. Su labor cobra especial relevancia frente a la alta carga de enfermedades transmisibles en la región, donde el dengue sin signos de alarma y la leptospirosis representan el 65,0% y 77,1% de los casos probables, respectivamente, y donde persiste la transmisión de malaria por *Plasmodium vivax* y P. *falciparum* con miles de casos confirmados cada año. A través de la detección oportuna, la confirmación diagnóstica y el aporte de información confiable, el LRRL fortalece la respuesta sanitaria ante brotes, el control de enfermedades endémicas y el monitoreo de tendencias epidemiológicas, contribuyendo de manera decisiva a la protección de la salud pública regional.

Sus resultados están orientados a la toma de decisiones estratégicas y la asignación de recursos sanitarios. La combinación de rigor científico y vocación de servicio de nuestro equipo inspira confianza entre autoridades y profesionales de salud, resaltando el valor humano de su labor. Así, el Laboratorio de Referencia Regional de Loreto se consolida como pilar estratégico para la salud pública de la región, fortaleciendo la respuesta institucional ante las amenazas sanitarias.

3.13.1 Diagnósticos Especializados

El Laboratorio de Referencia Regional de Loreto está organizado en 9 unidades de coordinación: Recepción y Obtención de Muestras – ROM, Biología Molecular, Análisis Clínicos y Biológicos, Gestión de la Calidad, Microbiología, Parasitología, Entomología, Micobacterias y Virología, ofrece una amplia cartera de servicios priorizando a los daños más prevalentes que afectan a la salud pública de la región Loreto, como son Dengue, Malaria, Leptospirosis, Tuberculosis, Tos ferina, Enfermedades de Transmisión Sexual, Leishmaniasis y otros patógenos de importancia epidemiológica.

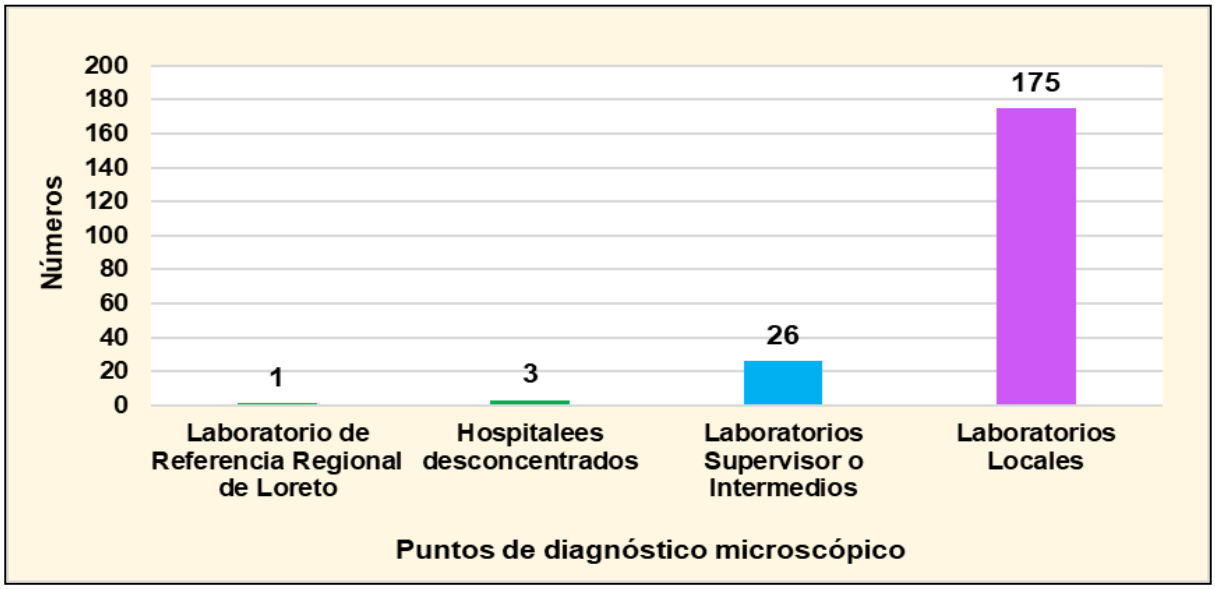
3.13.1.1 Diagnóstico de Laboratorio para Malaria

La malaria continúa siendo una enfermedad de gran relevancia en salud pública, en razón a las altas tasas de prevalencia que presenta y su amplia dispersión en el mundo.

La red de diagnóstico para malaria en Loreto está conformada por 205 puntos de diagnóstico, distribuidos en diferentes niveles: un Laboratorio de Referencia Regional, que centraliza y garantiza la calidad diagnóstica; 3 hospitales desconcentrados, que fortalecen la capacidad resolutiva en áreas estratégicas; 26 laboratorios supervisores o intermedios, encargados de la articulación técnica y supervisión; y 175 laboratorios locales, que constituyen la base operativa y el primer contacto para la población. Esta amplia red descentralizada permite una detección oportuna y accesible de casos de malaria, aspecto fundamental para la vigilancia, control y reducción de la transmisión en la región amazónica.

La red de Laboratorios efectúa lectura y examen de gota gruesa, existiendo la necesidad de mantener una estrecha coordinación entre dichos laboratorios a fin de asegurar el funcionamiento y la calidad diagnóstica. Se logra esto a través de los Laboratorios Intermedios que sirven como un primer soporte en la vigilancia y calidad diagnóstica.

Gráfico N° 116 Región Loreto. Puntos de diagnóstico microscópico. 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Tabla N° 63 Región Loreto. Puntos de diagnóstico microscópico, según provincias y Distritos. 2024

N°	orden	Provincias	Distritos	Puntos de Diagnósticos
1	1	Maynas	San Juan Bautista	18
2	2		Belén	7
3	3		Fernando Lores	3
4	4		Iquitos	11
5	5		Alto Nanay	4
6	6		Punchana	12
7	7		Mazán	6
8	8		Indiana	6
9	9		Las Amazonas	3
10	10		Napo	9
11	11		Torres Causana	4
Sub Total Maynas				**83**
12	1	Putumayo	Putumayo	2
13	2		Yaguas	1
14	3		Tnte. Manuel Clavero	2
Sub Total Putumayo				**5**
15	1	Mariscal Ramón Castilla	Ramón Castilla	6
16	2		Pevas	5
17	3		San Pablo	1
18	4		Yavarí	3
Sub Total Mariscal Ramón Castilla				**15**
19	1	Requena	Yaquerana	2
20	2		Requena	1
21	3		Genaro Herrera	1
22	4		Puinahua	1
23	5		Emilio San Martín	1
24	6		Maquía	1
25	7		Alto Tapiche	1
26	8		**Solpin**	**2**
Sub Total Requena				**10**
Sub Total - Unidad 400				**113**
27	1	Datem del Marañón	Barranca	3
28	2		Cahuapanas	2
29	3		Pastaza	9
30	4		Andoas	11
31	5		Morona	5
32	6		Manseriche	4
Sub Total Datem del Marañón				**34**
33	1	Loreto	Nauta	3
34	2		Parinari	2
35	3		Trompeteros	8
36	4		Urarinas	10
37	5		Tigre	6
Sub Total Loreto				**29**
38	1	Alto Amazonas	Yurimaguas	12
39	2		Jeberos	1
40	3		Tnte.Cesar López	1
41	4		Lagunas	1
42	5		Santa Cruz	1
43	6		Balsapuerto	5
Sub Total Alto Amazonas				**21**
44	1	Ucayali	Contamana	2
45	2		Pampa Hermosa	1
46	3		Vargas Gierra	1
47	4		Padre Márquez	1
48	5		Sarayacu	2
Sub Total Ucayali				**7**
Total General				**204**

Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

La red de puntos de diagnóstico microscópico en la región Loreto (2024) muestra una distribución heterogénea entre provincias y distritos, totalizando 204 puntos, Sin incluir al Laboratorio de Referencia Regional de Loreto, con ello suman 205 Puntos de diagnósticos de malaria en la región Loreto.
*Maynas concentra la mayor cantidad (83 puntos, 40.7% del total), destacando los distritos de San Juan Bautista (18), Punchana (12) e Iquitos (11) como los de mayor cobertura.
*En segundo lugar, se ubica Datem del Marañón con 34 puntos (16.7%), principalmente en Andoas (11) y Pastaza (9).
*Luego sigue la provincia de Loreto con 29 puntos (14.2%), destacando Urarinas (10) y Trompeteros (8).
*Alto Amazonas aporta 21 puntos (10.3%), concentrados en Yurimaguas (12).
Mariscal Ramón Castilla registra 15 puntos (7.3%), distribuidos en Ramón Castilla (6) y Pevas (5).
*Requena suma 10 puntos (4.9%), con distribución dispersa en varios distritos.
*Ucayali y Putumayo tienen menor cobertura, con 7 (3.4%) y 5 (2.5%) puntos respectivamente.
La red de diagnósticos está más concentrada en las provincias con mayor población y accesibilidad (Maynas, Datem y Loreto), mientras que en zonas de difícil acceso (Putumayo, Requena) la cobertura es menor, lo que puede limitar la detección oportuna de malaria y otras enfermedades en áreas más dispersas y rurales. En la provincia de Ucayali hay 7 puntos de diagnósticos para malaria, pero no es una zona endémica, los pocos casos son importados. (Tabla N° 63)

3.13.1.1.1 Control de calidad del diagnóstico microscópico de malaria

El control de calidad del diagnóstico microscópico de malaria en los laboratorios intermedios de la región Loreto (2024) evidencia un desempeño global altamente satisfactorio, con un promedio de concordancia del 99.5% y discordancia mínima de 0.46%, lo que garantiza confiabilidad en la detección de casos. La mayoría de los laboratorios alcanzó la calificación de “Bueno” (98–100%), mostrando capacidad técnica adecuada para el reconocimiento de parásitos y la confirmación diagnóstica. Sin embargo, se identificaron algunas limitaciones puntuales en distritos como Pastaza (97.9%, calificación Regular), donde se presentaron falsos negativos, y en San Juan Bautista, Belén e Intuto, donde ocurrieron falsos positivos o errores de especie, lo que podría afectar el inicio oportuno del tratamiento o generar sobretratamientos innecesarios.

Tabla N° 64 Región Loreto. Control de calidad del diagnóstico microscópico de malaria de Laboratorios intermedios. 2024

N°	Provincias	Distritos	Establecimiento de Salud	Concordancia (%)	Discordancia (%)	Falso Positivo	Falso Negatico	De Especie	Calificación: Deficiente(<95%), Regular (95 a<98%), Bueno (98-100%).
1	Maynas	Belén	Hospital Apoyo Iquitos	98.7	1.3	3	0	0	Bueno
2		San Juan Bautista	I.4 San Juan de Miraflores	98.6	1.4	3	1	1	Bueno
3		Punchana	I.4 Bellavista Nanay	100.0	0	0	0	0	Bueno
4		Napo	Hospital II.1 Santa Clotilde	100.0	0	0	0	0	Bueno
5		Belén	I.3 6 de Octubre	99.2	0.8	0	1	0	Bueno
6		Mazan	I.3 Mazán	99.4	0.6	0	1	0	Bueno
7	Requena	Requena	I.3 Requena	100.0	0	0	0	0	Bueno
8	Putumayo	Putumayo	I.3 Estrecho	100.0	0	0	0	0	Bueno
9	Alto Amazonas	Yurimaguas	Laboratorio Referencial de Salud, Alto Amazonas	100.0	0	0	0	0	Bueno
10			I.3 Pampa Hermosa	100.0	0	0	0	0	
11			I.3 Munichis	100.0	0	0	0	0	Bueno
12			Hospital Santa gema de Yurimaguas	100.0	0	0	0	0	
13		Balsapuerto	I.3 Balsapuerto	100.0	0	0	0	0	Bueno
14		Lagunas	I.3 Lagunas	100.0	0	0	0	0	Bueno
15	Datem del Marañón	Barranca	Laboratorio Referencial de Salud, Datem del Marañón	100.0	0	0	0	0	Bueno
16		Pastaza	I.3 Ullpayacu	97.9	2.1	0	1	0	Regular
17		Andoas	I.2 Alianza Crstiana	99.2	0.8	0	2	1	Bueno
18			I.2 Loboyacu	98.7	1.3	0	1	0	Bueno
19		Manseriche	I.3 Saramiriza	100	0	0	0	0	Bueno
20	Loreto	Tigre	I.3 Intuto	98.8	1.3	3	0	0	Bueno
21	Ucayali	Contamana	II.1 Contamana	100.0	0	0	0	0	Bueno
Promedio				99.5	0.46				

Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.1.2 Indicador Técnico de diagnóstico microscópico de la malaria

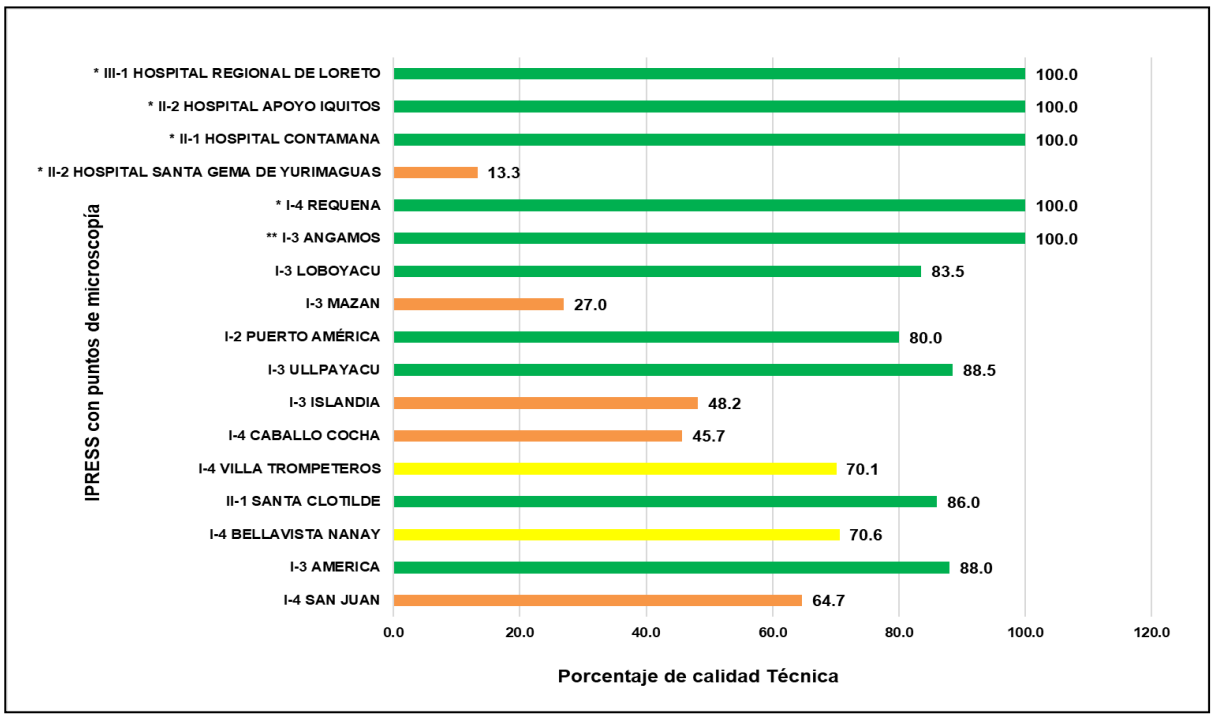
Calificación Buena (80% - 100%):
La mayoría de los establecimientos se encuentran en este rango (11 de 18 IPRESS evaluadas, 61.1%). Destacan con 100% de calidad técnica los hospitales de mayor complejidad (Hospital Regional de Loreto, Hospital Apoyo Iquitos, Hospital de Contamana, Requena y Angamos), lo que asegura confiabilidad diagnóstica en los principales centros de referencia.

Calificación Regular (70% - <79%):
Tres establecimientos (16.6%) se encuentran en este nivel: Bellavista Nanay (70.6%), Villa Trompeteros (70.1%) y con desempeño limítrofe Mazán en este rango bajo. Esto indica necesidad de reforzar supervisión y capacitación.

Calificación Deficiente (<70%):
Cuatro IPRESS (22.2%) muestran desempeño crítico: San Juan (64.7%), Caballo Cocha (45.7%), Islandia (48.2%) y especialmente Santa Gema de Yurimaguas con 13.3%, y Mazán con 27.0%, lo cual refleja serias deficiencias en el diagnóstico microscópico que comprometen la detección oportuna y precisa de malaria.

Aunque la mayoría de los hospitales y centros principales aseguran buena calidad diagnóstica, existen brechas importantes en establecimientos periféricos, donde la capacidad diagnóstica es deficiente. Esto representa un riesgo para el control de malaria en zonas rurales y de difícil acceso, reforzando la necesidad de capacitaciones continuas, control de calidad y soporte técnico prioritario en IPRESS con bajo rendimiento.

Gráfico N° 117 Región Loreto. Consolidado de indicadores técnicos del diagnóstico microscópico de Malaria en puntos de microscopía (IPRESS). 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Calidad Técnica de la lámina	
80 % - 100 %	Bueno
70 % - <79%	Regular
<70 %	Deficiente

3.13.1.1.3 Calificación de la obtención de muestra Gotas gruesas

La evaluación de la obtención de muestras de gota gruesa (GG) en los puntos de microscopía de Loreto 2024 muestra resultados variables entre establecimientos, con importantes brechas de calidad:

Calificación Buena (80% - 100%):

La mayoría de los hospitales y varios centros de salud alcanzan una obtención adecuada, con porcentajes altos y consistentes en tamaño, ubicación y calidad de la lámina. Destacan con 100% en todos los criterios: Angamos, Requena, Hospital II-1 Contamana, Hospital Apoyo Iquitos y Hospital Regional de Loreto. También presentan buen desempeño América de San Juan Bautista, Bellavista Nanay, Santa Clotilde, Ullpayacu, Puerto América y Loboyacu.

Calificación Regular (70% - <79%):

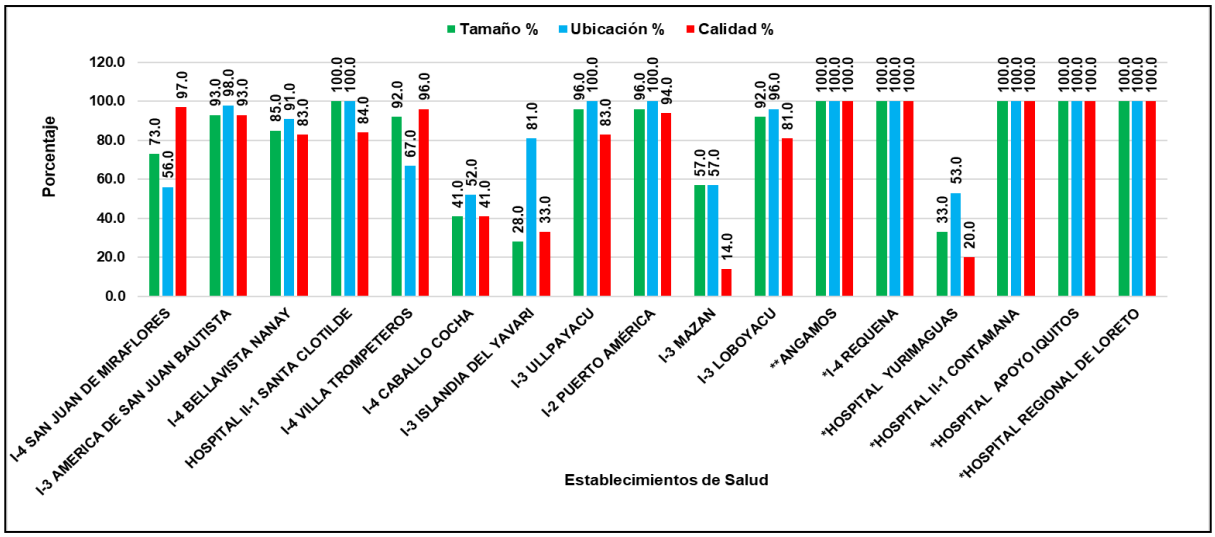
El establecimiento San Juan de Miraflores muestra un desempeño aceptable en el tamaño (73%), pero deficiencias en la ubicación (56%), lo que ubica su rendimiento global en nivel regular. Villa Trompeteros también evidencia variabilidad, con buenos resultados en tamaño y calidad, pero ubicación por debajo del estándar.

Calificación Deficiente (<70%):

Se observan establecimientos con resultados críticos que comprometen la confiabilidad diagnóstica: Caballo Cocha (baja calidad global, 41%), Islandia (desempeño muy bajo, especialmente en tamaño y calidad), Mazán (deficiente en los tres aspectos, especialmente en calidad con 14%), y el Hospital de Yurimaguas (resultados críticos con solo 20% en calidad).

La mayoría de hospitales y varios centros de salud garantizan una adecuada obtención de muestras de GG, lo que asegura confiabilidad diagnóstica. Sin embargo, persisten puntos críticos en establecimientos periféricos (Caballo Cocha, Islandia, Mazán y Yurimaguas) donde la calidad de las muestras es deficiente, lo cual representa un riesgo en la detección y control de malaria. Esto exige supervisión técnica, capacitación focalizada y monitoreo continuo, priorizando los establecimientos con mayor deficiencia.

Gráfico N° 118 Región Loreto. Calificación de la obtención de muestra Gotas gruesas de las IPRESS. 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Calidad Técnica de la lámina	
80 % - 100 %	Bueno
70 % - <79%	Regular
<70 %	Deficiente

3.13.1.1.4 Calificación de la coloración de la muestra de gota gruesa

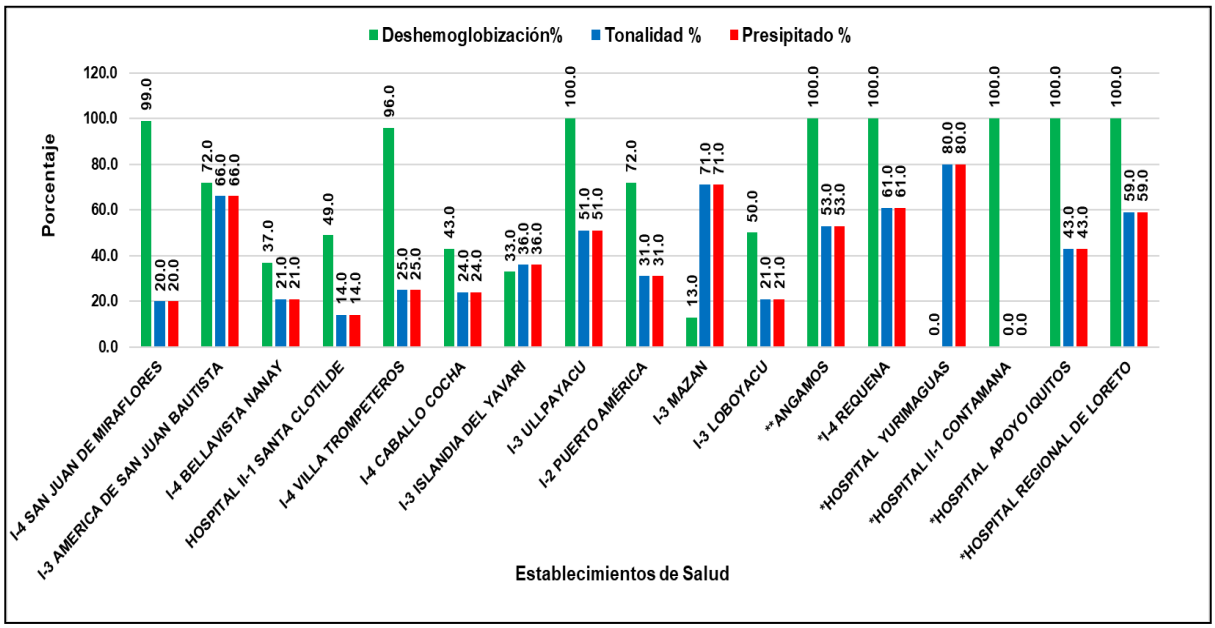
La evaluación evidencia un desempeño muy heterogéneo en la coloración de las muestras.

Algunos establecimientos, sobre todo hospitales de referencia (Apoyo Iquitos, Regional de Loreto, Contamana, Requena, Angamos), alcanzan una calidad buena (≥80%), asegurando confiabilidad diagnóstica. Varios puntos de microscopía de primer nivel presentan desempeño deficiente (<70%), con problemas marcados en la tonalidad y presencia de precipitado, lo que puede afectar la lectura de láminas. Solo un grupo reducido se ubica en la categoría regular (70%–<79%), con necesidad de refuerzo técnico. Esto refleja la necesidad de fortalecer capacitación, control de calidad y supervisión técnica en zonas periféricas, donde la variabilidad en el proceso puede comprometer la vigilancia de malaria (Tabla N° 65).

Tabla N° 65 Establecimientos de salud según su calificación en la coloración de la gota gruesa Loreto, 2024

Categoría	Rango de Porcentaje	Establecimientos
Bueno	80–100%	I-4 San Juan de Miraflores, I-4 Villa Trompeteros, I-3 Ullpayacu, I-2 Puerto América, I-3 Angamos, I-4 Requena, Hospital II-1 Contamana, Hospital Apoyo Iquitos, Hospital Regional de Loreto.
Regular	70–<79%	I-3 América de San Juan Bautista
Deficiente	<70%	I-4 Bellavista Nanay, Hospital II-1 Santa Clotilde, I-4 Caballo Cocha, I-3 Islandia, I-3 Mazán, I-3 Loboyacu, Hospital Yurimaguas

Gráfico N° 119 Región Loreto. Calificación de la obtención de muestra Gotas gruesas de las IPRESS. 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Calidad Técnica de la lámina	
80 % - 100 %	Bueno
70 % - <79%	Regular
<70 %	Deficiente

3.13.1.1.5 Calificación del Frotis de la muestra de gota gruesa

El análisis del frotis muestra una gran disparidad en la calidad técnica entre los establecimientos:

Los hospitales de referencia y algunos establecimientos (Santa Clotilde, Angamos, Requena, Contamana, Apoyo Iquitos, Regional de Loreto, Ullpayacu y Loboyacu) alcanzan calificaciones buenas (≥80%), asegurando la confiabilidad diagnóstica.

Algunos puntos de microscopía como América de San Juan Bautista y Bellavista Nanay se ubican en nivel regular (70–<79%), mostrando deficiencias sobre todo en el extendido.

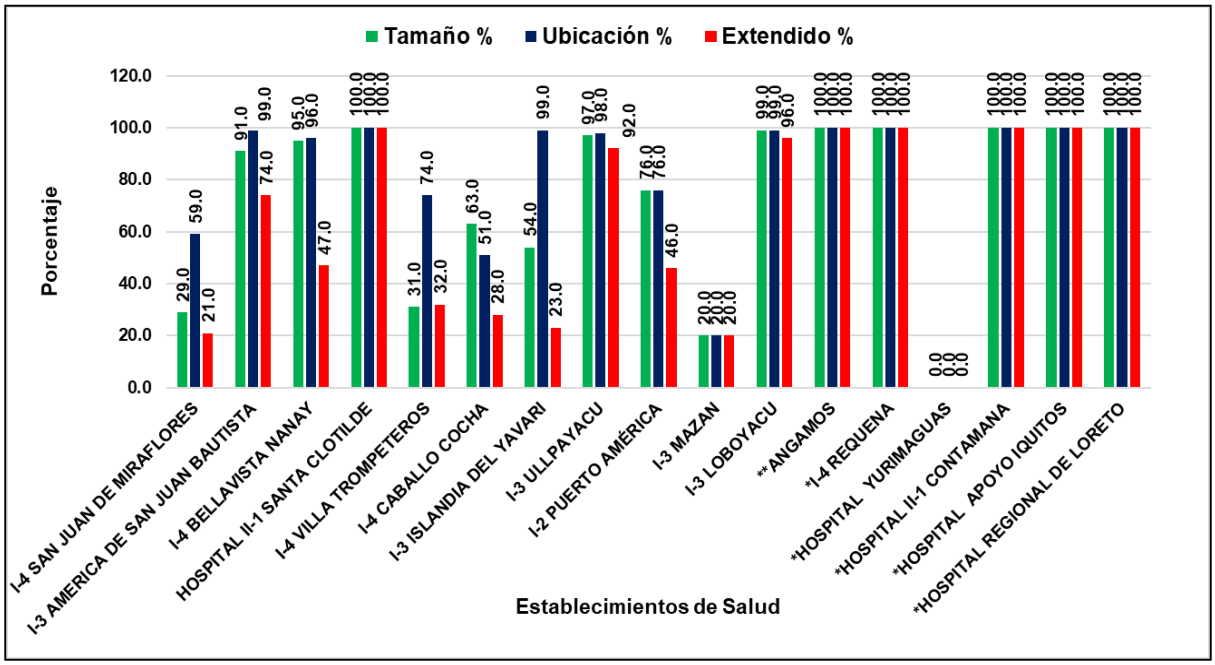
La mayoría de los establecimientos periféricos, como San Juan de Miraflores, Villa Trompeteros, Caballo Cocha, Islandia, Puerto América y Mazán, evidencian resultados

deficientes (<70%), lo que indica problemas importantes en la obtención de láminas de calidad.

El caso más crítico es el Hospital de Yurimaguas (0%), donde no se obtuvo frotis adecuado, lo que requiere atención inmediata.

Esto evidencia la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas, supervisión continua y estandarización de procedimientos, especialmente en los laboratorios periféricos, para garantizar diagnósticos oportunos y confiables de malaria.

Gráfico N° 120 Región Loreto. Calificación del Frotis de la muestra de gota gruesa 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Calidad Técnica de la lámina	
80 % - 100 %	Bueno
70 % - <79%	Regular
<70 %	Deficiente

3.13.1.2 Diagnóstico de Laboratorio para Tuberculosis

El laboratorio es el pilar técnico en la lucha contra la tuberculosis; gracias a sus pruebas se puede detectar, tratar adecuadamente y confirmar la curación de los pacientes, protegiendo no solo al enfermo sino también a toda la población.

3.13.1.2.1 Captación de pacientes con TBC

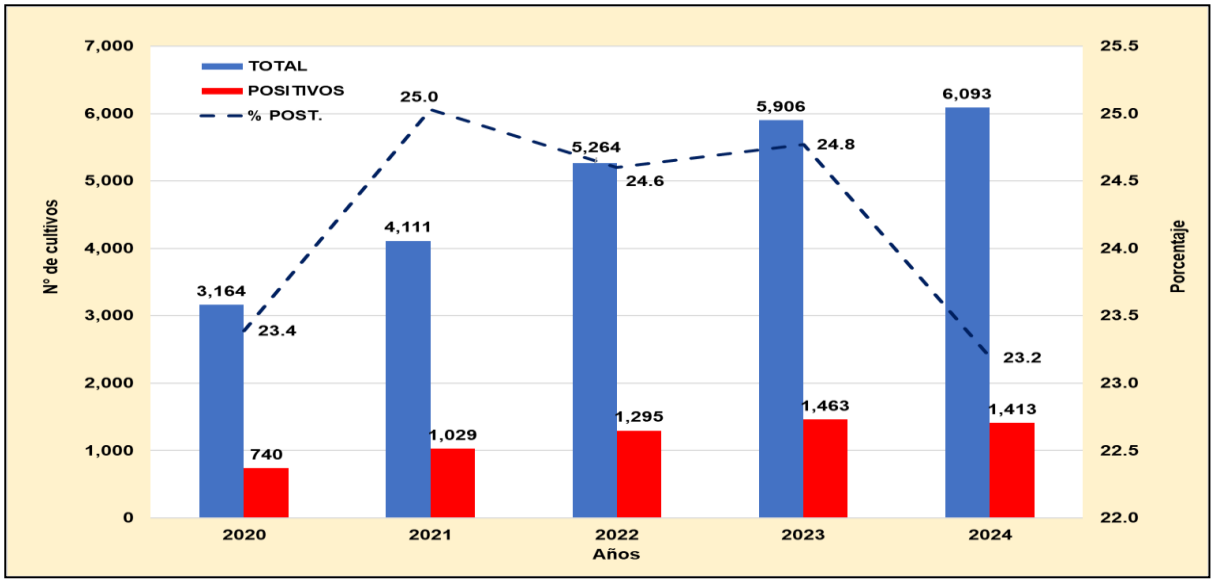
La captación de pacientes con TBC es clave porque detecta a tiempo, corta el contagio, salva vidas y protege a toda la comunidad.

Durante el periodo analizado se observa un incremento sostenido en el número de cultivos procesados, pasando de 3,164 en 2020 a 6,093 en 2024, lo que refleja un fortalecimiento progresivo de la capacidad diagnóstica en la región.

El porcentaje de cultivos positivos se ha mantenido relativamente estable, fluctuando entre 23 % y 25 %, lo que indica una persistencia de la transmisión de tuberculosis en la población, sin una reducción significativa en la detección de casos bacilífero.

Estos resultados destacan la importancia del cultivo como herramienta diagnóstica complementaria y la necesidad de mantener las acciones de control y prevención, especialmente en zonas con alta carga de enfermedad.

Gráfico N° 121 Región Loreto. Cultivos procesados vs. Cultivos positivos de tuberculosis 2020 – 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

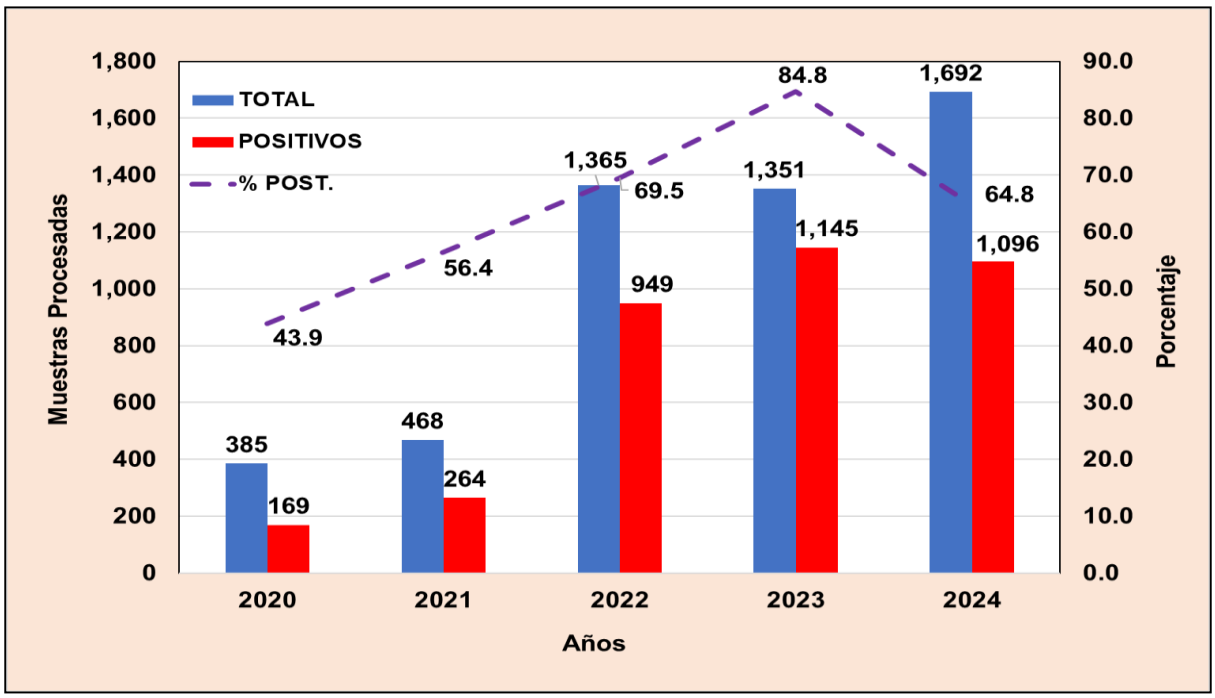
Luego de la pandemia de COVID 19, la captación de pacientes se ha ido incrementando, en el año 2024 hay una disminución de la positividad, esto debido al incremento de muestras procesadas por GeneXpert, luego de ampliarse la selección de muestras a toda persona con TB Presuntiva, sin tomar en cuenta su vulnerabilidad.

3.13.1.2.2 GeneXpert como método de diagnóstico de TBC

El GeneXpert es un equipo automatizado de biología molecular que se usa en el diagnóstico de la tuberculosis (TBC), es un diagnosticado rápido y preciso de tuberculosis, que ha revolucionado la lucha contra esta enfermedad porque acelera el diagnóstico, mejora el tratamiento y ayuda a cortar la transmisión en la comunidad.

El uso de GeneXpert no reemplaza del todo a la baciloscopia, pero sí la complementa y fortalece la respuesta contra la TBC. Mientras la baciloscopia nos da acceso universal por su bajo costo, el GeneXpert nos ofrece precisión, rapidez y la capacidad de detectar resistencia. En una región como Loreto, su implementación es vital para reducir diagnósticos tardíos y controlar la transmisión

Gráfico N° 122 Región Loreto. Pruebas de GeneXpert positivas a TBC en el periodo entre 2020 - 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

En el Gráfico N° 122, observamos el notable incremento de la Pruebas Moleculares de GeneXpert, con % de positividad también en incremento, esto debido a que las pruebas moleculares se encontraban dirigidas al sector vulnerable de la población (VIH, diabetes, niños, adultos mayores, personal de salud, entre otros), en el 2024 se observa una disminución del % de positividad, debido a que en este año se apertura el GeneXpert a todo paciente con TB Presuntiva, independientemente de su condición vulnerable o no. Esto como era de esperarse, incrementa el número de muestras, pero disminuye la positividad.

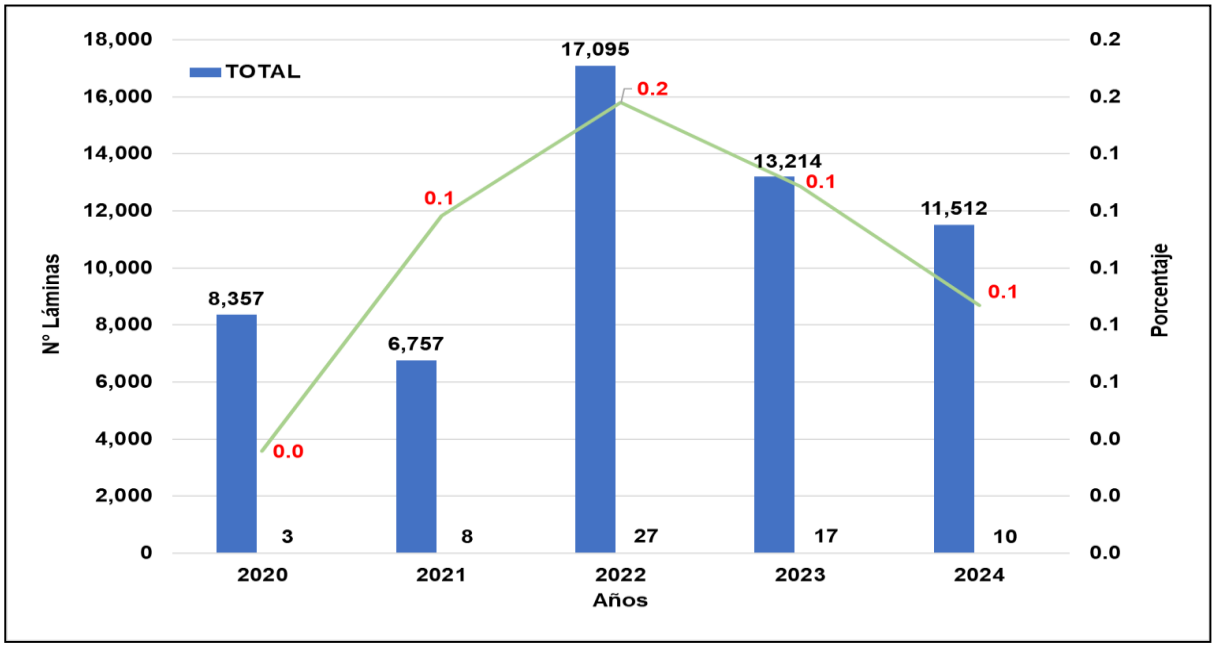
3.13.1.2.3 Control de calidad de las baciloscopias de diagnóstico de TBC

La baciloscopia es la prueba más usada en los laboratorios para diagnosticar tuberculosis, porque es barata, rápida y se puede hacer en muchos centros de salud, pero, como toda prueba, puede tener errores si no se hace bien.

Por lo mencionado el Control de Calidad en baciloscopias es clave porque asegura diagnósticos confiables, oportunos y seguros, evitando errores que pueden costar vidas y aumentar la transmisión de la TBC.

Respecto al control de calidad de las baciloscopias, en el Gráfico 5 se observa una variación en todos los años estudiados, este número está sujeto al envío de láminas de los laboratorios de las IPRESS, dentro de los cuales siempre tenemos personal renuente a pasar la evaluación externa de la calidad. Por otro lado, en cifras globales la máxima discordancia aceptada es de 1%, por lo que en líneas generales nos encontramos dentro de los esperado.

Gráfico N° 123 Región Loreto. Diagnóstico de TBC por prueba molecular (GeneXpert) 2020 - 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Cabe mencionar que luego de la pandemia se heredó, mucho personal inexperto y sin la debida capacitación, por lo que se puede apreciar un incremento de láminas discordantes, las cuales vienen disminuyendo gracias a las supervisiones, monitoreos y capacitaciones que se brinda a la Red de Laboratorios.

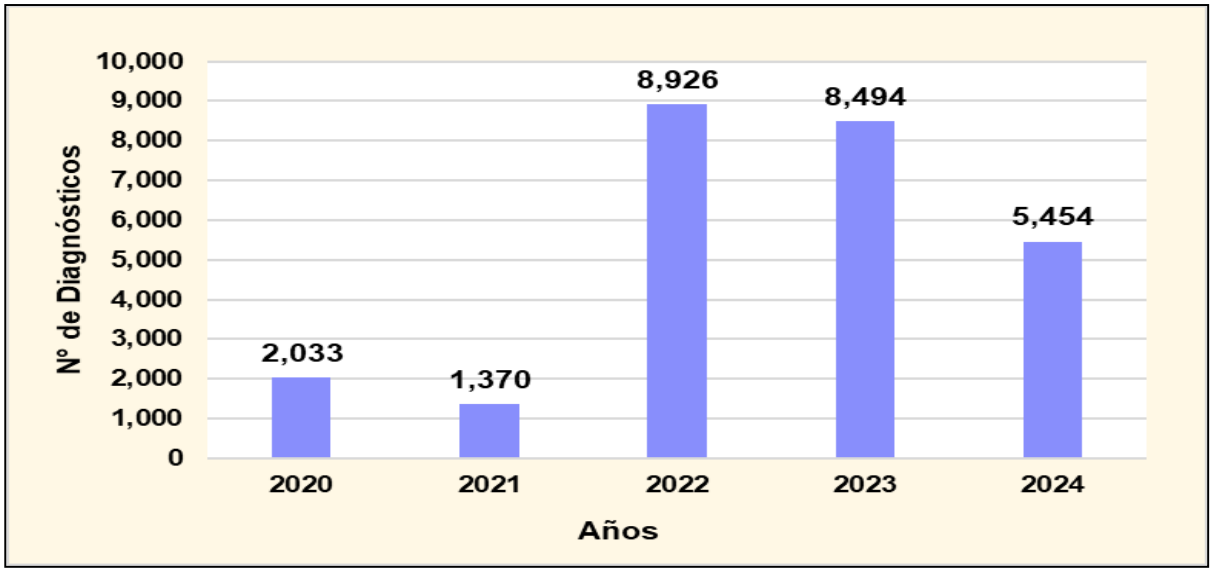
3.13.1.3 Diagnóstico de Laboratorio para Dengue

El dengue, en el contexto de laboratorio, el diagnóstico oportuno y preciso es fundamental para la vigilancia epidemiológica, la confirmación de brotes y la orientación de las intervenciones de control. Para ello, se utilizan pruebas serológicas (detección de anticuerpos IgM mediante ELISA), pruebas de detección de antígenos NS1 y métodos moleculares, que permiten identificar casos en fases tempranas y contribuir al seguimiento de la circulación viral en la población. Las pruebas rápidas IgM o NS1 no están calificadas para confirmar casos, pero pueden ser usadas en situaciones especiales en pacientes hospitalizados en la emergencia o la UCI.

3.13.1.3.1 Diagnóstico serológico Elisa IgM

El diagnóstico serológico Elisa IgM para dengue en la región Loreto mostró un comportamiento variable entre 2020 y 2024. Durante 2020 (2,033 pruebas) y 2021 (1,370) la actividad diagnóstica fue baja, pero en 2022 se registró un aumento drástico a 8,926 pruebas, manteniéndose elevado en 2023 (8,494), lo que coincide con periodos de alta transmisión. En 2024, aunque las pruebas disminuyen (5,454), estas siguen siendo considerablemente mayores que en los primeros años, reflejando la persistencia del dengue en la región y el fortalecimiento de la vigilancia diagnóstica.

Gráfico N° 124 Región Loreto. Diagnóstico serológico Elisa IgM. 2020-2024

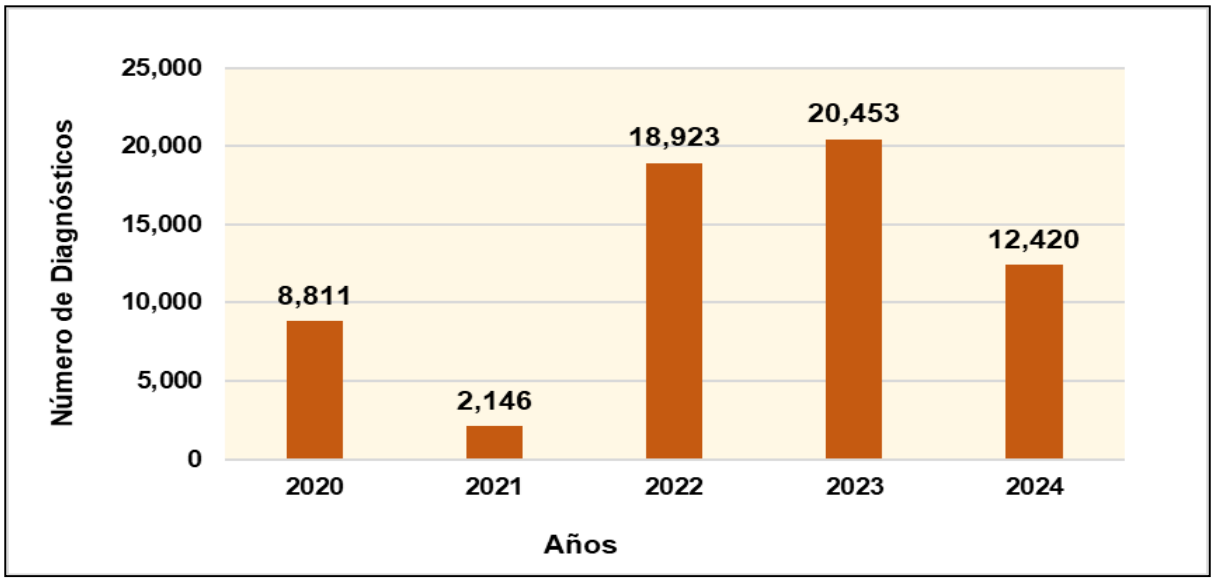


Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.3.2 Diagnóstico NS1 para Dengue

El diagnóstico NS1 para dengue en la región Loreto entre 2020 y 2024 evidencia una marcada variación asociada a los brotes epidémicos. En 2020 se realizaron 8,811 pruebas, descendiendo significativamente en 2021 (2,146). Sin embargo, en 2022 y 2023 se observa un incremento muy elevado, con 18,923 y 20,453 pruebas respectivamente, lo que refleja intensificación de la vigilancia y mayor número de casos sospechosos en esos años. En 2024, aunque se redujo a 12,420 pruebas, la cifra sigue siendo alta, lo que confirma la persistencia del dengue como un importante problema de salud pública en la región.

Gráfico N° 125 Región Loreto. Diagnóstico NS1 para dengue. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

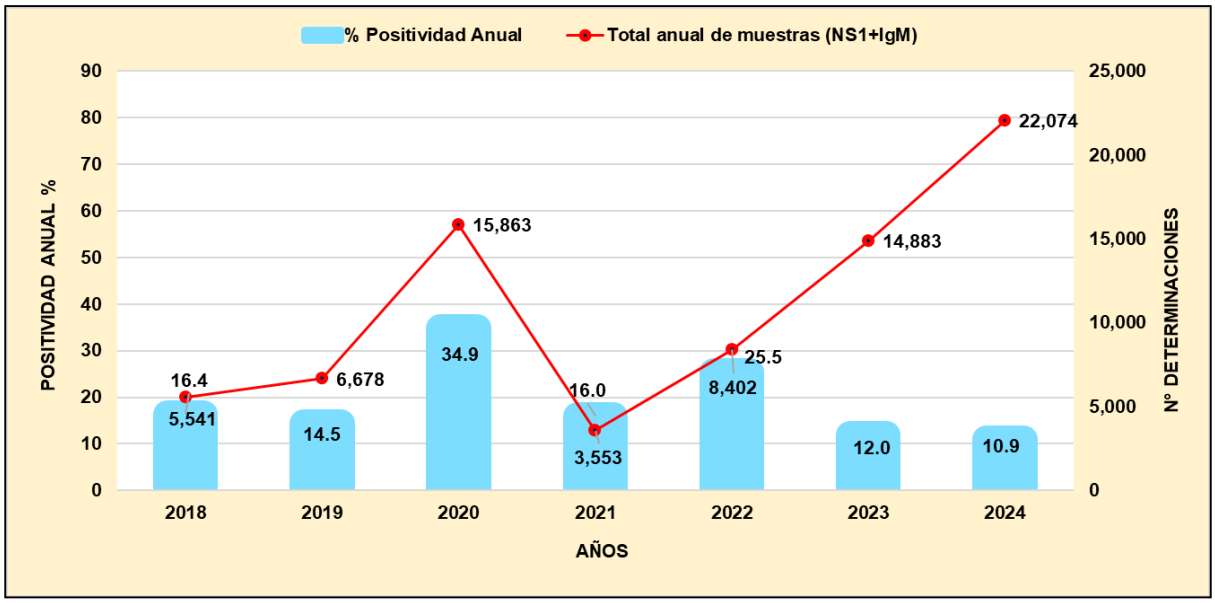
3.13.1.3.3 Evolución anual de la Positividad de Dengue

La evolución anual de la positividad de dengue en la región Loreto, según el Laboratorio de Referencia Regional, muestra variaciones significativas entre los años 2018 y 2024.

Durante el 2020 se observa el pico más alto de positividad (34,9 %), coincidiendo con un incremento importante en el número de muestras procesadas (15 863), lo que refleja una intensa transmisión del virus en ese año, posiblemente asociada a brotes epidémicos. En los años siguientes, la positividad disminuye de manera fluctuante: en 2021 cae a 16 %, luego sube nuevamente en 2022 a 25,5 %, para descender progresivamente en 2023 (12 %) y 2024 (10,9 %), a pesar de que en estos dos últimos años se procesó el mayor número de muestras, especialmente en 2024 (22,074).

Este comportamiento sugiere que, aunque la vigilancia y el tamizaje se han fortalecido con un mayor volumen de muestras analizadas, la circulación viral ha disminuido en los últimos dos años, posiblemente debido a intervenciones de control más efectivas, a una menor intensidad de transmisión comunitaria o mayor disponibilidad de pruebas.

Gráfico N° 126 Región Loreto. Dengue-Evolución anual de positividad combinada (%) Vs Total de muestras procesadas (NS1+ IgM). 2018-2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.3.4 Análisis año por año del 2020 al 2024

3.13.1.3.4.1 Evolución semanal de la Positividad de Dengue 2020

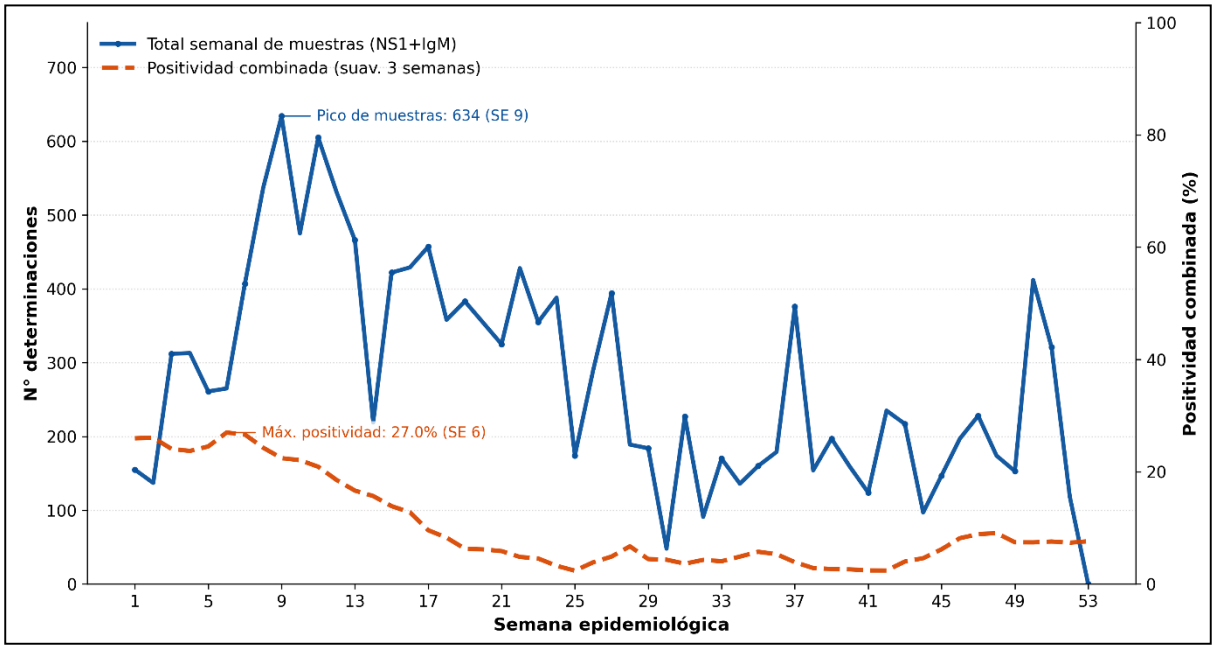
El año 2020 mostró un comportamiento excepcional para el dengue en Loreto. El gran pico inicial en la SE 10 evidenció una epidemia de gran magnitud, que coincidió con la declaratoria de la emergencia sanitaria nacional por COVID-19 en marzo de 2020. A partir de ese momento, el procesamiento de muestras disminuyó significativamente, como se observa en el Gráfico N° 127, debido a la sobrecarga del sistema sanitario, el desabastecimiento de insumos y la reducción del personal disponible, afectado tanto por enfermedad como por la redistribución de recursos hacia la respuesta frente al SARS-CoV-2.

En este contexto, los laboratorios priorizaron la atención de casos agudos y graves, lo que explica la positividad elevada que incluso alcanzó valores máximos de 42,1% en la SE 10 del

año siguiente 2021. Esto refleja no solo la transmisión persistente del virus del dengue, sino también el sesgo diagnóstico derivado de la priorización de casos clínicamente más evidentes.

En consecuencia, 2020 y parte del año 2021 deben interpretarse como atípicos, en el cual la epidemia de dengue coincidió con la pandemia de COVID-19, afectando la capacidad de vigilancia, el procesamiento regular de muestras y la interpretación de tendencias. Esta situación puso de relieve la necesidad de fortalecer la resiliencia del sistema de diagnóstico para mantener la vigilancia de enfermedades endémicas en contextos de emergencias concurrentes.

Gráfico N° 127 Región Loreto. N° de determinación y positividad combinada (%) de dengue por semanas epidemiológicas. 2020.



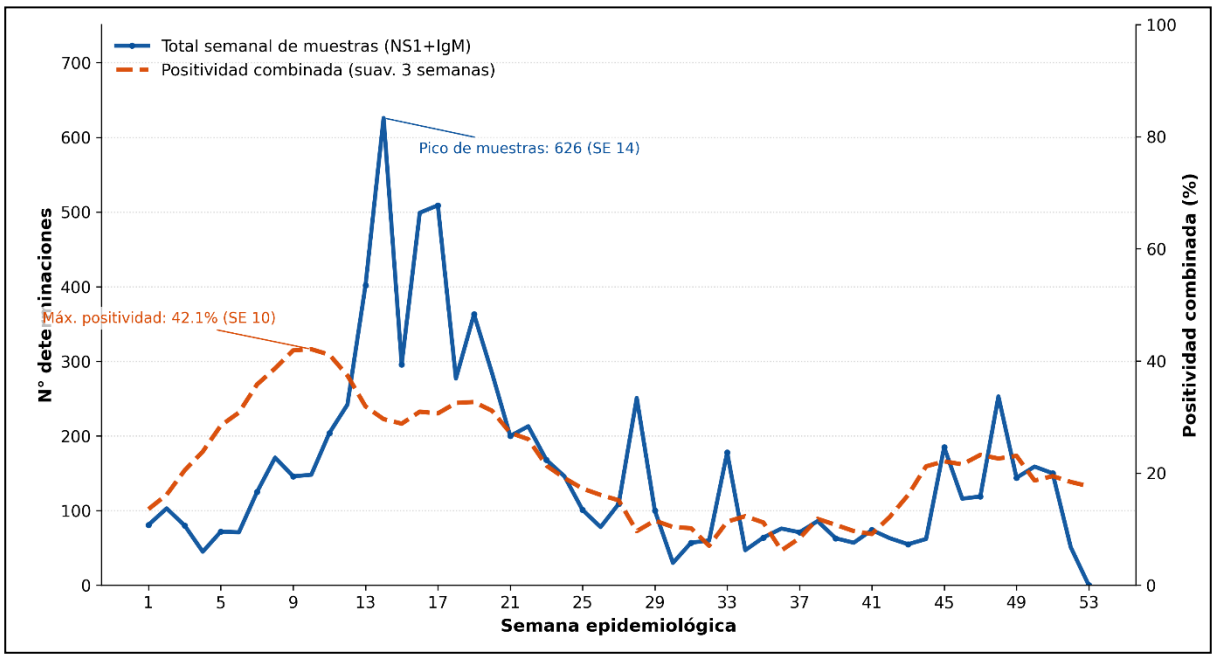
Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.3.4.2 Evolución semanal de la Positividad de Dengue 2021

El año 2021 estuvo marcado por un desabastecimiento de insumos de laboratorio, lo que limitó la capacidad diagnóstica del LRRL. Esta situación explica el bajo número de muestras procesadas, incluso en semanas de mayor circulación viral, generando un sesgo en la vigilancia epidemiológica.

El pico de positividad de la SE-10 refleja la priorización de casos clínicamente más sugestivos de dengue ante la escasez de recursos diagnósticos. Sin embargo, la baja cantidad de pruebas durante gran parte del año impidió captar de manera representativa la magnitud real de la transmisión.

Gráfico N° 128 Región Loreto. N° de determinación y positividad combinada (%) de dengue por semanas epidemiológicas. 2021

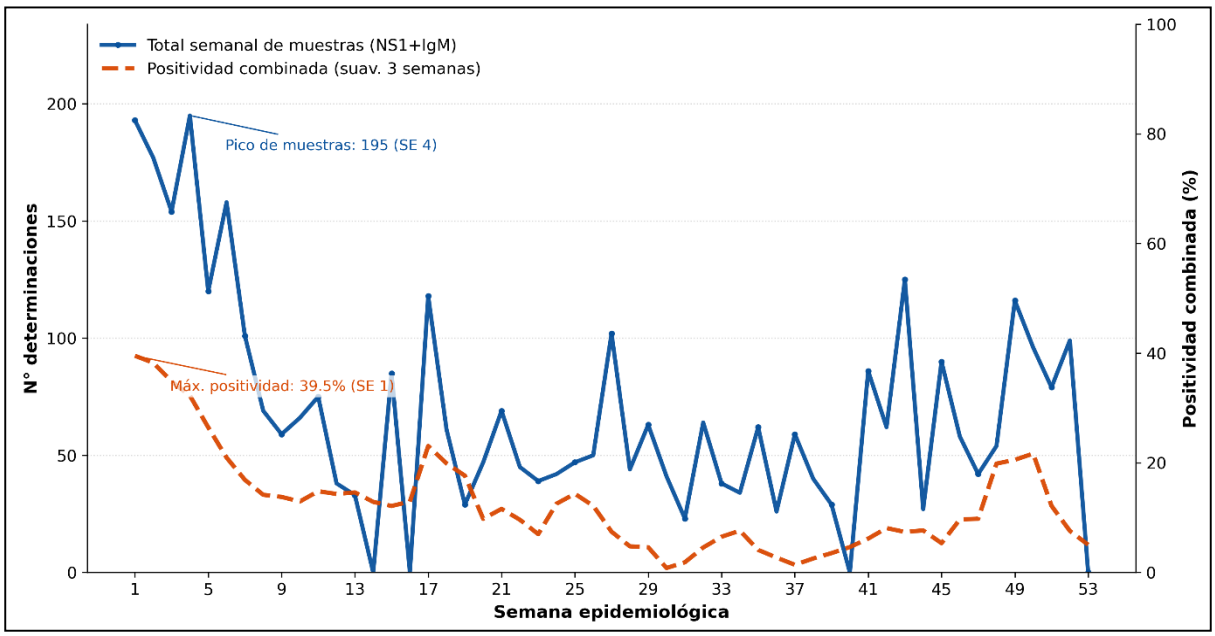


Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.3.4.3 Evolución semanal de la Positividad de Dengue 2022

El comportamiento del dengue en 2022 refleja una reactivación de la vigilancia diagnóstica, favorecida por la implementación de emergencias sanitarias específicas por dengue, que permitieron la asignación de recursos adicionales para la compra de insumos y la contratación de personal.

Gráfico N° 129 Región Loreto. N° de determinación y positividad combinada (%) de dengue por semanas epidemiológicas. 2022



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Como se observa en el Gráfico N° 129, el pico de positividad (39.5% en SE 10) indica una fase epidémica temprana con alta transmisión, mientras que el pico de muestras (626 en SE 14) refleja la fuerte demanda diagnóstica durante el brote. La posterior disminución tanto en positividad como en volumen de pruebas confirma el control progresivo de la transmisión, aunque con circulación viral sostenida hasta el final del año.

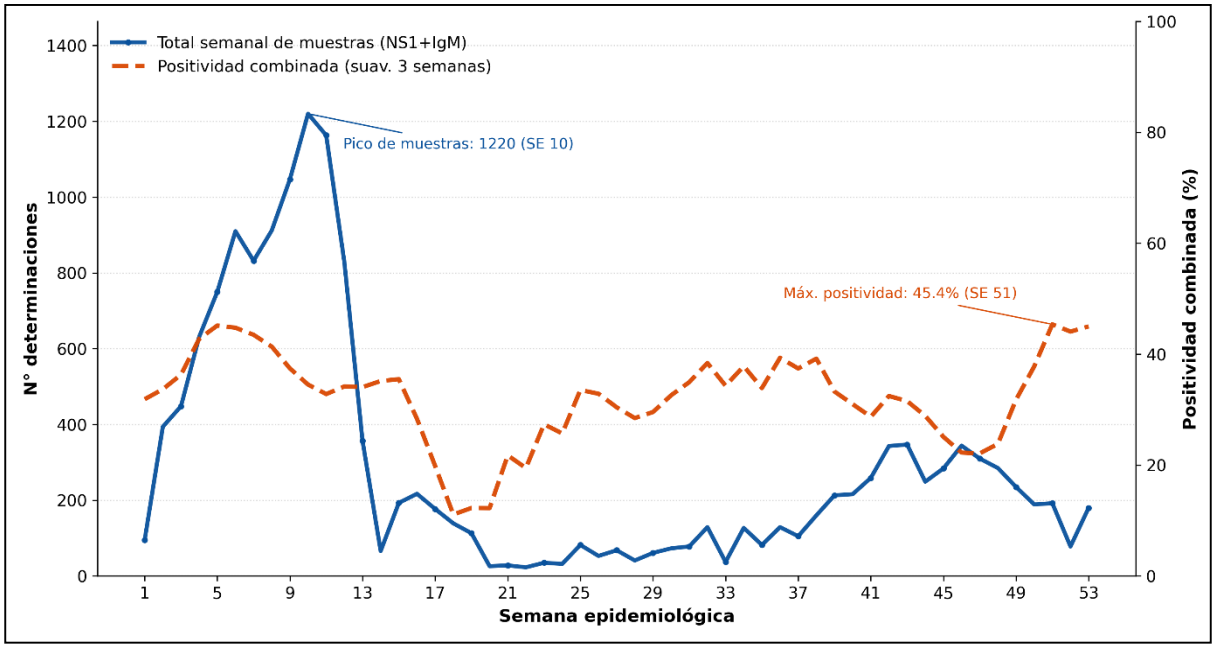
A diferencia de 2021, donde el desabastecimiento distorsionó la vigilancia, en 2022 se logró recuperar la capacidad operativa del LRRL, lo que permitió detectar de manera más representativa la magnitud del brote. La experiencia demuestra que la disponibilidad de recursos oportunos es determinante para sostener la vigilancia del dengue y evitar brechas críticas en periodos de alta transmisión.

3.13.1.3.4.4 Evolución semanal de la Positividad de Dengue 2023

El 2023 representó un punto de inflexión en la vigilancia diagnóstica del dengue en Loreto, impulsado por la disponibilidad de recursos provenientes de las emergencias sanitarias que comenzaron a consolidarse desde 2022. La ampliación de insumos y la contratación de personal permitieron sostener un elevado volumen de pruebas, lo que se refleja en la alta demanda diagnóstica a lo largo del año.

En el Gráfico N° 130, se observa que la positividad, aunque alcanzó valores por encima de 40% en las primeras semanas (SE 4-8), descendió rápidamente hasta menos de 20% entre las SE 18-20 y luego mantenerse en niveles por encima del 20% en casi todo el año hasta alcanzar un pico de 45.4% en la SE 51. Esto sugiere que, no solo hubo un brote inicial, sino que se mantuvo en el curso de todo el año 2023.

Gráfico N° 130 Región Loreto. N° de determinación y positividad combinada (%) de dengue por semanas epidemiológicas. 2023.



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Este comportamiento indica una transición hacia una vigilancia epidemiológica más robusta, en la que el laboratorio no solo responde a brotes agudos, sino que mantiene la capacidad de monitoreo constante. El 2023 se consolida, así como un año de expansión diagnóstica, en el que el LRRL demostró resiliencia y capacidad operativa frente a un riesgo endémico persistente como el dengue.

3.13.1.3.4.5 Evolución semanal de la Positividad de Dengue 2024

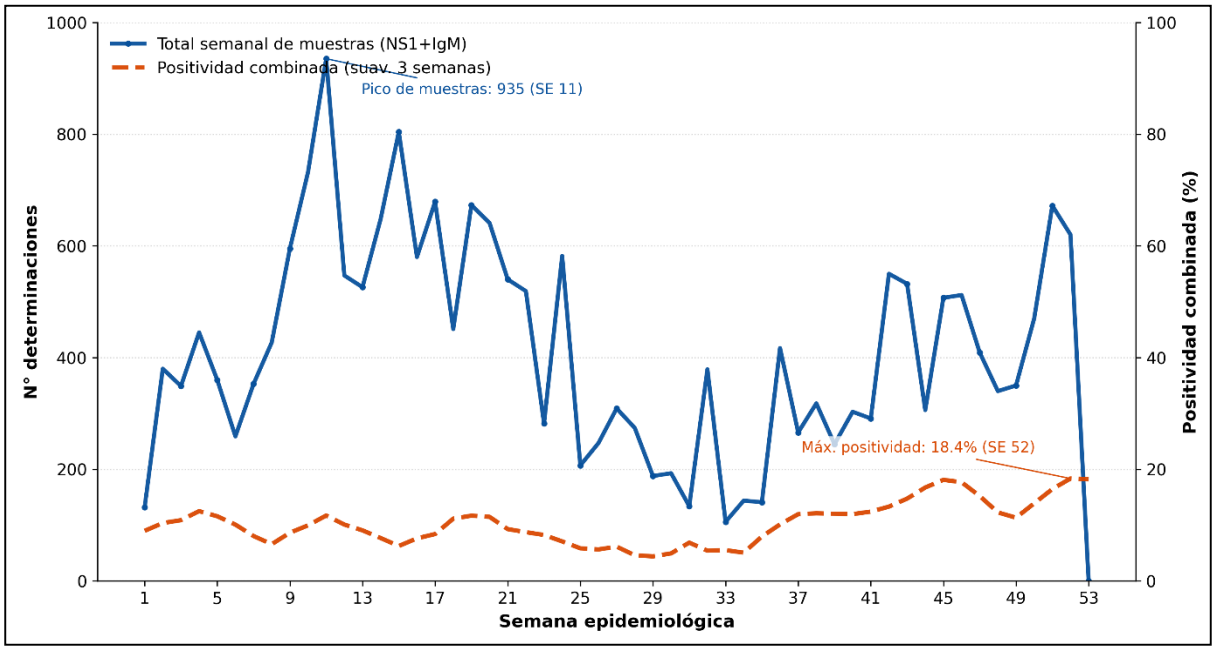
El año 2024 representó la consolidación de la capacidad diagnóstica del LRRL, con cifras históricas en el número de muestras procesadas gracias al financiamiento derivado de las emergencias sanitarias implementadas desde 2022. Esta ampliación de recursos permitió mantener altos volúmenes de pruebas incluso en semanas de baja transmisión.

La baja positividad observada con un máximo de 18,4% en la SE-52, indica que gran parte de los casos sospechosos resultaron descartados, lo que refleja una vigilancia ampliada y preventiva, más allá de los picos epidémicos. Este patrón es consistente con una transición hacia un sistema de vigilancia proactivo, capaz de anticipar escenarios de riesgo mediante la detección temprana (Gráfico N° 131).

El repunte de positividad al final del año, aunque moderado, sugiere un posible rebrote incipiente en la SE 52, lo que refuerza la necesidad de mantener la vigilancia activa en las últimas semanas del año, periodo que históricamente ha anticipado incrementos epidémicos en el siguiente ciclo (como ocurrió en 2019–2020).

En síntesis, 2024 evidencia que la fortaleza operativa y la cobertura diagnóstica alcanzadas permiten sostener la vigilancia del dengue en Loreto, incluso en escenarios de baja positividad, asegurando así la preparación frente a futuros brotes.

Gráfico N° 131 . Región Loreto. N° de determinación y positividad combinada (%) de dengue por semanas epidemiológicas. 2024.

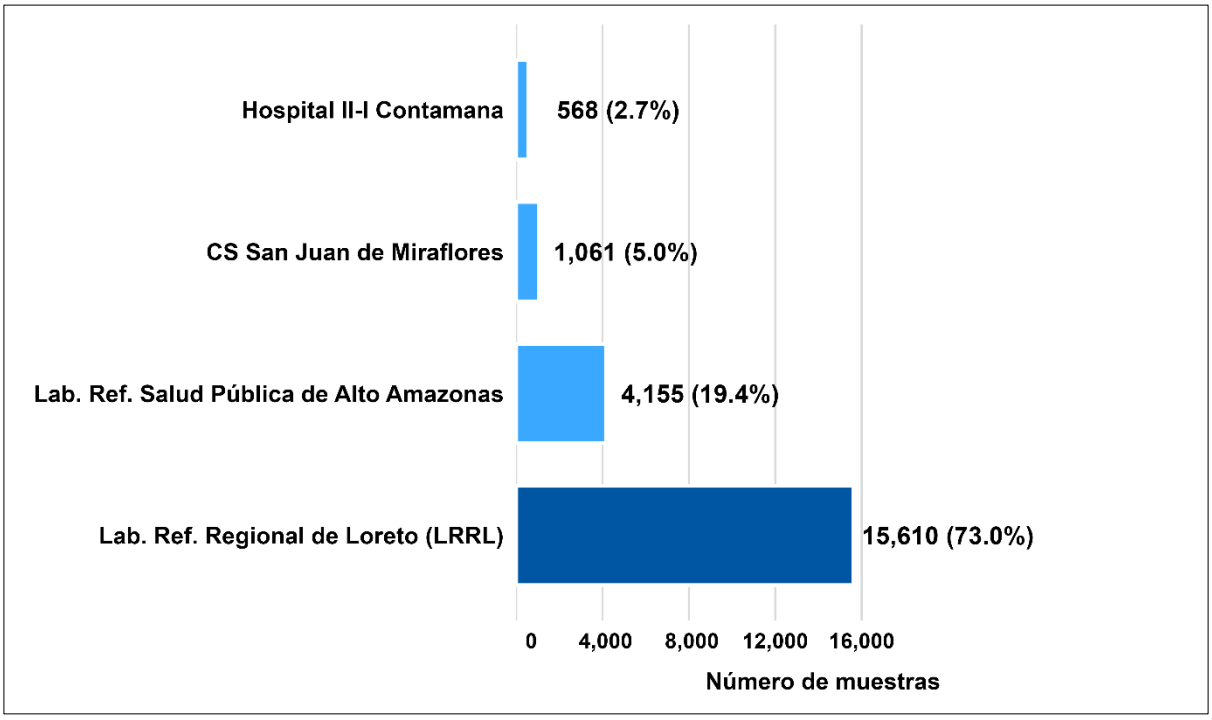


Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.3.5 Descentralización del Método de diagnóstico de Dengue en la región Loreto 2024

El Gráfico N° 132, revela que la estructura diagnóstica del dengue en Loreto durante 2024 mantiene un carácter centralizado, con el Laboratorio de Referencia Regional (LRRL) procesando el 73,0% de las 21.394 muestras totales. No obstante, se observa un proceso incipiente de descentralización, evidenciado por el 27,0% de muestras gestionadas en tres establecimientos periféricos, siendo el de Alto Amazonas el más destacado con el 19,4% del total. Esta distribución jerárquica refleja un modelo en transición donde la capacidad técnica regional sigue siendo predominante, pero se identifican avances en la internalización de la función diagnóstica a nivel provincial.

Gráfico N° 132 Región Loreto. Descentralización del diagnóstico de dengue, distribución de muestras procesadas por laboratorio



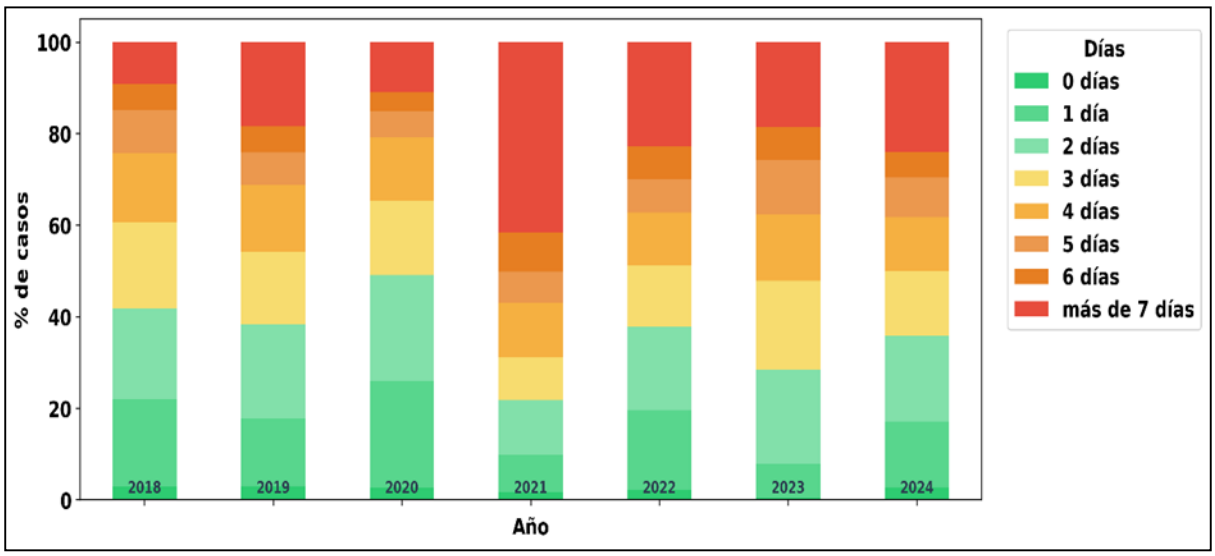
Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.3.6 Oportunidad diagnóstica

El análisis de la oportunidad diagnóstica evidencia que, si bien existe una proporción aceptable de muestras que llegan al laboratorio en un tiempo óptimo (≤2 días), aún persiste una brecha considerable en la cadena de transporte y referencia. La persistencia de casos con demoras superiores a 7 días compromete la utilidad clínica y epidemiológica del diagnóstico, al limitar la detección oportuna de casos y retrasar la respuesta frente a brotes.

A partir de 2020, coincidiendo con la pandemia de COVID-19 y las dificultades logísticas asociadas, se observa un aumento en los retrasos prolongados, lo que refleja la vulnerabilidad del sistema de transporte de muestras frente a crisis sanitarias. Si bien el incremento del financiamiento a partir de 2022 y la descentralización diagnóstica desde 2023 han permitido mejorar la cobertura, aún no se logra reducir significativamente la fracción de muestras que llegan con más de una semana de retraso.

Gráfico N° 133 Región Loreto. Oportunidad diagnóstica (Tiempos entre Fecha de Toma de muestra en las IPRESS y visualización de resultados en NetLab 2.0) de Dengue .2024

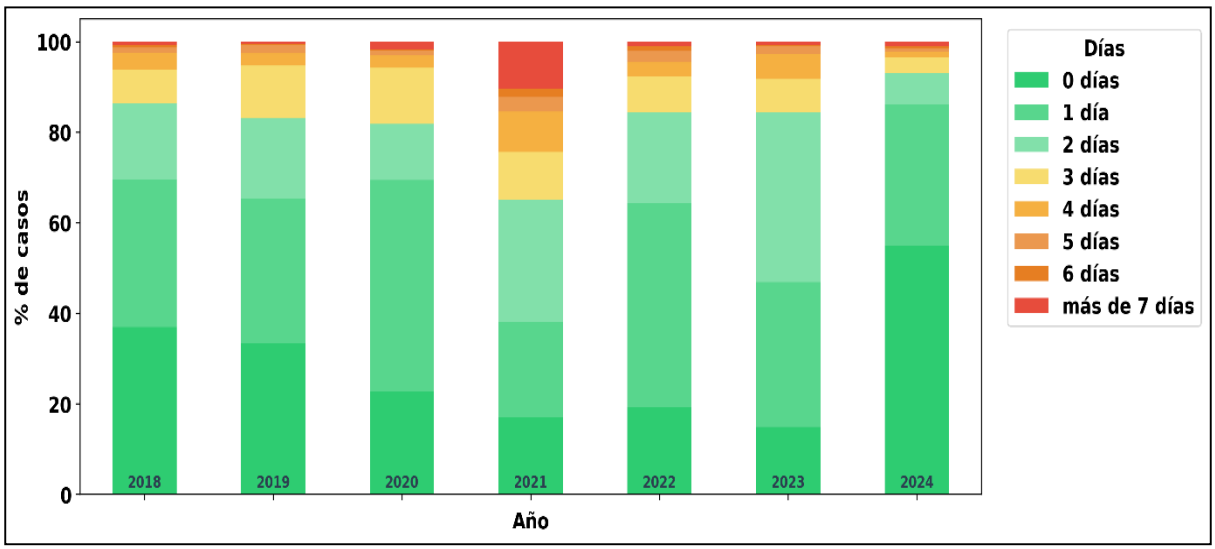


Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la red de transporte de muestras biológicas, garantizar la disponibilidad de insumos logísticos (cadena de frío, combustible, personal de transporte), e integrar tecnologías complementarias (diagnóstico rápido en campo, descentralización diagnóstica) para optimizar la oportunidad en la detección de dengue en la región Loreto (Gráfico N° 133).

El análisis muestra que el indicador de oportunidad diagnóstica (ROM → Verificación) ha experimentado mejoras notables en los últimos años, consolidándose como un proceso eficiente desde 2023. Mientras que en 2021 las dificultades logísticas y de insumos afectaron gravemente la oportunidad, la asignación de recursos extraordinarios mediante las emergencias sanitarias desde 2022 permitió reducir los tiempos de procesamiento.
En 2024 los resultados confirman una respuesta diagnóstica altamente oportuna, con predominio de verificaciones en ≤2 días, lo cual es fundamental para el control epidemiológico. Estos tiempos permiten que las Direcciones de Salud (DIRESA/GERESA) cuenten con información rápida para la activación de brigadas de control vectorial y la toma de decisiones estratégicas.

Gráfico N° 134 . Región Loreto. Oportunidad diagnóstica (Tiempos entre ingreso de muestras a ROM del LRRL y visualización de resultados en NetLab 2.0) de Dengue.2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Este indicador demuestra que el LRRL y los laboratorios descentralizados han alcanzado un nivel de eficiencia cercano al estándar óptimo internacional, asegurando la utilidad clínica y epidemiológica de los resultados, y marcando un avance significativo en la vigilancia del dengue en Loreto (Gráfico N° 134).

Este episodio resalta la vulnerabilidad de la oportunidad diagnóstica frente a interrupciones en la cadena de suministros, aun en un contexto de capacidad instalada fortalecida y descentralización en curso. A su vez, confirma la necesidad de garantizar planes de contingencia para el abastecimiento de insumos, de modo que no se comprometa la continuidad de la vigilancia en escenarios de alta demanda diagnóstica.

El análisis del tiempo total desde la colección hasta la verificación revela que, a pesar de los avances en la descentralización diagnóstica y la mejora de procesos internos en los laboratorios, persisten brechas logísticas significativas en el transporte de muestras y en la verificación oportuna de resultados.

La proporción de casos con demoras mayores a 7 días compromete tanto la utilidad clínica (detección tardía en el manejo individual) como la utilidad epidemiológica (alerta lenta para la activación de respuestas ante brotes).

Las emergencias sanitarias desde 2022 permitieron mejorar el volumen y la cobertura diagnóstica, pero no fueron suficientes para resolver de manera sostenida los problemas estructurales de oportunidad.

Este hallazgo subraya la necesidad de: a. Fortalecer el transporte de muestras biológicas (frecuencia, condiciones de cadena de frío). b. Implementar mecanismos de redundancia en el abastecimiento de insumos, evitando parálisis diagnósticas. c. Potenciar el uso de laboratorios descentralizados y pruebas rápidas en campo, de modo que se reduzca el tiempo total de colección a verificación.

En conclusión, el indicador evidencia que la región Loreto ha logrado mejorar su capacidad diagnóstica en cobertura, pero aún enfrenta un reto crítico: asegurar la oportunidad real del diagnóstico, requisito indispensable para una respuesta efectiva ante el dengue.

El análisis integrado de la cadena diagnóstica del dengue en Loreto muestra avances en la capacidad de cobertura y respuesta de los laboratorios, pero también evidencia brechas persistentes en la oportunidad total del diagnóstico.

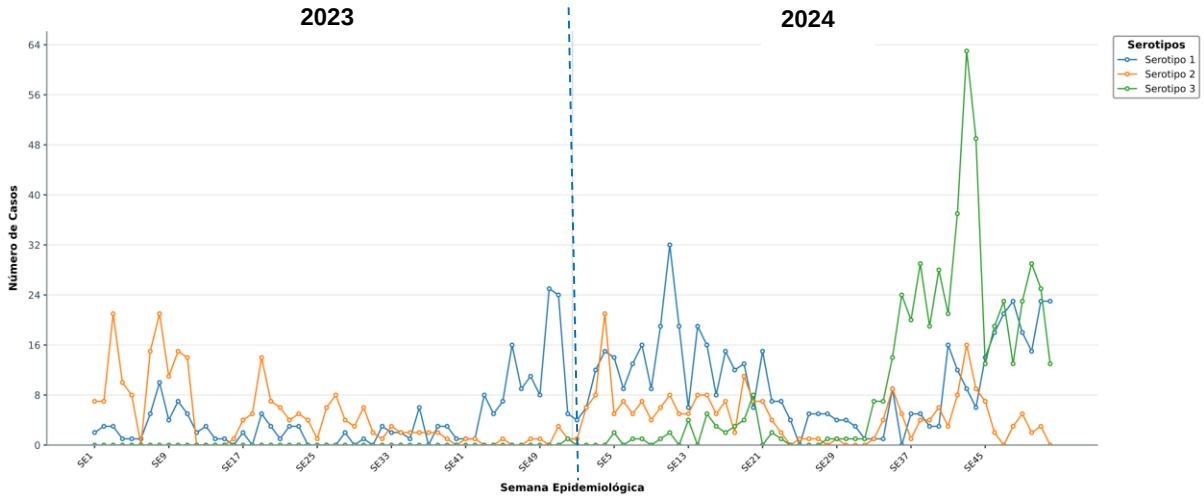
- El tramo Colección → ROM constituye el eslabón más débil, condicionado por la logística de transporte desde los establecimientos de salud periféricos hacia los laboratorios. La persistencia de retrasos >7 días refleja limitaciones estructurales (geografía amazónica, transporte fluvial, falta de personal y recursos logísticos).
- El tramo ROM → Verificación presenta un desempeño más favorable, lo que demuestra que los laboratorios, una vez recibida la muestra, son capaces de procesar y reportar resultados en plazos cortos. Las emergencias sanitarias desde 2022 contribuyeron a fortalecer esta fase mediante insumos, personal y descentralización.
- El indicador Colección → Verificación revela el efecto combinado de las debilidades logísticas y operativas, mostrando que la utilidad clínica y epidemiológica del diagnóstico aún se ve limitada por retrasos significativos.

El retroceso observado en 2021 y nuevamente en los primeros meses de 2025 estuvo directamente relacionado con el desabastecimiento de insumos, lo que confirma la vulnerabilidad del sistema frente a interrupciones en la cadena de suministros.

3.13.1.3.7 Circulación de serotipos de dengue por periodos

La circulación de serotipos de dengue (DENV-1, DENV-2 y DENV-3) es un factor clave en la dinámica epidemiológica de la enfermedad. La presencia simultánea de varios serotipos en una región aumenta el riesgo de brotes y casos graves. Su vigilancia permite identificar cambios en el patrón de transmisión y orientar oportunamente las acciones de prevención y control.

Gráfico N° 135 Región Loreto. Circulación de serotipos de dengue por periodos (s.e. anualmente. 2023 y 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

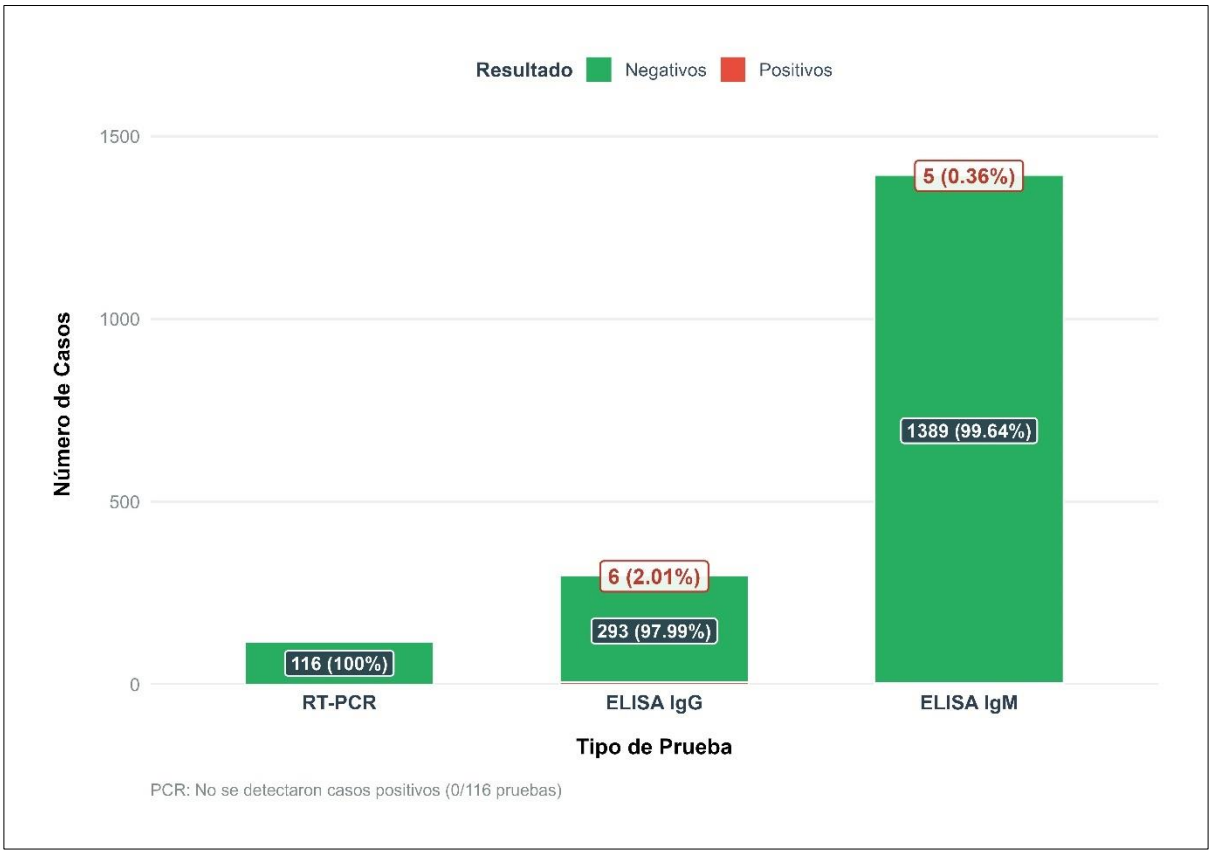
El Gráfico N° 135 presenta la distribución temporal de los serotipos individuales de dengue identificados en Perú durante el periodo 2023-2024, organizada por semana epidemiológica. Se observa una circulación simultánea de los serotipos 1, 2 y 3, con variaciones notables en la predominancia a lo largo del tiempo. El gráfico permite identificar patrones estacionales y picos de incidencia para cada serotipo, destacando la dinámica compleja de la transmisión del virus en el territorio nacional. Esta visualización resulta clave para comprender la epidemiología local del dengue, ya que la co-circulación de múltiples serotipos incrementa el

riesgo de formas graves de la enfermedad y refleja la necesidad de fortalecer la vigilancia genotípica como insumo para la toma de decisiones en salud pública.

3.13.1.4 Chikungunya

El laboratorio en el diagnóstico de Chikungunya cumple un papel esencial: confirmar el diagnóstico, diferenciarlo de otras enfermedades y apoyar la vigilancia epidemiológica. La combinación de PCR en fase aguda y serología en fase tardía permite un diagnóstico confiable.

Gráfico N° 136 muestras procesadas de Chikungunya



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

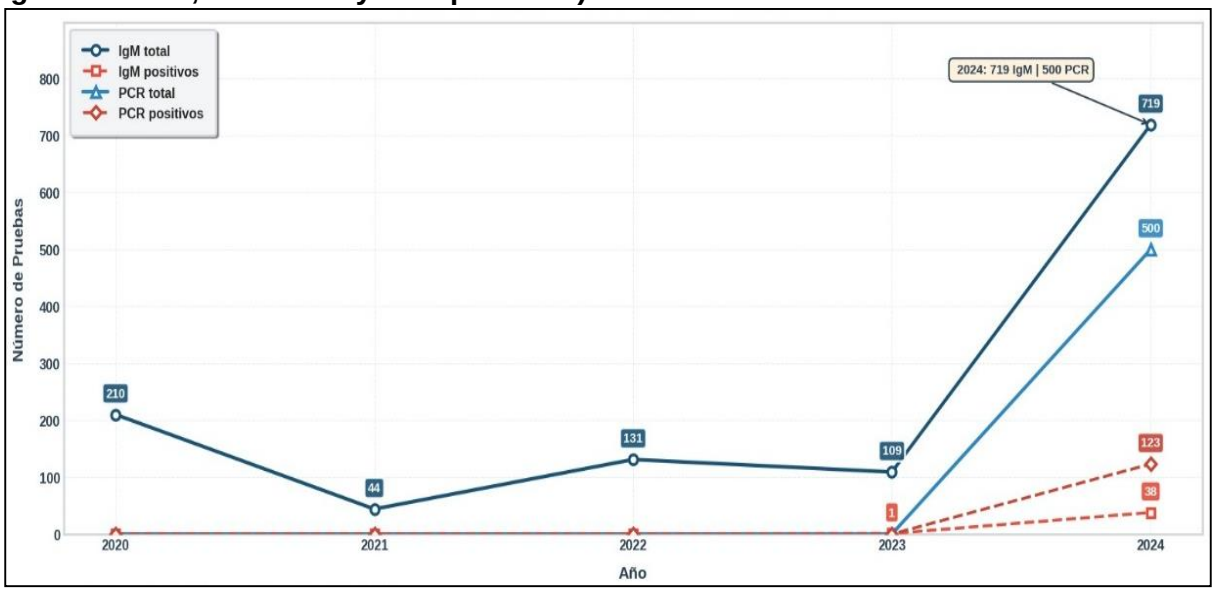
El análisis de los resultados de laboratorio para Chikungunya revela una marcada diferencia en la positividad según el tipo de prueba utilizada. La prueba RT-PCR mostró una positividad del 0% (0/116 casos), mientras que las pruebas serológicas presentaron bajas tasas de positividad: ELISA IgG detectó un 2.01% de casos positivos (6/299) y ELISA IgM solo un 0.36% (5/1,394).

3.13.1.5 Oropuche

El laboratorio en el diagnóstico de Oropuche permite confirmar el virus, diferenciarlo de otras fiebres virales y apoyar la vigilancia en salud pública. La PCR en fase aguda y la serología en fase tardía son las herramientas principales.
En el **Gráfico N° 137** se observa que para Oropuche (LRRL, 2020–2024), las pruebas diagnósticas muestran un pico en 2024: serología IgM 719 con 26 positivos (≈3.6%) y RT-PCR 501 con 10 positivos (≈2.0%); los años previos tuvieron menor actividad (IgM

219→44→131→106 con 8→1→6→0 positivos; RT-PCR prácticamente ausente hasta 2023, cuando se realizaron 18 sin positivos).

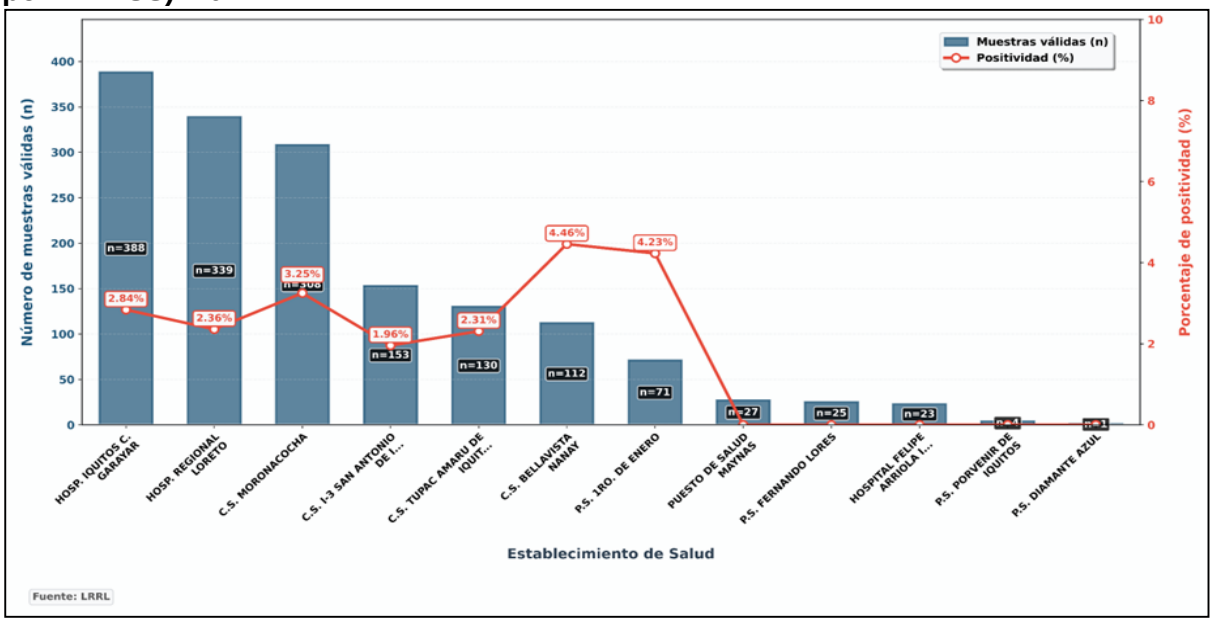
Gráfico N° 137 Región Loreto. Tendencia anual (2020 – 2024) de Oropuche (IgM Total, IgM Positivos, PCR Total y PCR positivas).



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

En el **Gráfico N° 138**, se observa que para Oropuche (LRRL, 2020–2024), las pruebas diagnósticas se concentran en los dos hospitales de referencia y el C.S. Moronacocha, que aportan los mayores volúmenes con positividades moderadas (≈3.75%, 7.55% y 3.77%, respectivamente), un segundo grupo de centros (San Antonio, Túpac Amaru, Bellavista Nanay, 1.º de Enero) muestra positividades bajas-medias (≈1.8%–5.8%).

Gráfico N° 138 Región Loreto. Muestras de Oropuche válidas por IPRESS (Positividad por IPRESS). 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

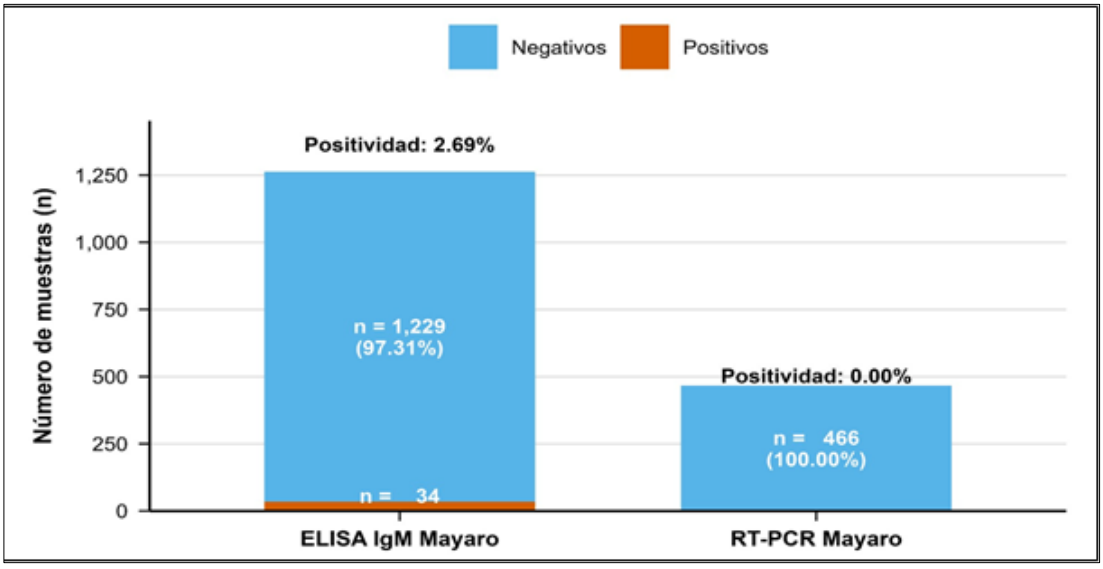
Así mismo, hay varios establecimientos que registran 0% pese a volúmenes bajos de muestras, lo que sugiere toma fuera de la ventana aguda o indicación amplia. Los picos altos (≈25% y 50%) aparecen en puestos de bajo volumen, compatibles con tamizaje muy dirigido y inestabilidad por denominadores pequeños, por lo que requieren verificación y confirmación molecular

3.13.1.6 Mayaro

El laboratorio cumple un rol central en el diagnóstico de Mayaro: confirmar el virus con PCR en fase aguda y usar pruebas serológicas en fase tardía, diferenciándolo de otros arbovirus y apoyando la vigilancia en salud pública.

En el **Gráfico N° 139**, observamos que, en la comparación de pruebas diagnósticas, ELISA IgM alcanzó 1,391 válidas con 34 positivos (2.4%), mientras que RT-PCR tuvo 608 válidas con 0 positivos. El patrón es consistente con circulación baja y/o toma de muestra fuera de la ventana virémica (PCR negativa), con detección serológica aislada que podría incluir posible reactividad cruzada entre alfavirus

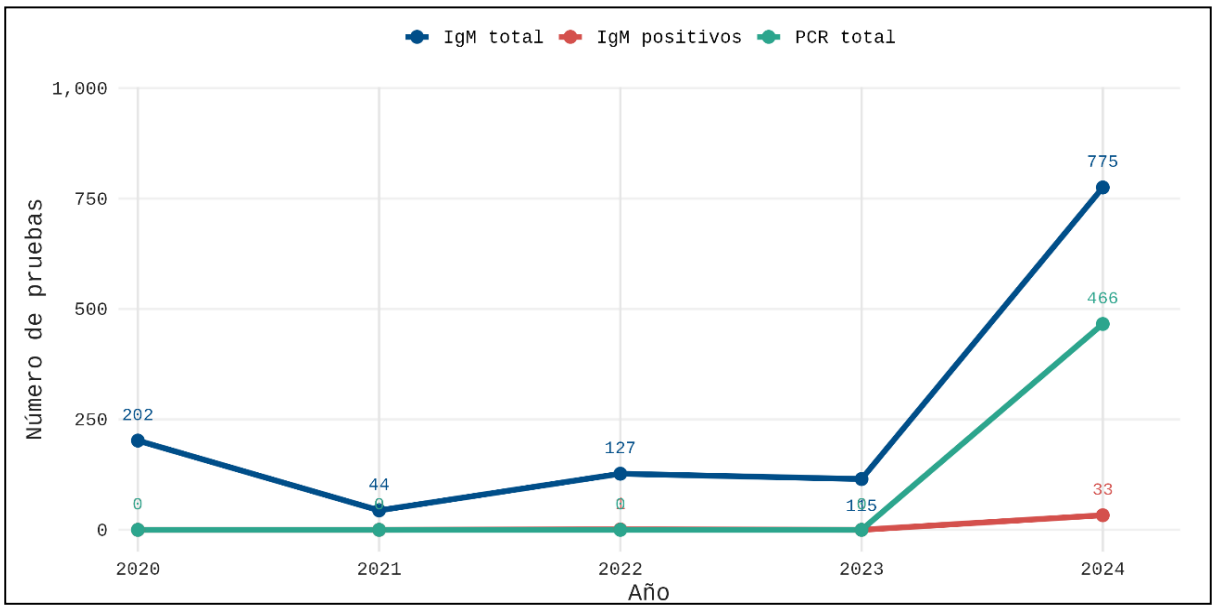
Gráfico N° 139 Región Loreto. Comparación entre la positividad de Mayaro por ELISA IgM y RT-PCR) 2020 – 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

En el **Gráfico N° 139**, observamos que las pruebas diagnósticas ELISA IgM y RT-PCR son las que se están realizando.

Gráfico N° 140 Región Loreto. Tendencia anual de Mayaro (2020 – 2024) IgM Total, IgM Positivos y PCR Totaly RT-PCR) 2020 – 2024

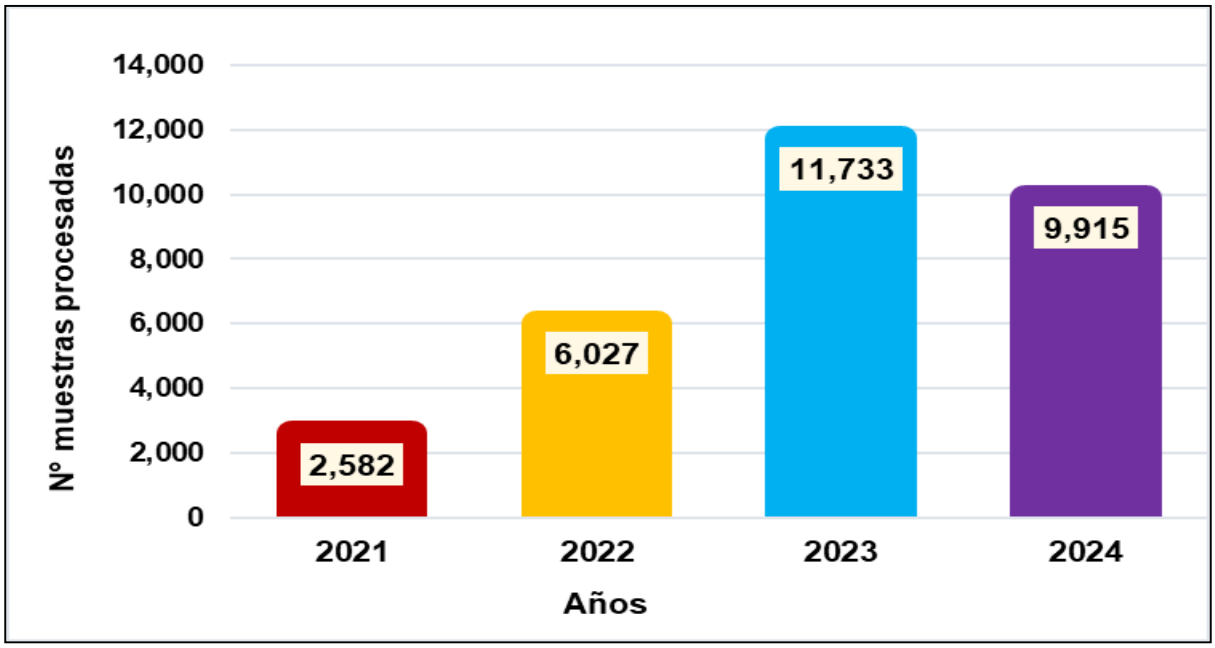


Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.13.1.7 Leptospirosis

La leptospirosis representa un desafío de salud pública extraordinario en la región amazónica de Loreto, con aproximadamente el 60% de todos los casos peruanos concentrados en esta área. Esta zoonosis, caracterizada por su diversidad de serovares y manifestaciones clínicas variables, ha evolucionado de un comportamiento endémico a epidémico desde 2012, exacerbada por inundaciones estacionales y condiciones socioambientales particulares

Gráfico N° 141 Región Loreto. Diagnóstico de Leptospirosis en el Laboratorio de Referencia Regional de Loreto mediante serología IgM - Periodo 2021 - 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

El diagnóstico serológico IgM para leptospirosis en el Laboratorio de Referencia Regional de Loreto muestra un incremento sostenido entre 2021 y 2023, pasando de 2,582 pruebas en 2021 a 6,027 en 2022 y alcanzando un máximo de 11,733 en 2023, lo que refleja una mayor demanda diagnóstica y la relevancia epidemiológica de esta enfermedad en la región. En 2024 se observa una ligera disminución a 9,915 pruebas, aunque la cifra se mantiene elevada, lo que confirma la persistencia de la leptospirosis como un problema prioritario de salud pública y la importancia del laboratorio en la detección temprana, vigilancia y respuesta frente a brotes locales.

3.13.1.7.1 Confirmación MAT de Leptospirosis

El proceso usual es un examen de tamizaje por serología, las muestras que resultan IgM Reactivas e Indeterminadas a Leptospirosis se envían al INS para su confirmación mediante la Micro Aglutinación, en la última parte del año 2024 se determinó que solo las muestras Reactivas se buscarían confirmar mediante el MAT.

Así, durante el año 2024 se analizaron 9915 muestras para Leptospirosis, de ellas los resultados mostraban 4735 muestras entre Reactivos e Indeterminados, de ellos se enviaron para conformación al INS 4,333 muestras y de ellos solo el 45.9.

La confirmación de casos de leptospirosis mediante la prueba de referencia MAT en la región Loreto durante 2024 evidencia que, de un total de 4,333 muestras analizadas, el 72.1% correspondió a casos reactivos por ELISA IgM confirmados o probables por MAT, lo que refleja una alta carga de infección en la población. De estos, un 36.3% alcanzó títulos diagnósticos confirmatorios (≥1/800), mientras que un 30.2% fueron considerados probables (<1/800), y un 5.6% no reactivos, mostrando la utilidad de la prueba en la diferenciación diagnóstica.

Tabla N° 66 Región Loreto. Confirmación de casos de Leptospirosis mediante MAT durante el 2024.

Resultados ELISA IgM del LRRL	Reactivos MAT INS (Serovares >=1/800)	%	Reactivos Proobables MAT INS (Serovares <1/800)	%	No reactvos MAT INS	%	Total	%
Reactivo	1,575	36.3	1,310	30.2	241	5.6	3,126	72.1
Indeterminado	413	9.5	620	14.3	174	4.0	1,207	27.9
Total	1,988	**45.9**	1,930	**44.5**	415	**9.6**	4,333	100.0

Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

Asimismo, un 27.9% de las muestras fueron indeterminadas, lo que evidencia la necesidad de seguimiento clínico y epidemiológico. Desde la perspectiva de salud pública, estos resultados confirman la alta circulación de leptospira en Loreto, resaltando la importancia de fortalecer la vigilancia, el diagnóstico oportuno y las medidas de prevención para reducir el impacto de esta zoonosis endémica.

3.13.1.8 Diagnóstico de Cáncer Prostático

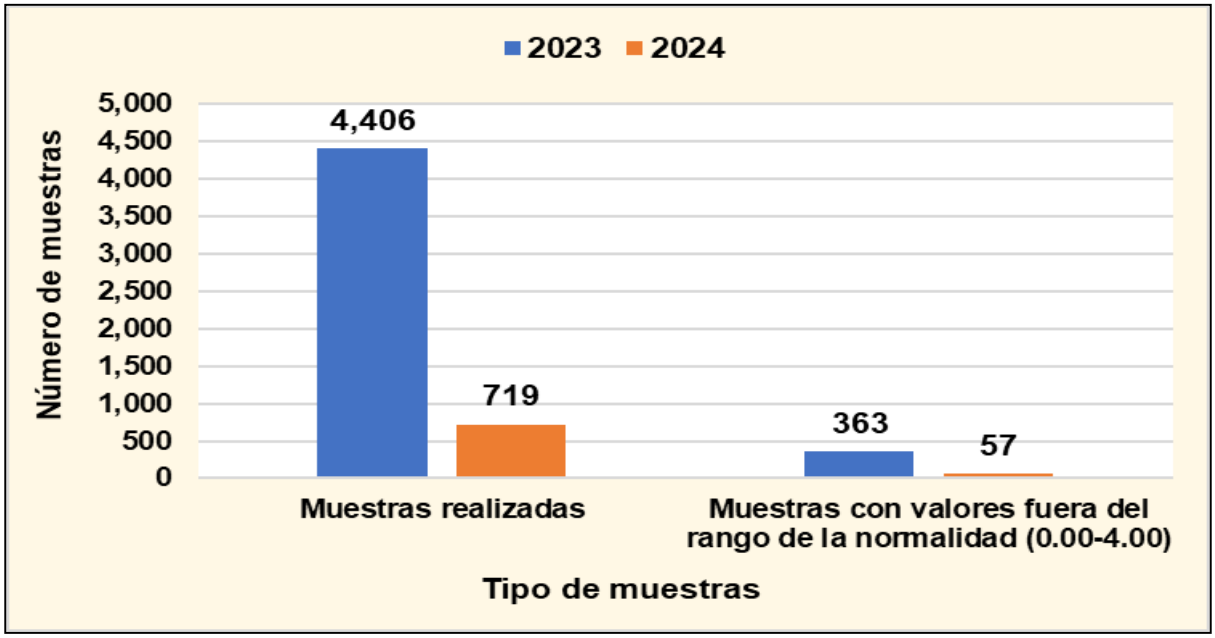
3.13.1.8.1 Evaluación del Antigénico Protático Especifico (PSA)

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más comunes en varones, siendo una preocupación importante para la salud pública a nivel mundial. La detección temprana de esta enfermedad es crucial para aumentar las posibilidades de un tratamiento exitoso y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, el tamizaje utilizando el antígeno prostático

específico (PSA) total se ha convertido en una herramienta fundamental en la detección y monitoreo del cáncer de próstata

Como se observa en la gráfica se revela una proporción significativa de pacientes con niveles de PSA por encima del rango referencial establecido (0.00 - 4.00 ng/ml) en la región Loreto, siendo en 2023 alrededor del 16% (719 pacientes) y en el año 2024 alrededor del 8% (57 pacientes) de la población atendida. Esto indica la presencia de posibles casos de alteraciones en la próstata que requieren una atención médica adecuada y un seguimiento más detallado.

Tabla N° 67 Región Loreto. Evaluación de Antígeno prostático en la región Loreto - años 2023 a 2024



Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto – LRRL

3.14 Centro Hemodador Regional de Loreto – Banco de Sangre Tipo II

La Dirección de Hemoterapia y Medicina Transfusional un órgano de línea que depende administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Loreto, teniendo bajo su competencia directa al Servicio Médico de Apoyo Público Extrahospitalario, identificado como Centro Hemodador Regional de Loreto – Banco de Sangre Tipo II, así como a la Hemorred Regional de Loreto.

En concordancia con su misión institucional. Debe garantizar la accesibilidad a unidades de sangre, hemocomponentes y hemoderivados de calidad para toda la población loretana en forma oportuna y permanente, brindando un servicio especializado en el área de medicina transfusional, cuya función principal es la promoción de la donación voluntaria de sangre; obtención de sangre, Hemocomponentes y Hemoderivados, destinados a dar soporte y cubrir la demanda requerida para brindar Hemoterapia preventiva, terapéutica e investigación a todas las IPRESS de la Hemorred Regional de Loreto; cumpliendo con los estándares internacionales de los protocolos de seguridad, calidad y oportunidad en Medicina Transfusional, generando así una cultura saludable y solidaria de donación voluntaria de sangre, altruista y fidelizada.

La Tabla N° 68, muestra el consumo anual de siete reactivos inmunoserológicos para el tamizaje de donantes y los controles de calidad internos y externos realizados en el Centro Hemodador Regional de Loreto entre 2020 y 2024. Se observa un aumento en la cantidad de tamizajes realizados desde 25,080 en 2020 hasta 48,583 en 2023, con una ligera caída a 46,920 en 2024, por limitaciones en el abastecimiento de reactivos. Las repeticiones de pruebas fluctuaron, con un mínimo en el año 2021 (351) y un máximo en el 2024 (692). Los controles internos alcanzaron su punto más alto en 2020 (3,360), debido a los controles fraccionados para diferentes marcadores serológicos para luego estabilizarse entre 1,872 en el 2022 y 1886 en el 2023, manteniendo la vigilancia continua. Las calibraciones técnicas iniciaron en 2022, aumentando de 230 a 282 en 2024, reflejando un fortalecimiento técnico. El control interlaboratorio comenzó en 2023 con 332 evaluaciones y se duplicó en 2024, mostrando un mayor esfuerzo en asegurar la precisión externa. El control externo nacional del INS se implementó desde el año 2022 con 168 muestras. La participación en el Programa de evaluación Externa internacional PROGBA en Argentina con 168 laboratorios pares de todo el mundo se implementó en el año 2023 con 168 muestras, finalmente se implementó el Control Externo Interlaboratorial de Tercera Opinión DiaMex en Alemania con 332 muestras el año 2022, y 760 muestras evaluadas en el año 2024.

Tabla N° 68 Región Loreto. Tamizaje de los 7 indicadores y controles de calidad externo e interna de los hemocomponentes de los donantes de sangre del Centro Hemodador Regional. 2020 - 2024

REACTIVOS INMUNOSEROLOGICOS	2020	2021	2022	2023	2024
TAMIZAJE	25,080	36,109	46,935	48,583	46,920
REPETICIONES	478	351	525	591	692
CONTROLES INTERNOS	3,360	1,648	2,160	1,872	1,886
CALIBRACIONES	0	202	230	261	282
CONTROL INTERLAB.	0	0	0	322	760
QC EXTERNO PROGBA	0	0	0	168	168
QC EXTERNO INS	0	0	168	168	168

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

En conjunto, estos indicadores evidencian un enfoque sistemático y creciente hacia la mejora continua y el cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales de calidad y seguridad en el tamizaje inmunoserológicos. Buscando la certificación de ISO 9001 de Calidad de Procesos, Servicios y Productos de Calidad, Seguridad y oportunos (Hemocomponentes). Así mismo se busca también conseguir el ISO 45001 que tiene que ver con la Seguridad y Salud en el Trabajo; Evaluando los sistemas de gestión de segur
dad y salud en el trabajo, destinada a proteger a los trabajadores y visitantes de accidentes y enfermedades laborales. ISO 14001 que tiene que ver específicamente con Medio Ambiente, donde buscamos mejorar los procesos, productos y servicios en gestión ambiental y bioseguridad. La ISO 15489, que evalúa la implementación en digitalización de documentos y especifica los elementos que componen la gestión de documentos y define los resultados que deberían alcanzarse. En cuanto a la Calidad Analítica Laboratorial, buscamos obtener el ISO 15189, Que tiene que ver con la Calidad y Competencia del Laboratorio para seguridad de los pacientes. El ISO 17025 que específicamente se refiere a los Laboratorios de Ensayo, evaluando la Capacidad técnica y humana del mismo. Finalmente buscamos también obtener el ISO 17043 que evalúa las Competencias de los Recursos Humanos, Requisitos para la competencia de los proveedores de ensayos de aptitud y para el desarrollo y la operación de los programas de ensayo de aptitud.

En la Tabla N° 69, se detalla el análisis del tamizaje de los siete indicadores infecciosos y los controles de calidad aplicados a los hemocomponentes de los donantes de sangre del Centro Hemodador Regional de Loreto, durante el período 2020 al 2024. Se tamizo un total de 203,627 donantes en cada uno de los marcadores, lo cual demuestra una cobertura amplia y sostenida. Los controles internos y externos fueron implementados de manera regular, garantizando confiabilidad y seguridad en los resultados. El reactivo con más repeticiones fue HBV, lo que puede estar relacionado con alta reactividad o falsos positivos HBV Core Total (1,623), Asimismo, se observa una adecuada frecuencia de calibraciones, especialmente en los marcadores de Hepatitis B de superficie HBsAg (229) y Chagas (244), el mayor número en Anti-HIV (2,468), lo que refleja un control intensivo en una infección de alto riesgo, alineado con buenas prácticas de aseguramiento de calidad, el resto, los controles internos se mantienen en valores similares (1,426), lo que indica estandarización de procesos, lo que representa que todos los indicadores mantienen un control externo constante (48 por PROGBA y 72–84 por INS), lo que garantiza la validez y confiabilidad del tamizaje , esto es clave para asegurar la conformidad con estándares nacionales e internacionales.

Tabla N° 69 Región Loreto. Control de calidad Externo e Interno del Tamizaje de los hemocomponentes de los donantes de sangre del Centro Hemodador regional de Loreto 2020-2024

PRUEBAS INMUNOSEROLOGICO	2020 - 2024						
	MUESTRAS	REPETICIONES	CONTROLES INTERNOS	CALIBRACIONES	CONTROL INTERLAB.	QC EXTERNO PROGBA	QC EXTERNO INS
a.- Tamizaje BS Anti-HIV 1-2	29,077	101	2,468	111	153	48	72
b.- Tamizaje BS Anti-HBV Core total	29,120	1,623	1,426	124	164	48	72
c.- Tamizaje BS Antígeno de superficie	29,077	115	1,426	229	153	48	72
d.- Tamizaje BS Anti-HCV	29,108	93	1,426	88	153	48	72
e.- Tamizaje BS Anti-Treponema pallidum (Sífilis)	29,077	438	1,426	80	153	48	72
f.- Tamizaje BS Anti-HTLV I-II	29,088	158	1,426	99	153	48	72
g.- Tamizaje BS Anti-Tripanosoma cruzi (Chagas)	29,080	109	1,328	244	153	48	72

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

La Tabla N° 70, nos muestra la distribución de hemocomponentes en la región de Loreto entre los años 2020 y 2024. En términos generales, se observa un aumento progresivo en la entrega de hemocomponentes durante este periodo, pasando de 2,929 unidades en 2020 a un pico de 9,747 en 2023, seguido por 6,635 unidades en 2024. En 2020, la distribución fue mínima, limitándose exclusivamente a paquetes globulares, lo que refleja una capacidad operativa restringida, probablemente influenciada por el inicio de la pandemia y la falta de recursos técnicos. En 2021, se incrementaron las entregas, incluyendo por primera vez plasma fresco congelado y plaquetas, lo cual marca una etapa inicial de diversificación de hemocomponentes. Para 2022, se consolida este avance, con una mayor cantidad de paquetes globulares, plasma, y plaquetas, además de la introducción de plaquetas por aféresis, aunque aún de manera limitada. En 2023, el sistema alcanza su mayor capacidad operativa, con la entrega más alta de todos los componentes, destacando la distribución de plaquetas (1,939 unidades) y la incorporación de crioprecipitados (207 unidades).

El año 2024 marca un punto de máxima eficiencia y tecnificación del centro hemoterápico, aunque la cantidad total de hemocomponentes disminuye respecto al año anterior, se observa una mejora cualitativa: se incrementa el uso de plaquetas por aféresis (23 unidades) y crioprecipitados (244 unidades), lo cual evidencia una mayor capacidad de procesamiento y especialización en la atención transfusional. Cabe mencionar que 2 unidades de sangre total se registraron en 2023 y 2024, que se utilizó en reposición completa e inmediata de emergencia. La disminución de hemocomponentes solicitados el año 2024 responde al uso racional de los mismos.

Tabla N° 70 Región Loreto. Total, de distribución de hemocomponentes urbanos del Centro Hemodador Regional de Loreto. 2020 - 2024

AÑO	ENTREGAS DE HEMOCOMPONENTES						
	Sangre total	Paquete globular	Plasma Fresco Congelado	Plaquetas	Plaquetas Aferesis	Criopreci-pitados	Nº Hemo compon.
2020	0	2,929	0	0	0	0	2,929
2021	0	3,686	339	381	0	0	4,406
2022	0	4,516	611	716	4	0	5,847
2023	1	5,913	1,682	1,939	5	207	9,747
2024	1	4,967	687	713	23	244	6,635

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

La Tabla N° 71, nos muestra la cantidad total de hemocomponentes entregados por el Centro Hemodador Regional de Loreto a diferentes hospitales y clínicas durante los años 2020 a 2024. Hospital Regional de Loreto es el principal receptor, con un total de 14,610 unidades de paquete globular, 2,479 unidades de plasma fresco congelado, 2,666 unidades de plaquetas, además de plaquetas por aféresis y crioprecipitados. Esto indica que atiende una gran cantidad de pacientes con necesidades transfusionales complejas y variadas.

Tabla N° 71 Región Loreto. Distribución de hemocomponentes a hospitales y clinicas que realiza el Centro Hemodador Regional de Loreto. 2020-2024

HOSPITALES Y/O CLINICAS	2020 -2024					
	Sangre total	Paquete globular	Plasma Fresco Congelado	Plaquetas	Plaquetas Aferesis	Criopreci-pitados
HOSP. REGIONAL	1	14,610	2,479	2,666	32	263
HOSP. IQUITOS	1	6,439	989	1,279	10	164
CLINICA ANA STAHL	0	466	144	50	0	8
CLINICA STA. ANITA	0	39	0	2	0	0
CLINICA EMANUEL	0	190	19	0	0	0
CLINICA SELVA. AMAZONICA	0	66	1	1	0	0
CLINICA SAN JUAN	0	157	3	0	0	0
ESSALUD	0	36	0	42	0	16
HOSPITAL SANTA ROSA	0	7	6	0	0	0
IPREES I - 4 NANAY	0	1	0	0	0	0
CLINICA SANTA LUCIA	0	0	1	0	0	0

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

El Hospital Iquitos también recibe una alta cantidad de hemocomponentes, especialmente paquetes globulares (6,439), plasma (989) y plaquetas (1,279), mostrando su importancia en la red de salud regional. Clínicas privadas como Ana Stahl, Santa Anita y otras reciben

cantidades significativamente menores, enfocándose principalmente en paquetes globulares y plasma, lo que sugiere atención a casos menos complejos o menos frecuentes transfusiones. Uso de sangre total es mínimo, con solo 1 unidad entregada al Hospital Regional y 1 al Hospital Iquitos. Esto indica que la mayoría de transfusiones se hacen con hemocomponentes específicos, una práctica que mejora la seguridad y eficacia transfusional. La distribución muestra un modelo centralizado en los hospitales públicos principales, que son los que requieren y manejan mayor volumen y variedad de hemocomponentes, desde abril del año 2023 se implementó la preparación del Hemocomponentes Crioprecipitado, siendo introducido en el Hospital Regional de Loreto desde entonces y a toda la Hemorred Urbana ya constituida. Es también importante resaltar el apoyo brindado a EsSalud, ya que, pese a no tener un convenio prestacional preestablecido, se le apoya con Hemocomponentes y Donantes. (Tabla N° 72).

Tabla N° 72 Región Loreto. Distribución de hemocomponentes a hospitales y clinicas que realiza el Centro Hemodador Regional de Loreto. 2020-2024

AÑO	HEMORED RURAL	
	Paquete globular	Plasma Fresco Congelado
2022	2,042	0
2023	1,203	0
2024	653	20

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

LaTabla N° 73, A partir del año 2022 se realizó distribución de hemocomponentes en zonas rurales, con la entrega de paquetes globulares, aunque con una disminución progresiva en los años siguientes (2,042 en 2022, 1,203 en 2023 y 653 en 2024), lo cual podría estar relacionado con cambios en la demanda, limitaciones logísticas o fortalecimiento de servicios locales como la implementación excepcional del Banco de Sangre Tipo II del Hospital Santa Gema de la Ciudad de Yurimaguas. Un aspecto positivo en 2024 es la introducción de plasma fresco congelado (20 unidades) en las zonas rurales, lo que representa un avance cualitativo. Esto refleja un esfuerzo por diversificar los hemocomponentes disponibles y fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención en zonas alejadas, mejorando así la calidad y oportunidad de la atención transfusional.

La Tabla N° 73, refleja un avance significativo en la descentralización de los servicios de hemocomponentes en la región de Loreto entre 2022 y 2024. Durante este período, la distribución se centró en paquetes globulares, que son el componente más utilizado para tratar anemia y hemorragias. La localidad que más hemocomponentes recibió fue Yurimaguas, con 1,867 paquetes globulares y 20 unidades de plasma fresco congelado. Además, Yurimaguas es la única localidad que ha recibido plasma, lo que indica un progreso importante en la especialización y capacidad técnica para la atención transfusional en esa zona. Otras localidades como San Lorenzo, Requena, Contamana, Caballococha y Santa Clotilde también recibieron paquetes globulares, aunque en cantidades menores. Por otro lado, centros rurales como San Roque, Pevas y Nauta presentan cifras bajas de hemocomponentes distribuidos, sin embargo, a pesar de estas dificultades, la distribución lograda en estas zonas ha sido crucial difícil acceso. La implementación de Bancos de Sangre Tipo I en varias localidades representa un paso importante hacia una atención transfusional más oportuna y equitativa en la región.
El principal desafío ahora es fortalecer estos centros para garantizar un acceso adecuado y continuo a hemocomponentes en toda la red rural.

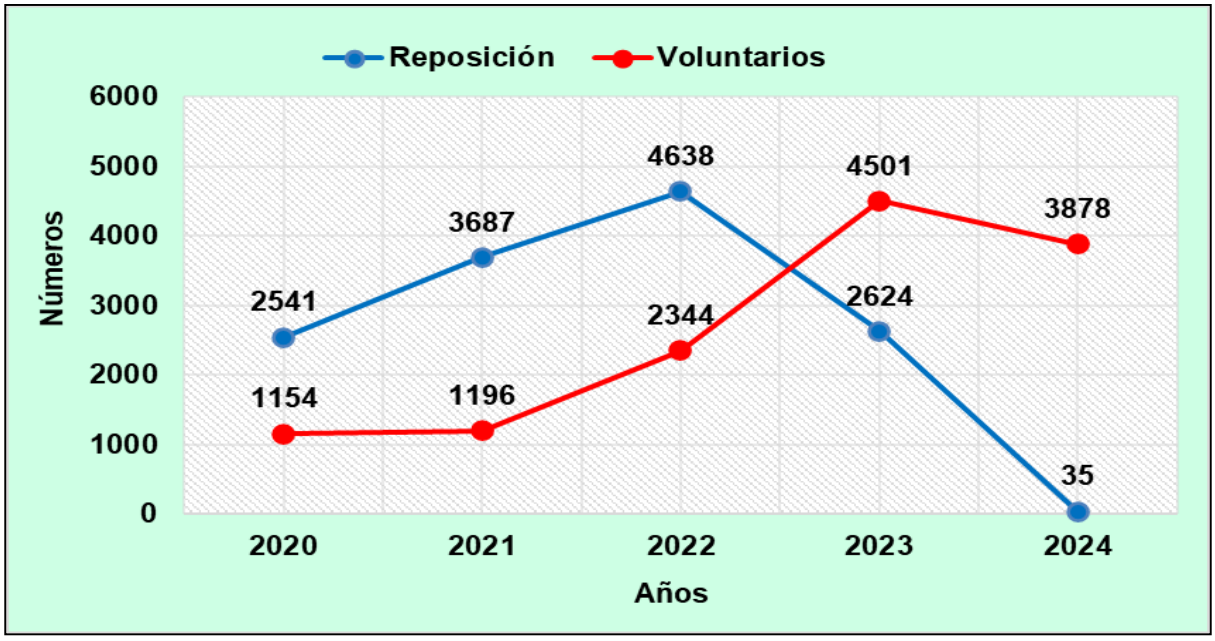
Tabla N° 73 Región Loreto. Distribución de hemocomponentes a la Hemored que realiza el Centro Hemodador Regional de Loreto. 2022-2024

HEMORED RURAL	2022 -2024	
	Paquete globular	Plasma Fresco Congelado
YURIMAGUAS	1,867	20
SAN LORENZO	782	0
REQUENA	368	0
CONTAMANA	295	0
STA. CLOTILDE	127	0
ESTRECHO	27	0
CABALLOCOCHA	387	0
PEVAS	28	0
NAUTA	2	0
SAN ROQUE	15	0

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

El Gráfico N° 142, evidencia el acumulado de 26,563 donantes entre el periodo 2020 al 2024. Los donantes por reposición tuvieron un importante crecimiento entre el año 2020 (2541 donaciones) hasta el año 2022 (4638 donaciones) para descender de manera drástica en los años siguientes, alcanzando una cifra mínima de 35 donantes el año 2024. De igual manera los donantes voluntarios se incrementaron desde 1 154 en el año 2020 hasta 4 501 el año 2023 y 3 878 el año 2024. Estas variaciones de donaciones totales fueron explicadas previamente por el uso mayoritario de hemoderivados; pero respecto al incremento de voluntarios tiene que ver con las campañas, la sensibilización de la donación como deber cívico y la fidelización de donantes. Adicionalmente hubo 5 donantes autólogos en los años 2022-2023.

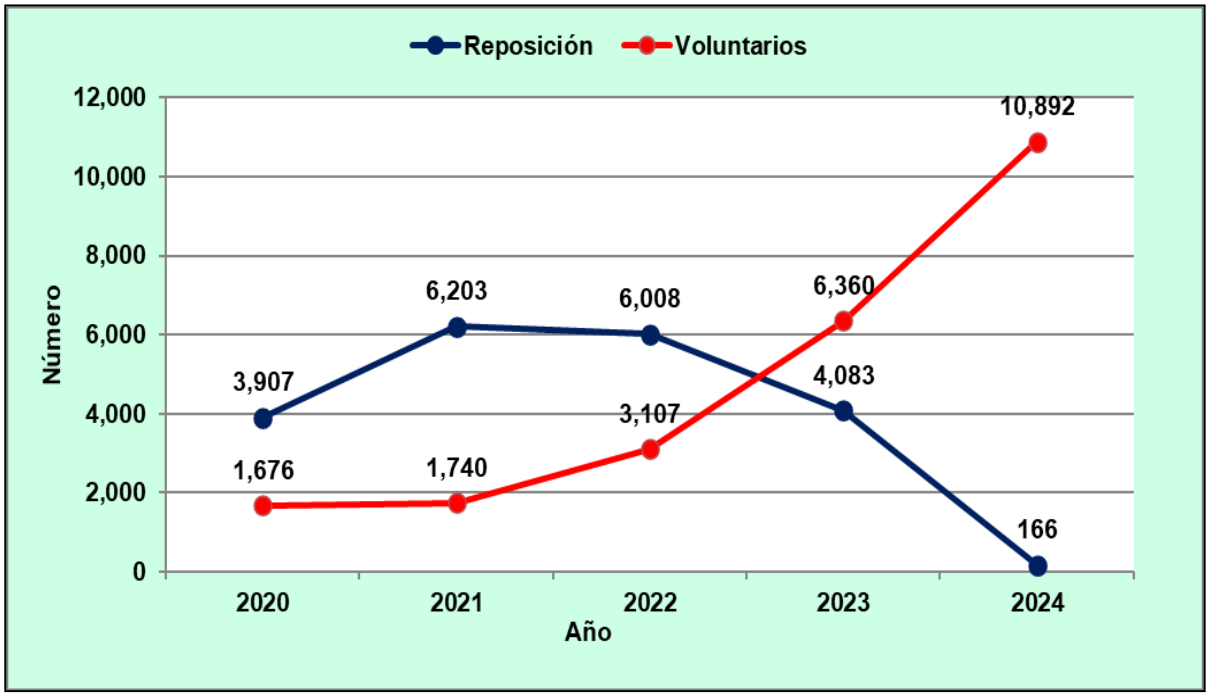
Gráfico N° 142 Región Loreto. Número de donantes voluntarios y por reposición del Centro Hemodador Regional de Loreto – Banco de Sangre tipo II. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

En el Gráfico N° 143, se evidencia que el postulante voluntario es la fuente principal, aportando más del 53.85% del total de postulante (23,775 vs. 20,367 de reposición) en los años 2020-2024. A pesar de la importante caída en los donantes por reposición, el Total general de postulantes muestra un fuerte crecimiento anual, impulsado por el postulante voluntario (pasando de 1,676 en 2020 a 10,892 en 2024). El total de postulantes (de reposición y voluntarios) aumenta desde 5,583 en 2020, a 9,117 en 2022 y 11,058 en 2024. El año con más baja proporción de donantes, fue el 2020 (12.65%) considerando el periodo 2020-2024, a consecuencia de la epidemia del COVID-19. Los años con mayor cantidad de donantes fueron 2023 y 2024.

Gráfico N° 143 Región Loreto. Número de postulantes voluntarios, por reposición del Centro Hemodador Regional de Loreto – Banco de Sangre Tipo II. 2020- 2024



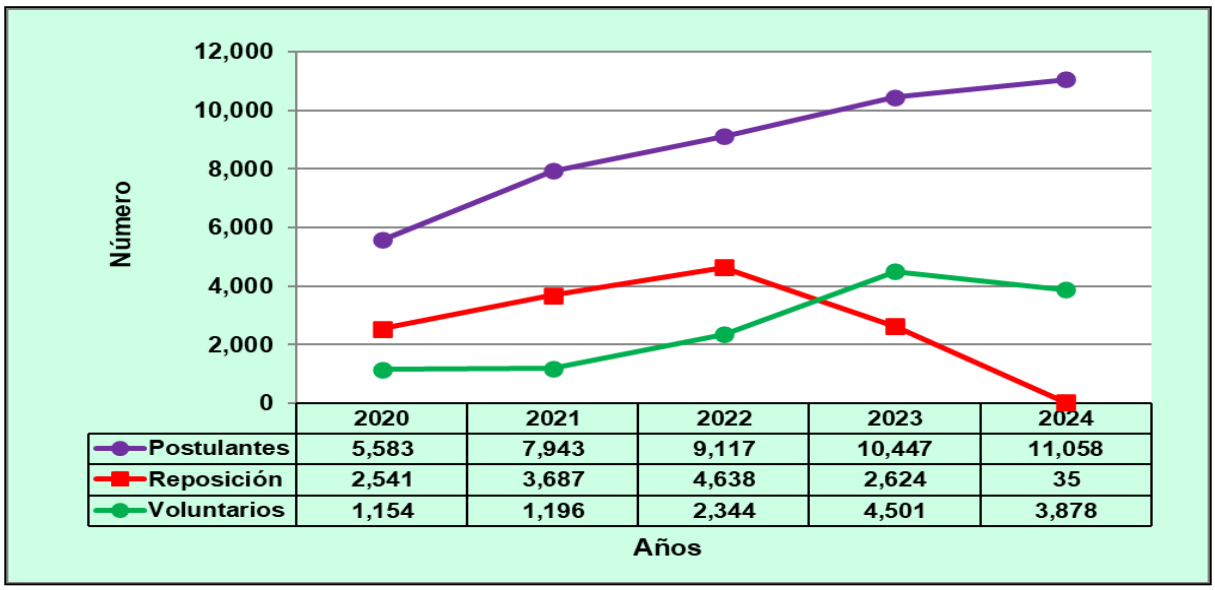
Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

El postulante a donante de sangre es la persona que acude a un banco de sangre con intención de donar, pero que aún no ha sido evaluada médicamente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad. El donante voluntario es quien dona sangre de manera libre, altruista y sin recibir compensación, motivado por ayudar a otros, siendo considerado el tipo de donante más seguro y recomendable por el sistema de salud. En cambio, el donante por reposición realiza la donación en respuesta a la necesidad de un familiar o conocido hospitalizado, con el fin de reponer las unidades de sangre utilizadas, siendo una práctica útil pero menos sostenible que la donación voluntaria regular.

En el Gráfico N° 143, podemos observar que el total de postulantes en el periodo 2020 – 2024 fue de 44,148, esta cantidad muestra una tendencia de crecimiento sostenido a lo largo del periodo, alcanzando un pico en el 2024 con 11,058. En los años 2020-2022 el donante por reposición presenta un crecimiento, para modificar su tendencia en el periodo 2023 - 2024 con un descenso significativo. Del total de postulantes en este periodo de 5 años el número de donantes por reposición fue de 13,525, y los donantes voluntarios fue de 13,073.
El sistema de donación está migrando de una dependencia de la Reposición a un sistema impulsado por la Donación Voluntaria, evidente en el crecimiento de postulantes voluntarios y el colapso de donantes por reposición en 2024. El colapso de la donación por reposición a

solo 35 unidades en 2024 contrasta fuertemente con la tendencia de crecimiento de los donantes voluntarios y el total de postulantes.

Gráfico N° 144 Región Loreto. Número de postulantes, donantes voluntarios y donantes por reposición del Centro Hemodador Regional de Loreto –Banco de sangre Tipo II. 2020-2024

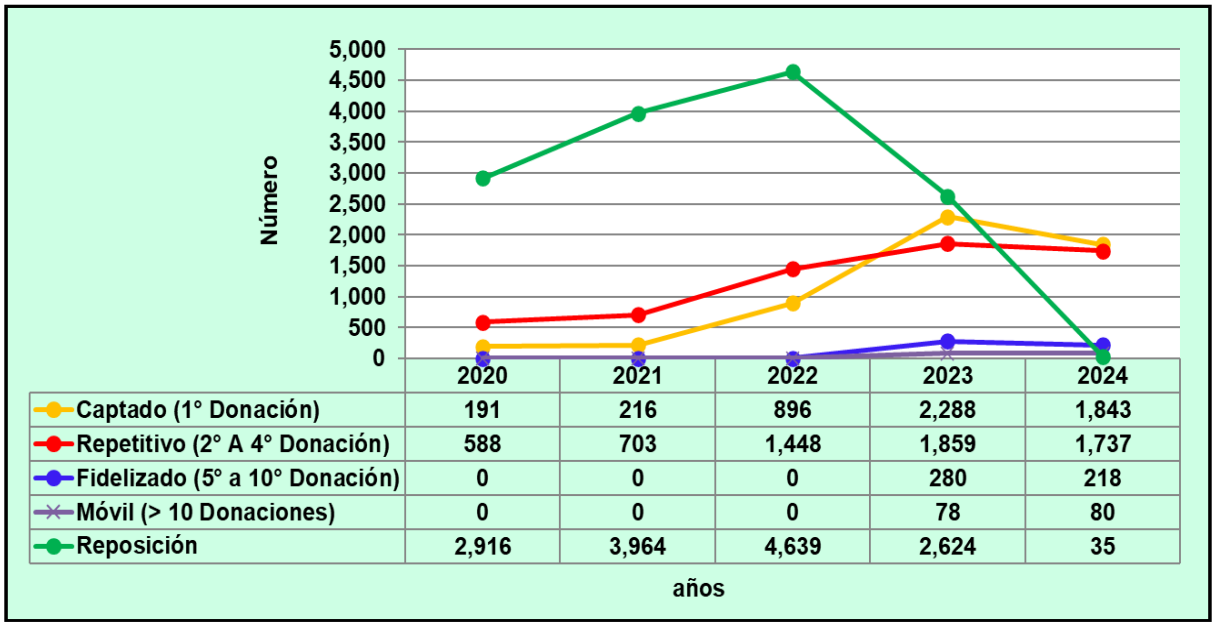


	2020	2021	2022	2023	2024
Postulantes	5,583	7,943	9,117	10,447	11,058
Reposición	2,541	3,687	4,638	2,624	35
Voluntarios	1,154	1,196	2,344	4,501	3,878

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

En el presente gráfico, se evidencia las categorías de los donantes de sangre de acuerdo con la condición de que presentan al momento del número de donación que están realizando. Al analizar encontramos el predominio en los Donantes Repetitivos (2° a 4° donación) que representan el mayor número con 6,335 donantes.

Gráfico N° 145 Región Loreto. Número de donantes según condición de donación del Centro Hemodador Regional de Loreto– Banco de Sangre Tipo II. 2020- 2024



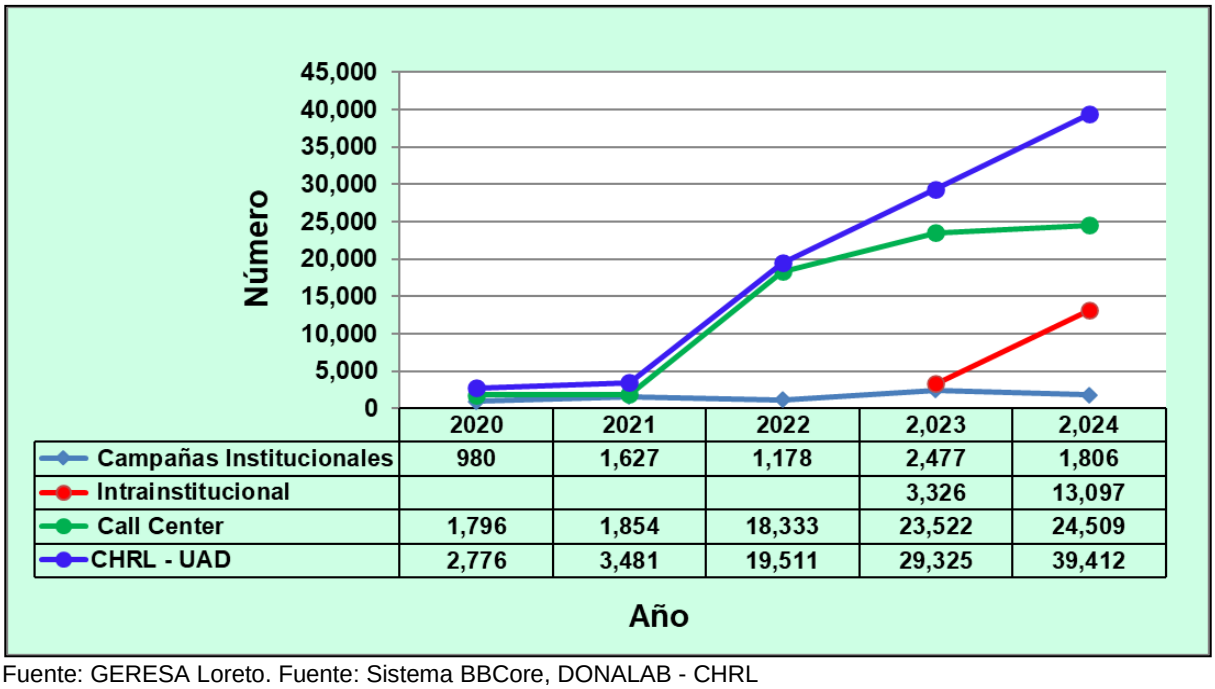
	2020	2021	2022	2023	2024
Captado (1° Donación)	191	216	896	2,288	1,843
Repetitivo (2° A 4° Donación)	588	703	1,448	1,859	1,737
Fidelizado (5° a 10° Donación)	0	0	0	280	218
Móvil (> 10 Donaciones)	0	0	0	78	80
Reposición	2,916	3,964	4,639	2,624	35

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

Así mismo, se observa un número similar de 5,434 de Donantes Captados (1° donación), con cifras importantes en volumen de 2,288 el 2023 y 1,843 el 2024. Marcando una situación diferente en los Donantes Fidelizados (5° a 10° donación) y Móviles (> 10 donaciones) que muestran cifras menores (498 y 158, respectivamente), aunque se observa un inicio de la fidelización a partir del 2023.

El número de donantes por reposición se representan en cifras mayores de 14,178 entre el 2020-2024, con una tendencia ascendente del 2020 - 2022 (11,519), y a partir del 2023 evidencia un descenso a cifras menores de 2,624, siendo aún menor el 2024 con 35 donantes. Existen Retos en la fidelización, aunque hay una buena cantidad de donantes repetitivos (2° a 4° donación), la proporción de donantes fidelizados (5° a 10° donación) sigue siendo baja, lo que indica un desafío en la retención a largo plazo. (Gráfico N° 146).
En el Gráfico N°146, se observa se observa un aumento masivo en la sensibilización, especialmente a través del Call Center e Intrainstitucional. Evidenciando una cantidad menor de sensibilizados por el Call Center el año 2020 (1,796) y el mayor número de sensibilizados el año 2024 (24,509). Reflejando el inicio de la sensibilización intrainstitucional el año 2023 (3.326) con un número mayor el año 2024 de 13,097. El total de sensibilizados por el CHRL ascendió a 94,505 en el periodo 2022-2024, demostrado que la sensibilización es permanente
En este periodo la unidad de atención al donante sensibilizado ha tenido un incremento sobre todo desde el año 2022 (19,511), marcando un incremento mayor el año 2024 (39.412).

Gráfico N° 146 Región Loreto. Número de sensibilizados según lugar de la actividad del Centro Hemodador Regional de Loreto- Banco de Sangre Tipo II. 2020-2024



	2020	2021	2022	2,023	2,024
Campañas Institucionales	980	1,627	1,178	2,477	1,806
Intrainstitucional				3,326	13,097
Call Center	1,796	1,854	18,333	23,522	24,509
CHRL - UAD	2,776	3,481	19,511	29,325	39,412

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

La Tabla N° 74, muestra una evolución en los medios a través de los cuales se interactúa (para las donaciones, seguimientos o consultas), con un cambio drástico en la dependencia de los canales a lo largo de los cuatro años.
Los medios de información en este periodo (2021-2024) comienzan a formar parte de este proceso, lo que evidencia que antes del 2020 no existía el trabajo de las redes y estrategias de interacción directa con los donantes de sangre:
Llamadas del CHR es el medio de información más relevante (811 en 2024).
La conversión de Donantes por Reposición a Voluntarios comienza a ser registrada en 2023 (344) y 2024 (343)

Las Llamadas del CALL Center es consistentemente el principal medio de información y contacto en todos los años, evidenciado mediante el Dominio paulatino de la promoción de donación de sangre y del Crecimiento.
Esta Tendencia General de crecimiento muy fuerte se muestra, especialmente desde el 2022:
2021 a 2022: Disminución (402→326).
2022 a 2023: Aumento significativo (326→559).
2023 a 2024: El crecimiento se acelera, alcanzando el pico de 811.

El Insight sugiere que la vía telefónica se ha consolidado como el canal de comunicación preferido o más efectivo (o quizá el más promocionado) para la interacción, superando con creces a todos los demás medios, siendo el Facebook y el WhatsApp los medios menos utilizados en este periodo.
La comunicación mediante los diferentes medios de información con los donantes por reposición que se convirtieron a donantes voluntarios,
Es un indicador que no existe el 2021 ni el 2022, lo que genera su aparición impactante desde el año 2023.
Presentando una estabilidad en la novedad, debido a que aparece de forma sustancial en 2023 con 344 casos y se mantiene estable en 2024 con 343.

Tabla N° 74 Región Loreto. Medio de información de promoción de donación voluntaria de sangre del Centro Hemodador Regional de Loreto–Banco de Sangre. Tipo II. 2020-2024

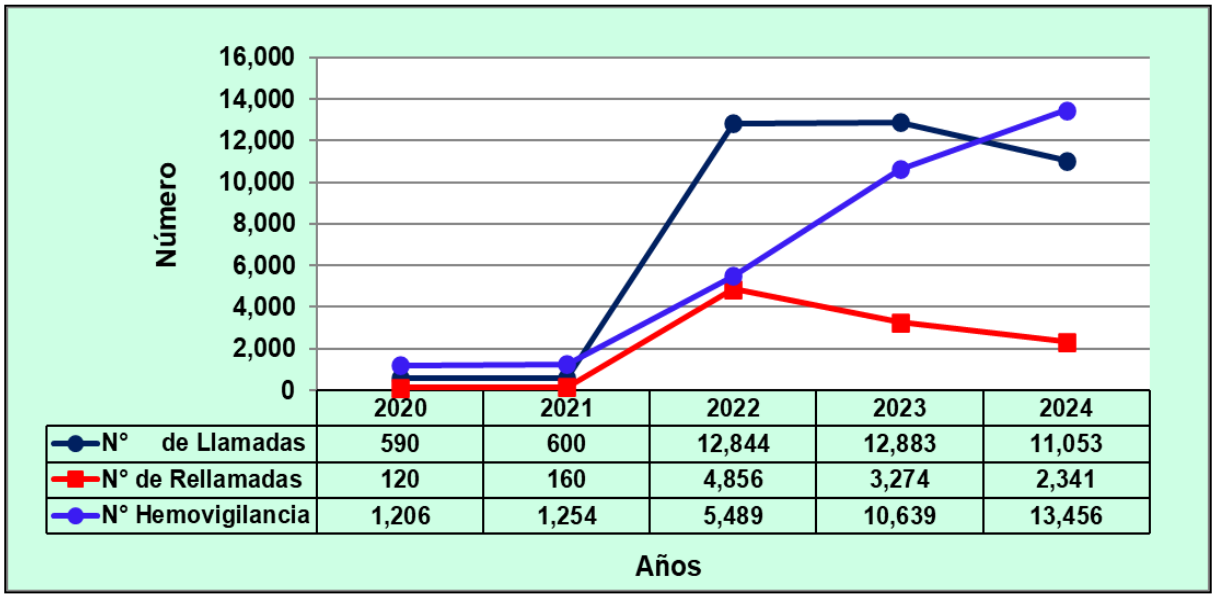
MEDIO DE INFORMACION	2021	2022	2023	2024
Llamada del CHRL	402	326	559	811
WHATSAPP	20	13	0	2
Facebook	11	0	6	0
Donates por reposición a voluntarios	0	0	344	343

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

El Gráfico N° 146, evidencia el análisis de la información del Call Center, el año 2022 fue un punto de inflexión para el Call Center, con un aumento muy notorio en todas las actividades. Esto sugiere que la capacidad operativa (personal, infraestructura) se incrementó drásticamente ese año.
El número de llamadas presentan un Crecimiento Exponencial (2021 a 2022) donde hubo un aumento masivo de 600 a 12,844. Esto sugiere una expansión importante en la actividad del Call Center.
El pico y estabilización (2022 y 2023) de los volúmenes de llamadas se estabilizaron en un nivel muy alto (12,844).
Con un ligero descenso (2024) donde se observa una reducción a 11,053,
El número de rellamadas tine su pico más alto en el 2022 alcanzando 4,856, el mismo año que el número de llamadas totales aumentó considerablemente asi como la disminución (2022 a 2024) fue constante (4,856 → 3,274 → 2,341). La disminución de rellamadas mientras las llamadas generales se mantienen altas es una tendencia positiva.
Relación Llamadas vs. Rellamadas: La disminución en el número de Re-llamadas (de 4,856 en 2022 a 2,341 en 2024), mientras que las llamadas generales se mantienen en un volumen muy alto (más de 11,000), es un indicador positivo de eficiencia. Significa que se está logrando resolver los asuntos o concretar los objetivos en la primera interacción.

El número de actividades de hemovigilancia no solo ha crecido exponencialmente y sostenido, sino que se ha convertido en la actividad principal del Call Center en 2024, superando las llamadas generales (13,456 vs. 11,053). Esto sugiere una prioridad estratégica y operativa en el seguimiento de la seguridad transfusional y los donantes, indicando un compromiso creciente con la calidad y la vigilancia post-donación/transfusión.

Gráfico N° 147 Región Loreto. Actividades del CALL Center- Unidad de Promoción de donación voluntaria de sangre del Centro Hemodador Regional de Loreto- Banco de Sangre Tipo II. 2020-2024



	2020	2021	2022	2023	2024
N° de Llamadas	590	600	12,844	12,883	11,053
N° de Rellamadas	120	160	4,856	3,274	2,341
N° Hemovigilancia	1,206	1,254	5,489	10,639	13,456

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

LaTabla N° 75, evidencia que la región Loreto ha logrado un éxito importante en la captación de postulantes, duplicando el volumen total en los últimos cinco años. Este éxito está fuertemente centralizado en los cuatro distritos urbanos principales (Belén, Iquitos, San Juan, Punchana), especialmente en Iquitos y San Juan. Si bien se observan esfuerzos de expansión a distritos rurales a partir de 2023, la contribución de estas áreas sigue siendo bastante pequeño frente al volumen total.

Los cuatro distritos principales (Iquitos, Punchana, Belén y San Juan) son el motor del crecimiento y la principal fuente de postulantes:
Iquitos: Mantiene la posición dominante, contribuyendo con el 40% del total en 2024 (4,061/10,170). Muestra un crecimiento significativo y se recupera de la caída de 2021.
San Juan Bautista: Es el distrito con el crecimiento porcentual más dinámico en los últimos años, triplicando su aporte de 2022 a 2024. Su volumen en 2024 (2,667) casi alcanza al de Iquitos, lo que sugiere una alta efectividad de las campañas de captación, sensibilización, promoción e la donación voluntaria de sangre en esa área.
Belén y Punchana: Muestran un crecimiento constante y sostenido cada año, consolidando su base de postulantes.

En el 2024, la suma de los cuatro distritos principales es 9,830, lo que representa aproximadamente el 96.6% del total de postulantes, confirmando que la captación está casi totalmente concentrada en la zona metropolitana de Loreto.
Expansión de la Cobertura (2023): El año 2023 marca la aparición de datos en muchos distritos que antes no registraban postulantes (Alto Nanay, Fernando Lores, Indiana, etc.). Esto sugiere un esfuerzo consciente para expandir la cobertura o una mejora en el registro de la procedencia. Alto Amazonas: Es el único de los distritos no metropolitanos.

Tabla N° 75 Región Loreto. Postulantes por distritos del Centro Hemodador Regional de Loreto. 2020-2024

DISTRITO	2020	2021	2022	2023	2024
IQUITOS	2,755	1,766	2,236	2,777	4,061
PUNCHANA	1,184	970	1,160	1,381	1,714
BELEN	300	687	898	1,014	1,388
SAN JUAN	155	1,371	1,655	1,674	2,667
ALTO NANAY	0	0	0	11	64
FERNANDO LORES	0	0	0	20	35
INDIANA	0	0	0	14	42
LAS AMAZONAS	0	0	0	6	1
MAZAN	0	0	0	6	36
NAPO	0	0	0	16	30
ALTO AMAZONAS	42	33	25	20	4
BARRANCA	0	0	0	3	6
NAUTA	0	0	0	55	79
RAMÓN CASTILLA	0	0	0	8	8
PUTUMAYO	0	0	0	11	24
REQUENA	0	0	0	20	11
TOTAL	**4,436**	**4,827**	**5,974**	**7,036**	**10,170**

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

La Tabla N° 76, revela varios aspectos clave del desempeño de la iniciativa a lo largo de los años 2020 a 2024. Hay una clara tendencia al aumento de sensibilización y campaña, sobre todo en el número de Instituciones Sensibilizadas (de 15 el 2020 a 28 el 2024) y, de forma más marcada, en el Nº de Campañas (de 15 el 2020 a 51 el 2023, con una ligera disminución a 45 el 2024). Esto indica una expansión significativa de los esfuerzos de alcance y promoción. La columna de Sensibilizados muestra una gran variabilidad, con picos notables el 2023 (2477) y un valor alto el 2021 (1627), y 2024 (1806), pero con valores más bajos el 2020 (980) y 2022 (1178). Esto sugiere que la efectividad de las campañas en atraer participantes varía considerablemente de año en año, lo que nos indica que los sensibilizados son volátiles. El número de Postulantes ha crecido de manera constante y significativa, especialmente a partir del 2022. Pasó de 297 el 2020 a 2310 el 2023 y 2123 el 2024, lo que demuestra un creciente interés en participar.

La evidencia nos muestra que el 2020, los postulantes (297) representan el 30.3% de los sensibilizados (980), en el 2021, es 60.7% (987/1627), el 2022, es 80.3% (946/1178), así como en el 2023, se incrementa a al 93.2% (2310/2477). Esto indica una altísima efectividad en convertir a las personas sensibilizadas en postulantes en 2023. En 2024, es 117.6% (2123/1806). Este valor atípico (más postulantes que sensibilizados) podría sugerir que la columna "Total de Sensibilizados" no incluye todos los medios por los
que una persona se entera y postula, o que hay un efecto residual de campañas anteriores.
La evidencia que se presenta en la tasa de Aprobación de los donantes Aptos versus los postulantes, encontramos: el 2020: 79.5% (236/297), el 2021: 63.5% (627/987), el 2022: 75.5% (714/946), el 2023: 57.3% (1323/2310), y el 2024: 55.5% (1178/2123). A pesar de eso se observa una tendencia decreciente en la tasa de Donantes "APTO" en relación con los postulantes, con una caída notable en 2023 y 2024 (por debajo del 60%).
Esto podría indicar que, a medida que el número de postulantes aumenta drásticamente, la

calidad o elegibilidad de los mismos ha disminuido, o que los criterios de selección se han vuelto más estrictos.

Al analizar los datos de los Donantes "NO APTO“ encontramos que ha aumentado significativamente, pasando de solo 22 el 2020 a 863 el 2023 y 909 el 2024, y los donantes "RESERVADOS" (aptos para donación posterios, al llamado) aparece por primera vez en 2023 (91) y tiene un valor mucho menor en el 2024 (14).

Tabla N° 76 Región Loreto. Número de instituciones, campañas, sensibilizados y postulantes de las actividades institucionales del Centro Hemodador Regional de Loreto. 2020-2024.

AÑO	Nª DE INSTITUCIONES SENSIBILIZADAS	Nª DE CAMPAÑAS	SENSIBILIZADOS	POSTULANTES	DONANTES		
					APTO	NO APTO	RESERVADOS
2020	15	15	980	297	236	22	
2021	17	17	1627	987	627	266	
2022	19	26	1178	946	714	232	
2023	27	51	2477	2310	1323	863	91
2024	28	45	1806	2123	1178	909	14

Fuente: GERESA Loreto. Fuente: Sistema BBCore, DONALAB - CHRL

Las fortalezas principales que tiene el Centro Hemodador Regional de Loreto:

1. Aplicativo Consulta SIS, Internet, nuevo y mejor sistema (DONALAB)
2. Sistema de Gestión Informático integrado de Banco de Sangre: BB Core y Dona Lab.
3. Documentos de gestión (plan multi anual de promoción, POE, definiciones operacionales.
4. Personal involucrado, sensibilizado, comprometido capacitado (gestión y banco de sangre, según los POE) y que realizan trabajo en equipo.
5. Movilidad de la institución para realizar las gestiones y actividades extramurales
6. Personal para las visitas domiciliarias (en 7 meses y 15 días del año).
7. Lista de gestantes ARO (aunque no oportuno en 8 meses).
8. Propuestas de convenios para su evaluación y aprobación con instituciones de salud de la Hemorred.
9. Propuestas de convenios con instituciones aliadas en la promoción de donación voluntaria de sangre.
10. Convenios firmados con la Clínica Santa Anita y la Clínica San Juan
11. Implementación, ejecución y monitoreo de los planes de mejora continua.
12. Información de donantes captados, repetitivos, fidelizados, móvil en el sistema de Donalab.
13. Aplicación de la encuesta de satisfacción al usuario.

3.15 La Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIREMID)

La Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIREMID) de Loreto es el órgano especializado de la Dirección Regional de Salud (DIRESA-Loreto) encargado de garantizar la disponibilidad, acceso y uso racional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en toda la región. Su oferta abarca la supervisión, control y abastecimiento de medicamentos e insumos a los establecimientos de salud públicos y privados, asegurando que los mismos cumplan con los estándares de calidad, seguridad y eficacia. Asimismo, la DIREMID promueve actividades de vigilancia sanitaria, farmacovigilancia y control de estupefacientes y psicotrópicos, además de brindar asistencia técnica y capacitación al personal de salud para fortalecer la gestión del suministro y la atención farmacéutica. En conjunto, su labor es clave para garantizar la continuidad terapéutica, la seguridad del paciente y el fortalecimiento del sistema de salud en la región Loreto.

3.15.1 Acceso y Uso Racional de Medicamentos (URM)

El Uso Racional de Medicamentos (URM) en la región Loreto constituye un pilar esencial de la salud pública, orientado a garantizar tratamientos seguros, eficaces y accesibles para la población, busca que cada paciente reciba el medicamento indicado, en dosis adecuada, por el tiempo necesario y al menor costo para la sociedad. Es clave para mejorar resultados clínicos, reducir eventos adversos, prevenir resistencia (ej. Antimicrobianos) y optimizar el presupuesto público.

El uso racional de medicamentos (URM) constituye un componente clave para garantizar una atención segura, eficaz y de calidad en los servicios de salud. En la región Loreto, se identifican diversas dificultades que afectan la implementación adecuada de esta práctica, tanto a nivel institucional como comunitario.

Uno de los principales problemas observados es la baja adherencia al Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) en los establecimientos de salud, especialmente en el primer nivel de atención. Las prescripciones médicas en muchos casos no siguen las guías clínicas ni protocolos establecidos, lo que genera riesgos en la efectividad del tratamiento y en la sostenibilidad del abastecimiento.

3.15.1.1 Disponibilidad de Medicamentos

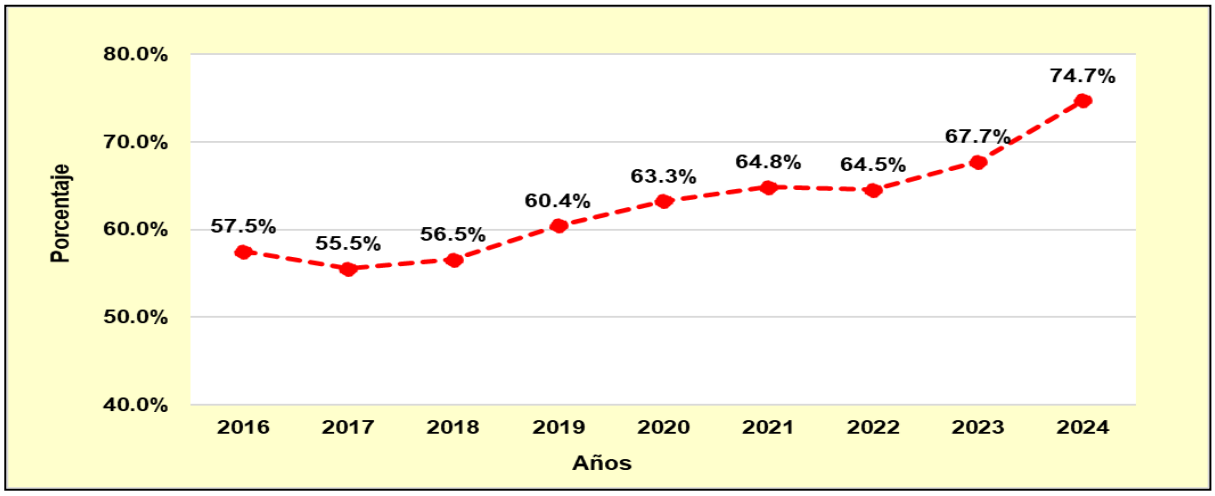
La disponibilidad de medicamentos esenciales en los establecimientos de salud constituye uno de los elementos fundamentales para garantizar el acceso de la población a estos productos. Asimismo, permite medir la eficiencia de la gestión de los sistemas de suministro y el nivel de acceso.

El Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, como componente fundamental de la atención integral de salud. Asimismo, dicta y adopta medidas para garantizar el acceso de la población a los medicamentos y dispositivos médicos esenciales, con criterio de equidad, empleando diferentes modalidades de financiamiento, monitoreo y evaluando su uso.

Entre los años 2016 y 2024, la disponibilidad regional de medicamentos en la Región Loreto muestra una tendencia sostenida al incremento, pasando de 57.5% en 2016 a 74.7% en 2024. Este crecimiento refleja una mejora progresiva en la gestión del abastecimiento y distribución de fármacos, con un aumento notable a partir del año 2020, probablemente impulsado por el fortalecimiento logístico tras la pandemia y las estrategias de control sanitario. Aunque se

observan ligeras fluctuaciones en algunos años (como entre 2017 y 2018), la tendencia general evidencia una optimización de la cadena de suministro y una mayor capacidad operativa de las IPRESS para garantizar medicamentos esenciales a la población. En conjunto, el incremento de más de 17 puntos porcentuales en ocho años representa un avance significativo hacia una cobertura farmacéutica más equitativa y oportuna en la región. (Gráfico N° 148).

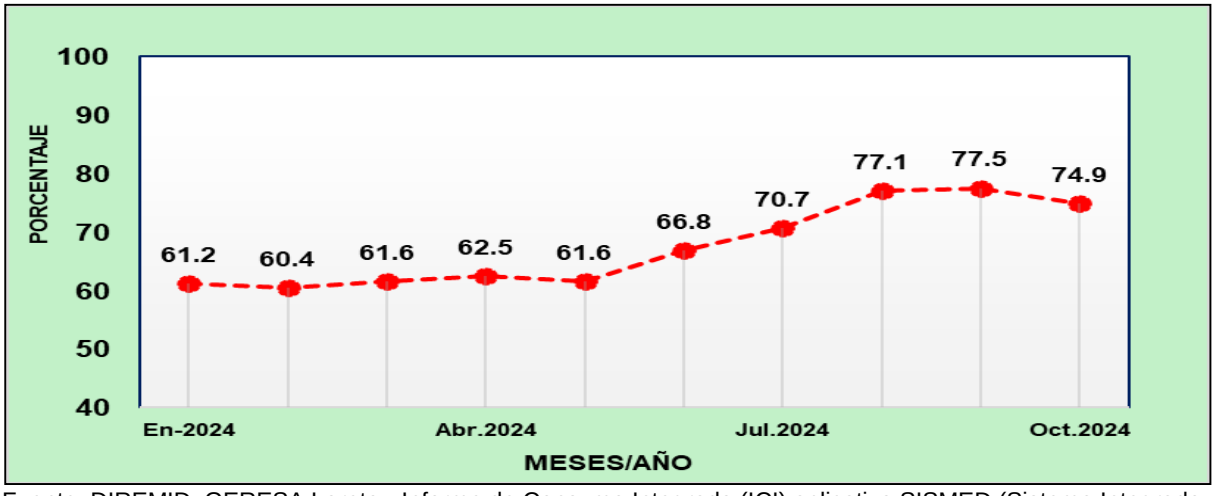
Gráfico N° 148 Región Loreto. Disponibilidad regional de medicamentos. 2016-2024.



Fuente: DIREMID. GERESA Loreto - Informe de Consumo Integrado (ICI) aplicativo SISMED (Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios)

En el Gráfico N° 148, nos muestra al corte de diciembre del año 2024, la evaluación de la disponibilidad regional de medicamentos en forma mensual, en donde el promedio mensual es del 69.09% con nivel de disponibilidad de medicamentos bajo (no se incluyen a los centros de salud mental, CATS, PIAS, BAP, CERITS). En los meses de octubre y diciembre se obtuvo la mayor disponibilidad del periodo con un 76.4%. Todos los meses se obtuvo niveles de disponibilidad bajo (<90%). predomina la inconsistencia en la disponibilidad de medicamentos, lo cual limita la capacidad de respuesta oportuna de los servicios de salud ante las necesidades de la población.

Gráfico N° 149 Región Loreto. Disponibilidad regional de medicamentos mensual 2024.

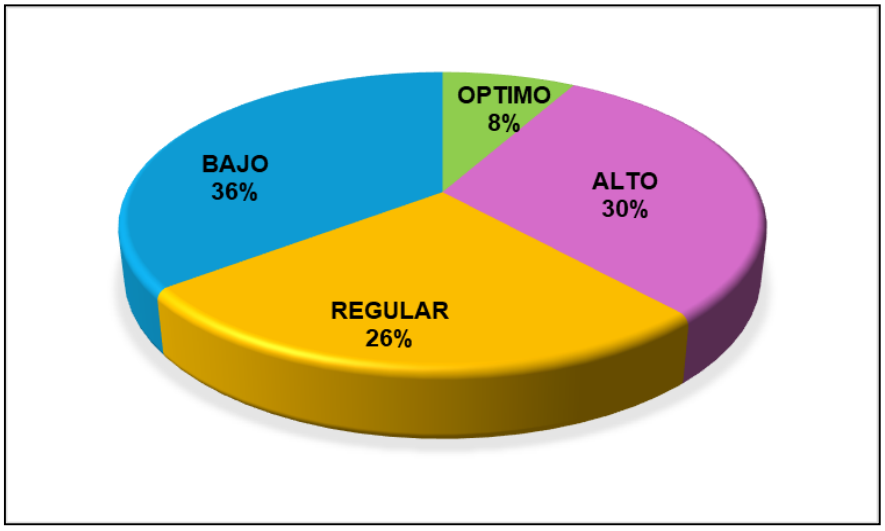


Fuente: DIREMID. GERESA Loreto - Informe de Consumo Integrado (ICI) aplicativo SISMED (Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios)

La disponibilidad de medicamentos esenciales en las IPRESS durante el año 2024 evidencia una situación desigual en la región. Del total de 467 establecimientos evaluados, solo 38 IPRESS (8%) alcanzaron un nivel óptimo (≥90%), lo que indica que una proporción reducida logró mantener un abastecimiento completo y constante de los medicamentos esenciales.

En tanto, 142 IPRESS (30%) se ubicaron en el nivel alto (≥80–<90%) y 123 IPRESS (26%) en el nivel regular (≥70–<80%), lo que refleja un abastecimiento aceptable, aunque con ciertas deficiencias en la continuidad del suministro. No obstante, 164 IPRESS (36%) permanecen en el nivel bajo (<70%), mostrando deficiencias importantes en la gestión de stock y reposición oportuna de
medicamentos.

Gráfico N° 150 Región Loreto. Porcentaje de IPRESS según Nivel de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales. 2024



Fuente: DIREMID. GERESA Loreto - Informe de Consumo Integrado (ICI) aplicativo SISMED (Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

3.15.2 Fármaco Vigilancia

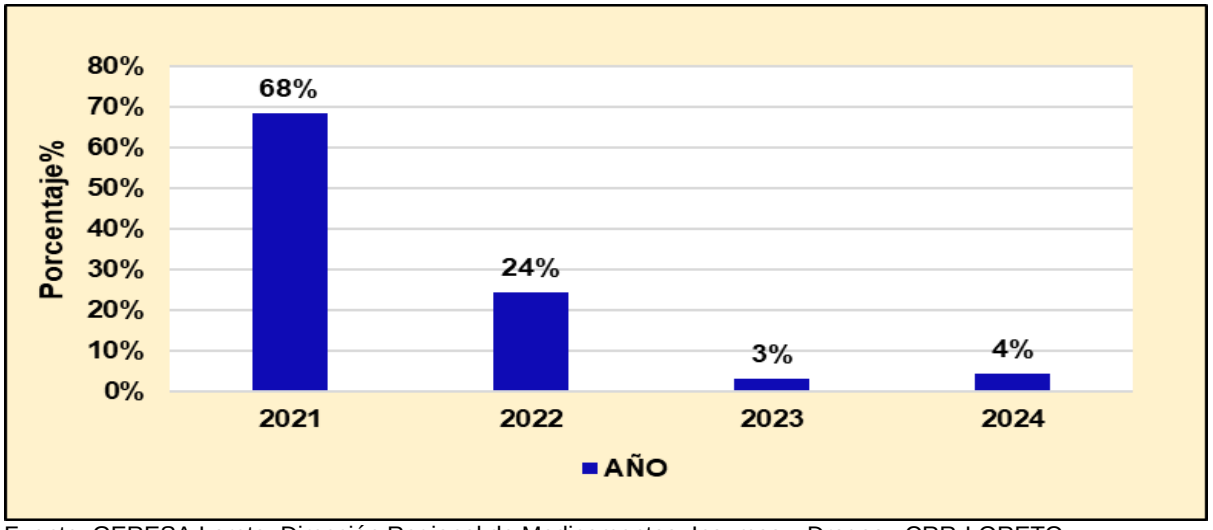
La vigilancia sanitaria en salud involucra el monitoreo activo de eventos adversos relacionados con medicamentos, vacunas y dispositivos médicos, como parte de las acciones para fortalecer la seguridad del paciente y la calidad de la atención en la Región Loreto, el Centro Regional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, viene desarrollando actividades orientadas a fortalecer la farmacovigilancia y tecnovigilancia, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y promover el uso racional de medicamentos, vacunas y dispositivos médicos, además de sensibilizar a la población en general, con la finalidad de concientizar sobre la notificación responsable de reacciones o incidentes adversos aun cuando estos sean leves lo que permitirá adoptar medidas, esta manera prevenir o reducir los efectos nocivos para el paciente y mejorar así la salud pública. En ese marco, se abordan tres componentes claves:

Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (SRAM): Son manifestaciones clínicas no deseadas, sospechosas de estar asociadas al uso de un medicamento en condiciones normales. El reporte de SRAM permite detectar señales tempranas de riesgo, mejorar el uso racional de medicamentos y tomar decisiones oportunas para proteger la salud de la población.
Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI): Son eventos médicos que ocurren después de la administración de una vacuna y que pueden o

no estar relacionados con ella. Su vigilancia contribuye a mantener la confianza en los programas de inmunización, identificar problemas programáticos y garantizar la seguridad de las vacunas.

Entre los años 2021 y 2024, la notificación de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (SRAM) y Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) en la región Loreto muestra una disminución notable, pasando de 68% en 2021 a apenas 4% en 2024. Esta tendencia descendente podría reflejar una reducción en la vigilancia activa o en la notificación oportuna de eventos adversos, más que una disminución real de los casos.

Gráfico N° 151 Región Loreto. Porcentaje de notificaciones de Sospecha de Reacción Adversas a Medicamentos (SRAM) y Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI). 2021-2024.



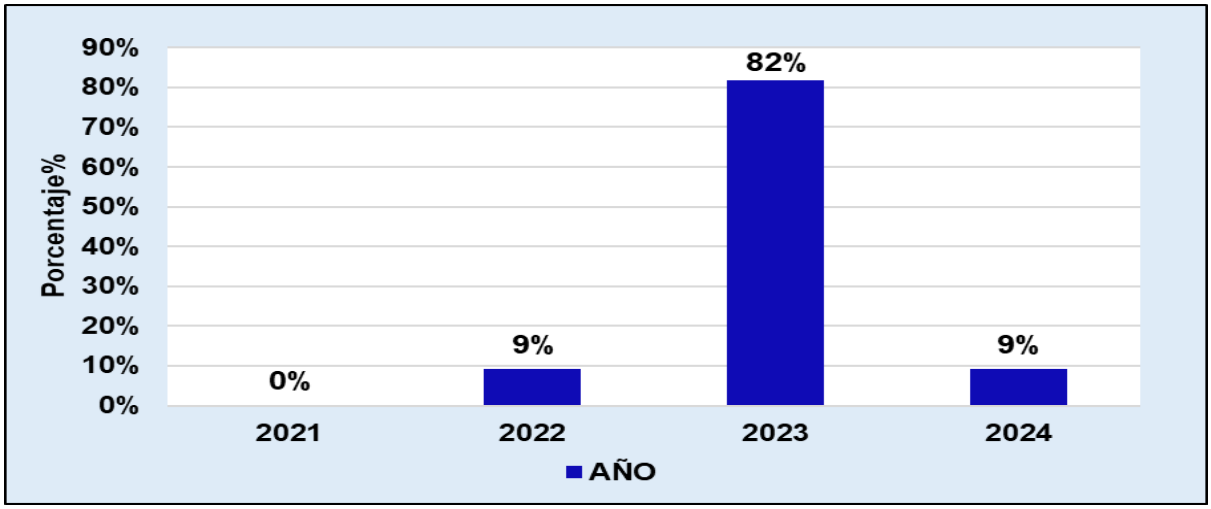
Fuente: GERESA Loreto. Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas. CRR-LORETO

3.15.2.1 Incidentes adversos relacionados a dispositivos médicos (IADM)

Corresponden a cualquier falla o mal funcionamiento de un dispositivo médico (equipos biomédicos, insumos, material de uso clínico, etc.) que haya generado o podido generar daño al paciente o al personal de salud. Esta vigilancia permite detectar productos defectuosos, prevenir su reutilización y alertar a las autoridades regulatorias.

Entre los años 2021 y 2024, las notificaciones de Incidentes Adversos a Dispositivos Médicos (IADM) en la región Loreto presentan variaciones marcadas, con un incremento significativo en 2023 (82%), frente a niveles bajos en 2021 (0%), 2022 (9%) y nuevamente 2024 (9%).

Gráfico N° 152 Región Loreto. Porcentaje Notificaciones de Incidentes Adversos a Dispositivos Médicos (IADM). 2021-2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas. CRR-LORETO

3.15.2.2 Reportes de eventos adversos (SOC)

La Clasificación de Órganos y Sistemas (SOC, por sus siglas en inglés: System Organ Class) es un sistema estandarizado utilizado en farmacovigilancia para agrupar las reacciones adversas a medicamentos según el órgano, sistema o función corporal afectada. Forma parte de la terminología MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities), empleada a nivel internacional para la evaluación y comunicación de la seguridad de los medicamentos. Esta clasificación permite organizar, analizar y comparar los datos de seguridad de manera coherente, facilitando la identificación de patrones de riesgo y la toma de decisiones en salud pública y regulación sanitaria.

En el año 2024, la región Loreto registró un total de 1,986 reportes de eventos adversos clasificados según órganos y sistemas (SOC), observándose una mayor concentración en los trastornos del sistema nervioso (548 casos) y en los trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración (392 casos), que en conjunto representan la mayoría de las notificaciones. Les siguieron los trastornos gastrointestinales (248) y los trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (153). Los reportes de menor frecuencia correspondieron a trastornos inmunológicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y otras categorías aisladas. En general, los datos evidencian que los efectos sobre el sistema nervioso y las reacciones locales son los más comunes en la región, lo que subraya la importancia de mantener una vigilancia farmacológica activa para identificar y gestionar oportunamente los eventos adversos asociados a medicamentos y vacunas.

Tabla N° 77 Región Loreto. Número de reportes por Clasificación de órganos y sistemas (SOC). 2024

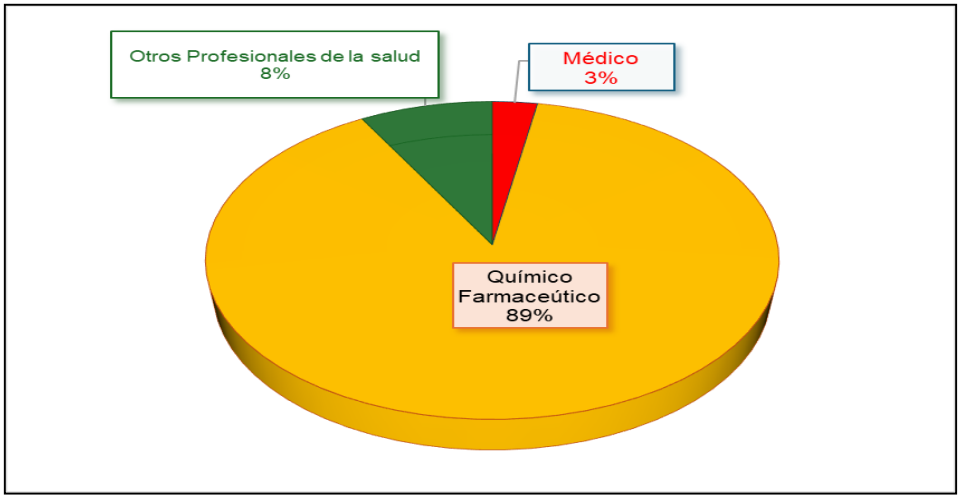
N°	Evento adverso (SOC)	Número de reportes
1	Trastornos del sistema nervioso	548
2	Trastornos generales y alteraciones en el lugar de	392
3	Trastornos gastrointestinales	248
4	Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	153
5	Trastornos del metabolismo y de la nutrición	124
6	Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	96
7	Trastornos hepatobiliares	84
8	Trastornos psiquiátricos	76
9	Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	52
10	Trastornos cardiacos	48
11	Trastornos renales y urinarios	41
12	Trastornos vasculares	39
13	Trastornos del oído y del laberinto	33
14	Trastornos oculares	21
15	Infecciones e infestaciones	18
16	Exploraciones complementarias	6
17	Trastornos del sistema inmunológico	3
18	Procedimientos médicos y quirúrgicos	1
19	Otros	3
TOTAL		**1,986**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas.

En el año 2024, la notificación de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (SRAM) y Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) en la región Loreto fue realizada principalmente por químicos farmacéuticos (88.96%), seguidos por otros profesionales de la salud (8.25%), mientras que los médicos representaron solo el 2.79% de los reportes.

Esta distribución evidencia que la farmacovigilancia está siendo liderada principalmente por el personal farmacéutico, lo cual resalta su compromiso con la seguridad del paciente, aunque también señala la necesidad de fortalecer la participación del personal médico y de otros profesionales en la detección y notificación oportuna de eventos adversos.

Gráfico N° 153 Región Loreto. % de notificaciones de SRAM y ESAVI por profesionales de salud .2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas.

3.16 Asociaciones de Comunidad local de Administración de Salud - ACLAS

La ley N° 29124, que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en establecimientos de salud del ministerio de salud y sus regiones. LA ASOCIACION CLAS (Asociación Comunidad Local de Administración de Salud) “CLAS” Es una asociación civil sin fines de lucro con personería jurídica conformada por personas naturales o jurídicas de derecho privado, con fines de colaborar con el estado en la administración de los recursos públicos destinados a la prestación de los servicios de salud; pudiendo tener a su cargo uno o más establecimientos de primer nivel de atención del ministerio de salud. Está integrada por representantes de la comunidad y de las organizaciones de base con el objeto de administrar un conjunto de establecimientos de salud, para mejorar la salud de las personas, la familia, la comunidad y el ambiente.

3.16.1 Estado de la distribución espacial de los ACLAS

El estado representado por el MINSA a través de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud (DIRESA/DISA) fue transfiriendo recursos financieros, materiales, personal, entre otros, hasta el momento en que los mismos fueron descentralizados a los pliegos regionales como parte del proceso de descentralización del estado. Además del rol normativo, asistencia técnica y control sobre el cumplimiento de las normas y acciones de salud, mientras que cada CLAS brinda sus servicios, utilizando como instrumento básico de gestión el Plan de Salud Local (PSL), Instrumento de planeamiento y programación que se inserta en el Convenio de Cogestión asumido con los niveles de gobierno regional y local en articulación con los planes de desarrollo de dichos ámbitos.

Desde la creación, la Región Loreto cuenta 33 Asociaciones CLAS que administran 141 Centros y/o Puestos de Salud. Esta cantidad representa aproximadamente el 26% del total de establecimientos del primer nivel de atención (493). En su ámbito de operación atienden a una población aproximada de 847,313 00 habitantes, de extractos de mayor pobreza que viven en zonas rurales y urbano – marginales.

Tabla N° 78 Región Loreto. Cantidad de establecimientos de Salud ACLAS GERESA Loreto 2024

RED MAYNAS CIUDAD / PERIFERIE	
1	ACLAS MORONA COCHA
2	ACLAS SAN ANTONIO
3	ACLAS BELLAVISTA NANAY
4	ACLAS BELEN
5	ACLAS CARDOZO
6	ACLAS 9 DE OCTUBRE
7	ACLAS 6 DE OCTUBRE
8	ACLAS PAUJIL
9	ACLAS SANTO TOMAS
10	ACLAS SAN JUAN
11	ACLAS TAMSHIYACU
12	ACLAS MAZAN
13	ACLAS INDIANA
RED RAMON CASTILLA	
14	ACLAS CABALLOCOCHA
15	ACLAS PEVAS
16	ACLAS SAN PABLO
17	ACLAS SANTA ROSA

RED REQUENA	
18	ACLAS REQUENA
19	ACLAS JENARO HERRERA
20	ACLAS TAMANCO VIEJO
21	ACLAS BRETAÑA
RED UCAYALI	
22	ACLAS CONTAMANA
23	ACLAS ORELLANA
24	ACLAS JUANCITO
RED ALTO AMAZONAS	
25	ACLAS AGUAMIRO
26	ACLAS JEBEROS
27	ACLAS LAGUNAS
28	ACLAS PAMPA HERMOSA
RED DATEM MARAÑON	
29	ACLAS SAN LORENZO
30	ACLAS SARAMIRIZA
RED LORETO	
31	ACLAS NAUTA
32	ACLAS SANTA RITA DE CASTILLA
33	ACLAS INTUTO

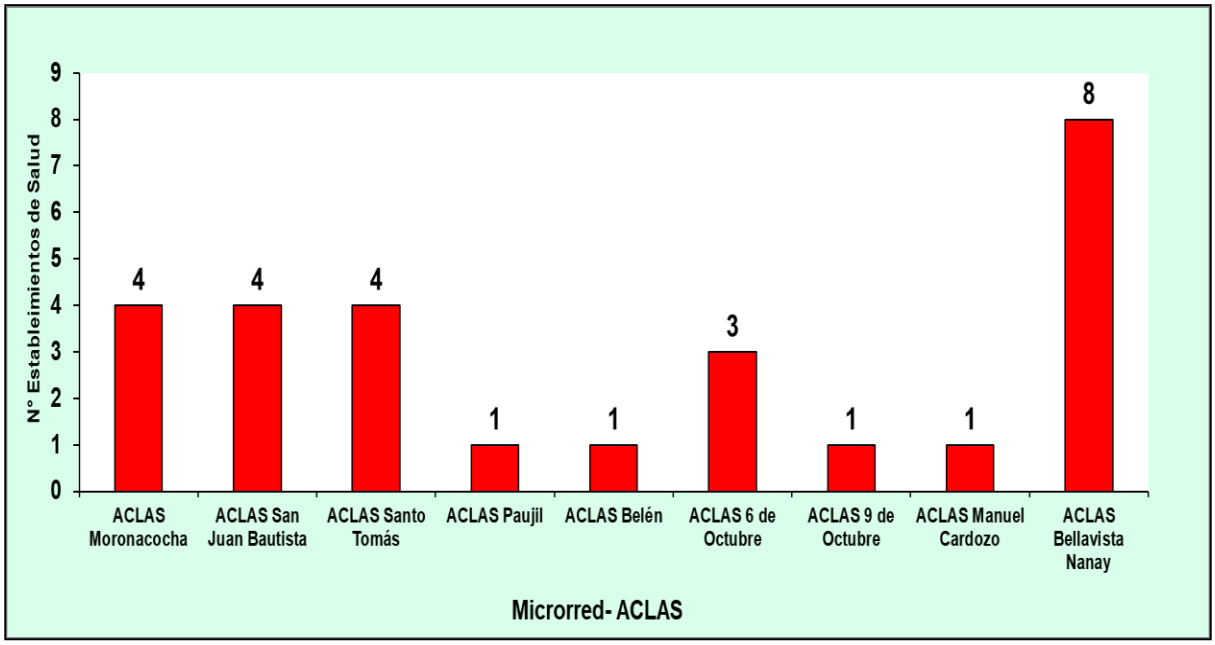
Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

En la Tabla N° 78, se hace mención la cantidad de ACLAS de la Región Loreto, en las 8 redes de salud, quienes cuentan con 33 establecimientos de salud en la modalidad administrativa de cogestión. La Red Maynas Ciudad y Periferie cuenta con mayor número de establecimientos de salud (13), las redes de Ramon Castilla, Requena, Alto Amazonas con 4 establecimientos respectivamente, Red de Salud Ucayali, Red de Loreto con 2 establecimientos de salud.

3.16.1.1 ACLAS Red Maynas Ciudad

En el Gráfico N° 154, se observa la cantidad de establecimientos adscritos a las Micro redes UE 400. En el marco de la Ley N°29124 “Cogestión y Participación ciudadana para el primer nivel de atención de los establecimientos de Salud” correspondiente a la Red Maynas Ciudad UE-400 en el año 2024, de los 21 ACLAS el 75 % actualizaron el convenio de Cogestión, vinculo jurídico generado entre el estado, y el órgano de cogestión para la administración de los establecimientos de salud.

Gráfico N° 154 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos U.E 400 -2024

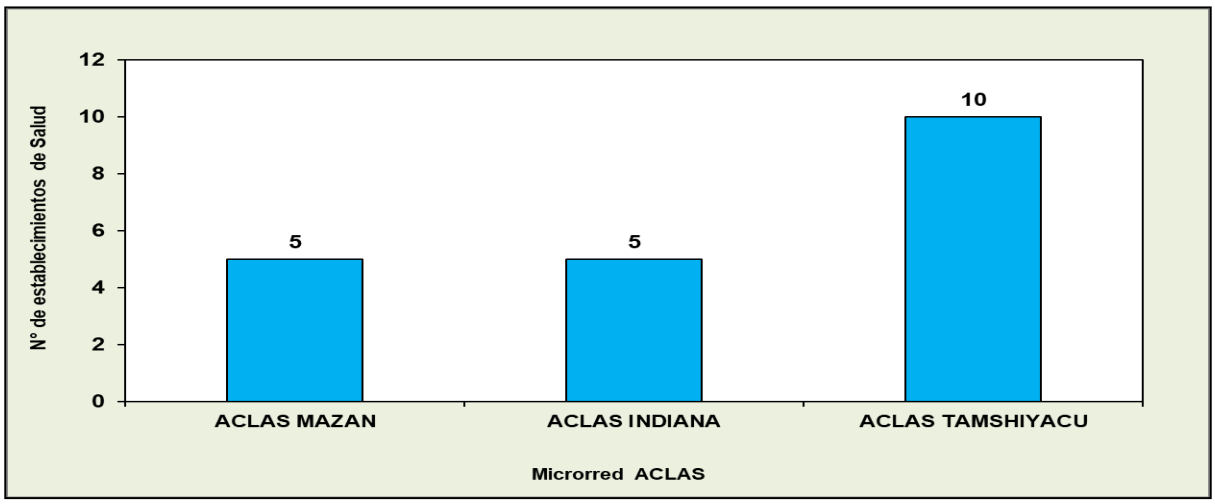


Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS

3.16.1.2 ACLAS Red Maynas Periferie

En el Gráfico N° 155, se observa la cantidad de IPRESS adscritas a la Red Maynas Periferie, la Red Maynas Periferie cuenta con un total de 20 establecimientos adscritos, distribuidos entre las ACLAS de Mazán e Indiana con 5 cada una, y Tamshiyacu con 10, siendo esta última la de mayor cobertura, lo que refleja una mayor concentración de servicios de salud en su ámbito territorial.

Gráfico N° 155 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos Red Maynas Periferie 2024.

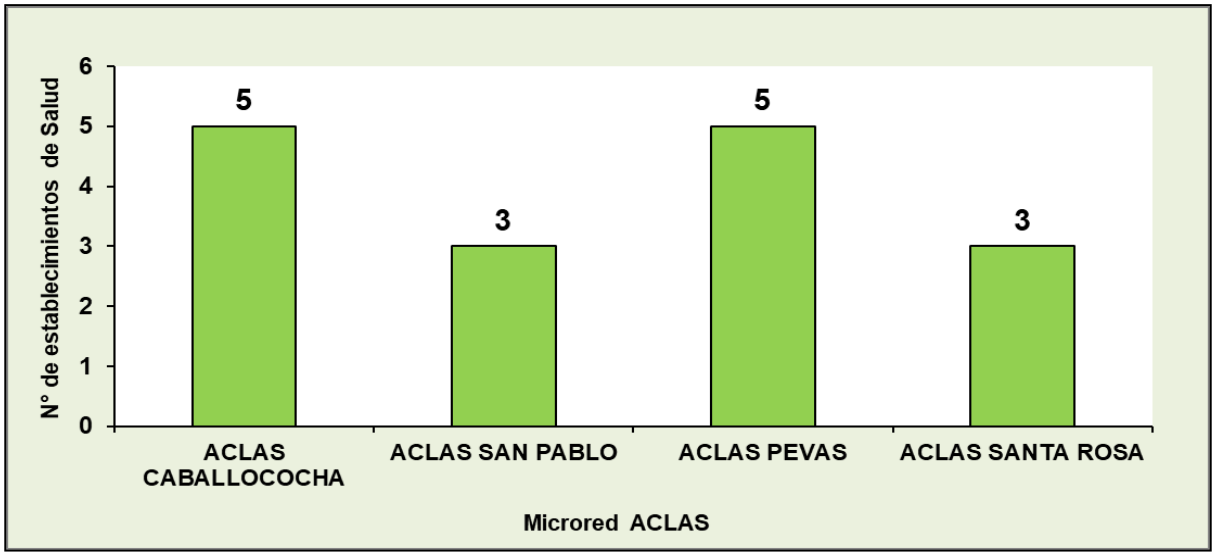


Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.16.1.3 ACLAS Red Mariscal Ramón Castilla

En la Red Ramón Castilla, Región Loreto, se registran en 2024 un total de 16 establecimientos adscritos, distribuidos entre las ACLAS Caballococha y Pevas con 5 cada una, y San Pablo y Santa Rosa con 3 cada una, lo que evidencia una organización equilibrada de los servicios de salud en los distintos ámbitos de la red.

Gráfico N° 156 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos Red Ramón Castilla-2024

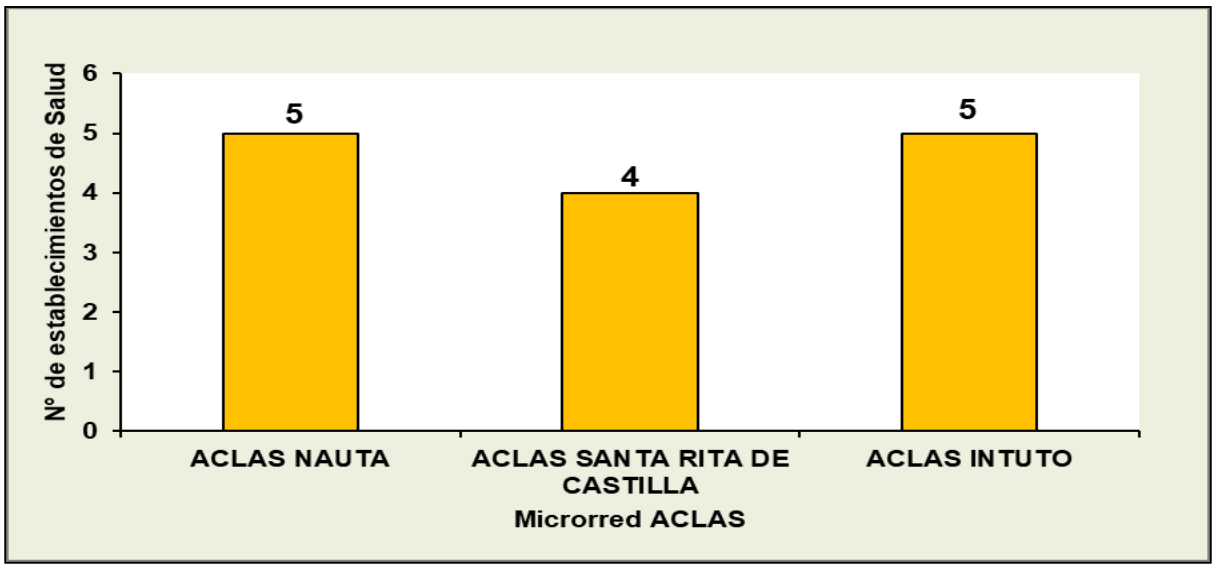


Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.16.1.4 ACLAS Red Loreto

En la Red Loreto, durante el 2024, se reportan 14 establecimientos adscritos a los ACLAS, siendo Nauta e Intuto los que concentran mayor número (5 cada uno), seguidos por Santa Rita de Castilla con 4, lo que refleja una distribución relativamente uniforme de los servicios de salud en la red.

Gráfico N° 157 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos Red Loreto-2024

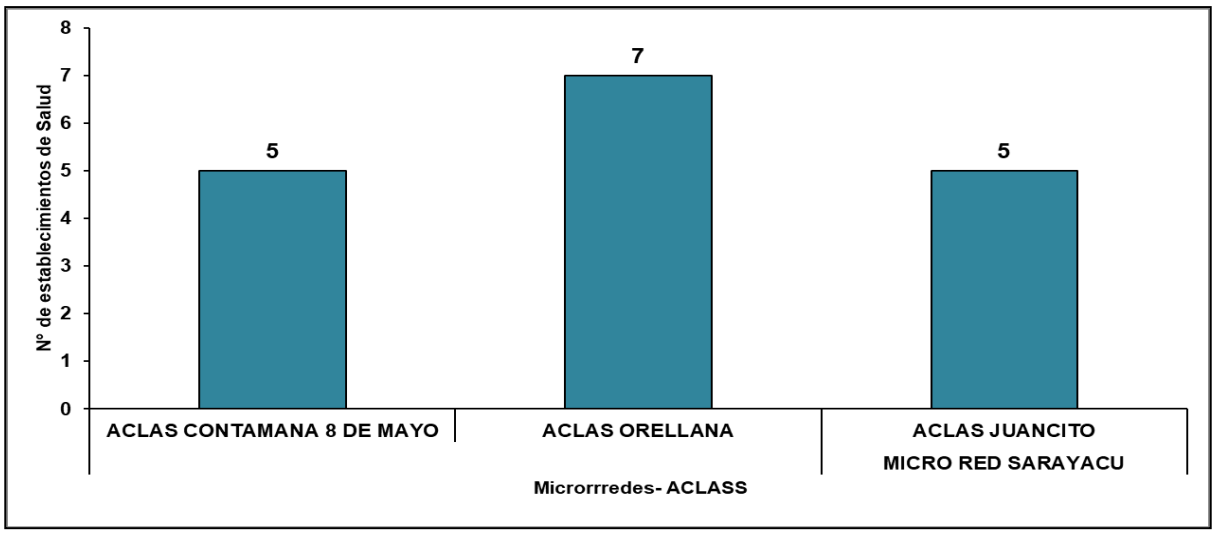


Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.16.1.5 Red Ucayali

En la Red Ucayali, durante el 2024, se registran 17 establecimientos adscritos a los ACLAS, destacando Orellana con 7 establecimientos, seguido de Contamana 8 de Mayo y Juancito con 5 cada uno, evidenciando una adecuada cobertura de atención en las zonas rurales de la provincia.

Gráfico N° 158 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos a la Red Ucayali.2024



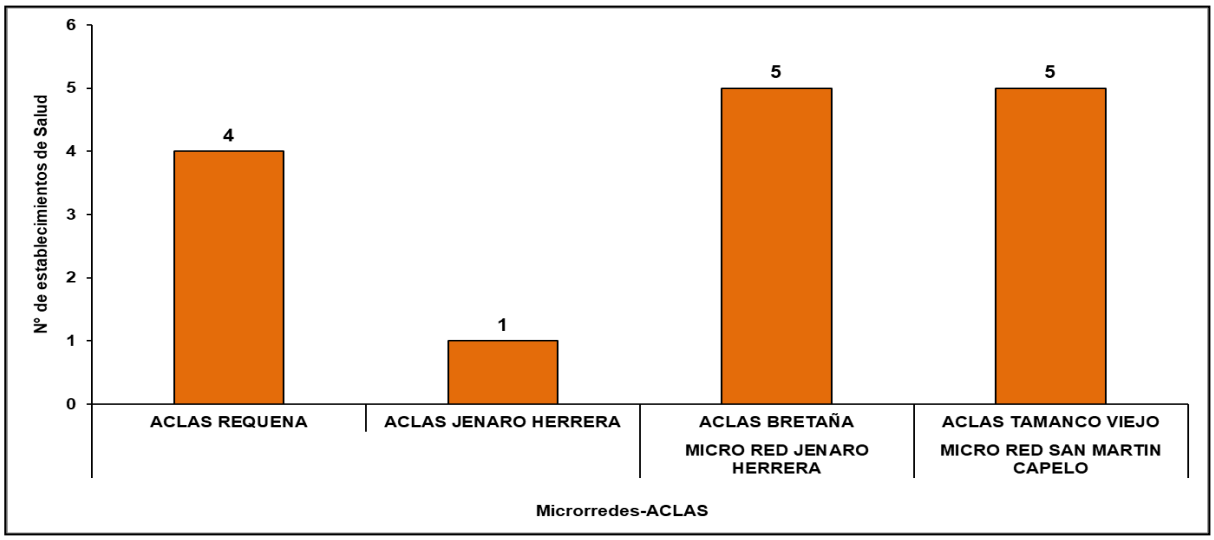
Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.16.1.6 Red Requena

En la Red Ucayali, durante el 2024, se reportan 15 establecimientos adscritos a los ACLAS, siendo Bretaña y Tamanco Viejo los que concentran mayor número (5 cada uno), seguidos

de Requena con 4 y Jenaro Herrera con 1, lo que refleja una distribución heterogénea de los servicios de salud en esta red de la región Loreto.

Gráfico N° 159 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos en la Red Requena. 2024

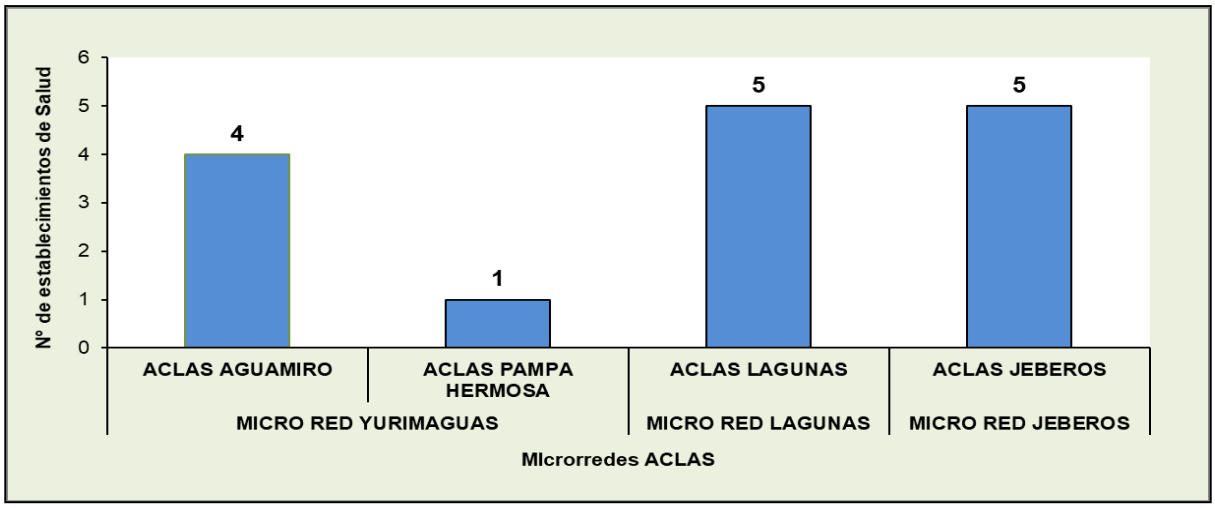


Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.16.1.7 Red Alto Amazonas

En la Red Alto Amazonas durante el 2024, se registran 15 establecimientos adscritos a los ACLAS, concentrándose principalmente en las microrredes Lagunas y Jeberos con 5 establecimientos cada una, mientras que Aguamiro cuenta con 4 y Pampa Hermosa con 1, evidenciando una mayor concentración de servicios en las zonas con mayor población y accesibilidad de la región Loreto.

Gráfico N° 160 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos Red Alto amazonas -2024.

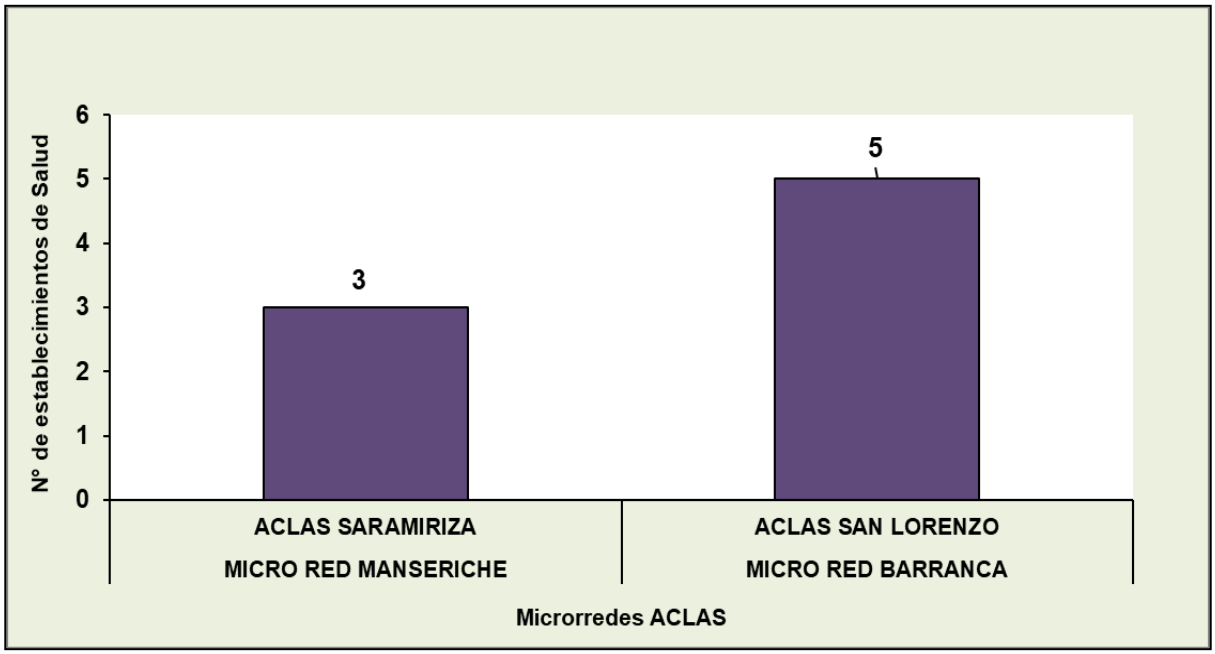


Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.16.1.8 Red Datem del Marañón

En la Red Datem del Marañón, durante el 2024, se reporta un total de 8 establecimientos adscritos a los ACLAS, de los cuales 5 pertenecen a la Micro Red Barranca (ACLAS San Lorenzo) y 3 a la Micro Red Manseriche (ACLAS Saramiriza), lo que refleja una distribución orientada a fortalecer la atención en las zonas rurales y fluviales de la región Loreto.

Gráfico N° 161 Región Loreto. Cantidad de establecimientos ACLAS adscritos Red Datem del Marañón-2024.



Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.16.2 Atenciones de los ACLAS

En términos generales, la Unidad Ejecutiva 400 de Salud Loreto registró un total de 2,201,696 atenciones en 2024, mostrando un incremento respecto a las 2,078,062 atenciones de 2023, lo que representa un crecimiento aproximado del 5,9 %. Este aumento indica una mejora en la accesibilidad y uso de los servicios de salud por parte de la población de la región, posiblemente impulsada por estrategias de fortalecimiento de la atención primaria y la ampliación de la cobertura en zonas periféricas.

Al analizar los establecimientos de manera individual, se observa que ACLAS San Juan continúa siendo el que registra mayor número de atenciones (408,704 en 2024), reflejando su papel central como hospital de referencia en la red. Asimismo, ACLAS 6 de Octubre y ACLAS Morona Cocha también destacan por su alto volumen de atenciones, con 218,144 y 140,265 respectivamente, mientras que establecimientos como ACLAS Paujil, Tamanaco Viejo y Jenaro Herrera muestran menor flujo, acorde con su ubicación en zonas más pequeñas o de menor población.

Se perciben algunas variaciones llamativas: por ejemplo, ACLAS Bellavista reporta un salto significativo de 14,502 a 160,202 atenciones, lo que podría deberse a una ampliación de servicios, cambio en la cobertura territorial o reasignación de usuarios de otras unidades. En general, la distribución refleja que la mayoría de los ACLAS mantienen una tendencia estable con ligeras disminuciones o incrementos, asegurando atención continua, mientras que

algunos experimentan cambios destacados que requieren seguimiento para comprender su impacto en la planificación de recursos y personal de salud.

Tabla N° 79 Región Loreto. Atenciones en establecimientos de salud ACLAS- UE.4004. Salud Loreto. 2024

N°	U.E 400 REGION LORETO	2023	2024
1	ACLAS SAN JUAN	409,689	408,704
2	ACLAS SANTO TOMAS	43,520	42,536
3	ACLAS PAUJIL	14,256	13,236
4	ACLAS MORONA COCHA	142,015	140,265
5	ACLAS BELLAVISTA	14,502	160,202
6	ACLAS SAN ANTONIO	101,202	100,181
7	ACLAS 9 DE OCTUBRE	78,546	77,998
8	ACLAS 6 DE OCTUBRE	214,587	218,144
9	ACLAS VILLA BELEN	48,759	47,036
10	ACLAS CARDOZO	121,479	120,708
11	ACLAS TAMSHIYACU	48,975	47,637
12	ACLAS MAZAN	72,456	71,118
13	ACLAS INDIANA	95,784	94,432
14	ACLAS REQUENA	189,540	188,800
15	ACLAS JENARO HERRERA	33,154	32,834
16	ACLAS BRETAÑA	46,152	45,124
17	ACLAS TAMANCO VIEJO	26,541	24,014
18	ACLAS CABALLOCOCHA	145,230	143,710
19	ACLAS PEBAS	116,840	115,102
20	ACLAS SAN PABLO	58,621	57,478
21	ACLAS SANTA ROSA	56,214	52,437
TOTAL		**2,078,062**	**2,201,696**

Fuente: GERESA Loreto. DECPC. Dirección de Estadística e informática

3.16.3 Recursos Humanos en los ACLAS

En el año 2024, los establecimientos de salud ACLAS de la Unidad Ejecutiva 400 – Salud Loreto contaron con un total de 59 recursos humanos distribuidos entre 32 IPRESS, lo que refleja una dotación limitada de personal frente a la amplia cobertura territorial y demanda asistencial de la región. Esta cifra evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo la capacidad operativa de las redes periféricas para asegurar atención continua y oportuna a la población.

Se observa que algunos establecimientos, como ACLAS San Juan de Miraflores y ACLAS San Antonio, concentran el mayor número de trabajadores (7 cada uno), mientras que otros como Morona Cocha, San Lorenzo, Tamanaco Viejo, Bellavista Nanay y Juancito cuentan con entre 3 y 4 profesionales, indicando una mejor dotación en zonas de mayor demanda. En contraste, varios ACLAS presentan dotación nula o mínima (por ejemplo, Indiana, Tamshiyacu, Caballococha, Pevas y San Pablo con 0 personas), lo cual podría estar vinculado a vacantes no cubiertas, reestructuración de plazas o dificultades logísticas de desplazamiento y permanencia del personal en zonas rurales.

En síntesis, la distribución del recurso humano es desigual y concentrada en pocos establecimientos, lo que plantea retos en la gestión del talento humano, la cobertura de servicios y la continuidad asistencial. El fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios y la asignación equitativa del personal serán esenciales para mejorar la capacidad resolutiva de los ACLAS y garantizar un acceso equitativo a la atención primaria de salud en toda la región Loreto.

Tabla N° 80 Región Loreto. •Número de Recursos Humanos en Salud en establecimientos de salud ACLAS-2024

N°	IPRESS ACLAS	NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS POR CADA ACLAS
1	i.4 BELLAVISTA NANAY	3
2	i.3 ANTONIO	7
3	I.4 SAN JUAN DE MIRAFLORES	7
4	I.3 SANTO TOMAS	1
5	I.2 PAUJIL	2
6	I.4 MORONA COCHA	4
7	I.3 06 DE OCTUBRE	0
8	I.3 BELEN	2
9	I.3 CARDOZO	1
10	I.3 09 DE OCTUBRE	2
11	I.4 REQUENA	1
12	I.3 JENARO HERRERA	1
13	I.3 BRETAÑA	2
14	I.3 TAMANCO VIEJO	4
15	I.3 MAZAN	1
16	I.3 INDIANA	0
17	I.3 TAMSHIYACU	0
18	I.4 CABALLOCOCHA	0
19	I.3 PEVAS	0
20	I.3 SAN PABLO	0
21	I.3 SANTA ROSA	0
22	I.3 AGUAMIRO	0
23	I.3 LAGUNAS	2
24	I.3 PAMPA HERMOSA	0
25	I.3 JEBEROS	0
26	I.3 SARAMIRIZA	0
27	I.4 SAN LORENZO	4
28	I.3 INTUTO	2
29	I.4 NAUTA	2
30	I.3 SANTA RITA	3
31	I.4 JUANCITO	3
32	I.4 CONTAMANA- ORELLANA	3
TOTAL		59

Fuente: GERESA Loreto. DESI- DAIS- Coordinación Regional ACLAS.

3.17 Cuidado de Atención Integral de salud (MCI)

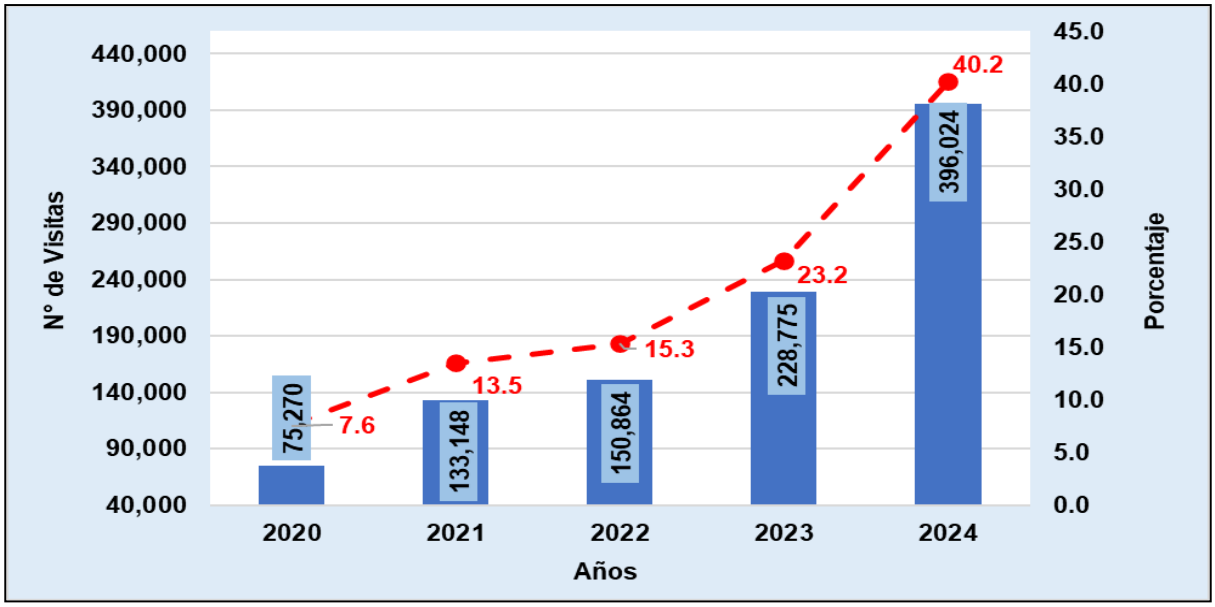
En la Región de Loreto, el programa de salud familiar y comunitaria viene desarrollando el Modelo de Cuidado de Atención Integral de salud (MCI) en los diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención además de un enfoque intercultural el mismo que coadyuva en la mejora de salud de la población Loretana, logrado avances importantes, como el incremento de cobertura y cumplimiento del Plan de Atención Integral de Salud.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad; engloba una serie de políticas, normativas, acciones, métodos, procesos, así como instrumentos y recursos de tal forma que, al integrarse, logran mejorar las condiciones de vida y/o satisfacer las necesidades de los individuos, familia y comunidad. Sus atribuciones son aplicadas a nivel regional en cada uno de los establecimientos de salud.

El cuidado integral y la falta de continuidad de la atención, así como la restricción de las actividades presenciales en espacios comunitarios tiene efectos negativos para la salud física y mental, incrementándose las situaciones de vulnerabilidad como las situaciones de violencia e incremento de las enfermedades no transmisible en otras**.**

Entre los años 2020 y 2024, la Región Loreto mostró un incremento sostenido en el número de visitas domiciliarias realizadas en el marco del Modelo de Cuidado Integral en Salud (MCI), pasando de 75,270 visitas en 2020 (7.6%) a 396,024 en 2024 (40.2%). Este crecimiento refleja un fortalecimiento progresivo de las acciones comunitarias y de seguimiento a las familias, especialmente tras la recuperación operativa post pandemia, evidencia una mayor articulación entre los establecimientos de salud y la comunidad.

Gráfico N° 162 Región Loreto. Número y Porcentaje de Visitas Domiciliarias, Región Loreto 2020-2024



Fuente: HIS-MINSA. 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, las visitas domiciliarias por Redes de Salud en la región Loreto alcanzaron un total de 994,191 visitas. Las redes que reportaron las mayores cantidades acumuladas y a la vez mayores incrementos fueron Maynas Ciudad, con 540,800 visitas (54.4%), y Alto Amazonas, con 92,290 (9.3%), reflejando una expansión significativa de las intervenciones en el ámbito urbano y rural. En contraste, redes como Requena y Ramón

Castilla mostraron incrementos más recientes, concentrando la mayoría de sus actividades en 2023 y 2024. (Tabla N° 81).

Tabla N° 81 Región Loreto. Número y Porcentajes de Visitas Domiciliarias por Redes de Salud. 2020-2024

REDES DE SALUD	AÑO										TOTAL
	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	
ALTO AMAZONAS	1,394	1.5	2,829	3.1	617	0.7	22,265	24.1	65,185	70.6	92,290
DATEM DEL MARAÑON	7,794	9.7	17,046	21.3	14,784	18.5	14,844	18.5	25,644	32.0	80,112
LORETO NAUTA	908	1.8	3,600	7.2	11,208	22.3	11,049	22.0	23,441	46.7	50,206
MAYNAS CIUDAD	55,421	10.2	88,549	16.4	104,712	19.4	127,820	23.6	164,298	30.4	540,800
MAYNAS PERIFERIE	6,750	5.4	15,959	12.8	13,613	10.9	32,087	25.7	56,373	45.2	124,782
RAMON CASTILLA	110	0.3	773	2.4	923	2.8	7,373	22.7	23,291	71.7	32,470
REQUENA	20	0.1	640	2.5	1,030	4.1	7,885	31.2	15,697	62.1	25,272
UCAYALI	2,873	7.5	3,752	9.8	3,977	10.4	5,452	14.3	22,095	57.9	38,149
TOTAL	**77,290**		**135,169**		**152,886**		**230,798**		**398,048**		**994,191**

Fuente: HIS-MINSA. 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, las visitas domiciliarias según curso de vida en la región Loreto muestran un incremento sostenido en todos los grupos poblacionales, destacando el aumento en los adultos de 30 a 59 años (41.6%) y en los niños de 1 día a 11 años (38.5%) durante 2024. Este crecimiento refleja una ampliación del alcance de la estrategia de atención integral, especialmente hacia los grupos con mayor carga de enfermedades y necesidades de seguimiento continuo. Asimismo, se observa un fortalecimiento en la atención a gestantes, cuyas visitas alcanzaron el 26% en 2024, consolidando la vigilancia materna y prenatal.

En conjunto, la tendencia evidencia un fortalecimiento progresivo del Modelo de Cuidado Integral (MCI), con un enfoque de ciclo de vida y equidad en salud, priorizando la atención preventiva y la continuidad del cuidado en el entorno familiar y comunitario.

Tabla N° 82 Región Loreto. Número y Porcentaje de Visitas Domiciliarias por Curso de Vida, Región Loreto 2020-2024

AÑO	CURSO DE VIDA											
	1d-11a	%	12a-17a	%	18a-29a	%	30a-59a	%	60 a más	%	Gestante	%
2020	21,517	**9.3**	4,975	**6.5**	13,883	**7.9**	23,741	**6.9**	8621	**6.4**	2,533	**10.5**
2021	33,986	**14.7**	9,803	**12.8**	24,789	**14.1**	43,159	**12.6**	15851	**11.8**	5,560	**23.1**
2022	35,674	**15.5**	11,869	**15.5**	27,833	**15.8**	51,614	**15.0**	19702	**14.7**	4,172	**17.3**
2023	50,655	**22**	17,507	**22.9**	40,702	**23.2**	81,986	**23.9**	32397	**24.1**	5,528	**23.0**
2024	88,780	**38.5**	32,324	**42.3**	68,463	**39.0**	142,603	**41.6**	57595	**42.9**	6,259	**26.0**

Fuente: HIS-MINSA. 2020-2024

3.18 Redes Integradas de Salud (RIS)

Las Redes Integradas de Salud (RIS), según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), son un modelo organizativo que busca articular los diferentes establecimientos de salud dentro de un territorio determinado para garantizar una atención continua, integral y centrada en las personas, familias y comunidades. Este enfoque promueve la coordinación entre los niveles de atención, el uso eficiente de los recursos y la mejora de la calidad de los servicios, en concordancia con el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida.
En la Región Loreto, la implementación de las RIS representa un avance significativo en la reorganización del sistema sanitario, considerando su amplia extensión geográfica, dispersión poblacional y diversidad cultural. A través de la conformación de redes como Maynas, Alto Amazonas, Requena, Ucayali, Loreto-Nauta, Ramón Castilla y Datem del Marañón, se busca fortalecer la capacidad resolutiva, la referencia y contrarreferencia, así como la gestión territorial de la salud. Este proceso permite mejorar la accesibilidad, continuidad y equidad en la atención sanitaria, respondiendo a las necesidades locales y contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud regional.

3.18.1 RIS propuestas GERESA Loreto 2024 al 2026

La organización de las Redes Integradas de Salud (RIS) propuestas en la Región Loreto para los años 2024 al 2026, evidencia un esfuerzo significativo por fortalecer el sistema sanitario a través de la articulación territorial y funcional de los establecimientos de salud. En total, se proponen 13 RIS, distribuidas en las provincias de Maynas, Alto Amazonas, Datem del Marañón, Loreto, Ramón Castilla, Requena y Ucayali, las cuales agrupan un total de 562 IPRESS, con cobertura poblacional variable según el territorio. Las redes con mayor población son Iquitos (165,310 habitantes) y San Juan (158,696 habitantes), ambas articuladas al Hospital Regional de Loreto, que cumple un rol central en la referencia y contrarreferencia.
Estas redes han sido delimitadas considerando escenarios urbanos marginales con periferia rural dispersa, buscando garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso. Cada RIS se relaciona con un hospital base como los hospitales de Santa Gema de Yurimaguas, Iquitos, Regional de Loreto, Santa Clotilde y Contamana que actúan como centros de soporte asistencial y técnico. Esta estructura organizativa promueve una atención integral, continua y coordinada, en concordancia con el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI), fortaleciendo la capacidad resolutiva del primer nivel y optimizando la gestión sanitaria regional.
La organización de las 13 Redes Integradas de Salud (RIS) propuestas para la Región Loreto en el periodo 2024-2026 refleja un avance progresivo en la consolidación del modelo de atención integral impulsado por el MINSA. Hasta la fecha, tres redes Alto Amazonas, Datem del Marañón y Loreto Nauta ya cuentan con Resolución Gerencial formal de conformación, lo que representa un importante hito en la descentralización de la gestión sanitaria y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Estas RIS abarcan territorios amplios y geográficamente diversos, integrando distritos rurales y urbanos como Yurimaguas, Balsapuerto, Pastaza, Nauta y Urarinas, garantizando así una cobertura sanitaria más equitativa y adaptada a las realidades locales.
Por otro lado, redes como Punchana, San Juan, Belén, Putumayo e Iquitos se encuentran en proceso de conformación, mientras que Requena, Napo, Ramón Castilla, Ucayali y Maynas Periferie permanecen pendientes de delimitación. Este panorama evidencia una etapa de transición en la implementación del modelo RIS en Loreto, en la que aún se requiere fortalecer la planificación territorial, los mecanismos de articulación entre IPRESS y hospitales de referencia, y la asignación de recursos.

Tabla N° 83 Región Loreto. Organización de las Redes Integradas de Salud Propuestas, según delimitaciones. 2024 al 2026.

Nº	RIS PROPUESTA	Nº IPRESS	PROVINCIA(S)	DISTRITO(S)	POBLACION	ESCENENARIO	HOSPITAL RELACIONADO AL AREA SANITARIA
1	ALTO AMAZONAS	108	ALTO AMAZONAS	6 DISTRITOS	161,265	URBANO MARGINAL CON PERIFERIA RURAL DISPERSA	HSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
2	DATEM DEL MARAÑON	67	DATEM DEL MARAÑON	6 DISTRITOS	64,177		HSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
3	LORETO NAUTA	64	LORETO	5 DISTRITOS	74,643		HOSPITAL IQUITOS
4	SAN JUAN	22	MAYNAS	SAN JUAN, ALTO NANAY	158,696		HOSPITAL IQUITOS
5	BELEN	12	MAYNAS	BELEN	72,223		HOSPITAL IQUITOS
6	PUTUMAYO	15	MAYNAS	4 DISTRITOS	9,072		HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
7	PUNCHANA	32	MAYNAS	PUNCHANA	91,605		HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
8	IQUITOS	13	MAYNAS	IQUITOS	165,310		HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
9	MAYNAS PERIFERIA	24	MAYNAS	4 DISTRITOS	52,472		HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
10	NAPO	16	MAYNAS	NAPO Y TORRES CAUSANA	23,498		HOSPITAL SANTA CLOTILDE
11	RAMON CASTILLA	26	RAMON CASTILLA	4 DISTRITOS	61,310		HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
12	REQUENA	35	REQUENA	11 DISTRITOS	64,830		HOSPITAL IQUITOS
13	UCAYALI	60	UCAYALI	6 DISTRITOS	63,265		HOSPITAL CONTAMANA

Fuente: GERESA Loreto- Dirección Ejecutiva de Salud Integral. Dirección de Servicios de Salud. 2024

Tabla N° 84 Región Loreto. 13 redes Integradas de Salud (RIS) Conformadas con Resolución Gerencial y otras en Proceso. Propuestas del 2024 al 2026.

N°RIS	CONFORMACIÓN DE RIS	AVANCES	AMBITOS DE LA RIS /DISTRITOS
1	Alto Amazonas.	R.G. N°1083-2020-GRL-GRS-LORETO/30.01 ALTO AMAZONAS, 31 AGO 2020.	Lagunas, Santa Cruz, Teniente Cesar Lopez Rojas, Yurimaguas, Balsapuerto, Jeberos.
2	Datem del Marañon.	R.G. N°1134-2024-GRL-GERESA-L/30.01 PUNCHANA, 30 JUL 2024.	Manseriche, Barranca, Cahuapanas, Pastaza, Andoas y Morona.
3	Loreto Nauta.	R.G N°1499-2024-GRL-GERESA-L/30.01 PUNCHANA, 16 OCT 2024.	Nauta, Parinari, Trigre, Trompeteros y Urarinas.
4	Punchana.	EN PROCESO.	Parte de los distritos: Punchana, Belen.
5	San Juan.	EN PROCESO.	Provincia de Maynas, en el distrito de Alto Nanay y parte de los distritos de Iquitos, Belen y San Juan.
6	Belen.	EN PROCESO.	Parte de los distritos: Belen, Fernando Lores y San Juan Bautista,
7	Putumayo.	EN PROCESO.	
8	Iquitos.	EN PROCESO.	Falta delimitar
9	Requena.	PENDIENTE	Falta delimitar
10	Napo.	PENDIENTE	Falta delimitar
11	Ramon Castilla.	PENDIENTE	Falta delimitar
12	Ucayali.	PENDIENTE	Falta delimitar
13	Maynas Periferie.	PENDIENTE	Falta delimitar

Fuente: GERESA Loreto- Dirección Ejecutiva de Salud Integral. Dirección de Servicios de Salud. 2024

CAPÍTULO IV.ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD

4.1 Análisis de la mortalidad

La mortalidad constituye un indicador fundamental para comprender el estado de salud de la El análisis de mortalidad es un componente fundamental de la salud pública, ya que permite identificar las principales causas de muerte, su comportamiento en el tiempo y las desigualdades que afectan a diferentes grupos poblacionales. En la región Loreto, caracterizada por su amplia extensión geográfica, alta dispersión poblacional y limitaciones en el acceso a los servicios de salud, este análisis adquiere especial relevancia para orientar políticas sanitarias, priorizar intervenciones y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica.

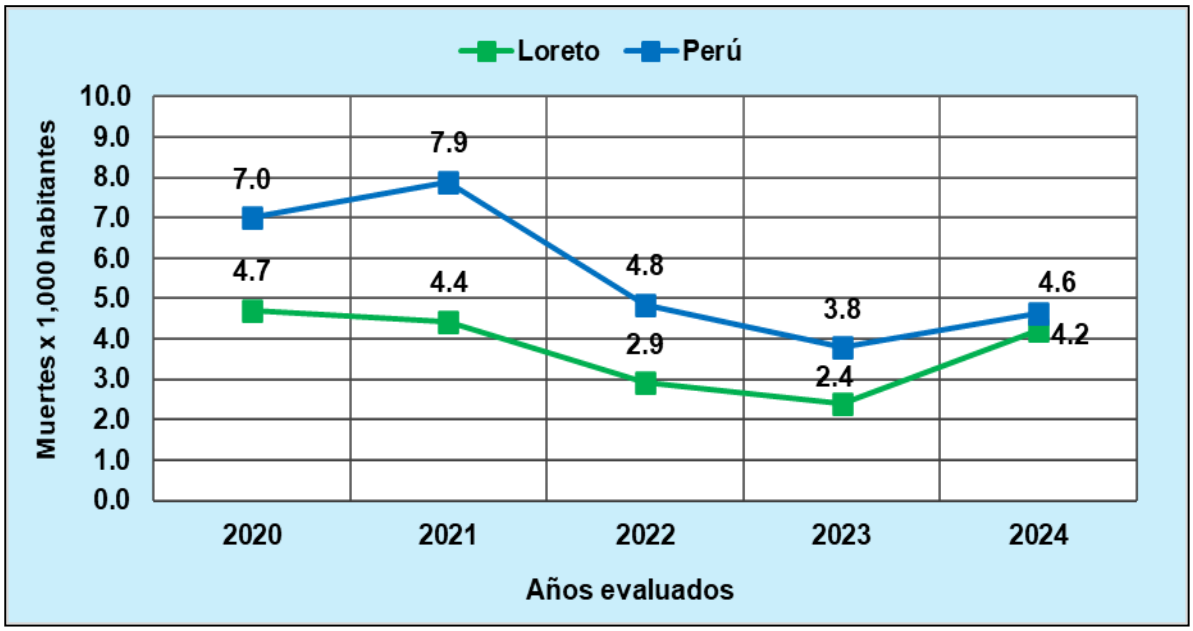
4.1.1 Mortalidad General

4.1.1.1 Tasa Bruta de Mortalidad (TBM):

Según el INEI del Perú, es un indicador demográfico que mide el número de defunciones ocurridas en un año por cada 1,000 habitantes de la población media de ese mismo año. Refleja la intensidad con la que se producen las muertes en una población, sin diferenciar causas, edad o sexo, y es utilizada para analizar el nivel general de mortalidad y comparar su evolución en el tiempo o entre diferentes regiones.

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) en la Región Loreto presenta una tendencia variable entre 2020 y 2024, manteniéndose por debajo del promedio nacional en la mayoría de los años. Durante 2020 y 2021, ambas tasas fueron altas debido al impacto de la pandemia de COVID-19, aunque la nacional superó a la regional. En 2022 y 2023 se evidencia una marcada disminución tanto en Loreto como en el país, reflejando la recuperación postpandemia y mejoras en la respuesta sanitaria; En 2024, se observa un incremento de la TBM en Loreto (4.2), acercándose al promedio nacional (4.6), lo cual representa un indicador importante para la vigilancia epidemiológica y la planificación de intervenciones de salud pública orientadas a reducir desigualdades regionales en mortalidad.

Gráfico N° 163 Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), comparativo entre la Región Loreto y Perú 2020-2024. (por 1,000 habitantes).

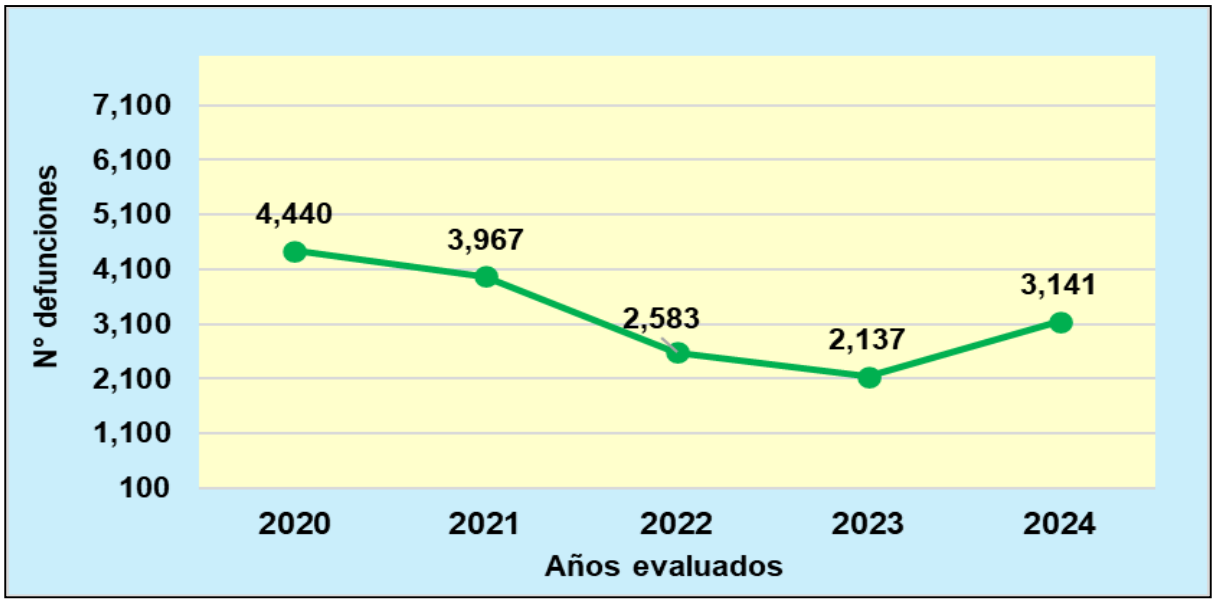


Fuente: Defunciones: REUNIS- SINADEF 2020-2024, Elaborado: GERESA Loreto. Dirección de Epidemiología.

4.1.1.2 Descripción de las Defunciones

Desde el enfoque de salud pública, las defunciones registradas en la región Loreto entre 2020 y 2024 evidencian tendencias que reflejan el impacto de eventos sanitarios y las condiciones estructurales del sistema de salud. En 2020 y 2021 se observa un elevado número de defunciones (4,440 y 3,967), influenciado principalmente por la pandemia de COVID-19 y las limitaciones en la capacidad de respuesta sanitaria. A partir de 2022 se aprecia una reducción progresiva, alcanzando 2,137 muertes en 2023, lo que sugiere una mejora en el control epidemiológico y en la atención sanitaria.
Sin embargo, en 2024 se presenta un incremento a 3,141 defunciones, lo que podría estar vinculado al retorno de causas habituales de mortalidad, reemergencia de problemas no transmisibles, enfermedades infecciosas persistentes, limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de salud o pueden responder a un mejor registro.

Gráfico N° 164 Región Loreto. Número de defunciones registrados por SINADEF. 2020-2024.



Fuente: RENIEC. SINADEF- 2020-2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

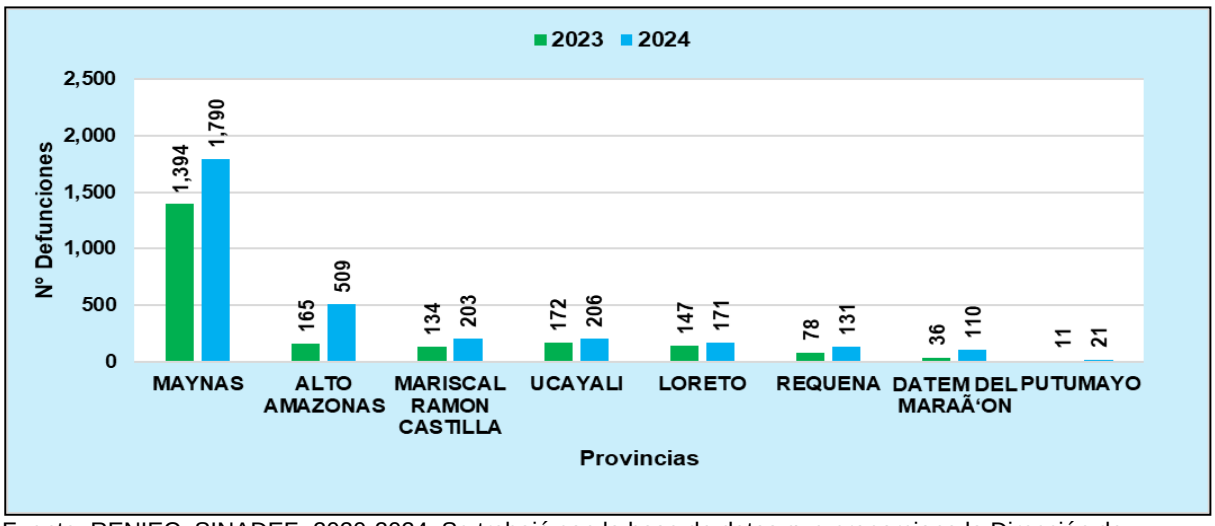
4.1.1.2.1 Defunciones por provincias

Desde la perspectiva de la salud pública, los datos de defunciones registradas por SINADEF en la región Loreto entre 2023 y 2024 muestran un incremento significativo de muertes en casi todas las provincias, lo que refleja posibles cambios en la dinámica sanitaria y en la capacidad de respuesta del sistema de salud regional.

La provincia de Maynas concentra la mayor carga de defunciones, pasando de 1,394 en 2023 a 1,790 en 2024, lo que representa más del 50 % del total regional y evidencia la presión sobre los servicios de salud urbanos. Provincias como Alto Amazonas y Datem del Marañón también presentan incrementos notables, lo que podría estar relacionado con mayor acceso al registro de defunciones en SINADEF, brotes locales o limitaciones en la atención oportuna.

Este aumento global resalta la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar el registro oportuno de muertes y reforzar las intervenciones preventivas y de atención en salud para reducir la mortalidad evitable en la región. (Gráfico N°165).

Gráfico N° 165 Región Loreto. Número de defunciones registrados por SINADEF, según Provincias. 2020 y 2024.



Fuente: RENIEC. SINADEF- 2020-2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

4.1.1.2.2 Causas Básicas de Mortalidad General:

La tabla muestra la distribución de las causas básicas de mortalidad general agrupadas por grandes subcategorías, desde el enfoque de salud pública, las 15 principales causas básicas de mortalidad general en la región Loreto durante el 2024 concentran el 79.6 % del total de defunciones, lo que permite identificar claramente las prioridades sanitarias regionales.

Tabla N° 85 Región Loreto: Quince principales causas básicas de mortalidad según sub categorías 2024 (Número y Porcentaje)

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades respiratorias	507	16.1
2	Enfermedades del sistema circulatorio	403	12.8
3	Enfermedades infecciosas y parasitarias	388	12.4
4	Neoplasias	250	8.0
5	Enfermedades del sistema genitourinario	214	6.8
6	Enfermedades del aparato digestivo	211	6.7
7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	147	4.7
8	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	92	2.9
9	Causas externas de morbilidad y mortalidad	91	2.9
10	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	83	2.6
11	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	38	1.2
12	Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	38	1.2
13	Enfermedades del sistema nervioso	19	0.6
14	Enfermedades del sistema inmunitario	18	0.6
15	Enfermedades del sistema linfático	14	0.4
Sub Total		**2,499**	**79.6**
Otras Causas		**642**	**20.4**
Total		**3,141**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

En primer lugar, las enfermedades respiratorias representan la principal causa de muerte (16.1%), seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio (12.8%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (12.4%), evidenciando el importante peso de las enfermedades transmisibles y crónicas en la mortalidad general.

En cuarto lugar, se ubican las neoplasias (8.0%), seguidas por enfermedades del sistema genitourinario (6.8%) y del aparato digestivo (6.7%), lo que refleja también una carga significativa de patologías no transmisibles.

Las causas externas (2.9%), complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2.6%) y otras categorías específicas tienen una menor participación relativa. Finalmente, un 20.4% corresponde a "otras causas", lo que indica una diversidad de causas menos frecuentes que, en conjunto, representan una quinta parte del total de defunciones registradas. (Tabla N° 85).

4.1.1.2.2.1 Causas básicas de mortalidad general según género

Según las principales causas de muerte, analizamos las Causas Básicas de Mortalidad en forma diferencial por sexo en el 2024. El 57.2% representa el sexo masculino y el 42.8% del sexo femenino.

a. Sexo Masculino:

Los datos de mortalidad masculina del 2024 muestran que la mayoría de las defunciones se concentran en enfermedades respiratorias, infecciosas/parasitarias y circulatorias, que en conjunto representan más del 40 % del total. Esto evidencia una importante carga tanto de enfermedades transmisibles como de enfermedades crónicas no transmisibles en la población masculina.

Tabla N° 86 Región Loreto: Quince principales causas básicas de mortalidad según sub categorías y sexo Masculino 2024 (Número y Porcentaje)

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades del Sistema Respiratorio	288	**16.0**
2	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	243	13.5
3	Enfermedades del Sistema Circulatorio	218	12.1
4	Enfermedades del Aparato Digestivo	139	7.7
5	Neoplasias	109	6.1
6	Enfermedades del Sistema Genitourinario	91	5.1
7	Síntomas, Signos y Hallazgos Clínicos	76	4.2
8	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	75	4.2
9	Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad	70	3.9
10	Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio	47	2.6
11	Enfermedades de la Sangre y Órganos Hematopoyéticos	22	1.2
12	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	20	1.1
13	Enfermedades del Sistema Nervioso	15	0.8
14	Enfermedades del Sistema Linfático	11	0.6
15	Trastornos Mentales y del Comportamiento	6	0.3
Sub Total		**1,424**	**79.2**
Otras Causas		**373**	**20.8**
Total		**1,797**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

En un segundo nivel se ubican las enfermedades del aparato digestivo, neoplasias y genitourinarias, que también contribuyen de forma significativa a la mortalidad. Las causas externas, endocrinas y otras categorías específicas tienen un peso moderado, mientras que las restantes causas representan porcentajes bajos. Además, un 20.8 % corresponde a “otras causas”.

En general, el perfil de mortalidad masculina muestra un patrón mixto epidemiológico, caracterizado por la presencia simultánea de problemas infecciosos y crónicos, típico de regiones en transición epidemiológica. (Tabla N° 86).

b. Sexo Femenino:

La distribución de las causas básicas de mortalidad en mujeres en la región Loreto (2024) muestra que las defunciones se concentran principalmente en enfermedades del sistema respiratorio (16.5%), seguidas por enfermedades del sistema circulatorio (13.9%), neoplasias (10.5%) y enfermedades infecciosas y parasitarias (10.5%). Estas cuatro categorías reúnen más del 50 % de las defunciones femeninas, evidenciando la importancia tanto de las enfermedades crónicas no transmisibles como de las condiciones transmisibles en la mortalidad femenina.

Tabla N° 87 Región Loreto: Quince principales causas básicas de mortalidad según sub categorías y sexo Femenino 2024 (Número y Porcentaje)

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades del Sistema Respiratorio	222	**16.5**
2	Enfermedades del Sistema Circulatorio	187	13.9
3	Neoplasias	141	10.5
4	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	141	10.5
5	Enfermedades del Sistema Genitourinario	123	9.2
6	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	72	5.4
7	Enfermedades del Aparato Digestivo	71	5.3
8	Síntomas, Signos y Hallazgos Clínicos	47	3.5
9	Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio	36	2.7
10	Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad	21	1.6
11	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	18	1.3
12	Enfermedades de la Sangre y Órganos Hematopoyéticos	16	1.2
13	Enfermedades del Sistema Inmunitario	13	1.0
14	Enfermedades del Sistema Musculoesquelético	5	0.4
15	Enfermedades del Sistema Tegumentario	4	0.3
Sub Total		**1,113**	**82.8**
Otras Causas		**231**	**17.2**
Total		**1,344**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

En un segundo grupo destacan las enfermedades del sistema genitourinario (9.2%), endocrinas y metabólicas (5.4%) y digestivas (5.3%), que también representan causas relevantes. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio tienen un peso menor (2.7 %), pero siguen siendo un indicador importante de salud materna.

Las demás causas, como malformaciones congénitas, enfermedades hematológicas, inmunitarias y otras categorías, presentan porcentajes bajos. Finalmente, otras causas representan el 17.2%, lo que muestra la diversidad de causas menos frecuentes que, en conjunto, tienen un impacto significativo en la mortalidad femenina. En general, el perfil refleja

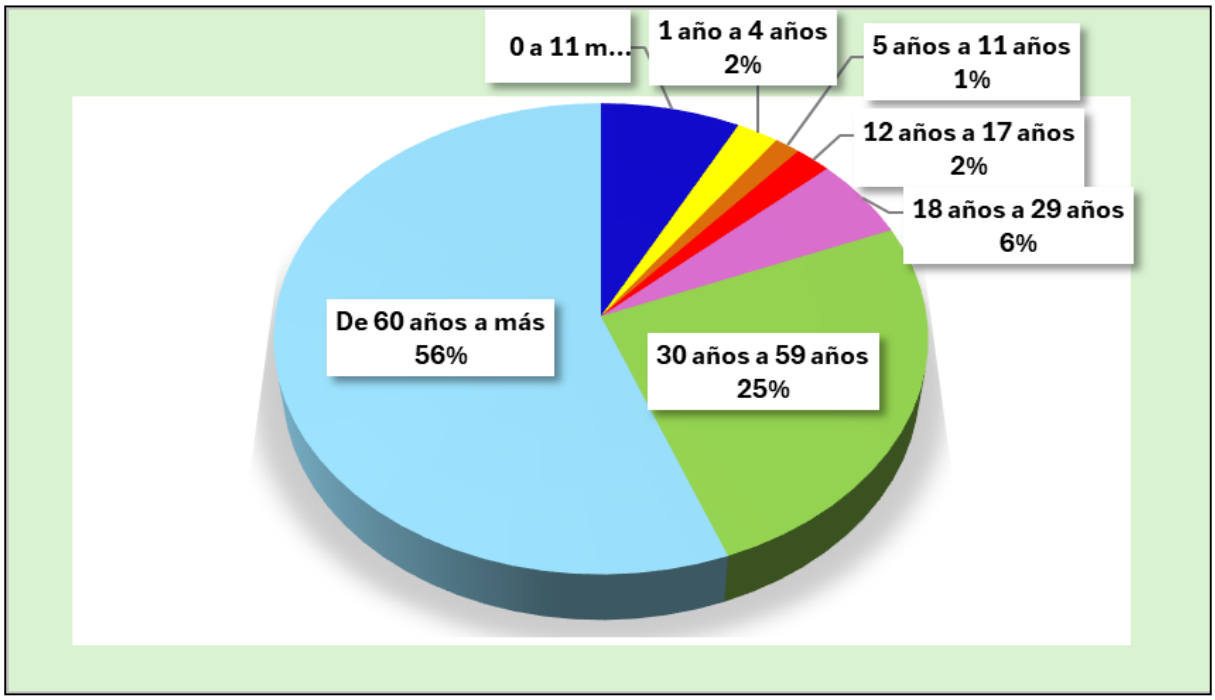
un patrón mixto, con predominio de enfermedades respiratorias y crónicas, acompañado de una presencia importante de causas infecciosas y maternas. (Tabla N° 87).

4.1.1.2.2.2 Causas Básicas de mortalidad General por grupos de Edades.

En 2024, la mortalidad general en la región Loreto se concentra principalmente en la población adulta mayor de 60 años, lo que refleja el impacto de enfermedades crónicas y condiciones propias del envejecimiento. Le sigue el grupo de adultos de 30 a 59 años, etapa económicamente activa, donde también predominan causas prevenibles.

En los menores de un año se observa una proporción importante de defunciones, lo que señala desafíos en la atención materno-infantil. Los demás grupos etarios presentan cifras menores, aunque igualmente relevantes desde la vigilancia en salud pública.

Gráfico N° 166 Región Loreto. Mortalidad según etapas de vida. 2024. (Porcentaje)



Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

4.1.1.2.2.2.1 Causas básicas de mortalidad en niños menores de 1 año

La mortalidad infantil corresponde a las defunciones ocurridas en niños menores de 1 año de edad e incluye dos componentes: La Mortalidad neonatal: defunciones ocurridas desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. y la Mortalidad posneonatal: defunciones ocurridas desde los 29 días hasta antes de cumplir 1 año.

Desde un enfoque de salud pública, en el grupo de niños de 0 a 11 meses en la región Loreto (2024) se observa que la mortalidad se concentra principalmente en causas evitables mediante intervenciones de salud oportunas y efectivas.
Las enfermedades infecciosas y parasitarias (44 defunciones; 18.5%) y las enfermedades del sistema respiratorio (43; 18.1%) ocupan los primeros lugares, lo que refleja problemas en la prevención, diagnóstico temprano y atención adecuada de infecciones comunes en la infancia, como neumonías o sepsis.

En tercer lugar, se encuentran las enfermedades perinatales y neonatales (35 defunciones; 14.7%), vinculadas frecuentemente a complicaciones durante el parto, atención inadecuada del recién nacido o falta de acceso a servicios obstétricos y neonatales de calidad.

Las malformaciones congénitas (22; 9.2%) también tienen un peso importante, resaltando la necesidad de fortalecer la vigilancia prenatal y la detección temprana de anomalías.

El resto de causas presenta porcentajes menores, y "otras causas" representan el 23.5 % del total, lo que muestra una diversidad adicional de factores menos frecuentes.

En conjunto, este patrón evidencia que la mayoría de las causas de muerte infantil en este grupo etario son prevenibles o reducibles mediante mejoras en la cobertura y calidad de los servicios materno-infantiles, vacunación, control prenatal, atención oportuna de infecciones respiratorias y fortalecimiento del primer nivel de atención.

Tabla N° 88 Región Loreto. Quince principales causas de mortalidad según sub categorías en niños de 0 a 11 meses de edad. 2024.(Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	44	**18.5**
2	Enfermedades del sistema respiratorio	43	18.1
3	Enfermedades perinatales y neonatales	35	14.7
4	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	22	9.2
5	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	9	3.8
6	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	8	3.4
7	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	8	3.4
8	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	1.3
9	Enfermedades del sistema circulatorio	3	1.3
10	Enfermedades del aparato digestivo	2	0.8
11	Enfermedades del sistema nervioso	2	0.8
12	Enfermedades del sistema genitourinario	1	0.4
13	Causas externas de morbilidad y mortalidad	1	0.4
14	Neoplasias	1	0.4
15	Enfermedades del sistema musculoesquelético	1	0.4
Sub Total		**182**	**76.5**
Otras Causas		**56**	**23.5**
Total		**238**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

4.1.1.2.2.2.2 Causas básicas de mortalidad en Niños de 1 a 4 años

Desde el enfoque de salud pública, la mortalidad en niños de 1 a 4 años en la región Loreto (2024) está dominada por causas prevenibles y tratables, siendo las principales las enfermedades del sistema respiratorio (16 defunciones; 22.2 %) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (10 defunciones; 13.9 %). Estas causas reflejan posibles brechas en la cobertura y calidad de intervenciones básicas como la vacunación, el acceso oportuno a atención médica, la detección temprana de infecciones respiratorias y digestivas, y la promoción de prácticas saludables en el hogar. Asimismo, destacan las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (8.3 %) y un conjunto de causas menos frecuentes, incluidas causas externas (4.2 %) y malformaciones congénitas, que en conjunto muestran la vulnerabilidad de esta etapa de vida. (Tabla N° 88).

Tabla N° 89 Región Loreto. Quince principales causas básicas de mortalidad general según sub categorías en niños menores de 1 a 4 años de edad. 2024.(Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades del sistema respiratorio	16	22.2
2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	10	13.9
3	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6	8.3
4	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	5	6.9
5	Enfermedades del aparato digestivo	3	4.2
6	Causas externas de morbilidad y mortalidad	3	4.2
7	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	2.8
8	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	2	2.8
9	Neoplasias	2	2.8
10	Enfermedades del sistema circulatorio	1	1.4
11	Enfermedades del sistema nervioso	1	1.4
12	Enfermedades del sistema linfático	1	1.4
13	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1	1.4
14	Enfermedades del sistema genitourinario	1	1.4
15	Enfermedades del sistema musculoesquelético	1	1.4
Sub Total		**54**	**75.0**
Otras Causas		**18**	**25.0**
Total		**72**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

4.1.1.2.2.2.3 Causas básicas de mortalidad en Niños de 5 a 11 años

Desde el enfoque de salud pública, la mortalidad en niños de 5 a 11 años en la región Loreto (2024) evidencia que las principales causas continúan siendo en gran medida prevenibles y tratables. Las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el primer lugar con 7 defunciones (15.9 %), seguidas por enfermedades infecciosas y parasitarias con 4 defunciones (9.1 %).

Tabla N° 90 Región Loreto. Quince principales causas básicas de mortalidad general según sub categorías en niños menores de 5 a 11 años de edad. 2024.(Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades del sistema respiratorio	7	15.9
2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	4	9.1
3	Neoplasias	3	6.8
4	Causas externas de morbilidad y mortalidad	3	6.8
5	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	6.8
6	Enfermedades del aparato digestivo	1	2.3
7	Enfermedades del sistema circulatorio	1	2.3
8	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1	2.3
9	Enfermedades del sistema nervioso	1	2.3
10	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	1	2.3
11	Enfermedades del sistema genitourinario	1	2.3
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	2.3
13	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	1	2.3
14	Enfermedades del sistema tegumentario	1	2.3
15	Enfermedades del sistema musculoesquelético	1	2.3
Sub Total		**29**	**65.9**
Otras Causas		**15**	**34.1**
Total		**44**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

Estos resultados muestran la persistencia de problemas asociados a infecciones respiratorias y transmisibles en este grupo etario, que podrían reducirse mediante fortalecimiento de la vacunación, vigilancia epidemiológica, acceso oportuno a servicios de salud y promoción de prácticas preventivas en el hogar y la escuela.

Asimismo, se observan causas relevantes como neoplasias, causas externas y enfermedades endocrinas/metabólicas (cada una con 6.8 %), que requieren intervenciones integrales de salud, detección temprana y sistemas de referencia adecuados. Las demás causas presentan porcentajes bajos, pero en conjunto suman el 34.1 % como “otras causas”, lo que indica una diversidad de factores que también inciden en la mortalidad infantil. En general, este perfil destaca la necesidad de reforzar las acciones preventivas y de atención integral en salud infantil, abordando tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles y factores de riesgo externos. (Tabla N° 90)

4.1.1.2.2.2.4 Causas básicas de mortalidad en adolescentes, 12 a 17 años

En el grupo de adolescentes de 12 a 17 años en la región Loreto (2024), la principal causa de mortalidad fueron las enfermedades del sistema respiratorio con 11 defunciones (17.7 %), seguidas por las causas externas (6 defunciones; 9.7 %) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (4; 6.5 %). También se registraron defunciones por enfermedades hematológicas y complicaciones del embarazo (cada una con 4.8 %), así como neoplasias y enfermedades crónicas en menor proporción. Este perfil refleja un patrón mixto de causas transmisibles, no transmisibles y externas, lo que resalta la necesidad de fortalecer acciones de prevención de infecciones respiratorias, control de enfermedades crónicas emergentes, así como intervenciones en salud sexual y reproductiva y prevención de riesgos externos característicos de esta etapa de vida.

Tabla N° 91 Región Loreto. Quince principales causas básicas de mortalidad general según sub categorías en adolescentes de 12 a17 años de edad. 2024.(Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades del sistema respiratorio	11	**17.7**
2	Causas externas de morbilidad y mortalidad	6	9.7
3	Enfermedades infecciosas y parasitarias	4	6.5
4	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	3	4.8
5	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	3	4.8
6	Neoplasias	2	3.2
7	Enfermedades del sistema circulatorio	2	3.2
8	Enfermedades del sistema genitourinario	2	3.2
9	Enfermedades del aparato digestivo	1	1.6
10	Enfermedades del sistema nervioso	1	1.6
11	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	1.6
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	1.6
13	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	1	1.6
14	Enfermedades del sistema tegumentario	1	1.6
15	Enfermedades del sistema musculoesquelético	1	1.6
Sub Total		**39**	**62.9**
Otras Causas		**23**	**37.1**
Total		**62**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

4.1.1.2.2.2.5 Causas básicas de mortalidad en Jóvenes de 18 a 29 años

En el grupo de jóvenes de 18 a 29 años en la región Loreto (2024), las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias con 21 defunciones (12.1 %), seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio con 19 casos (11.0 %) y las causas externas con 12 defunciones (6.9 %). También se registraron muertes por neoplasias (3.5 %) y complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2.9 %), junto con otras causas en menor proporción. Este perfil muestra una combinación de enfermedades transmisibles, problemas relacionados con salud reproductiva y causas externas, lo que refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de infecciones, promover estilos de vida saludables, reforzar la atención en salud sexual y reproductiva, y desarrollar acciones de prevención de accidentes y violencia en esta población joven.

Tabla N° 92 Región Loreto. Quince principales causas básicas de mortalidad general según sub categorías en Jóvenes de 18 a 29 años de edad. 2024.(Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	21	12.1
2	Enfermedades del sistema respiratorio	19	11.0
3	Causas externas de morbilidad y mortalidad	12	6.9
4	Neoplasias	6	3.5
5	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	5	2.9
6	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	4	2.3
7	Enfermedades del sistema genitourinario	4	2.3
8	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	3	1.7
9	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	1.7
10	Enfermedades del sistema linfático	2	1.2
11	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	1.2
12	Enfermedades del aparato digestivo	1	0.6
13	Enfermedades del sistema circulatorio	1	0.6
14	Enfermedades del sistema nervioso	1	0.6
15	Enfermedades del sistema musculoesquelético	1	0.6
Sub Total		**84**	**48.6**
Otras Causas		**89**	**51.4**
Total		**173**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

4.1.1.2.2.2.6 Causas básicas de mortalidad en Jóvenes de 30 a 59 años

En el grupo de adultos de 30 a 59 años en la región Loreto (2024), las principales causas de mortalidad fueron las neoplasias con 118 defunciones (14.8 %) que en este grupo significa una causa de necesaria intervención priorizada, seguidas por enfermedades infecciosas y parasitarias con 90 casos (11.3 %) y enfermedades del sistema respiratorio con 81 defunciones (10.1 %). También destacan las enfermedades endocrinas y metabólicas (6.9 %), genitourinarias (5.9 %) y las complicaciones del embarazo (4.8 %). Este perfil refleja una transición epidemiológica, en la que enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer y las metabólicas, conviven con enfermedades transmisibles, evidenciando la necesidad de fortalecer acciones integrales de prevención, diagnóstico temprano y control tanto de enfermedades crónicas como infecciosas, además de mejorar el acceso a servicios de salud especializados y continuos en esta población económicamente activa. (Tabla N° 93).

Tabla N° 93 Región Loreto. Quince principales causas básicas de mortalidad general según sub categorías en Adultos de 30 a 59 años de edad. 2024.(Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Neoplasias	118	14.8
2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	90	11.3
3	Enfermedades del sistema respiratorio	81	10.1
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	55	6.9
5	Enfermedades del sistema genitourinario	47	5.9
6	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	38	4.8
7	Enfermedades del sistema circulatorio	37	4.6
8	Causas externas de morbilidad y mortalidad	22	2.8
9	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	19	2.4
10	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	14	1.8
11	Enfermedades del aparato digestivo	9	1.1
12	Enfermedades del sistema tegumentario	4	0.5
13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4	0.5
14	Enfermedades del sistema nervioso	3	0.4
15	Enfermedades del sistema linfático	3	0.4
Sub Total		**541**	**67.6**
Otras Causas		**259**	**32.4**
Total		**800**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

4.1.1.2.2.2.7 Causas básicas de mortalidad en adultos mayores (60 años a más)

En el grupo de adultos mayores de 60 años en la región Loreto (2024), las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del sistema respiratorio con 335 defunciones (19.1 %), seguidas por neoplasias con 192 casos (11.0 %) y enfermedades del sistema circulatorio con 168 defunciones (9.6 %).

Tabla N° 94 Región Loreto. Quince principales causas básicas de mortalidad general según sub categorías en Adultos Mayores de 60 a más años de edad. 2024.(Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de Defunciones	Cantidad	%
1	Enfermedades del sistema respiratorio	335	19.1
2	Neoplasias	192	11.0
3	Enfermedades del sistema circulatorio	168	9.6
4	Enfermedades infecciosas y parasitarias	140	8.0
5	Enfermedades del sistema genitourinario	82	4.7
6	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	76	4.3
7	Causas externas de morbilidad y mortalidad	47	2.7
8	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	47	2.7
9	Síntomas, signos y hallazgos clínicos	40	2.3
10	Enfermedades del sistema musculoesquelético	14	0.8
11	Enfermedades del aparato digestivo	13	0.7
12	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	13	0.7
13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	0.5
14	Enfermedades del sistema linfático	8	0.5
15	Enfermedades del sistema nervioso	1	0.1
Sub Total		**1,183**	**67.5**
Otras Causas		**569**	**32.5**
Total		**1,752**	**100.0**

Fuente: RENIEC. SINADEF- 2024, Se trabajó con la base de datos que proporciona la Dirección de Estadística de GERESA Loreto.
Elaborado por Dirección de Epidemiología GERESA Loreto.

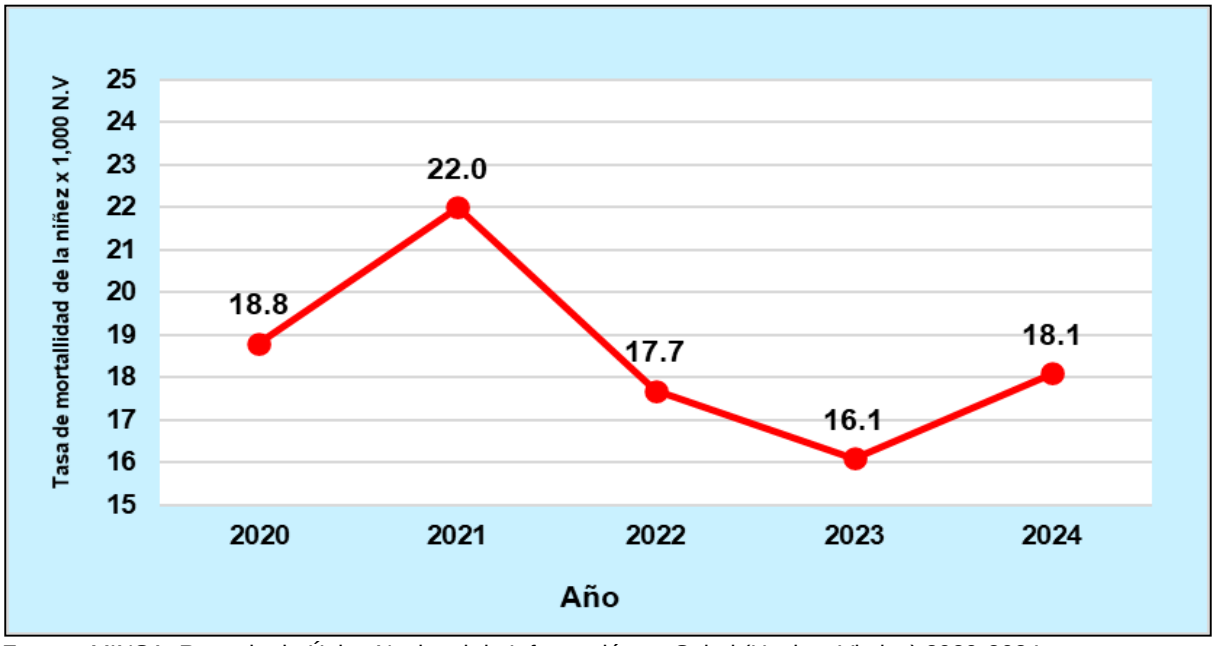
También se reportan importantes aportes de enfermedades infecciosas y parasitarias (8.0%), genitourinarias (4.7%) y endocrinas/metabólicas (4.3%). Este perfil refleja un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, aunque persiste una carga significativa de causas transmisibles, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de atención integral del adulto mayor, incluyendo prevención y control de enfermedades respiratorias y crónicas, vacunación, seguimiento continuo y acceso oportuno a servicios de salud especializados para reducir la mortalidad en este grupo vulnerable. (Tabla N° 94).

4.1.2 Mortalidad de la Niñez

En el Perú, según fuentes oficiales como el INEI, el Ministerio de Salud (MINSA) y estimaciones internacionales (UN IGME / Banco Mundial), la tasa de mortalidad de la niñez (<5 años) ha mostrado una tendencia sostenida a la disminución en las últimas décadas, reflejando avances en cobertura de salud materno-infantil, vacunación, nutrición y acceso a servicios.
La mortalidad de la niñez expresa la probabilidad de morir antes de cumplir los primeros 5 años de vida. En la práctica se calcula haciendo el cociente entre el número de muertes de población de 0 a 4 años y el total de nacidos vivos del período en estudio, por mil.
Para mostrar la tasa de mortalidad de la niñez en la región Loreto, se procedió a realizar los cálculos tomando los datos de mortalidad en niños menores de 5 años del SINADEF que proporciona la Dirección de Estadística de la GERESA Loreto y para el registro de nacidos vivos, se tomó los datos del CNV del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS),

Entre 2020 y 2024, la tasa de mortalidad de la niñez en la región Loreto mostró fluctuaciones, con un incremento en 2021 (22.0 por mil NV) seguido de una disminución sostenida hasta 2023 (16.1) y un ligero repunte en 2024 (18.1). Esta tendencia refleja avances en la reducción de la mortalidad infantil, aunque con variaciones que evidencian desafíos persistentes en la continuidad y efectividad de las intervenciones en salud materno-infantil en la región.

Gráfico N° 167 Región Loreto. Evolución de la Tasa de Mortalidad en la Niñez (por cada 1000 NV). 2020-2024.



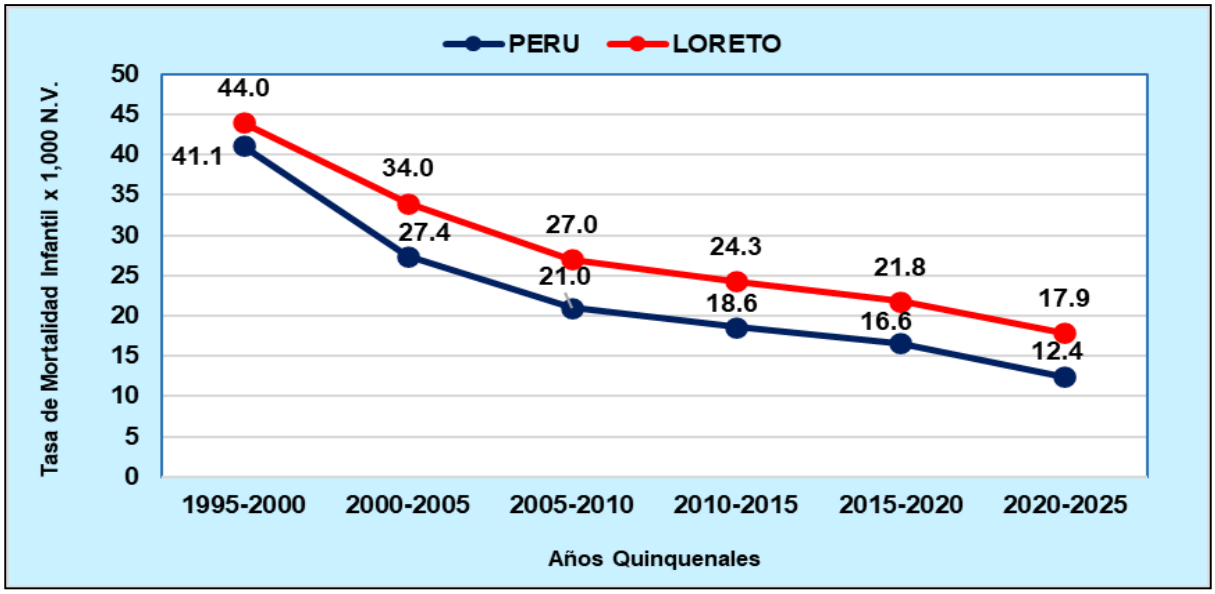
Fuente: MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (Hechos Vitales) 2020-2024

4.1.3 Mortalidad Infantil:

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la tasa de mortalidad infantil se define como el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un período determinado. Este indicador refleja las condiciones de salud materno-infantil y el acceso a servicios de salud.

Según las Estimaciones y proyecciones del INEI, Entre 1995-2000 y 2020-2025, la tasa de mortalidad infantil (TMI) mostró una disminución sostenida tanto a nivel nacional como en Loreto. En el país, la TMI entre 1995 - 2025 descendió de 41.1 a 12.4 por 1,000 nacidos vivos, mientras que en Loreto pasó de 44.0 a 17.9 por 1,000 nacidos vivos, evidenciando avances en salud materno-infantil. Sin embargo, Loreto mantiene tasas superiores al promedio nacional en todos los periodos, lo que refleja persistentes brechas en acceso, calidad de atención y determinantes sociales de la salud infantil en la región. (Gráfico N°116).

Gráfico N° 168 Región Loreto. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), Perú vs Loreto. (Por cada 1,000 NV). 1995-2000 al 2020- 2025



Fuente: Perú: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad, 1995-2025

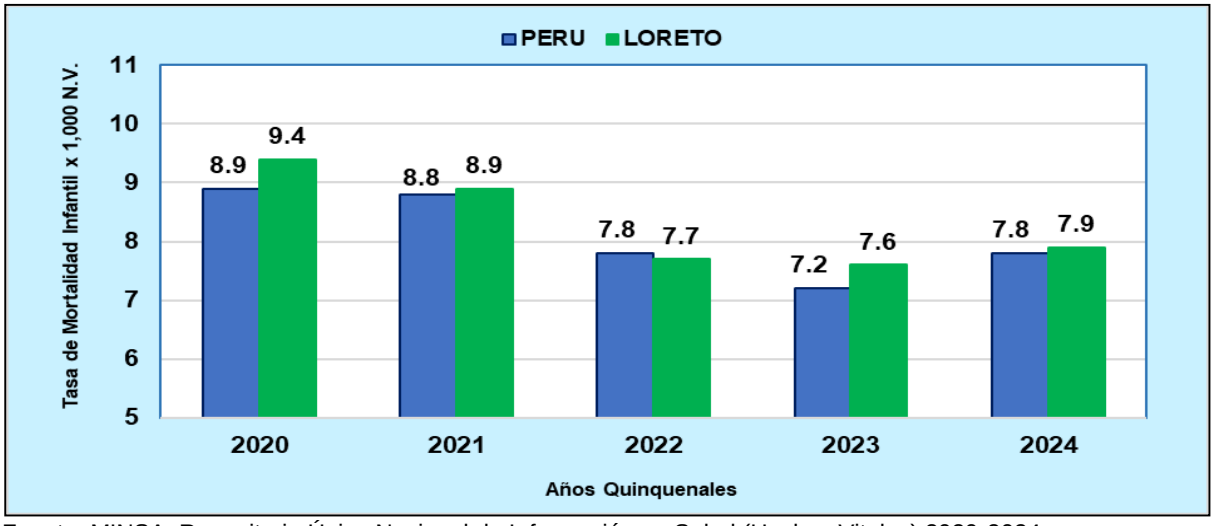
4.1.4 Mortalidad Neonatal (MNN)

Según fuentes oficiales del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, la mortalidad neonatal se refiere a las defunciones ocurridas en los primeros 28 días de vida, un periodo crítico que concentra la mayor proporción de muertes infantiles. Esta mortalidad se clasifica en:
Neonatal temprana: muertes ocurridas en los primeros 7 días de vida, principalmente asociadas a complicaciones del embarazo, parto y atención inmediata al recién nacido.
Neonatal tardía: muertes ocurridas entre los 8 y 28 días de vida, frecuentemente relacionadas con infecciones y problemas de cuidado postnatal.

El MINSA considera que una parte importante de estas muertes es evitable mediante intervenciones oportunas y de calidad durante el control prenatal, parto institucional seguro, atención neonatal adecuada y seguimiento postnatal, en el marco de políticas de salud materno infantil y vigilancia epidemiológica permanente.

Entre 2020 y 2024, la tasa de mortalidad neonatal en Loreto mostró una ligera tendencia a la baja, pasando de 9.4 a 7.9 por cada 1,000 nacidos vivos, comportamiento similar al promedio nacional, que descendió de 8.9 a 7.8 en el mismo periodo. Aunque las cifras de Loreto se mantienen cercanas a las nacionales, reflejando ciertos avances en la atención perinatal y neonatal, persisten retos en salud pública relacionados con el acceso oportuno a servicios especializados, control prenatal adecuado y fortalecimiento de capacidades en establecimientos de salud, especialmente en zonas rurales y dispersas de la región. (Gráfico N°168).

Gráfico N° 169 Región Loreto. Tasa de Mortalidad Neonatal en comparación con el nivel nacional 2020.2024 (por cada mil Nacidos Vivos (N.V)).



Fuente: MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (Hechos Vitales) 2020-2024

Según la Información de hechos vitales del Repositorio Único Nacional de Información en Salud, en el 2024, las principales causas de mortalidad neonatal en la región Loreto se concentraron en un reducido grupo de problemas perinatales. Destacan los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con la tasa ajustada más alta (254.3 por 100 mil nacidos vivos), seguidos por las malformaciones congénitas (148.7) y las infecciones perinatales (144.7), que en conjunto representan la mayor carga de mortalidad neonatal. Otras causas relevantes fueron el retraso del crecimiento y desnutrición fetal (113.5) y la septicemia no neonatal (39.1). Esta distribución evidencia la necesidad de fortalecer la atención perinatal, el diagnóstico prenatal y las intervenciones preventivas en el parto y postparto inmediato para reducir muertes evitables.

Tabla N° 95 Región Loreto. Primeras causas de Mortalidad Neonatal según Tasa Ajustada x 100 mil habitantes. 2024, por 100 mil Nacidos Vivos (N.V).

Causas de Mortalidad Neonatal	N° defunciones Estimadas	Tasa Ajustada x 100 mil hab.
Transtornos respiratorio específicos del periodo perinatal	65	254.3
Malfottmaciones congpenitas deformidades y Anomalías Cromosómicas	38	148.7
Infecciones específicas del periodo perinatal	37	144.7
Retrato del crecimientoo fetal, desnutrición fetal, gestación.	29	113.5
Septicemiam excepto neonatal	10	39.1

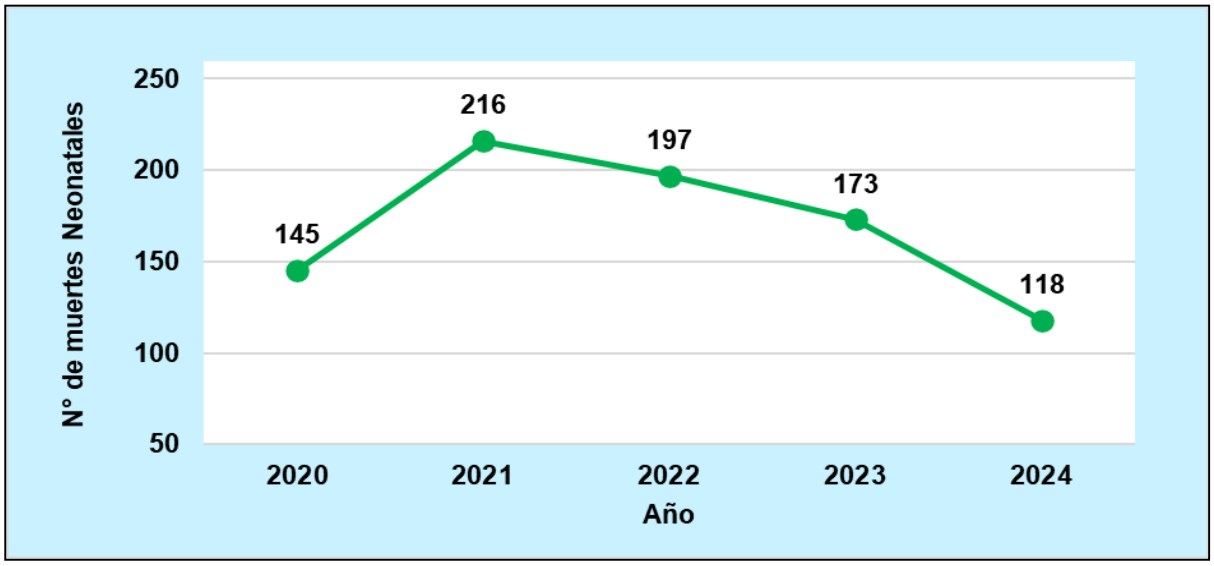
Fuente: MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (Hechos Vitales) 2020-2024

4.1.4.1 Vigilancia Epidemiológica de muertes neonatales

Durante el periodo de 11 años (2016-2022), en la región de Loreto se notificaron al Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal un promedio anual de 162 defunciones neonatales. El año que más muertes neonatales se notificaron fue en el año 2021 (214), siendo las bajas notificadas en el año 2020 (144).

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto presentó tasas de mortalidad neonatal que, en general, se mantuvieron ligeramente por encima o cercanas al promedio nacional, mostrando una tendencia disminuyente entre 2020 y 2023, seguida de un ligero incremento en 2024 (de 7.6 a 7.9 por mil nacidos vivos). Esta evolución refleja avances en la reducción de la mortalidad neonatal, aunque persisten brechas respecto al nivel nacional, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las intervenciones materno-neonatales y de vigilancia en la región. (Gráfico N° 170).

Gráfico N° 170 Región Loreto. Defunciones neonatales notificadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica- 2020-2024



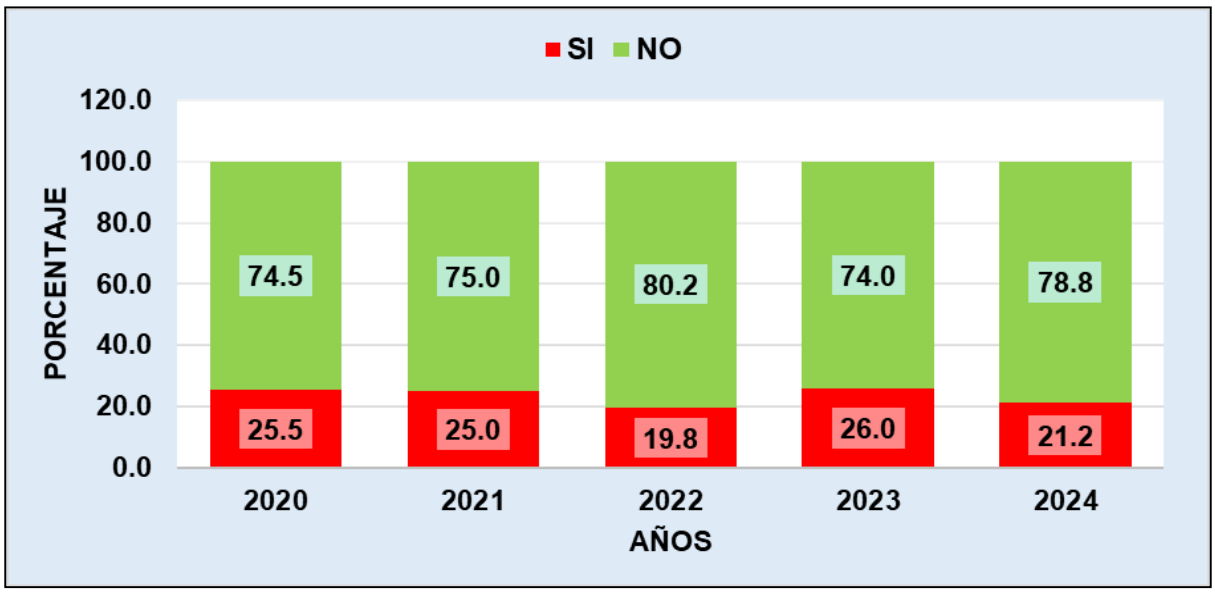
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

4.1.4.1.1 Muertes Neonatales Evitables y no Evitables

as muertes neonatales evitables son aquellas defunciones de recién nacidos que ocurren por causas que podrían prevenirse o evitarse mediante intervenciones oportunas y adecuadas, tanto durante el embarazo, en el parto, como en el período neonatal (los primeros 28 días de vida). MINSA clasifica como “evitables” aquellas muertes en neonatos que tienen un peso adecuado (≥ 2 500 gramos), nacen a término (o confiables semanas de gestación), y sin malformaciones congénitas letales, siempre que el desenlace fatal ocurra en condiciones en las que los servicios de salud tienen capacidad para actuar.

Entre 2020 y 2024, en la región Loreto, la proporción de defunciones neonatales clasificadas como evitables se mantuvo relativamente baja, fluctuando entre 19.8 % y 26 %. En todos los años analizados, la mayoría de las muertes correspondieron a causas no evitables (entre 74 % y 80.2 %). Esta situación evidencia que, aunque existe una fracción prevenible, predominan las causas consideradas no evitables, lo que plantea el desafío de mejorar la identificación y análisis de causas prevenibles, así como fortalecer las intervenciones materno-neonatales que podrían reducir estas muertes.

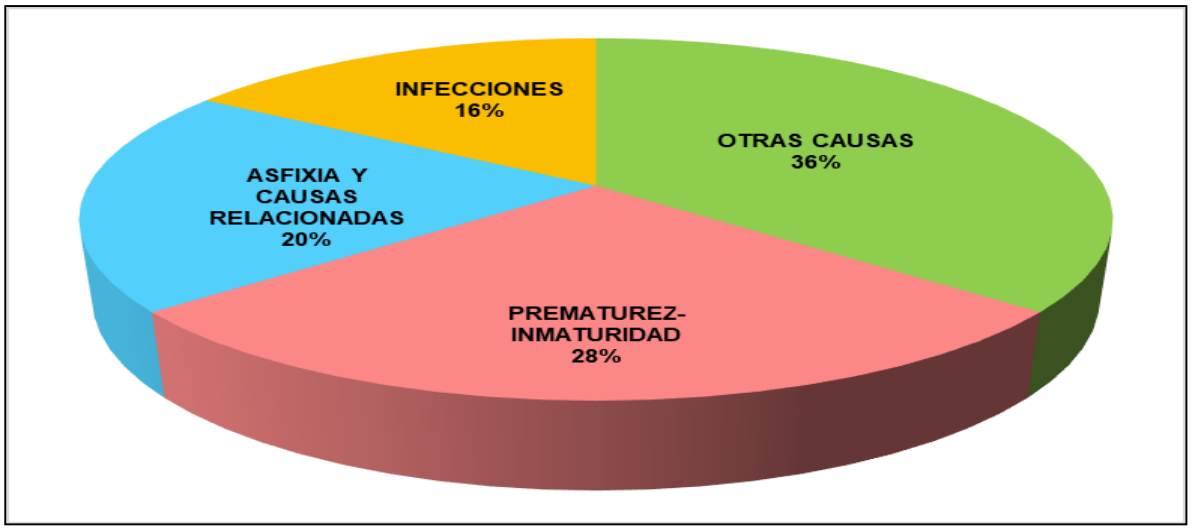
Gráfico N° 171 Región Loreto. Defunciones neonatales según condición de evitables. 2020-2024



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

En 2024, las defunciones neonatales evitables en la región Loreto se concentraron principalmente en la categoría “Otras causas” (36 %), seguida de prematurez e inmadurez (28 %), asfixia y causas relacionadas (20 %), y infecciones (16 %). Esta distribución muestra que, si bien la prematurez y la asfixia siguen siendo causas relevantes y prevenibles, una proporción importante corresponde a causas diversas agrupadas como “otras”, lo que resalta la necesidad de un análisis más detallado para orientar mejor las intervenciones de prevención y atención neonatal.

Gráfico N° 172 Región Loreto. Porcentaje de Defunciones neonatales evitables según categorías de las causas de muerte.2024



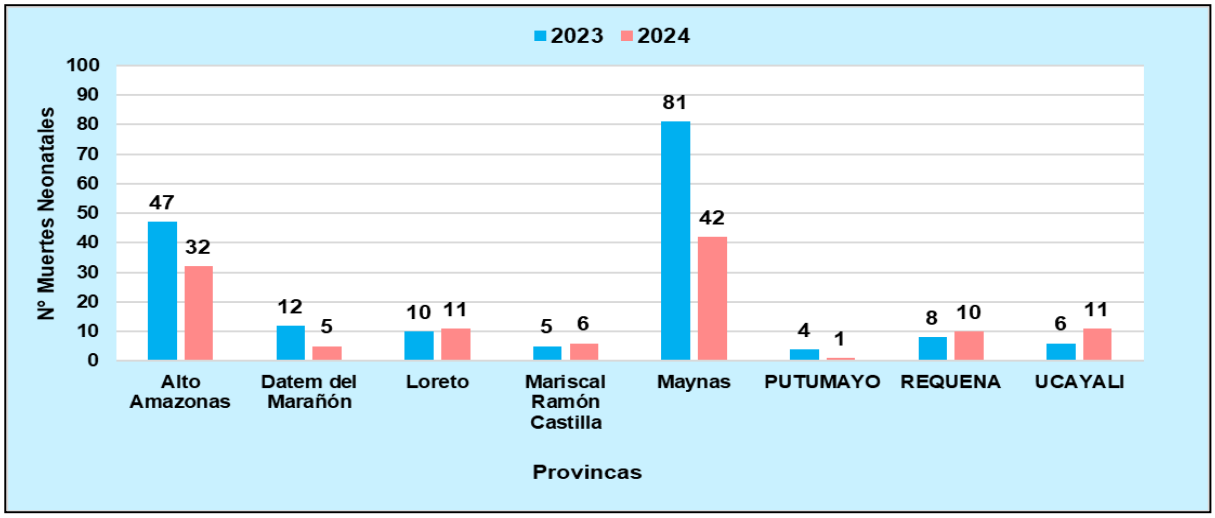
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

4.1.4.1.2 Defunciones Neonatales por provincias

Entre 2023 y 2024, se observa una disminución general en el número de defunciones neonatales notificadas en la mayoría de provincias de la región Loreto, destacando Maynas,

que pasó de 81 a 42 casos, y Alto Amazonas, de 47 a 32. Sin embargo, en algunas provincias hubo incrementos, como Loreto (de 10 a 11), Mariscal Ramón Castilla (de 5 a 6), Requena (de 8 a 10) y Ucayali (de 6 a 11).

Gráfico N° 173 Región Loreto. Número de Defunciones neonatales según provincias.2023-2024

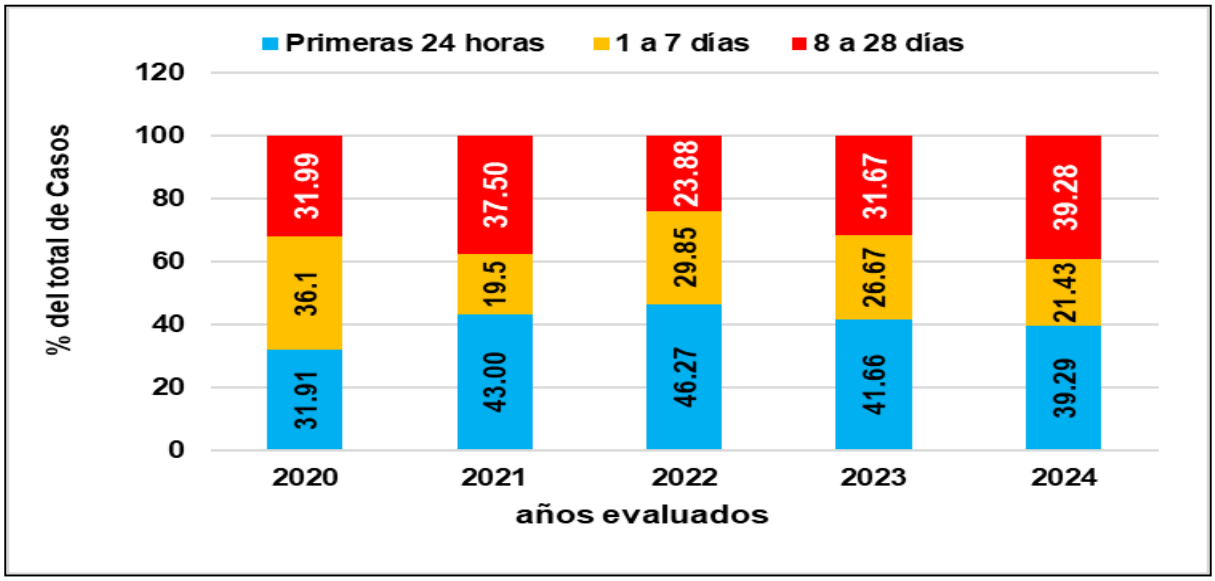


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

4.1.4.1.3 Muertes Neonatales según tiempo de fallecimiento

Entre 2020 y 2024, en la región Loreto, la mayoría de las defunciones neonatales ocurrieron durante las primeras 24 horas de vida, con porcentajes que variaron entre 31.9 % y 46.3 %,

Gráfico N° 174 Región Loreto. Porcentaje de Defunciones neonatales según tiempo de fallecimiento.2020-2024



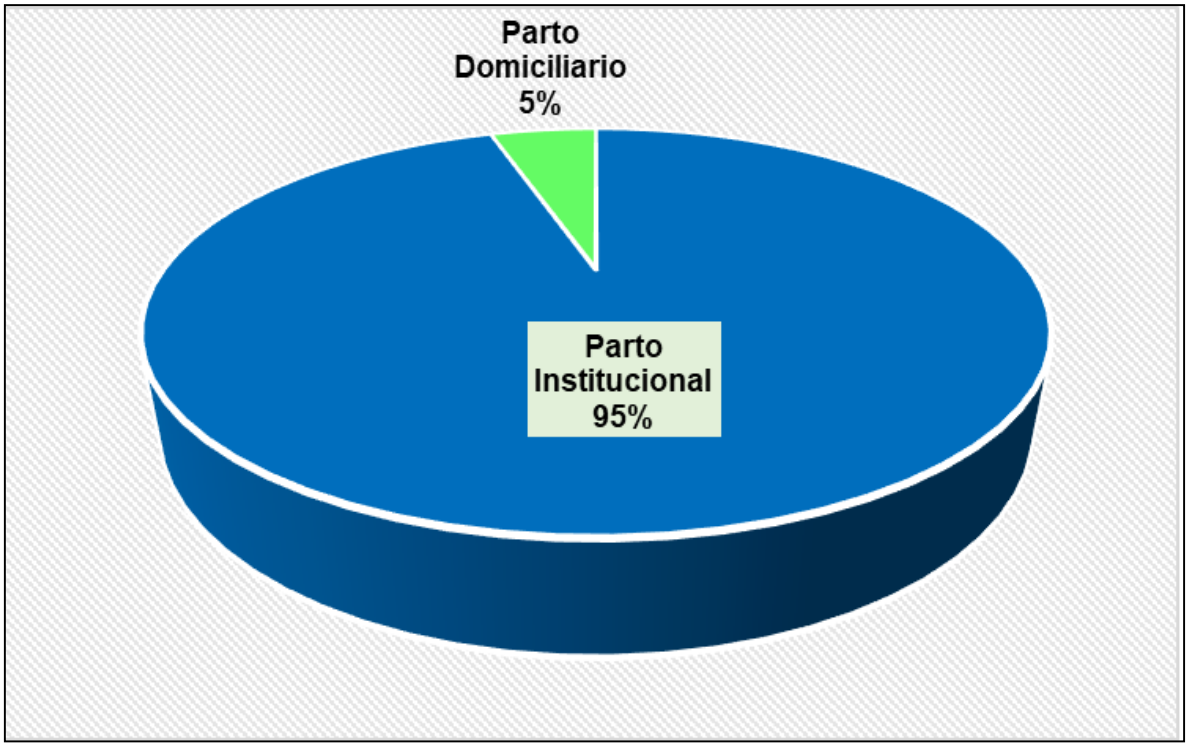
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

Evidenciando la vulnerabilidad crítica del periodo inmediato al nacimiento. Las muertes entre 1 a 7 días mostraron una tendencia decreciente (de 36.1 % en 2020 a 21.4 % en 2024), mientras que las defunciones entre 8 a 28 días aumentaron en los últimos años, alcanzando 39.3 % en 2024. Esta distribución resalta la importancia de fortalecer la atención

perinatal y el seguimiento neonatal temprano, para prevenir complicaciones que derivan en muertes en los primeros días y semanas de vida. (Gráfico N° 174).

4.1.4.1.4 Lugar de parto y Lugar de fallecimiento

Gráfico N° 175 Región Loreto. Porcentaje de Defunciones neonatales según lugar de parto- 2024

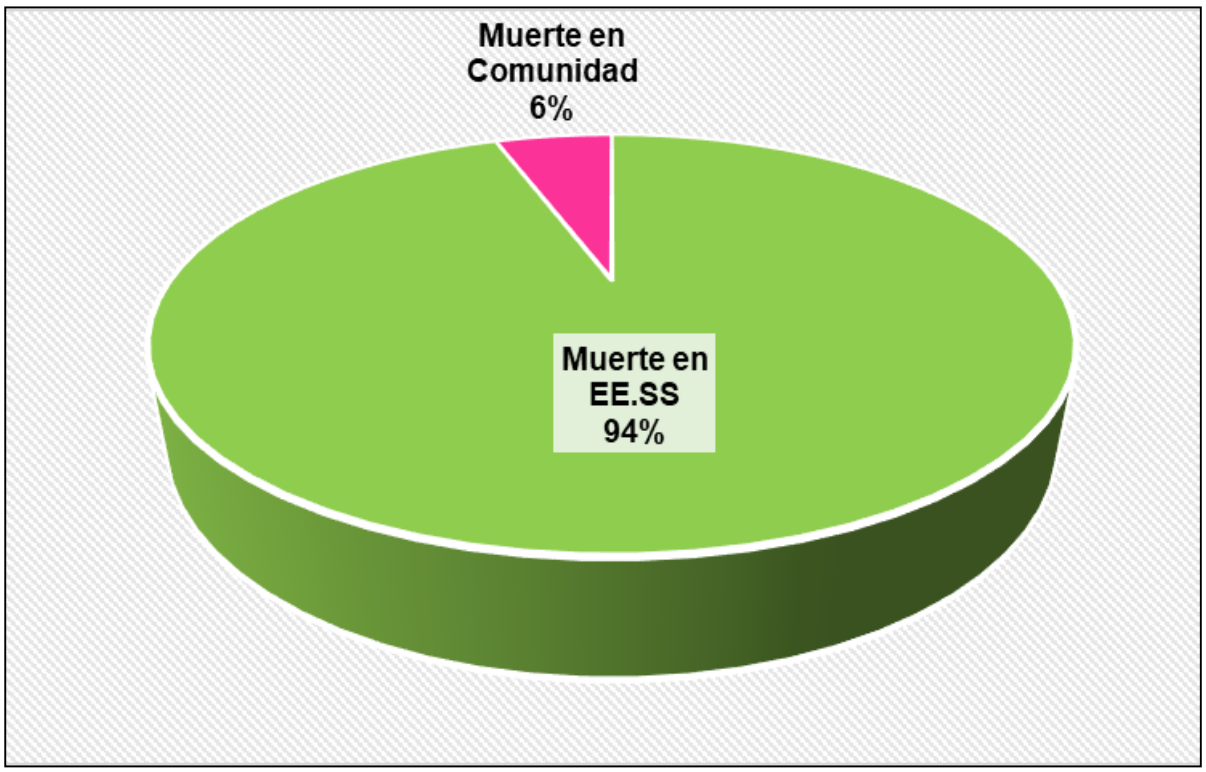


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

En 2024, en la región Loreto, la gran mayoría de las defunciones neonatales ocurrieron en partos institucionales (95 %), mientras que solo el 5 % se registró en partos domiciliarios. Desde el enfoque de salud pública, esta distribución refleja que, aunque la cobertura institucional del parto es alta, persisten brechas en la calidad de la atención neonatal y perinatal dentro de los establecimientos de salud, lo que contribuye a que ocurran muertes incluso en contextos con presencia de personal sanitario. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva, los protocolos de atención oportuna y la vigilancia de la calidad de los servicios de salud, más allá de asegurar el lugar del parto.

En 2024, el 94 % de las defunciones neonatales en la región Loreto ocurrieron en establecimientos de salud, mientras que solo el 6 % se registró en la comunidad. Esta distribución indica que la mayoría de las muertes se producen en contextos donde existen servicios disponibles, lo que desde la salud pública resalta la importancia de fortalecer la calidad de la atención neonatal, la respuesta oportuna ante complicaciones y la capacidad resolutiva de los establecimientos, para reducir muertes evitables dentro del sistema de salud.

Gráfico N° 176 Región Loreto. Porcentaje de Defunciones neonatales según lugar de fallecimiento-2024



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

4.1.5 Mortalidad Materna (MM)

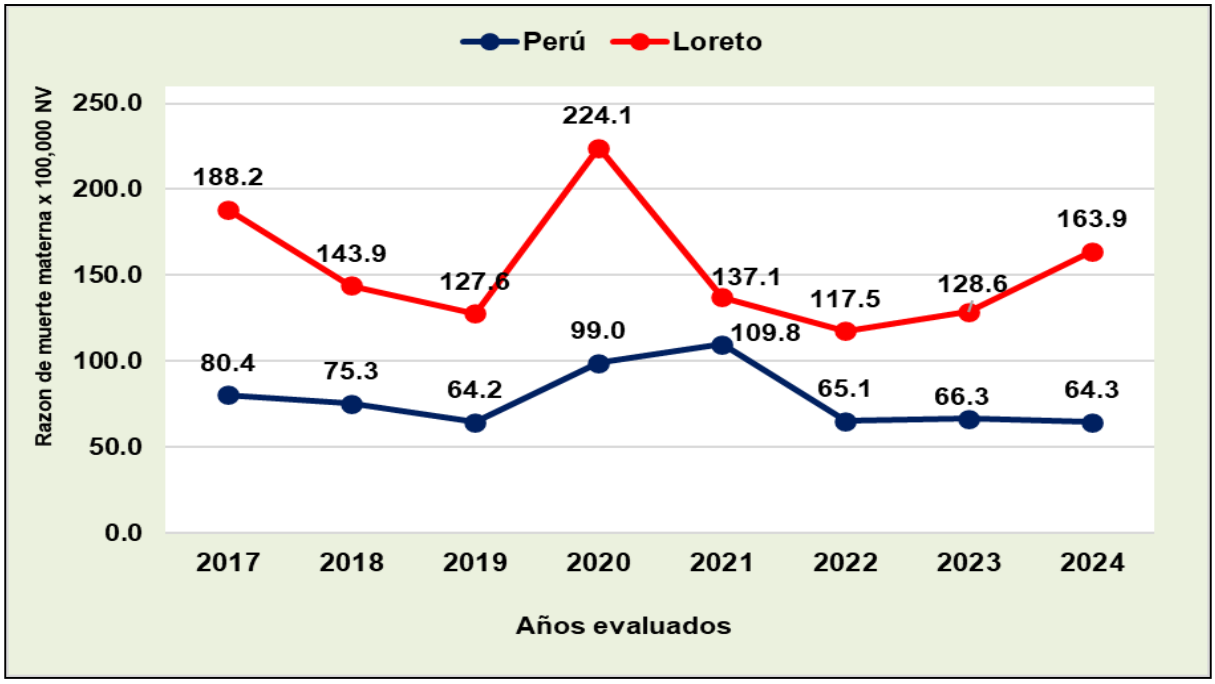
Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la muerte materna se define como la defunción de una mujer que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y localización del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Esta definición, basada en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), permite identificar tanto las muertes maternas directas (causadas por complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio) como las indirectas (derivadas de enfermedades preexistentes o que se desarrollan durante el embarazo y son agravadas por sus efectos).

4.1.5.1 Razón de Mortalidad Materna (RMM)

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la razón de muerte materna (RMM) es un indicador que mide el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en un período determinado. Este indicador refleja las condiciones de salud reproductiva, acceso y calidad de los servicios de salud, así como las desigualdades sociales y geográficas que afectan a las mujeres.

Entre 2015 y 2024, la Región Loreto presentó una Razón de Muerte Materna (RMM) consistentemente superior al promedio nacional, alcanzando en 2024 un valor de 163.9 por 100,000 nacidos vivos, frente a 64.3 a nivel nacional. Aunque se observa una disminución respecto a los picos de 2020 (224.1), la brecha con el país persiste, evidenciando desigualdades en el acceso y calidad de la atención materna, especialmente en zonas rurales y dispersas.

Gráfico N° 177 Región Loreto. Razón de Muertes Maternas (RMM). 2015-2024 Por 100, 000 Nacidos Vivos (N.V), Perú Vs Loreto.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Epidemiología. 2024
Elaboración Propia.
*La Población de nacimientos vivos se tomó del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS-CNV)
El Número de Muertes Maternas se tomó de la vigilancia epidemiológica -MINSA, incluyen el total de Muertes (Directas, indirectas). No
incluye las muertes Maternas Tardías o incidentales.

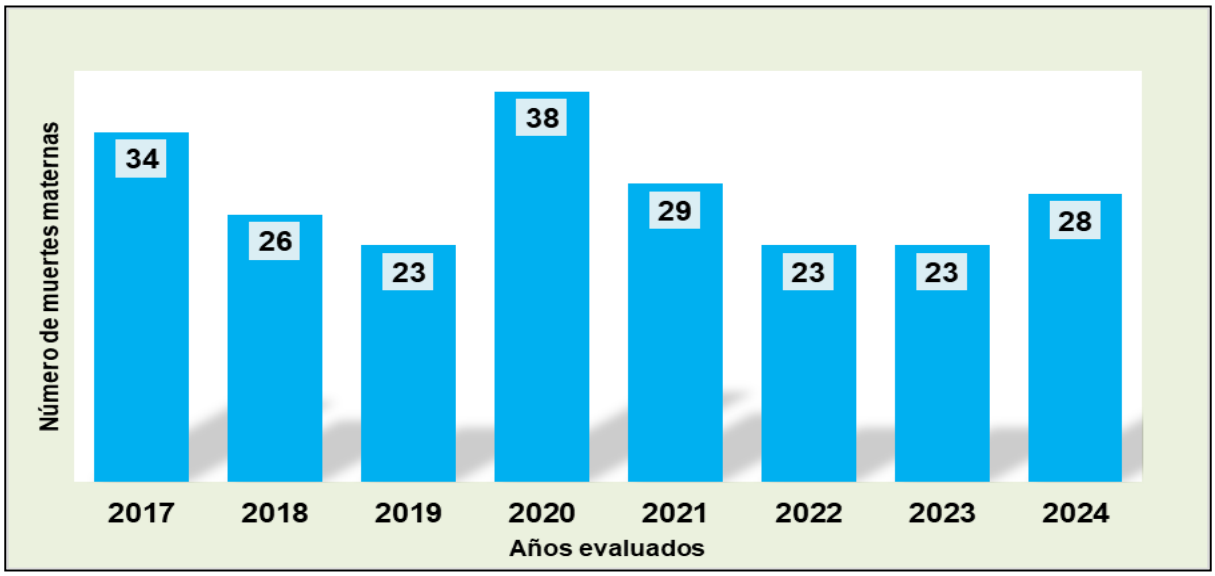
Desde el enfoque de salud pública, estos datos resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia, atención oportuna y el control prenatal integral para reducir los riesgos de mortalidad materna en la región.

4.1.5.2 Vigilancia Epidemiológica de las Muertes Maternas:

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la vigilancia de la muerte materna es un proceso continuo y sistemático orientado a identificar, notificar, investigar, analizar y prevenir las defunciones ocurridas durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a su finalización, independientemente de la duración y lugar del mismo.

Entre 2017 y 2024, la Región Loreto registró fluctuaciones en el número de muertes maternas, con un máximo de 38 casos en 2020, coincidiendo con el impacto de la pandemia de COVID-19, y un mínimo de 23 casos en 2019, 2022 y 2023. En 2024 se observa un ligero incremento a 28 muertes, lo que evidencia una persistencia del problema. Desde el enfoque de salud pública, esta tendencia refleja brechas en el acceso oportuno a la atención obstétrica y de emergencias maternas, especialmente en zonas rurales y dispersas, por lo que se requiere fortalecer la vigilancia, la atención prenatal y la respuesta inmediata ante complicaciones obstétricas para reducir la mortalidad materna en la región.

Gráfico N° 178 Región Loreto. Número de Muertes Maternas 2017-2024.



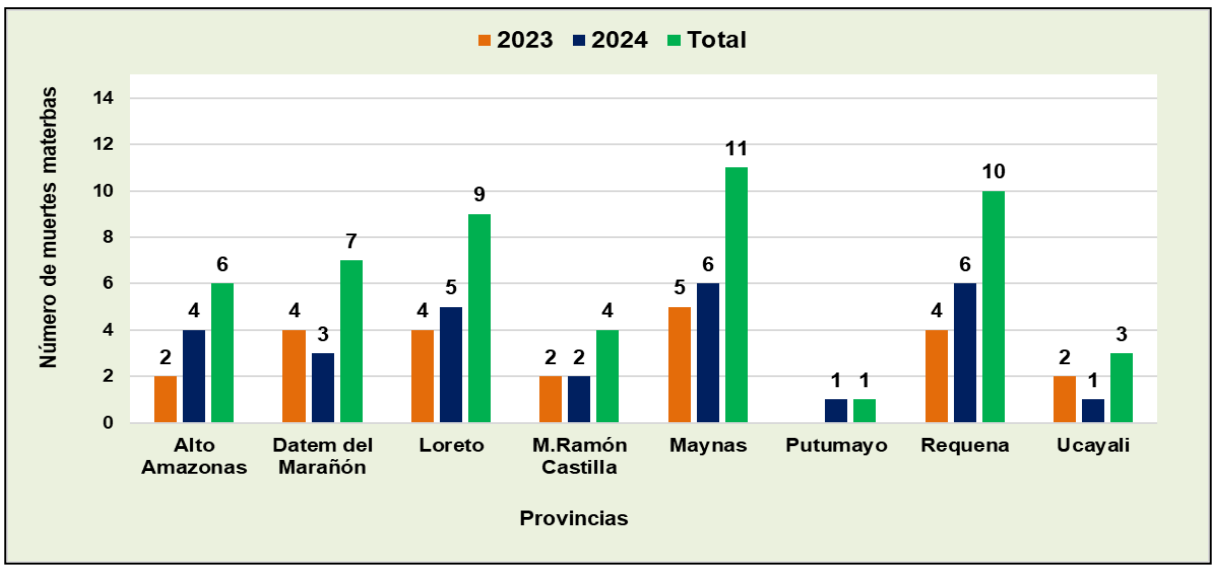
Fuente: Dirección de Epidemiología GERESA Loreto- 2024
*Se ha considerado los casos de muerte materna de clasificación preliminar directa e indirecta según norma técnica. No incluye Muertes Maternas incidentales y tardías.

4.1.5.2.1 Características de las muertes Materna

4.1.5.2.1.1 Muertes Maternas ocurridas por provincias

Durante los años 2023 y 2024, la región Loreto registró un total de 51 muertes maternas, con un incremento de 23 casos en 2023 a 28 en 2024. Las provincias con mayor número de casos fueron Maynas (11 muertes), Requena (10) y Loreto (9), concentrando más de la mitad del total regional. Desde el enfoque de salud pública, esta distribución evidencia desigualdades territoriales y la necesidad de fortalecer los servicios de salud materna, especialmente en las provincias más extensas y de difícil acceso, donde las barreras geográficas, limitaciones en atención obstétrica y deficiencias en el sistema de referencia aumentan el riesgo de mortalidad materna evitable. (Gráfico N° 179)

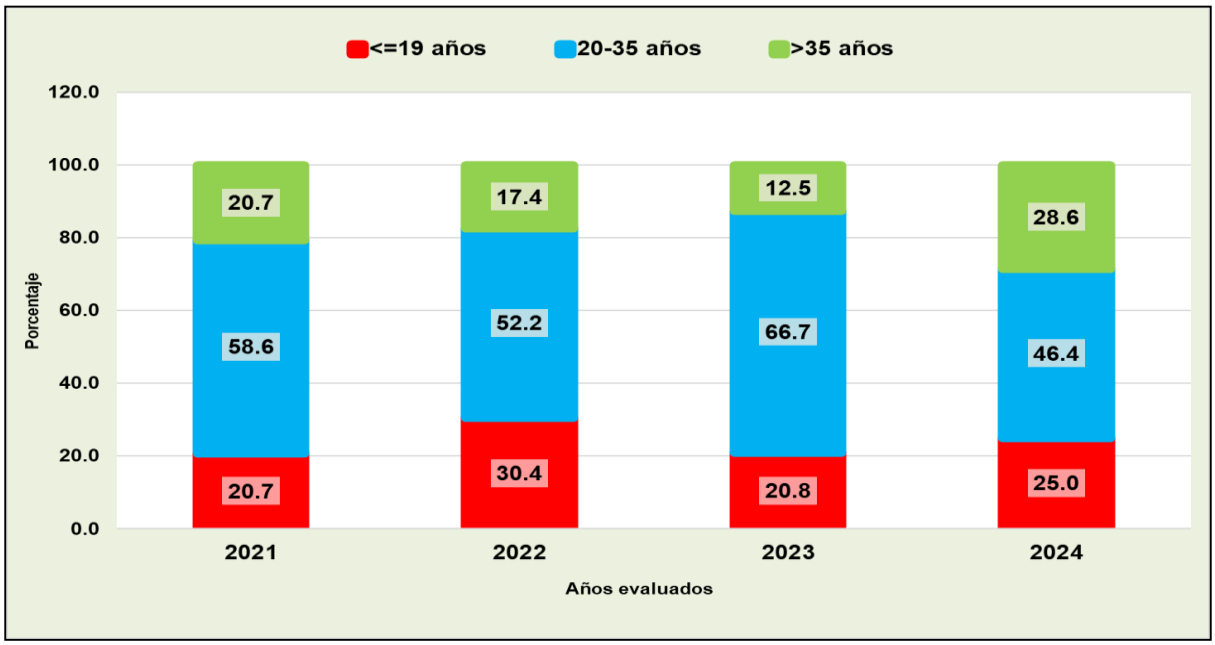
Gráfico N° 179 Región Loreto. Número de Muertes Maternas ocurridas según provincias. 2023-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Epidemiología. 2024

4.1.5.2.1.2 Muertes Maternas por grupo de edades

Gráfico N° 180 Región Loreto. Porcentaje de Muertes Maternas según Grupo de Edad. 2021-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Epidemiología. 2024

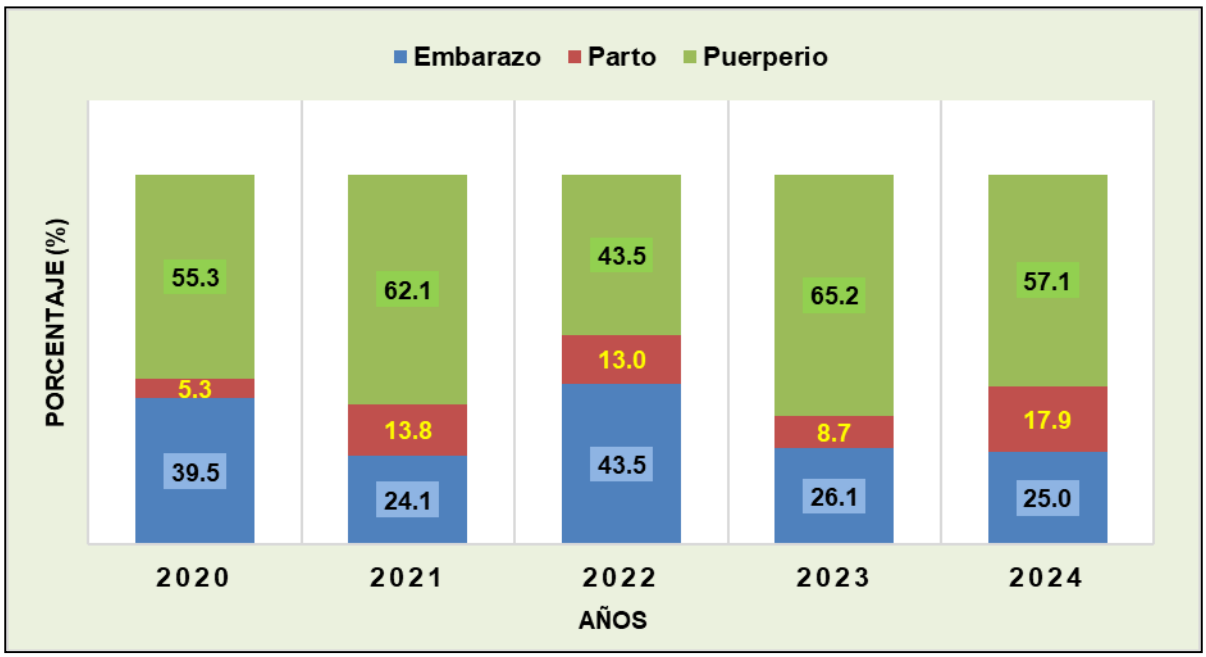
Entre 2021 y 2024, la mayoría de las muertes maternas en Loreto se concentraron en mujeres de 20 a 35 años, grupo que representó entre 46.4 % y 66.7 % de los casos, lo que indica que las defunciones ocurren principalmente en edades reproductivas activas

Sin embargo, también se observa, con preocupación creciente en los extremos de la vida reproductiva, especialmente en adolescentes menores de 19 años (25 % en 2024) y en mujeres mayores de 35 años (28.6 % en 2024). Desde el enfoque de salud pública, estos datos reflejan la necesidad de fortalecer la atención prenatal y obstétrica integral, con estrategias diferenciadas para adolescentes y mujeres mayores, promoviendo la planificación familiar, el control prenatal oportuno y la atención calificada del parto para prevenir muertes maternas evitables.

4.1.5.2.1.3 Clasificación de la Muerte materna:

Entre los años 2020 y 2024, la mayoría de las muertes maternas en la región Loreto ocurrieron durante el puerperio, representando entre 43.5 % y 65.2 % de los casos, lo que evidencia una vulnerabilidad significativa en el periodo posterior al parto. Las muertes durante el embarazo también fueron relevantes, con un promedio cercano al 30 %, mientras que las ocurridas en el parto aumentaron en 2024 a 17.9 %, tras años de menor incidencia. Desde el enfoque de salud pública, estos datos reflejan la necesidad de fortalecer la vigilancia y atención integral de la mujer gestante, especialmente en el control posparto inmediato y tardío, garantizando seguimiento domiciliario, detección temprana de complicaciones y disponibilidad de servicios obstétricos de emergencia en toda la red de salud.

Gráfico N° 181 Región de Loreto. Porcentaje de Muertes Maternas según Clasificación. 2020-2024



Fuente: Dirección de Epidemiología GERESA Loreto- 2020

4.1.5.2.1.4 Muertes maternas según Lugar de ocurrencias y otras características pre natales

En la región Loreto, durante los años 2023 y 2024, la mayoría de las muertes maternas ocurrieron en establecimientos de salud del MINSA (56.5 % y 57.1 % respectivamente), mientras que entre el 42.9 % y 43.5 % fueron extrainstitucionales, principalmente en el domicilio o en trayecto, lo que evidencia barreras en el acceso oportuno a la atención obstétrica. Aunque la totalidad de las gestantes tuvieron atenciones prenatales, una proporción importante inició los controles en el primer trimestre (42.1 % en 2023 y 64 % en 2024), pero predominó un número insuficiente de controles (1 a 5 CPN). Desde el enfoque de salud pública, estos resultados reflejan avances en la captación temprana de gestantes, aunque persisten brechas en la continuidad y calidad del control prenatal, así como en el acceso geográfico y oportunidad de atención en emergencias obstétricas, factores que deben ser priorizados para reducir la mortalidad materna evitable en la región.

Tabla N° 96 Región de Loreto. Número y Porcentaje de Muertes Maternas según lugar de ocurrencias y características prenatales. 2023-2024

Características del Fallecimiento	2023		2024	
	N°	%	N°	%
Lugar del Fallecimiento	**23**	**100.0**	**28**	**100.0**
Institucional	**13**	**56.5**	**16**	**57.1**
MINSA	13	100.0	16	100.0
Es Salud	0	0.0	0	0.0
FFAA/FFPP	0	0.0	0	0.0
Privados	0	0.0	0	0.0
Extrainstitucional	**10**	**43.5**	**12**	**42.9**
Domicilio	4	40.0	6	50.0
Trayecto	6	60.0	6	50.0
Atenciones Pre _ Natales	**23**	**100.0**	**28**	**100.0**
SI	19	82.61	25	89.3
NO	4	17.39	3	10.7
Trimestre del inicio del primer CPN	**19**	**100.0**	**25**	**100**
I Trimestre	8	42.1	16	64.0
II Trimestre	4	21.1	4	16.0
II Trimestre	7	36.8	5	20.0
Número de CPN	**23**		**28**	
0	4	17.4	3	10.7
1 A 5	12	52.2	19	67.9
6	2	8.7	4	14.3
7A 10	5	21.7	2	7.1
Total	**23**	**100.0**	**28**	**100.0**

Fuente: Dirección de Epidemiología GERESA Loreto- 2020

4.1.5.2.1.5 Muertes maternas ocurridas en Establecimientos de Salud

En la región Loreto, durante los años 2023 y 2024, la mayor proporción de muertes maternas ocurrió en establecimientos de mayor capacidad resolutiva, principalmente en el Hospital Regional de Loreto (46.2 % en 2023 y 43.8 % en 2024) y el Hospital de Apoyo Iquitos (23.1 % y 31.3 % respectivamente). Este patrón evidencia que las gestantes con complicaciones llegan, en su mayoría, a hospitales de referencia, muchas veces en etapas críticas o con retraso en la atención, lo que sugiere deficiencias en la detección temprana de riesgos obstétricos y en la referencia oportuna desde los establecimientos de menor nivel. Desde el enfoque de salud pública, se observa la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva y de respuesta de los establecimientos de primer nivel, así como mejorar la red de derivación y transporte obstétrico, para evitar muertes maternas prevenibles y asegurar atención oportuna y de calidad en toda la red de servicios de salud de la región.

Tabla N° 97 Región de Loreto. Número y Porcentaje de Muertes Maternas según Establecimientos de salud de ocurrencias. 2023-2024

Establecimientos de salud	2023		2024	
	N°	%	N°	%
I.1 Buena Vista de Barranca	0	0.0	1	6.3
I.4 Caballococha	1	7.7	0	0.0
I.2 Charasmaná	0	0.0	1	6.3
II.2 Hospital Apoyo Iquitos	3	**23.1**	5	**31.3**
II.2 Hospital Apoyo Yurimaguas	0	0.0	1	6.3
III.1 Hospital Regional de Loreto	6	**46.2**	7	**43.8**
i.1 Monte Cristo	1	7.7	0	0.0
I.3 San Roque de Maquía	1	7.7	0	0.0
I.3 Tierra Blanca	1	7.7	0	0.0
I.3 Villa Trompeteros	0	0.0	1	6.3
Total	**13**	**100.0**	**16**	**100.0**

Fuente: Dirección de Epidemiología GERESA Loreto- 2020

4.1.5.2.1.6 Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de las muertes maternas son fundamentales en salud pública porque permiten comprender los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la mortalidad materna, más allá de las causas médicas directas. Analizar variables como la edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, residencia y pertenencia étnica ayuda a identificar grupos de mujeres en mayor situación de vulnerabilidad.

Su importancia radica en que proporcionan evidencia para orientar políticas y estrategias de prevención, como fortalecer la atención prenatal, mejorar el acceso a servicios de salud en zonas rurales o amazónicas, y reducir las brechas en educación y pobreza. Además, permiten reconocer desigualdades estructurales que afectan la salud materna, promoviendo intervenciones integrales que no solo mejoren la atención obstétrica, sino también las condiciones sociales que determinan la salud y la supervivencia materna.

En la región Loreto, durante los años 2023 y 2024, las muertes maternas se concentraron principalmente en mujeres con bajo nivel educativo y dedicadas al hogar, lo que refleja una situación de vulnerabilidad social. En 2024, el 25.0 % tenía primaria incompleta y el 17.9 % ninguna instrucción, evidenciando que las limitaciones educativas pueden dificultar el acceso oportuno a los servicios de salud y la comprensión de los signos de alarma del embarazo. Además, el 85.7 % eran convivientes y el 92.9 % amas de casa, lo que sugiere dependencia económica y menor autonomía en la toma de decisiones sobre su salud. La presencia de mujeres de pueblos indígenas amazónicos como Kapanawa, Notmatsigenga y Kandoshi resalta la necesidad de fortalecer la interculturalidad y el acceso equitativo a servicios obstétricos en zonas rurales y de difícil acceso. Desde un enfoque de salud pública, estos datos evidencian que la mortalidad materna en Loreto está estrechamente ligada a las desigualdades sociales, educativas y territoriales, por lo que se requiere fortalecer intervenciones integrales con enfoque intercultural y de equidad.

Tabla N° 98 Región de Loreto. Número y Porcentaje de Muertes Maternas según Características sociodemográficas. 2023 y 2024

Características del Fallecimiento	2023		2024	
	N°	%	N°	%
Nivel Educativo	**23**	**100.0**	**28**	**100.0**
Primaria incompleta	**4**	17.4	**7**	25.0
Primaria Completa	**4**	17.4	**3**	10.7
Secundaria Incompleta	**3**	13.0	**5**	17.9
Secundaria Completa	**7**	30.4	**6**	21.4
Superior Técnica	**1**	4.3	**2**	7.1
Superior Universitaria	**1**	4.3	**0**	0.0
Ninguno	**3**	13.0	**5**	17.9
Estado Civil	**23**		**28**	
Conviviente	**14**	60.9	**24**	85.7
Casada	**1**	4.3	**2**	7.1
Soltera	**6**	26.1	**1**	3.6
Desconocido	**1**	4.3	**0**	0.0
No precisan	**1**	4.3	**1**	3.6
Ocupación	**23**	**100.0**	**28**	**100.0**
Ama de Casa	19	**82.6**	26	**92.9**
Docente	1	4.3	0	0.0
Estudiante	0	0.0	1	3.6
Independiente	0	0.0	0	0.0
Agricultor	0	0.0	1	3.6
Ninguno	3	13.0	0	0.0
Grupo Etnico	**7**	**100.0**	**9**	**100.0**
Achuar	1	14.3	1	11.1
Aimara	0	0.0	0	0.0
Kakinte	1	14.3	1	11.1
Kapanawa	0	0.0	2	22.2
Mastanhua	0	0.0	1	11.1
Nanti	1	14.3	0	0.0
Notmatsigenga	1	14.3	2	**22.2**
Shawi	2	**28.6**	0	0.0
Toicuna	0	0.0	0	0.0
Sipivo Konivo	0	0.0	1	11.1
Kandoshi	1	14.3	1	11.1
Total	**23**	**100.0**	**28**	**100.0**

Fuente: Dirección de Epidemiología GERESA Loreto- 2020

4.2 Análisis de morbilidad

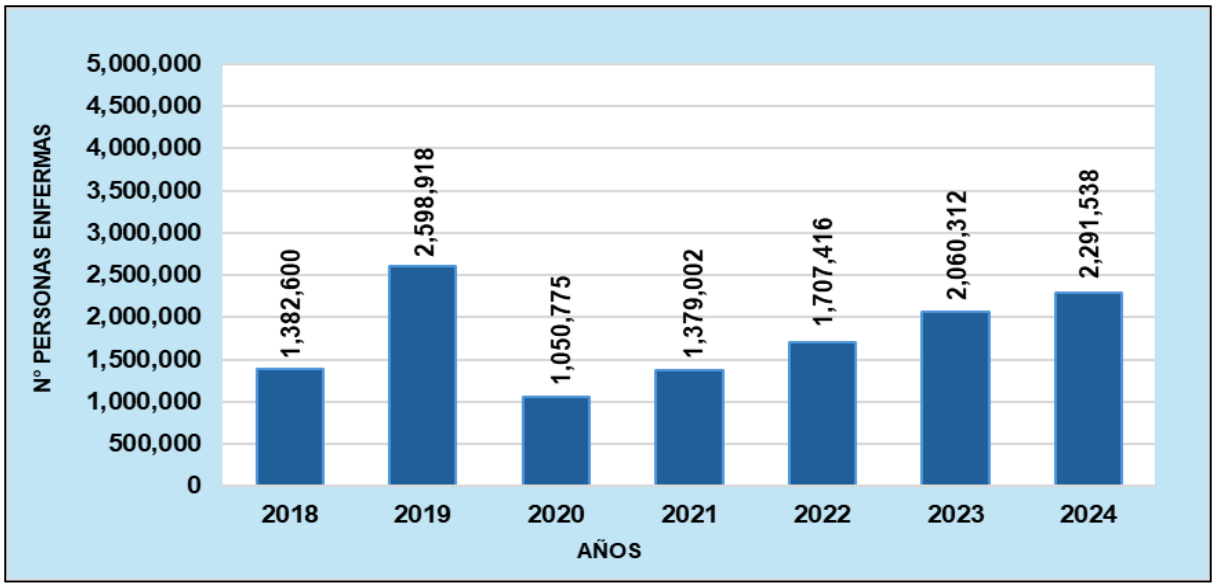
4.2.1 Morbilidad General

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la morbilidad general se refiere al conjunto de enfermedades o condiciones de salud que afectan a una población en un periodo determinado, permitiendo conocer la frecuencia y distribución de los principales problemas de salud que demandan atención en los servicios sanitarios. Este indicador se obtiene a partir del registro de atenciones médicas en los establecimientos de salud públicos y privados, clasificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

4.2.1.1 Morbilidad General según años

La morbilidad general en la región Loreto muestra una tendencia creciente con fluctuaciones marcadas entre 2018 y 2024, reflejando cambios en la dinámica sanitaria regional. Se observa un incremento importante entre 2018 y 2019, seguido de una drástica reducción en 2020, asociada posiblemente al impacto de la pandemia de COVID-19 y la disminución de atenciones en los servicios de salud. A partir de 2021, los casos comienzan a incrementarse sostenidamente, alcanzando su punto más alto en 2024 con más de 2,2 millones de registros, lo que sugiere una reactivación de los servicios de salud, mejora en la notificación y aumento de la demanda asistencial.

Gráfico N° 182 Región Loreto. Morbilidad General por años: 2018 - 2024. (Números absolutos)



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.2 Causas de morbilidad general

En el año 2024, la morbilidad general en la región Loreto estuvo dominada por enfermedades transmisibles, destacando las infecciosas y parasitarias (20.8%) y las del aparato respiratorio (17.7%), lo que evidencia persistentes problemas en las condiciones sanitarias, ambientales y de acceso a servicios de salud. Estas afecciones reflejan vulnerabilidades estructurales relacionadas con la pobreza, el limitado saneamiento básico y la exposición a factores ambientales adversos. Asimismo, la presencia significativa de síntomas inespecíficos (6.2%), trastornos osteomusculares (4.4%) y enfermedades del sistema nervioso (3.4%) sugiere la coexistencia de problemas crónicos y degenerativos. (Tabla N° 99).

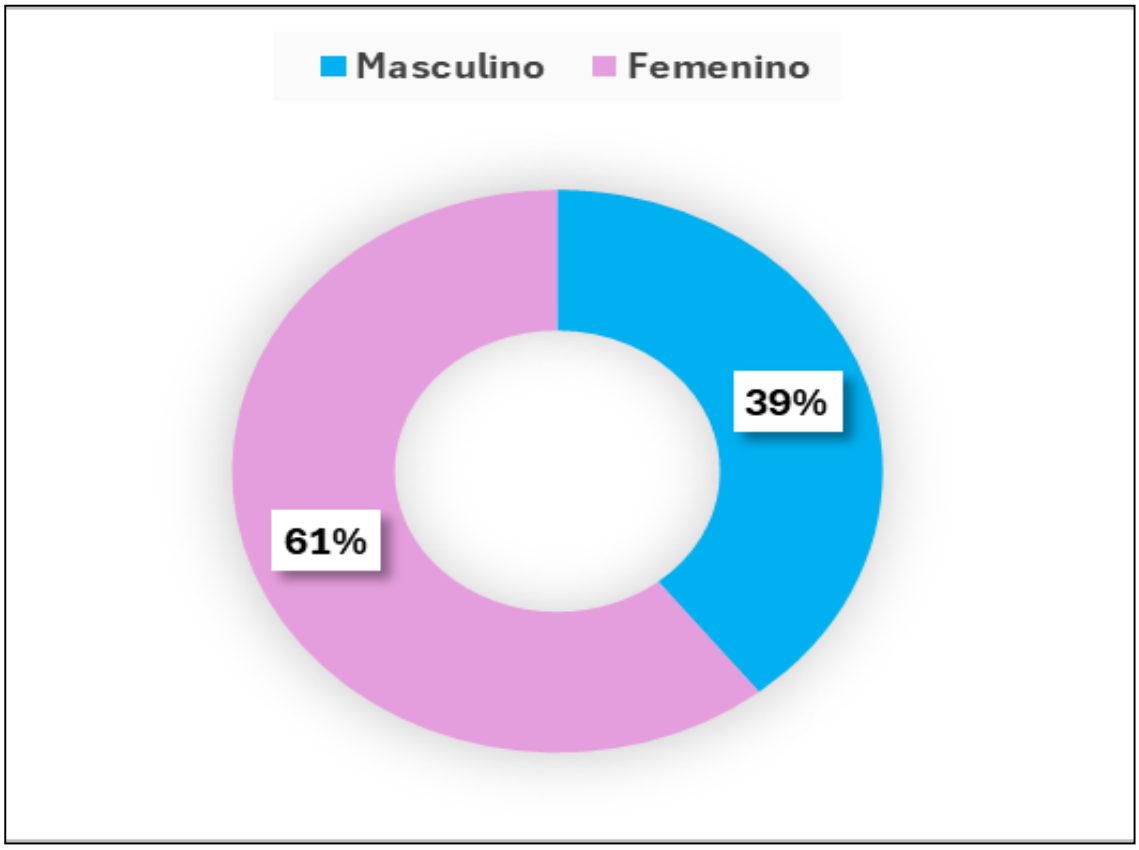
Tabla N° 99 Región Loreto. 15 primeras causas de morbilidad general. 2024 (Número y Porcentaje).

Items	Subcategorías de morbilidad General	Cantidad	%
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	477,607	20.8
2	Enfermedades del aparato respiratorio	406,642	17.7
3	Síntomas, signos y hallazgos anormales	142,596	6.2
4	Enfermedades del aparato osteomuscular y tejido conjuntivo	101,375	4.4
5	Enfermedades del sistema nervioso	78,451	3.4
6	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	75,018	3.3
7	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	66,689	2.9
8	Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	58,116	2.5
9	Enfermedades del aparato digestivo	57,012	2.5
10	Causas externas de morbilidad y mortalidad	56,929	2.5
11	Trastornos mentales y del comportamiento	44,812	2.0
12	Enfermedades del ojo y sus anexos	25,706	1.1
13	Embarazo, parto y puerperio	20,601	0.9
14	Enfermedades del aparato circulatorio	17,005	0.7
15	Enfermedades del aparato genitourinario	15,209	0.7
Sub Total		**1,628,559**	**71.1**
Otras Causas		**662,979**	**28.9**
Total		**2,291,538**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.2024

4.2.1.3 Morbilidad general según género

Gráfico N° 183 Región Loreto. Morbilidad General según sexo- 2024. (Porcentaje).



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.2024

En el año 2024, la morbilidad general atendida en los establecimientos de salud de la GERESA Loreto muestra un predominio del sexo femenino (60.6%) frente al masculino (39.4%). Esta diferencia refleja una mayor demanda de atención sanitaria por parte de las mujeres, posiblemente asociada a controles reproductivos, programas de salud materna y enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en este grupo. En contraste, la menor asistencia masculina podría relacionarse con barreras socioculturales o conductuales que limitan su acceso a los servicios de salud.

4.2.1.4 Causas de Morbilidad por sexo:

4.2.1.5 Sexo masculino

En el año 2024, la morbilidad del sexo masculino en la región Loreto estuvo dominada por enfermedades infecciosas y parasitarias (22.2%) y enfermedades del aparato respiratorio (21.7%), lo que refleja una fuerte influencia de los determinantes sociales y ambientales de la salud, como las deficientes condiciones de saneamiento, el hacinamiento y la exposición laboral a ambientes insalubres o contaminados. Estas causas evidencian la persistencia de enfermedades transmisibles prevenibles, que afectan principalmente a la población masculina por su mayor participación en actividades de riesgo en el ámbito rural y urbano.

Asimismo, destacan los trastornos osteomusculares (5.5%) y las afecciones de la piel (4.8%), posiblemente vinculadas a trabajos físicos intensos y exposición a condiciones ambientales adversas. Las causas externas (3.0%) y los trastornos mentales (0.9%) también señalan la necesidad de abordar la seguridad ocupacional, los accidentes y la salud mental masculina. En conjunto, estos resultados subrayan la urgencia de reforzar las estrategias de prevención de enfermedades transmisibles, mejorar la vigilancia epidemiológica y promover programas de salud laboral y mental dirigidos al varón loretano, en el marco de un enfoque integral de salud pública.

Tabla N° 100 Región Loreto. 15 primeras causas de Morbilidad General en el sexo masculino - 2024 (Número y Porcentaje)

Items	Subcategorías de causas morbilidad General	N°	%
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	200,503	22.2
2	Enfermedades del aparato respiratorio	195,279	21.7
3	Enfermedades del aparato osteomuscular y tejido conjuntivo	49,666	5.5
4	Síntomas, signos y hallazgos anormales	43,318	4.8
5	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	42,895	4.8
6	Causas externas de morbilidad y mortalidad	26,773	3.0
7	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	25,327	2.8
8	Enfermedades del sistema nervioso	24,233	2.7
9	Enfermedades del aparato digestivo	22,868	2.5
10	Enfermedades perinatales	17,887	2.0
11	Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	15,717	1.7
12	Enfermedades del ojo y sus anexos	12,727	1.4
13	Trastornos mentales y del comportamiento	8,481	0.9
14	Enfermedades del oído y apófisis mastoides	6,983	0.8
15	Enfermedades del aparato genitourinario	3,446	0.4
Sub Total		**692,657**	**76.8**
Otras Causas		**209,035**	**23.2**
Total		**901,692**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.2024

4.2.1.5.1 Sexo femenino

En el año 2024, la morbilidad general en el sexo femenino en la región Loreto estuvo dominada por enfermedades infecciosas y parasitarias (21.4%) y enfermedades del aparato respiratorio (18.8%), lo que refleja una alta vulnerabilidad a enfermedades transmisibles asociadas a condiciones ambientales y de saneamiento deficientes.

También destacan las afecciones osteomusculares (4.9%), síntomas inespecíficos (5.7%) y trastornos del sistema nervioso y de la piel (3.9% cada uno), que podrían relacionarse con el trabajo doméstico, la sobrecarga física y factores psicosociales.

La presencia de causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio (1.7%) evidencia la persistencia de necesidades de fortalecimiento en la atención materna, mientras que los trastornos endocrinos y nutricionales (3.1%) reflejan el incremento de enfermedades crónicas y metabólicas. En conjunto, este perfil de morbilidad muestra una doble carga de enfermedad en la mujer loretana, que combina problemas infecciosos y crónicos, por lo que se requiere reforzar la prevención, control de infecciones, atención integral de salud materna y promoción de estilos de vida saludables.

Tabla N° 101 Región Loreto. 15 primeras causas de Morbilidad General en el sexo femenino - 2024 (Número y Porcentaje)

Items	Subcategorías de causas morbilidad General	N°	%
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	297,284	21.4
2	Enfermedades del aparato respiratorio	260,599	18.8
3	Síntomas, signos y hallazgos anormales	78,968	5.7
4	Enfermedades del aparato osteomuscular y tejido conjuntivo	67,982	4.9
5	Enfermedades del sistema nervioso	54,242	3.9
6	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	53,782	3.9
7	Enfermedades del aparato digestivo	44,395	3.2
8	Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	42,522	3.1
9	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	41,391	3.0
10	Embarazo, parto y puerperio	24,294	1.7
11	Causas externas de morbilidad y mortalidad	23,495	1.7
12	Enfermedades perinatales	22,757	1.6
13	Enfermedades del ojo y sus anexos	15,196	1.1
14	Enfermedades del aparato genitourinario	14,455	1.0
15	Trastornos mentales y del comportamiento	11,396	0.8
Sub Total		**1,041,362**	**74.9**
Otras Causas		**348,484**	**25.1**
Total		**1,389,846**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.2024

4.2.1.6 Morbilidad general por grupos de vida

En el año 2024, la morbilidad general en la región Loreto mostró mayor concentración en el grupo de 30 a 59 años (29.5%), seguido de los adultos jóvenes de 18 a 29 años (16.1%) y los niños de 5 a 11 años (14.9%), evidenciando que la mayor carga de enfermedades se presenta en la población económicamente activa y en la infancia. Los menores de 5 años representaron en conjunto el 17.9% de los casos, reflejando la vulnerabilidad infantil frente a enfermedades infecciosas y respiratorias. Por otro lado, los adultos mayores (11.4%) también mostraron una proporción significativa de morbilidad, asociada a enfermedades crónicas.

Tabla N° 102 Región Loreto. % Morbilidad, según grupo de edades. 2024.

Grupo de edades	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
De 0 a 29 días	2,862	3,129	5,991	0.26
De 1mes a 11 meses	40,533	45,676	86,209	3.76
DE 1 año a 4 años	156,544	166,725	323,269	14.11
De 5 añoss a 11 años	174,967	166,255	341,222	14.89
De 12 años a 17 años	160,309	108,684	268,993	11.74
De 18 años a 29 años	266,823	101,692	368,515	16.08
DE 30 años a 59 años	460,615	216,266	676,881	**29.54**
De 60 años a más	144,311	115,942	260,253	11.36
Total	**1,389,846**	**901,692**	**2,291,538**	**100.00**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.6.1 En niños menores de 1 mes

En el año 2024, las principales causas de morbilidad en niños menores de 1 mes en la región Loreto estuvieron relacionadas con afecciones perinatales y del recién nacido (18.4%) y enfermedades respiratorias (17.4%), reflejando la alta vulnerabilidad de este grupo etario ante complicaciones durante el nacimiento, bajo peso, prematuridad y problemas respiratorios frecuentes en el periodo neonatal. También destacan los trastornos hematológicos (5.2%) y otros síntomas generales (4.7%), asociados a alteraciones fisiológicas y adaptaciones del recién nacido.

Tabla N° 103 Región Loreto. Causas básicas de Morbilidad por subcategorías en niños menores de 1 mes. 2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Afecciones perinatales/recién nacido	1,105	**18.4**
2	Enfermedades respiratorias	1,041	17.4
3	Trastornos hematológicos	310	5.2
4	Otros síntomas generales	279	4.7
5	Enfermedades infecciosas	130	2.2
6	Enfermedades dermatológicas	130	2.2
7	Malformaciones congénitas	103	1.7
8	Trastornos digestivos	82	1.4
9	Trastornos visuales y auditivos	67	1.1
10	Traumatismos y lesiones	61	1.0
11	Enfermedades alérgicas	28	0.5
12	Trastornos endocrinos/metabólicos	25	0.4
13	Enfermedades musculoesqueléticas	14	0.2
14	Enfermedades cardíacas	13	0.2
15	Enfermedades oncológicas	9	0.2
Sub Total		**3,388**	**56.6**
Otras Causas		**2,603**	**43.4**
Total		**5,991**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

Estas causas, mayormente prevenibles mediante atención prenatal oportuna, control del parto seguro y vigilancia neonatal, evidencian la necesidad de fortalecer los servicios de salud materno-infantil, mejorar la calidad de la atención perinatal y neonatal y garantizar el acceso a un control integral del recién nacido, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso de la región Loreto.

4.2.1.6.2 Niños 1 mes a 11 meses

En el año 2024, las principales causas de morbilidad en niños de 1 mes a 11 meses en la región Loreto estuvieron encabezadas por las enfermedades del aparato respiratorio (39.3%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (20.4%), lo que evidencia la alta vulnerabilidad de los lactantes frente a infecciones respiratorias y gastrointestinales asociadas a condiciones ambientales adversas, hacinamiento y deficiente acceso a servicios básicos. También destacan las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (7.8%), relacionadas con anemia y deficiencias nutricionales, y las afecciones de la piel (4.3%), comunes en zonas de clima tropical.

Este perfil refleja que la morbilidad en este grupo etario está fuertemente influenciada por determinantes sociales y sanitarios, y resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención primaria, como la inmunización, promoción de la lactancia materna, control del crecimiento y desarrollo, mejora del saneamiento básico y acceso oportuno a la atención médica, para reducir la carga de enfermedad en la primera infancia.

Tabla N° 104 Región Loreto. Causas Básicas de Morbilidad por subgrupos en niños de 1 mes a 11 meses. 2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Enfermedades del aparato respiratorio	33,918	39.3
2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	17,605	20.4
3	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	6,753	7.8
4	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	3,698	4.3
5	Enfermedades perinatales	2,485	2.9
6	Enfermedades del aparato digestivo	1,511	1.8
7	Enfermedades del ojo y sus anexos	1,197	1.4
8	Causas externas de morbilidad y mortalidad	997	1.2
9	Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	508	0.6
10	Síntomas, signos y hallazgos anormales	407	0.5
11	Enfermedades del oído y apófisis mastoides	198	0.2
12	Neoplasias	88	0.1
13	Enfermedades del sistema nervioso	62	0.1
14	Enfermedades del aparato osteomuscular y tejido conjuntivo	61	0.1
15	Factores sociales y ambientales	34	0.0
Sub Total		**69,488**	**80.6**
Otras Causas		**16,721**	**19.4**
Total		**86,209**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.6.3 Niños de 1 año a 4 años

La morbilidad en niños de 1 a 4 años es de gran importancia en salud pública porque este grupo etario atraviesa una etapa crucial de crecimiento, desarrollo y formación de defensas inmunológicas, siendo altamente vulnerable a enfermedades infecciosas y nutricionales. Analizar sus causas permite identificar los principales problemas de salud que afectan la supervivencia y el desarrollo infantil, como infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, anemia y desnutrición.
Además, este análisis orienta la planificación de intervenciones preventivas y promocionales, como la vacunación, el control del crecimiento y desarrollo, la suplementación nutricional y la mejora de las condiciones de saneamiento y vivienda. En conjunto, el estudio de la morbilidad en este grupo permite reducir la morbimortalidad infantil, fortalecer los servicios de salud primaria y garantizar un inicio de vida saludable, contribuyendo al bienestar futuro de la población.
En 2024, la morbilidad en niños de 1 a 4 años en la región Loreto estuvo dominada por las enfermedades del aparato respiratorio (36.2%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (25.8%), reflejando la persistente vulnerabilidad de este grupo a infecciones agudas y condiciones relacionadas con el ambiente, la higiene y la cobertura de servicios de salud. También destacan las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (6.8%), principalmente asociadas a anemia y deficiencias nutricionales, que impactan el crecimiento y desarrollo infantil.
Desde un enfoque de salud pública, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de infecciones respiratorias y parasitarias y el control de anemia, mejorar el acceso a agua segura y saneamiento, y reforzar los programas de nutrición infantil y control del crecimiento y desarrollo. Estas acciones son esenciales para reducir la morbilidad evitable y promover la salud integral en la primera infancia.

Tabla N° 105 Región Loreto. Causas Básicas de Morbilidad por subgrupos en niños de 1 año a 4 años. 2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Enfermedades del aparato respiratorio	117,087	36.2
2	Enfermedades infecciosas y parasitarias	83,422	25.8
3	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	21,864	6.8
4	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	14,837	4.6
5	Enfermedades del aparato digestivo	6,102	1.9
6	Causas externas de morbilidad y mortalidad	6,034	1.9
7	Enfermedades del ojo y sus anexos	4,500	1.4
8	Síntomas, signos y hallazgos anormales	2,841	0.9
9	Enfermedades perinatales	2,545	0.8
10	Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	1,999	0.6
11	Enfermedades del oído y apófisis mastoides	1,528	0.5
12	Enfermedades del sistema nervioso	922	0.3
13	Enfermedades del aparato osteomuscular y tejido conjuntivo	377	0.1
14	Neoplasias	228	0.1
15	Trastornos mentales y del comportamiento	193	0.1
Sub Total		**264,286**	**81.8**
Otras Causas		**58,983**	**18.2**
Total		**323,269**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.6.4 Niños de 5 años a 11 años

n el año 2024, las principales causas de morbilidad en niños de 5 a 11 años en la región Loreto estuvieron encabezadas por las enfermedades del sistema respiratorio (28.8%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (17.0%), lo que evidencia la persistencia de enfermedades transmisibles relacionadas con factores ambientales, climáticos y de saneamiento. También se observan enfermedades de la piel (3.9%) y trastornos hematológicos (2.8%), asociados a condiciones de higiene, nutrición y exposición a vectores.

La presencia de lesiones y causas externas (2.5%) refleja además riesgos vinculados con accidentes escolares o domésticos. Desde un enfoque de salud pública, estos resultados muestran la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de infecciones respiratorias y parasitarias, promover hábitos de higiene y alimentación saludable, y desarrollar programas de salud escolar y educación preventiva, orientados a reducir la morbilidad y fomentar el bienestar integral en la población infantil. (Tabla N° 106).

Tabla N° 106 Región Loreto. Causas Básicas de Morbilidad por subgrupos en niños de 5 años a 11 años. 2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Enfermedades del sistema respiratorio	98,383	28.8
2	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	57,899	17.0
3	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	13,318	3.9
4	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	9,414	2.8
5	Lesiones, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	8,590	2.5
6	Enfermedades del sistema nervioso	5,417	1.6
7	Enfermedades del ojo y sus anexos	4,551	1.3
8	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	3,604	1.1
9	Trastornos mentales y del comportamiento	2,150	0.6
10	Enfermedades del sistema digestivo	2,025	0.6
11	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,857	0.5
12	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	1,327	0.4
13	Enfermedades del sistema genitourinario	568	0.2
14	Neoplasias [tumores]	334	0.1
15	Enfermedades del sistema circulatorio	265	0.1
Sub Total		**209,437**	**61.4**
Otras Causas		**131,785**	**38.6**
Total		**341,222**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.6.5 Adolescentes de 12 a 17 años

En el año 2024, las principales causas de morbilidad en adolescentes de 12 a 17 años en la región Loreto estuvieron dominadas por las enfermedades infecciosas y parasitarias (16.3%) y las enfermedades del sistema respiratorio (15.3%), reflejando una alta carga de enfermedades transmisibles vinculadas a condiciones ambientales y de saneamiento aún deficitarias.

Tabla N° 107 Región Loreto. Causas Básicas de Morbilidad por subgrupos en adolescentes de 12 a 17 años. 2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	43,720	16.3
2	Enfermedades del sistema respiratorio	41,136	15.3
3	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	33,336	12.4
4	Enfermedades del sistema nervioso	10,555	3.9
5	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	10,043	3.7
6	Lesiones, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	7,289	2.7
7	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	6,808	2.5
8	Trastornos mentales y del comportamiento	6,629	2.5
9	Enfermedades del sistema digestivo	4,758	1.8
10	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,606	1.7
11	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	3,412	1.3
12	Enfermedades del sistema genitourinario	3,029	1.1
13	Enfermedades del ojo y sus anexos	2,366	0.9
14	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	2,066	0.8
15	Embarazo, parto y puerperio	1,893	0.7
Sub Total		**179,753**	**66.8**
Otras Causas		**89,240**	**33.2**
Total		**268,993**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

Los síntomas y hallazgos anormales clínicos (12.4%) sugieren problemas de diagnóstico oportuno o seguimiento insuficiente de patologías. Asimismo, destacan las enfermedades del sistema nervioso (3.9%), las de la piel (3.7%) y los trastornos mentales y del comportamiento (2.5%), estos últimos de creciente importancia en este grupo etario por factores psicosociales, escolares y familiares. Desde el enfoque de salud pública, los resultados evidencian la necesidad de reforzar la atención integral del adolescente, con énfasis en la prevención de infecciones, promoción de la salud mental y educación sexual y reproductiva, además de fortalecer los servicios de salud diferenciados para este grupo de edad. (Tabla N° 107).

4.2.1.6.6 Jóvenes de 18 a 29 años

En el año 2024, la morbilidad en jóvenes de 18 a 29 años de la región Loreto estuvo principalmente asociada a enfermedades infecciosas y parasitarias (16.7%) y enfermedades del sistema respiratorio (15.0%), lo que evidencia la persistencia de problemas sanitarios vinculados a condiciones ambientales y estilos de vida. También destacan los síntomas y hallazgos anormales (11.4%), reflejando posibles deficiencias en el diagnóstico temprano. Las enfermedades del sistema nervioso (4.7%), genitourinarias (3.1%) y los casos relacionados con embarazo, parto y puerperio (3.1%) resaltan la necesidad de fortalecer la atención integral de la salud sexual y reproductiva, la prevención de infecciones y la promoción de estilos de vida saludables en esta población joven.

Tabla N° 108 Región Loreto. Causas Básicas de Morbilidad por subgrupos en jóvenes de 18 a 29 años.2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	61,677	16.7
2	Enfermedades del sistema respiratorio	55,342	15.0
3	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	41,982	11.4
4	Enfermedades del sistema nervioso	17,455	4.7
5	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	11,717	3.2
6	Embarazo, parto y puerperio	11,458	3.1
7	Enfermedades del sistema genitourinario	11,333	3.1
8	Enfermedades del sistema digestivo	10,670	2.9
9	Lesiones, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	8,665	2.4
10	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	8,433	2.3
11	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8,069	2.2
12	Trastornos mentales y del comportamiento	6,039	1.6
13	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	4,324	1.2
14	Enfermedades del ojo y sus anexos	2,722	0.7
15	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	2,504	0.7
Sub Total		**259,886**	**70.5**
Otras Causas		**108,629**	**29.5**
Total		**368,515**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.6.7 Adulto de 30 a 59 años

En el año 2024, la morbilidad en adultos de 30 a 59 años en la región Loreto estuvo dominada por enfermedades infecciosas y parasitarias (14.5%) y enfermedades del sistema respiratorio (13.5%), reflejando la persistencia de problemas transmisibles asociados a condiciones ambientales y de saneamiento. También se evidenció un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, como las endocrinas, nutricionales y metabólicas (4.1%), el sistema nervioso (4.8%) y el sistema osteomuscular (2.9%), lo que sugiere un cambio epidemiológico hacia patologías degenerativas y metabólicas. Esta distribución resalta la necesidad de fortalecer tanto la prevención de enfermedades infecciosas como las estrategias de control de enfermedades crónicas, mediante la promoción de hábitos saludables y la mejora del acceso a servicios de salud integral.

Tabla N° 109 Región Loreto. Causas Básicas de Morbilidad por subgrupos en adultos de 30 a 59 años.2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	98,484	14.5
2	Enfermedades del sistema respiratorio	91,697	13.5
3	Enfermedades del sistema nervioso	32,670	4.8
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	27,756	4.1
5	Enfermedades del sistema digestivo	24,326	3.6
6	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	22,038	3.3
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	19,441	2.9
8	Lesiones, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	15,335	2.3
9	Enfermedades del sistema genitourinario	14,395	2.1
10	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	10,926	1.6
11	Enfermedades del sistema circulatorio	10,000	1.5
12	Trastornos mentales y del comportamiento	7,233	1.1
13	Embarazo, parto y puerperio	6,629	1.0
14	Enfermedades del ojo y sus anexos	5,699	0.8
15	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	4,137	0.6
Sub Total		**386,629**	**57.1**
Otras Causas		**290,252**	**42.9**
Total		**676,881**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.6.8 Adulto mayor de 60 años a más

En 2024, la morbilidad en los adultos mayores de 60 años en la región Loreto estuvo liderada por las enfermedades del sistema respiratorio (12.3%) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (11.1%), lo que evidencia una alta vulnerabilidad a infecciones respiratorias y transmisibles debido al deterioro inmunológico propio de la edad.

Tabla N° 110 Región Loreto. Causas Básicas de Morbilidad por subgrupos en adultos mayores 60 años a más.2024

Items	Subcategorías de causas basicas de morbillidad	N°	%
1	Enfermedades del sistema respiratorio	32,061	12.3
2	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	28,764	11.1
3	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	15,730	6.0
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13,498	5.2
5	Enfermedades del sistema nervioso	11,357	4.4
6	Enfermedades del sistema digestivo	8,973	3.4
7	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	8,452	3.2
8	Enfermedades del sistema circulatorio	8,246	3.2
9	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	7,115	2.7
10	Enfermedades del ojo y sus anexos	5,043	1.9
11	Lesiones, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4,538	1.7
12	Enfermedades del sistema genitourinario	3,513	1.3
13	Trastornos mentales y del comportamiento	1,825	0.7
14	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1,661	0.6
15	Neoplasias [tumores]	1,487	0.6
Sub Total		**150,776**	**57.9**
Otras Causas		**109,477**	**42.1**
Total		**260,253**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

Asimismo, se observa una presencia importante de enfermedades crónicas y degenerativas como las osteomusculares (6.0%), endocrinas y metabólicas (5.2%) y del sistema circulatorio (3.2%), reflejando el avance de enfermedades no transmisibles asociadas al envejecimiento. Esta situación demanda fortalecer la atención integral del adulto mayor, priorizando la prevención, control de enfermedades crónicas y la promoción de un envejecimiento saludable. Tabla N° 110

4.2.1.7 Morbilidad general por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

En el 2024, la morbilidad registrada en la región Loreto muestra que el mayor volumen de atenciones se concentró en las IPRESS de primer nivel de atención, como Bellavista Nanay, San Juan de Miraflores y Moronacocha, que en conjunto superan el 7% del total regional, evidenciando su papel fundamental en la resolución de enfermedades comunes y prevalentes. Los hospitales de mayor complejidad, como el Hospital Regional de Loreto y el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, también tuvieron una participación significativa (alrededor del 4%), lo que refleja la atención de casos más graves o especializados. Desde un enfoque de salud pública, estos datos subrayan la importancia del fortalecimiento del primer nivel de atención, la distribución equitativa de recursos y la optimización de la red asistencial, para mejorar la capacidad resolutiva y reducir la sobrecarga en los hospitales de referencia.

Tabla N° 111 Región Loreto. Morbilidad según Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). 2024 (Número y Porcentaje)

Items	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)	N°	%
1	I.4 BELLAVISTA NANAY	60,856	2.7
2	I.4 SAN JUAN DE MIRAFLORES	59,193	2.6
3	I.4 MORONACOCHA	57,969	2.5
4	III.1HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	52,538	2.3
5	I.4 NAUTA - NUCLEO BASE	45,790	2.0
6	II.2 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	37,994	1.7
7	I.4 SAN LORENZO - NUCLEO BASE	36,972	1.6
8	II.2 HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA	33,736	1.5
9	I.4 C.S. I-4 REQUENA	32,438	1.4
10	I.3 CARDOZO	29,708	1.3
11	I.3 SAN ANTONIO DE IQUITOS	28,254	1.2
12	I.4 CABALLOCOCHA	26,771	1.2
13	I.3 IPRESS I-2 8 DE MAYO	24,559	1.1
14	II.1 HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE	22,842	1.0
15	I-3 MAZAN	21,393	0.9
Sub Total		**549,620**	**24.0**
Otras IPRESS		**1,741,918**	**76.0**
Total		**2,291,538**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.8 Morbilidad general por Provincias

El análisis de la morbilidad por provincias es importante porque permite identificar las principales enfermedades y sus diferencias entre territorios, facilitando una planificación de salud más equitativa y eficaz. Este enfoque ayuda a priorizar intervenciones, asignar recursos de manera adecuada y fortalecer la vigilancia epidemiológica, garantizando que las acciones de prevención y atención respondan a las necesidades específicas de cada provincia y contribuyan a mejorar la salud de la población regional.

En el año 2024, la morbilidad general en la región Loreto muestra una concentración importante en la provincia de Maynas (37.33%), seguida de Alto Amazonas (14.50%), Datem del Marañón (12.83%) y Loreto (12.09%), lo que refleja una mayor carga de enfermedad en las zonas más pobladas y urbanizadas, donde se concentran los servicios de salud y la mayor demanda asistencial. Desde el enfoque de salud pública, este patrón evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y promoción de la salud en las provincias con menor acceso a servicios, como Putumayo (2.15%) y Requena (5.34%).

Tabla N° 112 Región Loreto. Número y Porcentaje de la morbilidad general, según Provincias. 2024.

Provincias	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
Alto Amazonas	200,853	131,462	332,315	14.50
Datem del Marañon	172,142	121,837	293,979	12.83
Loreto	166,682	110,327	277,009	12.09
Mariscal Ramón Castilla	93,188	61,732	154,920	6.76
Maynas	531,857	323,648	855,505	**37.33**
Putumayo	28,356	20,926	49,282	2.15
Requena	75,673	46,760	122,433	5.34
Ucayali	121,095	85,000	206,095	8.99
Total	**1,389,846**	**901,692**	**2,291,538**	**100.00**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.2024

4.2.1.8.1 Causas Básicas de Morbilidad en la Provincia de Maynas

En el año 2024, la morbilidad general en la provincia de Maynas se concentró principalmente en enfermedades respiratorias y afecciones comunes prevenibles, destacando la rinofaringitis aguda (5.9%), caries dental (5.6%) y fiebre no especificada (5.2%).

Tabla N° 113 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad general, en la Provincia de Maynas. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	50,322	5.9
2	CARIES DE LA DENTINA	48,289	5.6
3	FIEBRE NO ESPECIFICADA	44,730	5.2
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	37,256	4.4
5	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	25,954	3.0
6	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	21,652	2.5
7	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	19,961	2.3
8	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	17,559	2.1
9	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	17,475	2.0
10	NECROSIS DE LA PULPA	16,591	1.9
11	DEPOSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	14,896	1.7
12	CEFALEA	14,640	1.7
13	OTRAS FALTAS DEL DESARROLLO FISIOLOGICO NORMAL ESPERADO	14,615	1.7
14	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	13,725	1.6
15	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	13,522	1.6
Sub Total		**357,665**	**41.8**
Otras Causas Básicas		**497,840**	**58.2**
Total		**855,505**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.2024

Estas causas, junto con infecciones urinarias, parasitosis intestinal y anemia ferropénica, representan el 41.8% del total de morbilidades, evidenciando la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, promoción de la salud y control de enfermedades transmisibles, así como mejorar la atención primaria para reducir la carga de enfermedades evitables en la población. (Tabla N° 113)

4.2.1.8.2 Causas Básicas de Morbilidad en la Provincia de Alto Amazonas

Tabla N° 114 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad en la Provincia de Alto Amazonas. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	24,074	7.2
2	FIEBRE NO ESPECIFICADA	21,495	6.5
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	14,445	4.3
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	12,939	3.9
5	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	10,491	3.2
6	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	10,051	3.0
7	CEFALEA	9,725	2.9
8	CARIES DE LA DENTINA	8,513	2.6
9	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	6,401	1.9
10	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	6,161	1.9
11	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	5,967	1.8
12	ALERGIA NO ESPECIFICADA	5,146	1.5
13	CEFALEA DEBIDA A TENSION	5,124	1.5
14	NECROSIS DE LA PULPA	4,254	1.3
15	DOLOR EN ARTICULACION	3,974	1.2
Sub Total		**144,786**	**43.6**
Otras Causas Básicas		**187,529**	**56.4**
Total		**332,315**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática.2024

En el año 2024, la provincia de Alto Amazonas registró una morbilidad general dominada por enfermedades respiratorias agudas y afecciones infecciosas comunes, siendo la rinofaringitis aguda (7.2%) y la fiebre no especificada (6.5%) las principales causas de atención. Estas, junto con la faringitis, infecciones urinarias, parasitosis intestinal y anemia ferropénica, representaron el 43.6% del total de casos, reflejando una alta carga de enfermedades prevenibles vinculadas a condiciones ambientales, deficiente acceso a servicios básicos y limitada cobertura de atención primaria. Desde la salud pública, estos resultados evidencian la necesidad de reforzar las acciones de prevención, control de infecciones respiratorias y parasitarias, y promoción de la salud en la población, especialmente en zonas rurales y vulnerables de la provincia.

4.2.1.8.3 Causas Básicas de Morbilidad en la Provincia del Datem del Marañón

En el año 2024, la provincia de Alto Amazonas registró una morbilidad dominada por enfermedades respiratorias agudas y afecciones infecciosas comunes, siendo la rinofaringitis aguda (7.2%) y la fiebre no especificada (6.5%) las principales causas de atención. Estas, junto con la faringitis, infecciones urinarias, parasitosis intestinal y anemia ferropénica, representaron el 43.6% del total de casos, reflejando una alta carga de enfermedades prevenibles vinculadas a condiciones ambientales, deficiente acceso a servicios básicos y limitada cobertura de atención primaria. Desde la salud pública, estos resultados evidencian la necesidad de reforzar las acciones de prevención, control de infecciones respiratorias y parasitarias, y promoción de la salud en la población, especialmente en zonas rurales y vulnerables de la provincia. (Tabla N° 115).

Tabla N° 115 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad, en la Provincia del Datem del Marañón. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	FIEBRE NO ESPECIFICADA	19,309	6.6
2	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	19,070	6.5
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	15,814	5.4
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	14,006	4.8
5	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	13,459	4.6
6	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	11,359	3.9
7	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	10,331	3.5
8	CEFALEA	8,749	3.0
9	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	8,092	2.8
10	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	7,947	2.7
11	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	6,940	2.4
12	OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS NO ESPECIFICADAS DE ORIGEN INFECCIOSO	5,980	2.0
13	TOS	5,333	1.8
14	PALUDISMO DEBIDO A PLASMODIUM VIVAX SIN COMPLICACIONES	5,230	1.8
15	CARIES DE LA DENTINA	5,050	1.7
Sub Total		**151,619**	**51.6**
Otras Causas Básicas		**142,360**	**48.4**
Total		**293,979**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática 2024

4.2.1.8.4 Causas Básicas de Morbilidad en la Provincia de Loreto- Nauta

En la provincia de Loreto, durante el año 2024, la morbilidad estuvo principalmente asociada a enfermedades respiratorias agudas, infecciones intestinales y afecciones odontológicas, siendo la rinofaringitis aguda (9.4%), la fiebre no especificada (7.7%) y la caries de la dentina (6.7%) las causas más frecuentes.

Tabla N° 116 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad, en la Provincia de Loreto.2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	25,915	9.4
2	FIEBRE NO ESPECIFICADA	21,421	7.7
3	CARIES DE LA DENTINA	18,488	6.7
4	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	10,793	3.9
5	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	10,463	3.8
6	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	10,135	3.7
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	9,316	3.4
8	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	8,347	3.0
9	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	7,636	2.8
10	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	6,085	2.2
11	NECROSIS DE LA PULPA	6,016	2.2
12	CEFALEA	5,809	2.1
13	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	4,630	1.7
14	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	4,325	1.6
15	ALERGIA NO ESPECIFICADA	4,019	1.5
Sub Total		**149,379**	**53.9**
Otras Causas Básicas		**127,630**	**46.1**
Total		**277,009**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

En conjunto, las quince principales causas representaron el 53.9% del total de casos, lo que evidencia una alta prevalencia de enfermedades prevenibles vinculadas a deficiencias en

saneamiento, higiene bucal y control de infecciones respiratorias e intestinales. Desde la perspectiva de salud pública, estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades transmisibles y educación sanitaria comunitaria, especialmente en zonas con limitada cobertura de servicios básicos. (Tabla N° 116).

4.2.1.8.5 Causas Básicas de Morbilidad en la Provincia de Mariscal Ramón Castilla

En la provincia de Mariscal Ramón Castilla, durante el año 2024, las principales causas de morbilidad general fueron de origen respiratorio, infeccioso y parasitario, destacando la rinofaringitis aguda (8.0%), las infecciones de vías urinarias (7.4%) y la fiebre no especificada (7.3%). En conjunto, las quince causas más frecuentes concentraron el 55.7% del total de casos, evidenciando una alta carga de enfermedades prevenibles relacionadas con condiciones ambientales, saneamiento deficiente y acceso limitado a servicios de salud. Desde un enfoque de salud pública, estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, control de infecciones y programas de educación sanitaria, especialmente en zonas rurales y de frontera de la región Loreto.

Tabla N° 117 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad, en la Provincia de Ramón Castilla.2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	12,436	8.0
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	11,420	7.4
3	FIEBRE NO ESPECIFICADA	11,371	7.3
4	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	7,813	5.0
5	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	5,638	3.6
6	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	4,987	3.2
7	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	4,809	3.1
8	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	4,765	3.1
9	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	4,579	3.0
10	NECROSIS DE LA PULPA	4,158	2.7
11	PALUDISMO DEBIDO A PLASMODIUM VIVAX SIN COMPLICACIONES	3,865	2.5
12	CARIES DE LA DENTINA	3,845	2.5
13	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	3,563	2.3
14	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	2,993	1.9
15	CEFALEA	2,050	1.3
Sub Total		**86,242**	**55.7**
Otras Causas Básicas		**68,678**	**44.3**
Total		**154,920**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática 2024.

4.2.1.8.6 Causas Básicas de Morbilidad en la Provincia del Putumayo

En la provincia fronteriza del Putumayo, durante el año 2024, las principales causas de morbilidad general estuvieron concentradas en enfermedades respiratorias, infecciosas y odontológicas, siendo las más frecuentes la caries de la dentina (8.4%), la rinofaringitis aguda (8.0%) y la faringitis aguda (5.9%). En conjunto, las quince primeras causas representaron el 59.4% de los casos totales, lo que refleja una alta carga de enfermedades prevenibles y relacionadas con determinantes sociales de la salud, como el limitado acceso a servicios médicos, saneamiento básico deficiente, condiciones de vida precarias y escasa educación sanitaria.

Desde un enfoque de salud pública, esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y promoción de la salud, especialmente en zonas rurales y de frontera, donde la dispersión geográfica y las barreras geopolíticas dificultan la cobertura

sanitaria. Es fundamental fortalecer la atención primaria, el control de enfermedades transmisibles, los programas de salud bucal y la vigilancia epidemiológica, priorizando la articulación intersectorial y la cooperación transfronteriza para reducir la vulnerabilidad sanitaria en la población del Putumayo.

Tabla N° 118 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad, en la Provincia del Putumayo. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	CARIES DE LA DENTINA	4,120	8.4
2	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	3,946	8.0
3	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	2,899	5.9
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	2,543	5.2
5	ALTERACION NO ESPECIFICADA DE LA REGULACION DE LA TEMPERATURA EN EL RECIEN NACIDO	2,462	5.0
6	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2,326	4.7
7	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	1,975	4.0
8	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	1,572	3.2
9	FIEBRE NO ESPECIFICADA	1,463	3.0
10	CEFALEA	1,436	2.9
11	NECROSIS DE LA PULPA	1,381	2.8
12	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	1,334	2.7
13	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	901	1.8
14	DEPOSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	898	1.8
15	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	835	1.7
Sub Total		**29,256**	**59.4**
Otras Causas Básicas		**20,026**	**40.6**
Total		**49,282**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.1.8.7 Causas Básicas en la Provincia de Requena

En la provincia de Requena, durante el año 2024, las principales causas de morbilidad general estuvieron asociadas a infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales y trastornos odontológicos, siendo las más frecuentes la rinofaringitis aguda (7.6%), la faringitis aguda (6.8%) y la fiebre no especificada (6.5%). Estas causas, junto con las enfermedades intestinales y urinarias, representaron el 53.7% del total de casos, lo que refleja un perfil epidemiológico dominado por afecciones prevenibles relacionadas con factores como la pobreza, las limitadas condiciones de saneamiento básico y la escasa cobertura de servicios de salud.

Tabla N° 119 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad general, en la Provincia de Requena.2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	9,313	7.6
2	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	8,308	6.8
3	FIEBRE NO ESPECIFICADA	7,956	6.5
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	6,175	5.0
5	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	4,778	3.9
6	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	4,725	3.9
7	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	3,934	3.2
8	NECROSIS DE LA PULPA	3,850	3.1
9	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	3,542	2.9
10	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	3,234	2.6
11	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	3,003	2.5
12	CEFALEA	2,380	1.9
13	CARIES DE LA DENTINA	2,374	1.9
14	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2,198	1.8
15	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	1,731	1.4
Sub Total		**65,770**	**53.7**
Otras Causas Básicas		**56,663**	**46.3**
Total		**122,433**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática 2024.

4.2.1.8.8 Causas Básicas en la Provincia de Ucayali

En la provincia de Ucayali, durante el año 2024, las principales causas de morbilidad general estuvieron dominadas por enfermedades respiratorias agudas, infecciones intestinales y parasitarias, así como trastornos por deficiencia nutricional, destacando la rinofaringitis aguda (7.6%), la amigdalitis aguda (4.9%) y la parasitosis intestinal (4.9%). Estas afecciones, junto con otras como la fiebre no especificada y las infecciones urinarias, concentraron más del **50% de los** casos reportados**, reflejando un** patrón epidemiológico **asociado a condiciones pre**carias de saneamiento básico, acceso limitado al agua segura y cobertura insuficiente de servicios de salud**.**

Tabla N° 120 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad general, en la Provincia de Ucayali. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	15,603	7.6
2	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	10,162	4.9
3	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	10,128	4.9
4	FIEBRE NO ESPECIFICADA	9,120	4.4
5	BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	8,564	4.2
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	8,460	4.1
7	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	8,146	4.0
8	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	7,070	3.4
9	CEFALEA	6,488	3.1
10	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	5,359	2.6
11	CARIES DE LA DENTINA	5,134	2.5
12	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	4,555	2.2
13	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	3,455	1.7
14	ALERGIA NO ESPECIFICADA	2,741	1.3
15	FARINGO AMIGDALITIS AGUDA	2,646	1.3
Sub Total		**104,985**	**50.9**
Otras Causas Básicas		**101,110**	**49.1**
Total		**206,095**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática 2024.

4.2.2 Morbilidad atendida en Hospitales

Analizar las causas básicas de morbilidad en los hospitales del MINSA de la región Loreto es fundamental porque permite identificar los principales problemas de salud que afectan a la población atendida, facilitando la planificación y priorización de intervenciones sanitarias. Este análisis ofrece una visión clara sobre las enfermedades más frecuentes, su distribución por grupos poblacionales y su comportamiento en el tiempo, lo que contribuye a orientar los recursos humanos, financieros y logísticos hacia las áreas de mayor necesidad. Además, en una región con alta dispersión geográfica y limitaciones en el acceso a los servicios de salud como Loreto, este tipo de evaluación es clave para fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar la calidad de la atención hospitalaria y diseñar políticas públicas basadas en evidencia, que promuevan la prevención, detección temprana y control efectivo de las enfermedades prevalentes.

En el año 2024, la morbilidad general registrada en los hospitales del MINSA de la región Loreto muestra un predominio del sexo femenino (62.4%) sobre el masculino (37.6%), lo que sugiere una mayor demanda de atención por parte de las mujeres, posiblemente vinculada a causas reproductivas, enfermedades crónicas y mayor acceso a servicios hospitalarios. El Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” concentró el mayor número de

atenciones (32.9%), seguido del Hospital Santa Gema de Yurimaguas (23.8%) y el Hospital Iquitos César Garayar García (21.1%), reflejando su rol de referencia regional y provincial. Desde un enfoque de salud pública, estos datos evidencian la importancia de fortalecer la capacidad resolutiva hospitalaria y la equidad en el acceso a servicios especializados, priorizando acciones preventivo-promocionales que reduzcan la carga de morbilidad hospitalaria y promuevan una atención oportuna en toda la región.

Tabla N° 121 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad por sexo en hospitales. 2024.

HOSPITALES	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	32,468	20,070	52,538	**32.88**
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	23,750	14,230	37,980	23.77
HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA	22,544	11,192	33,736	21.11
HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE	13,166	9,664	22,830	14.29
HOSPITAL II-I CONTAMANA	7,750	4,963	12,713	7.96
Total	**99,678**	**60,119**	**159,797**	**100.00**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática 2024.

4.2.2.1 Causas Básicas de Morbilidad - Hospital III.1 Regional de Loreto

En el año 2024, el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” registró un total de 52,538 casos de morbilidad general, siendo las principales causas las enfermedades crónicas del sistema digestivo, renal y metabólico, como la gastritis crónica (2.0%), enfermedad renal crónica (1.9%) y obesidad (1.1%), junto con patologías odontológicas y afecciones propias de la atención materna

Tabla N° 122 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad general del Hospital Regional de Loreto. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL	1,031	**2.0**
2	ENFERMEDAD RENAL CRONICA NO ESPECIFICADA	989	1.9
3	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	925	1.8
4	CARIES DE LA DENTINA	854	1.6
5	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	784	1.5
6	DISPEPSIA	770	1.5
7	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	729	1.4
8	GINGIVITIS AGUDA	704	1.3
9	SIDA	668	1.3
10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	631	1.2
11	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	630	1.2
12	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	567	1.1
13	DEPOSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	541	1.0
14	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	472	0.9
15	NECROSIS DE LA PULPA	453	0.9
Sub Total		**10,295**	**19.6**
Otras Causas Básicas		**42,243**	**80.4**
Total		**52,538**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática 2024.

Estas causas reflejan una transición epidemiológica en la población urbana de Loreto, donde las enfermedades crónicas y no transmisibles ganan importancia frente a las infecciosas. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer los programas de prevención, control nutricional y salud bucal, así como de reforzar la atención integral en pacientes con enfermedades crónicas y condiciones maternas, priorizando acciones que reduzcan la carga hospitalaria y mejoren la calidad de vida de la población. (Tabla N° 122).

4.2.2.2 Causas Básicas de Morbilidad - Hospital II.2 Apoyo Iquitos

En el año 2024, el Hospital de Apoyo Iquitos “César Garayar García” registró 33,736 casos de morbilidad general, predominando las enfermedades odontológicas como pulpitis (7.2%), caries y necrosis pulpar, junto con complicaciones del embarazo (5.5%) y afecciones oculares como catarata y blefaritis. Asimismo, se reportan casos de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión y trastornos prostáticos, así como enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados evidencian una alta demanda por atenciones odontológicas y maternas, reflejando problemas persistentes en la salud bucal, reproductiva y preventiva en la población urbana de Loreto. Se requiere fortalecer la promoción de la salud, el control prenatal, la educación en higiene oral y la detección temprana de enfermedades crónicas para reducir la carga asistencial y mejorar la atención integral en el primer nivel de atención.

Tabla N° 123 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad general del Hospital Apoyo Iquitos. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	PULPITIS	2,415	7.2
2	ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO PARTO Y/O PUERPERIO	1,870	5.5
3	NECROSIS DE LA PULPA	1,183	3.5
4	CARIES DE LA DENTINA	1,165	3.5
5	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	1,032	3.1
6	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	897	2.7
7	CATARATA SENIL INCIPIENTE	788	2.3
8	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	735	2.2
9	GINGIVITIS AGUDA	609	1.8
10	DEPOSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	511	1.5
11	BLEFARITIS	504	1.5
12	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	489	1.4
13	PTERIGION	475	1.4
14	SIDA	422	1.3
15	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	417	1.2
Sub Total		**13,095**	**38.8**
Otras Causas Básicas		**20,641**	**61.2**
Total		**33,736**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.2.3 Causas Básicas de Morbilidad - Hospital II.2 Santa Gema de Yurimaguas

En el año 2024, el Hospital Santa Gema de Yurimaguas reportó 37,980 casos de morbilidad general, destacando como principales causas la diabetes mellitus no especificada (3.1%), las afecciones odontológicas (caries y pulpitis), los trastornos digestivos (dispepsia, dolor abdominal, constipación) y algunos problemas de salud mental como el trastorno de ansiedad. También se observan causas relacionadas con la salud materna y enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad y colecistitis. Desde el enfoque de salud pública, estos datos reflejan una transición epidemiológica en la provincia de Alto Amazonas, donde las enfermedades crónicas y metabólicas comienzan a adquirir relevancia junto con los problemas tradicionales de salud bucal y digestiva. Esto evidencia la necesidad de fortalecer

los programas de prevención de enfermedades no transmisibles, salud mental, educación alimentaria y control metabólico, además de continuar mejorando la atención primaria y la promoción de estilos de vida saludables en la población.

Tabla N° 124 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad del Hospital Santa Gema de Yurimaguas. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	1,190	3.1
2	CARIES DE LA DENTINA	1,140	3.0
3	OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL	892	2.3
4	DISPEPSIA	739	1.9
5	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	718	1.9
6	GINGIVITIS AGUDA	619	1.6
7	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	482	1.3
8	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	448	1.2
9	OBESIDAD NO ESPECIFICADA	431	1.1
10	COLECISTITIS CRONICA	428	1.1
11	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	423	1.1
12	CEFALEA DEBIDA A TENSION	422	1.1
13	AUMENTO PEQUENO DE PESO EN EL EMBARAZO	422	1.1
14	PULPITIS	394	1.0
15	CONSTIPACION	369	1.0
Sub Total		**8,748**	**23.0**
Otras Causas Básicas		**29,232**	**77.0**
Total		**37,980**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.2.4 Causas Básicas de Morbilidad - Hospital II.1 Santa Clotilde

En el Hospital II-1 Santa Clotilde, durante el año 2024, se registraron 22,830 casos de morbilidad general, destacando como principales causas la caries de la dentina (12.3%), las infecciones respiratorias agudas (rinofaringitis y faringitis), las parasitosis intestinales y las infecciones urinarias.

Tabla N° 125 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad del Hospital II:1 Santa Clotilde. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	CARIES DE LA DENTINA	2,818	12.3
2	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	1,182	5.2
3	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	860	3.8
4	NECROSIS DE LA PULPA	829	3.6
5	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	788	3.5
6	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	752	3.3
7	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES NO ESPECIFICADA	751	3.3
8	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	751	3.3
9	DEPOSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	719	3.1
10	FIEBRE NO ESPECIFICADA	714	3.1
11	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	644	2.8
12	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	443	1.9
13	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	395	1.7
14	CEFALEA	353	1.5
15	ASCARIASIS NO ESPECIFICADA	348	1.5
Sub Total		**11,999**	**52.6**
Otras Causas Básicas		**10,831**	**47.4**
Total		**22,830**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

También se observan afecciones frecuentes como anemia por deficiencia de hierro, gastritis y lumbago. reflejando tanto problemas de salud bucal como condiciones relacionadas con la pobreza, el saneamiento básico deficiente y la limitada accesibilidad a servicios especializados. (Tabla N° 125)

4.2.2.5 Causas Básicas de Morbilidad - Hospital II.1 Contamana

En el Hospital II-1 Contamana, durante el año 2024, se registraron 12,713 casos de morbilidad general, siendo las principales causas fiebre no especificada (6.4%), caries de la dentina (5.7%), dolores abdominales (3.1%), infecciones intestinales y fiebre tifoidea, además de afecciones como infecciones respiratorias, urinarias y dengue. Aunque en la provincia no se reportaron casos de malaria, persiste la presencia de otras enfermedades metaxénicas, como el dengue y otras infecciones transmitidas por vectores, que representan un riesgo constante para la salud pública. La ubicación geográfica estratégica de Contamana, en la frontera con la región Ucayali y su creciente flujo turístico, aumentan la vulnerabilidad frente a la introducción de nuevas enfermedades emergentes o reemergentes. Este panorama demanda reforzar la vigilancia epidemiológica, la detección temprana de brotes, el control vectorial y las acciones intersectoriales orientadas a mejorar las condiciones sanitarias, el saneamiento ambiental y la educación comunitaria, priorizando la prevención y el control de enfermedades transmisibles en esta zona de tránsito amazónico.

Tabla N° 126 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad del Hospital II:1 Contamana. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	FIEBRE NO ESPECIFICADA	817	6.4
2	CARIES DE LA DENTINA	725	5.7
3	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	398	3.1
4	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A OTROS ORGANISMOS SIN ESPECIFICAR	351	2.8
5	FIEBRE TIFOIDEA	322	2.5
6	RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	278	2.2
7	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	265	2.1
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	263	2.1
9	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	262	2.1
10	NECROSIS DE LA PULPA	258	2.0
11	NAUSEA Y VOMITO	252	2.0
12	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	245	1.9
13	DENGUE SIN SENIALES DE ALARMA	222	1.7
14	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ESPECIFICACION	218	1.7
15	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	196	1.5
Sub Total		**4,876**	**38.4**
Otras Causas Básicas		**7,837**	**61.6**
Total		**12,713**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.2.3 Morbilidad atendida en Centros de Salud Mental Comunitario (C.S.M.C)

En el año 2024, los Centros de Salud Mental Comunitarios de la región Loreto registraron un total de 26,120 casos de morbilidad, de los cuales el 54.8% correspondió al sexo femenino (14,303 casos) y el 45.2% al masculino (11,817 casos). Los establecimientos con mayor carga asistencial fueron el Centro de Salud Mental Comunitario Cardozo (11.85%) y el de Yurimaguas (11.58%), seguidos por Punchana (6.92%) y Contamana (7.60%), lo que refleja una amplia demanda de atención en salud mental en las provincias más urbanas y de mayor población. Este patrón evidencia una mayor prevalencia de trastornos mentales y conductuales en mujeres, probablemente asociada a factores psicosociales, de violencia y sobrecarga familiar, mientras que en los varones se observa un incremento en trastornos

relacionados con el consumo de alcohol y conductas de riesgo. Los resultados resaltan la importancia del fortalecimiento de los servicios comunitarios de salud mental en Loreto, especialmente en las zonas rurales y de frontera, para garantizar una atención oportuna, integral e intercultural.

Tabla N° 127 Región Loreto. Morbilidad Informada por los Centros de Salud Mental Comunitario por sexo. 2024 (Número y Porcentaje)

CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	SEX0		TOTAL	%
	FEMENINO	MASCULINO		
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - YURIMAGUAS	3,026	2,700	5,726	11.58
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CARDOZO	3,094	2,062	5,156	11.85
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - PUNCHANA	1,807	1,895	3,702	6.92
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO-CONTAMANA	1,984	1,595	3,579	7.60
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO IQUITOS	1,238	1,059	2,297	4.74
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - NAUTA	1,111	925	2,036	4.25
CENTRO DE SALUD COMUNITARIO UKA YAKI TSA WA	1,081	879	1,960	4.14
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO INTERCULTURAL DATEM DEL MARAÑÓ	924	687	1,611	3.54
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CABALLO COCHA	38	15	53	0.15
Total	**14,303**	**11,817**	**26,120**	**54.76**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

En el año 2024, los Centros de Salud Mental Comunitarios de la región Loreto registraron 26,120 casos de morbilidad, de los cuales el 50.6% correspondió a las 15 principales causas básicas. Predominaron los trastornos mixtos de ansiedad y depresión (7.2%), seguidos por el episodio depresivo moderado (6.5%) y la esquizofrenia paranoide (5.9%), reflejando una alta carga de trastornos afectivos y psicóticos en la población atendida
Asimismo, se observó una presencia significativa de problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, así como de situaciones de violencia y maltrato psicológico, evidenciando la necesidad de fortalecer la prevención, detección temprana y atención integral en salud mental, con enfoque comunitario e intercultural.

Tabla N° 128 Región Loreto. Número y Porcentaje de Causas Básicas de morbilidad de los Centros de salud mental Comunitarios. 2024.

Items	CAUSAS BÁSICAS	N°	%
1	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	1,885	7.2
2	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	1,702	6.5
3	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1,543	5.9
4	OTROS SINDROMES DE MALTRATO FORMA MIXTA	1,047	4.0
5	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL - USO NOCIVO	800	3.1
6	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE	765	2.9
7	ABUSO PSICOLOGICO	748	2.9
8	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	732	2.8
9	TRASTORNO DE LA CONDUCTA LIMITADO AL CONTEXTO FAMILIAR	709	2.7
10	TRASTORNOS DE ADAPTACION	699	2.7
11	OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES	676	2.6
12	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	675	2.6
13	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL SINDROME DE DEPENDEN	644	2.5
14	TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CONDUCTA	601	2.3
15	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	522	2.0
Sub Total		**13,226**	**50.6**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística e Informática. 2024

4.3 Análisis de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y Estrategias Sanitarias

4.3.1 Enfermedades Metaxènicas

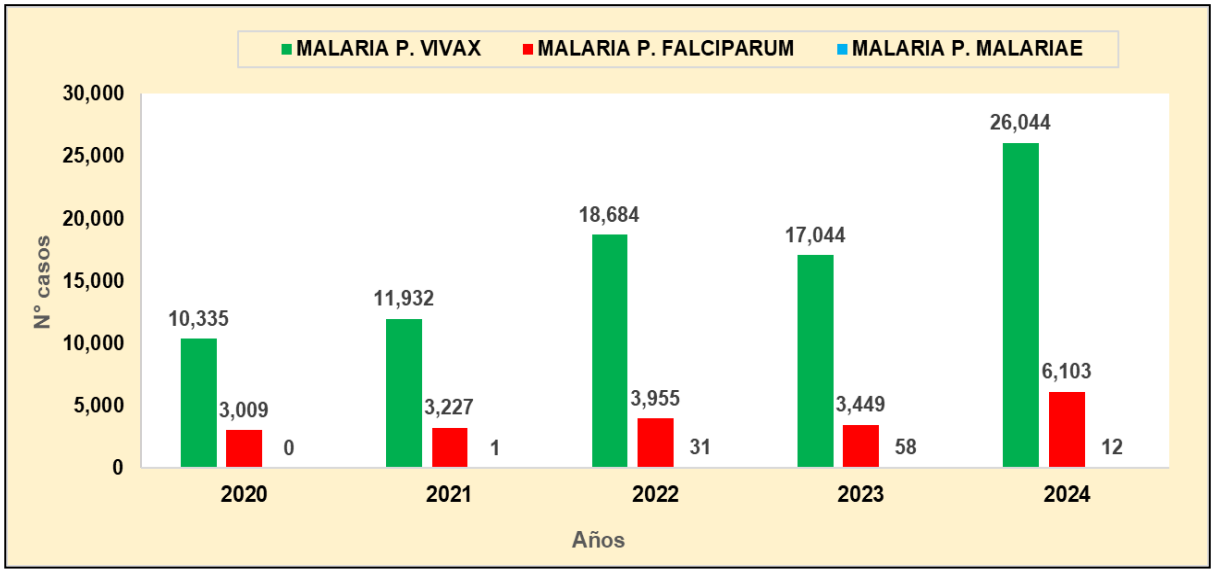
Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), las enfermedades metaxénicas son transmitidas por vectores biológicos como mosquitos y zancudos, siendo el dengue, la malaria, la leishmaniasis, el zika y la chikungunya las de mayor relevancia sanitaria. En la región Loreto, estas enfermedades tienen una alta repercusión debido a su clima tropical, la abundancia de cuerpos de agua y las condiciones socioambientales que favorecen la proliferación de vectores. La presencia constante de brotes de dengue y el incremento de casos de malaria generan una importante carga para el sistema de salud, afectando principalmente a poblaciones rurales y periurbanas.

4.3.1.1 Malaria

La malaria en la región Loreto representa uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta endemicidad, las condiciones ecológicas favorables para el vector Anopheles darlingi y la dispersión poblacional en zonas rurales y fluviales. Esta enfermedad, causada por *Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum*, afecta especialmente a comunidades amazónicas con limitado acceso a servicios de salud, generando morbilidad, ausentismo laboral y escolar, y riesgo de brotes recurrentes.

Malaria del 2020 al 2024 ha mostrado un incremento de casos, esto probablemente debido al fenómeno del niño que experimentó el Perú en el 2024, en la cual se generaron condiciones ambientales que favorecieron la aparición de enfermedades transmitidas por vectores principalmente Malaria y Dengue que son las enfermedades prevalentes en la región Loreto. En el gráfico se puede observar que en el 2024 se registró 32 069 casos que representa un incremento de 140.9% respecto al año 2020 y 59.9% respecto al año 2023, predominando los casos de malaria P. vivax.
En el 2024 se reportó un incremento de casos de malaria falciparum de más de 2 a 3 mil casos respecto a los años anteriores.

Gráfico N° 184 Región Loreto. Número de casos de la malaria según tipo de diagnóstico. 2020 - 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Durante el año 2024, la región Loreto notificó un total de 32,159 casos de malaria, reflejando la persistencia de esta enfermedad endémica en la Amazonía peruana. El *Plasmodium vivax* fue el agente predominante con 26,044 casos (81%), seguido del *Plasmodium falciparum* con 6,103 casos (19%) y *Plasmodium Malariae* con solo 12 casos (<0.1%). Según etapa de vida, los niños de 0 a 11 años concentraron la mayor proporción (38.6%), seguido de los adultos de 30 a 59 años (23.3%) y los jóvenes de 18 a 29 años (17.8%), lo que evidencia que la población infantil y en edad productiva son los grupos más afectados. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, las intervenciones vectoriales, la detección temprana y el tratamiento oportuno, priorizando a la niñez y comunidades rurales donde persisten condiciones favorables para la transmisión del vector.

Tabla N° 129 Región Loreto. Número de casos de la malaria según tipo de diagnóstico. 2024

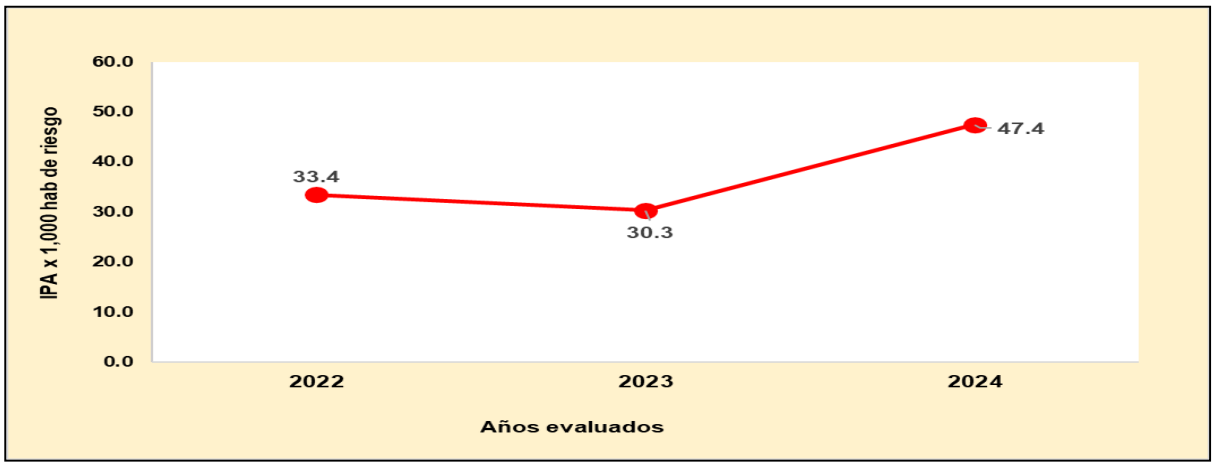
Etapa de vida	Plasmodium vivax	%	Plasmodium falciparum	%	Plasmodium malariae	%	*Total*	%
0-11 Años (Niños)	10,101	38.8	2,308	37.8	5	41.7	**12,414**	**38.6**
12-17 Años (Adolescente)	4,101	15.7	1,017	16.7	3	25.0	**5,121**	**15.9**
18-29 Años (Joven)	4,593	17.6	1,137	18.6	1	8.3	**5,731**	**17.8**
30-59 Años (Adulto)	6,044	23.2	1,435	23.5	3	25.0	**7,482**	**23.3**
60 + Años (Adulto Mayor)	1,205	4.6	206	3.4	0	0.0	**1,411**	**4.4**
TOTAL	**26,044**	**100.0**	**6,103**	**100.0**	**12**	**100**	**32,159**	**100.0**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.1.1.1 Índice Parasitario (IPA)

El Índice Parasitario Anual (IPA) de malaria en la región Loreto muestra una tendencia variable entre los años 2022 y 2024, pasando de 33.4 casos por cada 1,000 habitantes de riesgo en 2022, a 30.3 en 2023, y aumentando significativamente a 47.4 en 2024. El IPA considera una población en riesgo de 677,867 habitantes.

Gráfico N° 185 Región Loreto. Índice Parasitario Anual (IPA) de malaria x 1000 habitantes de riesgo para malaria Loreto 2022 - 2024



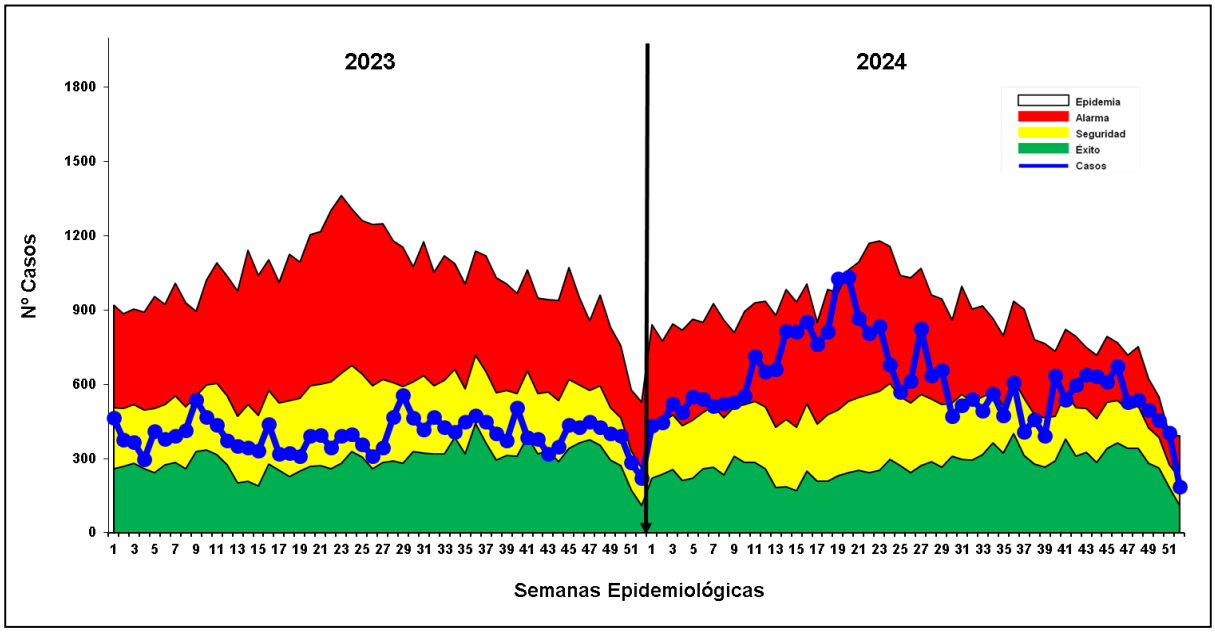
Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Este incremento en el último año evidencia una recrudescencia de la transmisión del paludismo, lo cual representa un importante desafío de salud pública. El ascenso del IPA sugiere un posible incremento en la densidad vectorial, limitaciones en las acciones de control o disminución en la cobertura de intervención preventiva, especialmente en zonas rurales y fluviales. Frente a ello, se requiere reforzar las estrategias de vigilancia entomológica y comunitaria, asegurar la detección oportuna de casos y fortalecer las medidas de control vectorial para evitar la expansión de la enfermedad en la población en riesgo.

4.3.1.1.2 Canal Endémico

Según el canal endémico en el 2024 la curva de casos de malaria se mantuvo prácticamente todo el año en zona de Alarma, disminuyendo a zona de seguridad en la SE52. En comparación al 2023 se observa una gran diferencia ya que el 2023 la curva de malaria estuvo en zona de seguridad todo el 2023.

Gráfico N° 186 . Región Loreto. Canal endémico de los casos de malaria 2023 (SE1-SE52) – 2024 (SE1-SE52).



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

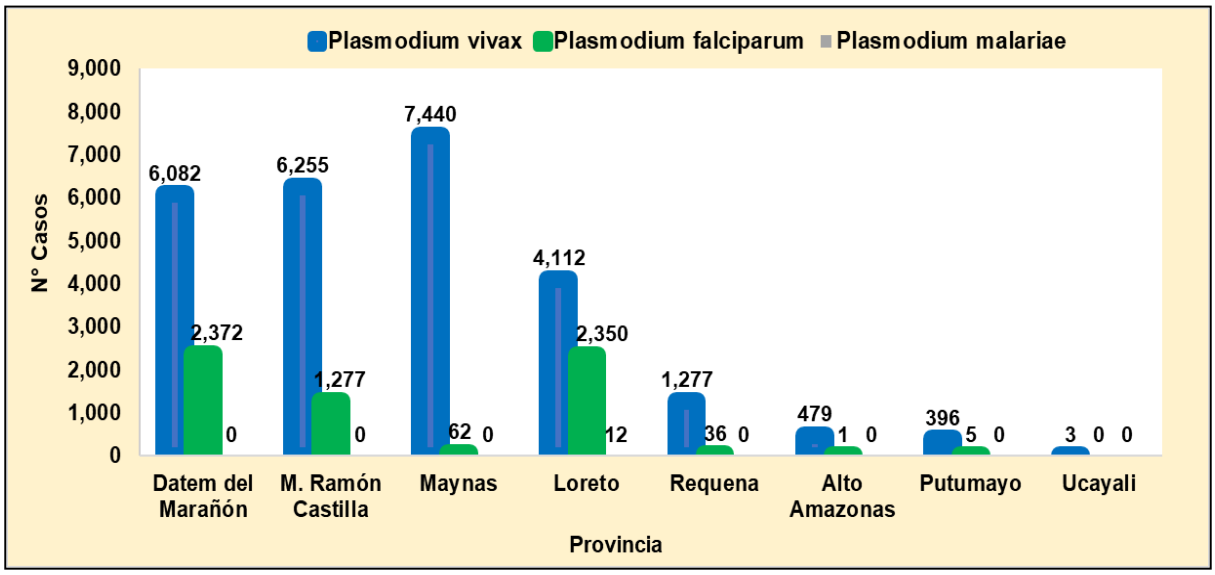
4.3.1.1.3 Malaria según provincias

En la región Loreto durante el 2024, los casos de malaria evidencian una alta concentración en las provincias de Maynas, Ramón Castilla, Datem del Marañón y Loreto, que en conjunto acumulan la mayor carga de enfermedad. El *Plasmodium vivax* predomina ampliamente en todas las provincias, representando la forma más común y extendida del parásito, mientras que el *Plasmodium falciparum*, aunque menos frecuente, mantiene una presencia significativa en Datem del Marañón y Loreto, zonas consideradas de mayor riesgo epidemiológico por su geografía selvática y limitada accesibilidad. La detección de pocos casos de *Plasmodium Malariae* (12) evidencia su circulación esporádica.

Desde el enfoque de salud pública, esta distribución refleja la persistencia de la transmisión activa en áreas amazónicas rurales y fluviales, donde las condiciones ambientales, socioeconómicas y el acceso desigual a los servicios de salud favorecen la continuidad del ciclo vectorial, por lo que se requiere fortalecer la vigilancia, diagnóstico oportuno, control

vectorial y acciones comunitarias sostenidas para avanzar hacia la reducción de la malaria en Loreto. (Gráfico N° 187).

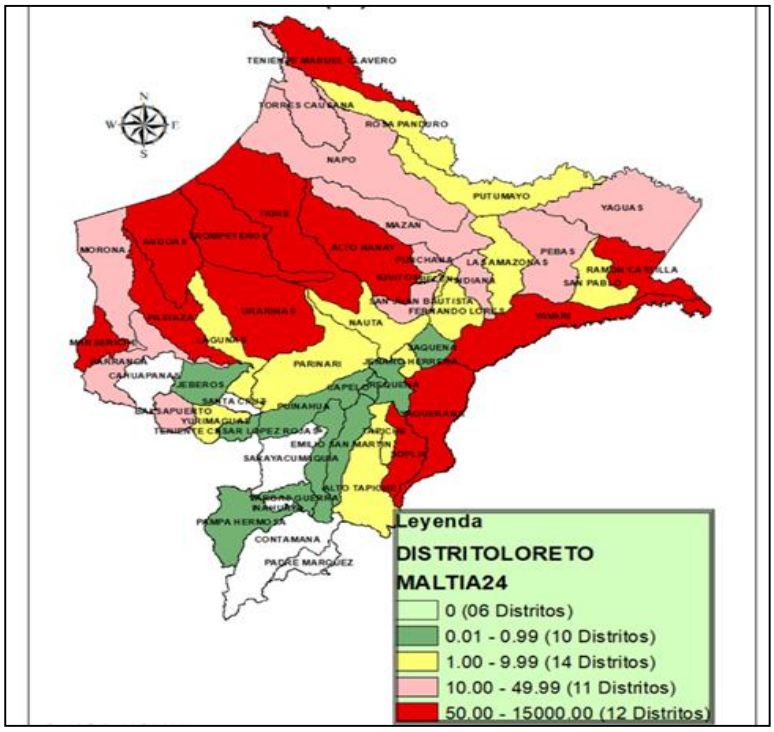
Gráfico N° 187 Región Loreto. Casos y tipo de diagnóstico de malaria por provincias. 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.1.1.4 Mapa de riesgo

Mapa N° 9 Región Loreto. Distritos de riesgo de malaria total según IPA.x 100, mil hab.



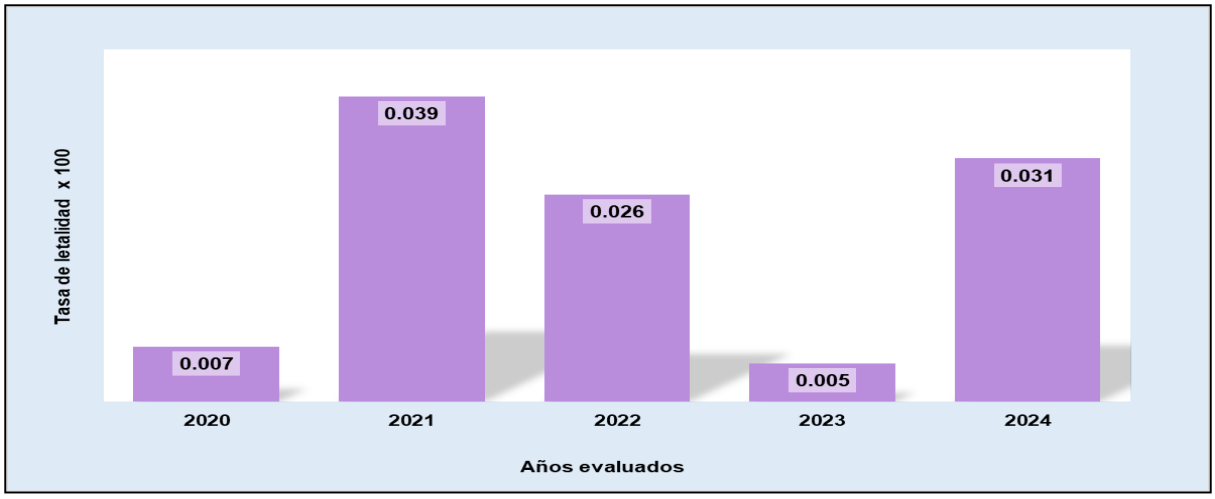
Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En la región Loreto 2024, el análisis indica que existen 12 distritos categorizados con nivel de muy alto riesgo de malaria, evidenciado por una Tasa de Incidencia Anual (TIA) entre 50.00

y 15,000.00 casos por cada 1,000 habitantes. Estos distritos demandan máxima atención en salud pública, ya que concentran la mayor vulnerabilidad epidemiológica frente a la enfermedad, lo que exige priorización en la vigilancia, la dotación intensiva de recursos, el control vectorial y estrategias focalizadas de prevención y tratamiento. La gestión sanitaria debe enfocarse en intervenciones integrales y continuas en estos territorios para reducir la transmisión activa y su impacto en salud comunitaria.

4.3.1.1.5 Tasa de Letalidad

Gráfico N° 188 Región Loreto. Tasa de letalidad de la malaria 2020 - 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, la tasa de letalidad por malaria en la región Loreto se mantuvo baja y con variaciones leves, fluctuando entre 0.005% y 0.039%, lo que indica una baja proporción de muertes respecto al total de casos notificados. Este comportamiento sugiere una adecuada capacidad de diagnóstico y tratamiento oportuno en la mayoría de los establecimientos de salud, aunque los ligeros incrementos observados en 2021 y 2024 podrían estar asociados a dificultades de acceso a los servicios de salud en zonas rurales o de frontera, o a la circulación de casos graves por *Plasmodium falciparum*. Desde el enfoque de salud pública, mantener esta baja letalidad implica reforzar las acciones de vigilancia epidemiológica, atención oportuna y control vectorial, priorizando las áreas con mayores brechas de acceso sanitario y condiciones de vulnerabilidad.

4.3.1.1.6 Fallecidos por malaria

Las muertes por malaria en la región Loreto constituyen un serio desafío para la salud pública, reflejando las desigualdades sociales, económicas y geográficas que afectan a la población amazónica. La enfermedad persiste principalmente en comunidades rurales y de difícil acceso, donde las condiciones ambientales —como el clima tropical húmedo, la presencia de zonas inundables y la alta densidad del mosquito Anopheles— facilitan la transmisión del parásito. A ello se suma la pobreza, la falta de saneamiento básico y el limitado acceso a los servicios de salud, factores que retrasan el diagnóstico y tratamiento oportuno, incrementando el riesgo de complicaciones y muerte, especialmente en niños, gestantes y adultos mayores.

En este contexto, se requiere fortalecer las estrategias de prevención y control con enfoque territorial e intercultural, promoviendo la detección temprana, el tratamiento adecuado, la educación sanitaria y el control vectorial sostenible. Solo mediante la articulación entre el

Estado, las comunidades y los servicios de salud será posible reducir la mortalidad y avanzar hacia la eliminación de la malaria en la región.

Durante el periodo 2022–2024, la región Loreto registró 17 fallecimientos por malaria, concentrándose la mayor proporción en la provincia de Datem del Marañón (35.3%), específicamente en el distrito de Andoas, seguido por Ramón Castilla (17.6%) y los distritos de Punchana y San Juan Bautista (11.8% cada uno). Esta distribución evidencia que los fallecimientos se concentran en zonas rurales y de difícil acceso, donde existen mayores barreras geográficas, sociales y de atención sanitaria.

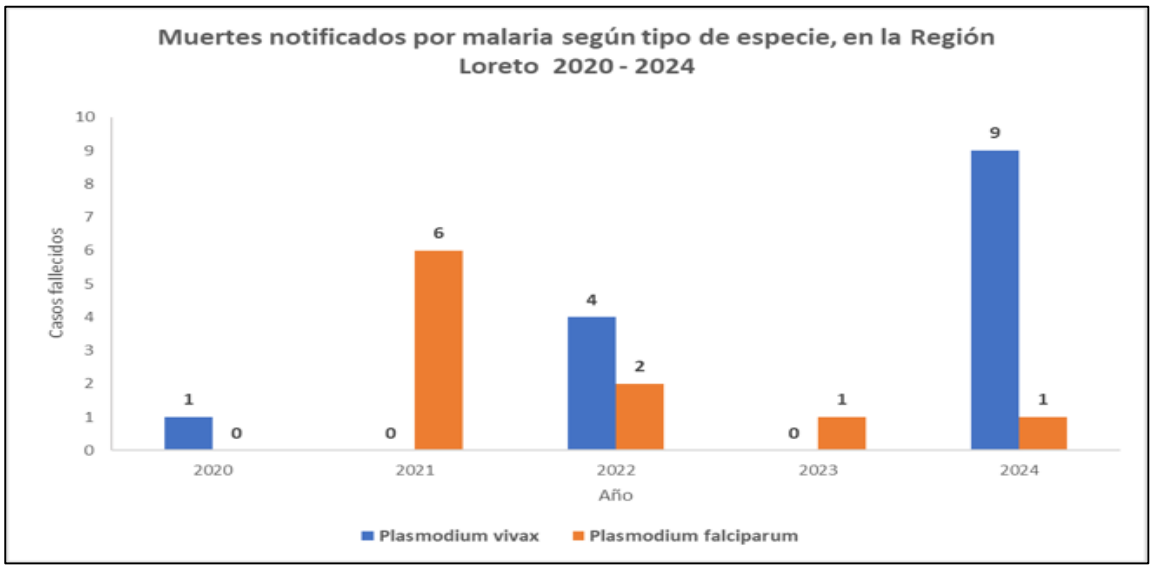
Tabla N° 130 Región. Número de fallecidos por distritos – 2022-2024

PROVINCIA	DISTRITO	AÑOS			TOTAL	%
		2022	2023	2024		
DATEM DEL MARAÑON	ANDOAS	2	1	3	6	35.3
LORETO	NAUTA	1			1	5.9
M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA			3	3	17.6
MAYNAS	MAZAN	1			1	5.9
	NAPO			1	1	5.9
	PUNCHANA	1		1	2	11.8
	SAN JUAN BAUTISTA			2	2	11.8
PUTUMAYO	ROSA PANDURO	1			1	5.9
TOTAL		**6**	**1**	**10**	**17**	**100.0**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Entre los años 2022 y 2024, en la región Loreto se notificaron 17 fallecimientos por malaria, de los cuales el 76.5% (13 casos) correspondieron a *Plasmodium vivax* y el 23.5% (4 casos) a *Plasmodium falciparum*. No se reportaron muertes por *Plasmodium Malariae*. Este comportamiento refleja un cambio en el patrón epidemiológico, ya que históricamente las formas graves se asociaban principalmente a P. falciparum; sin embargo, el aumento de muertes por P. vivax probablemente se deba a fallas en el diagnóstico precoz, retrasos en el tratamiento o la presencia de coinfecciones y condiciones sociales adversas.

Gráfico N° 189 Región. Número de fallecidos según tipo de diagnóstico. 2022-2024



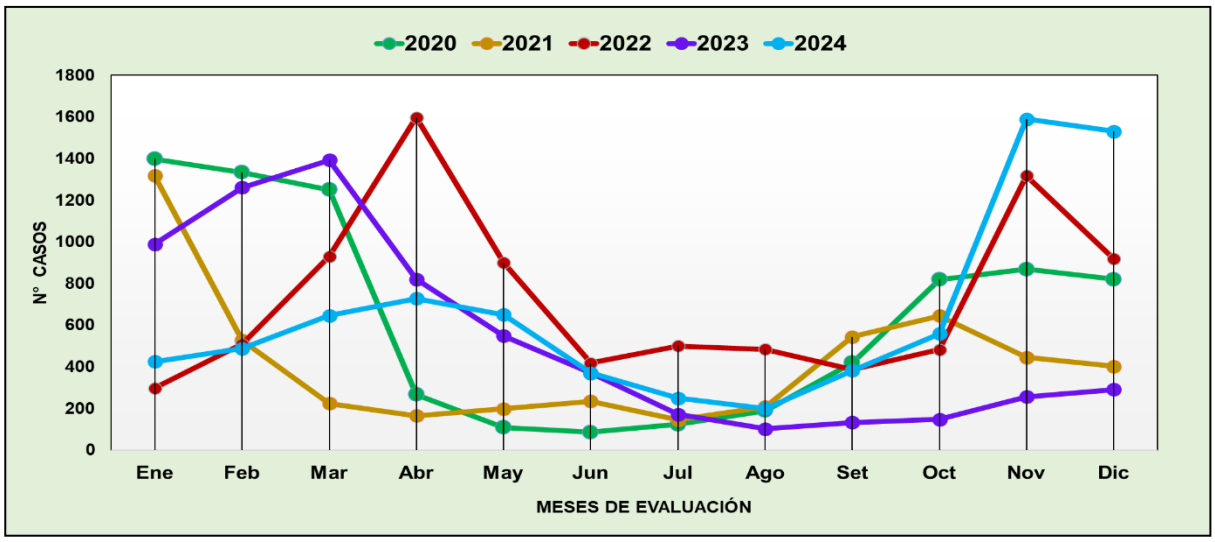
Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.1.2 Dengue:

El dengue en la región Loreto es una de las enfermedades prioritarias por su alta frecuencia, riesgo de brotes y potencial de expansión hacia nuevas zonas urbanas y rurales. El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), a través de la Gerencia Regional de Salud Loreto, realiza la notificación obligatoria de casos probables, confirmados y descartados, el monitoreo de la positividad de laboratorio y la vigilancia entomológica del vector *Aedes aegypti*. Estas acciones permiten detectar oportunamente la circulación de serotipos, identificar zonas de riesgo y activar medidas de control focalizadas. Además, la vigilancia comunitaria y el trabajo intersectorial son esenciales para prevenir la proliferación del mosquito y reducir el impacto sanitario y económico del dengue en la población loretana.

En la región Loreto, el dengue exhibe un patrón estacional probablemente marcada y vinculado a la temporada de lluvias. El análisis epidemiológico de los últimos años (2020-2024) revela una mayor concentración de casos durante el primer trimestre y cuarto trimestre. Estos períodos coinciden directamente con la época de mayores precipitaciones pluviales en la Amazonía, creando condiciones óptimas para la proliferación del vector *Aedes aegypti*. Si bien esta es la tendencia predominante, se ha observado cierta variabilidad interanual, con picos importantes que pueden extenderse hasta el segundo trimestre (como en abril y mayo de 2022 y 2024), lo que subraya la necesidad de una vigilancia continua y adaptable a las dinámicas locales de los casos.

Gráfico N° 190 Región Loreto. Número de casos de dengue según mes y año. 2020 - 2024



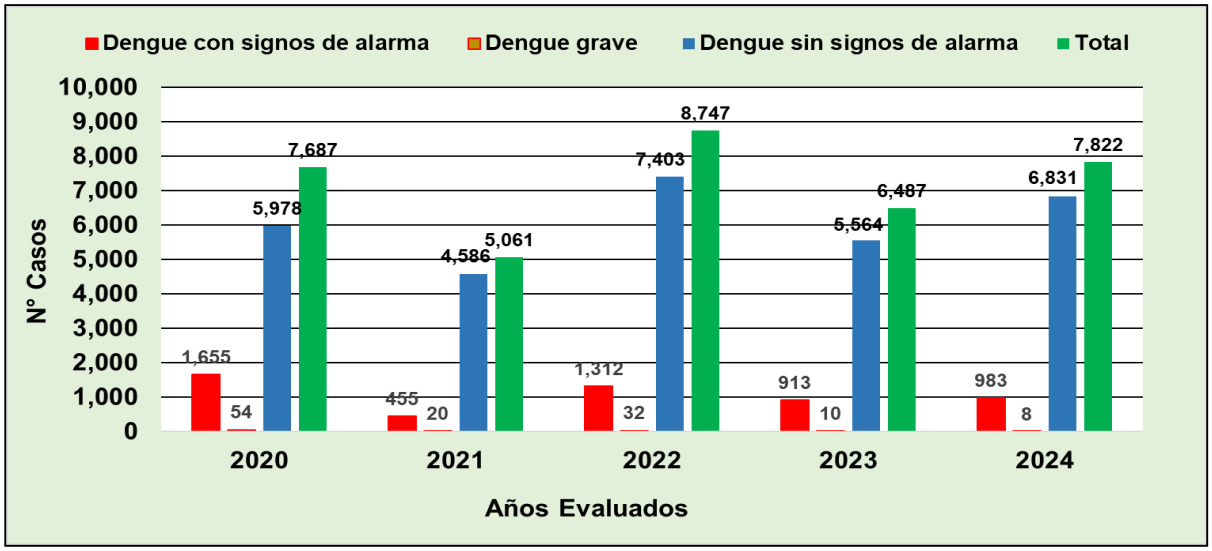
Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.1.2.1 Según Tipo de Diagnóstico

El Gráfico N° 191, Durante el periodo 2020-2024, la región Loreto experimentó importantes fluctuaciones en la incidencia de dengue, siendo siempre más frecuente el diagnóstico de dengue sin signos de alarma respecto a los casos con signos de alarma y los casos graves. El año 2022 marcó el mayor pico epidémico con la cifra más alta de casos totales seguido por el año 2024. Los casos de dengue grave representaron 0.78% del total de casos el año 2020, disminuyendo cada año, 0.39% el 2021, 0.37% el 2022, 0.15% el 2023 y 0.1% el 2024; mientras que la proporción de casos de dengue con señales de alarma fueron 21.5% el 2020, 8.99% el año 2021, aumentando nuevamente el año 2022 a 14.99%, el año 2023 14.1% y 12.57 el año 2024. Los casos de dengue sin signos de alarma representaron el resto de

casos. Estas tendencias reflejan no solo la influencia de factores ambientales y climáticos en la aparición de brotes, sino también el fortalecimiento de la vigilancia y detección temprana, siendo cruciales para limitar las formas graves y la mortalidad asociada al dengue en la región.

Gráfico N° 191 Región Loreto. Número de casos de dengue según tipo de diagnóstico. 2020 - 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.1.2.2 Dengue según Grupo de edades

En la Región Loreto, durante el 2024, los casos de dengue se concentraron principalmente en la etapa adulta (30-59 años) con el 26.9%, seguidos por la etapa de niñez (0 a 11 años) que en conjunto representó el 28% del total, de este grupo son los niños de 5-11 años quienes muestran la mayor proporción de casos con signos de alarma (27.5%) y, junto con los adultos jóvenes de 18-59 años, representan cada uno el 25% de los casos graves. Esta distribución señala que, aunque la población adulta presenta más casos en términos absolutos, la población infantil tiene mayor susceptibilidad a formas clínicas más severas, lo que demanda fortalecer las acciones integradas de control vectorial, educación sanitaria y vigilancia continua en la región. (Tabla N° 131).

Tabla N° 131 Región Loreto. Número de casos de dengue según tipo de diagnóstico. 2020 - 2024

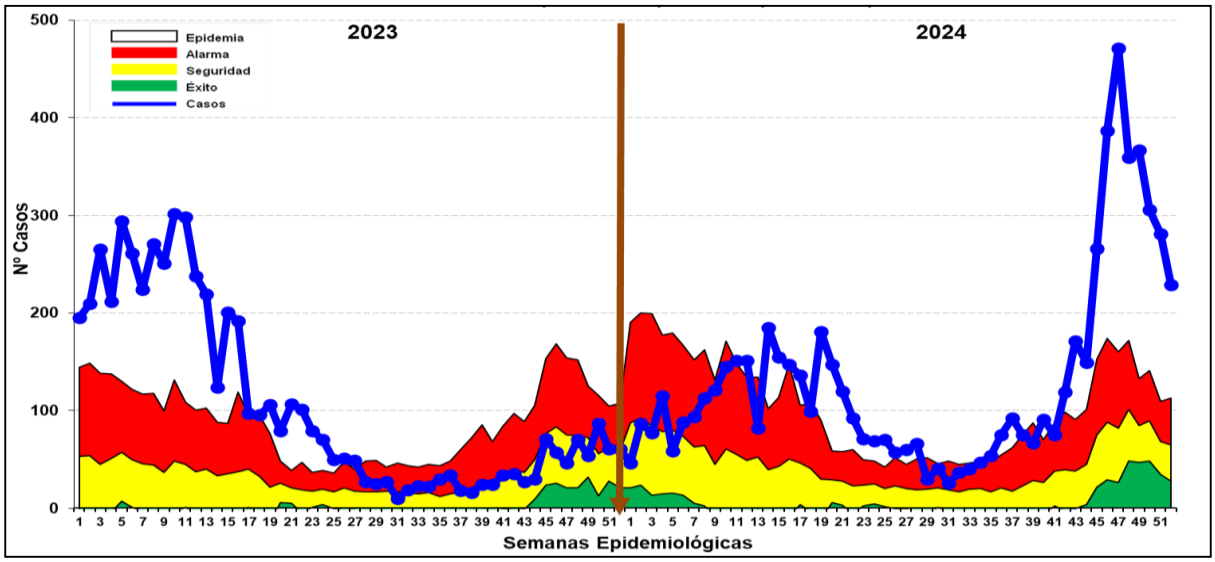
ETAPA DE VIDA	DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	%	DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	%	DENGUE GRAVE	%	TOTAL	%
‹ 1 AÑO (NIÑO)	75	1.1	10	1.0	1	12.5	86	1.1
1-4 AÑOS (NIÑO)	489	7.2	78	7.9	1	12.5	568	7.3
5-11 AÑOS (NIÑO)	1,265	18.5	270	**27.5**	2	25.0	1,537	19.6
12-17 AÑOS (ADOLESCENTE)	1,485	21.7	193	19.6	0	0.0	1,678	21.5
18-29 AÑOS (JOVEN)	1,199	17.6	166	16.9	2	**25.0**	1,367	17.5
30-59 AÑOS (ADULTO)	1,875	**27.4**	229	23.3	2	**25.0**	2,106	**26.9**
60 + AÑOS (ADULTO MAYOR)	443	6.5	37	3.8	0	0.0	480	6.1
TOTAL	**6,831**	**100.00**	**983**	**100.00**	**8**	**100.00**	**7,822**	**100.0**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.1.2.3 Canal endémico de dengue

En 2023, el número de casos de dengue en Loreto se mantuvo muy elevado durante las primeras 16 semanas, ubicándose claramente en zona epidémica, seguido por un marcado descenso que persistió el resto del año en zona de alarma y seguridad. Para 2024, los casos permanecieron relativamente estables hasta la semana 39, cuando se presentó un abrupto incremento que llevó a las cifras al máximo, colocándose ampliamente por encima de la zona epidémica entre las semanas 40 y 48. La comparativa evidencia un incremento intenso y temprano en 2023, y un repunte agudo, tardío y más pronunciado en 2024, señalando dos grandes ciclos de alta transmisión en el periodo analizado (Gráfico N° 192).

Gráfico N° 192 Región Loreto. Canal endémico de los casos de Dengue 2023 (SE1-SE52) – 2024 (SE1-SE52).



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Loreto, con un total de 7.822 casos y una tasa de incidencia acumulada general de 74,75 por 10.000 habitantes, evidencia una transmisión activa y sostenida. La carga de enfermedad se concentra de manera significativa en el grupo adolescente (12-17 años), que presenta la mayor incidencia (115,03 por 10.000 hab.), seguido por los niños de 5-11 años (88,54 por 10.000 hab.),

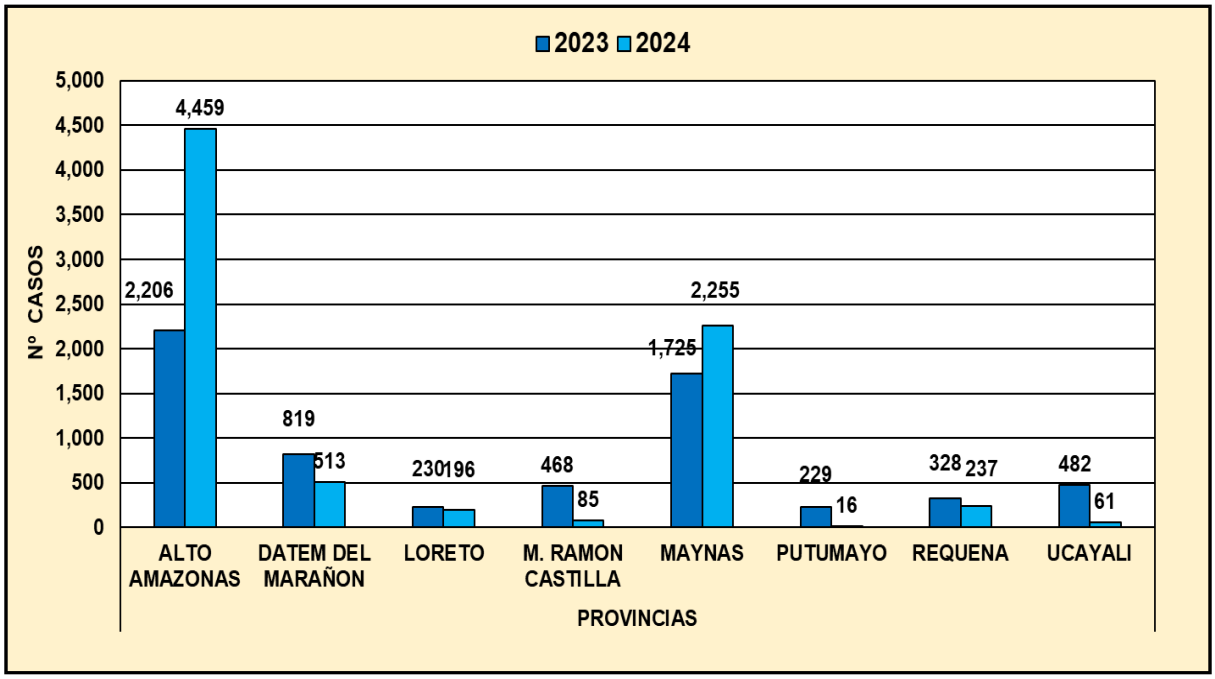
Tabla N° 132 Región Loreto. Número de casos de dengue según etapas de vida y tasa de incidencia por 10,000 habitantes. 2024.

Etapas de Vida	Total	Incidencia x 10 mil hab.	Defunciones	Poblaciòn
‹ 1 AÑO (NIÑO)	86	41.51	0	20,716
1-4 AÑOS (NIÑO)	568	61.83	0	91,871
5-11 AÑOS (NIÑO)	1,537	88.54	0	173,594
12-17 AÑOS (ADOLESCENTE)	1,678	**115.03**	0	145,870
18-29 AÑOS (JOVEN)	1,367	69.20	1	197,545
30-59 AÑOS (ADULTO)	2,106	65.64	1	320,819
60 + AÑOS (ADULTO MAYOR)	480	49.98	0	96,037
Total general	**7,822**	**74.75**	**2**	**1,046,452**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

El análisis comparativo de los casos de dengue entre 2023 y 2024, desglosado por provincias, se tiene que la evolución y distribución de los casos de dengue no son iguales en todas las provincias, sino que varía considerablemente: algunas presentan incrementos marcados mientras otras muestran reducciones significativas. En 2024, Alto Amazonas y Maynas se consolidaron como los epicentros con la mayor carga de casos, experimentando incrementos del 102% y 30,7% respectivamente, lo que las posiciona como focos de alta transmisión. En contraparte, provincias como Putumayo, Mariscal Ramón Castilla y Ucayali lograron reducciones drásticas en la incidencia, con disminuciones del 93%, 81.8% y 87.3% respectivamente, mientras que Datem del Marañón, Loreto y Requena también mostraron tendencias decrecientes, aunque menos pronunciadas. Esta variabilidad interprovincial en el comportamiento de la enfermedad sugiere la influencia diferencial de factores determinantes de la transmisión y la efectividad diferenciada de las intervenciones implementadas en cada provincia.

Gráfico N° 193 Región Loreto. Número de casos de dengue según Provincias, comparando los años 2023 y 2024.

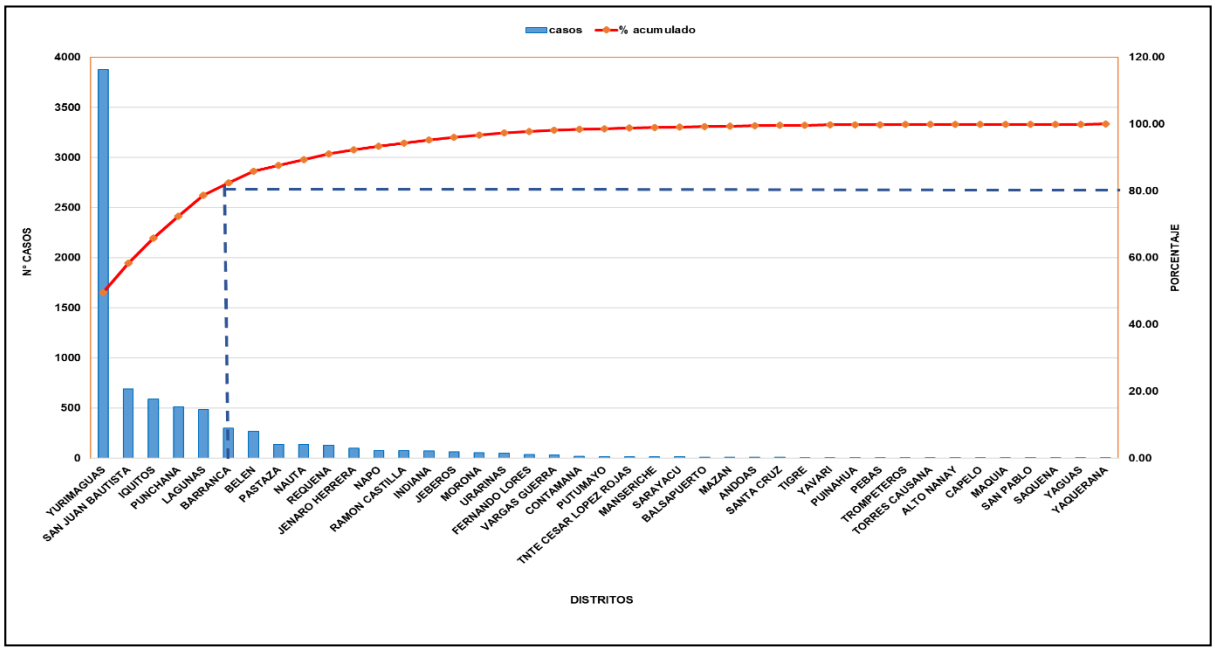


Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Para el año 2024 tenemos un patrón epidemiológico caracterizado por una evidente concentración de casos en pocos distritos, principalmente Yurimaguas, San Juan Bautista, Iquitos, Punchana, Lagunas y Barranca, que representan más del 80% de la carga regional. Esta distribución evidencia que el dengue en Loreto se comporta como una epidemia focalizada en áreas urbanas y altamente pobladas, lo que obliga a priorizar intervenciones integrales de control vectorial, vigilancia activa y educación sanitaria en estos territorios.

Desde un enfoque de salud pública, este patrón evidencia una alta focalización de la transmisión del dengue en zonas urbanas y ribereñas con mayor densidad poblacional, movilidad y condiciones ambientales favorables para la proliferación del *Aedes aegypti*. Estos resultados permiten orientar las acciones de vigilancia epidemiológica, control vectorial y educación sanitaria hacia los distritos prioritarios, optimizando recursos para la prevención y reducción del riesgo de brotes en las áreas de mayor impacto epidemiológico. (Gráfico N° 194).

Gráfico N° 194 Región Loreto. Pareto de casos de dengue según Distritos-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

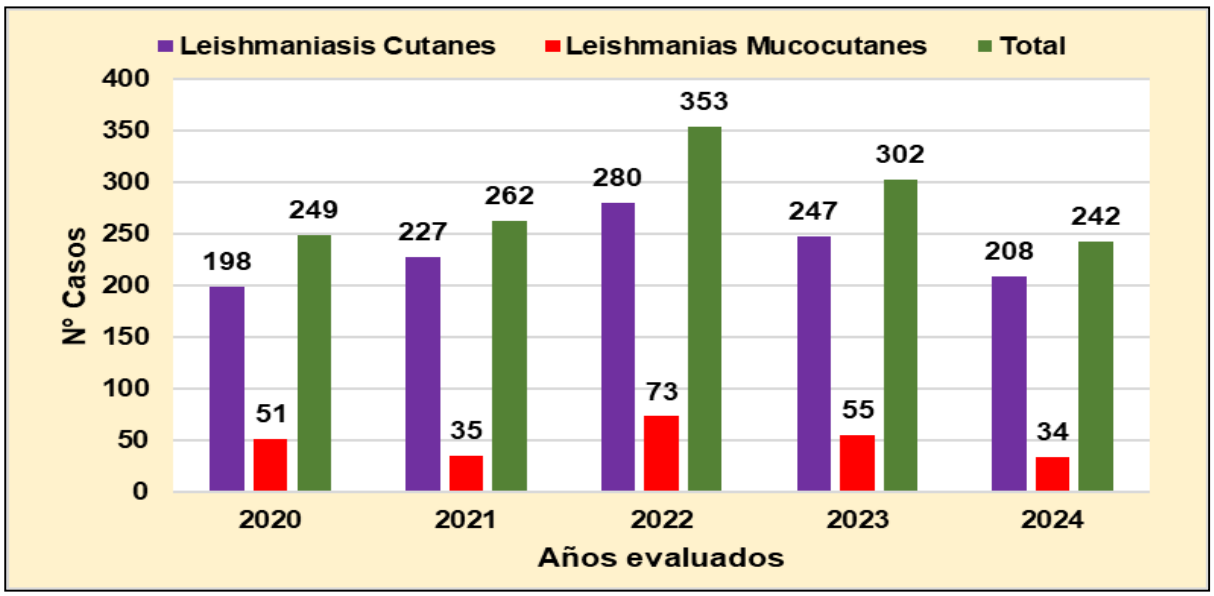
4.3.1.3 Leishmaniasis

La vigilancia de la leishmaniasis en la región Loreto es un componente del sistema de vigilancia epidemiológica, orientado a la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y control de los casos humanos, así como a la identificación de los factores de riesgo y zonas de transmisión activa. Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto notificó un total de 1,408 casos de leishmaniasis, predominando la forma cutánea (82.4%) sobre la mucocutánea (17.6%), lo que refleja un patrón endémico característico de la Amazonía peruana, en el año 2022 con 353 casos, fue el año en la que se presentó mayor numero en los 5 años analizados. El año 2024 se nootificaron 242 casos de Leishmaniasis con 60 casos menos que en el año 2023 (302).

En el año 2024, la región Loreto registró 242 casos de leishmaniasis, de los cuales la forma cutánea representó el 86% y la mucocutánea el 14%, concentrándose principalmente en la población adulta de 30 a 59 años (37.2%), seguida por los jóvenes de 18 a 29 años (26%). Esta distribución refleja que la enfermedad afecta con mayor frecuencia a personas en edad productiva, posiblemente por su exposición laboral en actividades agrícolas, forestales o de caza en zonas endémicas. Aunque los niños y adolescentes también presentan casos (28.9% en conjunto), lo que indica transmisión en el entorno familiar o comunitario, la carga principal recae en adultos.

Desde un enfoque de salud pública, esta situación resalta la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico precoz y las acciones de prevención y control vectorial, priorizando las áreas rurales y ocupacionales donde el riesgo de transmisión es mayor.

Gráfico N° 195 Región Loreto. Número de casos de Leishmaniasis según tipo de diagnóstico. 2020 - 2024.



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Tabla N° 133 Región Loreto. Número de casos de Leishmaniasis según etapas de vida y tipo de diagnóstico. 2024.

ETAPA DE VIDA	Leishmaniasis Cutames	%	Leishmaniasisi Mucocutaneo	%	TOTAL	%
0-11 AÑOS (NIÑO)	24	11.5	8	23.5	32	13.2
12-17 AÑOS (ADOLESCENTE)	34	16.3	4	11.8	38	15.7
18-29 AÑOS (JOVEN)	57	27.4	6	17.6	63	26.0
30-59 AÑOS (ADULTO)	77	**37.0**	13	**38.2**	90	**37.2**
60 + AÑOS (ADULTO MAYOR)	16	7.7	3	8.8	19	7.9
TOTAL	**208**	**100.00**	**34**	**100.00**	**242**	**100.0**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En el año 2024, la leishmaniasis en la región Loreto se concentró principalmente en la provincia del Datem del Marañón, que aportó más de la mitad de los casos totales (53.7%), seguida por Alto Amazonas (15.3%) y Ucayali (8.3%), evidenciando una clara focalización geográfica de la enfermedad en zonas rurales y selváticas con alta exposición a vectores.

Las provincias de Maynas y Loreto también reportaron casos, aunque en menor proporción (9.1% y 6.6% respectivamente). Desde un enfoque de salud pública, la concentración de casos en provincias fronterizas y dispersas del Datem del Marañón exige fortalecer la vigilancia epidemiológica, la búsqueda activa de casos y las estrategias de control vectorial, con enfoque territorial y comunitario, para evitar la expansión de la enfermedad y reducir su impacto en poblaciones vulnerables.

Tabla N° 134 Región Loreto. Número de casos de Leishmaniasis según provincias Año 2024.

ETAPA DE VIDA	Leishmaniasis Cutames	%	Leishmaniasisi Mucocutaneo	%	TOTAL	%
ALTO AMAZONAS	33	15.9	4	11.8	37	15.3
DATEM DEL MARAÑON	108	51.9	22	64.7	130	53.7
LORETO	15	7.2	1	2.9	16	6.6
MARISCAL RAMON CASTILLA	5	2.4	0	0.0	5	2.1
MAYNAS	16	7.7	6	17.6	22	9.1
PUTUMAYO	4	1.9	0	0.0	4	1.7
REQUENA	7	3.4	1	2.9	8	3.3
UCAYALI	20	9.6	0	0.0	20	8.3
TOTAL	**208**	**100.00**	**34**	**100.00**	**242**	**100.0**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.2 Enfermedades Zoonóticas, Accidentes por Animales Ponzoñosos y Epizootias

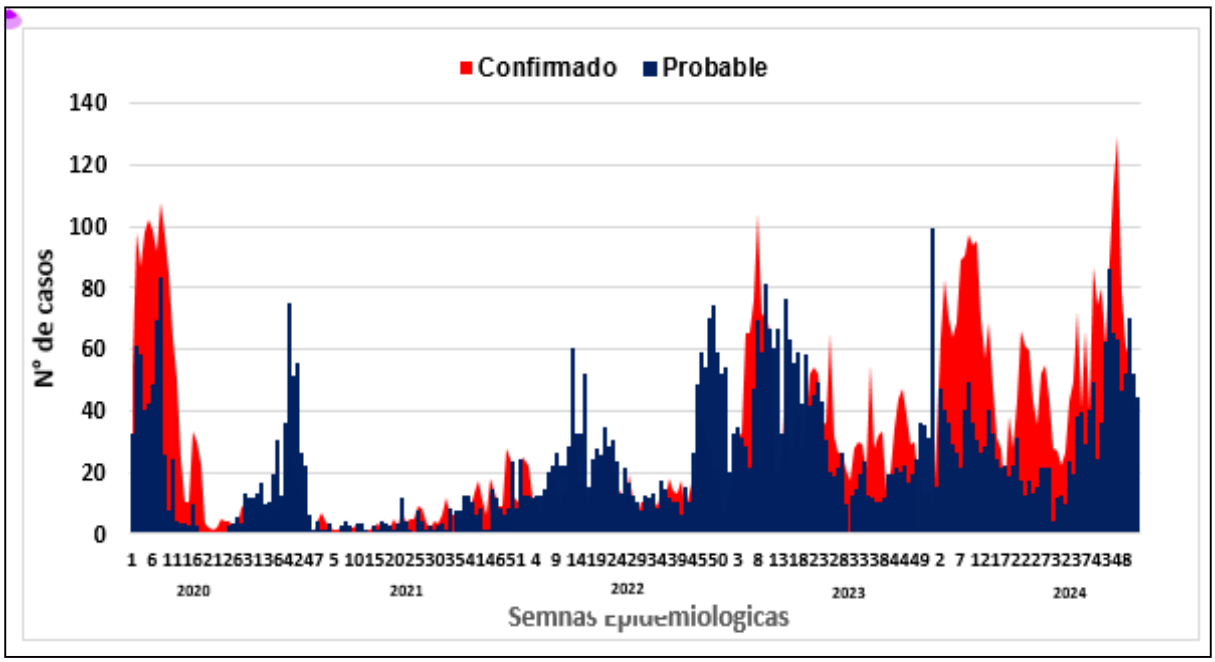
Las enfermedades zoonóticas constituyen un grave problema de salud pública. Se estima que aproximadamente 61% de los microorganismos patógenos para el hombre y un 75% de los patógenos emergentes son de origen zoonótico. En este contexto los sistemas de vigilancia en el mundo orientan sus esfuerzos al monitoreo de las tendencias y distribución de estas enfermedades en la población humana, así como en los animales reservorios y susceptibles. Las poblaciones de mayor riesgo para daños zoonóticos, son principalmente aquellas que presentan niveles socioeconómicos bajos donde la pobreza, el hacinamiento, el limitado acceso a servicios básicos, entre otros factores, favorecen su transmisión.

Asimismo, condiciones asociadas a los cambios climáticos y ambientales, la globalización del comercio y transporte de animales, favorecen el incremento del riesgo de transmisión de las zoonosis en el mundo. La vigilancia de los daños de transmisión zoonótica en el Perú fue implementándose progresivamente a través de los años, es así que la rabia y la peste se vigilan sistemáticamente desde la década del 90; la leptospirosis, carbunco, ofidismo, Loxoscelismo desde el año 2000.

4.3.2.1 Leptospirosis

La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial, pero endémica en zonas tropicales y subtropicales húmedas, con potencial epidémico tras lluvias o inundaciones. Afecta principalmente a hombres en edades entre los 18 y 60 años, en ocupaciones con contacto con animales o agua contaminada, como agricultores o trabajadores de alcantarillado. La enfermedad puede ser asintomática o leve (anictérica), pero también puede presentar síntomas graves y ser mortal.
ctualmente sus factores de riesgo y determinantes han modificado su comportamiento, haciéndola una enfermedad con características sociales, asociado a hacinamiento, habitar en zonas inundables o cercanas a los ríos; saneamiento inadecuado, pobreza, consumo de agua insegura, crianza informal de animales, presencia de roedores, entre otros factores que favorecen la persistencia de la leptospirosis en diferentes regiones del país.
En los últimos 5 años, se han notificado 13, 266 casos de Leptospirosis; 7,340 (55.3%) son Confirmados y 5,926 Probables (44.7%). En los años 2020 y2021, el reporte de casos se redujo para incrementarse posteriormente a partir del año 2022 continuando similar situación de incremento en los años siguientes. (Gráfico N° 196).

Gráfico N° 196 Región Loreto. Casos Leptospirosis según tipo de diagnóstico. Loreto 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.2.1.1 Número de Casos, Incidencia y defunciones

Entre los años 2020 y 2024, la leptospirosis en la región Loreto muestra un comportamiento con tendencia al incremento. Los casos aumentaron de 2,300 en 2020 a 4,654 en 2024, con una incidencia que pasó de 223.8 a 438.1 por 100 mil habitantes, lo que evidencia una mayor exposición poblacional y posibles deficiencias en el control de factores ambientales y zoonóticos. Aunque las defunciones se mantienen bajas (entre 0 y 5 por año) y la letalidad entre 0.0% y 0.2%, el alto número de casos refleja una persistente transmisión endémica vinculada a condiciones de saneamiento deficiente, inundaciones y contacto con animales portadores.

Desde el enfoque de salud pública, se requiere fortalecer las acciones intersectoriales de prevención, vigilancia activa, control de roedores y educación sanitaria comunitaria, especialmente en zonas rurales y periurbanas vulnerables.

Tabla N° 135 Región Loreto. Casos, incidencia y defunciones por Leptospirosis. 2020-2024

AÑOS	2020	2021	2022	2023	2024
CASOS	2,300	520	2,109	3,628	4,654
INCIDENCIA X 100000 Hab	223.8	48.1	201.8	345.0	438.1
DEFUNCIONES	5	0	3	2	5
LETALIDAD	0.2	0.00	0.14	0.06	0.11

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.2.1.2 Leptospirosis por distritos

Tabla N° 136 Región Loreto. Casos de Leptospirosis por distritos. 2020-2024

N°	DISTRITO	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%	% Acumulado
1	SAN JUAN BAUTISTA	789	159	357	785	911	3001	22.62	22.62
2	IQUITOS	530	53	221	478	552	1834	13.82	36.45
3	BELEN	317	72	326	453	489	1657	12.49	48.94
4	YURIMAGUAS	12	43	242	299	743	1339	10.09	59.03
5	PUNCHANA	357	31	87	265	543	1283	9.67	68.70
6	NAUTA	25	20	133	192	352	722	5.44	74.14
7	JENARO HERRERA	50	71	168	196	151	636	4.79	78.94
8	CONTAMANA	3	5	177	287	119	591	4.45	83.39
9	REQUENA	19		203	166	107	495	3.73	87.12
10	INDIANA	75	54	78	32	85	324	2.44	89.57
11	RAMON CASTILLA	3	4	1	234	46	288	2.17	91.74
12	PUTUMAYO	2		40	78	48	168	1.27	93.00
13	LAGUNAS		7	4	5	150	166	1.25	94.26
14	MAZAN	87	3	17	9	4	120	0.90	95.16
15	BALSAPUERTO	1	5	4	11	75	96	0.72	95.88
16	YAGUAS			1		84	85	0.64	96.52
17	VARGAS GUERRA				24	22	46	0.35	96.87
18	BARRANCA		23	8	5	8	44	0.33	97.20
19	PUINAHUA				1	34	35	0.26	97.47
20	NAPO	7		5	2	17	31	0.23	97.70
21	YAVARI			1	16	8	25	0.19	97.89
22	ALTO NANAY	1	3	2	3	16	25	0.19	98.08
23	FERNANDO LORES	2	4	1	5	11	23	0.17	98.25
24	PARINARI			2	18	3	23	0.17	98.42
25	TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS		2	3		18	23	0.17	98.60
26	PAMPA HERMOSA	1		1	17	2	21	0.16	98.76
27	TIGRE		2	2	6	10	20	0.15	98.91
28	TROMPETEROS	1	2	3	11	2	19	0.14	99.05
29	PEBAS	2		2	6	2	12	0.09	99.14
30	TENIENTE MANUEL CLAVERO		1		4	7	12	0.09	99.23
31	MAQUIA	2		4	3	2	11	0.08	99.31
32	LAS AMAZONAS	2	1	4	1	2	10	0.08	99.39
33	URARINAS	3	1	1	1	4	10	0.08	99.46
34	ANDOAS	1		1	2	4	8	0.06	99.53
35	MORONA				3	2	5	0.04	99.56
36	SANTA CRUZ		2			3	5	0.04	99.60
37	JEBEROS		1	3		1	5	0.04	99.64
38	ALTO TAPICHE				3	2	5	0.04	99.68
39	YAQUERANA	3		1		1	5	0.04	99.71
40	SAN PABLO	1		1		3	5	0.04	99.75
41	SARAYACU	1		1	1	2	5	0.04	99.79
42	MANSERICHE	1				3	4	0.03	99.82
43	EMILIO SAN MARTIN	2		1	1		4	0.03	99.85
44	PADRE MARQUEZ				3	1	4	0.03	99.88
45	PASTAZA		1			3	4	0.03	99.91
46	TORRES CAUSANA			2		1	3	0.02	99.93
47	SOPLIN			1	1	1	3	0.02	99.95
48	INAHUAYA				2		2	0.02	99.97
49	SAQUENA			2			2	0.02	99.98
50	CAPELO				1		1	0.01	99.99
51	CAHUAPANAS			1			1	0.01	100.00
Total general		**2,300**	**570**	**2,112**	**3,630**	**4,654**	**13,266**	**100.00**	

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Analizar la leptospirosis por distritos en la región Loreto entre 2020 y 2024 es fundamental desde el enfoque de salud pública, ya que permite identificar las zonas con mayor riesgo y transmisión activa, facilitando la focalización de intervenciones preventivas y de control. Este análisis territorial contribuye a comprender la influencia de factores ambientales, climáticos y sociales como las inundaciones, la presencia de animales reservorios y las condiciones de saneamiento que favorecen la propagación de la enfermedad. Además, posibilita fortalecer la vigilancia epidemiológica distrital, priorizar recursos y orientar las acciones de educación sanitaria, control vectorial y mejora del acceso a servicios de salud, reduciendo así la morbilidad y el riesgo de brotes recurrentes en poblaciones vulnerables.

La Leptospirosis alcanza a 51 distritos de los 53 que comprende la Región Loreto; el 83.39 % de los casos se concentran en 8 distritos. San Juan Bautista con 3001 casos (22.62%), Iquitos con 1834 casos (13.82%), Belén 1657 casos (12.49%) y Punchana con 1283 caso (9.67), distritos que comprende la ciudad de Iquitos. El distrito de Yurimaguas, otra gran Urbe de Loreto, concentra 1339 casos (10.09) de los casos corresponde a la Provincia de Alto Amazonas. La provincia de Loreto, representada por el distrito de Nauta con 722 casos (5.44%); distrito de Jenaro Herrera, de la Provincia de Requena con 636 casos (4.79%) y el distrito de Contamana de la Provincia de Ucayali con 591 casos (4.45%).(Tabla N°135).

4.3.2.1.3 Leptospirosis según Etapa de vida y Género

La leptospirosis afecta a todos los grupos de edad. El 58.77 % de los casos se concentran en la población de jóvenes y adultos. Los niños y adolescentes representan el 33.08% de los casos, que también son afectados por Leptospirosis.
La mayor proporción de casos se observa en el sexo femenino con el 60% de los casos.

Tabla N° 137 Región Loreto. Casos de Leptospirosis por Etapa de vida y Sexo. 2020-2024.

ETAPA DE VIDA	N° CASOS	%
0-11 Años (Niños)	2,130	16.06
12-17 Años (Adolescente)	2,258	17.02
18-29 Años (Joven)	3,246	24.47
30-59 Años (Adulto)	4,550	34.30
60 + (Adulto Mayor)	1,081	8.15
LORETO	**13,266**	**100.00**
SEGÚN GÉNERO	**N° CASOS**	**%**
Femenino	7,966	60.00
Masculino	5,300	40.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.2.2 Loxoscelismo

El envenenamiento por animales ponzoñosos está constituido principalmente por las mordeduras ocasionadas por serpientes y arácnidos; es un importante problema de salud pública que causan morbilidad y mortalidad y es responsable de diversas discapacidades en las personas que sufren estas lesiones.

El Loxocelismo, se da por la mordedura del arácnido del género Loxosceles, y se caracteriza por presentar dos formas de manifestación, una cutánea y localizada (Loxoscelismo cutáneo) que abarca más del 90 % de casos y otra generalizada (Loxoscelismo cutáneo - víscera

hemolítico o sistémico), menos frecuente. El diagnóstico precoz y el manejo adecuado de las complicaciones subsecuentes disminuyen la letalidad.

El mayor número de accidentes ocurre en los meses de verano, fundamentalmente en el interior del domicilio, en horas de la noche y primeras horas de la mañana; algunas veces la mordedura pasa desapercibida, este artrópodo, se encuentra generalmente en el interior de las viviendas, en lugares oscuros o detrás de cuadros, y muebles, en los rincones de las habitaciones (3). Los accidentes por animales ponzoñosos son de notificación obligatoria en el Perú, y se consideran dentro del grupo II del Sistema de Nacional de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud con una frecuencia semanal.

Durante el periodo 2020 - 2024, el porcentaje de accidentes por arañas Loxosceles se ha mantenido con promedio de notificación anual de 10 casos, observando un ligero incremento en el año 2023 a 16 casos. Los principales distritos que reportan casos se encuentran el distrito de Yurimaguas con 10 casos (19.61%), Lagunas 9 casos 817.65%) y Balsapuerto con 7 casos (13.73%) de la Provincia de Alto Amazonas que alcanza el 50 % de casos notificados en los últimos cinco años. (Tabla N° 138).

Tabla N° 138 Región Loreto. Casos de Loxoscelismo por distrito de procedencia - 2020-2024.

N°	DISTRITOS	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%	% Acumulado
1	YURIMAGUAS		2	2	4	2	10	19.61	19.61
2	LAGUNAS	3	1	1		4	9	17.65	37.25
3	BALSAPUERTO		2	4	1		7	13.73	50.98
4	MORONA	2			2		4	7.84	58.82
5	SANTA CRUZ	2				1	3	5.88	64.71
6	CONTAMANA				1	2	3	5.88	70.59
7	ALTO NANAY				3		3	5.88	76.47
8	IQUITOS			1		1	2	3.92	80.39
9	REQUENA				2		2	3.92	84.31
10	INDIANA				2		2	3.92	88.24
11	PASTAZA	1				1	2	3.92	92.16
12	JEBEROS	1	1				2	3.92	96.08
13	CAHUAPANAS			1			1	1.96	98.04
14	URARINAS				1		1	1.96	100.00
	Total general	**9**	**6**	**9**	**16**	**11**	**51**	**100.00**	

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Los accidentes por la araña del género Loxosceles afectan a todos los grupos de edad, entre 2020 y 2024, la región Loreto registró 51 casos de Loxoscelismo, afectando principalmente al grupo de adultos de 30 a 59 años (33.3%) y en menor medida a niños (23.5%) y adultos mayores (17.6%).

La afectación fue similar entre hombres (49.1%) y mujeres (50.9%), lo que sugiere un riesgo ambiental generalizado. Estos hallazgos evidencian la necesidad de reforzar la educación sanitaria, el control vectorial y la atención oportuna en zonas de riesgo, priorizando la vigilancia comunitaria para reducir complicaciones y prevenir nuevos casos.

Tabla N° 139 Región Loreto. Casos de Loxoscelismo según etapa de vida y sexo. 2020-2024.

ETAPA DE VIDA	N° CASOS	%
0-11 Años (Niños)	12	23.5
12-17 Años (Adolescente)	6	11.8
18-29 Años (Joven)	7	13.7
30-59 Años (Adulto)	17	33.3
60 + (Adulto Mayor)	9	17.6
LORETO	**51**	**100**
SEGÚN GENERO	**N° CASOS**	**%**
Femenino	26	50.9
Masculino	25	49.1

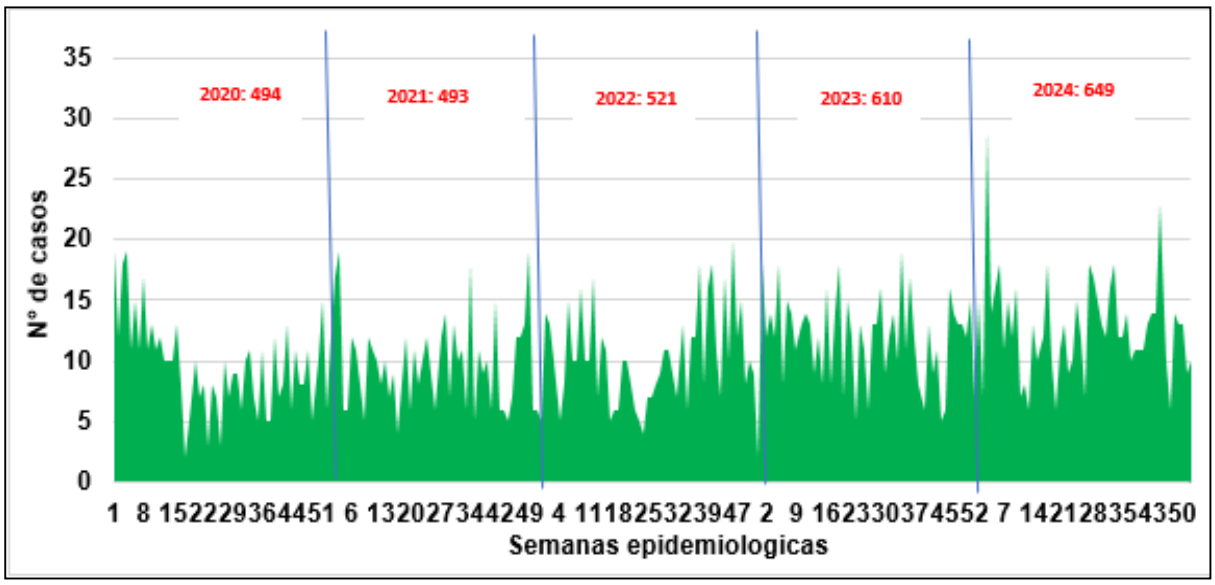
Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.2.3 Ofidismo

El ofidismo en Perú es un problema de salud pública, con casos principalmente en zonas rurales y amazónicas, donde las actividades productivas como la agricultura y la pesca aumentan el riesgo de mordeduras de serpientes venenosas. Los accidentes botrópicos son los más comunes, y la efectividad del tratamiento con suero antiofídico depende del tiempo de inicio y de una correcta administración.

Entre los años 2020 y 2024, los casos de ofidismo alcanzaron 2,767 casos; La tendencia del ofidismo en la región Loreto mostró una presencia constante de casos a lo largo del año, con fluctuaciones semanales moderadas y picos recurrentes entre las semanas 10 y 20, así como entre las semanas 40 y 50, coincidiendo con periodos de mayor actividad agrícola y lluvias, que aumentan la interacción entre personas y serpientes. Desde el enfoque de salud pública, esta tendencia evidencia que el ofidismo continúa sie
do un problema endémico en Loreto, asociado a condiciones geográficas, climáticas y ocupacionales de la población rural. La persistencia de casos durante todo el año subraya la necesidad de fortalecer la educación preventiva, la disponibilidad oportuna de sueros antiofídicos en establecimientos periféricos y la respuesta rápida ante accidentes, para reducir la morbilidad y el riesgo de complicaciones graves o muertes evitables.

Gráfico N° 197 Región Loreto. Casos de Ofidismo según semanas epidemiológicos en el periodo 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.2.3.1 Ofidismo según distritos

Entre los años 2020 y 2024, la Región Loreto registró un total de 2,767 casos de ofidismo, observándose una tendencia ligeramente creciente de 494 casos en 2020 a 649 en 2024. Los distritos con mayor número de casos fueron Yurimaguas (8.8%), Ramón Castilla (5.6%), Manseriche y San Juan Bautista (4.2% cada uno), y Teniente César López Rojas (4.1%), concentrando conjuntamente cerca del 27% del total regional. En contraste, distritos como Rosa Panduro, Capelo y Tapiche reportaron menos de 1 caso anual. Esta distribución refleja una mayor incidencia en zonas rurales y selváticas, donde la exposición a serpientes venenosas es más frecuente debido a las actividades agrícolas y forestales. (Tabla N° 140).

Tabla N° 140 Región Loreto. Casos de Ofidismo según distritos. 2020-2024

N°	DISTRITO	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	YURIMAGUAS	44	34	40	66	60	244	8.8
2	RAMON CASTILLA	28	25	42	26	33	154	5.6
3	MANSERICHE	18	22	19	22	36	117	4.2
4	SAN JUAN BAUTISTA	19	15	17	25	41	117	4.2
5	TEN CESAR LOPEZ ROJAS	31	28	16	23	16	114	4.1
6	BARRANCA	15	21	28	12	27	103	3.7
7	MORONA	12	20	24	27	18	101	3.7
8	ANDOAS	26	30	21	9	12	98	3.5
9	BALSAPUERTO	17	21	13	29	11	91	3.3
10	BELEN	15	14	16	22	19	86	3.1
11	FERNANDO LORES	13	16	18	15	21	83	3.0
12	NAUTA	12	9	16	17	26	80	2.9
13	NAPO	10	18	15	20	17	80	2.9
14	PASTAZA	15	9	17	17	19	77	2.8
15	INDIANA	18	6	16	13	19	72	2.6
16	CONTAMANA	4	16	12	23	17	72	2.6
17	SAN PABLO	9	14	14	19	15	71	2.6
18	URARINAS	18	14	11	10	11	64	2.3
19	PUNCHANA	6	8	12	26	12	64	2.3
20	LAS AMAZONAS	6	4	16	16	17	59	2.1
21	LAGUNAS	7	13	12	9	18	59	2.1
22	SANTA CRUZ	22	17	7	4	7	57	2.1
23	CAHUAPANAS	12	18	12	7	5	54	2.0
24	JEBEROS	25	8	9	6	5	53	1.9
25	MAZAN	11	5	6	16	15	53	1.9
26	TORRES CAUSANA	5	4	10	14	13	46	1.7
27	YAVARI	8	6	2	11	13	40	1.4
28	SARAYACU	9	5	6	7	10	37	1.3
29	PEBAS	8	8	7	6	5	34	1.2
30	PUINAHUA	3	6	7	8	7	31	1.1
31	TROMPETEROS	5	5	3	7	11	31	1.1
32	YAQUERANA	6	5	5	6	7	29	1.0
33	MAQUIA	5	4	3	8	8	28	1.0
34	REQUENA	2	6	1	10	8	27	1.0
35	PARINARI		4	2	6	11	23	0.8
36	TIGRE		3	8	6	3	20	0.7
37	PADRE MARQUEZ	4	4	2	2	8	20	0.7
38	EMILIO SAN MARTIN	3	6	2	1	5	19	0.7
39	ALTO NANAY	3	5	2	5	1	19	0.7
40	IQUITOS	5	3	2	2	5	19	0.7
41	PAMPA HERMOSA		1	2	5	5	17	0.6
42	JENARO HERRERA	2	3	2	3	6	16	0.6
43	VARGAS GUERRA	3		2	10		16	0.6
44	TEN MANUEL CLAVERO	1	1	2	3	5	15	0.5
45	PUTUMAYO	1	3		4	6	14	0.5
46	ALTO TAPICHE	3	1	1	3	2	10	0.4
47	INAHUAYA			2	2	4	8	0.3
48	SAQUENA	2	2	1		3	8	0.3
49	SOPLIN		2	1	2	2	7	0.3
50	YAGUAS	2	1	2		1	6	0.2
51	ROSA PANDURO					2	2	0.1
52	CAPELO	1					1	0.0
53	TAPICHE					1	1	0.0
Total general		**494**	**493**	**521**	**610**	**649**	**2767**	**100.0**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Durante el periodo 2020–2024, la región Loreto registró un total de 2,767 casos de ofidismo, mostrando una tendencia creciente en los últimos años. Al analizar por etapa de vida, se observa que los adultos de 30 a 59 años concentran la mayor proporción de casos (37.5%), seguido por los jóvenes de 18 a 29 años (20.8%) y los adolescentes de 12 a 17 años (17.2%), lo que evidencia una mayor exposición en la población económicamente activa y en grupos que realizan actividades agrícolas, forestales o de caza. Los niños menores de 11 años (15.1%) y los adultos mayores (9.4%) presentan menor frecuencia, aunque con riesgo de complicaciones graves. En cuanto al sexo, los hombres representan el 63.9% de los casos, reflejando su mayor participación en labores rurales y de campo, mientras que las mujeres concentran el 36.1%. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer la prevención, educación comunitaria y disponibilidad de sueros antiofídicos, especialmente en zonas rurales y poblaciones laboralmente activas.

Tabla N° 141 Región Loreto. Casos de Ofidismo por etapa de vida y sexo. Región Loreto. 2020- 2024.

ETAPA_VIDA	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
0-11 Años (Niños)	88	78	69	86	98	419	15.14
12-17 Años (Adolescente)	92	104	90	91	98	475	17.17
18-29 Años (Joven)	103	101	113	120	138	575	20.78
30-59 Años (Adulto)	173	169	201	254	240	1037	37.48
60 + (Adulto Mayor)	38	41	48	59	75	261	9.43
Loreto	**494**	**493**	**521**	**610**	**649**	**2767**	**100.00**
SEGÚN GENERO	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**Total**	**%**
Femenino	**185**	**183**	**183**	**224**	**225**	**1000**	**36.14**
Masculino	**309**	**310**	**338**	**386**	**424**	**1767**	**63.86**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.3 Enfermedades inmunoprevenibles

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles con vacuna, busca reducir la mortalidad y morbilidad por infecciones inmunoprevenibles. La vigilancia epidemiológica, es fundamental para evaluar el impacto de las intervenciones y la toma de decisiones de acuerdo con el análisis permanente de la situación de salud. Para evaluar el cumplimiento de los indicadores nacionales e internacionales, se ha establecido que el estándar mínimo para los indicadores de vigilancia es de 80%, y para las coberturas de vacunación de 95%

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por los inmunobiológicos forma parte del sistema nacional de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, enmarcado en las normas de vigilancia epidemiológica de la Dirección General de epidemiologia-CDC. Entre las enfermedades que se vigilan se encuentran Sarampión y Rubeola, Poliomielitis a través del Síndrome de Parálisis Flácida Aguda (PFA), como enfermedades de importancia por encontrase en vías de erradicación.

*__*Eliminación*__: Es la interrupción de la transmisión de una enfermedad en un área geográfica definida, país, subregión, región.

*__*Erradicación*__: Es la Interrupción de la transmisión de una enfermedad de persona a persona, eliminación del reservorio y la interrupción de las medidas preventivas como es el caso de Sarampión/Rubeola y Poliomielitis.

Entre las enfermedades inmunoprevenibles que se vigila también se encuentran Tosferina, Difteria, Tétanos y Tétanos Neonatal; Difteria, Influenza, Fiebre Amarilla, Hepatitis B.

La investigación epidemiológica de caso, es uno de los pilares del sistema de vigilancia epidemiológica. Se entiende por ésta, al conjunto de actividades que se realizan en un momento dado ante la presencia de un problema de salud o factor de riesgo específico, con el propósito de recolectar información para caracterizar la situación; conocer la magnitud del problema y establecer medidas para su prevención y control, como parte de esa actividad se describe a continuación la situación epidemiológica de cada una de ellas.

4.3.3.1 Sarampión -Rubeola (SR)

El sarampión es la quinta enfermedad que se ha eliminado de las Américas, después de la viruela (1971), la polio (1994), la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita (2015) y el sarampión (2016). En los cinco casos, la región fue la primera en el mundo en lograr su eliminación. La mayoría de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) introdujeron la vacuna triple vírica contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) entre 1980 y principios de la década del 2000.

En 1994, los países establecieron el objetivo conjunto de eliminar la transmisión endémica del sarampión para el año 2000, a través de la implementación de estrategias de vigilancia epidemiológica y vacunación recomendadas por la OPS/OMS (Vacunación de rutina, campaña de vacunación de Puesta al Dia y de Seguimiento periódico). La rubéola fue declarada como eliminada en 2015. El último caso de sarampión endémico en las Américas en la era post-eliminación fue reportado en julio del 2015 en Brasil. El sarampión fue declarado eliminado el 2016. Garantizar la sostenibilidad de estos logros en salud pública se sostienen en dos pilares fundamentales: Altas coberturas de vacunación (≥95%) y homogéneas y Vigilancia epidemiológica de “Alta calidad”.

Entre los años 2020 -2024, se notificaron 26 casos sospechosos de Sarampión y 22 casos sospechosos de Síndrome de Rubeola Congénita (SRC), descartándose todos los casos por laboratorio. Durante el año 2024 se reportaron 16 casos como sospechosos de Sarampión y 2 casos de SRC, todos ellos descartados.

Tabla N° 142 Región Loreto. Indicadores de la Vigilancia Conjunta de Sarampión - Rubéola para el Periodo Comprendido desde la SE N.º 01 - 52 2024.

Departamento	DIRIS / DIRESA / GERESA	Casos					Indicadores de vigilancia epidemiológica (1)					Indicadores laboratorio (2)		
		Sospechosos	Descartados	Confirmados	Total casos notiifcados de la vigilancia integrada	Tasa de notificación nacional x 100 000 Hab.	% de lugares que notifican semanalmente		% de casos con investigación adecuada (ficha completa)			% de casos sospechosos con una muestra de sangre obtenida 30 días luego de exantema	% de muestras que llegan al INS < ó = 5 días	% de resultados reportados < ó = 4 días
							Total unidades notificantes	%	% de casos con investigación adecuada (ficha completa)	% de casos sospechosos con notificación oportuna (dentro de 24h)	% de visita domiciliaria en 48 horas			
LORETO	LORETO	0	16	0	16	1.53	417	86.34	100.00	68.75	81.25	92.31	100.00	30.77

Fuente: CDC/MINSA-OSIRIS. 2024.
(1) y (2) Mínimo esperado para el indicador: 80%

En cuanto a la vigilancia conjunta de sarampión y rubéola en el año 2024, la calidad del sistema de vigilancia epidemiológica se expresa a través de los siguientes indicadores: Tasa de notificación: 1,53 por cada 100 000 habitantes. Porcentaje de investigación adecuada

(ficha completa): 100,00 %. Porcentaje de visita domiciliaria en 48 hrs: 81.25 %. Porcentaje de casos con muestra obtenidas dentro 30 días siguientes al inicio de la erupción: 92.31 %. Porcentaje de muestras de sangre que llegan al INS antes de los 5 días: 100 %. Porcentaje de resultados del INS reportados antes de los 4 días: 30.77%. (Tabla N° 142).

4.3.3.1.1 Casos de Sarampión-Rubeola por distritos

En la Región Loreto entre el año 2020 y 2024, 12 distritos notificaron un total de 48 casos de Sarampión y Rubeola, de ellos los distritos de San Juan (15 casos) y Belén (8 casos) fueros los distritos con más casos notificados. Los resultados de laboratorio descartaron todos los casos, solo queda un caso pendiente como Probable del año 2024.

Tabla N° 143 Región Loreto. Casos de Sarampión-Rubeola Y Síndrome de Rubeola Congénita notificados por distritos. Región Loreto. 2020-2024

DISTRITO	2020	2021	2022	2023	2024	otal genera	%
SAN JUAN BAUTISTA	4		6	4	1	15	31.25
BELEN	1			2	5	8	16.67
IQUITOS	1	1	1	1	2	6	12.50
PUNCHANA			2	1	3	6	12.50
YURIMAGUAS					5	5	10.42
NAUTA			2			2	4.17
SARAYACU			1			1	2.08
FERNANDO LORES			1			1	2.08
TROMPETEROS					1	1	2.08
CONTAMANA					1	1	2.08
PEBAS				1		1	2.08
NAPO				1		1	2.08
Total general	**6**	**1**	**13**	**10**	**18**	**48**	**100.0**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.3.1.2 Riesgo epidemiológico por acumulo de susceptibles:

El Índice de riesgo (IR) por acumulo de susceptibles a sarampión y rubeola de los últimos cinco años (2020-2024), nivel de la Región Loreto se tiene un total de 63,372 susceptibles con primera dosis de SPR, con IR de 2.62 que lo cataloga como muy alto riesgo, que sumado a la tasa de Deserción de 37.5% (Muy Elevado) nos ubica en un escenario de Riesgio Elevado; de los 53 distritos, 29 se encuentran en Escenario I; 8 distritos en Escenario II; 7 distritos en Escenario III y 9 distritos en Escenario VI.

Tabla N° 144 Escenario de Riesgo por acumulo de susceptibles y tasa de deserción para Sarampión - Rubeola. Región Loreto, según distritos. 2020-2024.

Escenario : SPR 1	1	2	3	4	Total
1	1	0	0	28	29
2	0	0	0	8	8
3	0	0	1	6	7
4	1	0	4	4	9
Distritos	**2**	**0**	**5**	**46**	**53**

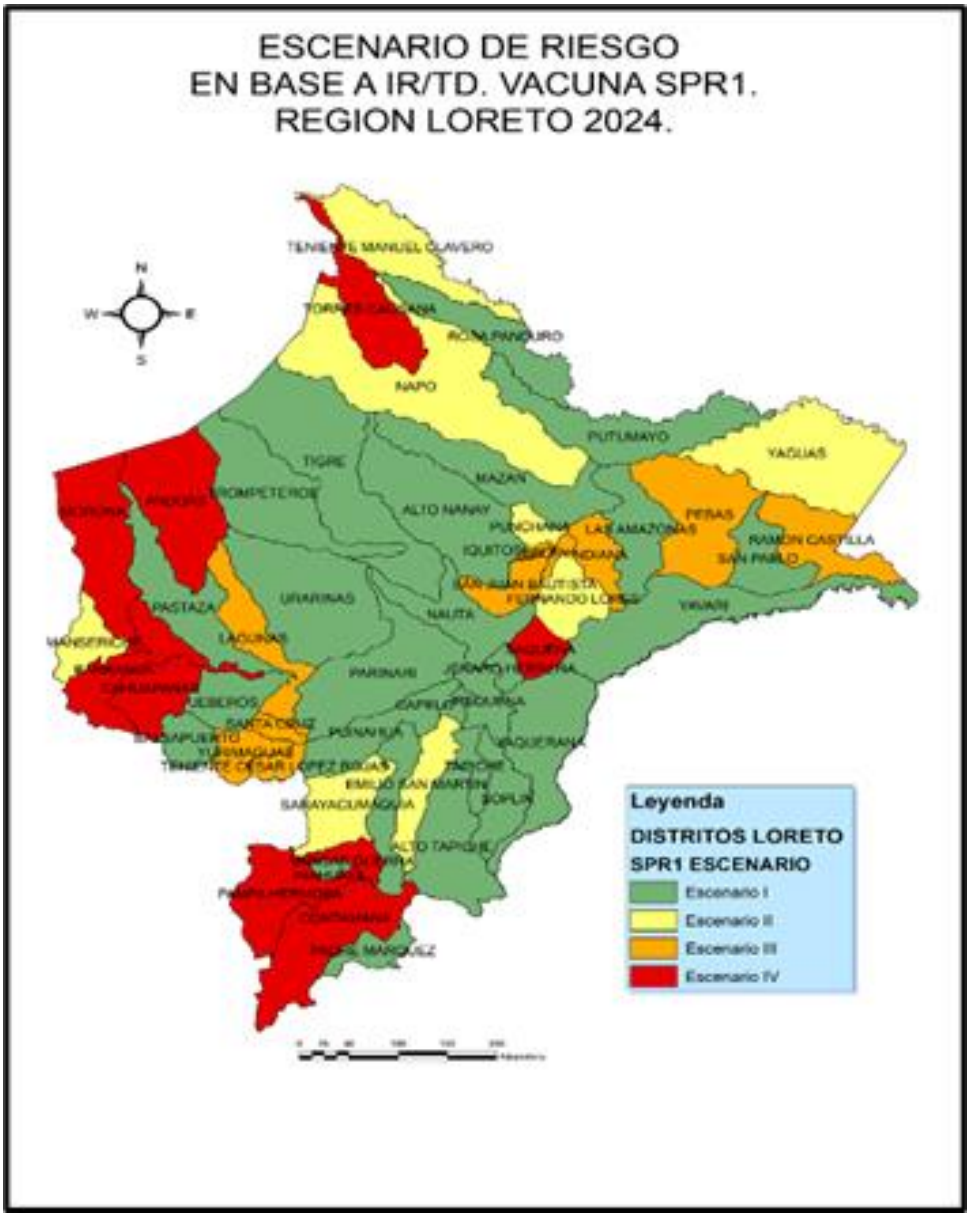
Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Es el indicador que mide la tasa de deserción o abandono (hasta 5% de deserción es aceptable) de niños que recibieron la primera dosis de la vacuna Pentavalente el 2019 (menores de un año) y terminaron recibiendo SPR1 y SPR2 el 2020 a 12 y 18 meses, respectivamente.

4.3.3.1.3 Mapa de riesgo

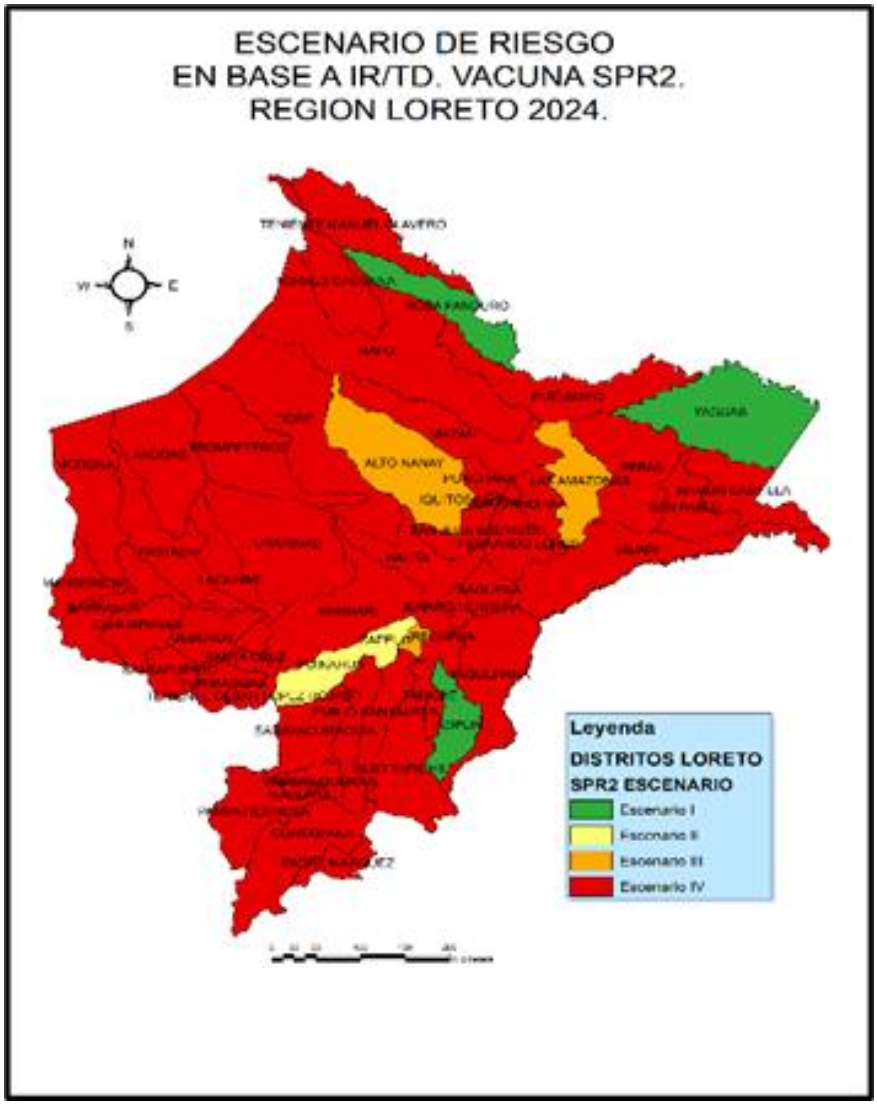
El mapa de Índice de Riesgo (IR) del año 2024 con vacuna SPR1, nos muestra a 24 distritos con IR MUY ELEVADO para Sarampión-Rubeola; 6 distritos en Alto Riesgo, 8 en Mediano Riesgo y 9 distritos en Bajo Riego para Sarampión, escenario que mejoró con las actividades del barrido (Polio y Sarampión realizados en los años 2022 y 2023. Sin embargo, para SPR2, los distritos en Muy Alto Riesgo suben a 46, 3 distritos en alto y 1 en mediano riesgo y 3 en Bajo Riesgo.

Mapa N° 10 Región Loreto Escenario de Riesgo para Sarampión con vacuna SPR1 y SPR (1ref). Región Loreto. 2024.



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Mapa N° 11 Región Loreto Escenario de Riesgo para Sarampión con vacuna SPR1 y SPR (1ref). Región Loreto. 2024.



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

4.3.3.2 Parálisis Flácida Aguda (PFA)

La poliomielitis se vigila a través del Síndrome de Parálisis Aguda (PFA): Está caracterizada por pérdida o disminución de la fuerza muscular (parálisis o paresia), disminución o ausencia de tono muscular (hipotonía) y disminución o ausencia de reflejos (hipo o arreflexia), con una instalación aguda de curso progresivo o rápidamente progresivo sin asociación a trauma previo. La poliomielitis es una enfermedad causada por el poliovirus, un enterovirus que se divide en tres tipos antigénicos: 1, 2 y 3; los tres pueden provocar parálisis, pero el tipo 1 lo hace con mayor frecuencia, el tipo 3 en menor medida, y el tipo 2 rara vez.

El Perú se encuentra libre de circulación endémica del virus salvaje de poliomielitis desde el mes de agosto de 1991, fecha en la que se detectó el último caso endémico o autóctono en el país, en el distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, departamento de Junín. La posibilidad de transmisión de poliovirus salvaje y poliovirus derivado de la vacuna se detecta principalmente mediante la vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda en menores de 15 años.

Entre los años 2020 a 2024, en la Región Loreto, se han notificado 12 casos de parálisis flácida aguda (PFA). El año pandémico 2020 no se notificaron casos y en año 2022 se

confirmó el único caso en este periodo, de Polio derivado de la vacuna, en un niño sin vacunas totalmente susceptible, posterior a ello se mejoró la vigilancia siendo mayor en el 2024 con 6 casos adicionales, todos ellos descartados por el Laboratorio Fiocruz - Brasil, que reportó como resultados Negativos para Poliomielitis.

Tabla N° 145 Región Loreto. Casos de Parálisis Flácida Aguda notificados por distritos. 2020-2024

Distritos	Año					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
San Juan Bautista				1	2	3
Punchana		1			2	3
Manseriche		1	1			2
Urarinas					1	1
Tigre					1	1
Morona				1		1
Requena				1		1
Total	0	2	1	3	6	12

Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

4.3.3.2.1 Indicadores

En la vigilancia epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA); los casos de PFA se descarta o confirma de la presencia de poliovirus. En los últimos cinco años se han notificado 6 casos de PFA con una tasa de notificación de 1,40 por 100 000 menores de 15 años, superando el umbral mínimo recomendado por la OMS (1 caso por 100 000), lo que refleja un buen desempeño en la vigilancia activa. En el año 2024, hasta la SE N° 52, El monitoreo de la Vigilancia de PFA expresado en indicadores es: Tasa de notificación nacional: 1,66 casos por 100 000 menores de 15 años. Notificación semanal oportuna: 87,24 %. Investigación de los casos dentro de las 48 horas: 89,13 %. Porcentaje con muestra adecuada: 80 %. indicadores que evidencian una respuesta oportuna y de calidad aceptable del sistema de vigilancia epidemiológica.

Tabla N° 146 Región Loreto. Indicadores de Vigilancia epidemiológica de Parálisis Flácida Aguda (PFA). SE 1.52. 2024

Departamento	DIRIS / DIRESA / GERESA	Tasa de Notificacion 2024 e indicadores							
		Tasa de notificación nacional x 100 000 Hab.< 15 años	Total casos notifcados de la vigilancia integrada	Sospechosos	descartados	confirmados	% de oportunidad de notificacion (incluye notificacion negativa)	% de muestra adecuada (*)	N° de casos sin muestra
LORETO	LORETO	1.66	6	0	6	0	87.24	80.00	0.00

Fuente: CDC/MINSA-OSIRIS. 2024.
(1) y (2) Mínimo esperado para el indicador: 80%

Desde el enfoque de salud pública, los resultados de vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en Loreto durante 2024 reflejan una buena capacidad del sistema sanitario para la

detección temprana y respuesta oportuna ante posibles casos de poliomielitis, enfermedad erradicada pero aún con riesgo de reintroducción. La repercusión en la población es significativa, ya que un sistema de vigilancia eficiente contribuye a proteger a la niñez frente a enfermedades discapacitantes, refuerza la confianza en los servicios de salud, y garantiza la detección rápida de eventos epidémicos, minimizando el riesgo de transmisión comunitaria. Además, fortalece la capacidad de respuesta del sistema sanitario regional, elemento clave para la seguridad sanitaria y el cumplimiento de los compromisos internacionales de erradicación de la poliomielitis. (Tabla N° 146).

4.3.3.2.2 Riesgo epidemiológico por acumulo de susceptibles

La Región Loreto tiene un acumulo de 67,318 susceptibles con IR de 3.27 que lo cataloga como muy Alto, que sumado a la tasa de Deserción de 20% (Muy Elevado) nos ubica en un escenario de muy alto riesgo para la mayoría de distritos, y esto se acentúa con las dosis de refuerzo (APO) de los 53 distritos 37 se encuentran en Escenario IV; 4 distritos en Escenario III; 3 distritos en Escenario II y 9 distritos en Escenario I.

Tabla N° 147 Región Loreto. Escenario de Riesgo por acumulo de susceptibles y tasa de deserción vacuna IPV3-APO (Ref.1y 2) según distritos. 2020-2024.

Escenario : APO3	1	2	3	4	Total
1	0	0	3	6	9
2	0	0	1	2	3
3	0	0	1	3	4
4	6	0	5	26	37
Distritos	**6**	**0**	**7**	**40**	**53**

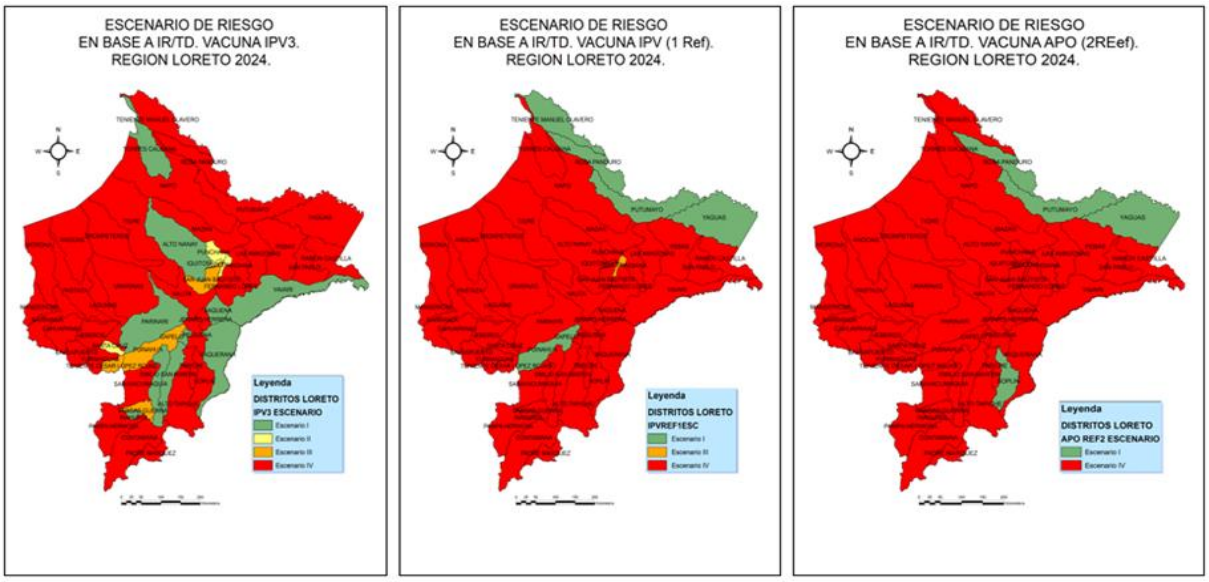
Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

4.3.3.2.2.1 Escenario de riesgos Poliomielitis

Entre los años 2020 y 2024, los escenarios de riesgo por distritos para poliomielitis en la región Loreto se han asociado principalmente a brechas en la cobertura de vacunación con IPV y APO (1º y 2º refuerzo), especialmente en zonas rurales, fluviales y de difícil acceso. Distritos con baja cobertura sostenida (<95%), alta dispersión geográfica y limitaciones logísticas presentan mayor riesgo de reintroducción del poliovirus.

Estos escenarios reflejan desafíos en la continuidad del esquema completo de vacunación, influenciados por factores como movilidad poblacional, deficiencia en cadena de frío y escasa sensibilización comunitaria. Desde la salud pública, mantener coberturas altas y vigilancia activa es esencial para prevenir brotes y preservar el estatus libre de poliomielitis en el país. El escenario de Riego para Poliomielitis se evidencia en los mapas por dosis de vacuna según calendario; vacuna IPV3 en menore de 1 año y Refuerzos 1 y 2 de APO en niños de 1 a 4 años, aumentado el riesgo con las dosis de refuerzo.

Mapa N° 12 Región Loreto. Escenarios de Riesgo por distritos para Poliomielitis con IPV, APO (1º Y 2º. Refuerzo.). -2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

4.3.3.3 Tosferina o Coqueluche

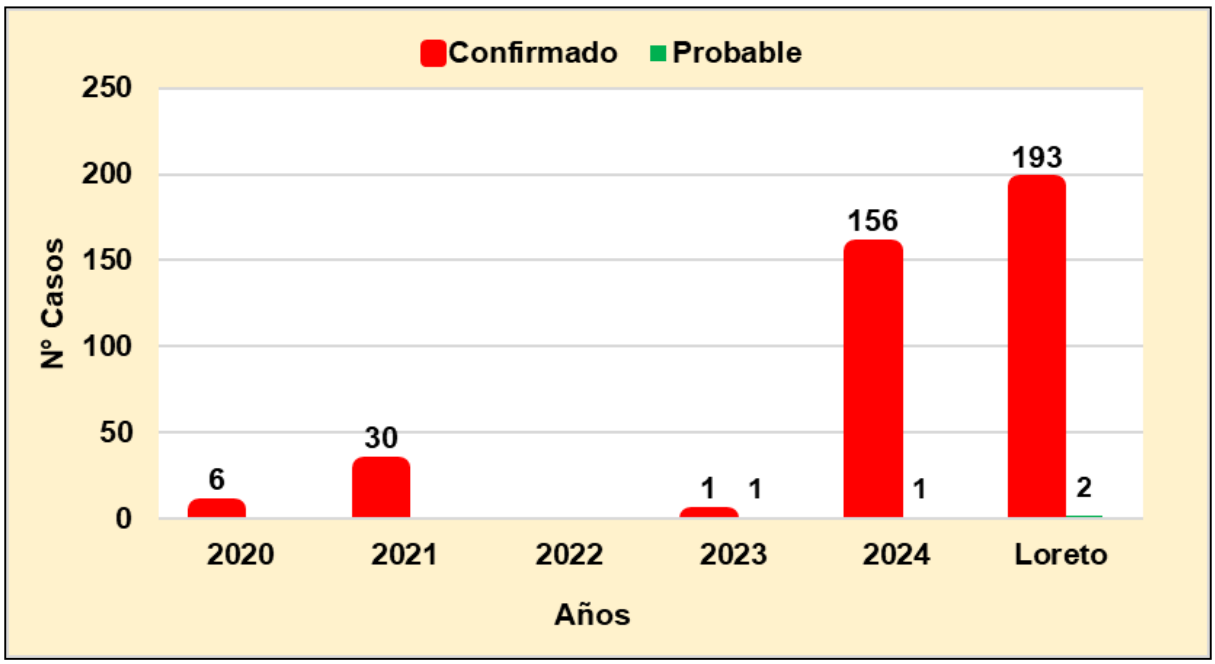
La Tosferina es una enfermedad inmunoprevenible, sin embargo, continúa siendo un problema de salud pública tanto en países desarrollados en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud reportó 139 535 casos en el 2016, 89 000 muertes en el 2008, con una cobertura de DPT3 del 86 %, con tasas de ataque secundarias de 90 % entre contactos susceptibles intradomiciliarios. Los pacientes son altamente infecciosos durante la fase catarral y las primeras 2 semanas después del inicio de la tos (aproximadamente 21 días).

La vacuna contra *B. pertussis* en el Perú se encuentra dentro del esquema de vacunación a nivel nacional desde la creación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el Perú (fines de la década de 1970) hasta la actualidad. Desde el 2005, la vacuna contra *B. pertussis* se administra como parte de la vacuna pentavalente.

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto notificó 195 casos de tosferina, de los cuales 193 fueron confirmados y 2 clasificados como probables. Se observa un aumento marcado de los casos confirmados, que pasaron de 6 en 2020 a 156 en 2024, lo que evidencia una reaparición significativa de la enfermedad en el territorio. En el momento de escribir este documento, para el 2025 (corte noviembre) se reportó un brote sin precedentes de tosferina con 2,843 casos y 30 fallecidos en la región loreto sobre todo en la provincia de Datem del Marañón que afectó en gran proporción a la población infantil.

Desde el enfoque de salud pública, este incremento refleja brechas en la cobertura de vacunación y en la vigilancia epidemiológica, especialmente en comunidades rurales y dispersas. Esta situación representa un riesgo para la salud infantil, por lo que se requiere fortalecer las estrategias de inmunización, detección temprana y control de brotes, con énfasis en la prevención y la respuesta oportuna ante casos sospechosos. (Gráfico N° 198).

Gráfico N° 198 Región Loreto. Casos de Tosferina notificados según tipo de diagnóstico. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Según procedencia de los casos, se indica que, durante el año 2024, 11 distritos notificaron casos de tosferina con brotes aislados que se controlaron rápidamente, en el año 2024 en la SE 37, se inicia un brote de Tos ferina en la Provincia del Datem del Marañón ubicándose principalmente en 3 distritos (Moriona, Pastaza y Barranca) acumulando el 78.46 % de los casos reportados, el cual cerró el año como brote activo sin control.

Tabla N° 148 Región Loreto. Casos de Tos ferina notificados por distritos. 2020-2024

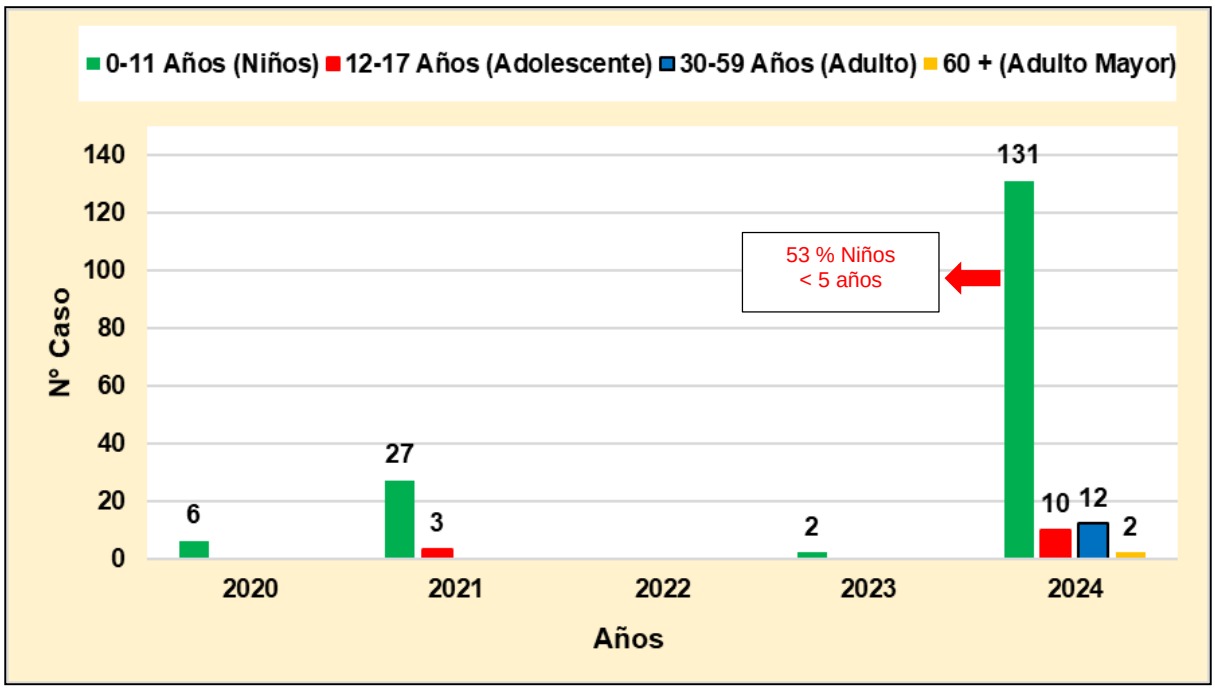
Distritos	2020	2021	2023	2024	Total	%	% Acumulado
Morona				73	73	37.44	37.44
Pastaza				45	45	23.08	60.51
Barranca				35	35	17.95	78.46
Padre Márquez		29			29	14.87	93.33
Punchana	1			3	4	2.05	95.38
Manseriche	3				3	1.54	96.92
Iquitos		1	1		2	1.03	97.95
San Juan Bautista				1	1	0.51	98.46
Yurimaguas	1				1	0.51	98.97
Belén	1				1	0.51	99.49
Pebas			1		1	0.51	100.00
Total	6	30	2	157	195	100.00	

Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Por etapas de vida, el grupo más afectado es la Etapa de Vida niño con 166 casos acumulados que representa el 78.9 % del total de casos reportados; de este grupo el 53% son menores de 5 años, en el cual se ha reportado dos fallecidos del distrito de Morona de 2

meses y 4 años respectivamente sin antecedente de vacunación alguna. Otro grupo importante afectados por Tosferina son los Adolescentes (6.6%) y los Adultos (6.1%), mientras que en Jóvenes y Adultos Mayor solo se reportó el 1% de casos respectivamente en cada etapa de vida.

Gráfico N° 199 Región Loreto. Casos de Tosferina por Etapas de Vida. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

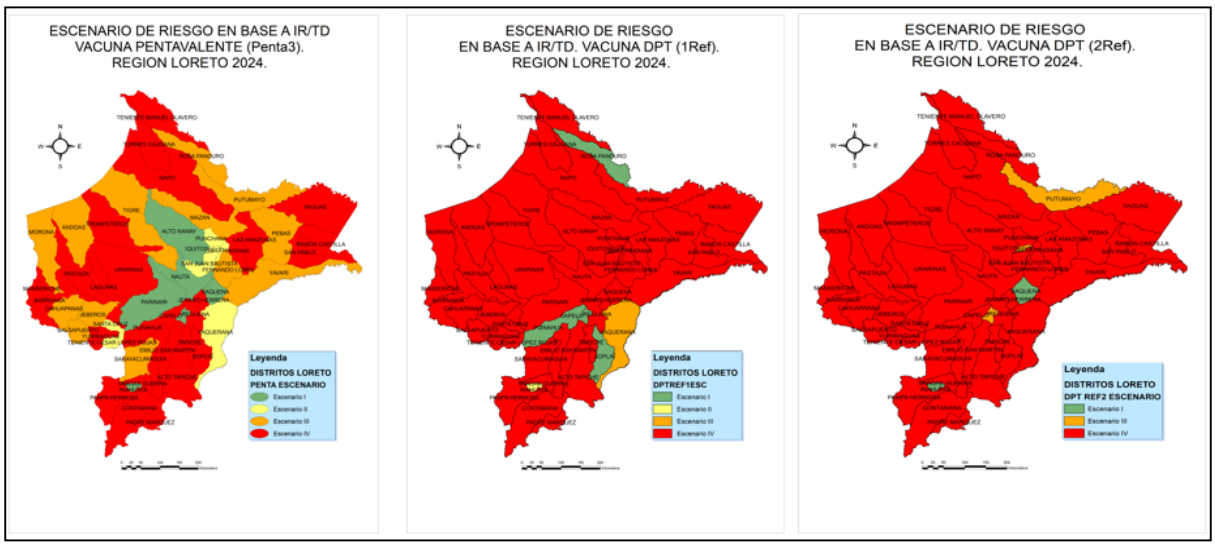
4.3.3.3.1 Mapas de riesgo

En la región Loreto, durante el 2024, los distritos de mayor riesgo para la vacuna Pentavalente3 y sus refuerzos (1.º y 2.º DPT) se identifican en función del acúmulo de población susceptible y las elevadas tasas de deserción vacunal. El índice de riesgo de 1.03 para Pentavalente3 indica presencia de distritos con coberturas incompletas en el esquema primario, mientras que el incremento a 2.63 en el primer refuerzo DPT y a 7.99 en el segundo refuerzo revela un deterioro progresivo en la continuidad de la vacunación infantil.

Estos escenarios evidencian distritos críticos como Nauta, Requena, Contamana, Caballococha, Mazán entre otros, donde las dificultades geográficas, el acceso limitado a los servicios de salud y la movilidad poblacional influyen directamente en la baja adherencia al esquema completo de inmunización.

Desde la perspectiva de salud pública, esto representa un riesgo de reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles, por lo que se requiere reforzar las estrategias de vacunación extramural, mejorar el seguimiento nominal y reducir la deserción para asegurar la protección efectiva de la población infantil. (Mapa N°12).

Mapa N° 13 Índice de riesgo para vacuna Pentavalente3. DPT (REF: 1 y 2). Región Loreto. 2024

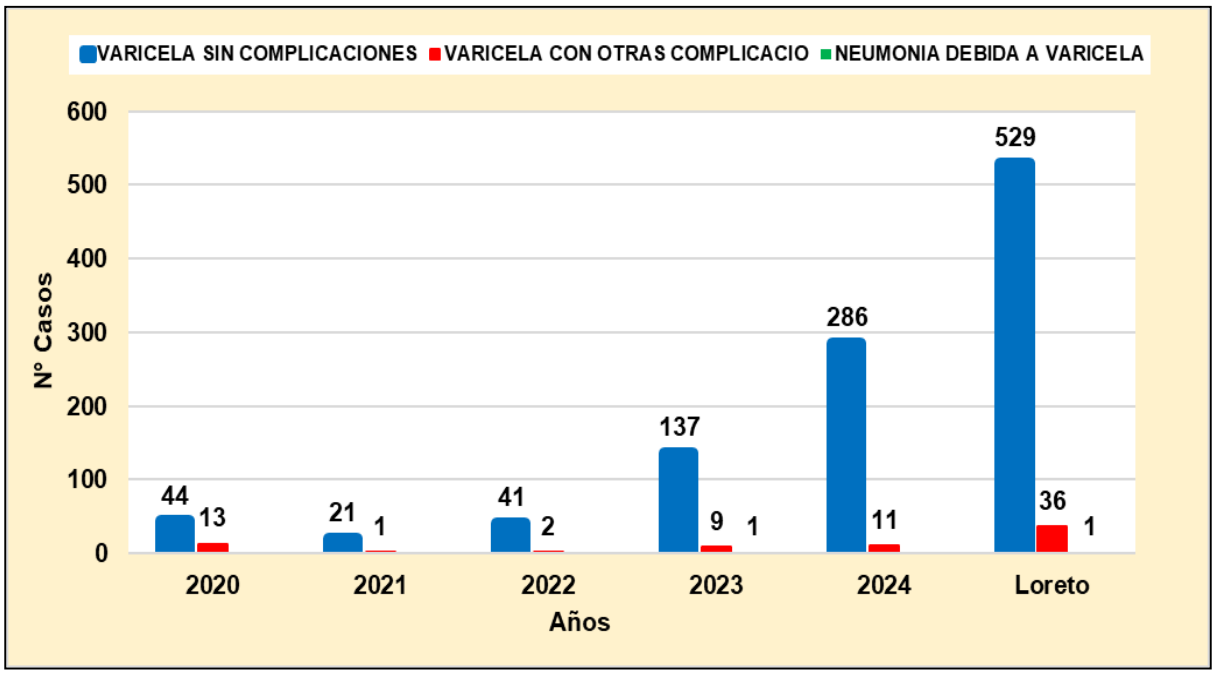


Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

4.3.3.4 Varicela

La varicela es una infección sistémica aguda causada por el virus varicela-zoster (VVZ), el cual suele aparecer en la infancia. Suele manifestarse con síntomas leves como cansancio, fiebre, seguida por lesiones cutáneas que aparecen en brotes e incluyen máculas, pápulas, La aparición de estas lesiones cutáneas empieza generalmente en el abdomen, la espalda y la cara, pudiéndose extender por todo el cuerpo. Pueden aparecer entre 250 y 500 ampollas las cuales causan urticaria (1,2) vesículas y costras.

Gráfico N° 200 Región Loreto. Casos Varicela notificados según tipo de diagnóstico. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Su importancia en salud pública radica en su alta contagiosidad; por lo que, se encuentra ampliamente distribuida en el mundo. Es una enfermedad de epidemiología variable dependiente del clima, densidad poblacional y el riesgo de exposición vinculado con la vacunación universal contra la varicela.

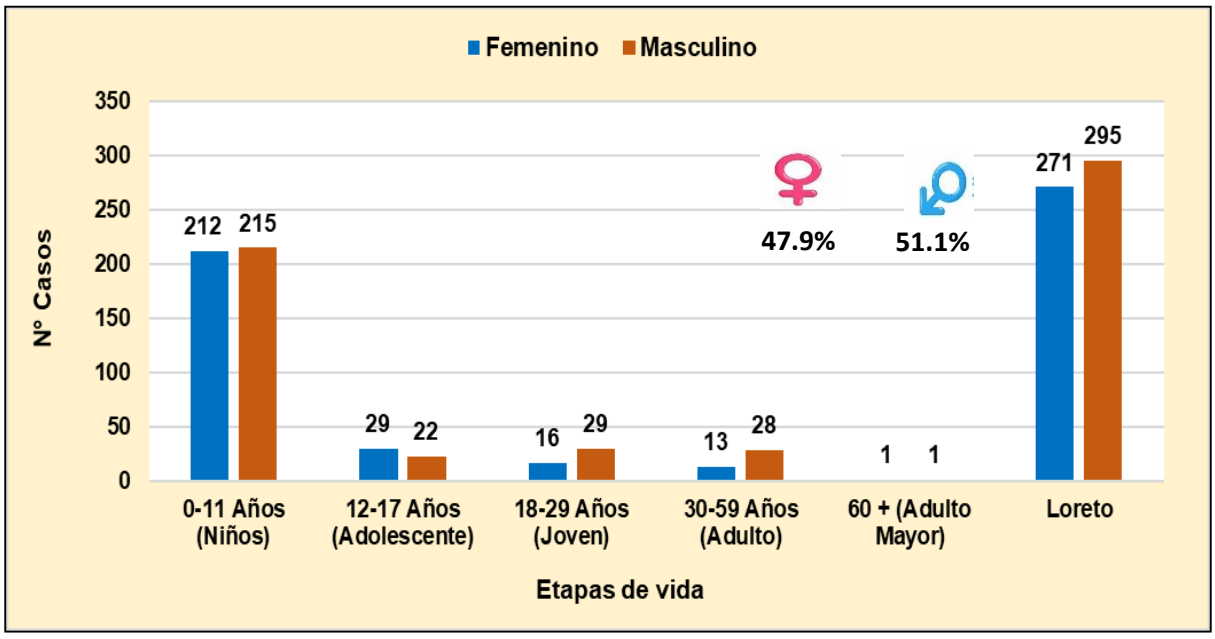
Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto notificó 566 casos de varicela, de los cuales la mayoría correspondieron a varicela sin complicaciones (529 casos) y una proporción menor presentó complicaciones (36 casos), incluyendo un caso de neumonía asociada. Desde el enfoque de salud pública, este incremento sostenido, especialmente en 2024, evidencia una mayor transmisión comunitaria y brechas en la cobertura de vacunación contra la varicela, así como fallas en la detección oportuna y control de brotes en instituciones educativas y comunidades rurales. Esta tendencia representa un riesgo sanitario, especialmente para niños y personas inmunocomprometidas, por lo que se requiere fortalecer las estrategias de inmunización, vigilancia epidemiológica activa y educación sanitaria para prevenir complicaciones y evitar la expansión de brotes en la región. (Gráfico N° 200).

4.3.3.4.1 Varicela por etapas de vida

Los casos de varicela por etapa de vida nos muestran mayor incidencia en la EV niño con 427 casos, seguido de la EV Adolescente con 51 casos, similar a los casos presentados en la EV Joven con 45 casos, la etapa de vida Adulto (41 caso y Adulto mayor 2 casos), en menor proporción.

En los últimos 5 años se ha reportado 3 fallecidos por Varicela con Complicaciones, cuyas edades puntuales son 14 años (Adolescente), 37 y 50 años (adulto), procedentes de los distritos de San Juan, Belén e Iquitos respectivamente.
Según sexo se tiene que fue mayor en los de sexo masculino con 52.1% y sexo femenino con 47.9%.

Gráfico N° 201 Región Loreto. Casos Varicela notificados según tipo de diagnóstico. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Los casos de varicela notificados desde el año 2020 (57 casos) han ido en aumento, a la par que se ha ido mejorando la vigilancia de casos, es así que el 2024 (297 casos) se reportó el mayor número de casos en los últimos 5 años.
En cuanto a su distribución por distritos, 9 de ellos concentran el 81.10 % de los casos, entre los que se encuentran Yurimaguas con 105 casos (18.55%), seguido de San Juan con 72 casos (12.72%), Belén con 69 casos (12.19%) y Pastaza con 67 casos (11.84). Distritos como Yaquerana y Vargas Guerra iniciaron la notificación de casos en el 2024 con un caso respetivamente.

Tabla N° 149 Región Loreto. Casos Varicela notificados según tipo de diagnóstico. 2020-2024

DISTRITOS	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%	% ACUMULADOS
YURIMAGUAS	3	1		32	69	105	18.55	18.55
SAN JUAN BAUTISTA	8	2	2	4	56	72	12.72	31.27
BELEN	6	1		30	32	69	12.19	43.46
PASTAZA	5	13	28	14	7	67	11.84	55.30
BALSAPUERTO		1		19	26	46	8.13	63.43
IQUITOS	10			7	26	43	7.60	71.02
NAPO	13				13	26	4.59	75.62
MAZAN					18	18	3.18	78.80
LAGUNAS	1			1	11	13	2.30	**81.10**
PUNCHANA	3		1	6	2	12	2.12	83.22
MANSERICHE	1		1	9		11	1.94	85.16
BARRANCA	1				10	11	1.94	87.10
CONTAMANA		4		5		9	1.59	88.69
LAS AMAZONAS			2		6	8	1.41	90.11
TORRES CAUSANA				6		6	1.06	91.17
ALTO NANAY					6	6	1.06	92.23
NAUTA	3			2	1	6	1.06	93.29
SARAYACU			4		1	5	0.88	94.17
SANTA CRUZ	2				3	5	0.88	95.05
INDIANA	1			1	3	5	0.88	95.94
RAMON CASTILLA			1	3		4	0.71	96.64
TEN CESAR LOPEZ ROJAS				2	2	4	0.71	97.35
REQUENA				2	1	3	0.53	97.88
URARINAS					2	2	0.35	98.23
CAHUAPANAS			2			2	0.35	98.59
PEBAS				2		2	0.35	98.94
FERNANDO LORES			2			2	0.35	99.29
TROMPETEROS				2		2	0.35	99.65
VARGAS GUERRA					1	1	0.18	99.82
YAQUERANA					1	1	0.18	100.00
TOTAL	**57**	**22**	**43**	**147**	**297**	**566**	**100.00**	

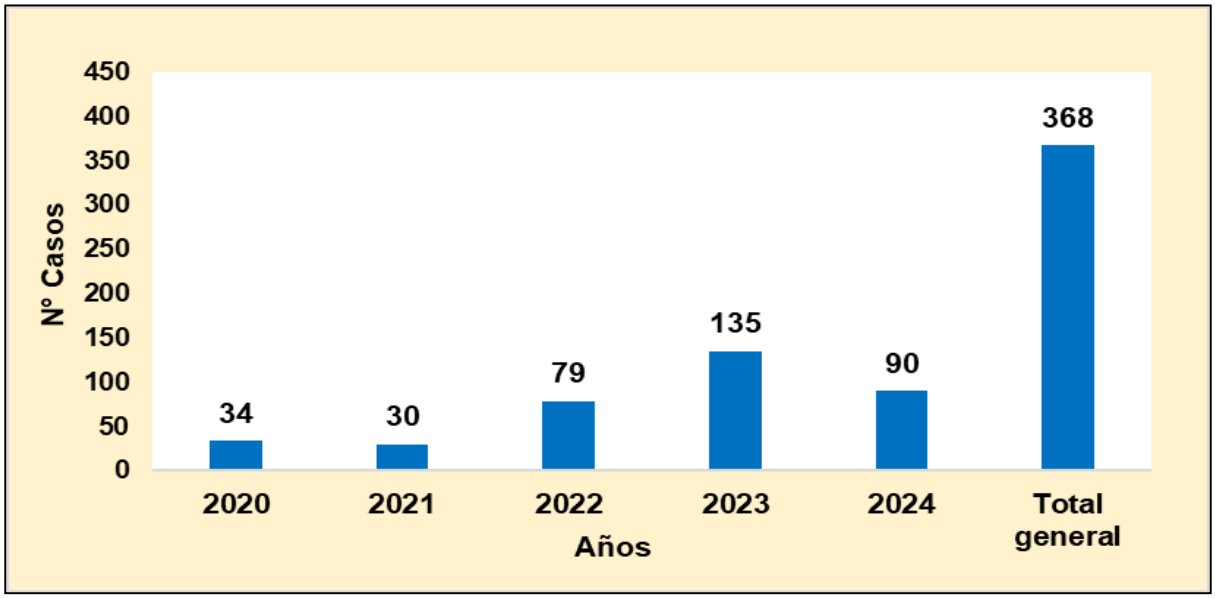
Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

4.3.3.5 Hepatitis B

En el Perú con la finalidad de poder reducir la transmisión de hepatitis B, se ha integrado acciones entre diferentes Direcciones: Centro Nacional de Epidemiología, Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Dirección General de Intervenciones Sanitarias en Salud Pública (DGIESP), Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) y el Instituto Nacional de Salud (INS), quienes brindan asistencia técnica permanente a las regiones de mayor riesgo. El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), desde el 2000 realiza la vigilancia de hepatitis B en todo el territorio nacional, contando con información a partir de fecha.

En el último quinquenio, 2020-2024 al sistema de vigilancia de hepatitis B reportó 368 casos de hepatitis B, con la pandemia la notificación de casos disminuyó en el 2020 y 2021, incrementándose a partir del 2022 a 79 casos y el 2023 a 135 casos, y finalmente en el 2024 se aprecia un descenso de casos con solo 90 casos reportados.

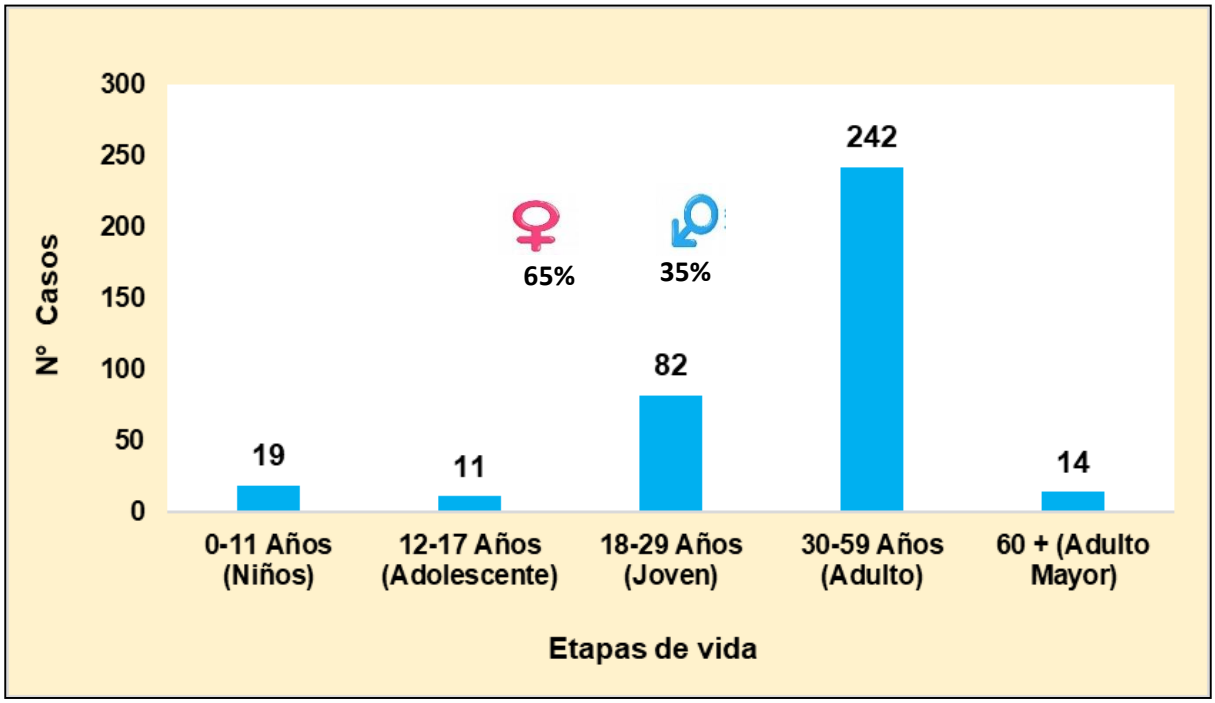
Gráfico N° 202 Región Loreto. Casos de Hepatitis B notificados. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

La proporción de casos evidencia al sexo femenino con 241 casos (65%), mientras que solo del sexo masculino con 127 casos (35%.)

Gráfico N° 203 Región Loreto. Casos de Hepatitis B por etapas de vida y sexo. 2020-2024



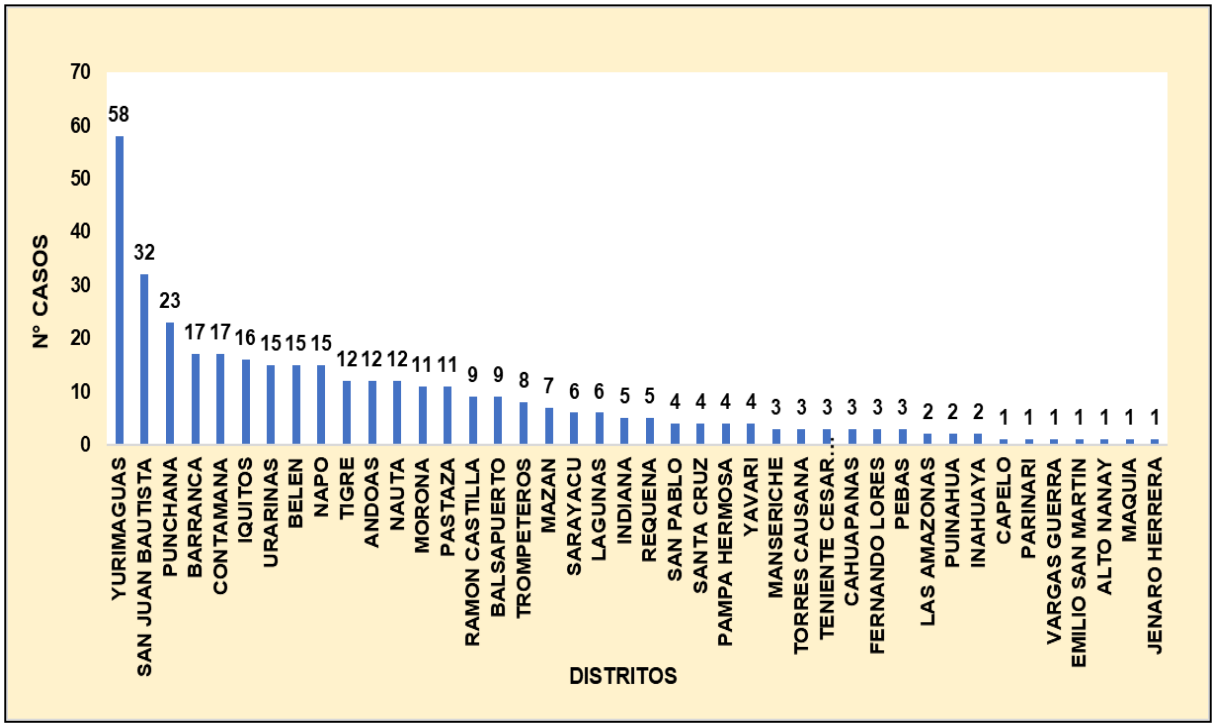
Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Los casos de Hepatitis B por etapas de vida, se concentran en las etapas de vida Adulto (65.76%) y en la etapa de vida Joven (22.28%), la etapa de vida niño tiene un porcentaje significativo de 5.16 %, la etapa de vida adulto mayor con 3.8% y etapa de vida adolescente con 2.99%. (Gráfico N° 203).

4.3.3.5.1 Hepatitis B por Distritos

En la distribución de casos por distritos, el distrito de Yurimaguas es el que mayor número de caso ha reportado en los últimos cinco años, notificando 58 casos (15.76%), seguidos de los distritos de San Juan con 32 casos (8.7%), Punchana con 23 casos (6.25%) Barranca y Contamana con 17 casos (4.62%) respectivamente.

Gráfico N° 204 Región Loreto. Casos de Hepatitis B por distritos. Región Loreto. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

4.3.3.6 Fiebre Amarilla

La fiebre amarilla sigue siendo un importante problema de salud pública en las Américas, por lo que es la única enfermedad de la cual el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) exige presentar un certificado de vacunación a todos los viajeros que ingresan en algunos países.
En el 2021, cuatro países de la Región de las Américas (Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela) notificaron casos confirmados de fiebre amarilla. Además, en el año 2020 fueron dos los países de la región de las Américas que notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Brasil y Perú.

En Loreto, en los últimos 5 años se han notificado un total de 70 casos de Fiebre Amarilla Selvática, de los cuales se descartaron 66 y se han confirmado 4 casos (2 en el 2020, 1 2021 y 1 en el 2023. Esta enfermedad tiene gran letalidad, la misma que fue del 100% entre los casos confirmados. (Tabla N° 150).

Tabla N° 150 Región Loreto. Casos de Fiebre amarilla notificados por distritos y Provincia. 2020-2024

Diistritos	2020	2021	2023	Total
Trompeteros	1			1
Teniente Cesar López		1		1
Fernando Lores	1			1
Pebas			1	1
Total	**2**	**1**	**1**	**4**

Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

Según procedencia, los casos proceden de los distritos de Trompeteros (1) teniente Cesar López (1), Fernando Lores (1) y Pebas (1). La letalidad por Fiebre Amarilla es elevada, en los 5 años alcanzó 75% de Letalidad y es más frecuente en el sexo masculino (75%). En cuanto al grupo de edad afectado se tiene el 5 % en Jóvenes y 50% en Adultos.

4.3.3.7 Tétano y Tétano Neonatal

El tétano es una enfermedad causada por la exotoxina del *Clostridium tetani*, que afecta al sistema neurológico y es a menudo fatal. Las esporas se distribuyen ampliamente en el suelo, en los intestinos y heces de caballos, ovejas, vacas, perros, gatos, ratas y pollos.

Tabla N° 151 Región Loreto. Casos de Tétanos Neonatal por distritos. 2020-2024

AÑO	Distritos	Diagnósticos		Total
		Tétanos	Tétanos Neonatal	
2020	Requena	**1**		**1**
	Mazan		**1**	**1**
	Total 2020	**1**	**1**	**2**
2021	Teniente Manuel Clavero		**1**	**1**
	Punchana	**1**		**1**
	Emilio San Martín	**1**		**1**
	Iquitos	**1**		**1**
	Total 2021	**3**	**1**	**4**
2023	Iquitos	**1**		**1**
	Total 2023	**1**		**1**
2024	Yurimaguas	**1**		**1**
	Requena	**1**		**1**
	Total 2024	**2**		**2**
Total general		**7**	**2**	**9**

Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología-Inmunoprevenibles 2020-2024

El suelo tratado con estiércol puede contener grandes números de esporas. El Clostridium tetani generalmente ingresa al cuerpo a través de una herida. La rigidez generalizada que se presenta con un patrón descendente es la forma clínica más frecuente (identificada en 80% de los casos). El primer signo es el trismus, seguido de rigidez del cuello, dificultad para tragar y rigidez de los músculos abdominales. La confirmación del caso se hace clínicamente de acuerdo con la definición del caso.

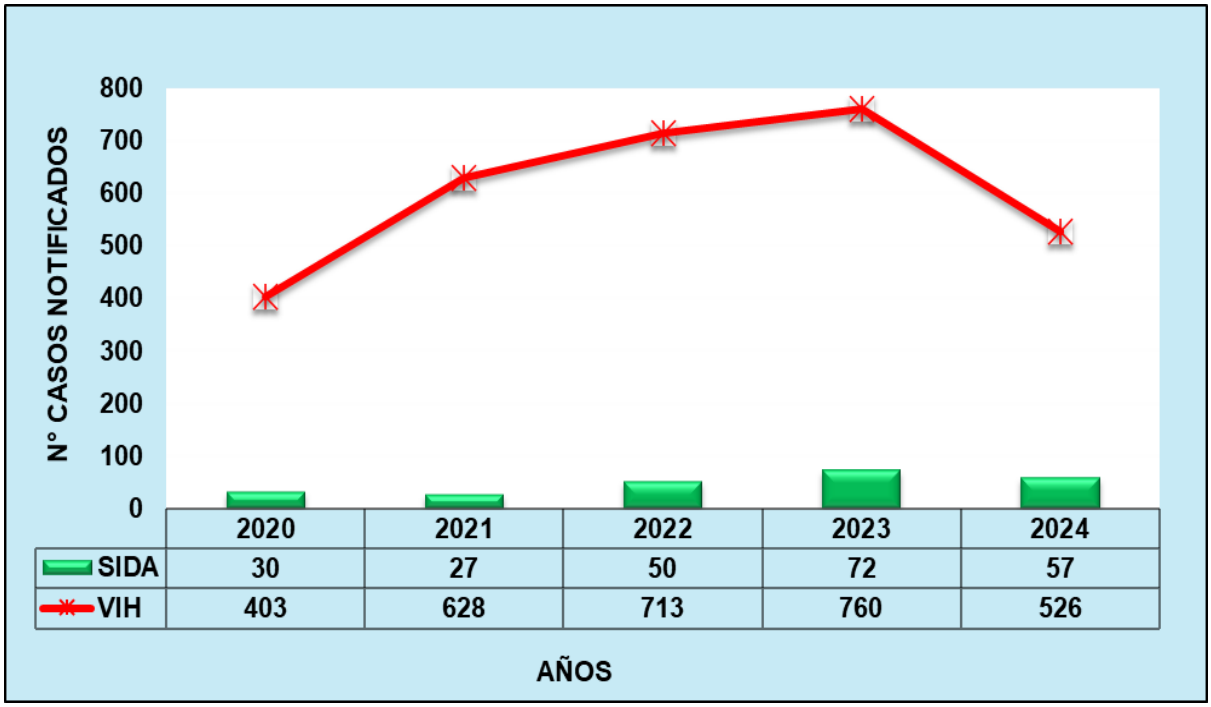
Entre los años 2020 y 2024 Se notificaron 7 casos de Tétano y 2 casos de Tétano Neonatal todos confirmados, ya que el diagnostico de este daño es clínico. El año 2020 se notificaron 2 casos de Tétano (1 caso de Tétano y 1 caso de Tétano Neonatal). El mayor número de casos notificados corresponde al año 2021 con 4 casos: 3 casos de Tétano y 1 caso de Tétano Neonatal, siendo el año con más casos reportados. Todos los casos notificados fallecieron lo que da una letalidad de 100% para este daño.

4.3.4 Otras Enfermedades Transmisibles

4.3.4.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

El VIH significa virus de inmunodefiencia humana, Daña su sistema inmunitario al destruir un tipo de glóbulos blancos que ayuda al cuerpo a combatir las infecciones. Esto lo pone en riesgo de tener otras infecciones y enfermedades. El VIH se propaga a través de ciertos fluidos corporales de una persona con VIH. Esto puede suceder al tener relaciones sexuales vaginales o anales sin protección con una persona que tiene el VIH; Sin protección significa no usar condones o medicamentos para tratar o prevenir el VIH, esta es la forma más común de propagación, así como compartiendo agujas para el consumo de drogas, a través del contacto con la sangre de una persona que tiene VIH, de la madre al feto durante el embarazo de la madre al bebé durante el parto o lactancia.

Gráfico N° 205 Región Loreto. Casos de VIH y SIDA Notificados Según, año de Diagnósticos. 2020-2024



	2020	2021	2022	2023	2024
SIDA	30	27	50	72	57
VIH	403	628	713	760	526

Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

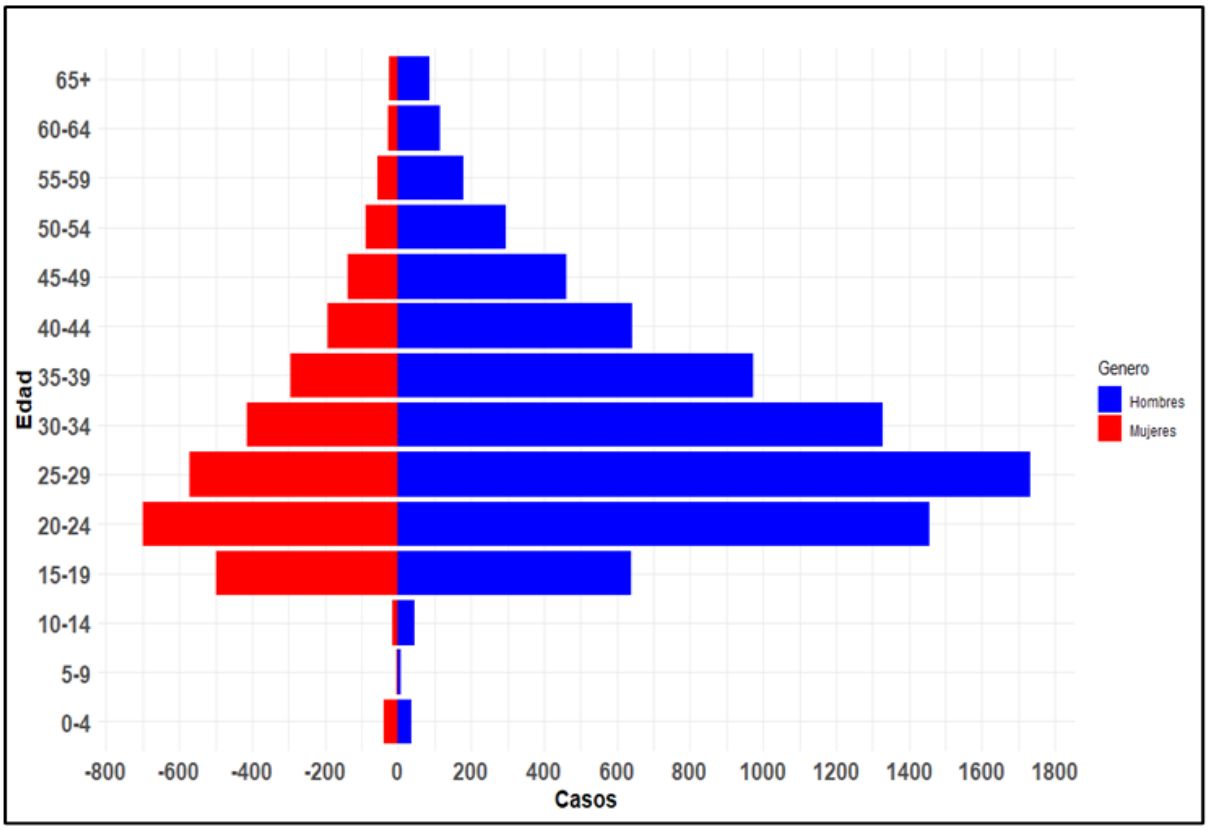
4.3.4.1.1 Pirámide de edad y sexo de VIH - SIDA

Analizar el número de casos de infección por VIH según edad y sexo por quinquenios (2015-2024) en la región Loreto es fundamental desde el enfoque de salud pública, ya que permite identificar los grupos etarios y poblaciones más afectadas, así como las tendencias de transmisión y vulnerabilidad social a lo largo del tiempo. Este análisis facilita comprender los cambios en los patrones epidemiológicos, evidenciando posibles brechas en la educación

sexual, acceso al diagnóstico temprano y cobertura de tratamiento antirretroviral. Además, posibilita focalizar las intervenciones preventivas y de promoción de la salud, orientando recursos hacia las áreas y grupos de mayor riesgo, especialmente jóvenes, mujeres en edad reproductiva y poblaciones rurales o amazónicas, donde persisten barreras culturales y geográficas. En conjunto, esta información es esencial para fortalecer la respuesta regional frente al VIH/SIDA, mejorar la vigilancia epidemiológica y avanzar hacia la reducción de nuevas infecciones y muertes asociadas en Loreto.

Al analizar los casos de VIH en la región Loreto, observamos que la mayor cantidad de casos se presentan en el sexo masculino, principalmente son personas entre las edades de 15 a 39 años, principalmente en el grupo de 25 a 29 años, mientras en las mujeres los casos de VIH se reportaron en mayor cantidad en el grupo de 20 a 34 años, por eso nuestras intervenciones de prevención se focalizan, además de la población de mujeres trans, en los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones"; Así mismo se observa los casos de VIH en edades extremas de 65 años a más años y niños de 0 a 4 años que corresponde a contagio por transmisión vertical.

Gráfico N° 206 Región Loreto. Número de casos de Infección por VIH según edad y sexo por quinquenios. 2015-2024

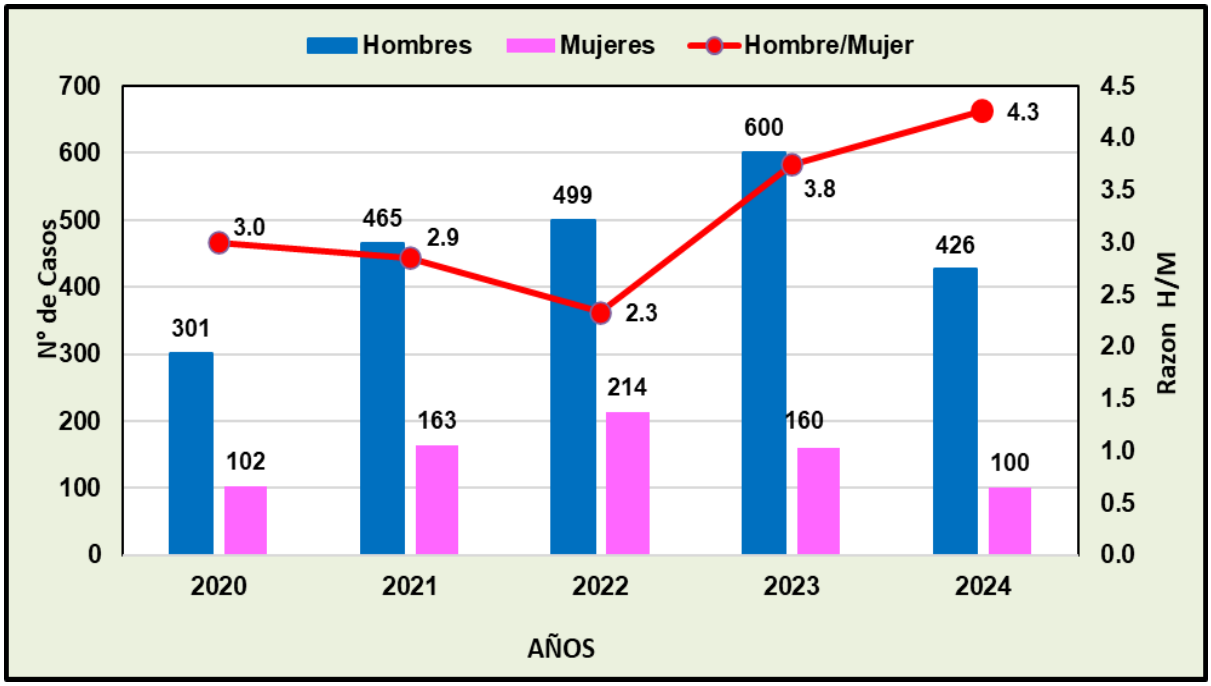


Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

Durante el periodo 2020-2024, la región Loreto muestra una tendencia sostenida de mayor número de casos de infección por VIH en hombres que en mujeres, con una razón hombre/mujer variable entre 2.3 y 4.3. El mayor número de casos se observa en el año 2023, con 600 hombres y 160 mujeres, lo que refleja un incremento significativo de la transmisión, especialmente en población masculina. En contraste, el año 2024 evidencia una disminución de casos totales, pero persiste una amplia brecha entre ambos sexos (razón 4.3). Este patrón sugiere que las conductas de riesgo, la movilidad laboral y la baja percepción del riesgo en varones jóvenes continúan siendo determinantes clave en la dinámica de transmisión del VIH en la región.

Desde una perspectiva de salud pública, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control del VIH con enfoque territorial y de género. En Loreto, los determinantes sociales y culturales, como el acceso limitado a servicios de salud en zonas rurales, el estigma asociado a la enfermedad, la poca cobertura de tamizaje en hombres, y las desigualdades socioeconómicas, contribuyen a mantener la transmisión activa. Por ello, es esencial ampliar la educación sexual integral, mejorar el acceso a diagnóstico oportuno y tratamiento antirretroviral, y reforzar las intervenciones comunitarias con participación local. Estas acciones permitirían reducir la brecha entre sexos y avanzar hacia un control más equitativo y sostenible del VIH en la región. (Gráfico N°207). Aumentar la cobertura de PrEP es fundamental para reducir nuevas infecciones por VIH, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad. La PrEP es una intervención altamente efectiva, segura y costo-efectiva que, combinada con educación y consejería, permite prevenir la transmisión y disminuir la carga sanitaria asociada al VIH. Ampliar su cobertura fortalece la salud pública, reduce inequidades en el acceso a servicios preventivos y contribuye de manera directa a controlar la epidemia.

Gráfico N° 207 Región Loreto. Número de casos de Infección por VIH notificados según sexo y razón hombre/mujer. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

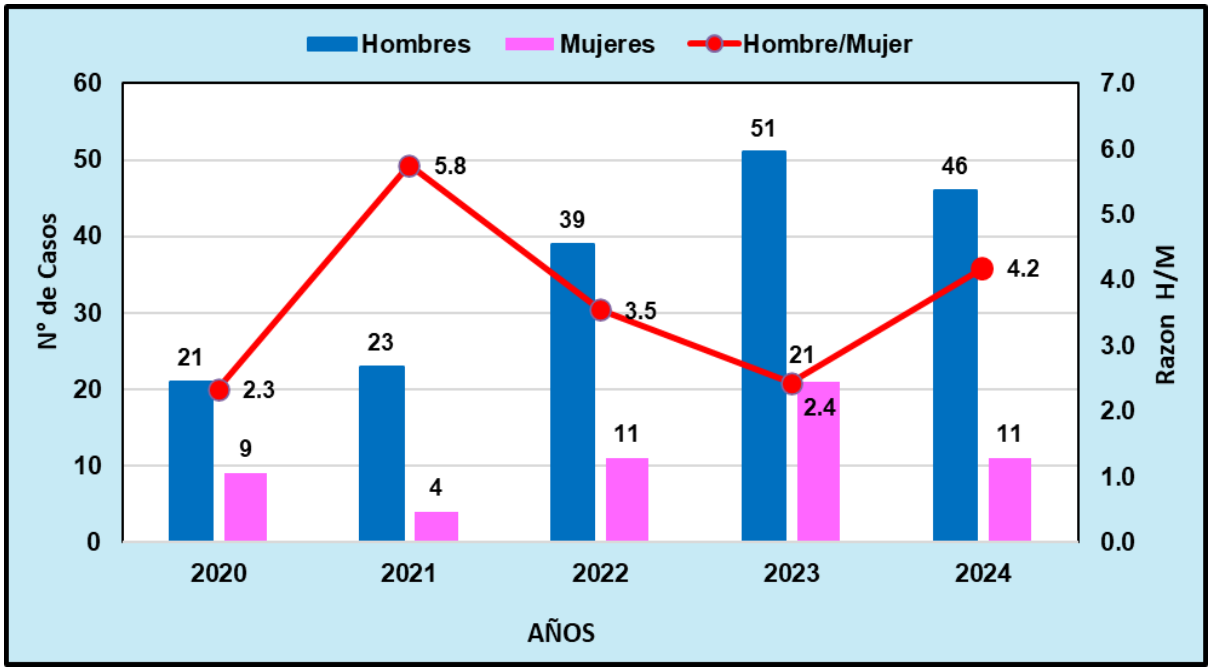
4.3.4.1.2 Edad y Sexo SIDA

Durante el periodo 2020-2024, los casos de SIDA en la región Loreto muestran una mayor afectación en el sexo masculino, con una razón hombre/mujer que varía entre 2.3 y 5.8. El número de casos en hombres aumenta de 21 en 2020 a un máximo de 51 en 2023, mientras que en mujeres el incremento es más moderado. Este patrón refleja que la transmisión del VIH en Loreto continúa siendo predominantemente masculino, posiblemente relacionada con factores como prácticas sexuales sin protección, movilidad laboral en zonas de explotación petrolera o fluvial, y limitada búsqueda de diagnóstico temprano. A pesar de cierta reducción en 2024, la razón de 4.2 indica que la brecha entre hombres y mujeres persiste.

Desde el enfoque de salud pública, estos datos ponen en evidencia la influencia de los determinantes sociales y estructurales propios de la región Loreto: el difícil acceso geográfico

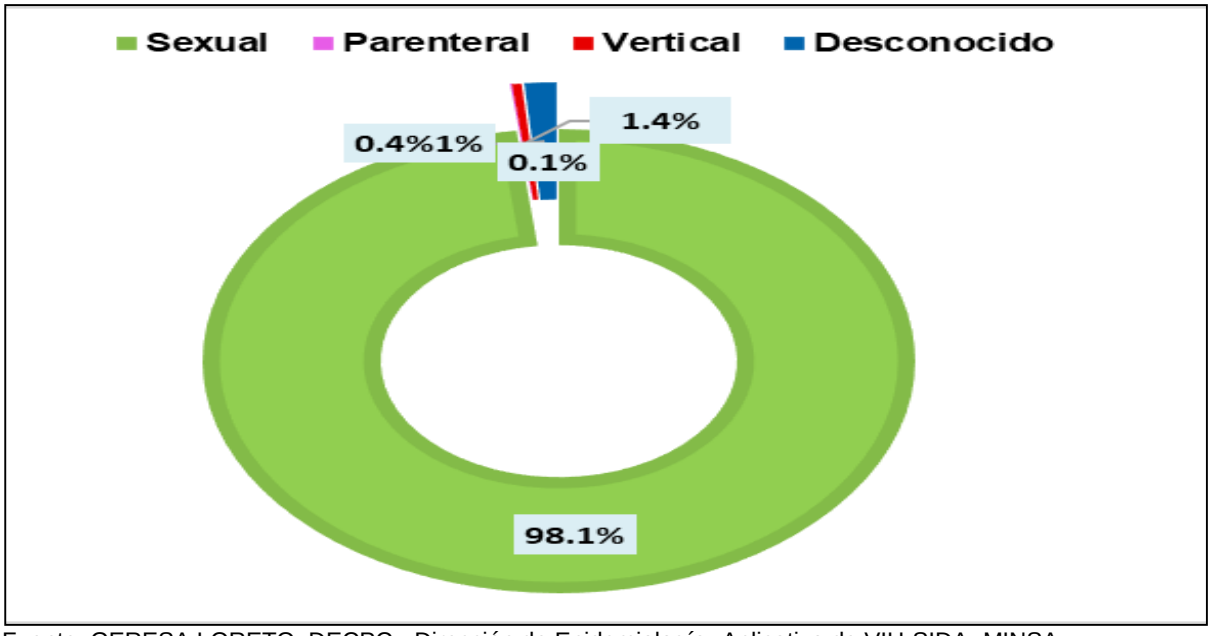
a los servicios de salud, los niveles de pobreza, la baja cobertura educativa en salud sexual y reproductiva, y el estigma asociado al VIH/SIDA. Tales condiciones obstaculizan la detección temprana y el tratamiento oportuno, favoreciendo la progresión a SIDA, especialmente en zonas rurales o indígenas. Frente a ello, se requiere fortalecer la educación preventiva, la detección comunitaria y la continuidad del tratamiento antirretroviral, promoviendo un abordaje intercultural y con enfoque de género que reduzca la transmisión y la mortalidad asociada al SIDA en Loreto. (Gráfico N° 208).

Gráfico N° 208 Región Loreto. Número de casos de SIDA notificados según sexo y razón hombre/mujer. 2020-2024.



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

Gráfico N° 209 Región Loreto Porcentaje de casos de Infección por VIH notificados según tipo de transmisión. Año 2020 -2024.



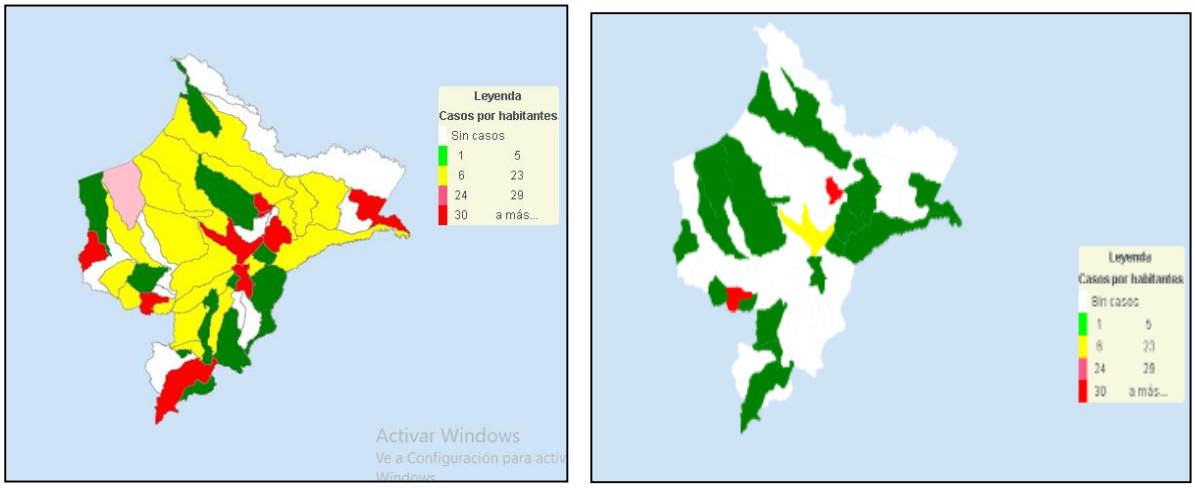
Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

En la región Loreto, durante el período 2020-2024, la transmisión sexual representa el 98.1% de los casos de infección por VIH, lo que evidencia que esta vía continúa siendo la principal forma de contagio en la población. En contraste, la transmisión vertical (de madre a hijo) alcanza 0.4%, la parenteral (por uso de agujas o sangre contaminada) 0.1%, y un 1.4% corresponde a casos de origen desconocido. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de educación sexual integral, la promoción del uso del preservativo, y la detección temprana en grupos de riesgo.

4.3.4.1.3 Distribución espacial

Los mapas de casos de VIH y SIDA entre los años 2020-2024, nos muestran aquellos distritos de la región Loreto que tienen más de 30 casos de VIH en los distritos de Punchana, Fernando Lores, Nauta, Requena, Ramón Castilla, Yurimaguas y Contamana; Mientras el mapa de casos de SIDA nos muestra que 2 distritos con 30 casos a más los mismos que son Punchana y Yurimaguas

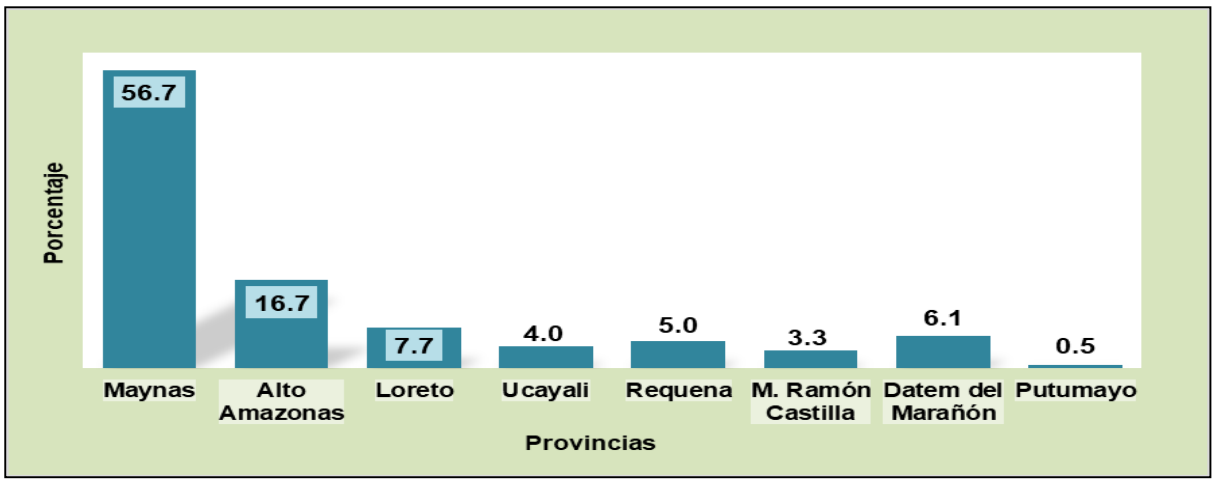
Mapa N° 14 Región Loreto. Casos Acumulados de VIH- 2020 -2024.



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

El 62.03% de los casos notificados por infección de VIH en la región Loreto, se concentran en la provincia de Maynas, seguida de la Provincia de Alto Amazonas.

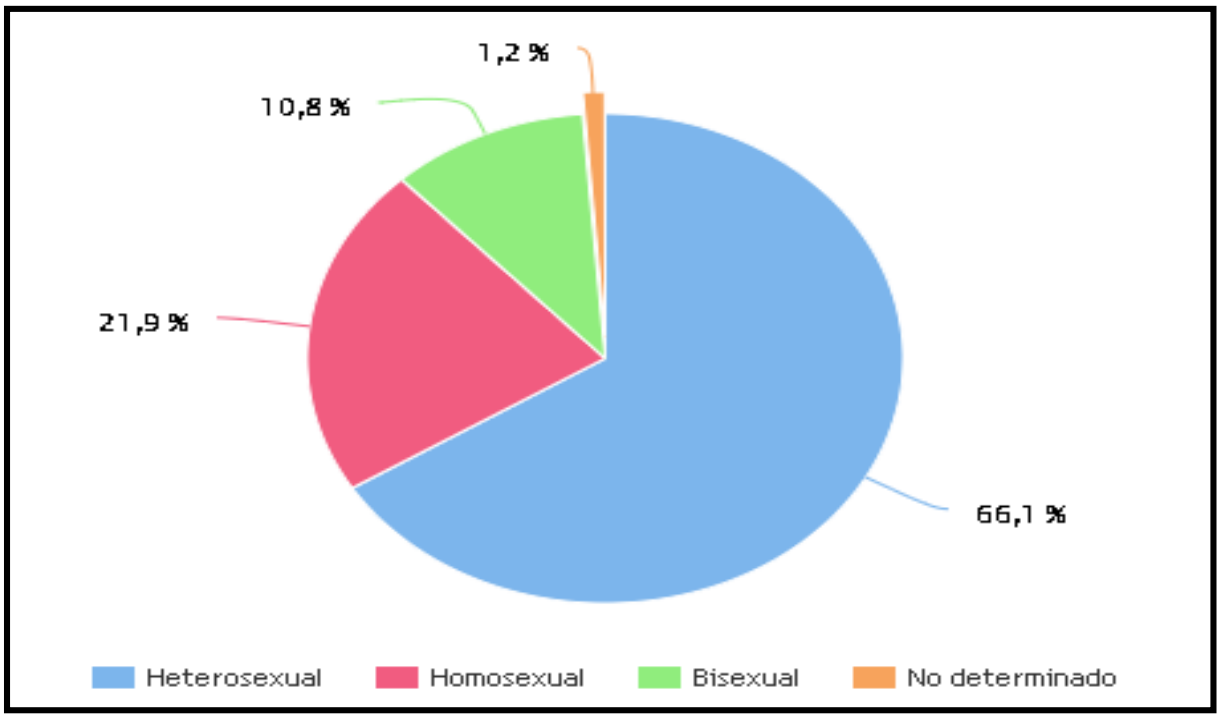
Gráfico N° 210 Región Loreto. Número de casos de infección por VIH por provincias. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

Los casos de Infección por VIH según antecedentes de relaciones sexuales en hombres, del 2020 - 2024 en la mayoría tuvieron relaciones sexuales heterosexuales (66.1%), seguido de relaciones sexuales Homosexual (21.9%), el 10.8% son bisexuales.

Gráfico N° 211 Región Loreto. Número de casos de infección por VIH en hombres y por antecedentes de relaciones sexuales. años: 2020- 2024



Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA-MINSA

4.3.4.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están causadas por pequeños virus, bacterias y parásitos, dependiendo de la enfermedad. Las personas que mantienen relaciones sexuales con una pareja infectada pueden contraer una infección de transmisión sexual (ETS). Pueden ser producto de más de treinta tipos de virus, bacterias y parásitos. Las más frecuentes son: la sífilis, la gonorrea, la clamidia, el Virus del Papiloma Humano (VPH), las hepatitis B y C, el VIH.

4.3.4.2.1 Sífilis Materna (SM) y Sífilis Congénita (SC)

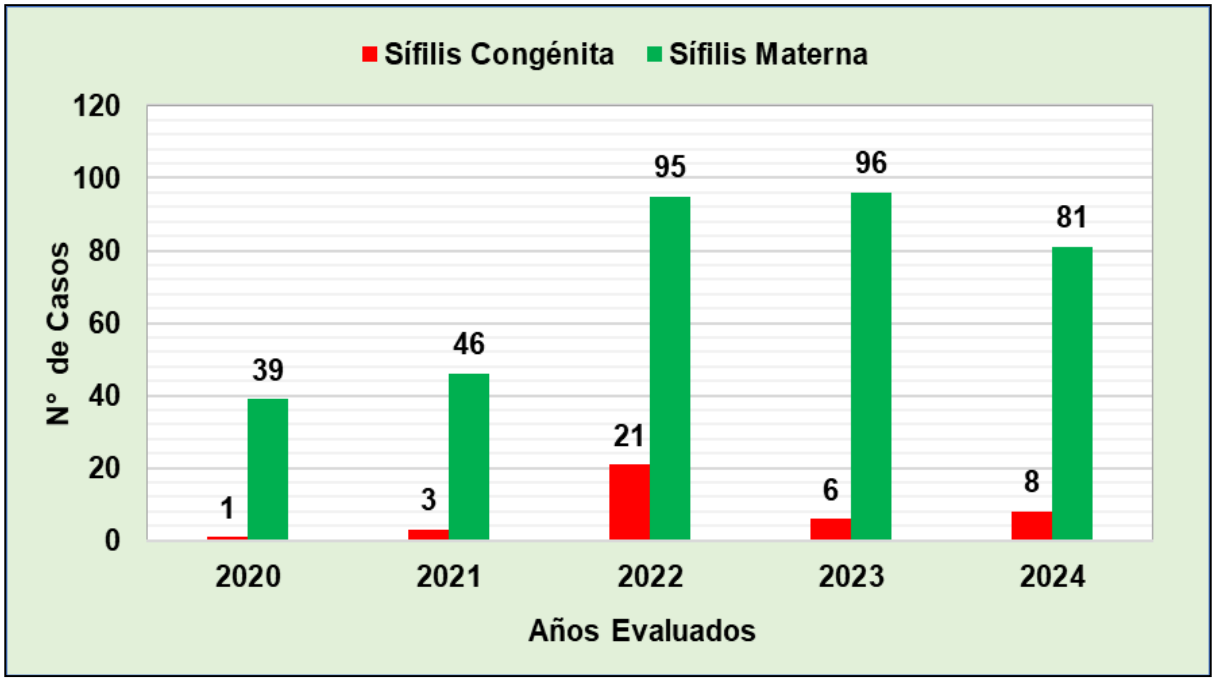
La sífilis materna es la infección causada por la bacteria Treponema Palladium que puede transmitirse de la madre al feto durante el embarazo, Esta transmisión puede causar sífilis congénita, que puede llevar a abortos, parto prematuro, muerte fetal, o graves problemas de salud en el bebé. La prevención se basa en la detección temprana durante el embarazo mediante exámenes prenatales y el tratamiento oportuno.

Desde el 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la sífilis en la Región. Estos compromisos se renovaron y ampliaron en el 2022 mediante la aprobación de las Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo

2022-2030, medida orientada a lograr que el sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS) dejen de constituir problemas de salud pública en la Región de las Américas. El Plan de acción amplía la iniciativa de ETMI (de ahí el nombre de "ETMI Plus") en tanto que aprovecha la plataforma de salud materno infantil para incluir la eliminación de otras enfermedades transmisibles prevenibles en la Región, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas.

En la Región Loreto, entre 2020 y 2024, se registraron aumentos en los casos de sífilis materna (de 39 a 81) y sífilis congénita (de 1 a 8, con un pico de 21 casos en 2022). Este incremento indica brechas en la vigilancia activa, el diagnóstico oportuno y la cobertura de tratamiento, especialmente en zonas rurales y fluviales donde la accesibilidad a los servicios de salud es limitada. Desde el enfoque epidemiológico, esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de búsqueda activa de gestantes, seguimiento de contactos sexuales, y supervisión del cumplimiento terapéutico, así como reforzar la articulación entre los programas de ITS/VIH, salud sexual y reproductiva y atención primaria, para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil en Loreto.

Gráfico N° 212 Región Loreto. Número de casos notificados de Sífilis Materna, y sífilis congénita por años. 2020 - 2024



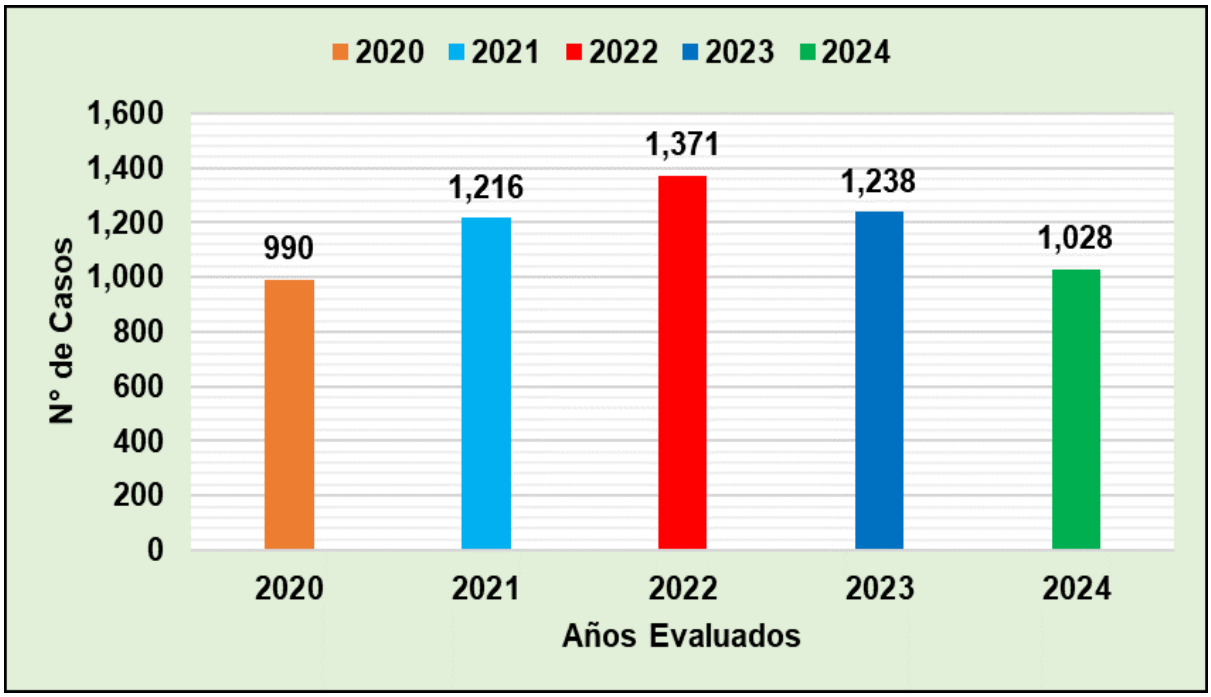
Fuente: GERESA LORETO: DECPC - Dirección de Epidemiología- Aplicativo de VIH-SIDA- MINSA

4.3.4.3 Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se transmite de persona a persona a través del aire. Los síntomas de la tuberculosis activa incluyen tos, dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. En las personas sanas, la infección no suele causar síntomas, porque el sistema inmunitario de la persona actúa para bloquear la bacteria. La región de Las Américas ha recuperado y superado la notificación de casos, en comparación con los niveles prepandemia; en 2023 se ha notificado la cifra de casos más alta desde que la OMS tiene registros de la región. Se estimó que el número de personas que fallecieron por tuberculosis en 2023 disminuyó en 5.4% comparado con el año previo; sin embargo, al comparar con la línea de base del 2015, se produjo un incremento del 44%.

En el Gráfico N°213 se muestra, el número total de casos de tuberculosis de los últimos 5 años, observando que, en el año 2022 se reportaron 1,371 casos de tuberculosis, la mayor cantidad de casos; En el año 2020 se reportó la menor cantidad de casos de tuberculosis (990)

Gráfico N° 213 Región Loreto. Número total de casos notificados de Tuberculosis en todas sus formas, según años: 2020- 2024



Fuente Aplicativo SiepiTBC- Dirección de epidemiologia- MINSA

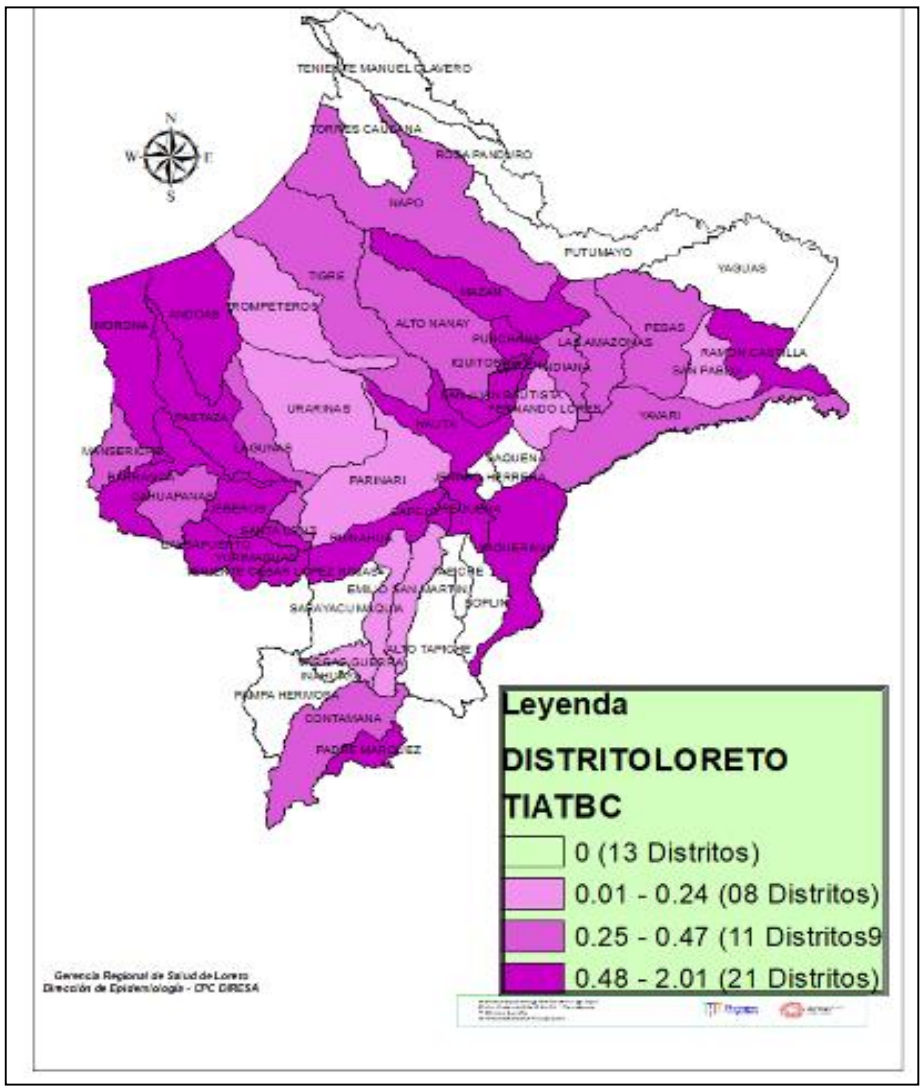
En la presente tabla se observa que, de los 5843 casos de tuberculosis que se reportaron por los subsectores entre los años 2020-2024, el 91.05% corresponde al Ministerio de Salud (MINSA), seguido por Essalud (6.81%), en menor proporción proceden de los Subsectores del INPE (0.05%) y de las FF. AA (0.2%), en el año 2022 la Policía Nacional del Perú (PNP), no reportó casos de tuberculosis.

Tabla N° 152 Región Loreto. Número y Porcentaje de Tuberculosis según Subsectores Reportantes. 2020-2024

Sub Sectores Reportantes	Año					Total general	%
	2020	2021	2022	2023	2024		
MINSA	892	1119	1246	1063	1000	5320	**91.05**
ESSALUD	97	97	121	55	28	398	6.81
Hospital FAP	0	0	1	0	0	1	0.02
Penintenciario	0	0	3	0	0	3	0.05
Total general	**990**	**1216**	**1371**	**1238**	**1028**	**5843**	**100.00**

Fuente Aplicativo SiepiTBC-Dirección de epidemiologia- MINSA

Mapa N° 15 Región Loreto. Tasa de incidencia de tuberculosis por distritos Región Loreto. 2024.



Fuente Aplicativo SiepiTBC-Dirección de epidemiologia- MINSA

En el aplicativo de SiEpi de la vigilancia epidemiologica para la tuberculosis se notificaron 933 casos de Tuberculosis, según el mapa de riesgo de tuberculosis total, los casos se concentran en: 21 distritos de alto riesgo, 11 distritos de mediano riesgo y 08 distritos de bajo riesgo. El Mapa de riesgo de tuberculosis con confirmación bacteriológica: Concentra sus 582 casos en 10 distritos de mediano riesgo.

Este patrón revela la presencia de zonas focales donde la tuberculosis tiene un impacto epidemiológico considerable, lo cual implica que las estrategias de control y prevención deben ser diferenciadas y priorizadas. En salud pública, el análisis geográfico permite identificar áreas que requieren intervenciones más intensivas, como búsqueda activa de casos, mayor acceso a diagnóstico rápido y fortalecimiento de la atención primaria, mientras que los distritos de menor incidencia demandan acciones sostenidas de vigilancia y prevención para evitar la reemergencia

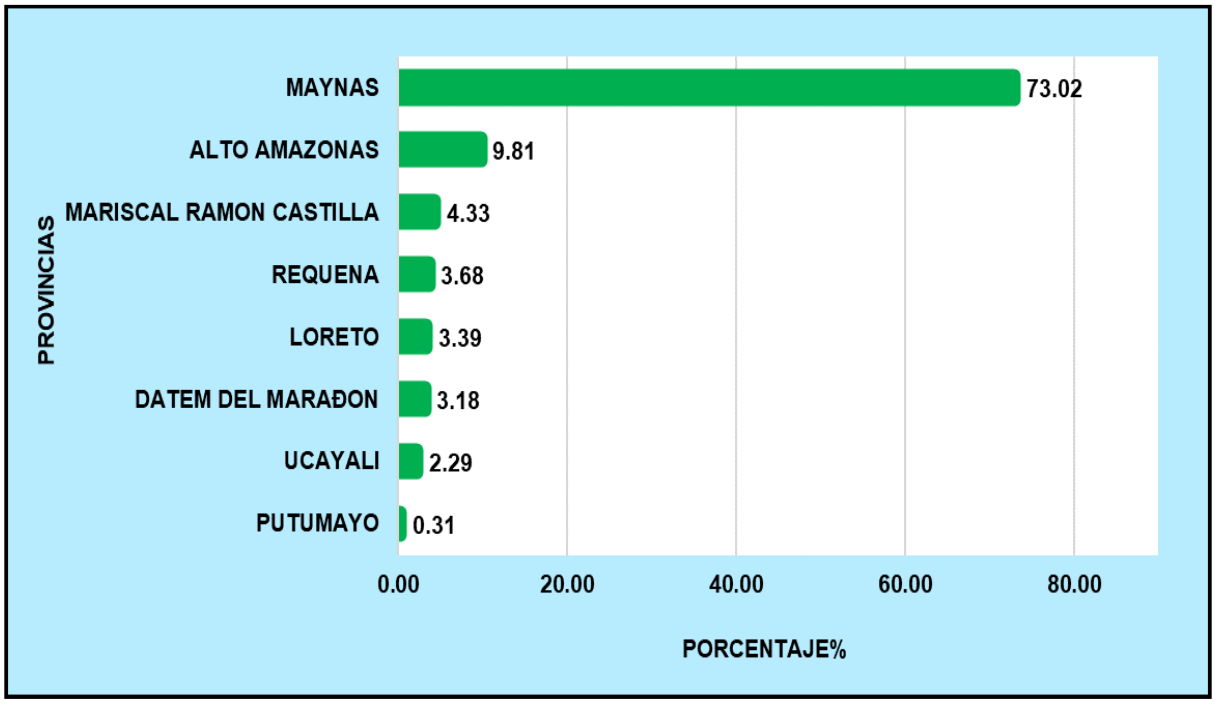
4.3.4.3.1 Tuberculosis por provincias

Durante el periodo 2020-2024, la distribución de los casos de tuberculosis en la región Loreto muestra una marcada concentración en la provincia de Maynas (73.0%), seguida por Alto Amazonas (9.8%) y Mariscal Ramón Castilla (4.3%), mientras que las provincias de Requena, Loreto, Datem del Marañón, Ucayali y Putumayo registraron porcentajes bajos, entre 0.3% y 3.7%.

Esta distribución refleja desigualdades territoriales y sociales asociadas a los determinantes sociales de la salud. En Maynas, donde se ubica la ciudad de Iquitos, el alto número de casos se vincula a la alta densidad poblacional, pobreza urbana, hacinamiento, desempleo y limitada adherencia al tratamiento, factores que facilitan la transmisión del bacilo tuberculoso. En Alto Amazonas y Mariscal Ramón Castilla, los casos se relacionan con condiciones de vida precarias, déficit en saneamiento básico y dificultades en la continuidad del tratamiento por barreras geográficas y económicas. En cambio, las provincias más rurales y dispersas, como Putumayo o Datem del Marañón, muestran menor notificación, lo que puede reflejar subregistro o baja detección de casos debido al difícil acceso a los servicios de salud y debilidad en la vigilancia epidemiológica.

En conjunto, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las intervenciones de control de la tuberculosis con enfoque territorial y de determinantes sociales, priorizando las zonas urbanas vulnerables y las comunidades rurales de difícil acceso. (Gráfico N°214)

Gráfico N° 214 Región Loreto. Porcentaje de Tuberculosis según distribución por Provincias. años: 2020- 2024



Fuente Aplicativo SiepiTBC-Dirección de epidemiologia- MINSA

4.3.4.3.2 Tipo de Tuberculosis

En la Tabla N° 153, se observa la tendencia de los casos de Tuberculosis con confirmación bacteriológica y sin confirmación bacteriológica, en el 2020 sufrió un descenso debido a la emergencia sanitaria, consecuencia de ello hubo una disminución de la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios por lo tanto la detección de casos disminuyó, por lo que a partir del 2021 se comenzó a incrementar los casos de tuberculosis extrapulmonar y TBC Mono resistente.

Tabla N° 153 Región Loreto. Porcentaje de Tuberculosis según distribución por Provincias. años: 2020- 2024

DIAGNOSTICOS	AÑO					Total general	%
	2020	2021	2022	2023	2024		
TBC PULMONAR C/CONF. BACTERIOL	572	726	818	723	639	3,478	59.52
TBC PULMONAR S/CONF. BACTERIOL	293	338	407	373	290	1,701	29.11
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	84	93	99	94	86	456	7.80
TBC MONORESISTENTE	6	15	28	16	8	73	1.25
TBC RECAIDA	7	17	7	10	4	45	0.77
TBC MULTIDROGORESISTENTE (TB M	19	16	5	5		45	0.77
TBC POLIRESISTENTE	5	5	3	6		19	0.33
TBC ABANDONO RECUPERADO	4	5	2	5	1	17	0.29
MENINGITIS TUBERCULOSIS EN < 5		1	2	4		7	0.12
TBC EXTENSAMENTE RESISTENTE				2		2	0.03
TOTAL	**990**	**1,216**	**1,371**	**1,238**	**1,028**	**5,843**	**100.00**

Fuente Aplicativo SiepiTBC-Dirección de epidemiologia- MINSA

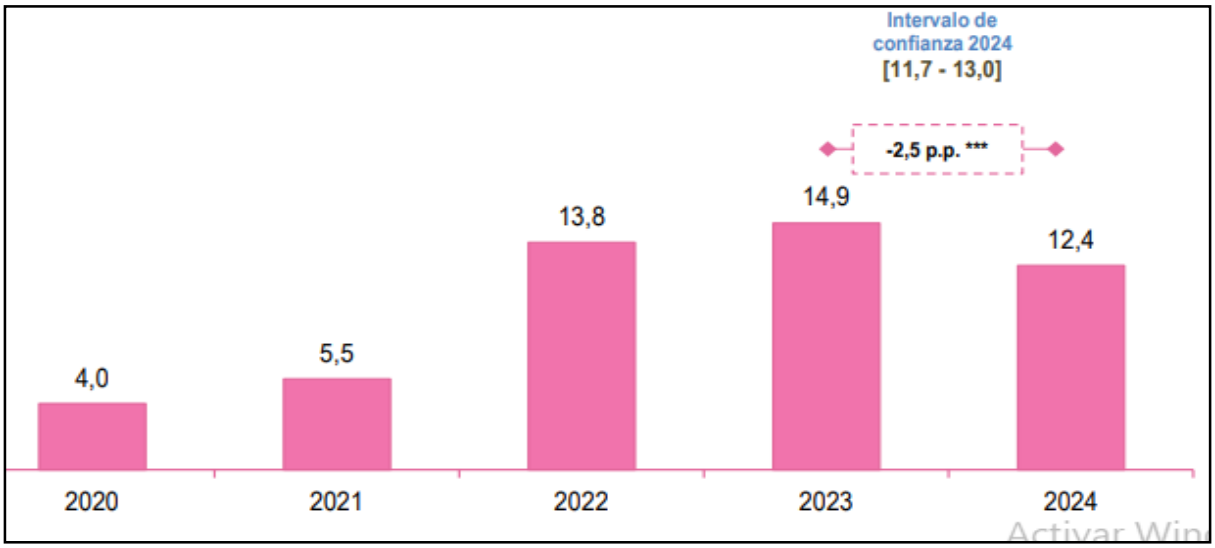
4.3.5 Enfermedades Infecciosas.

4.3.5.1 Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), en Niños Menores de 5 años:

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) en menores de 5 años son enfermedades comunes y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial. Son causadas por virus (en su mayoría) o bacterias, y los síntomas comunes incluyen tos, fiebre, secreción nasal y dolor de garganta.

Debido a su mortalidad y morbilidad, las infecciones respiratorias agudas siguen siendo en los países en desarrollo y en el caso específico del Perú, un problema de salud que afecta principalmente a niños menores de cinco años, y a los adultos mayores. Según ENDES el porcentaje de niños menores de cinco años de edad con Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en las dos semanas precedentes a la Encuesta fue de 12,4% en el 2024.

Gráfico N° 215 Región Loreto. prevalencia de Infecciones Respiratorias agudas (ira) en niños menores de cinco años, 2020 - 2024 (Porcentaje)



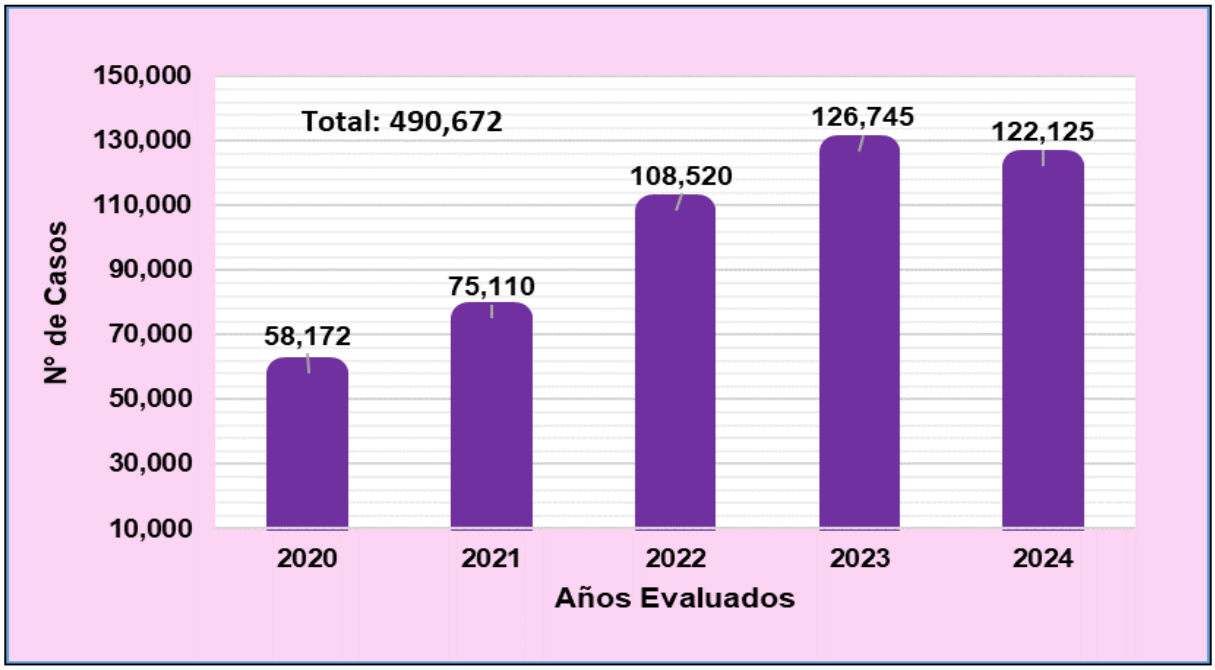
Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.5.1.1 IRAS No Neumonía

Entre los años 2020 y 2024, los episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) no neumónicas en niños menores de 5 años en la región Loreto mostraron una tendencia ascendente sostenida, pasando de 58,172 casos en 2020 a un pico de 126,745 en 2023, con una ligera disminución en 2024 (122,125 casos). Este incremento refleja una alta carga de morbilidad infantil vinculada a factores climáticos, ambientales y sociales característicos de la región.

Desde un enfoque de salud pública, el aumento de IRAS en Loreto puede explicarse por la alta humedad, deficiencias en saneamiento básico, hacinamiento en viviendas y limitada cobertura de servicios de salud, especialmente en zonas rurales y fluviales. Además, la disminución observada en 2024 podría asociarse a acciones de control y fortalecimiento del primer nivel de atención, así como al retorno progresivo a la atención regular postpandemia. Este comportamiento demanda mantener una vigilancia epidemiológica activa, intervenciones preventivas integrales y campañas educativas sobre higiene, vacunación y cuidados respiratorios en la población infantil.

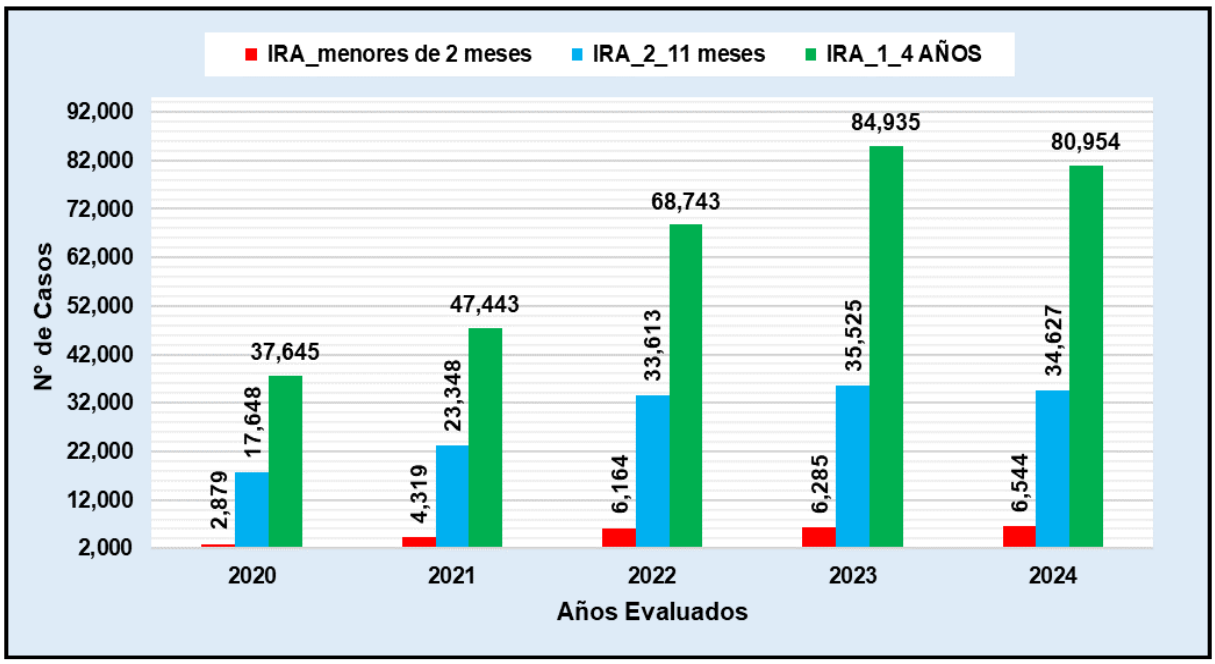
Gráfico N° 216 Región Loreto. Total, episodios de IRAS No Neumonías en niños y niñas Menores de 5 años. 2020-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familia

En el Gráfico N° 217, se observa que, el grupo etáreo más afectado en los años 2020 al 2024 de los episodios de IRAS No neumonías, se encuentra en los niños de 1 a 4 años, seguida de los niños de 2 m a 11 meses y finalmente los niños menores de 2 meses de edad.

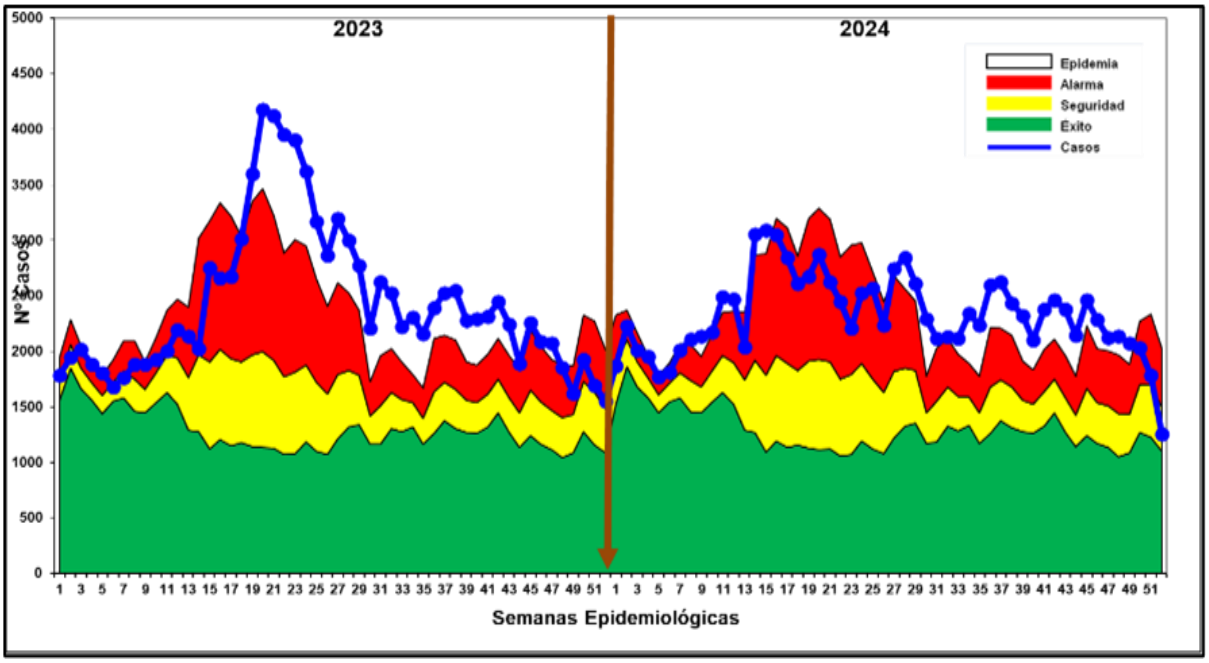
Gráfico N° 217 Región Loreto. Total, episodios de IRAS No Neumonías en niños y niñas Menores de 5 años. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Según el Canal endémico de las IRAS No neumonías, en el 2024 los casos se ubicaron en zona de Alarma en la primera mitad del año y en la segunda mitad se ubicó en zona de Alarma, para regresar a zona de Alarma en las últimas 3 semanas del año. Un comportamiento similar se presentó el año 2023.

Gráfico N° 218 Región Loreto. Canal Endémico de episodios por Infecciones Respiratoria Agudas No Neumonías, en menores de 05 años, reportados en la región Loreto. Años 2024 (SE :1-52)

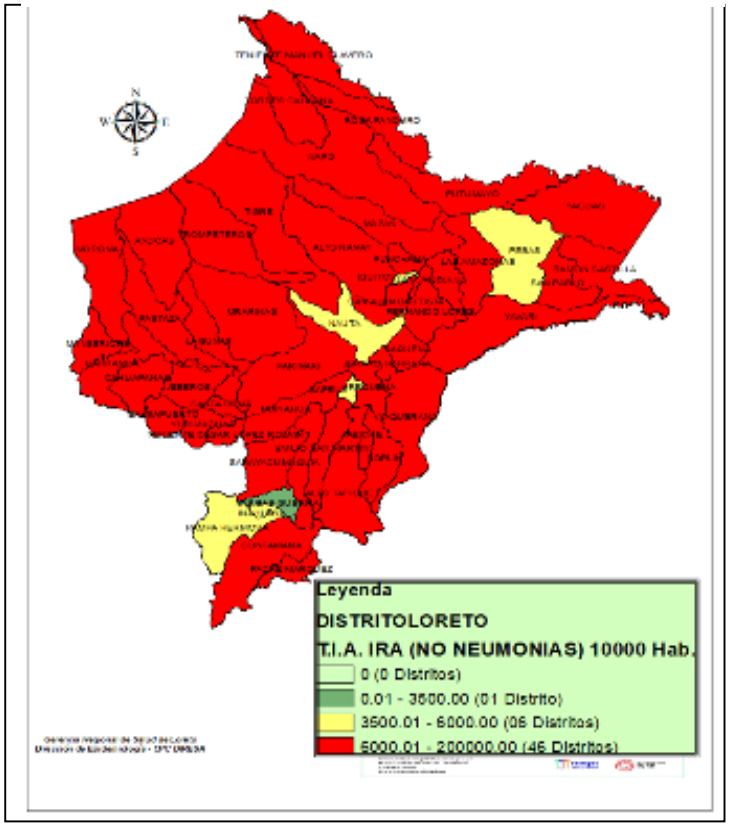


Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

El mapa de riesgo por distritos para infecciones respiratorias agudas no neumonía en niños menores de 5 años, periodo 2020-2024, revela una marcada concentración de casos en Loreto. El gráfico segmenta la incidencia en tres niveles por cada 10,000 habitantes: baja (0.01-3500.00), media (3500.01-6000.00) y alta (6000.01-200,000.00). Destaca que solo 1 distrito se encuentra en el rango bajo, mientras que 6 distritos presentan riesgo medio, y la mayoría (46 distritos) se ubican en el rango alto, lo que evidencia una distribución ampliamente extendida del problema en la región.

Esta información sugiere que las IRAs no neumonía siguen siendo un problema de salud pública prioritario en Loreto, afectando especialmente a los menores de 5 años y requiriendo acciones focalizadas donde se observa mayor concentración. La magnitud y alcance evidenciados refuerzan la necesidad de fortalecer las actividades de vigilancia y atención en los distritos con riesgo elevado.

Mapa N° 16 Región Loreto. IRAS No Neumonía en Niños menores de 5 años - 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología-2024

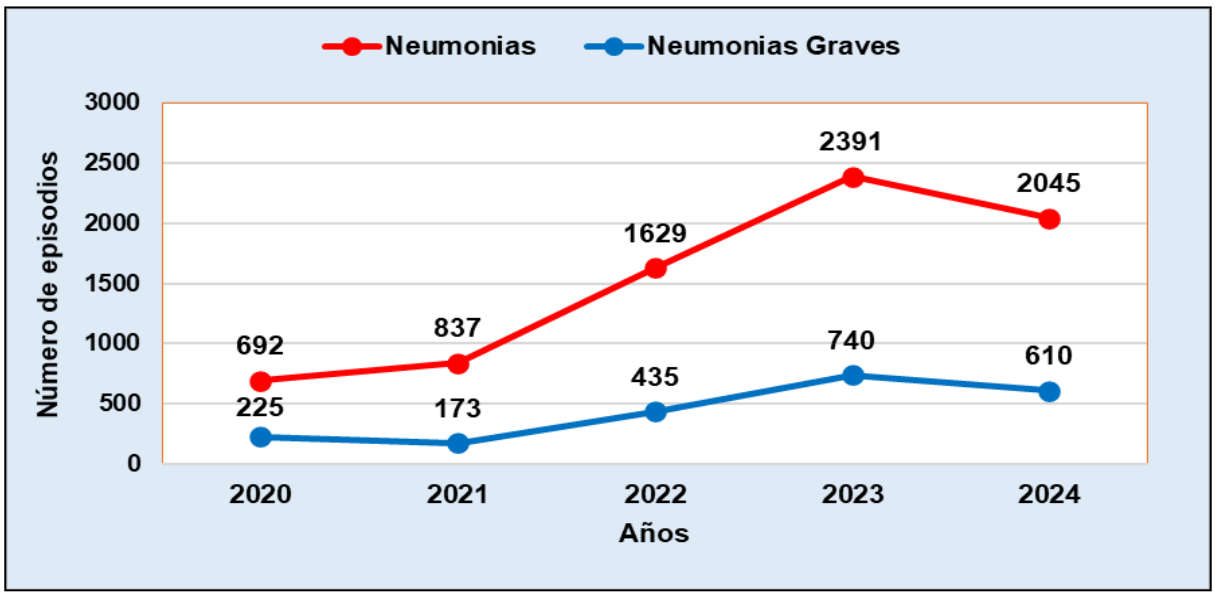
4.3.5.1.2 IRAS Neumonías

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) son un grupo de enfermedades causadas por virus, bacterias y hongos, siendo la forma grave, la neumonía que es la causa principal de muerte de niños y adultos mayores en todo el mundo.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo edad. Los agentes etiológicos principales son: *Streptococcus pneumoniae:* la causa más común de neumonía bacteriana en niños; el Haemophilus influenza de tipo b (Hib): la segunda causa más común de neumonía bacteriana; y el virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más frecuente de neumonía vírica sobre todo en los niños más pequeños.

Gráfico N° 219, muestra la tendencia de las IRAs Neumonías en menores 5 años (2020-2024), se clasifican según el sistema de epidemiologia en Neumonías y Neumonías Graves; La tendencia de las neumonías aumentaron a partir de la pandemia reportándose 692 casos en el 2020 y 837 en el 2021, para luego incrementarse en el 2022 a 1,629 casos y 2391 casos en el 2023 y un posterior descenso a 2 045 casos en el 2024. Las Neumonías graves siguieron la misma tendencia, con 225 casos en el 2020, 173 casos en el 2021 e incremento a 740 casos en el 2023 y 435 casos en el 2024.

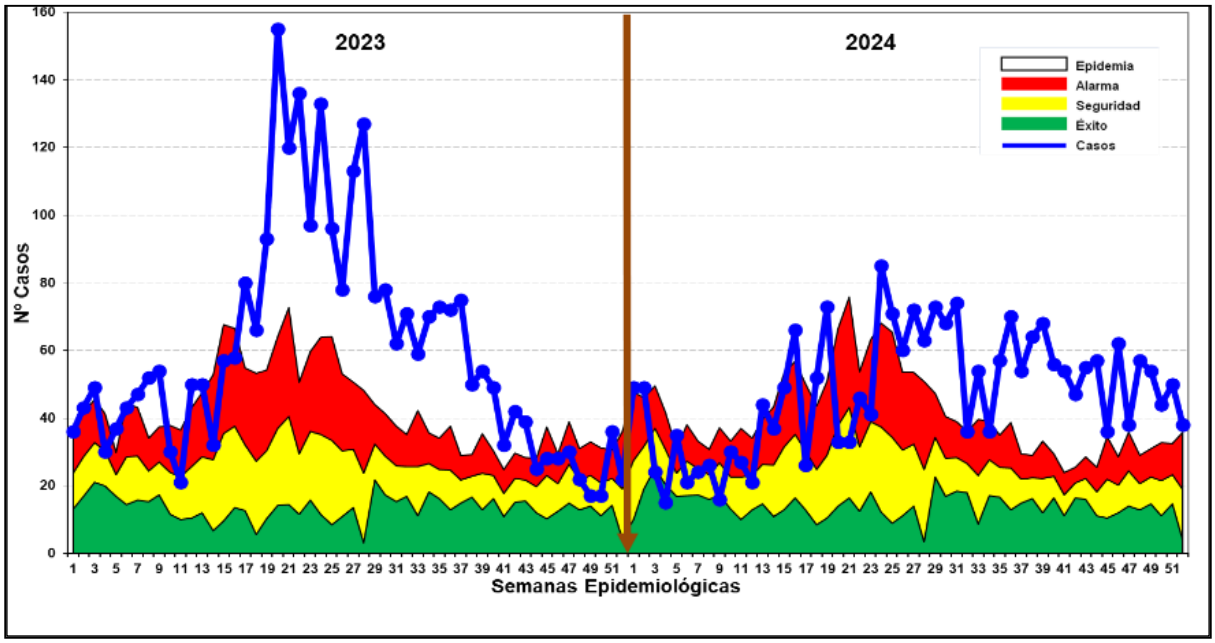
Gráfico N° 219 Región Loreto. Total, episodios de IRAS Neumonías en niños y niñas Menores de 5 años, según tipo de neumonías. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En el año 2024, se han registrado 2,490 episodios total de Neumonía; 1,912 (76.8%) son episodios de Neumonía y 578 (23.2%) son episodios de Neumonía Grave. Según el Canal Endémico, durante el año 2023 los casos de Neumonía se ubicaron en la mayoría de las semanas en zona de EPIDEMIA. Para el 2024 desde la SE 25 los casos se mantuvieron en su mayoría en zona de Epidemia; según el mapa de riesgo 03 distritos se ubican como de alto riesgo (Andoas, Trompeteros y Teniente Manuel Clavero). (Gráfico N° 220)

Gráfico N° 220 Región Loreto. Canal Endémico de atenciones por IRAS Neumonías en menores de 05 años. Años 2023 (SE :1-52) - 2024 (SE: 52)



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.5.1.3 Defunciones por IRAS

En la Tabla N° 154, entre los años 2020 al 2024, se reportaron 129 defunciones en niños menores de 5 años, 55.81% son intrahospitalarias y el 44.19% extrahospitalarias, las edades con mayor porcentaje fueron los niños menores de 2 meses en las extrahospitalarias (29.46%) y en las intrahospitalarias de 2 a 11 meses (34.88%). En el 2022 ocurrieron 36 defunciones, 34 en el 2023 y 32 en el año 2024.

Tabla N° 154 Región Loreto. Total, de Defunciones Intra y Extra hospitalarias de IRAS en Niñ@s Menores de 5 años. 2020-2024

Defunciones	AÑO					Total	%
	2020	2021	2022	2023	2024		
Defunciones extrahospitalaria 1- 4 años	0	1	1	2	4	8	**6.20**
Defunciones extrahospitalaria 2 a 11 meses	1	0	6	2	2	11	**8.53**
Defunciones extrahospitalaria menores de 2 meses	5	4	10	10	9	38	**29.46**
Defunciones extrahospitalaria	**6**	**5**	**17**	**14**	**15**	**57**	**44.19**
Defunciones Intrahospitalaria de 1 a 4 años	3	1	6	2	6	18	**13.95**
Defunciones Intrahospitalaria de 2 a 11 meses	4	7	11	16	7	45	**34.88**
Defunciones Intrahospitalaria menores 2 meses	0	1	2	2	4	9	**6.98**
Defunciones Intrahospitalaria	**7**	**9**	**19**	**20**	**17**	72	**55.81**
Total en General	**13**	**14**	**36**	**34**	**32**	**129**	**100.00**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En el año 2024, la región Loreto registró un total de 32 defunciones por neumonía en niños menores de 5 años, tanto intra como extrahospitalarias, distribuidas en diversas provincias y distritos. Las provincias con mayor número de fallecimientos fueron Alto Amazonas (9 casos, 28.1%), concentrados en Yurimaguas y Lagunas, y Datem del Marañón (8 casos, 25%), principalmente en Andoas y Barranca. Los distritos de San Pablo (Mariscal Ramón Castilla) e Iquitos (Maynas) también reportaron cifras importantes, con 3 casos cada uno (9.4%).

Desde un enfoque de salud pública, estas defunciones reflejan la persistente vulnerabilidad infantil ante enfermedades respiratorias agudas en zonas rurales y de difícil acceso de Loreto, donde existen limitaciones en la atención oportuna, escasa cobertura de servicios de salud, y condiciones ambientales adversas (alta humedad, lluvias constantes y viviendas precarias). La ocurrencia de muertes extrahospitalarias (46.8%) evidencia demoras en la búsqueda de atención y posibles fallas en la referencia o vigilancia comunitaria, lo que subraya la necesidad de fortalecer la detección temprana, vacunación antineumocócica o para hemophilus e intervenciones de promoción y prevención dirigidas a las familias con niños menores de cinco años.

Tabla N° 155 Región Loreto. Defunciones por Total de Neumonías (Intra y Extra Hospitalaria) en niños menores de 5 años, por Provincias y Distritos. 2024

Provincias	Distritos	Defunciones Intra hospitalaria			Defunciones Extra hospitalaria			Total General	%
		1-4Años	2_11meses	menores de 2 meses	1-4Años	2-11meses	Menores 2 meses		
Alto Amazonas	Balsapuerto	0	0	1	0	0	0	1	3.13
	Jeberos	0	1	0	0	0	0	1	3.13
	Lagunas	0	1	0	1	0	0	2	6.25
	Teniente Cesar López	0	0	0	0	1	0	1	3.13
	Yurimaguas	3	0	1	0	1	0	5	15.63
Datem del Datem del Marañón	Andoas	0	0	0	1	3	1	5	15.63
	Barranca	0	0	0	0	2	0	2	6.25
	Cahuapanas	0	0	0	0	1	0	1	3.13
Castilla	San Pablo	1	2	0	0	0	0	3	9.38
Maynas	Fernando Lores	0	0	0	0	0	1	1	3.13
	Indiana	0	0	0	0	0	0	0	0.00
	Iquitos	0	1	1	1	0	0	3	9.38
	Mazán	0	1	0	0	0	0	1	3.13
	Napo	0	1	0	1	0	0	2	6.25
	San Juan Bautista	1	0	0	0	0	0	1	3.13
	Torres Causana	0	0	1	0	0	0	1	3.13
Requena	Requena	1	0	0	0	0	0	1	3.13
Ucayali	Vargas Guerra	0	0	0	0	1	0	1	3.13
Total		**6**	**7**	**4**	**4**	**9**	**2**	**32**	**100.00**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.5.1.3.1 Defunciones Intra y Extrahospitalarias

Entre los años 2020 y 2024, la vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en la región Loreto muestra una tendencia ascendente en los niños menores de 5 años, pasando de 59,149 episodios en 2020 a 126,026 en 2024, lo que refleja un aumento sostenido de la morbilidad respiratoria infantil, con una razón de 11,193.6 por cada 10 mil habitantes en 2024. Las neumonías en este grupo etario también se incrementaron, aunque con fluctuaciones, y la letalidad se mantuvo baja (1.3%), pese al incremento de casos y hospitalizaciones. En los adultos mayores de 60 años, las neumonías aumentaron significativamente de 372 casos en 2020 a 2,342 en 2024, elevando su razón de 44.2 a 243.9 por 10 mil habitantes, lo que evidencia un mayor riesgo en esta población vulnerable. Si bien la letalidad en mayores de 60 años mostró una ligera reducción (de 3.49% en 2020 a 2.39% en 2024), la mortalidad aumentó, reflejando la gravedad del impacto respiratorio en este grupo. En conjunto, los indicadores sugieren la necesidad de fortalecer la prevención, vacunación y detección temprana de IRAs y neumonías, especialmente en niños y adultos mayores, frente a factores climáticos y socioambientales característicos de Loreto.

Tabla N° 156 Región Loreto. Indicadores de la Vigilancia de IRAS en niños menores de 5 años y personas de 60 años a más de edad. 2020-2024

iNDICADORES	2019	2020	2021	2022	2023	2024
IRAS MENORES DE 5 AÑOS	101,956	59,149	76,157	110,744	130,033	126,026
Razón (x 10 mil Hab.)	9695.69	4732.87	6260.13	9113.91	11016.57	11193.65
SOB.ASMA	12,393	6,860	6,857	8,153	8,230	10,417
Razón (x 10 mil Hab.)	1178.53	548.91	563.65	670.97	697.26	925.24
NEUMONIAS MENORES DE 5 AÑOS	2,019	920	1,013	2,079	3,143	2,702
Razón (x 10 mil Hab.)	192	73.61	83.27	171.1	266.28	239.99
Hospitalizaciones	452	186	181	440	701	458
Tasa de hospitalización (%)	22.39	20.22	17.87	21.16	22.3	16.95
Defunciones	19	14	14	37	37	35
Letalidad (%)	0.94	1.52	1.38	1.78	1.18	1.3
Mortalidad (x 10 mil Hab.)	1.81	1.12	1.15	3.04	3.13	3.11
NEUMONIAS NE MAYORES DE 60 AÑOS	506	372	641	1,011	1,948	2,342
Razón (x 10 mil Hab.)	61.27	44.21	72.55	109.66	199.1	243.86
Hospitalizaciones	215	100	70	251	204	432
Tasa de hospitalización (%)	42.49	26.88	10.92	24.83	10.47	18.45
Defunciones	15	13	25	92	38	56
Letalidad (%)	2.96	3.49	3.9	9.1	1.95	2.39
Mortalidad (x 10 mil Hab.)	1.82	1.55	2.83	9.98	3.88	5.83

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

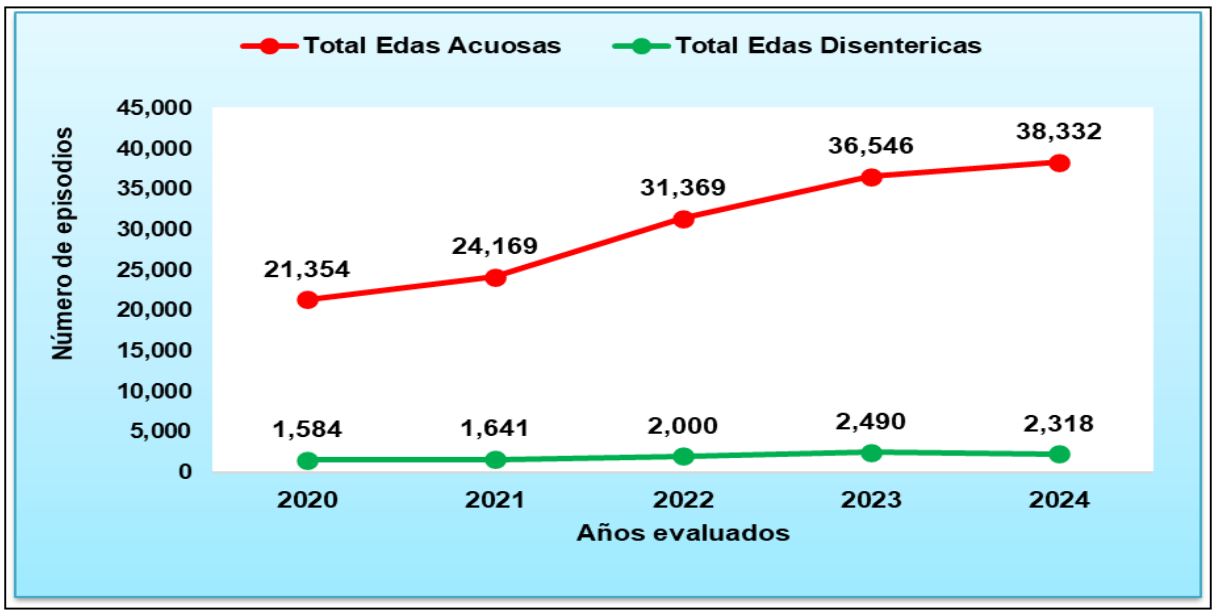
4.3.5.2 Enfermedades Diarreicas Agudas en niños menores de 5 años (EDA)

La EDA es una enfermedad infecciosa producida por virus, bacterias, hogos o parásitos, que afecta principalmente a niñas y niños menores de cinco años. Se presenta como deposiciones de tres a más veces al día, de heces sueltas o líquidas que pueden ir acompañadas de vómito o fiebre, según el tipo de EDA.

La organización mundial de la salud (OMS) define la diarrea aguda como la evacuación de tres o más deposiciones blandas o líquidas por día, durante 3 o más días y menos de 14 días junto con una disminución de la consistencia habitual.

En el Gráfico N° 221, se observa que, entre el periodo 2020 al 2024, y según el sistema de vigilancia epidemiológica, los episodios de EDAS Acuosas pasaron de 21,354 episodios en el 2020 a 38,332 en el 2024 en niños menores de 5 años, mientras que las EDAs disentéricas pasaron de 1,584 episodios en el 2020 a 2,318 en el año 2024 en el mismo grupo de edad.

Gráfico N° 221 Región Loreto. Número de episodios de EDAs Acuosas y EDAs Disentéricas en niños menores de 5 años. 2020 - 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Al evaluar los indicadores de la Vigilancia de las EDAs en niños menores de 5 años, observamos que, la Razón que se presentó en el año 2020 fue 183.76 episodios x 1,000 niños menores de 5 años, mientras la Razón en mayores de 5 años fue menor (43.35 x 1,000). Los años con mayor número de defunciones fueron en el año 2023 y 2024, presentándose las mayores tasas de letalidad y mortalidad que, en el resto de los años evaluados.

Tabla N° 157 Región Loreto. Indicadores de la Vigilancia de EDAs en niños menores de 5 años y mayores de 5 años de edad. 2020-2024

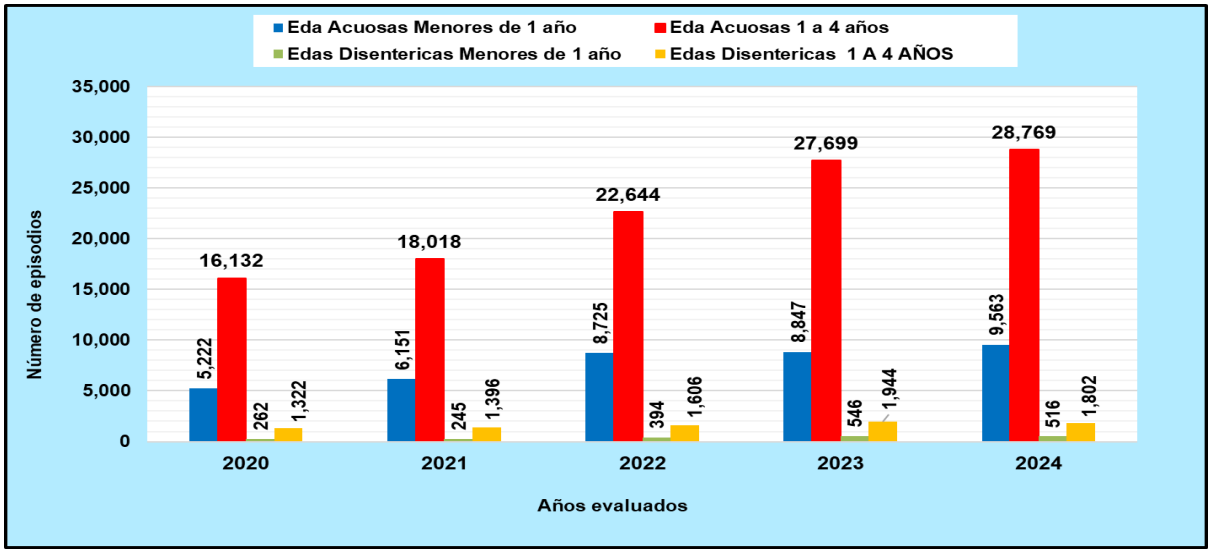
Indicadores	2020	2021	2022	2023	2024
Edas en menores de 5 años	**22,966**	**25,830**	**33,408**	**39,098**	**41,003**
Razón (x 1000 Hab.)	183.76	212.32	274.94	331.24	364.19
Hospitalizaciones	50	31	71	148	270
Tasa de hospitalización (%)	0.22	0.12	0.21	0.38	0.66
Defunciones	2	2	2	20	20
Letalidad (%)	0.0087	0.0077	0.006	0.0512	0.0488
Mortalidad (x 100 mil Hab.)	1.6	1.64	1.65	16.94	17.76
Edas en mayores de 5 años	**44,564**	**48,153**	**68,050**	**86,467**	**98,935**
Razón (x 1000 Hab.)	43.37	46.35	65.06	81.39	94.54
Hospitalizaciones	111	49	130	247	434
Tasa de hospitalización (%)	0.25	0.1	0.19	0.29	0.44
Defunciones	5	2	4	26	24
Letalidad (%)	0.0112	0.0042	0.0059	0.0301	0.0243
Mortalidad (x 100 mil Hab.)	0.49	0.19	0.38	2.45	2.29

Fuente: MINSA. Centro Nacional de Epidemiologia-Sala Situacional.

Entre los años 2020 y 2024, los episodios de diarreas en niños menores de 5 años en la región Loreto mostraron un incremento sostenido, para los casos de diarreas acuosas y diarreas disentéricas entre el 2020 y 2024; pero también aumentaron las hospitalizaciones de EDAs acuosas den menores de 5 años desde 50 en el 2020 a 270 en el 2024 del mismo modo que lo hizo el grupo de niños mayores de 5 años que pasaron de 111 en el 2020 a 434 en el 2024. Esta tendencia evidencia una persistencia de enfermedades diarreicas agudas

asociadas a factores como la deficiente calidad del agua, saneamiento básico insuficiente y malas prácticas de higiene, lo que resalta la importancia de fortalecer las intervenciones de prevención y control en la población infantil.

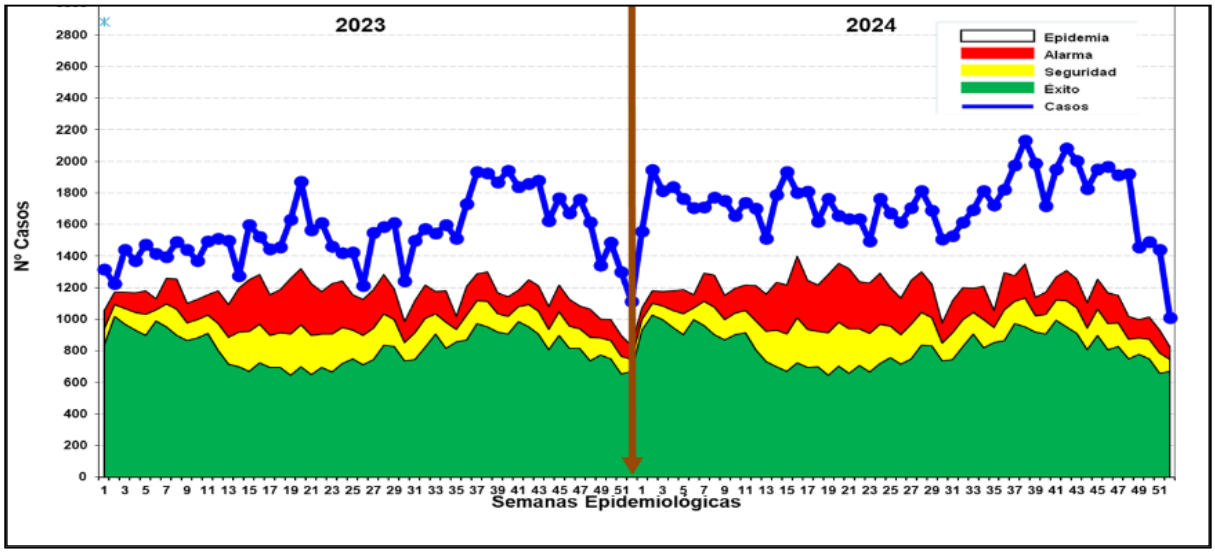
Gráfico N° 222 Región Loreto. Número de episodios de diarreas en niños menores de 5 años por tipo de diarreas y Grupo Etáreo. 2020 - 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

El
Gráfico N° 223, nos muestra que, en el canal endémico el mantenimiento de los casos de EDAs acuosas en zona epidémica durante 2023 y 2024 en la región Loreto representa una señal de alerta importante para la salud pública local. Cuando los registros superan consistentemente el umbral epidémico, se indica que los factores de riesgo estructurales y ambientales persisten sin control efectivo, lo cual puede estar relacionado con problemas como el acceso limitado a agua potable, saneamiento deficiente, o fallas en las campañas de prevención.

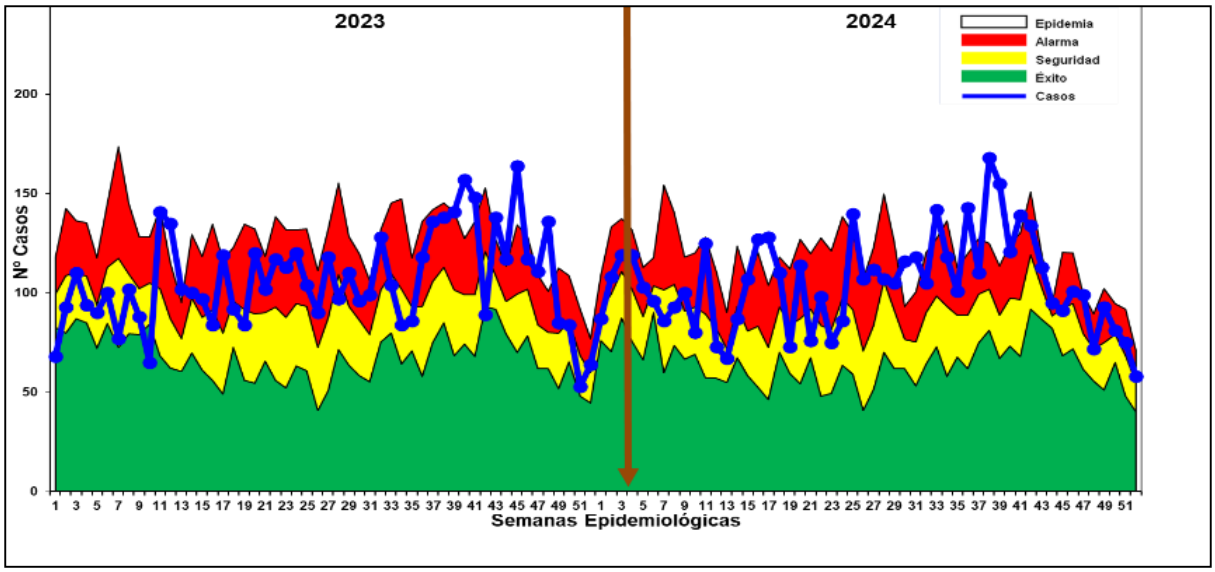
Gráfico N° 223 Región Loreto. Canal Endémico de atenciones por EDAs Acuosas en niños < 5 años. 2023 (SE :1-52) - 2024 (SE: 52).



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Esta situación demanda la implementación inmediata de estrategias integrales de intervención, que incluyan no solo la vigilancia epidemiológica reforzada, sino también acciones concretas en mejora de infraestructura sanitaria, educación comunitaria y fortalecimiento de las capacidades de respuesta en los servicios de salud. Cuando varias áreas se mantienen en zona epidémica, el reto va más allá del control de brotes: implica enfrentar causas sistémicas y trabajar de manera multisectorial para reducir la exposición de niños pequeños, priorizando barrios vulnerables y coordinando esfuerzos con los gobiernos locales y entidades de agua y saneamiento.

Gráfico N° 224 Región Loreto. Canal Endémico de atenciones por EDAs Disentéricas en niños < 5 años. 2023 (SE :1-52) - 2024 (SE: 52)



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

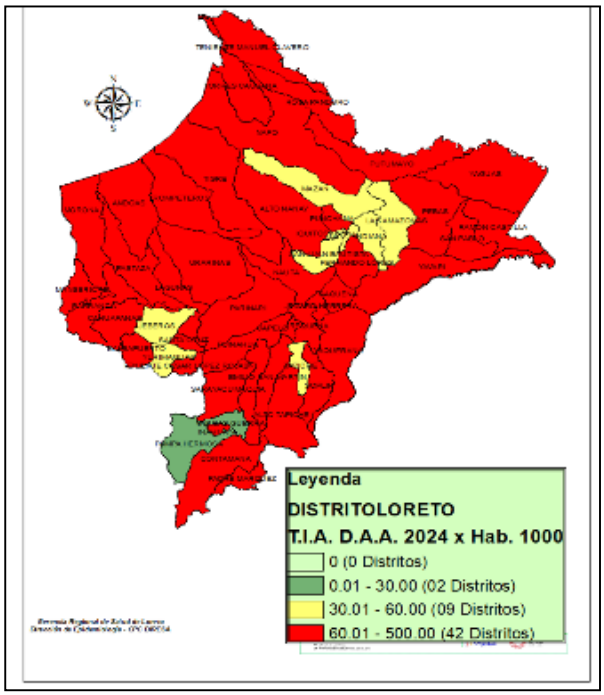
En el año 2024, se han notificado 5,456 atenciones por Diarrea Disentérica, de los cuales 460 (8.4%) atenciones corresponde a <1 año, 1,621 (29.7%) atenciones de 1 a 4 años, 3,375 atenciones de 5 años a más (61.9%). en el año 2023 y 2024 el comportamiento del Canal Endémico, son similares en ambos años, se encuentran en forma cíclica entre la zona de ALARMA Y SEGURIDAD**.**

En los mapas de riesgo N°17 y Mapa N°18, los episodios de diarreas acuosas y disentéricas 2024, se observan que, hay 42 distritos de EDAS acuosas y 08 distritos de EDAS disentéricas de muy alto riesgo

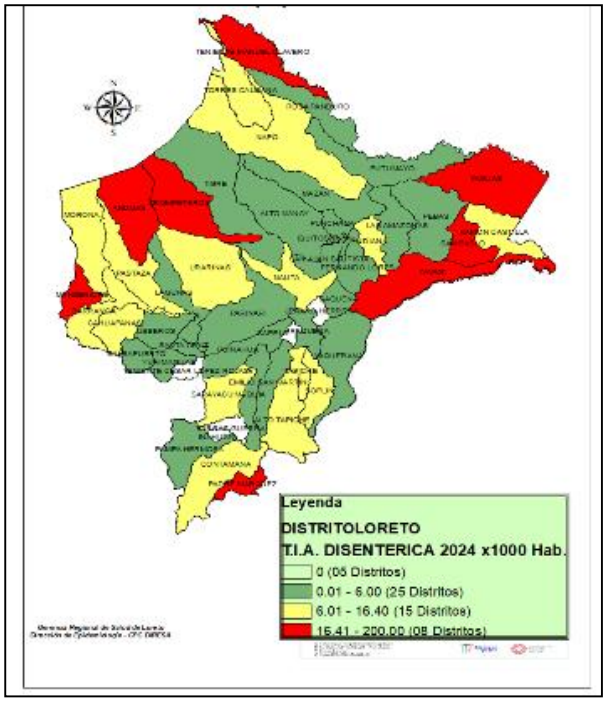
Durante 5 años analizados 2020 al 2024, se han notificado 40 defunciones por EDAS acuosas (36) y disentéricas (4), las defunciones por EDAS Acuosas fueron mayores en niños de 1 a 4 años, en el 2023 reportaron en total 19 defunciones por EDAS Acuosas, en relación de EDAS disentéricas durante los años 2023 y 2024, se notificaron 2 defunciones.

.

Mapa N° 17 Región Loreto. TIA de episodios de EDAS Acuosas por distritos. 2024



Mapa N° 18 Región Loreto. TIA de episodios de EDAS Disentéricas por distritos. 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Tabla N° 158 Región Loreto Número de defunciones de EDAS Acuosas y Disentéricas en niños menores de 5 años según Tipo de diarreas, grupo de edades. 2020-2024

Defunciones EDAS	AÑO					Total general
	2020	2021	2022	2023	2024	
Edas Acuosas menores de 1 año	1	1	0	7	6	15
Edas Acuosas de 1 a 4 año	1	1	2	12	5	21
Sub Total Edas	**2**	**2**	**2**	**19**	**11**	**36**
Edas Disenterica menores de 1 año	0	0	0	0	2	2
Eda disenterica de 1 a 4 años	0	0	0	1	1	2
Sub.Total de Disentérica	**0**	**0**	**0**	**1**	**3**	**4**
Total	**2**	**2**	**2**	**20**	**14**	**40**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.6 Enfermedades Crónicas y No Transmisibles

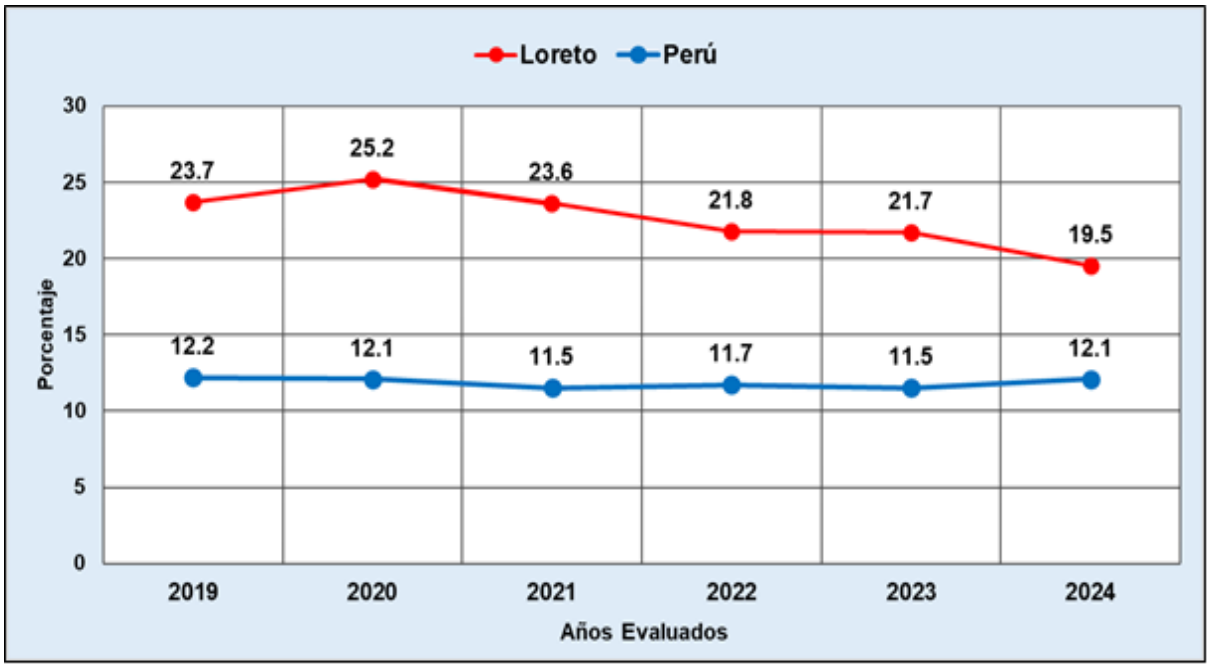
Las enfermedades crónicas y no transmisibles (ECNT) constituyen un importante problema de salud pública, dado su impacto en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la población. Estas enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos respiratorios crónicos se relacionan con factores de riesgo modificables como la mala alimentación, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol. En la región Loreto, su incremento progresivo representa un desafío para el sistema sanitario, que debe fortalecer la prevención, detección temprana y el control integral de estas afecciones.

4.3.6.1 Desnutrición Crónica Infantil (DCI).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición crónica infantil refleja una carencia sostenida de nutrientes esenciales, lo cual incrementa el riesgo de enfermedades y afecta significativamente el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño. Entre los determinantes inmediatos de esta condición se identifican el acceso limitado a una alimentación adecuada, prácticas de cuidado y nutrición inadecuadas, deficiencias en el acceso a servicios de agua segura y saneamiento, así como la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud.

Entre los años 2019 y 2024, la región Loreto muestra una disminución progresiva de la desnutrición crónica infantil, pasando de 23.7% a 19.5%, lo que evidencia una ligera mejora en el estado nutricional de los niños menores de cinco años. Sin embargo, estos valores continúan siendo considerablemente superiores al promedio nacional, que se mantiene alrededor del 11–12%, reflejando una brecha persistente entre Loreto y el resto del país. Desde el enfoque de salud pública, esta situación revela la influencia de determinantes sociales y estructurales como la pobreza, el limitado acceso a servicios de salud, agua segura y alimentación adecuada, factores que demandan fortalecer las intervenciones multisectoriales orientadas a reducir la malnutrición infantil en la región.

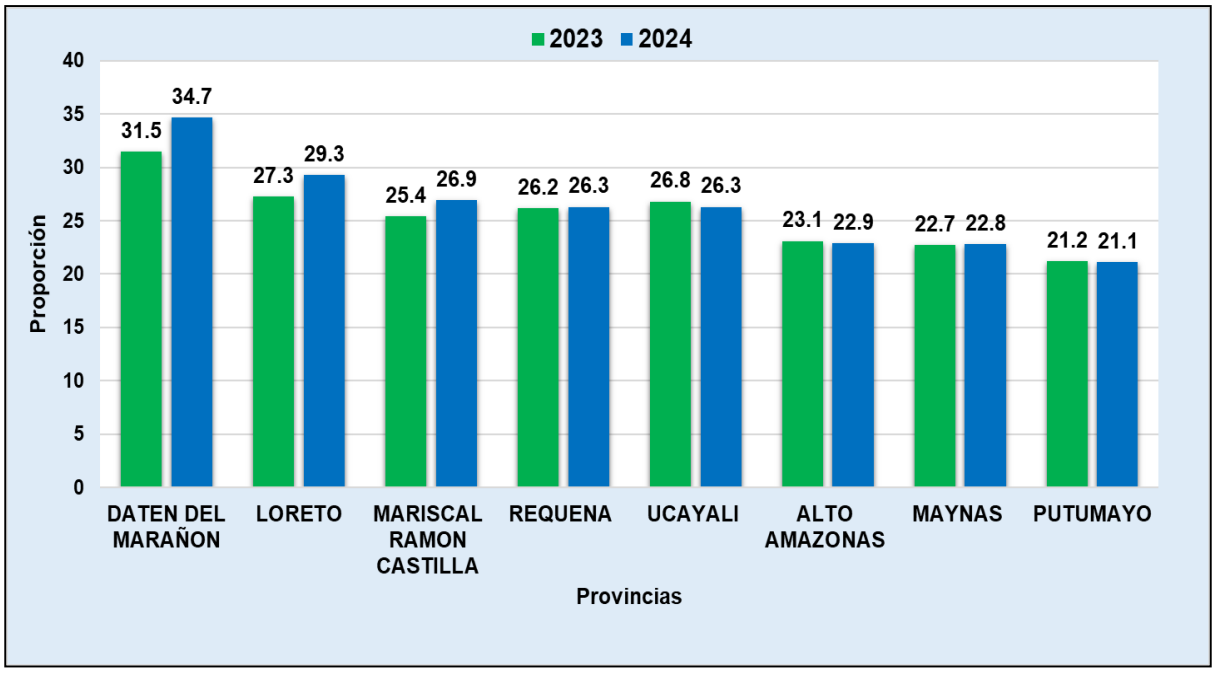
Gráfico N° 225 Región Loreto. Proporción de Desnutrición Crónica en Niños Menores de 5 Años, en comparación con el nivel nacional. 2019 - 2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-ENDES. 2019-2024

La desnutrición crónica por provincia en la región Loreto, con base en datos HIS–SIEN 2023–2024, evidencia una persistencia de brechas territoriales significativas que comprometen la equidad en salud infantil. Provincias como Datem del Marañón y Loreto presentan un aumento sustancial en el número de casos, lo cual refleja no solo el impacto de determinantes estructurales como el acceso limitado a servicios básicos, sino también una posible insuficiencia en la cobertura y eficacia de las intervenciones multisectoriales actuales.
En contraste, provincias como Maynas y Alto Amazonas muestran una leve reducción en los casos reportados, lo que podría vincularse a una mejor articulación de estrategias locales o mayor capacidad operativa del sistema de salud. Sin embargo, este avance no debe opacar el hecho de que algunas de estas provincias, a pesar de disminuir sus cifras, siguen concentrando altos valores absolutos, como Alto Amazonas con 22.9% y Maynas con 22.8% casos en el 2024. Sin embargo debemos anotar que estos resultados del SIEN provienen de los niños que acceden a los servicios de salud, por lo tanto es probable que las tasas de desnutrición crónica sean mucho mayores, considerando que la población que no accede es la más vulnerable y afectada por estos indicadores; especialmente las más distantes como Putumayo, Ramón Castilla, Datem del Marañón y Loreto.

Gráfico N° 226 Región Loreto. Proporción de Desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años de edad, según provincias. 2023-2024



FUENTE: MINSA REUNIS – SIEN- HIS- 2023 - 2024

La desnutrición crónica infantil en la región Loreto continúa siendo un problema prioritario de salud pública, determinado por múltiples factores estructurales, sociales y ambientales. La geografía amazónica, caracterizada por su dispersión poblacional y limitada conectividad fluvial y terrestre, dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud, educación y programas sociales. A ello se suma la pobreza persistente, el bajo nivel educativo de los padres, especialmente de las madres, y la inseguridad alimentaria derivada de una economía familiar dependiente de la pesca, la agricultura de subsistencia y la variabilidad climática. Estas condiciones reducen la disponibilidad y diversidad de alimentos nutritivos, afectando la calidad de la dieta infantil.

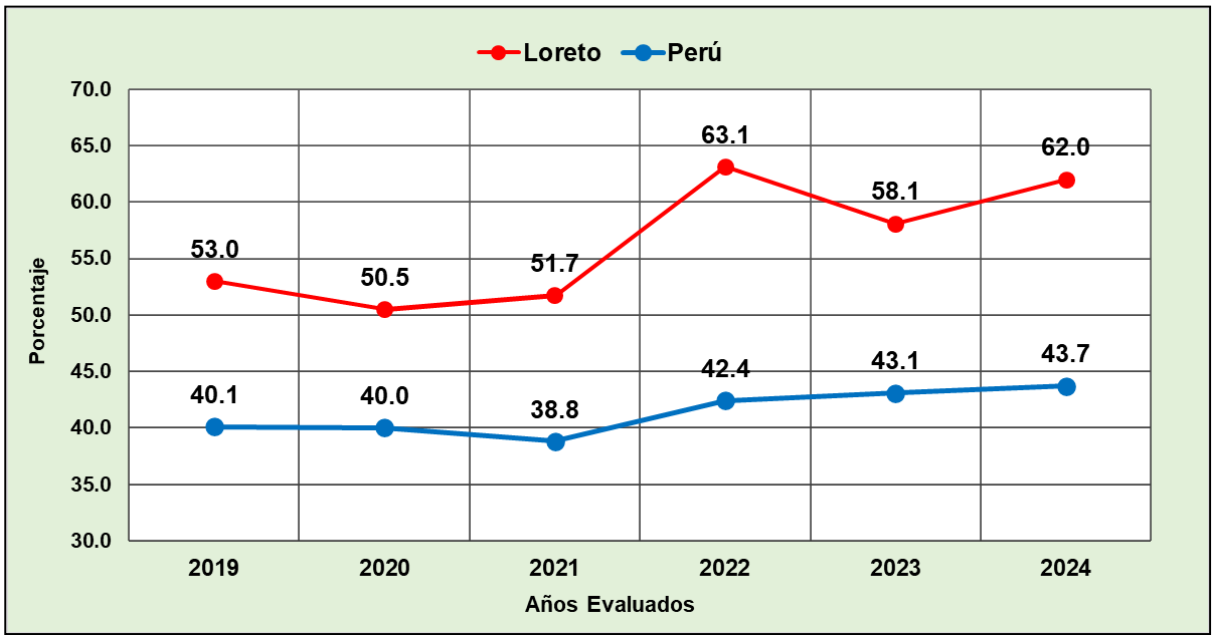
4.3.6.2 Anemia Infantil

La anemia es un trastorno hematológico caracterizado por la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo de los valores considerados normales, lo que compromete la capacidad del sistema circulatorio para transportar oxígeno adecuadamente a los tejidos corporales. Según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera anemia en niños de 6 a 23 meses de edad cuando la hemoglobina es inferior a 10.5 g/Dl y de 24 meses más es 11.00 g/Dl, ajustada por altitud según NT N°213. Resolución Ministerial N° 251-2024-MINSA.

Durante el periodo 2019–2024, la prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses en la región Loreto se mantuvo significativamente superior al promedio nacional, mostrando una tendencia variable pero persistentemente alta. En 2024, Loreto alcanzó un 62.0%, frente al 43.7% nacional, lo que evidencia una brecha sostenida de casi 20 puntos porcentuales. Este comportamiento refleja las desigualdades territoriales en las condiciones de vida y acceso a servicios básicos, así como las limitaciones en la cobertura y continuidad de las intervenciones preventivas y de suplementación con hierro.

En términos de salud pública, estos resultados indican que la anemia infantil sigue siendo un problema endémico y multifactorial en Loreto, influido por determinantes como la inseguridad alimentaria, las infecciones intestinales recurrentes, el bajo consumo de alimentos ricos en hierro y la limitada adherencia a la suplementación preventiva. Asimismo, las dificultades logísticas por la dispersión geográfica, la baja accesibilidad a los servicios de salud y las brechas educativas y culturales en torno a la alimentación infantil agravan la situación. Por ello, se requiere fortalecer las estrategias regionales de vigilancia nutricional y promover intervenciones integrales que articulen los sectores de salud, educación y desarrollo social.

Gráfico N° 227 Región Loreto. Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad según prevalencia de Anemia, en comparación con el nivel nacional. 2019-2024

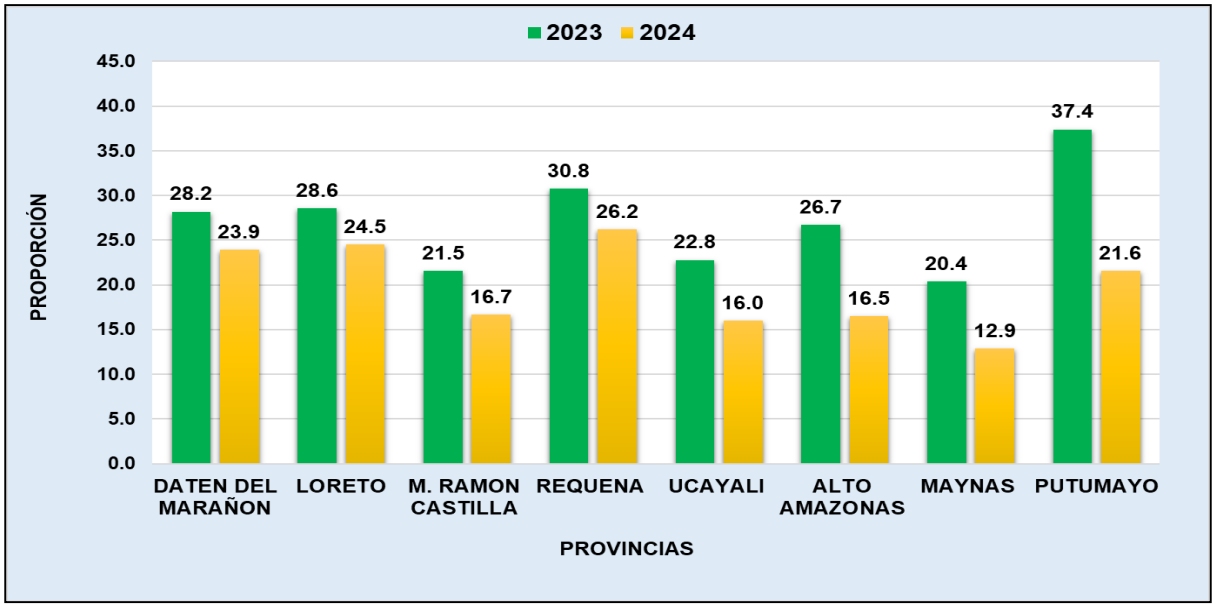


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-ENDES. 2019-2024

En la región Loreto, según la fuente Local SIEN – HIS – 2023-2024 MINSA REUNIS, se aprecia que la proporción de anemia en niños menores de 3 años mostró una disminución en todas las provincias, lo que sugiere avances en las estrategias de prevención y control nutricional. En el entendido que esta información procede de las atenciones de los

establecimientos de salud de cada provincia; los resultados están limitados al acceso a los servicios, por lo que no representa la población de este grupo de edad que NO accede y que es el más expuesto a los factores que contribuyen a la anemia. En este orden de ideas, la anemia en cada provincia es probable que sea mucho más elevada a estos registros.

Gráfico N° 228 Región Loreto. Proporción de Anemia en Niños Menores de 3 años de edad, Según Provincias. 2023-2024



FUENTE: MINSA REUNIS – SIEN- HIS- 2023 - 2024

4.3.6.3 Cáncer

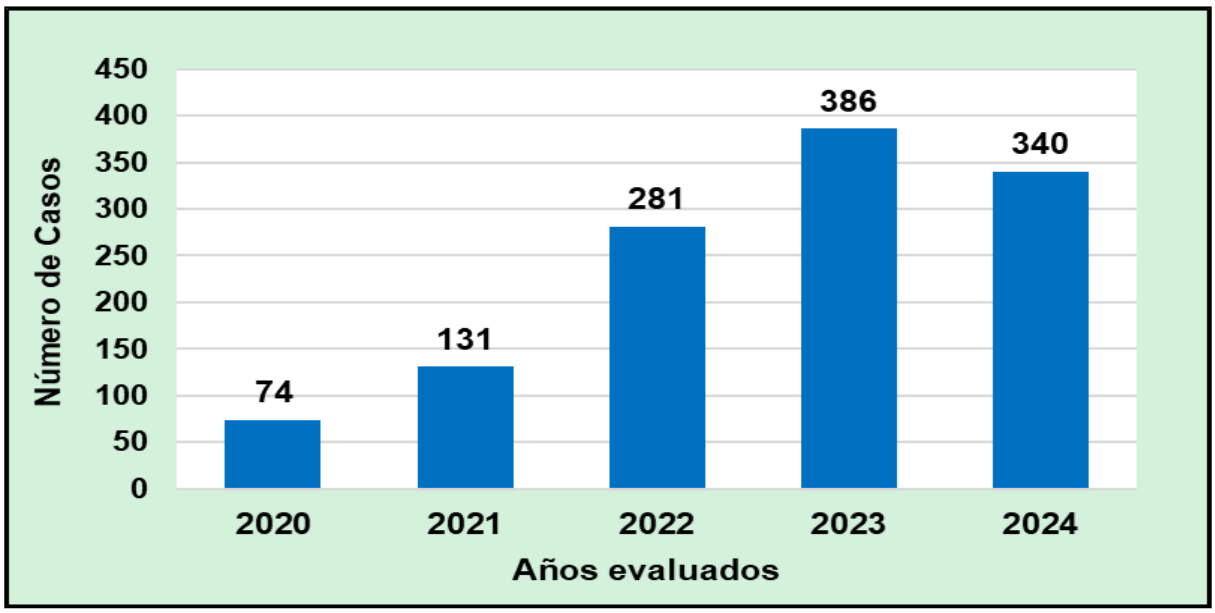
El Cáncer continúa siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En el 2022 se estimaron 20 millones de casos nuevos casos, y en 2023 se registraron 18.5 millones de diagnósticos junto con10,4 millones de muertes asociadas. Sin embargo, gran parte de este daño podría prevenirse mediante el control de factores de riesgo modificables, como una alimentación poco saludable, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y ciertas infecciones prevenibles.

La detección temprana también desempeña un papel fundamental para mejorar las tasas de supervivencia. Además, es urgente abordar la perdida prematura de años de vida, el sufrimiento de las familias y los altos costos del tratamiento, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos

La vigilancia Epidemiológica de cáncer se fortaleció con el funcionamiento del nuevo Centro Oncológico “Rosa Mística “del Hospital Regional de Loreto con la finalidad de mejorar la atención especializada a los pacientes. Este servicio brinda atención a pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer, evitando así que se trasladen a la capital para buscar un tratamiento y perder oportunidades para la detección temprana del cáncer.

En el Grafico N°230, el Hospital Regional de Loreto como establecimiento de salud centinela para la vigilancia de cáncer en la Región Loreto notificó 1,212 casos de cáncer en los años del 2020 al 2024 hubo incremento de casos posterior a la pandemia COVID-19. En el 2023 al 2024 se incrementaron los registros de atención al sistema de vigilancia de cáncer, con 386 y 340 casos en cada año respectivamente

Gráfico N° 229 . Región Loreto. Número de casos de cáncer registrados por el Hospital Regional de Loreto como establecimientos de Salud Centinela 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En el año 2024, en el Hospital Regional de Loreto, notificó y registro en el aplicativo especial de notificación 340 casos de cáncer y según sexo encontramos que 217 casos fueron del sexo femenino, que representa el 63.8%; según etapas de vida el mayor porcentaje representan la etapa adulta con el 50.6% seguido de la etapa de vida adulto mayor con el 49.71%, también se notificaron casos en niños y adolescentes, pero en forma mínima (Tabla N° 159).

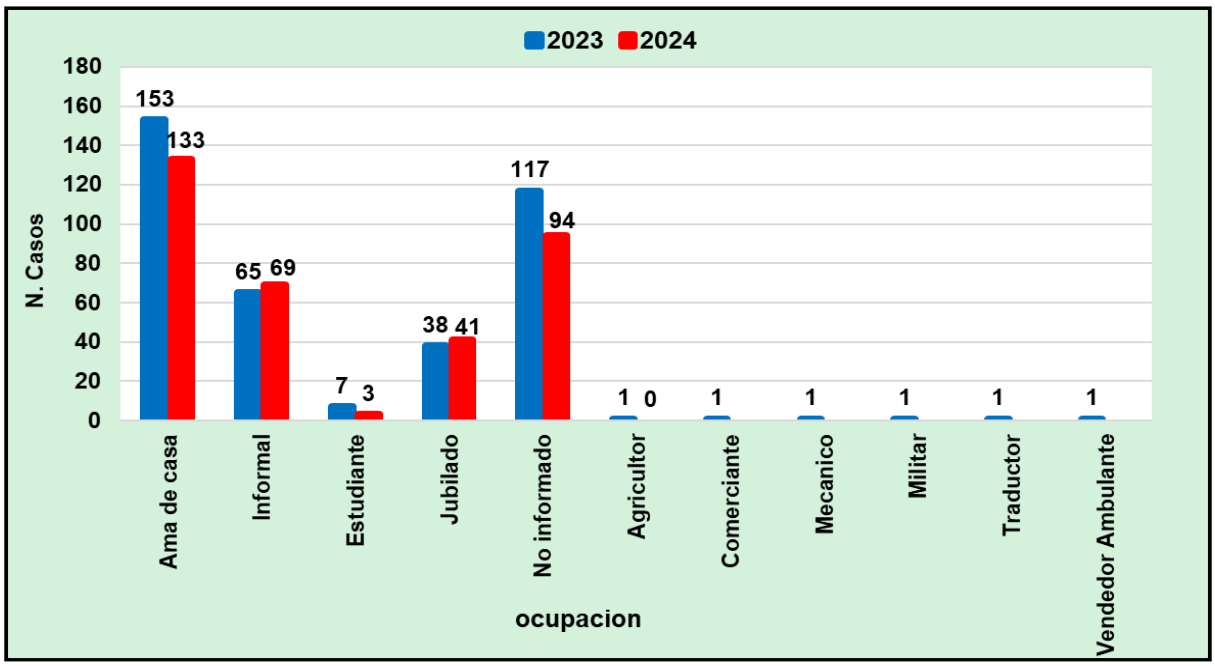
Tabla N° 159 Región Loreto. Número y Porcentaje de Casos de cáncer notificados por Hospital Regional de Loreto, según sexo y etapas de vida 2024

Etapa de Vida	Masculino	Femenino	Total	%
0- 11 Años (Niño)	1	1	2	0.59
12 - 17 Años (Adolescente)	0	1	1	0.29
18 -29 Años (Jóven)	3	8	11	3.24
30 -59 Adulto (Adulto)	36	121	157	46.18
60 a + Años (Adulto Mayor)	83	86	169	49.71
Total	123	217	340	100.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

El Gráfico N° 230. Nos muestra la ocupación de los que tuvieron Cáncer y fueron atendidos en el Hospital Regional de Loreto, en donde en los años 2023 y 2024 en su mayoría fueron amas de casa, seguido de trabajadores informales.

Gráfico N° 230 Región Loreto Números de casos de Cáncer notificados por Hospital Regional de Loreto, según Ocupación. 2023-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En el año 2024, el Hospital Regional de Loreto notificó un total de 340 casos de cáncer, de los cuales los tipos más frecuentes fueron el cáncer de cuello uterino (18.2%) y el cáncer de mama (15.3%), ambos predominantes en mujeres, seguidos por el cáncer gástrico (10.6%) y el de piel (7.1%). Estos cuatro tipos concentran más de la mitad de los casos registrados, evidenciando una alta carga de neoplasias ginecológicas y digestivas en la región. Los otros diagnósticos representaron el 33.5% del total, lo que refleja una diversidad de neoplasias menos frecuentes pero presentes en la población atendida. (Tabla N° 160).

Tabla N° 160 Región Loreto. Número de casos de cáncer notificados por el Hospital Regional de Loreto según establecimientos de Salud Centinela y tipo de diagnóstico 2024

N°	Diagnósticos	Casos	%
1	Cáncer de Cérvix	62	18.24
2	Cáncer de mama	52	15.29
3	Leucemia aguda	10	2.94
4	Cáncer gástrico	36	10.59
5	Cáncer del Piel	24	7.06
6	Cáncer de Testículo	1	0.29
7	Cáncer de Ovario	2	0.59
8	Cáncer de Recto	3	0.88
9	Cáncer de Colon	22	6.47
10	Cáncer de Hígado	14	4.12
Sub Total		226	66.47
Otros Diagnósticos (47)		114	33.53
Total (57)		340	100.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En los años 2023 y 2024, el Hospital Regional de Loreto notificó 726 casos de cáncer, de los cuales una abrumadora mayoría correspondió a personas con domicilio en la provincia de Maynas (98.6%), reflejando su condición de principal centro urbano y de referencia oncológica regional. En contraste, las provincias de Alto Amazonas (0.7%), Ucayali-Contamana (0.6%) y Putumayo (0.1%) reportaron proporciones mínimas de casos, lo que podría estar relacionado con limitado acceso al diagnóstico especializado o referencia concentrada en Iquitos. Esto evidencia una marcada concentración de la detección y atención del cáncer en la provincia de Maynas.

Tabla N° 161 Región Loreto. Casos de cáncer según provincias del lugar de domicilio, notificados por Hospital Regional de Loreto como establecimiento de salud Centinela 2023 y 2024.

N°	Provincia (Según Lugar de domicilio)	Años		Total	%
		2023	2024		
1	Maynas	381	335	716	98.62
2	Alto Amazonas	1	4	5	0.69
3	Ucayali- Contamana	4		4	0.55
4	Putumayo		1	1	0.14
Total		386	340	726	100.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.6.4 Hipertensión Arterial: (HTA)

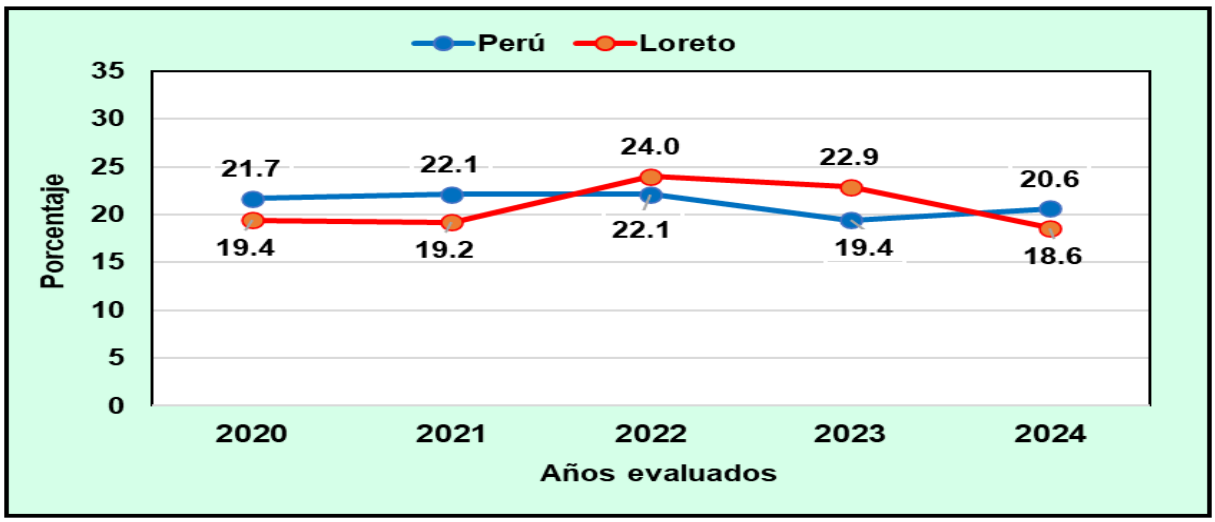
A nivel mundial, uno de cada cinco adultos tiene la ***presión arterial elevada***, es el trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por enfermedades cardiovasculares. Las complicaciones son derivadas de la Hipertensión Arterial (HTA); que causan 9,4 millones de defunciones cada año, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La HTA es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas, es un signo de alerta importante que indica que son necesarios cambios urgentes y significativos en el modo de vida. Los esfuerzos mundiales para hacer frente al reto que plantean las enfermedades no transmisibles han cobrado impulso a partir de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles del 2011.

El aumento de la presión arterial es peligroso. En adultos, cuando la presión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la presión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, se considera como Hipertensión Arterial. En algunas ocasiones, cuando la presión arterial está muy alta, puede causar síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales. Si no se controla, puede provocar un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular.

El Gráfico N° 231, según ENDES; nos presenta a prevalencia de hipertensión comparando los datos de la región Loreto con el nivel nacional; En la región Loreto, en los años 2022, 2023 y 2024 presento un descenso de 24.0%, 22.9% y 18.6% respectivamente. A nivel Nacional; hubo un descenso desde el año 2020 hasta el 2023 pasando de 21.7% a 19.4% en los años mencionados para volver a incrementarse a 20.6% en el año 2024.

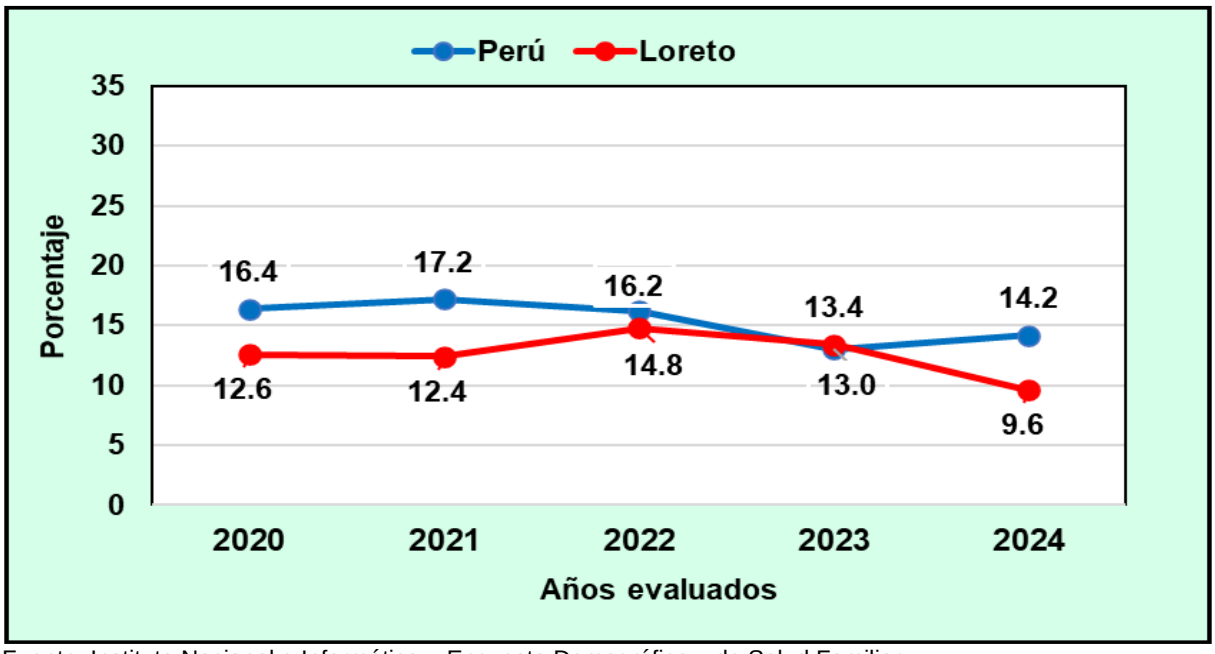
Gráfico N° 231 Región Loreto. Prevalencia de Hipertensión Arterial en Personas de 15 y más años de edad 2020 – 2024 (Porcentaje).



"Fuente: Instituto Nacional e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Se considera Hipertensión Arterial cuando la Presión Arterial Sistólica es ≥ 140 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) es ≤ 90 mmHg; incluye a mujeres gestantes."

El Gráfico N° 231, según ENDES; nos muestra el porcentaje de las personas de 15 a más años de edad que tienen Presión Arterial Alta, según la medición efectuada en los últimos 05 años (2020 - 2024); observamos que la región Loreto pasó de 12.6% en el año 2020 a 18.8% en el año 2022, para descender a 13.4% en el 2023 y a 9.6% en el 2024. A nivel Nacional se observa que desciende desde 16.4% en el 2020 hasta 13% en el 2023 y aumenta a 14.2% en el 2024. En este sentido, la región Loreto suele tener menores tasas de hipertensión arterial que la media del país, acentuándose en el año 2024, con 14.2% para Perú y 9.6% para Loreto.

Gráfico N° 232 Región Loreto. Personas de 15 y más años de edad con Presión Arterial Alta de acuerdo a medición efectuada, 2020 – 2024 (Porcentaje).

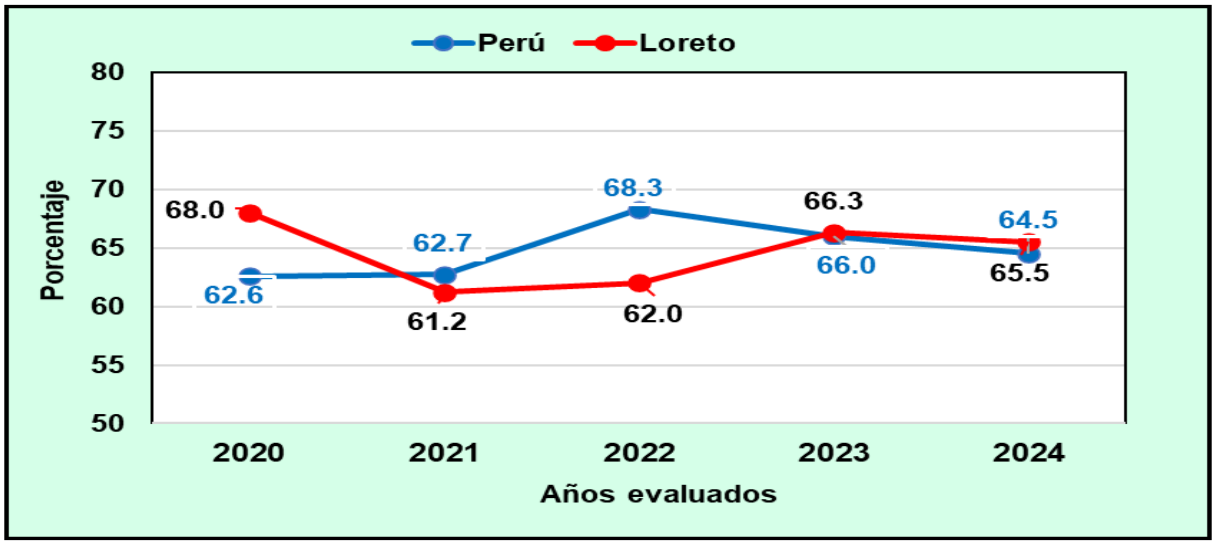


Fuente: Instituto Nacional e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Se considera Hipertensión Arterial cuando la Presión Arterial Sistólica es ≥ 140 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) es ≤ 90 mmHg; incluye a mujeres gestantes.

Entre los años 2020 y 2024, la proporción de personas de 15 y más años con diagnóstico de hipertensión arterial que recibieron tratamiento, se mantuvo relativamente constante tanto en el Perú como en la región Loreto, con valores que oscilaron entre 62% y 68%. A nivel nacional, el comportamiento muestra ligeras fluctuaciones, con un incremento en 2022 seguido de una leve reducción en los años posteriores. En Loreto, si bien se observa una tendencia similar, los porcentajes fueron en general ligeramente superiores al promedio nacional, lo que podría reflejar mejoras en la captación y tratamiento de casos dentro del sistema de salud regional, especialmente en los últimos años.

Desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, estos resultados pueden explicarse por múltiples factores. En el determinante estructural, el acceso geográfico desigual a los servicios de salud en zonas rurales y fluviales de Loreto sigue siendo una limitante, afectando la continuidad del tratamiento. En el ámbito de los determinantes intermedios, influyen la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos, la calidad de la atención médica, el seguimiento de pacientes en programas crónicos y los niveles educativos y económicos, que condicionan el conocimiento y adherencia al tratamiento. Además, los hábitos de vida (como la dieta alta en sal, el bajo consumo de frutas y verduras, el sedentarismo y el consumo de alcohol o tabaco) y el estrés asociado a las condiciones socioeconómicas pueden incidir tanto en la aparición como en el control de la enfermedad. (Gráfico N° 232).

Gráfico N° 233 Porcentaje de Personas de 15 y más años de edad con Diagnostico de Hipertensión Arterial que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses, Perú Vs Loreto. 2020 – 2024 (Porcentaje).



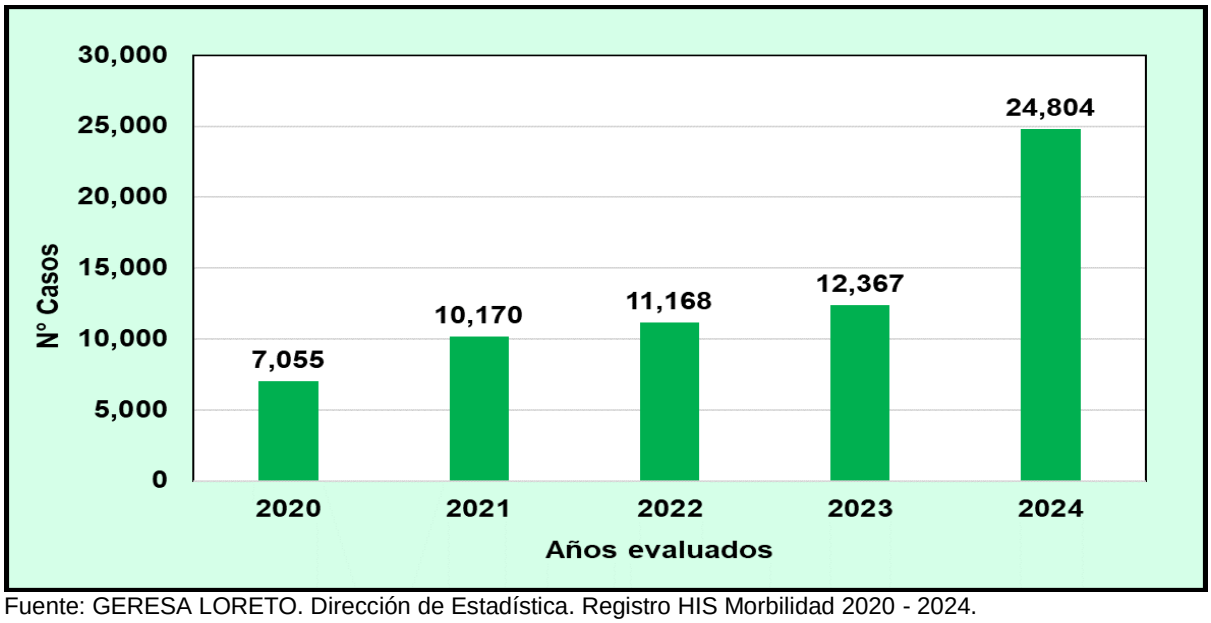
"Fuente: Instituto Nacional e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Se considera Hipertensión Arterial cuando la Presión Arterial Sistólica es ≥ 140 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) es ≤ 90 mmHg; incluye a mujeres gestantes."

Según el HIS/MINSA de morbilidades por Hipertensión Arterial, observamos un incremento de casos gradualmente desde los años 2020 al 2023. En el 2023 se presentó 12,367 de casos y en el 2024 se presentó 24,804; observando el doble de casos; en estos dos últimos años.

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto registró un incremento sostenido en los casos de hipertensión arterial, alcanzando un total de 65,564 casos. La Red de Salud Maynas Ciudad concentró la mayor carga con 23,448 casos (35.8%), seguida de Loreto (8,763 casos) y Maynas Periferie (7,884 casos), lo que refleja la alta concentración poblacional y mejor capacidad diagnóstica en las zonas urbanas. Las redes periféricas como Ucayali, Alto Amazonas y Requena también mostraron aumentos notables hacia 2024, posiblemente asociados al fortalecimiento de la vigilancia y detección de enfermedades crónicas. En

general, la tendencia ascendente sugiere una mayor identificación de casos hipertensos, influenciada por factores como el envejecimiento poblacional, estilos de vida poco saludables y el mejor acceso a servicios de salud en la región.

Gráfico N° 234 Porcentaje de Personas de 15 y más años de edad con Diagnostico de Hipertensión Arterial que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses. Perú Vs Loreto. 2020 – 2024 (Porcentaje).



Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

Tabla N° 162 Región Loreto. Número de Casos de Hipertensión Arterial según Redes de Salud. 2020–2024

Redes de Salud	Años evaluados					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Alto Amazonas	406	697	675	746	1,344	3,868
Datem del Marañón	343	546	474	542	1,016	2,921
Loreto	790	728	1,716	1,801	3,728	8,763
Maynas Ciudad	2,693	4,549	3,811	4,357	8,038	23,448
Maynas Periferie	732	1,416	1,520	1,456	2,760	7,884
Ramón Castilla	330	628	460	658	1,364	3,440
Requena	447	488	332	616	1,622	3,505
Ucayali	469	448	660	809	2,166	4,552
No pertenece a Ninguna Red	845	670	1,520	1,382	2,766	7,183
Total	**7,055**	**10,170**	**11,168**	**12,367**	**24,804**	**65,564**

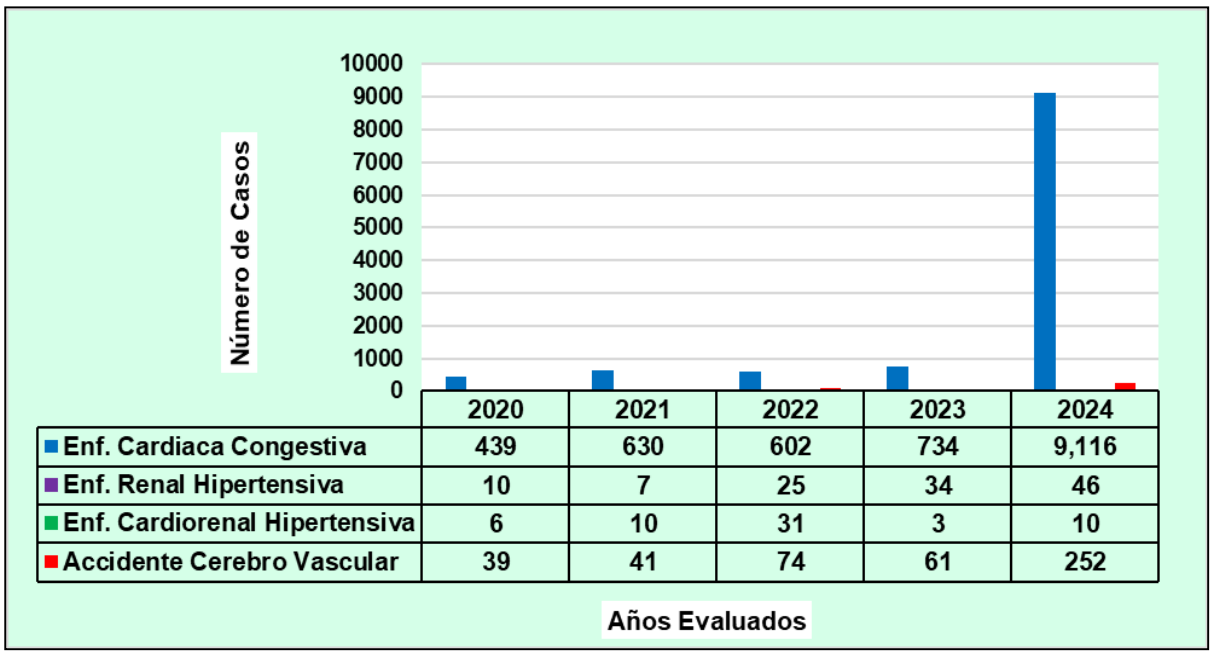
Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

4.3.6.4.1 Complicaciones de la Hipertensión Arterial

Las complicaciones de la hipertensión arterial tienen un impacto directo en la morbilidad y mortalidad regional, contribuyendo significativamente a la carga de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Entre las más frecuentes se encuentran el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad renal crónica y la retinopatía hipertensiva, que afectan la calidad y esperanza de vida de la población. En Loreto, donde el acceso a servicios especializados y de emergencia es limitado, estas complicaciones suelen detectarse tardíamente, generando altos costos sociales y económicos. Por ello, resulta prioritario fortalecer las estrategias de prevención, promoción de estilos de vida saludables y control comunitario de la presión arterial, como pilares esenciales para reducir el impacto de la hipertensión arterial en la salud pública regional.

Entre 2020 y 2024, la región Loreto registró un notable incremento en las complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, destacando la enfermedad cardíaca congestiva como la más frecuente, al pasar de 439 casos en 2020 a 9,116 en 2024, evidenciando una importante carga de la enfermedad cardiovascular y posible mejora en la detección o reporte de casos. Asimismo, los accidentes cerebrovasculares aumentaron de 39 a 252 casos, y la enfermedad renal hipertensiva de 10 a 46, reflejando la progresión del daño orgánico asociado a la falta de control adecuado de la presión arterial. Estas tendencias confirman que la hipertensión arterial en Loreto representa un problema de salud pública en expansión, con complicaciones graves que elevan la morbilidad y mortalidad, lo que exige fortalecer las estrategias de detección temprana, adherencia terapéutica y promoción de estilos de vida saludables en toda la región. (Gráfico N° 235).

Gráfico N° 235 Región Loreto. Número de Casos de Hipertensión Arterial según Complicaciones. 2020–2024



	2020	2021	2022	2023	2024
Enf. Cardiaca Congestiva	439	630	602	734	9,116
Enf. Renal Hipertensiva	10	7	25	34	46
Enf. Cardiorenal Hipertensiva	6	10	31	3	10
Accidente Cerebro Vascular	39	41	74	61	252

Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

4.3.6.5 Diabetes

La Diabetes Mellitus: una enfermedad no transmisible en aumento constante; La carga de enfermedad asociada a la Diabetes Mellitus es enorme y continúa en ascenso a nivel mundial.

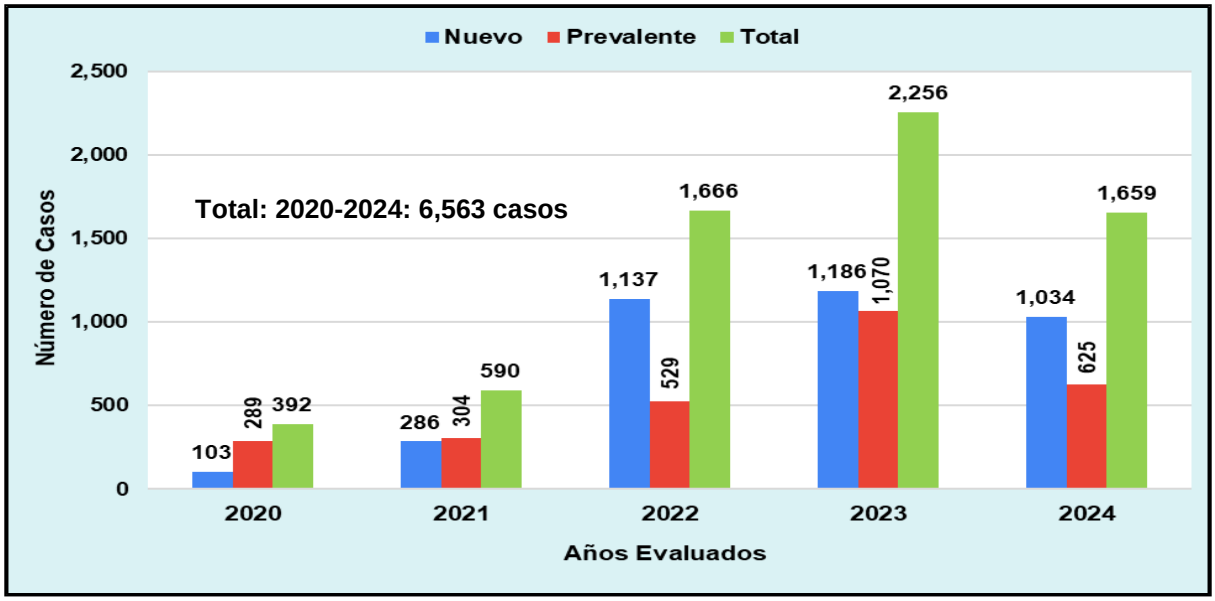
En solo dos décadas, la mortalidad por diabetes se ha incrementado en un 70%, reflejando un grave problema de salud pública global.

En la Región de las Américas, la diabetes se ha convertido en la sexta causa principal de muerte y en la séptima causa de años de vida perdidos de manera prematura. Estas cifras evidencian la urgencia de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y control integral de esta enfermedad, nivel regional.

El objetivo es frenar la incidencia de la enfermedad y reducir su morbi-mortalidad a través de la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo coordinado de sus complicaciones. Además, mantener un peso saludable a través de una dieta adecuada, el ejercicio es fundamental y así mejorar la calidad de vida de las personas para un buen control y tratamiento de la diabetes. Entre los años 2014 y 2023, el porcentaje de peruanos diagnosticados con DIABETES MELLITUS se incrementó ligeramente de un 3,2 % a un 5,5 %.

La diabetes mellitus generalmente conocida como “Diabetes Sacarina”, es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la presencia de hiperglucemia si no recibe tratamiento. Su etiopatogenia es diversa y comprende deficiencias en la secreción de insulina, en la activi9dad de la insulina o en ambas. Las complicaciones específicas de la diabetes a largo plazo son la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía; además también tienen mayor riesgo de sufrir otros trastornos como cardiopatías, arteriopatía periférica, afecciones cerebrovasculares, cataratas, disfunción eréctil y hepatopatía grasa no alcohólica.
Entre 2020 y 2024, la región Loreto presentó un total de 6,563 casos de atendidos por diabetes entre nuevos y prevalentes, se observa un incremento sostenido en los casos de diabetes mellitus, pasando de 392 casos en 2020 a 1,659 en 2024, con un predominio de casos nuevos sobre los prevalentes, especialmente en los años 2022 y 2023. Este aumento refleja una mayor detección de nuevos diagnósticos y posiblemente un creciente impacto de factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad y los malos hábitos alimentarios. Los resultados evidencian que la diabetes mellitus continúa en expansión en Loreto, demandando un fortalecimiento de las acciones preventivas, de control metabólico y promoción de estilos de vida saludables en la población.

Gráfico N° 236 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus por años de captación y Condición de ingreso. 2020.2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

El 98.70% de los casos de diabetes mellitus notificados en la región Loreto entre los años 2023 y 2024 fueron Tipo 2, el 0.38% fueron diabetes mellitus tipo 1 y 0.56% diabetes en gestantes, según el sexo las mujeres son las más afectadas con 1,521 casos año 2023 y 1,068 año 2024

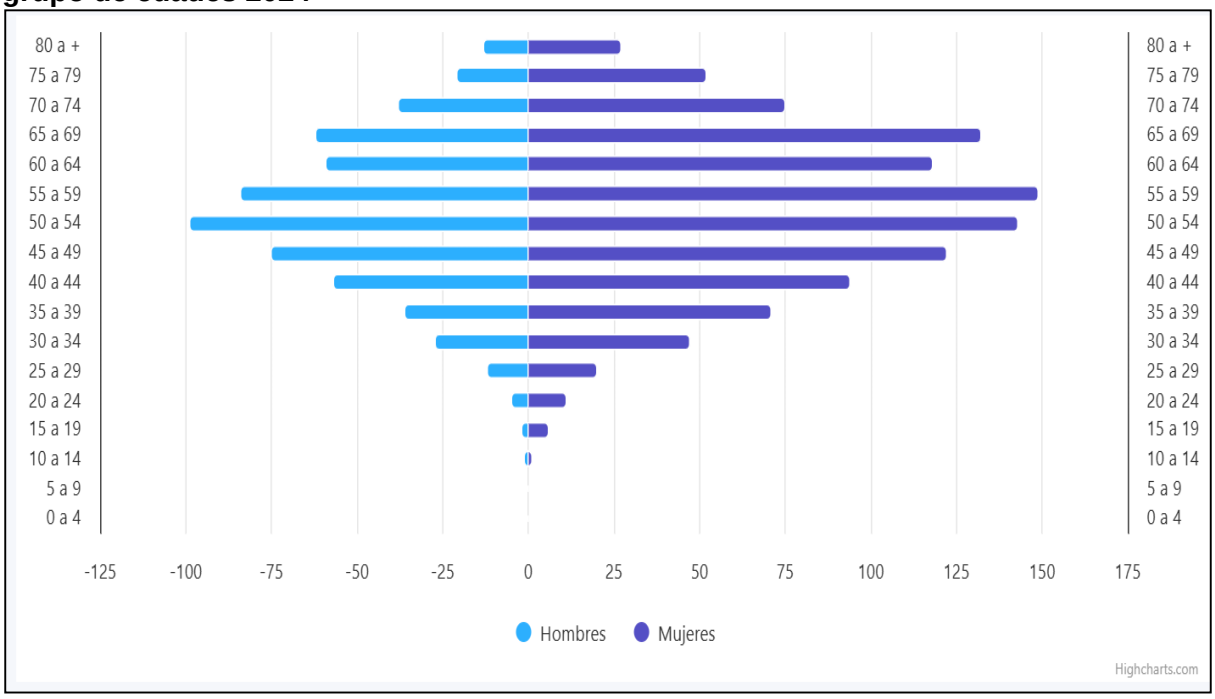
Tabla N° 163 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus por tipo de Diagnóstico y sexo .2023-2024

N°	Tipo de Diagnostico	Años				Total	%
		2023		2024			
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino		
1	DM Tipo I	2	6	1	6	15	0.38
2	DM Tipo 2	731	1,499	586	1,048	3,864	98.70
3	Diabetes en Gestantes	0	16	0	6	22	0.56
	Otros	2	0	4	8	14	0.36
Total		735	1,521	591	1,068	3,915	100.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

El Gráfico N° 237 muestra, la pirámide de casos de diabetes mellitus del 2024, notificados al sistema de vigilancia epidemiológica, nos muestra que los casos de diabetes que más se registran son las mujeres el grupo de edades de 55 a 59 años y en los varones el grupo de edades de 50 a 54 años, ambos géneros en, Etapa adulto.

Gráfico N° 237 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus por sexo y grupo de edades 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Tabla N° 164 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus según establecimientos de Salud. 2024

N°	Establecimientos de Salud	N° Casos	%
1	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	506	30.50
2	HOSPITAL APOYO IQUITOS	141	8.50
3	9 DE OCTUBRE	107	6.45
4	CARDOZO	104	6.27
5	TUPAC AMARU DE IQUITOS	100	6.03
6	HOSPITAL DE APOYO YURIMAGUAS	85	5.12
7	INDEPENDENCIA	60	3.62
8	6 DE OCTUBRE	55	3.32
9	MORONACOCHA	44	2.65
10	AGUAMIRO	40	2.41
Subtotal		1,242	74.86
Otros Establecimientos de Salud (31)		417	25.14
Total (41)		1,659	100.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

En el año 2024, la región Loreto registró 1,659 casos de diabetes mellitus, concentrándose la mayor proporción en el Hospital Regional de Loreto (30.5%), seguido por el Hospital de Apoyo Iquitos (8.5%) y los establecimientos 9 de Octubre, Cardozo y Túpac Amaru de Iquitos. Esta distribución evidencia que más del 70% de los pacientes diabéticos fueron atendidos en establecimientos urbanos y de referencia, reflejando una alta concentración de la atención especializada en la ciudad de Iquitos. En contraste, los otros 30 establecimientos de salud representaron solo el 25.1%, lo que sugiere limitada capacidad diagnóstica y de registro en las zonas periféricas y rurales de la región.

El 53.29% de los pacientes notificados durante el 2024, presentaron algún tipo de complicaciones, siendo las neuropatías las que predominan con el 25.26%, seguido de la retinopatía no proliferativa (22.78%) y la tercera el pie diabético sin amputación (1.27%)

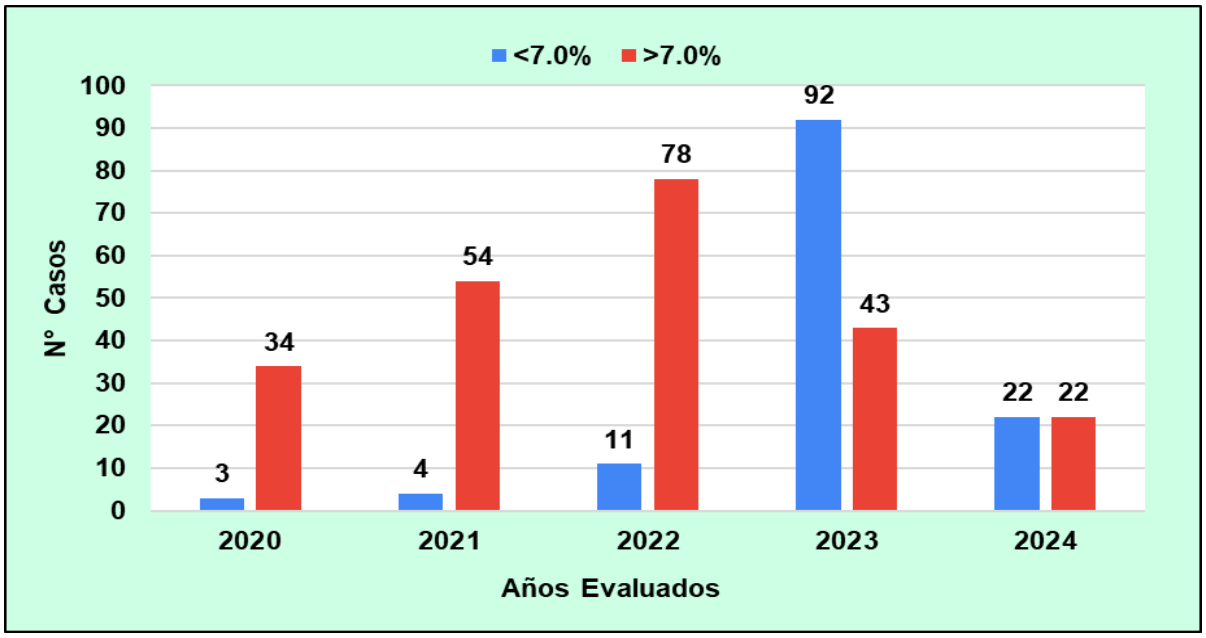
Tabla N° 165 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus según complicaciones. 2024

N°	Complicaciones de la Diabetes Mellitus	Casos	%
1	Neuropatia	419	25.26
2	Retinopatia no proleferativa	378	22.78
3	Pie Diabetico sin amputacion	21	1.27
4	Enfermedad Isquemica del Corazon	1	0.06
5	Retinopatia proliferativa	3	0.18
6	Pie Diabetico co amputacion	11	0.66
7	Nefropatia Diabetica	44	2.65
8	Enfermedad Arterial Periferica	2	0.12
9	Episodios de Hipoglicemia en los ultimos 6 meses	4	0.24
10	Enfermedad Enfisemica Cerebrovascular	1	0.06
Sub Total de Complicaciones		884	53.29
Otras causas		775	46.71
Total de Casos de Diabetes Mellitus		1,659	100.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

Gráfico N° 238.Segun el control metabólico realizado a las pacientes con Diabetes Mellitus durante el año 2024 fueron similares, observando un mayor número de casos de pacientes con el examen de hemoglobina glicosilada mayor a 7% en el año 2023 es decir, tienen mayor riesgo de contraer complicaciones de la diabetes.

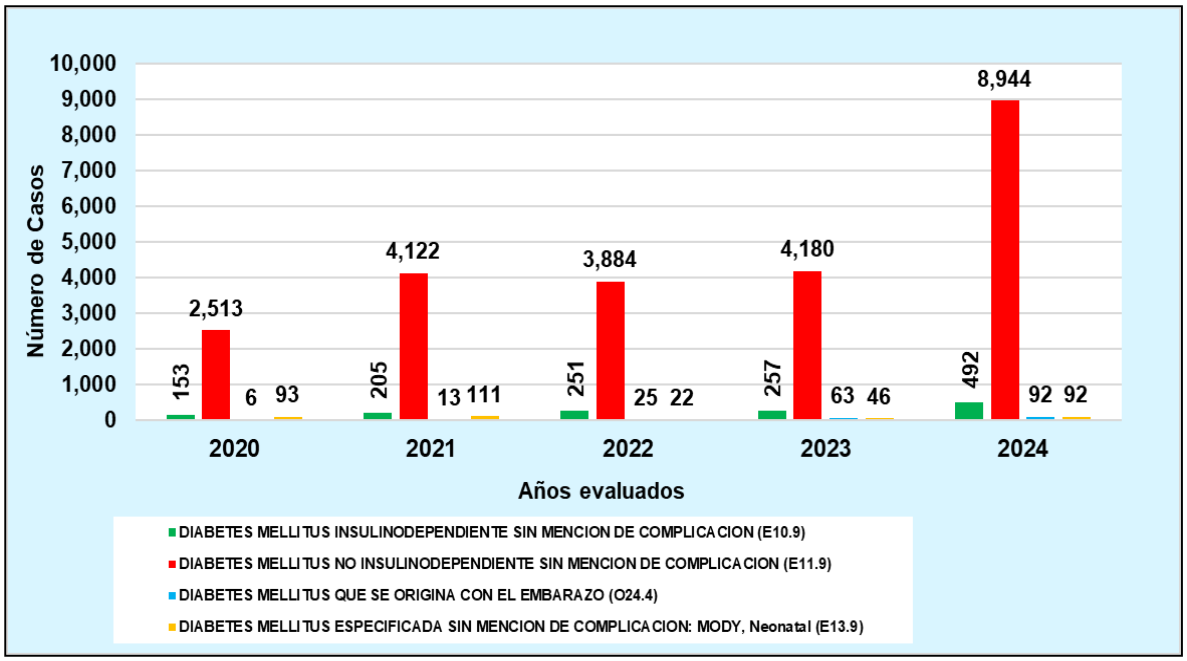
Gráfico N° 238 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus Según control metabólico – Hemoglobina Glicosilada.2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

4.3.6.5.1 Tipos de Diabetes Mellitus según HIS/MINSA

Gráfico N° 239 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus Según tipo de diagnóstico.2020-2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología 2020-2024

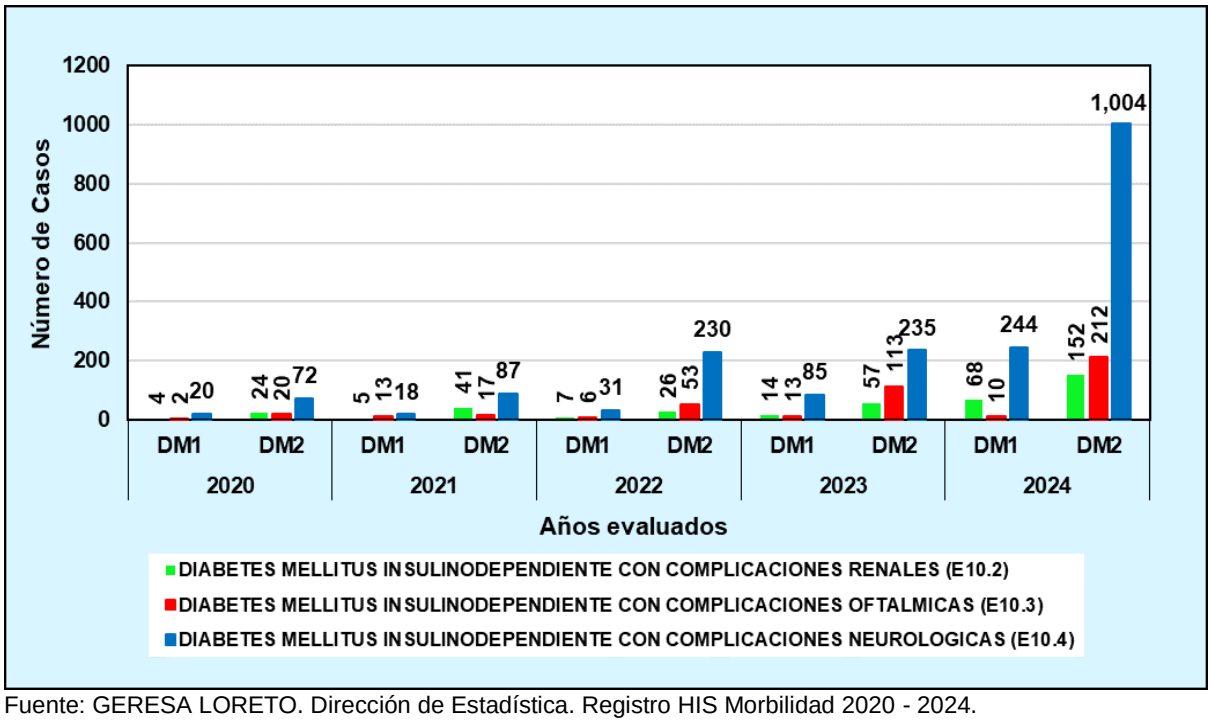
Entre 2020 y 2024, en la región Loreto según el reporte del HIS/MINSA, se presentó un incremento marcado en los casos de diabetes mellitus, predominando ampliamente la diabetes mellitus no insulinodependiente (E11.9), que aumentó de 2,513 casos en 2020 a 8,944 en 2024, evidenciando su asociación con factores de riesgo como obesidad, sedentarismo y dieta inadecuada. En menor proporción se registraron casos de diabetes insulinodependiente (E10.9), que también mostraron un ascenso sostenido hasta 492 casos en 2024, así como la diabetes gestacional (O24.4) y la diabetes especificada sin complicación (E13.9), ambas con incrementos leves. En conjunto, los datos reflejan una tendencia creciente de la enfermedad, con predominio de la forma tipo 2, lo que plantea un importante desafío para la salud pública regional en prevención y control.

4.3.6.5.2 Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Las complicaciones de la diabetes mellitus representan un importante problema de salud pública, ya que surgen del mal control de la enfermedad y generan daños progresivos en órganos vitales como los riñones, ojos, nervios y corazón. En la región Loreto, estas complicaciones se asocian con el diagnóstico tardío, baja adherencia al tratamiento y limitado acceso a servicios especializados, incrementando el riesgo de discapacidad y mortalidad en la población afectada.

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto mostró un aumento sostenido de las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus, siendo las más frecuentes las neurológicas, que alcanzaron 1,248 casos en 2024 (244 en DM1 y 1,004 en DM2), seguidas de las renales (220 casos) y oftálmicas (222 casos). Las complicaciones fueron más comunes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), lo que refleja un mayor tiempo de evolución y control inadecuado de la enfermedad. Esta tendencia creciente evidencia un deterioro en el manejo metabólico y en la prevención de complicaciones crónicas.

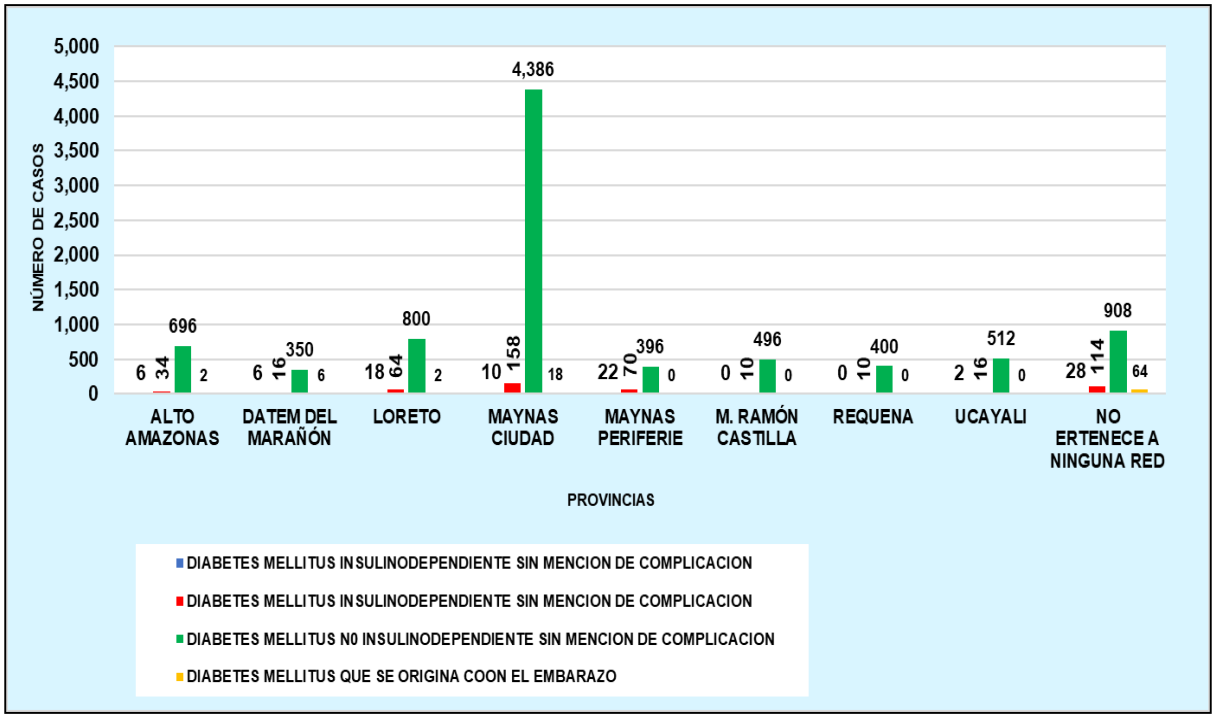
Gráfico N° 240 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus Según Tipo y Complicaciones. 2020-2024.



Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

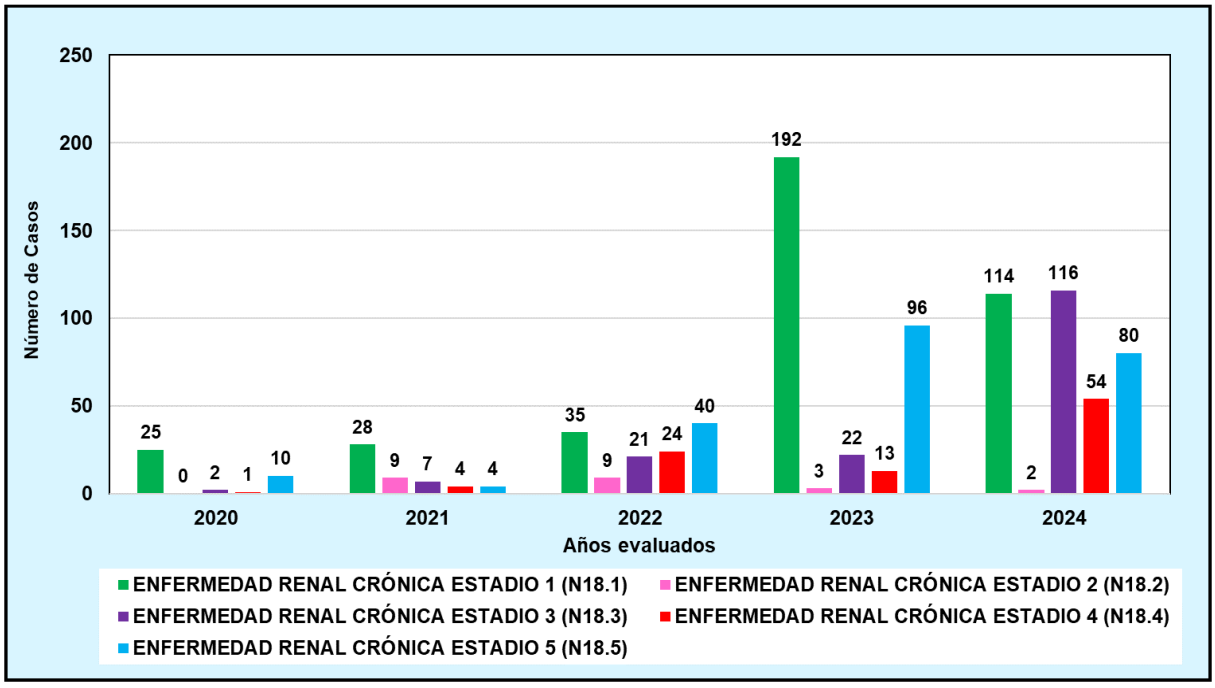
Según el HIS/MINSA, analizamos Diabetes Mellitus en las REDES de la región Loreto; correspondiente al año 2024, alcanzando una mayor demanda de 4386 casos con Diagnostico de Diabetes Mellitus No Insulinodependiente (TIPO 2) en la RED de Maynas Ciudad.

Gráfico N° 241 Región Loreto. Número de casos de Diabetes Mellitus reportados por establecimientos de salud de redes de Salud 2020-2024.



Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

Gráfico N° 242 Región Loreto. Número de Diabetes Mellitus según Complicaciones Renales y sus estadios. 2020-2024



Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

Entre 2020 y 2024, los casos de diabetes mellitus con complicaciones renales en la región Loreto mostraron un aumento progresivo, especialmente en los estadios avanzados de enfermedad renal crónica. Los casos del estadio 1 pasaron de 25 en 2020 a 114 en 2024, mientras que los del estadio 3 aumentaron notablemente hasta 116 casos en 2024, y los estadios 4 y 5 alcanzaron 54 y 80 casos, respectivamente. Esta tendencia refleja un avance de la afectación renal por diabetes mal controlada, con un incremento de pacientes en fases moderadas y graves, lo que constituye una alerta para el sistema de salud sobre la necesidad de fortalecer el diagnóstico temprano, el control glicémico y el seguimiento nefrológico oportuno para prevenir la progresión hacia insuficiencia renal crónica terminal.

4.3.6.5.3 Diabetes según etnias

Tabla N° 166 Región Loreto. Número de Diabetes Mellitus según Tipo de diagnóstico y etnia. 2024

Tipo de diagnóstico de Diabetes Mellitus	Mestizo	Comunidades Nativas
Diabetes Mellitus Tipo1 o Insulodependiente sin mencion de complicaciones (E10 9),	448	44
Diabetes Mellitus Tipo 2 o Insulodependiente sin mencion de complicaciones (E11 9),	8,152	792
Diabetes Mellitus que se originan con el embarazo (O24.4)	90	2

Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

Durante el periodo 2024, los casos de diabetes mellitus en la región Loreto muestran un predominio claro en la población mestiza (91.2%), mientras que las comunidades indígenas representan el 8.8% del total. La diabetes tipo 2 es la forma más frecuente en ambos grupos, con 8,152 casos en mestizos y 792 en comunidades indígenas, lo que refleja la creciente carga de enfermedades crónicas incluso en poblaciones tradicionalmente rurales. La diabetes tipo 1 y la diabetes gestacional se presentan en menor proporción, con 448 y 90 casos respectivamente en mestizos, 44 y 2 casos en comunidades indígenas. Los casos de6 diabetes de comunidades indígenas se distribuyen de la siguiente manera: 25.4% son Kukama Kukamiria, 18%, Kichwa, 6.0% Achuar, 5.5% Urarinas, y el 3.9% son Awajum.

4.3.6.6 Enfermedades Bucales

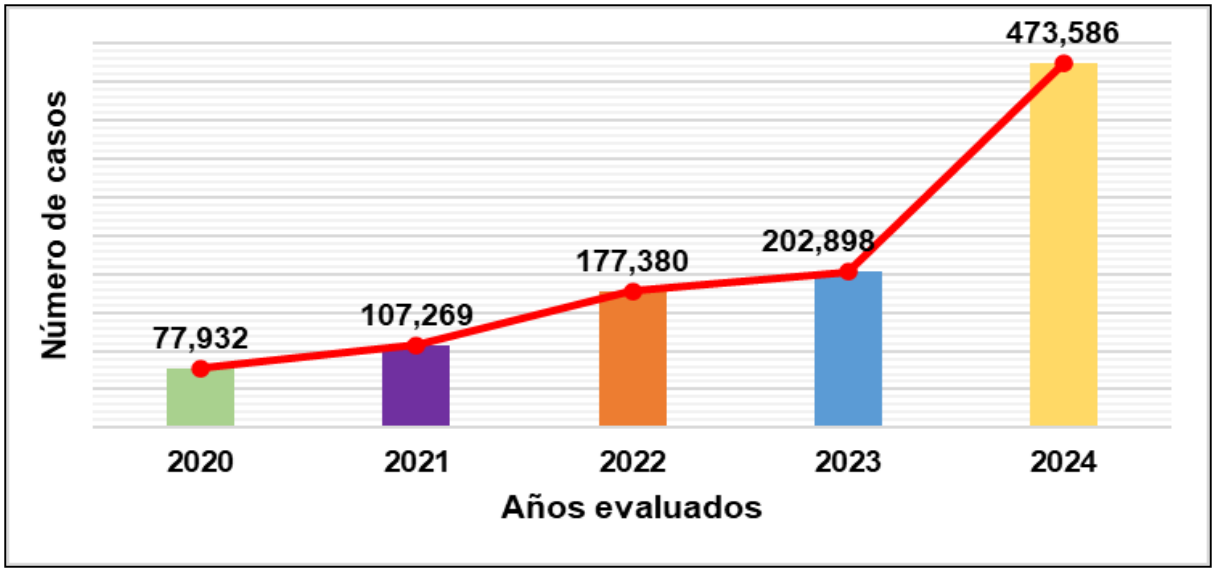
La salud bucal es un importante componente y mediador de la calidad de vida de las personas, sin embargo, los actuales reportes indican que la salud bucal en nuestro país, está representada por una alta prevalencia de lesiones bucales, especialmente la caries dental, que constituye la segunda causa de morbilidad en las diferentes etapas de la vida, razón por la cual es considerada como un problema de salud pública. Un estudio del Ministerio de Salud (Minsa) reveló que la caries es la enfermedad más común entre la población infantil y que 9 de cada 10 escolares de 3 a 15 años la padecen, con una prevalencia del 85.6%

Existe evidencia científica de que la presencia de enfermedades bucales, como la caries, enfermedad periodontal y las infecciones bucales son factores de riesgo de otras enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, en gestantes constituyen un factor de riesgo para el parto prematuro, el bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento intrauterino, preeclampsia y aborto. Al mismo tiempo generan costos elevados para el sistema de salud, afectando la calidad de vida de las personas, especialmente en casos avanzados,

puede ser costoso y prolongado y en algunos casos, puede llevar a la pérdida de dientes y a problemas de desarrollo facial y psicológico.

La prevalencia de caries dental entre los años 2010 a 2022 en niños con edades por debajo de los 12 años en el Perú fue entre 90% y 94.3%. Se concluye además que hay factores asociados a la caries dental en niños con edades por debajo de los 12 años entre el 2010 a 2022; como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, estilo de vida y el nivel de educación de los padres.

Gráfico N° 243 Región Loreto. Número de Enfermedades bucales 2022-2024.

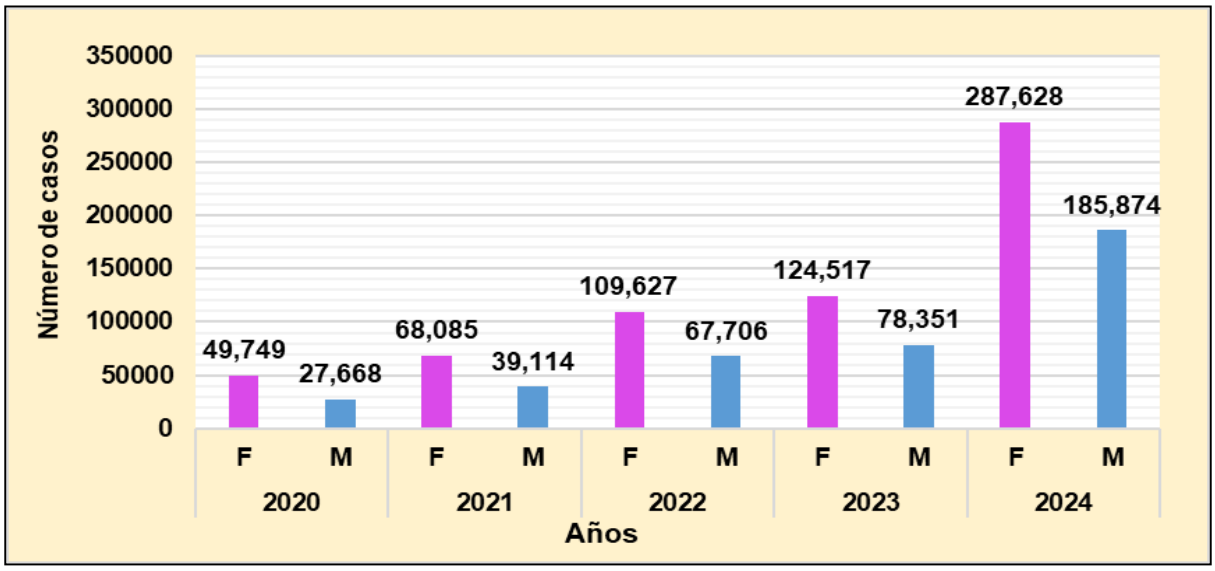


Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto muestra un incremento sostenido y notable en los casos de enfermedades bucales, pasando de 77,932 casos en 2020 a 473,586 en 2024, lo que representa un incremento más de seis veces en el periodo analizado. Este incremento puede asociarse tanto a una mayor demanda y cobertura de atención odontológica como al aumento real de problemas de salud bucal. influenciados por factores determinantes como la escasa práctica de higiene oral, limitada disponibilidad de servicios odontológicos continuos, consumo elevado de azúcares, y baja educación sanitaria en zonas rurales y urbanas marginales.

Entre los años 2020 y 2024, los casos de enfermedades bucales en Loreto mostraron un incremento progresivo, con un claro predominio en el sexo femenino durante todo el periodo analizado. En 2024, se registraron 287,628 casos en mujeres frente a 185,874 en hombres, consolidando una brecha sostenida por sexo. Este comportamiento podría explicarse por una mayor asistencia de las mujeres a los servicios de salud, así como por factores hormonales y hábitos de autocuidado más frecuentes. El crecimiento constante de los casos en ambos sexos refleja una tendencia ascendente en la detección y posiblemente en la incidencia real de enfermedades bucales, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, educación y atención odontológica integral en toda la región.

Gráfico N° 244 Región Loreto. Número de Enfermedades bucales por sexo. 2,020 - 2,024



Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

Entre los años 2020 y 2024, el número de enfermedades bucales en la región Loreto presentó un incremento sostenido en todos los grupos etarios, destacándose especialmente en la población escolar (5 a 11 años) y en los adultos jóvenes (30 a 59 años). En 2024, los grupos con mayor afectación fueron los de 5 a 11 años con 122,334 casos y los de 30 a 59 años con 119,128 casos. Los niños y adolescentes (1 a 17 años) en conjunto concentran una gran proporción de los casos, lo que refleja deficiencias en la prevención temprana, higiene oral y control odontológico periódico. En los adultos mayores (60 años a más) también se observa un aumento progresivo, alcanzando 24,708 casos en 2024, posiblemente asociado al desgaste dental, enfermedades periodontales y enfermedades crónicas coexistentes.

Tabla N° 167 Región Loreto. Número de Enfermedades bucales por grupo etario. 2,020 - 2,024

Año/Grupo etario	2020	2021	2022	2023	2024
0 -29 dias	14	25	21	23	60
1 mes - 11 meses	233	276	505	407	1,210
1 año - 4 años	5,376	7,107	10,605	10,161	26,866
5 años- 11 años	**21,197**	**28,682**	**52,087**	**56,328**	**122,334**
12 años -17 años	12,671	17,898	30,979	38,946	87,994
18años - 29 años	15,917	21,186	34,034	39,342	90,160
30 años- 59 años	18,002	25,826	41,014	48,352	119,128
60 años a más	3,854	5,950	7,827	8,823	24,708

Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad 2020 - 2024.

Entre los años 2022 y 2024, las patologías orales principales en la región Loreto mostraron un incremento sostenido, destacando la caries dental (K02) como la afección más frecuente, al pasar de 84,411 casos (46.9%) en 2022 a 124,400 (50.4%) en 2024, lo que evidencia un problema persistente de higiene bucal y falta de prevención. Le siguen las enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales (K04), que aunque también aumentan en número absoluto, disminuyen proporcionalmente (de 31.9% a 28.1%), posiblemente por un mejor manejo clínico oportuno. La gingivitis y enfermedades periodontales (K05) mantienen una tendencia estable pero decreciente en proporción (de 11.0% a 8.4%), mientras que las otras enfermedades de los tejidos duros dentarios (K03) presentan un ascenso progresivo,

alcanzando 9.7% en 2024, reflejando la exposición a factores como el desgaste dental y las malas prácticas de higiene.

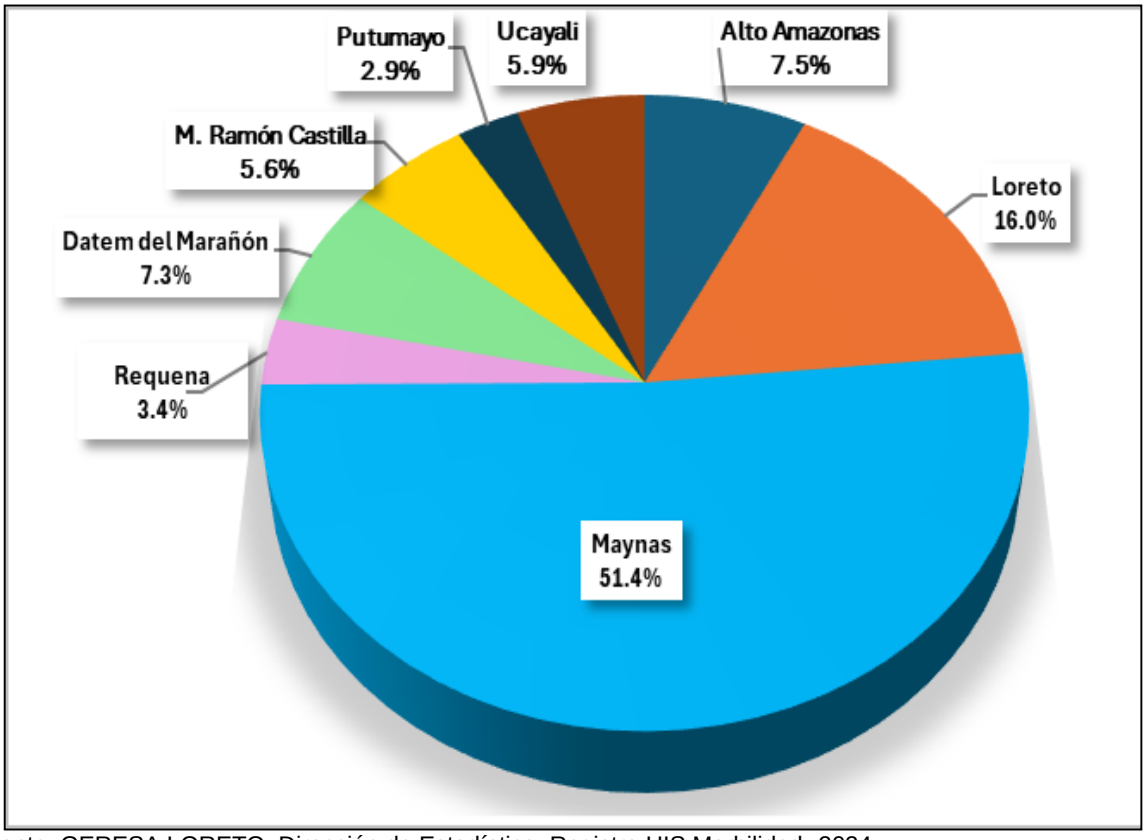
En conjunto, el predominio de patologías prevenibles resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción y educación en salud bucal, así como mejorar el acceso a servicios odontológicos en zonas rurales y periurbanas de Loreto.

Tabla N° 168 Región Loreto. Número de patologías Orales. 2,022 - 2,024

N°	PATOLOGIAS	2022	%	2023	%	2024	%
1	K02 (Caries Dental)	84,411	46.9%	100,473	47.6%	124,400	50.4%
2	K04 (Enfermedades De La Pulpa Y De Los Tejidos Periapicales)	57,356	31.9%	63,489	30.1%	69,530	28.1%
3	K05 (Gingivitis Y Enfermades Periodontales)	19,766	11.0%	21,857	10.4%	20,865	8.4%
4	K03 (Otras Enfermedades De Los Tejidos Duros De Los Dientes)	10,883	6.0%	17,091	8.1%	23,918	9.7%
5	k08 - otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sosten	3354	1.90%	3622	1.70%	3420	1.40%
6	k00 - trastornos del desarrollo y de la erupcion de los dientes	2018	1.10%	1579	0.70%	2196	0.90%
7	k12 - estomatitis y lesiones afines	524	0.30%	679	0.30%	766	0.30%
8	k07 - anomalias dentofaciales [incluso la maloclusion]	390	0.20%	492	0.20%	328	0.10%
9	k10 - otras enfermedades de los maxilares	349	0.20%	403	0.20%	340	0.10%
10	k01 - dientes incluidos e impactados	278	0.20%	526	0.20%	609	0.20%
11	k06 (transtorno de la encia y zona edentula)	267	0.10%	262	0.10%	164	0.10%
12	k11 - enfermedades de las glandulas salivales	124	0.10%	145	0.10%	153	0.10%
13	k13 - otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal	94	0.10%	115	0.10%	186	0.10%
14	k14 - enfermedades de la lengua	67	0.00%	83	0.00%	102	0.00%
15	k09 - quistes de la region bucal, no clasificados en otra parte	54	0.00%	66	0.00%	64	0.00%
Total		**179,935**	**95.8%**	**210,882**	**96.2%**	**247,041**	**96.6%**

Fuente: Morbilidad en Salud Bucal – REUNIS. 2020 - 2024.

Gráfico N° 245 Región Loreto. Porcentaje de Enfermedades bucales por provincia. 2024



Fuente: GERESA LORETO. Dirección de Estadística. Registro HIS Morbilidad- 2024.

En el año 2024, la distribución de las enfermedades bucales en la región Loreto muestra un claro predominio en la provincia de Maynas (51.4%), donde se concentra más de la mitad de los casos, probablemente debido a su mayor densidad poblacional y acceso a los servicios odontológicos. Le siguen las provincias de Loreto (16.0%) y Alto Amazonas (7.5%), que también presentan una carga importante de morbilidad bucal. En contraste, Putumayo (2.9%), Mariscal Ramón Castilla (5.6%) y Ucayali (5.9%) reportan menores porcentajes, lo que podría estar relacionado con la dispersión geográfica, limitaciones en la cobertura sanitaria y menor acceso a servicios especializados.

4.3.6.7 Enfermedades Oculares

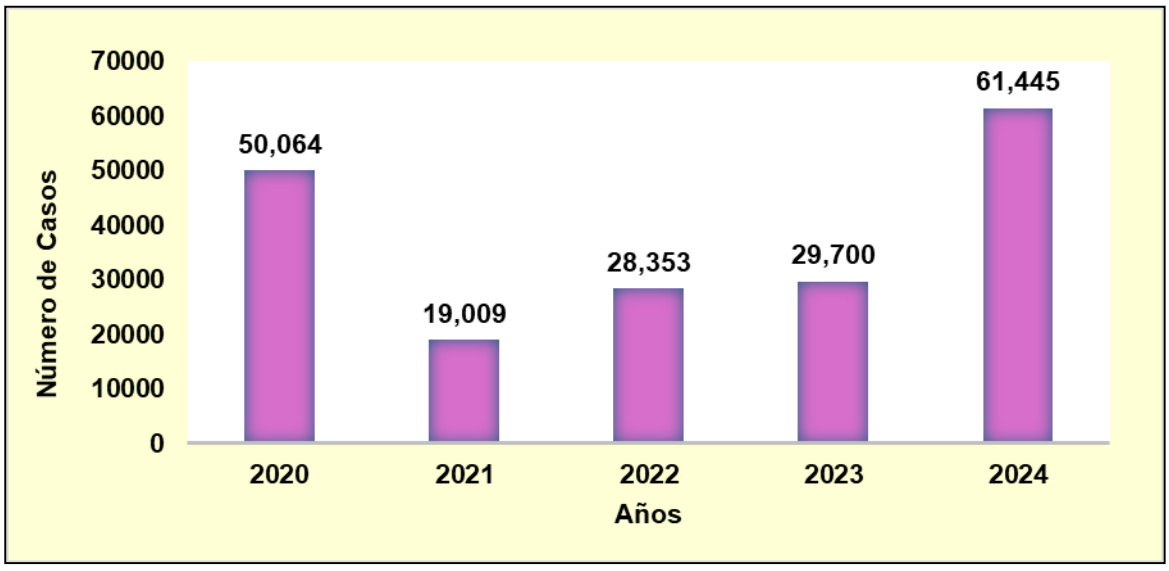
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el número de personas con impedimento visual debido a enfermedades oculares y errores refractivos no corregidos es de 314 millones. Asimismo, estima que, de dicho total de personas con impedimento visual, 45 millones de personas son ciegas y de estas últimas, el 18% se debe a errores refractivos no corregidos.

La Organización Mundial de la Salud está alertando de una nueva epidemia, la miopía sobre la que los expertos indican que en 25 años la mitad de la población la padecerá y, por tanto, necesitará gafas. En algunos casos, incluso, las lesiones serán irreversibles esto debido al abuso de las nuevas tecnologías, que nos mantienen horas pegados a pequeñas pantallas y expuestos a la luz que irradian.

En Perú los problemas visuales constituyen la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando cerca de 300 000 personas con discapacidad visual severa, en adición a 160 000 ciegos por diversas causas; los cuales, solo un tercio cuenta con algún tipo de seguro y el resto tiene problemas de accesibilidad a servicios de salud, agravados por su situación de pobreza.

Gráfico N°247. Según el HIS/MINSA las estadísticas de morbilidades oculares en la región Loreto entre los años 2020 al 2024, encontramos que hubo un descenso de morbilidades del año 2020 al 2021 de 50,064 a 19,009 casos, lo cual fue incrementándose paulatinamente siendo el año 2022 (28,353), 2023 (29,700) y el año 2024 se incrementó a 61,445 casos.

Gráfico N° 246 Región Loreto. Número de casos de Enfermedades oculares. 2020 - 2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística. Registro HIS morbilidad-2020- 2024

Las enfermedades que afectan la salud de los ojos son un tema muy importante, ya que la visión es uno de los sentidos más valiosos que poseemos. Desde condiciones comunes como la miopía, astigmatismo, cataratas, conjuntivitis, blefaritis y otras afecciones más graves como el glaucoma y la degeneración macular, etc.

Es por ello por lo que, en el Perú, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, de acuerdo a los informes de casos que son informados por el personal de salud a través del HIS MINSA, se evidencian los siguientes problemas de salud ocular.

Tabla N° 169 Región Loreto. Número de casos de Enfermedades oculares según diagnósticos. 2024

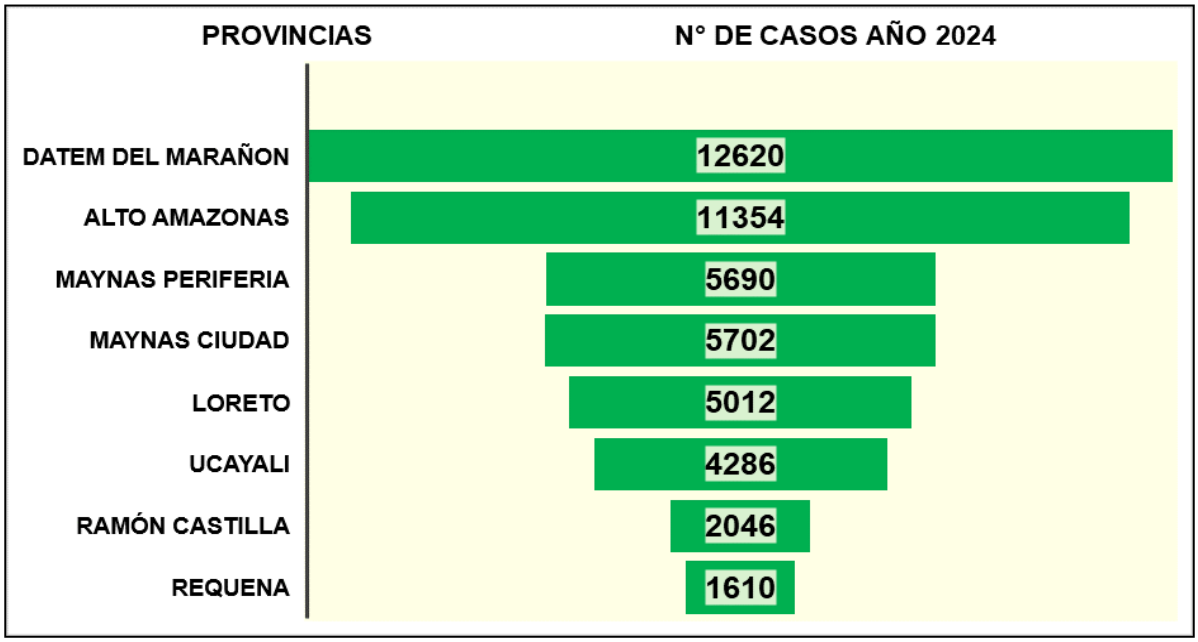
ITEMS	DIAGNÓSTICOS	N° DE CASOS	%
1	CONJUNTIVITIS NO ESPECIFICADA	18,556	**30.6%**
2	CONJUNTIVITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	16,194	**26.7%**
3	PTERIGION	4,640	**7.7%**
4	CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTA	2,084	**3.4%**
5	CATARATA SENIL INCIPIENTE	1,936	**3.2%**
6	CONJUNTIVITIS VIRAL SIN OTRA ESPECIFICACION	1,796	**3.0%**
7	BLEFARITIS	1,574	**2.6%**
8	CATARATA SENIL NO ESPECIFICADA	1,546	**2.6%**
9	CATARATA NO ESPECIFICADA	1,414	**2.3%**
10	ORZUELO Y OTRAS INFLAMACIONES PROFUNDAS DEL PARPADO	1,252	**2.1%**
	SUB TOTAL	**44,826**	**74.0%**
OTROS DIAGNOSTICOS		15,736	**26.0%**
TOTAL		**60,562**	**100.0%**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística. Registro HIS morbilidad. 2024

La Tabla N° 169, se muestra los 10 primeros diagnósticos de enfermedades oculares registrados en el HIS/MINSA el 2024, de las cuales en primer lugar se encuentran la conjuntivitis no especificada (31%), seguida de la conjuntivitis aguda no especificada (27%), Pterigión pasa hacer el tercer lugar con el 8% y Orzuelo y otras inflamaciones del párpado (2%) con menos registro de casos del total de morbilidades.

Gráfico N° 247. La provincia que registra mayor cantidad de enfermedades oculares es, la provincia de Datem del Marañón con 12,620 casos, le sigue la provincia de Alto Amazonas (11,354) y la provincia con menos registros de esta morbilidad es la provincia de Requena (1,610 casos).

Gráfico N° 247 Región Loreto. Número de casos de Enfermedades oculares según Provincias. 2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística. Registro HIS morbilidad. 2024

Las enfermedades oculares registradas en el HIS/MINSA 2024, nos informa que, el 35% de las enfermedades oculares se presentaron en la etapa niño y un 55% en el sexo femenino.

Tabla N° 170 Región Loreto. Número de casos de Enfermedades oculares según Provincias. 2024

Enfermedades Oculares por Etapas de Vida	sexo M	sexo F	TOTAL	%
Etapa Niño 0 a 11 años	11,220	10,541	21,761	**35.4%**
Etapa Adolescente 12 a 17 años	2,550	2,982	5,532	**9.0%**
Etapa Jóven 18 a 29 años	2,242	3,984	6,226	10.1%
Etapa Adulto 30 a 59 años	5,978	8,580	14,558	23.7%
Etapa Adulto Mayor 60 años a más	5,940	7,428	13,368	21.8%
TOTAL	**27,930**	**33,515**	61,445	100.0%

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Estadística. Registro HIS morbilidad. 2024

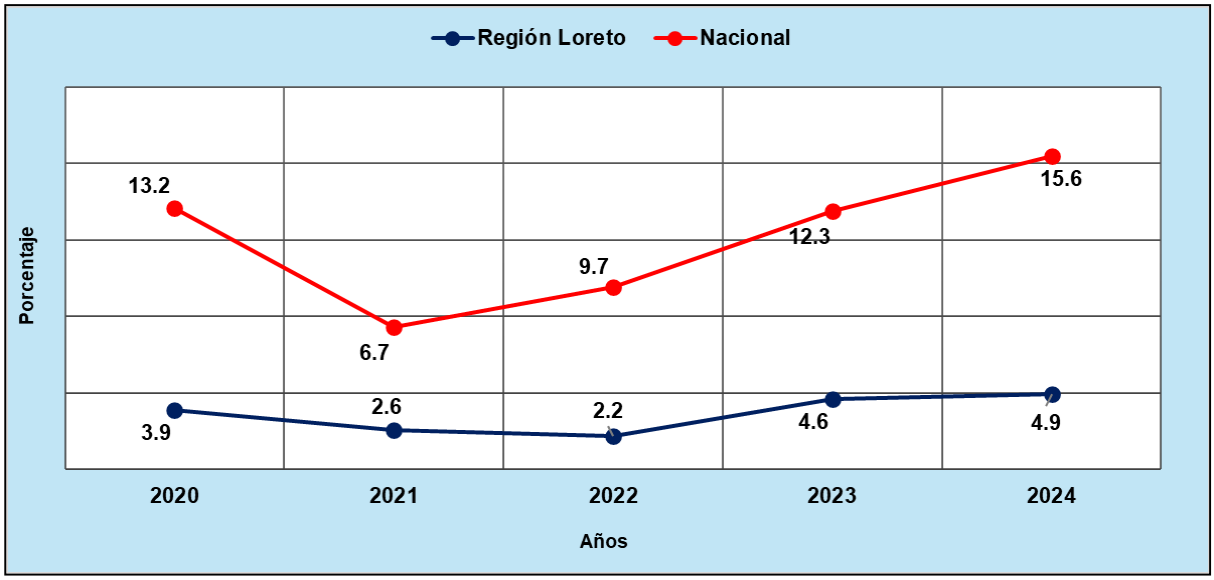
4.3.6.7.1 Valoración de agudeza visual

La realización de la valoración de Agudeza Visual forma parte de la rutina de un examen ocular. En los niños se realiza para detectar problemas visuales para así de esta manera corregir o mejorar.

Entre los años 2020 y 2024, la valoración de agudeza visual en niñas y niños de 3 a 11 años en la región Loreto se mantuvo muy por debajo del promedio nacional, con una ligera mejora en 2024 (4.9%) pero aún distante del 15.6% alcanzado a nivel país. Esta baja cobertura refleja brechas importantes en la atención preventiva infantil, posiblemente relacionadas con

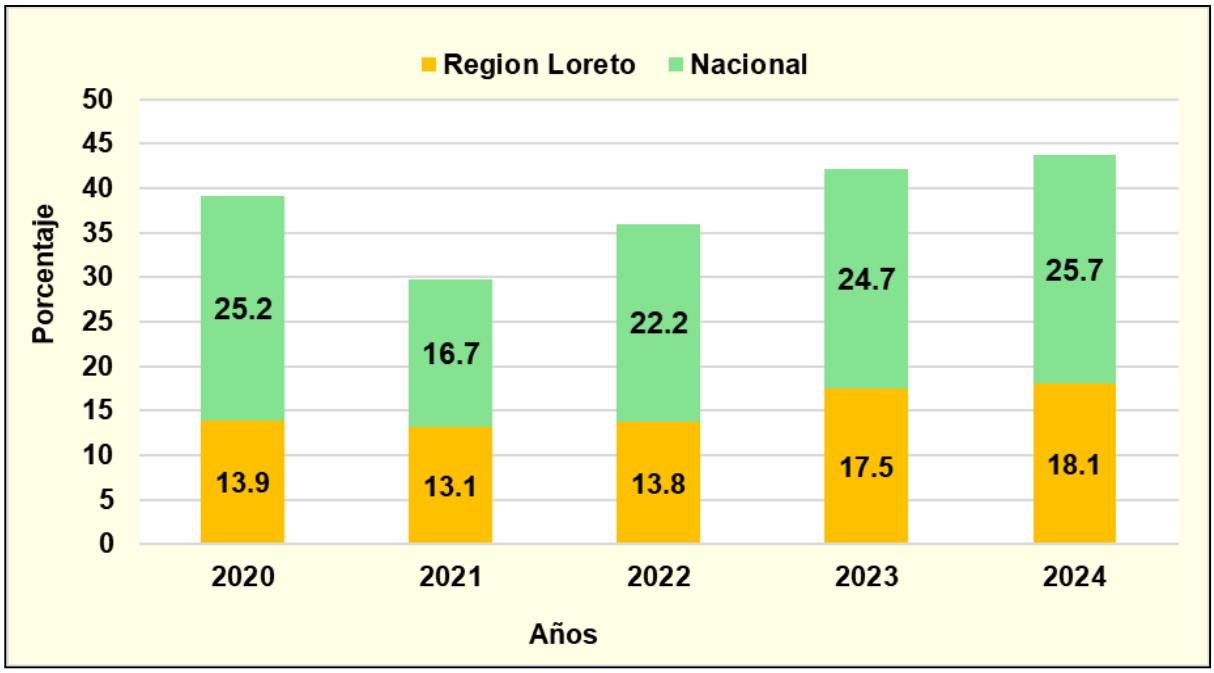
problemas presupuestales, dispersión geográfica, limitada disponibilidad de personal especializado y escasos programas de tamizaje visual principalmente en escolares de zona rurales e indígenas.

Gráfico N° 248 Región Loreto. Niñas y niños de 3 a 11 años de edad con valoración de agudeza visual realizada por un personal de salud en los últimos 12 meses. 2020-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar *Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales. Loreto (2020, 2021, 2022, 2023 y 2024)

Gráfico N° 249 Región Loreto. Niñas y niños de 3 a 11 años de edad con valoración de agudeza visual realizada por un personal de salud en los últimos 12 meses. 2020-2024.

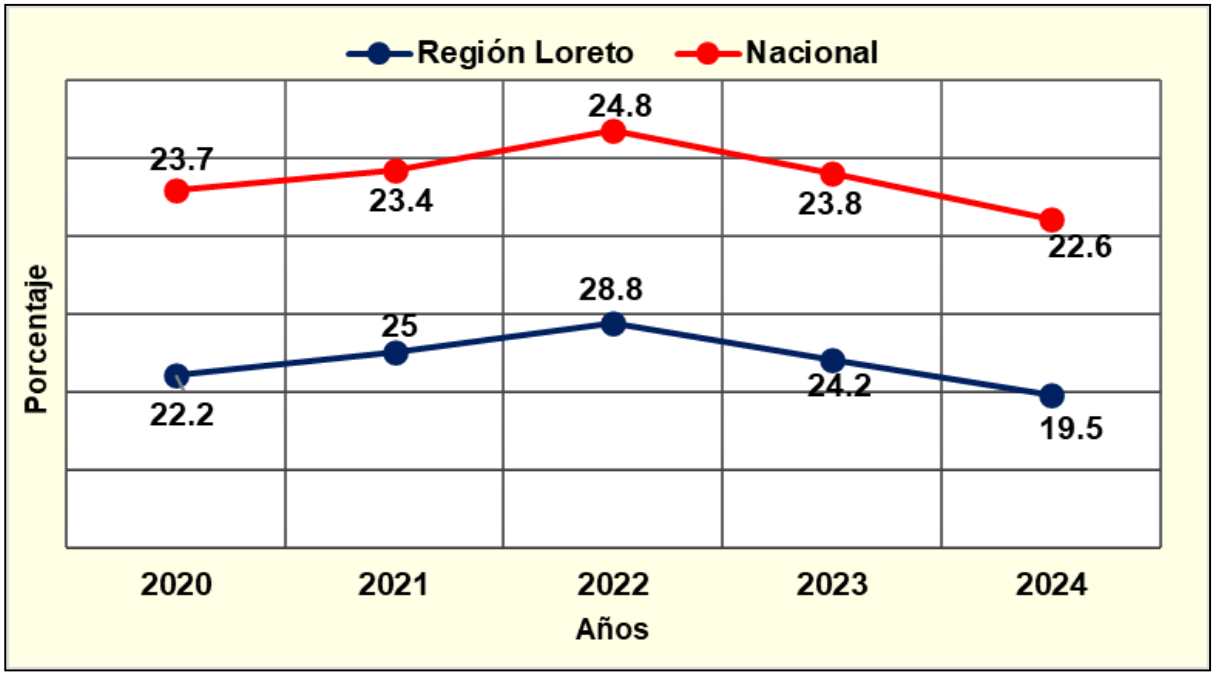


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar *Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales. Loreto (2020, 2021, 2022, 2023 y 2024)

En el año 2024, ***La Valoración de Agudeza Visual en los mayores de 50 años y más de edad***. En Loreto fue el 13.9% (2020) y 18.1% (2024) a diferencia del nivel nacional 25.2% (2020) y 25.7% (2024).

Entre los años 2020 y 2024, la valoración de agudeza visual en los mayores de 50 años a más en la región Loreto mostró una tendencia variable, con un incremento hasta 2022 (28.8%) y una caída significativa en 2024 (19.5%), situándose por debajo del promedio nacional (22.6%).

Gráfico N° 250 Región Loreto. Personas mayores de 50 años con dificultad visual. 2024 2020-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar *Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales. Loreto (2020, 2021, 2022, 2023 y 2024)

4.3.6.7.2 Prácticas adecuadas de salud ocular;

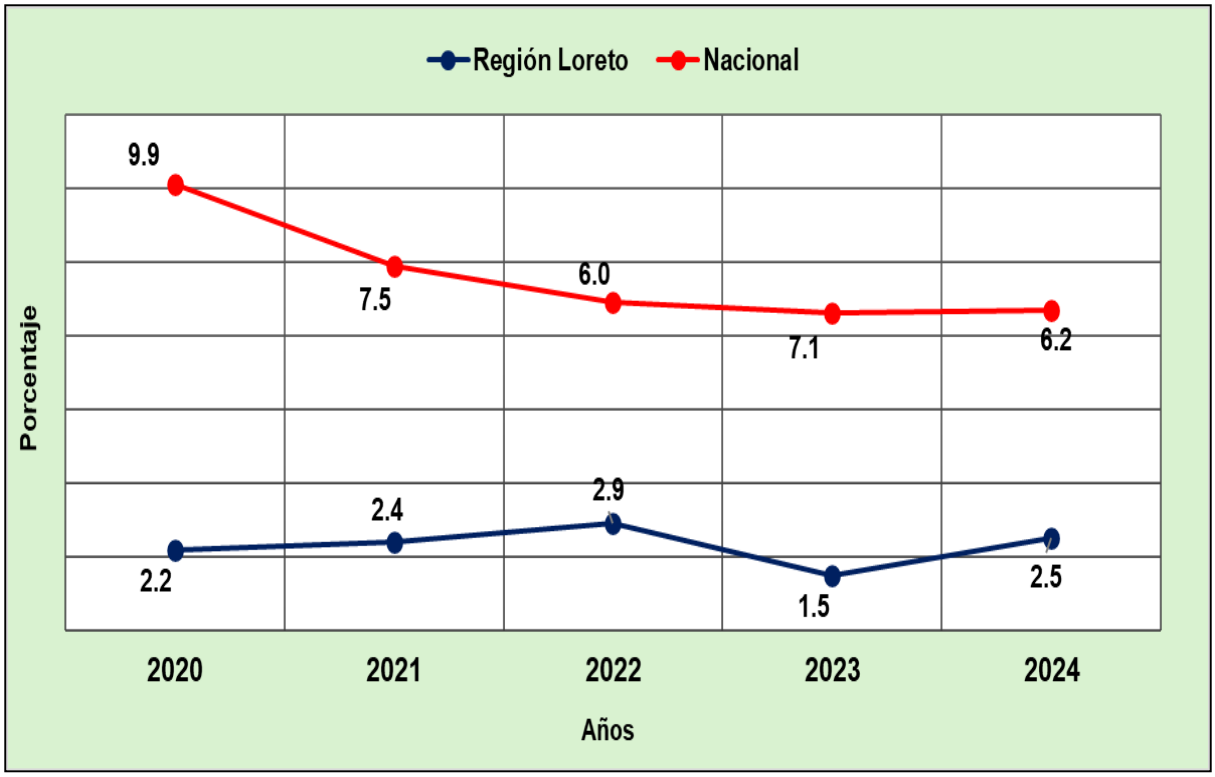
Las prácticas adecuadas de salud ocular en la niñez constituyen una prioridad dentro de las políticas del Ministerio de Salud (MINSA), orientadas a garantizar el desarrollo integral y el bienestar visual desde etapas tempranas de la vida. En la región Loreto, la promoción de la salud ocular adquiere especial relevancia por las condiciones geográficas, socioeconómicas y culturales que limitan el acceso oportuno a los servicios especializados.

Desde un enfoque de salud pública, la detección temprana de alteraciones visuales como errores refractivos, ambliopía o estrabismo mediante la valoración periódica de la agudeza visual, es fundamental para prevenir discapacidades visuales evitables, mejorar el rendimiento escolar y favorecer la calidad de vida infantil. Fortalecer estas prácticas en Loreto implica integrar acciones intersectoriales y comunitarias, con participación activa de los padres, docentes y personal de salud, en concordancia con las estrategias del MINSA para el control, promoción y educación en salud ocular infantil.

Durante el periodo 2020-2024, la proporción de niños y niñas de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular en la Región Loreto se mantuvo baja y por debajo del promedio nacional. Los valores fluctúan entre 1.5 % y 2.9 %, evidenciando una baja cobertura y

sostenibilidad de las acciones preventivas en salud visual infantil. En comparación, el promedio nacional se ubicó entre 6.0 % y 9.9 %, lo que refleja una brecha persistente entre Loreto y el resto del país. Esta situación sugiere limitaciones en el acceso a servicios de salud ocular, la disponibilidad de personal especializado y la promoción de prácticas preventivas en las comunidades, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso, donde las condiciones socioeconómicas y geográficas influyen directamente en la atención infantil.

Gráfico N° 251 Región Loreto. Niños y niñas de 3 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de Salud Ocular a nivel de la Región Loreto y Nacional. 2020 al 2024 (porcentaje



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar *Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales. Loreto (2020, 2021, 2022, 2023 y 2024)

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

5.1 Determinantes de riesgos y daños a la salud.

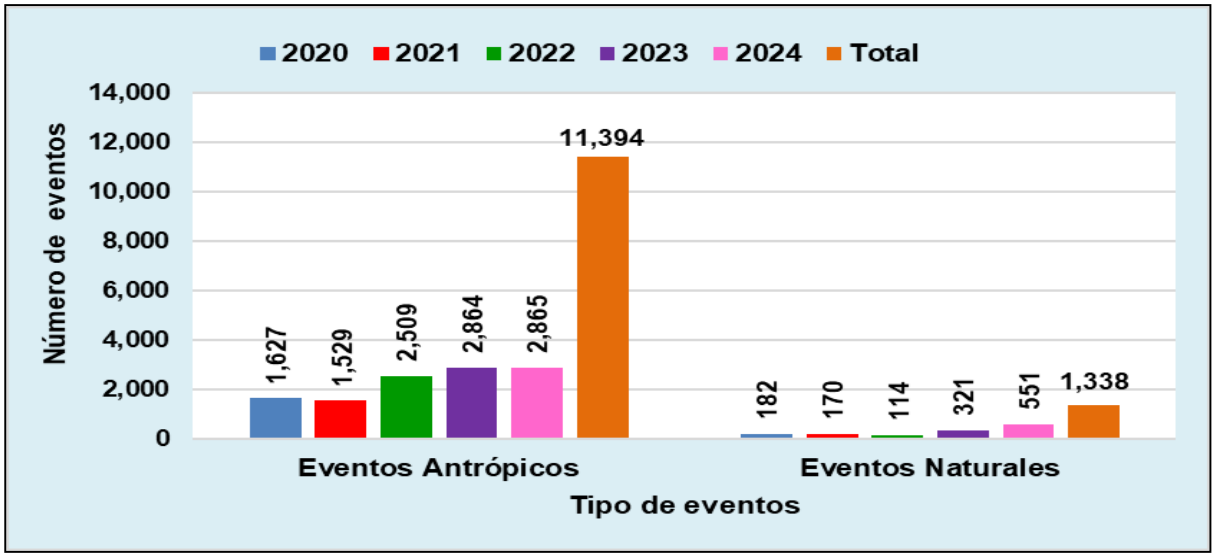
5.1.1 Emergencias y Desastres

La situación de salud vinculada a emergencias y desastres en la región Loreto continúa siendo un desafío importante debido a su extensa geografía amazónica, dispersión poblacional y limitada infraestructura sanitaria. Las inundaciones estacionales, deslizamientos, brotes epidémicos (como dengue y leptospirosis) y los efectos del cambio climático han impactado de manera recurrente en la salud pública y en la capacidad de respuesta del sistema sanitario regional. Estas condiciones demandan un fortalecimiento de la gestión del riesgo de desastres, la articulación intersectorial y la preparación de los servicios de salud para garantizar atención oportuna, resiliencia comunitaria y continuidad de los servicios esenciales frente a emergencias.

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto registró un total de 12,732 eventos que afectaron la salud, predominando ampliamente los eventos antrópicos 11,394 (89.5%) sobre los naturales1,338 (10.5%). Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto registró un incremento sostenido en el número de eventos que generaron daños a la salud, tanto de origen antrópico como natural. Los eventos antrópicos fueron los más frecuentes durante todo el periodo, aumentando de 1,627 casos en 2020 a 2,865 en 2024, lo que refleja un crecimiento asociado a accidentes, incendios, conflictos sociales y emergencias sanitarias. En cuanto a los eventos naturales, aunque en menor proporción, también se observa un repunte importante, pasando de 182 en 2020 a 551 en 2024, posiblemente relacionados con inundaciones, deslizamientos y variaciones climáticas extremas.

Esta tendencia evidencia la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo de desastres y la respuesta del sistema de salud, priorizando acciones de prevención, vigilancia y adaptación frente a los efectos del cambio climático y las actividades humanas en Loreto.

Gráfico N° 252 Región Loreto. Número de eventos Antrópicos y Naturales. región Loreto 2020-2024.



Fuente: El Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres – GERESA Loreto

5.1.1.1 Eventos Antrópicos

Durante el período 2020-2024, la región Loreto registró un total de 11,394 eventos antrópicos, siendo los accidentes de tránsito la principal causa, con un 91.2% del total, lo que refleja un

grave problema de seguridad vial y movilidad. En menor proporción, se identifican casos relacionados con delincuencia común (5.4%), incendios (1.8%) y otros eventos como accidentes fluviales, conflictos sociales e intoxicaciones, que en conjunto representan menos del 2%. La tendencia creciente, especialmente desde 2022, evidencia la necesidad de fortalecer las políticas de prevención, control y respuesta frente a estas emergencias.

Tabla N° 171 Región Loreto. Número de eventos Antrópicos.2020-2024.

Eventos Antrópicos	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Accidentes de Tránsito	1,591	1,476	2,435	2,509	2,379	10,390	91.2%
Delincuencia Común	0	3	16	234	360	613	5.4%
Incendio	15	29	29	70	61	204	1.8%
Accidente Fluvial	10	14	10	8	13	55	0.5%
Conflicto Social	2	4	6	25	11	48	0.4%
Intoxicación	1	1	0	1	23	26	0.2%
Contaminación Ambiental	4	1	11	6	1	23	0.2%
Explosión	4	1	2	7	7	21	0.2%
Accidentes Aéreos	0	0	0	4	4	8	0.1%
Ahogamiento	0	0	0	0	6	6	0.1%
Totales	**1,627**	**1,529**	**2,509**	**2,864**	**2,865**	**11,394**	**100.00%**

Fuente: El Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres – GERESA Loreto

5.1.1.2 Eventos Naturales

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto registró 1,338 eventos naturales, predominando las lluvias intensas (57.2%), seguidas de vientos fuertes (14.1%) y friajes en la selva (7.4%), los cuales reflejan la alta vulnerabilidad climática de la región amazónica. Se observa un incremento sostenido de eventos en 2023 y 2024, especialmente de lluvias y friajes, asociados a los efectos del cambio climático y a las variaciones estacionales del entorno tropical.

Tabla N° 172 Región Loreto. Número de eventos Naturales. 2020-2024.

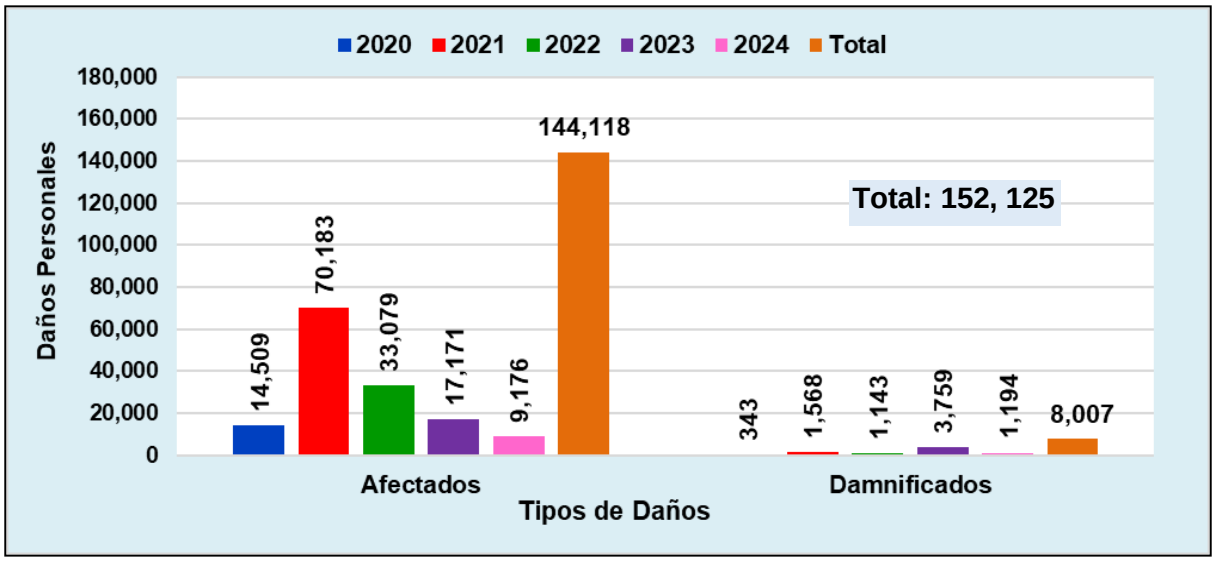
Eventos Naturales	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
Lluvias Intensas	107	100	55	212	291	765	57.2%
Vientos Fuertes	37	16	16	51	69	189	14.1%
Friaje en la Selva	0	6	5	0	88	99	7.4%
Sismo	21	12	26	19	19	97	7.2%
Inundacion	5	31	7	20	9	72	5.4%
Déficit Hídrico	0	0	0	0	38	38	2.8%
Erosión Fluvial	7	0	2	15	11	35	2.6%
Incendio Forestal	0	0	0	0	19	19	1.4%
Granizada	5	2	2	0	0	9	0.7%
Dscatga Eléctrica	0	2	0	0	6	8	0.6%
Deslizamiento de Tierra	0	1	0	3	1	5	0.4%
Llovizna Persistente	0	0	1	1	0	2	0.1%
Totales	**182**	**170**	**114**	**321**	**551**	**1,338**	**100.0%**

Fuente: El Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres – GERESA Loreto

5.1.1.3 Daños por eventos Naturales y Antrópicos

Según SINPAD-INDECI, durante el período 2020-2024, la Región Loreto registró un total de 152,125 personas perjudicadas por eventos naturales y antrópicos, de las cuales 144,118 (94.7%) fueron afectadas y 8,007 (5.3%) damnificadas. Aunque en 2024 los daños disminuyeron, los datos reflejan la alta vulnerabilidad social y ambiental de la región, donde la población se ve recurrentemente impactada por emergencias, lo que demanda fortalecer la gestión del riesgo y la preparación comunitaria.

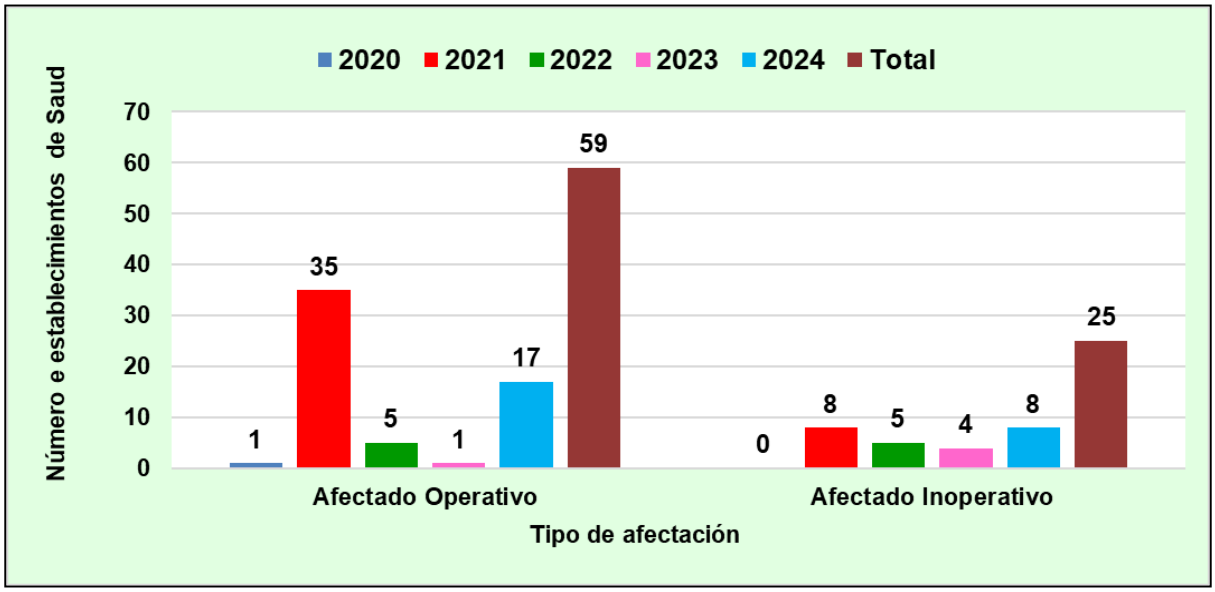
Gráfico N° 253 Región Loreto. Número de daños personales según tipo de daños-eventos naturales y antrópicos.2020-2 024



Fuente: SINPAD (Sistema Nacional de Información para la Prevención y Atención de Desastres)- INDECI

5.1.1.3.1 Establecimientos de salud Afectados

Gráfico N° 254 Región Loreto. Número de Establecimientos de Salud afectados por eventos naturales y antrópicos Región Loreto. 2020-2024



Fuente: SINPAD (Sistema Nacional de Información para la Prevención y Atención de Desastres)- INDECI

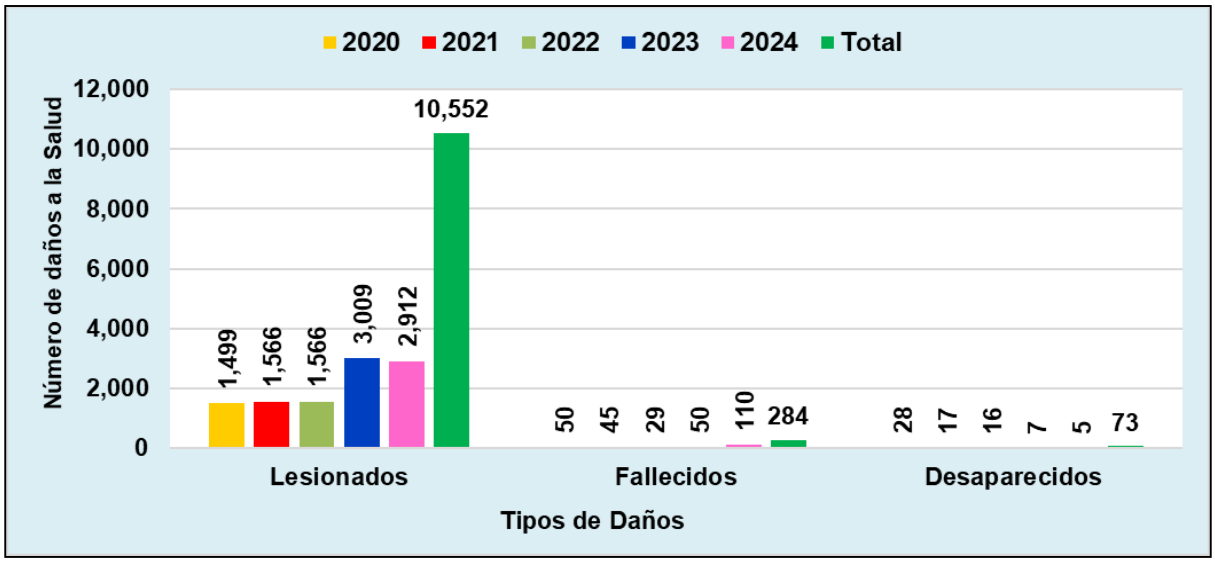
Entre los años 2020 y 2024, la Región Loreto registró un total de 84 establecimientos de salud afectados por eventos naturales y antrópicos, de los cuales 59 (70.2%) permanecieron operativos y 25 (29.8%) resultaron inoperativos.

5.1.1.4 Morbilidad en las Emergencias y Desastres

La morbilidad en emergencias y desastres se refiere al conjunto de enfermedades, lesiones o afecciones que afectan a la población durante o después de la ocurrencia de un evento adverso, ya sea natural o antrópico. En estos contextos, el impacto sobre la salud puede deberse a heridas, intoxicaciones, enfermedades transmisibles, estrés postraumático o brotes epidémicos, los cuales se agravan por la interrupción de servicios básicos, el limitado acceso a la atención médica y las precarias condiciones de saneamiento. Por ello, el seguimiento de la morbilidad constituye un indicador clave para orientar las acciones de respuesta y recuperación del sistema de salud ante emergencias y desastres.

Durante el periodo 2020-2024, la región Loreto registró un total de 10,552 personas lesionadas, 284 fallecidas y 73 desaparecidas como consecuencia de diversos eventos naturales y antrópicos. Se observa que los lesionados representan la mayor carga de daño a la salud, con un incremento significativo en los años 2023 y 2024, coincidiendo con una mayor frecuencia de emergencias. Los fallecimientos muestran un aumento en 2024, lo que sugiere la gravedad de los eventos ocurridos ese año, mientras que los desaparecidos mantienen una tendencia decreciente. En conjunto, estos datos reflejan un impacto sostenido de los desastres sobre la salud y seguridad de la población loretana.

Gráfico N° 255 Región Loreto. Número de daños a la salud según tipo de daños. 2020-2024



Fuente: El Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres – GERESA Loreto

5.1.1.5 Atenciones en Emergencias y Desastres

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto registró un total de 10,802 atenciones en salud relacionadas con emergencias y desastres, evidenciando un incremento sostenido a lo largo del periodo. Las principales causas de atención fueron las heridas (36.5%), seguidas de contusiones (15.9%), policontusiones (12.5%) y traumatismos (11.6%), lo que demuestra que la mayoría de los casos correspondieron a lesiones físicas producidas por accidentes de tránsito, caídas, colapsos estructurales o impactos propios de eventos antrópicos. Se observa

un aumento importante de las atenciones en los años 2023 y 2024, coincidiendo con una mayor frecuencia e intensidad de eventos reportados.

Asimismo, los traumatismos encefalocraneanos (7.8%) y fracturas (9.7%) reflejan la severidad de muchas emergencias, mientras que causas menos frecuentes como quemaduras, intoxicaciones, síndrome ansioso y asfixias por humo revelan los riesgos secundarios asociados a incendios, explosiones o estrés postevento. El incremento de casos en 2024, especialmente de dolor y cefalea, también sugiere una mejor capacidad de detección y registro de afectaciones no traumáticas. En conjunto, estos datos evidencian la necesidad de fortalecer la respuesta sanitaria inmediata, la atención prehospitalaria y las acciones preventivas de gestión del riesgo en Loreto.

Tabla N° 173 Región Loreto. Número de daños a la salud según tipo de daños. 2020-2024

NUMERO DE ATENCIONES	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
HERIDAS	599	672	998	862	815	3,946	**36.5%**
CONTUSIONES	268	263	419	462	303	1,715	15.9%
POLICONTUSIONES	305	139	278	372	252	1,346	12.5%
TRAUMASTISMO	75	83	206	398	487	1,249	11.6%
FRACTURAS	126	128	188	289	322	1,053	9.7%
TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO	146	144	272	148	136	846	7.8%
DOLOR	0	0	0	66	248	314	2.9%
POLITRAUMATIZADO	23	26	22	12	8	91	0.8%
LUXACION	18	8	12	20	16	74	0.7%
QUEMADURA	5	12	10	7	19	53	0.5%
INTOXICACION	10	3	6	1	14	34	0.3%
SINDROME ANSIOSO	0	2	1	11	18	32	0.3%
CEFALEA	0	0	0	7	23	30	0.3%
INHALACIÓN Y ASFIXIA POR HUMO	3	2	2	7	5	19	0.2%
TOTALES	**1,578**	**1,482**	**2,414**	**2,662**	**2,666**	**10,802**	**100.0%**

Fuente: El Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres – GERESA Loreto

Entre los años 2020 y 2024, la Región Loreto reportó un total de 3,118 daños a la salud, predominando los lesionados (96.3%), seguidos de fallecidos (3.5%) y desaparecidos (0.2%). La provincia de Maynas concentró la mayor proporción de casos (83.7%), lo que refleja su alta densidad poblacional y concentración de actividades humanas. En contraste, provincias como Putumayo y Datem del Marañón registraron cifras mínimas. Estos datos evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de accidentes, emergencias y desastres en las zonas urbanas más expuestas y con mayor tránsito poblacional.

Tabla N° 174 Región Loreto. Número de tipos de daños a la salud según Provincias de Ocurrencias. 2020-2024

PROVINCIAS	TIPOS DE DAÑOS A LA SALUD			TOTAL	%
	LESIONADOS	FALLECIDOS	DESAPARECIDOS		
MAYNAS	2,522	85	3	2,610	**83.7%**
ALTO AMAZONAS	361	6	1	368	11.8%
LORETO	41	10	0	51	1.6%
DATEM DEL MARAÑON	2	5	1	8	0.3%
REQUENA	39	0	0	39	1.3%
UCAYALI	30	0	0	30	1.0%
PUTUMAYO	0	0	0	0	0.0%
MARISCAL RAMON CASTILLA	8	4	0	12	0.4%
TOTAL	**3,003**	**110**	**5**	**3,118**	**100%**

Fuente: El Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres – GERESA Loreto

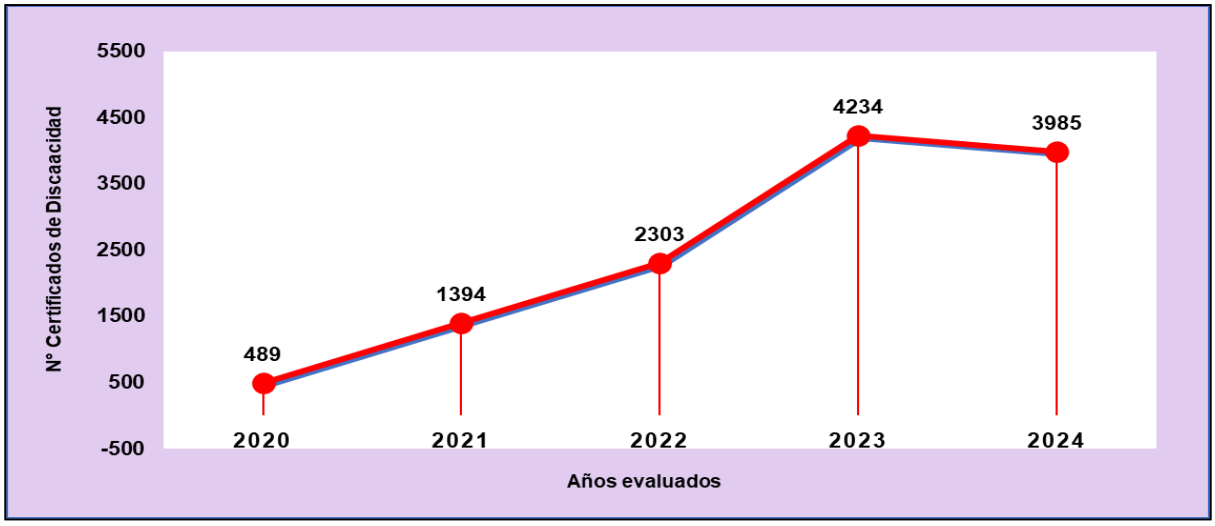
5.1.2 Personas con Discapacidad (PCD)

Según la Ley General de Personas con Discapacidad, define a la persona con discapacidad a aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás. Durante los últimos 25 años, la discapacidad se ha definido mediante tres enfoques principales: enfoques diagnósticos o categóricos, funcionales y sociales.

CONADIS refiere que 6 de cada 10 personas con discapacidad inscritas; tienen Discapacidad Severa, es decir cuentan con el carnet amarillo; las Personas con Discapacidad deben tener su respectivo ***certificado de discapacidad*** emitido por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, entre los que están los centros médicos, los hospitales del MINSA, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la policía Nacional del Perú, por EsSalud, por el INPE y por las instituciones clínicas privadas que el gobierno autorice.

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto mostró un incremento sostenido en el número de personas con algún tipo de discapacidad registradas en el CONADIS, pasando de 489 certificados en 2020 a 3,985 en 2024. Este aumento refleja una mejor cobertura en la certificación y registro de personas con discapacidad, impulsada por el fortalecimiento de los servicios de salud, la implementación de brigadas de certificación itinerante y la mayor sensibilización de la población sobre sus derechos. Sin embargo, el crecimiento también evidencia una alta carga de limitaciones funcionales posiblemente asociadas a enfermedades crónicas, accidentes y condiciones de vulnerabilidad social que afectan especialmente a zonas rurales y comunidades indígenas de Loreto.

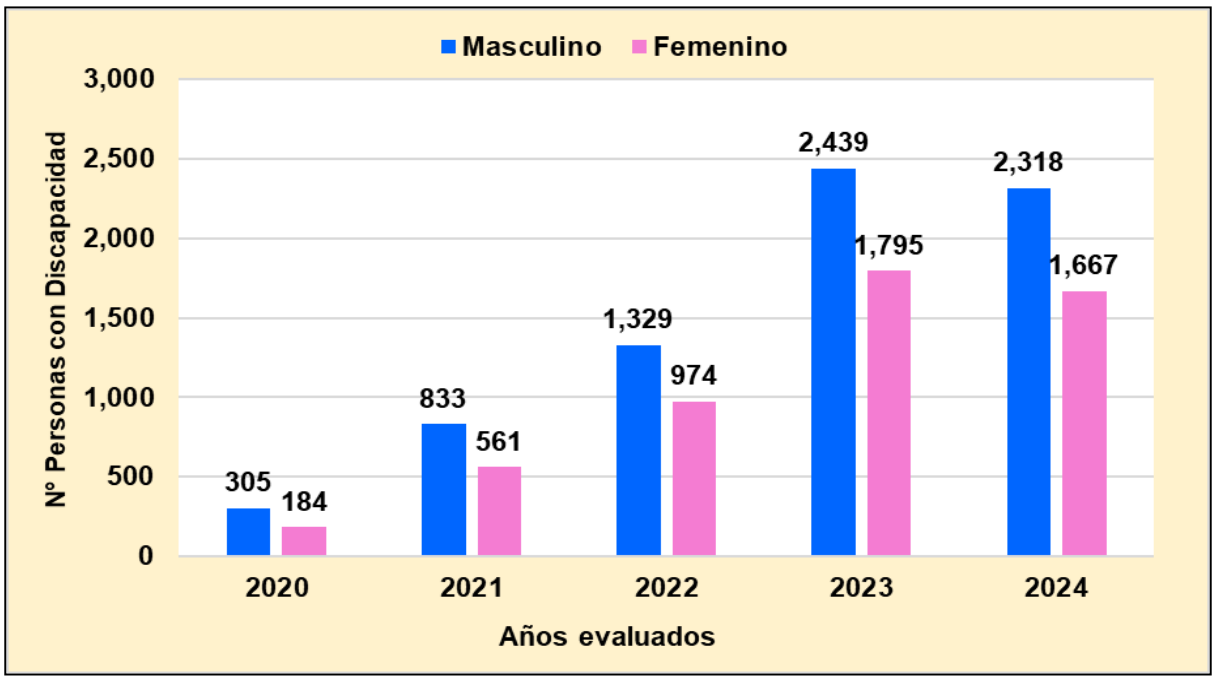
Gráfico N° 256 Región Loreto. Número de Población con algún tipo de Discapacidad, 2020 – 2024.



Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad. CONADIS 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, el número de personas con discapacidad en la región Loreto aumentó en ambos sexos, con un predominio del género masculino en todos los años evaluados. En 2024 se registraron 2,318 hombres frente a 1,667 mujeres, reflejando una brecha sostenida. Este comportamiento podría estar asociado a una mayor exposición de los varones a riesgos laborales, accidentes de tránsito y actividades físicas intensas, así como a una mayor detección de casos por parte de los servicios de salud.

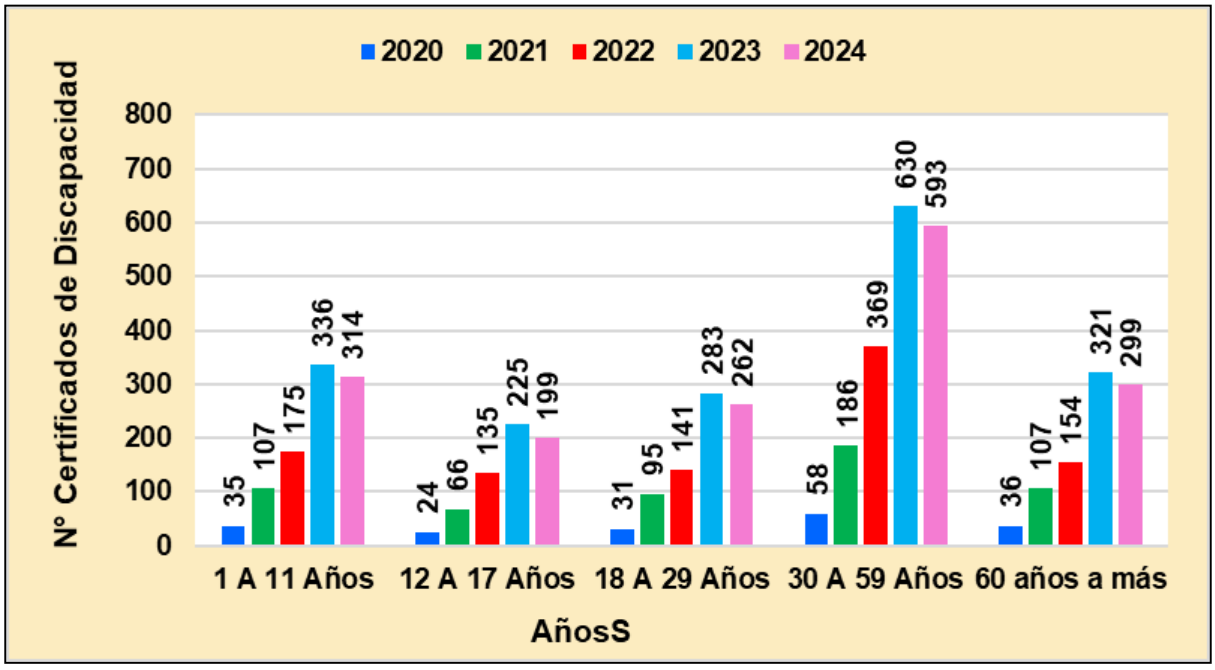
Gráfico N° 257 Región Loreto. Número de Personas con Discapacidad, según género. 2020 – 2024.



Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad. CONADIS 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, las mujeres certificadas con discapacidad en la región Loreto mostraron un incremento sostenido en todos los grupos etarios, destacando el grupo de 30 a 59 años con los mayores registros, alcanzando 593 casos en 2024, seguido por las mujeres de 60 años a más.

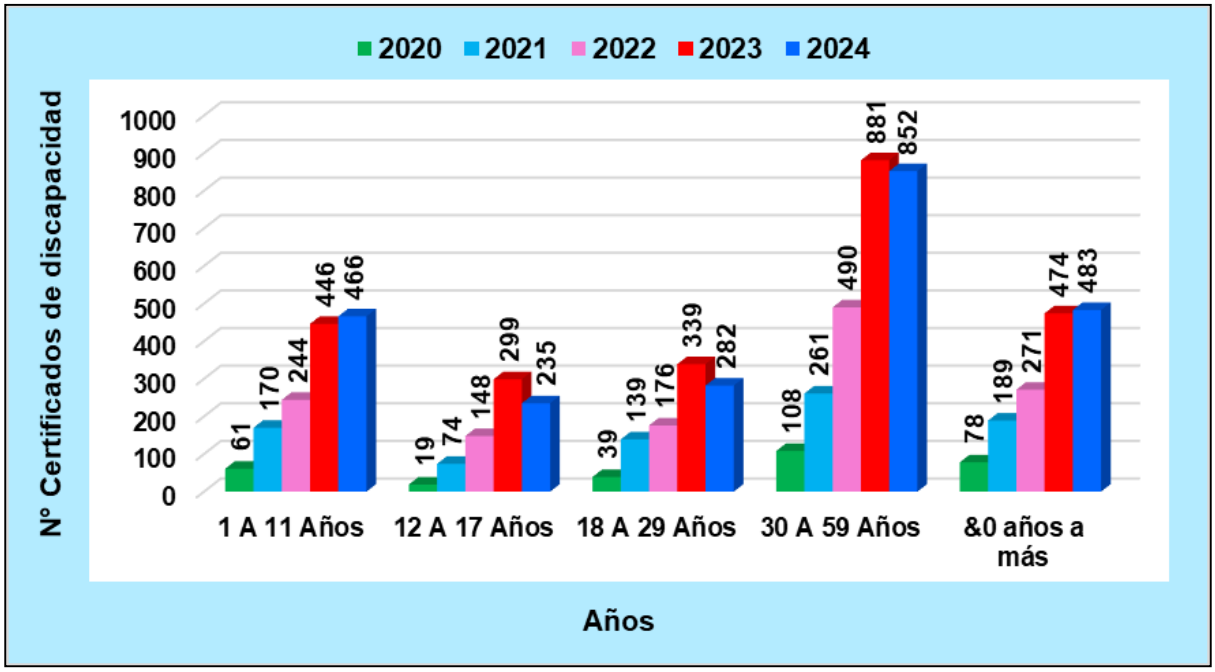
Gráfico N° 258 Región Loreto. Número de Certificados de Discapacidad, en Mujeres. 2020 – 2024.



Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad. CONADIS 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, la cantidad de certificados de discapacidad en varones de la región Loreto presentó un incremento constante en todos los grupos etarios, destacando el grupo de 30 a 59 años con 852 casos en 2024, seguido por los adultos mayores con 483 casos. Este comportamiento refleja una mayor incidencia de discapacidades en edades productivas y avanzadas, posiblemente asociadas a enfermedades crónicas, accidentes laborales o de tránsito, así como al envejecimiento poblacional. Asimismo, el aumento en los menores de 11 años evidencia una mejora en la detección temprana y acceso a la certificación de la discapacidad en la niñez masculina.

Gráfico N° 259 Región Loreto. Número de Certificados de Discapacidad, según su género Masculino. 2020 – 2024.



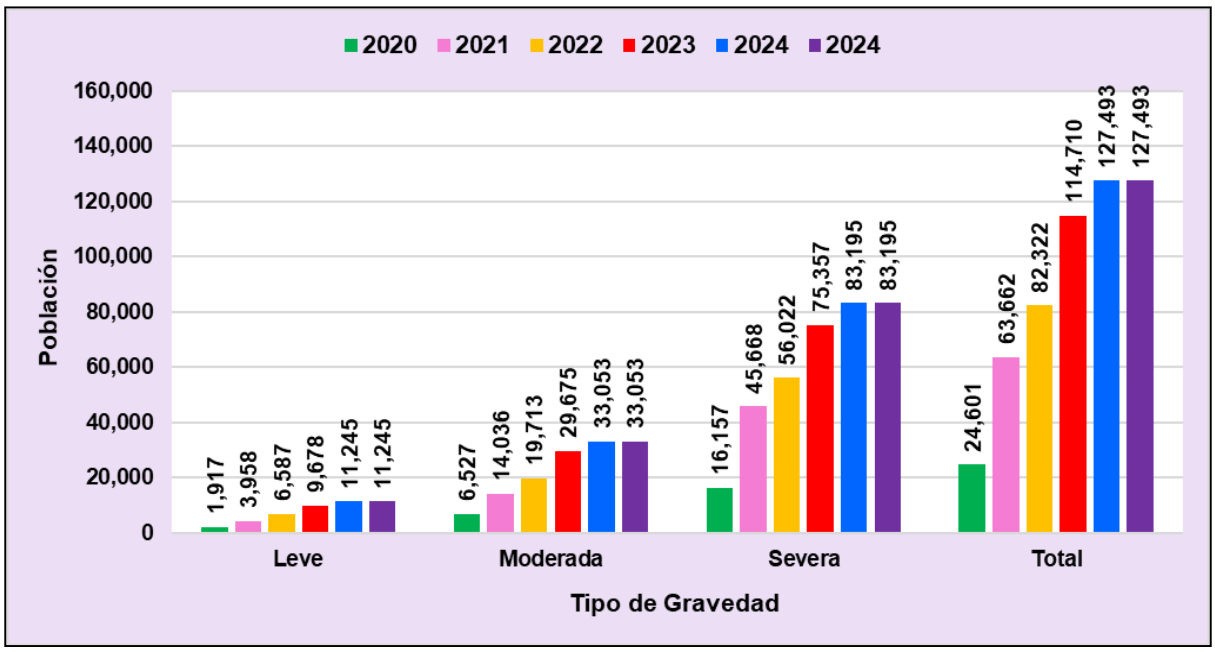
Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad. CONADIS 2020-2024

5.1.2.1 Discapacidad según tipo de gravedad

La discapacidad según tipo de gravedad constituye un indicador fundamental para comprender el grado de limitación que presentan las personas en sus actividades cotidianas y su necesidad de apoyo o rehabilitación. En el contexto de la Región Loreto, este análisis permite identificar la distribución de casos entre discapacidades leves, moderadas y severas, evidenciando las brechas en acceso a servicios de salud, rehabilitación e inclusión social. Desde el enfoque de salud pública y de acuerdo con los lineamientos del MINSA y el CONADIS, esta clasificación orienta la planificación de intervenciones diferenciadas, priorizando a la población con mayor grado de dependencia y riesgo social, y fortaleciendo la atención integral y la equidad en el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad.

El análisis del número de personas con discapacidad según tipo de gravedad en la Región Loreto (2020–2024) evidencia un incremento progresivo y sostenido en todas las categorías, reflejando tanto un mayor acceso al proceso de certificación como el aumento de condiciones crónicas, accidentes y enfermedades degenerativas en la población. Las discapacidades leves pasaron de 1,917 casos en 2020 a 11,245 en 2024, lo que sugiere una mejora en la identificación temprana de alteraciones funcionales que no limitan gravemente la autonomía, pero requieren seguimiento para evitar su progresión.

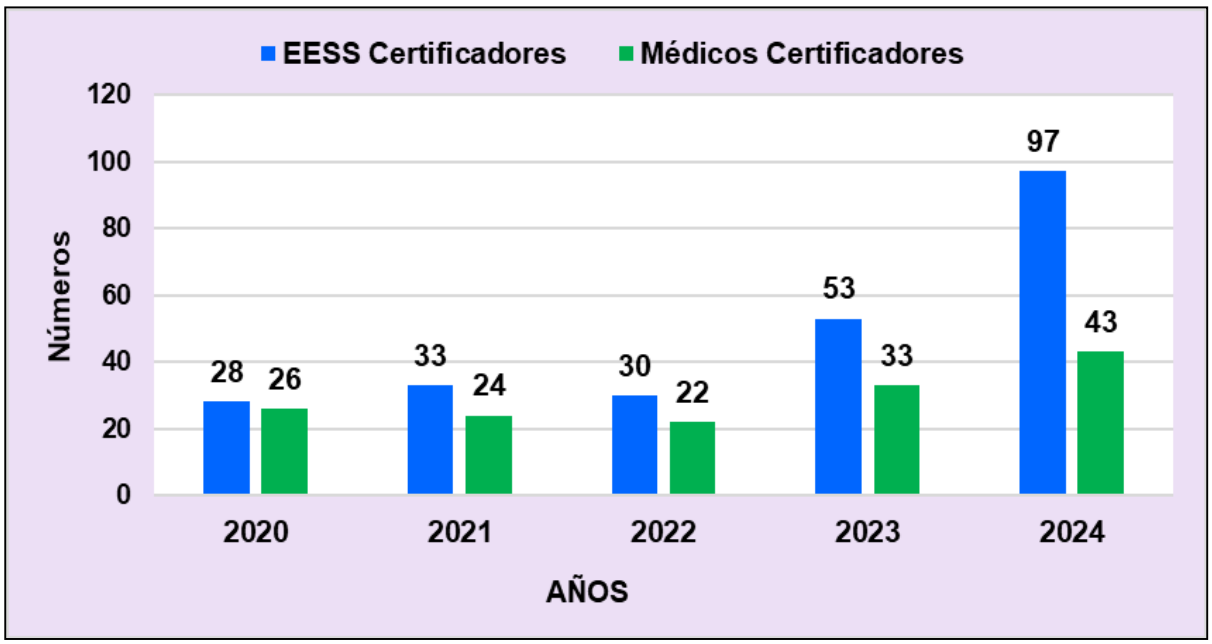
Gráfico N° 260 Región Loreto. Personas con Discapacidad, según su tipo de gravedad. 2020 – 2024.



Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad. CONADIS 2020-2024

En el Gráfico N° 261, REUNIS nos muestra el incremento de los establecimientos de Salud certificadores que pasó de 28 EE. SS en el 2020 a 97 EE. SS en el 2024, mientras los médicos certificadores pasaron de de 28 en 2020 a 43 en el 2024, lo que va a permitir que las personas con limitaciones físicas, sensoriales o cognitivas tengan acceso a que sean reconocidas formalmente por el sistema de salud.

Gráfico N° 261 Región Loreto. Establecimientos y Médicos Certificadores Personas con Discapacidad, desde el año 2020 al 2024.



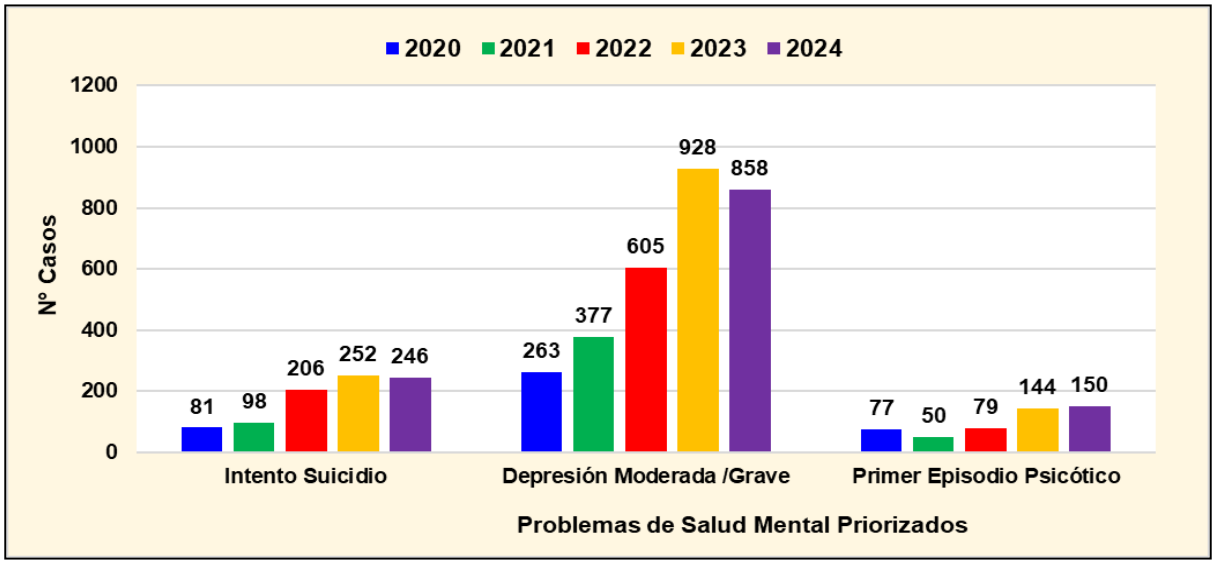
Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad. CONADIS 2020-2024

5.1.3 Problemas de Salud Mental Priorizados, notificados por establecimientos de salud centinelas.

La vigilancia epidemiológica de los problemas de salud mental priorizados, como el intento de suicidio, la depresión moderada o grave y el primer episodio psicótico, constituye una estrategia esencial del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) para la detección temprana, el seguimiento y la respuesta oportuna ante estos eventos. A través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental, se recopila, analiza y utiliza información que permite orientar intervenciones preventivas, fortalecer los servicios de salud mental comunitarios y reducir la morbimortalidad asociada. Esta vigilancia contribuye a la toma de decisiones basadas en evidencia, promoviendo un enfoque integral de salud pública centrado en el bienestar y la protección de la salud mental de la población peruana.

Según la Vigilancia epidemiológica, durante el periodo 2020–2024, se observa un incremento sostenido en los casos notificados de problemas de salud mental priorizados en las IPRESS centinelas. Los casos de intento de suicidio aumentaron de 81 en 2020 a 246 en 2024, mostrando una tendencia preocupante que refleja mayores factores de riesgo psicosocial en la población. La depresión moderada o grave presenta el mayor número de registros, pasando de 263 a 858 casos en el periodo de análisis, evidenciando su alta carga en la salud pública y la necesidad de fortalecer los servicios de detección y tratamiento oportuno. En cuanto al primer episodio psicótico, aunque con menor magnitud, también muestra un incremento progresivo de 77 a 150 casos, lo que sugiere una mejora en la identificación temprana de trastornos mentales graves. En conjunto, estos datos resaltan la creciente demanda de atención en salud mental y la importancia de mantener activa la vigilancia epidemiológica para orientar políticas y acciones preventivas eficaces.

Gráfico N° 262 Región Loreto. Acumulado de problemas de salud priorizados, notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

5.1.3.1 Intento de Suicidio

Desde el enfoque de salud pública y según los lineamientos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el intento de suicidio se define como todo acto deliberado mediante el cual una persona busca causarse daño con la intención de poner fin a su vida, pero que no culmina en la muerte. Este evento es considerado un problema prioritario de salud pública, dado su

5.1.3.1.1 Lugar de Ocurrencia

Entre los años 2020 y 2024, la Región Loreto registró un total de 883 casos de intentos de suicidio notificados por las IPRESS centinelas, mostrando una tendencia creciente y concentrada en los distritos urbanos. Los distritos con mayor número de casos fueron Iquitos (30.1%), San Juan Bautista (18.9%), Punchana (13.9%), Belén (13.7%) y Yurimaguas (13.9%), los cuales conforman los principales centros poblados de la región. Estas notificaciones coinciden con la ubicación de establecimientos de salud centinelas, es por ello que no figuran distritos de la provincia del Putumayo.

Tabla N° 175 Región Loreto. Número de Intentos de Suicidios por distritos de ocurrencias, notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024

DISTRITOS	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
BARRANCA	0	0	7	5	16	28	3.2
BELEN	28	20	34	13	26	121	13.7
CONTAMANA	0	0	1	11	1	13	1.5
INDIANA	0	0	0	0	1	1	0.1
IQUITOS	**16**	**37**	**70**	**86**	**57**	**266**	**30.1**
JEBEROS	0	0	1	0	0	1	0.1
LAGUNAS	0	0	0	1	0	1	0.1
MAZAN	0	1	1	1	0	3	0.3
NAUTA	0	0	2	11	12	25	2.8
PASTAZA	0	0	1	0	0	1	0.1
PEBAS	0	0	1	0	0	1	0.1
PUNCHANA	19	16	24	33	31	123	13.9
RAMON CASTILLA	0	0	0	1	2	3	0.3
REQUENA	0	0	0	0	1	1	0.1
SAN JUAN BAUTISTA	**18**	**16**	**23**	**51**	**59**	**167**	**18.9**
TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS	0	0	2	0	2	4	0.5
TROMPETEROS	0	0	0	1	0	1	0.1
YURIMAGUAS	0	8	39	38	38	123	13.9
Total	**81**	**98**	**206**	**252**	**246**	**883**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

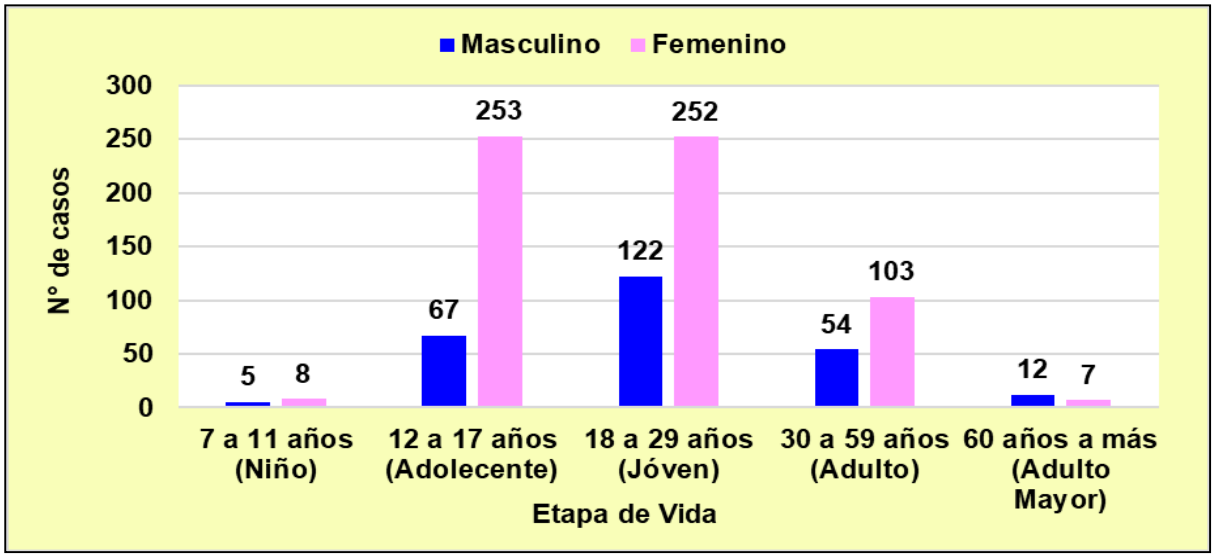
5.1.3.1.2 Sexo y etapas de vida

El análisis de los intentos de suicidio por sexo y etapas de vida en la Región Loreto evidencia la interacción de diversos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen directamente en la salud mental y el riesgo suicida de la población. Desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, los casos notificados reflejan que los adolescentes y jóvenes adultos son los más afectados, grupo que enfrenta condiciones como desintegración familiar, violencia doméstica, abuso sexual, consumo de alcohol y drogas, embarazo adolescente, así como escasas oportunidades educativas y laborales. Estos factores limitan el desarrollo personal y aumentan la vulnerabilidad emocional.

Durante el período 2020–2024, los casos de intento de suicidio en la Región Loreto evidencian una marcada diferencia por género y etapa de vida, con un total mayor de casos en el sexo femenino, especialmente en las etapas adolescente (253 casos) y joven (252 casos). Este patrón refleja la influencia de diversos determinantes sociales y de género que afectan la salud mental, como la violencia familiar, el abuso sexual, el embarazo adolescente, la desintegración del hogar, las presiones sociales y la falta de oportunidades educativas o laborales. Estas condiciones incrementan el riesgo emocional en mujeres jóvenes, quienes suelen utilizar el intento de suicidio como una forma de expresar sufrimiento o pedir ayuda.

En el caso del sexo masculino, los intentos se concentran en la etapa joven (122 casos) y adulta (54 casos), lo que puede relacionarse con problemas económicos, desempleo, consumo de alcohol y drogas, y dificultades para expresar emociones o buscar apoyo psicológico, debido a patrones culturales que asocian la masculinidad con fortaleza o autocontrol.

Gráfico N° 263 Región Loreto. Número de Intentos de Suicidios por Género y Etapas de Vida, notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

5.1.3.1.3 Grado de Instrucción

Entre los años 2020 y 2024, los intentos de suicidio en la Región Loreto muestran una mayor incidencia en personas con nivel de instrucción secundaria (59.3%), seguidas de aquellas con educación superior (28.4%), predominando claramente el sexo femenino (70.6%). Desde el enfoque de salud pública y determinantes sociales, esta distribución evidencia que los adolescentes y jóvenes en edad escolar o universitaria son los grupos más vulnerables, influenciados por factores como presión académica, conflictos familiares, violencia de género, problemas emocionales y limitadas oportunidades de desarrollo personal o laboral. Asimismo, los casos en personas con bajo nivel educativo reflejan la relación entre baja escolaridad, pobreza y falta de acceso a servicios de apoyo psicosocial, lo que incrementa el riesgo de conductas suicidas.

Tabla N° 176 Región Loreto. Número de Intentos de Suicidios por Género y Nivel de Instrucción, notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024

Nivel de Instrucción	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Sin Instrucción	5	0.6	7	0.8	12	1.4
Inicial	1	0.1		0.0	1	0.1
Primaria	30	3.4	65	7.4	95	10.8
Secundaria	147	16.6	377	42.7	524	59.3
Superior	77	8.7	174	19.7	251	28.4
Total	**260**	**29.4**	**623**	**70.6**	**883**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Durante el periodo 2020–2024, los estudiantes concentraron la mayor proporción de intentos de suicidio en la Región Loreto (48.0%), seguidos por las amas de casa (12.5%) y los casos no informados (15.9%), según reportes de las IPRESS centinelas. Esta tendencia refleja que los adolescentes y jóvenes en edad escolar o universitaria constituyen el grupo más vulnerable, influenciados por presiones académicas, conflictos familiares, problemas emocionales y falta de redes de apoyo. Desde el enfoque de salud pública y determinantes sociales, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la promoción de la salud mental en entornos educativos y familiares, así como implementar acciones preventivas comunitarias orientadas a la detección temprana y atención oportuna del riesgo suicida.

Tabla N° 177 Región Loreto. Número y porcentaje de Intentos de Suicidios según Ocupaciones. notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024

Ocupación	Años de evaluación					Total	%
	2020	2021	2022	2023	2024		
Estudiante	**30**	**33**	**99**	**133**	**129**	**424**	**48.0**
No informado	14	10	24	56	36	140	15.9
Ama de Casa	16	19	29	18	28	110	12.5
Otras	0	10	12	7	16	45	5.1
Escolara	4	3	3	8	9	27	3.1
Informal	0	2	7	5	6	20	2.3
Comerciante Formal	0	6	1	6	1	14	1.6
Técnico	1	2	4	1	3	11	1.2
Profesor	2	1	3	1	3	10	1.1
Enfermero (a)	0	2	3	2	2	9	1.0
Obrero	1	1	1	0	4	7	0.8
Mototaxista	2	0	2	2	0	6	0.7
Vendedor ambulante	0	0	2	3	0	5	0.6
Ama de Llaves	0	1	1	0	2	4	0.5
Cocinero	2	0	2	0	0	4	0.5
Sub Total	**72**	**90**	**193**	**242**	**239**	**836**	**94.7**
Otras ocupaciones	**9**	**8**	**13**	**10**	**7**	**47**	**5.3**
Total	**81**	**98**	**206**	**252**	**246**	**883**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Durante los años 2023 y 2024, el 32.1% de los casos de intentos de suicidio en la Región Loreto correspondió a personas con más de dos intentos previos, seguido del 27.7% con un intento anterior, lo que evidencia una alta recurrencia. Desde el enfoque de salud pública, esta situación refleja la persistencia de factores de riesgo no resueltos, como trastornos depresivos, violencia familiar y falta de apoyo psicológico continuo, lo que resalta la necesidad de seguimiento clínico y acompañamiento psicosocial sostenido para prevenir nuevos intentos y reducir el riesgo de suicidio consumado.

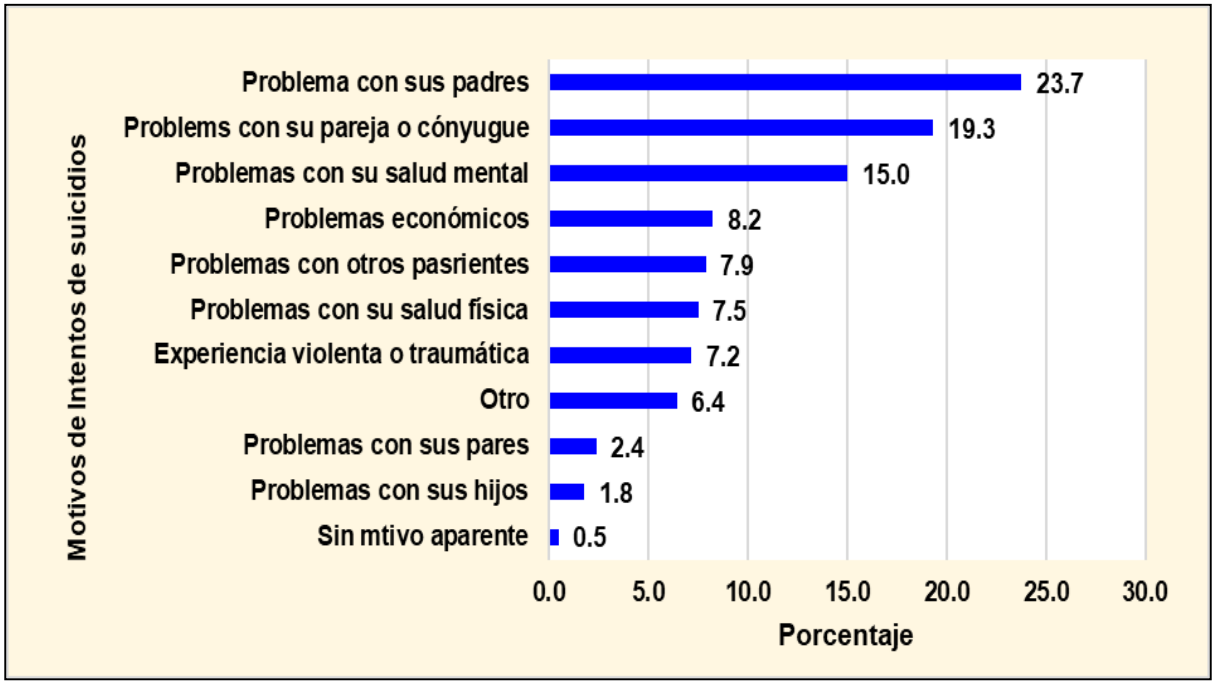
Tabla N° 178 Región Loreto. Número y porcentaje de Intentos de Suicidios según Antecedentes de ocurrencias. 2023- 2024

Antecedentes de Suicidio	2023	2024	Tota	%
Nunca	43	48	91	18.3
Una vez	67	71	138	27.7
Dos veces	53	56	109	21.9
Má de dos veces	89	71	160	**32.1**
Total general	**252**	**246**	**498**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2023-2024

Durante los años 2023–2024, los principales motivos de intento de suicidio en la Región Loreto estuvieron relacionados con conflictos familiares y emocionales, destacando los problemas con los padres (23.7%), con la pareja o cónyuge (19.3%) y dificultades asociadas a la salud mental (15.0%). Desde el enfoque de salud pública y determinantes sociales, estos resultados evidencian que las dinámicas familiares disfuncionales, la violencia doméstica, los trastornos emocionales y los problemas económicos son factores de riesgo significativos que inciden en la conducta suicida. Por ello, se requiere fortalecer las acciones de prevención, consejería familiar y atención oportuna en salud mental comunitaria, promoviendo entornos familiares y sociales más saludables.

Gráfico N° 264 Región Loreto. Motivos principales de Intentos Suicidios registrados en la vigilancia centinela. 2023-2024 (Porcentaje)

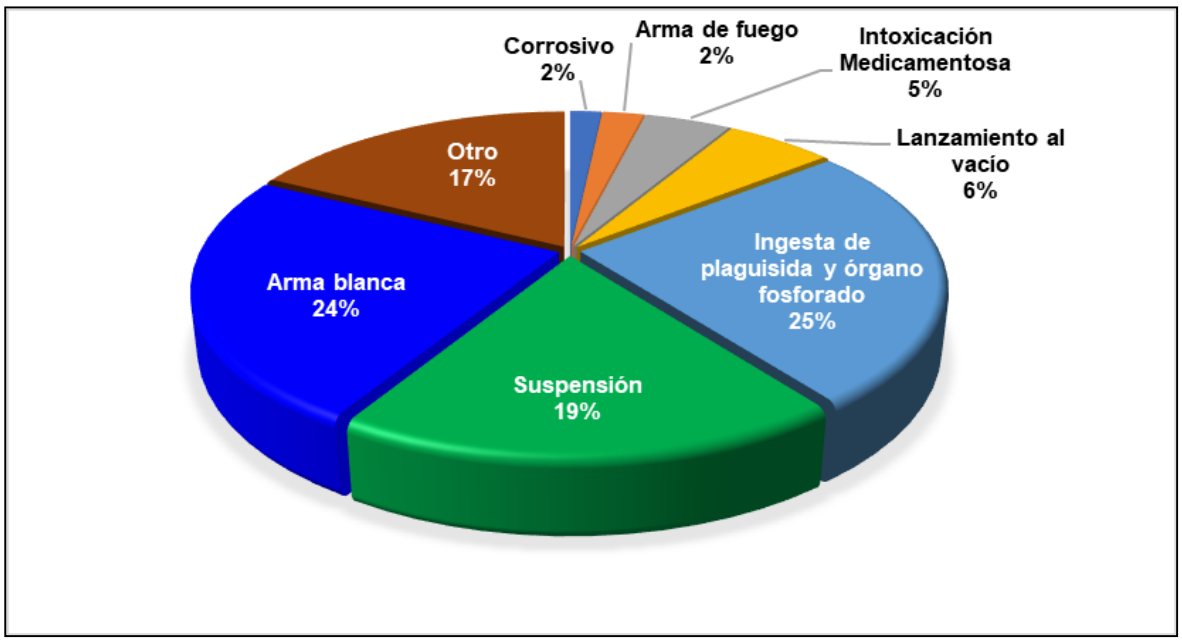


Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

5.1.3.1.4 Medios Utilizados

Entre los años 2020- 2024, los principales medios utilizados en los intentos de suicidio en la Región Loreto fueron la ingesta de plaguicidas y organofosforados (25.5%), el uso de arma blanca (23.8%) y la suspensión (19.0%), reflejando la disponibilidad de estos métodos en el entorno doméstico y laboral. Desde el enfoque de salud pública, esta situación evidencia la necesidad de regular el acceso a sustancias tóxicas, fortalecer la educación sobre el manejo seguro de productos químicos, y reforzar la detección temprana de riesgo suicida, especialmente en áreas rurales donde los plaguicidas son de fácil acceso y la atención en salud mental es limitada.

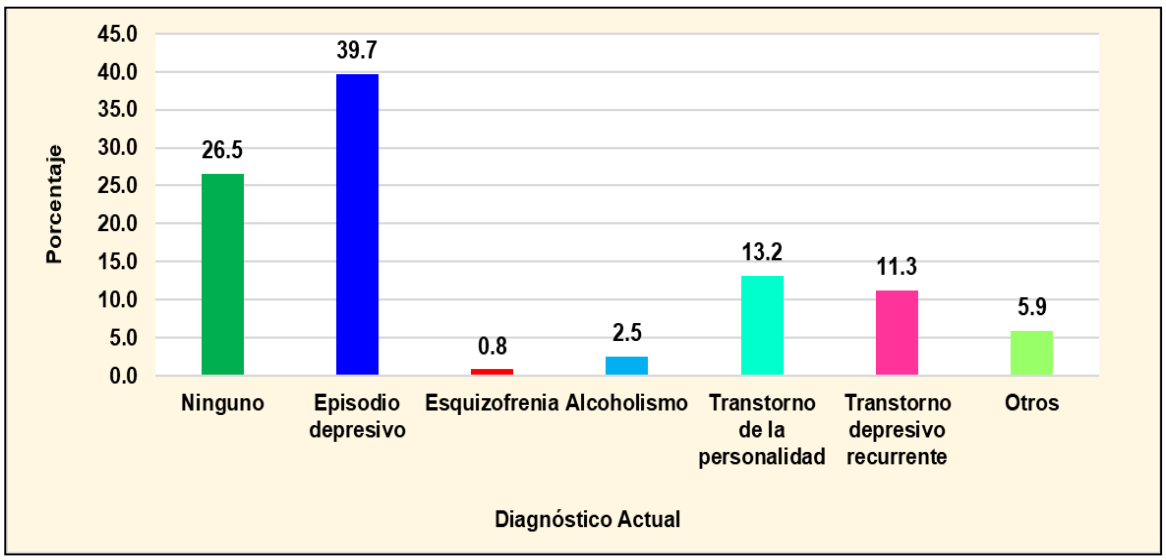
Gráfico N° 265 Región Loreto. Medios utilizados de intentos Suicidios registrados en la vigilancia centinela. 2020-2024 (Porcentaje)



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Durante los años 2023–2024, el diagnóstico psiquiátrico más frecuente asociado a los intentos de suicidio en la Región Loreto fue el episodio depresivo (39.7%), seguido del trastorno de personalidad (13.2%) y el trastorno depresivo recurrente (11.3%), mientras que un 26.5% no presentó diagnóstico psiquiátrico registrado. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados evidencian que los trastornos del estado de ánimo constituyen el principal factor asociado a la conducta suicida, lo que resalta la importancia de fortalecer la detección temprana, el acceso a tratamiento psicológico y psiquiátrico oportuno, y la continuidad del seguimiento clínico en personas con antecedentes de depresión u otros trastornos mentales, como medida clave para prevenir nuevos intentos.

Gráfico N° 266 Región Loreto. Diagnóstico Psiquiátrico asociado a Intentos de Suicidio registrados en la vigilancia centinela. 2023-2024 (Porcentaje)



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2023-2024

5.1.3.2 Episodios Depresivos (ED):

Según la vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), los episodios depresivos moderados y graves forman parte de los problemas de salud mental priorizados que deben ser notificados por las IPRESS centinelas.

El episodio depresivo moderado se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés o placer, fatiga, dificultad para concentrarse, baja autoestima y alteraciones del sueño o del apetito, que afectan de manera significativa el funcionamiento social, familiar o laboral, pero sin llegar a una pérdida total de la capacidad funcional.

Por su parte, el episodio depresivo grave se caracteriza por una intensificación de los síntomas depresivos, acompañados de culpa excesiva, desesperanza, ideación o intento suicida, agitación o enlentecimiento psicomotor y una marcada alteración del funcionamiento cotidiano, requiriendo intervención especializada inmediata y, en algunos casos, hospitalización.

Entre los años 2020 y 2024, la Región Loreto registró un total de 3,031 casos de episodios depresivos moderados y graves, notificados por las IPRESS centinelas, con una mayor concentración en los distritos urbanos. Los distritos de Iquitos (27.4%), Yurimaguas (18.8%), Belén (14.2%), San Juan Bautista (13.9%) y Punchana (10.5%) agrupan más del 80% de los casos reportados. Desde el enfoque de salud pública y determinantes sociales, esta distribución evidencia una mayor carga de depresión en las zonas con alta densidad poblacional, pobreza urbana, desempleo, violencia familiar y consumo de alcohol y drogas, factores que impactan directamente en la salud mental. Asimismo, los distritos rurales muestran menor notificación, probablemente por limitado acceso a servicios de salud mental y subregistro de casos, aunque también podría deberse a menor frecuencia de episodios depresivos.

Tabla N° 179 Región Loreto. Número de casos de episodios depresivos (Depresión Moderada y Grave) por distritos, notificados por IPRESS centinelas. 2020- 2024

ITEMS	DISTRITOS	AÑOS EVALUADOS						%
		2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	
1	IQUITOS	70	79	194	329	159	831	27.4
2	YURIMAGUAS	6	95	137	128	204	570	18.8
3	BELEN	71	83	76	92	108	430	14.2
4	SAN JUAN BAUTISTA	60	44	51	85	182	422	13.9
5	PUNCHANA	37	40	61	112	67	317	10.5
6	BARRANCA	16	34	26	51	38	165	5.4
7	NAUTA	1		42	51	51	145	4.8
8	CONTAMANA			11	62	23	96	3.2
9	INDIANA	2			2	2	6	0.2
10	FERNANDO LORES					5	5	0.2
11	REQUENA				1	3	4	0.1
12	TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS					4	4	0.1
13	ALTO NANAY					3	3	0.1
14	PASTAZA			3			3	0.1
15	RAMON CASTILLA			1	1	1	3	0.1
SUB TOTAL		**263**	**375**	**602**	**914**	**850**	**3,004**	**99.1**
OTROS DISTRITOS		0	2	3	14	8	27	0.9
TOTAL		**263**	**377**	**605**	**928**	**858**	**3,031**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

5.1.3.2.1 Edad y Sexo

Durante el periodo 2020–2024, en la región Loreto se notificaron 3,031 casos de episodios depresivos moderados y graves, evidenciándose una mayor afectación en el sexo femenino (72.9%) respecto al masculino (27.1%). El grupo adulto (30 a 59 años) concentró el mayor número de casos con 40.7%, seguido por los jóvenes de 18 a 29 años (30.6%) y los adolescentes de 12 a 17 años (14.5%). Los niños y adultos mayores presentaron proporciones menores (1.4% y 12.7%, respectivamente).

Tabla N° 180 Región Loreto. Número de episodios depresivos (Depresión Moderada y Grave) por Etapa de Vida y Género, notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024

Etapas de Vida	Género		Total	%
	Masculino	Femenino		
6 a 11 años (Niño)	14	29	43	1.4
12 a 17 años (Adolecente)	103	338	441	14.5
18 a 29 años (Jóven)	250	679	929	30.6
30 a 59 años (Adulto)	309	925	1,234	**40.7**
60 años a más (Adulto Mayor)	143	241	384	12.7
Total	**819**	**2,212**	**3,031**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Durante el periodo 2020–2024, en la región Loreto se registraron 3,031 casos de episodios depresivos moderados y graves, predominando el sexo femenino (73.0%) frente al masculino (27.0%). Según el nivel de instrucción, la mayor proporción de casos corresponde al grupo con educación secundaria (53.2%), seguido por aquellos con nivel superior (29.6%) y primaria (14.3%). En contraste, los niveles sin instrucción y educación inicial representaron porcentajes mínimos (2.9% y 0.1%, respectivamente). Estos resultados sugieren que la depresión afecta principalmente a personas en edad escolar o laboral activa, lo que puede estar asociado a factores como la presión académica, las responsabilidades económicas y las condiciones psicosociales del entorno.

Tabla N° 181 Región Loreto. Número y Porcentaje de personas con Episodios Depresivos Moderados/ Graves según nivel de instrucción y Sexo. 2020- 2024

Nivel de Instrucción	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Sin Instrucción	16	0.5	71	2.3	87	2.9
Inicial	0	0.0	2	0.1	2	0.1
Primaria	124	4.1	308	10.2	432	14.3
Secundaria	427	14.1	1,186	39.1	1,613	**53.2**
Superior	252	8.3	645	21.3	897	29.6
Total	**819**	**27.0**	**2,212**	**73.0**	**3,031**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Durante los años 2023 y 2024, en la región Loreto se notificaron 1,786 casos de episodios depresivos moderados y graves, observándose una mayor frecuencia en las amas de casa (26.0%), seguidas por los estudiantes (23.7%) y las personas sin información ocupacional (20.2%).

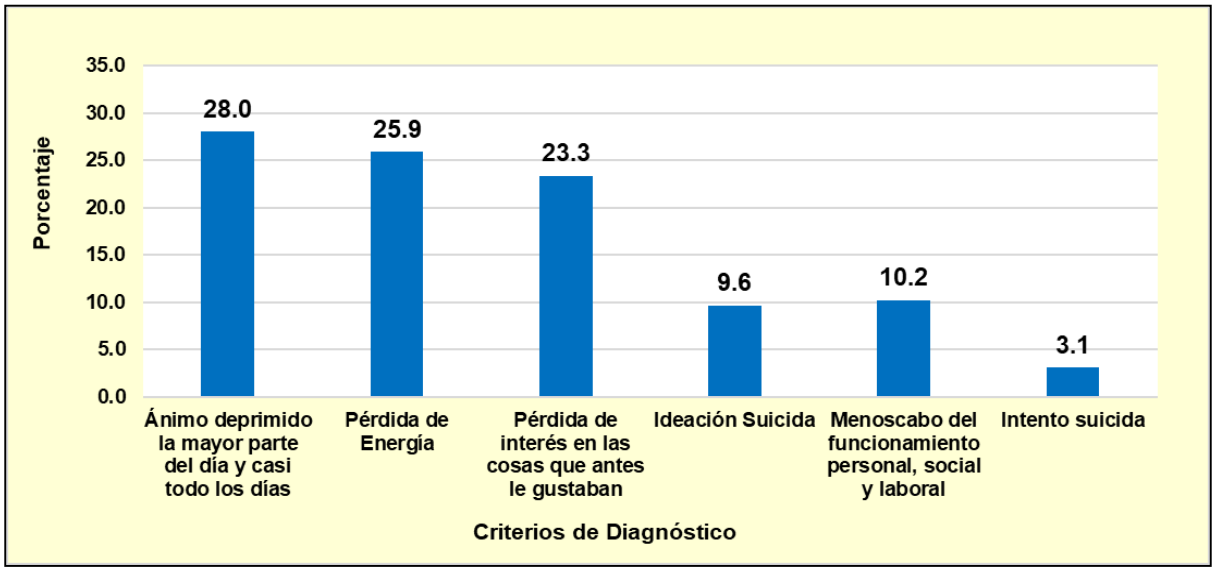
Tabla N° 182 Región Loreto. Número y Porcentaje de personas con Episodios Depresivos Moderados/ Graves según Ocupación. 2023- 2024

Items	Ocupación	2023	2024	Total	%
1	Ama de Casa	225	240	465	**26.0**
2	Estudiante	240	183	423	23.7
3	No informado	210	151	361	20.2
4	Otras	37	71	108	6.0
5	Informal	44	47	91	5.1
6	Profesor	24	23	47	2.6
7	Cmerciante formal	18	18	36	2.0
8	Agricultor	12	15	27	1.5
9	Técnico	13	9	22	1.2
10	Escolar	19	2	21	1.2
Sub Total		**842**	**759**	**1,601**	**89.6**
Otras ocupaciones		86	99	185	10.4
Total		**928**	**858**	**1,786**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2023-2024

Entre los años 2020 y 2024, los criterios diagnósticos más frecuentes en los casos de episodios depresivos moderados y graves en la región Loreto fueron el ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días (28.0%), seguido de la pérdida de energía (25.9%) y la pérdida de interés en actividades previamente placenteras (23.3%). En menor proporción se reportaron el menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral (10.2%), la ideación suicida (9.6%) y el intento suicida (3.1%).

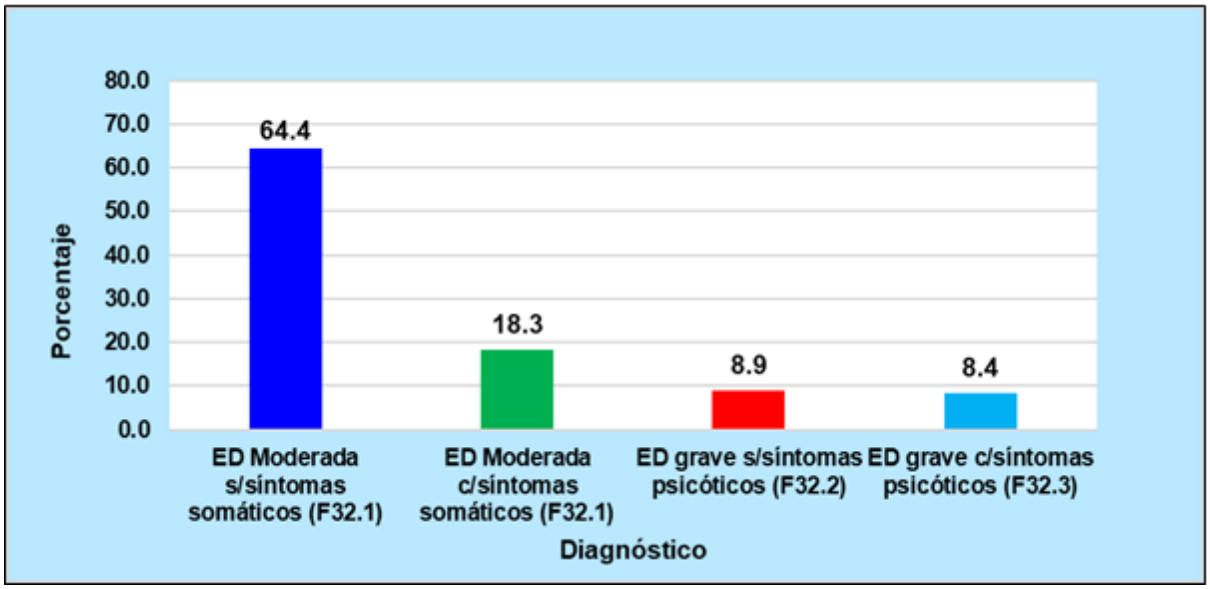
Gráfico N° 267 Región Loreto. Criterios de Diagnósticos de los casos de episodio depresivo moderado y grave. Región Loreto. 2020-2024 (Porcentaje).



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Durante el periodo 2020-2024, en la región Loreto, la mayoría de los casos diagnosticados con episodio depresivo correspondieron a depresión moderada sin síntomas somáticos (64.4%), seguida por la depresión moderada con síntomas somáticos (18.3%). En menor proporción se registraron los casos graves, tanto sin síntomas psicóticos (8.9%) como con síntomas psicóticos (8.4%).

Gráfico N° 268 Región Loreto. Diagnósticos de los casos de episodio depresivo moderado y grave. Región Loreto. 2020-2024 (Porcentaje).



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

5.1.3.3 Primer Episodio psicótico

El primer episodio psicótico (PEP), según la definición del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), corresponde a la primera manifestación de síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento o alteraciones conductuales significativas que afectan la percepción de la realidad.

Durante el periodo 2020–2024, la Región Loreto registró un total de 500 casos de Primer Episodio Psicótico, con una mayor concentración en los distritos de Iquitos (26.8%), Punchana (12.4%) y Belén (9.0%), zonas que conforman el eje urbano principal de la región.

Durante el periodo 2020-2024, en la Región Loreto se notificaron 575 casos de primer episodio psicótico, predominando en el grupo joven de 18 a 29 años (43.3%), seguido por los adultos de 30 a 59 años (28.2%) y los adolescentes de 12 a 17 años (19.1%). El sexo femenino (57.9%) presentó mayor proporción de casos que el masculino, lo que refleja una mayor afectación o búsqueda de atención por parte de mujeres jóvenes, posiblemente influenciada por factores emocionales, sociales y de salud mental propios de estas etapas de vida.

Tabla N° 183 Región Loreto. Número de casos de Primer Episodio Psicótico por distritos de ocurrencias, notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024

ITEMS	DISTRITOS	AÑOS EVALUADOS					TOTAL	%
		2020	2021	2022	2023	2024		
1	IQUITOS	35	14	25	45	15	134	26.8
2	PUNCHANA	11	5	10	23	13	62	12.4
3	BELEN	12	8	9	7	9	45	9.0
4	CONTAMANA				5	18	23	4.6
5	BARRANCA	3	3	2	4	6	18	3.6
6	NAUTA	4	1	4	7		16	3.2
7	ANDOAS			5			5	1.0
8	REQUENA		1		3		4	0.8
9	INDIANA	1		1	1		3	0.6
10	PASTAZA			3			3	0.6
11	LAS AMAZONAS			2			2	0.4
12	JEBEROS					1	1	0.2
13	LAGUNAS			1			1	0.2
14	MANSERICHE					1	1	0.2
15	PEBAS				1		1	0.2
SUB TOTAL		**66**	**32**	**62**	**96**	**63**	**319**	**63.8**
OTROS DISTRITOS		11	18	17	48	87	181	**36.2**
TOTAL		**77**	**50**	**79**	**144**	**150**	**500**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2018-2022

Tabla N° 184 . Región Loreto. Número y Porcentaje de pacientes con primer episodio de psicosis según etapa de vida y sexo. 2020-2024.

Etapas de Vida	Género		Total	%
	Masculino	Femenino		
5 a 11 años (Niño)	0	5	5	0.9
12 a 17 años (Adolecente)	52	58	110	19.1
18 a 29 años (Jóven)	92	157	249	**43.3**
30 a 59 años (Adulto)	75	87	162	28.2
60 años a más (Adulto Mayor)	23	26	49	8.5
Total	**242**	**333**	**575**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2018-2022

Entre los años 2020 y 2024, se registraron 500 casos de primer episodio psicótico en la Región Loreto, con ligera predominancia del sexo femenino (51.6%). La mayoría de los casos se concentró en personas con educación secundaria (54.6%), seguido de quienes alcanzaron nivel primario (22.6%) y superior (14.2%), lo que sugiere que este trastorno afecta principalmente a jóvenes y adultos en edad productiva. La baja proporción en niveles educativos altos puede relacionarse con mejores condiciones sociales, acceso a información y redes de apoyo, mientras que los niveles educativos bajos reflejan mayor vulnerabilidad asociada a factores sociales, económicos y familiares.

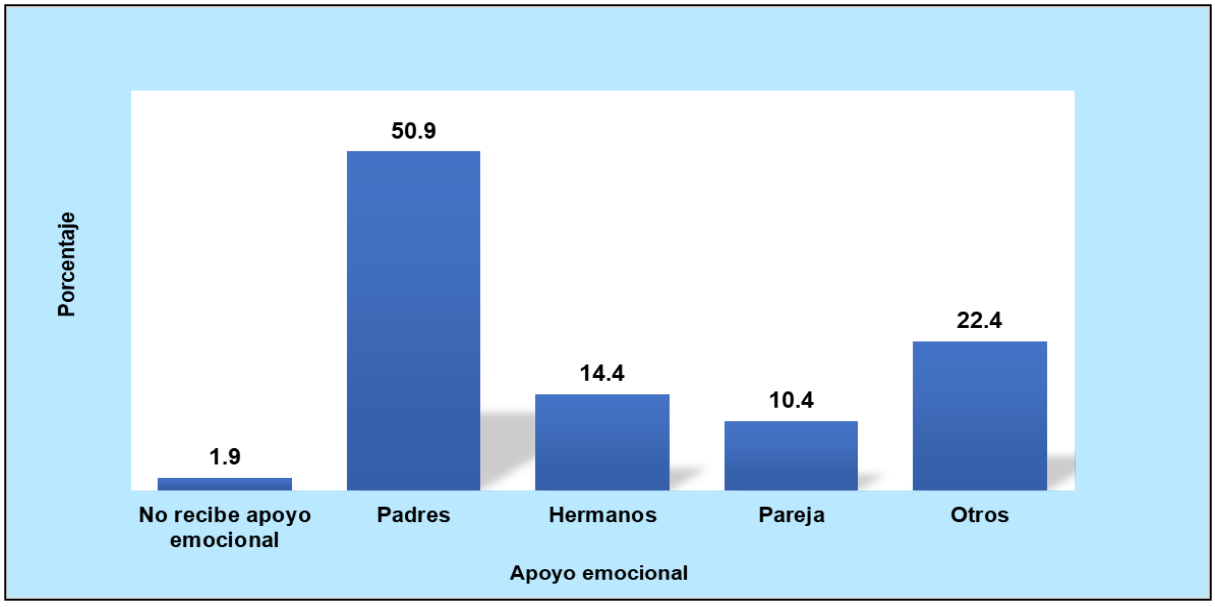
Tabla N° 185 Región Loreto. Casos de Primer Episodio Psicótico según Género y grado de Instrucción, notificados por las IPRESS centinelas. 2020- 2024

Nivel de Instrucción	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Sin Instrucción	14	2.8	28	5.6	42	8.4
Inicial	0	0.0	1	0.2	1	0.2
Primaria	54	10.8	59	11.8	113	22.6
Secundaria	142	28.4	131	26.2	273	**54.6**
Superior	32	6.4	39	7.8	71	14.2
Total	**242**	**48.4**	**258**	**51.6**	**500**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Durante el período 2020–2024, la mayoría de las pacientes con primer episodio psicótico en la Región Loreto recibió apoyo emocional principalmente de sus padres (50.9%), seguido de otros familiares o personas cercanas (22.4%) y hermanos (14.4%). Un porcentaje menor reportó apoyo de la pareja (10.4%), mientras que un 1.9% no recibió ningún tipo de apoyo.

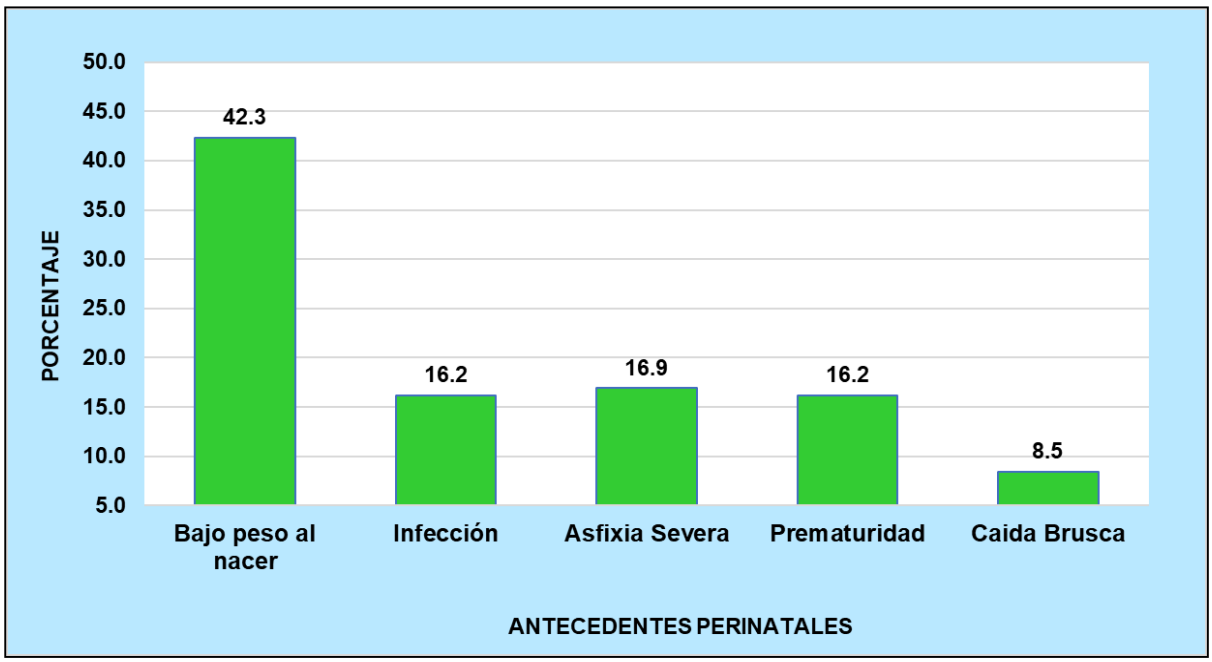
Gráfico N° 269 Región Loreto. Porcentaje de pacientes con primer episodio psicótico según apoyo emocional que recibió. 2020-2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

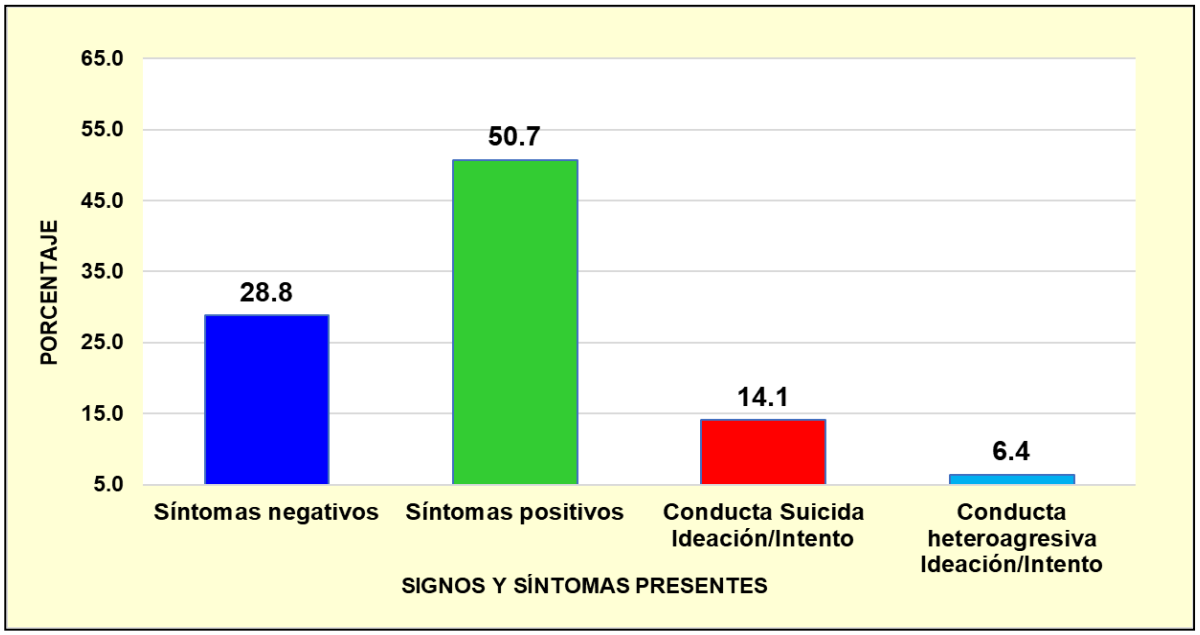
Entre los pacientes con primer episodio psicótico en la Región Loreto (2020–2024), se observa que los antecedentes perinatales más frecuentes fueron el bajo peso al nacer (42.3%), seguido de asfixia severa (16.9%), infecciones y prematuridad (16.2% cada uno), y en menor proporción, caídas bruscas (8.5%).

Gráfico N° 270 Región Loreto. Porcentaje de pacientes con primer episodio psicótico según antecedentes perinatales. 2020-2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

Gráfico N° 271 Región Loreto. Porcentaje de pacientes con primer episodio psicótico según síntomas presentes. 2020-2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Salud Mental. 2020-2024

En la Región Loreto, durante el periodo 2020–2024, los pacientes con primer episodio psicótico presentaron principalmente síntomas positivos (50.7%), como alucinaciones o delirios, seguidos de síntomas negativos (28.8%), que incluyen apatía o retraimiento social. Además, se registraron conductas suicidas (14.1%) y heteroagresivas (6.4%), lo que evidencia la severidad clínica y el riesgo asociado a estos cuadros, resaltando la necesidad de diagnóstico temprano y apoyo psicosocial integral para prevenir desenlaces adversos.

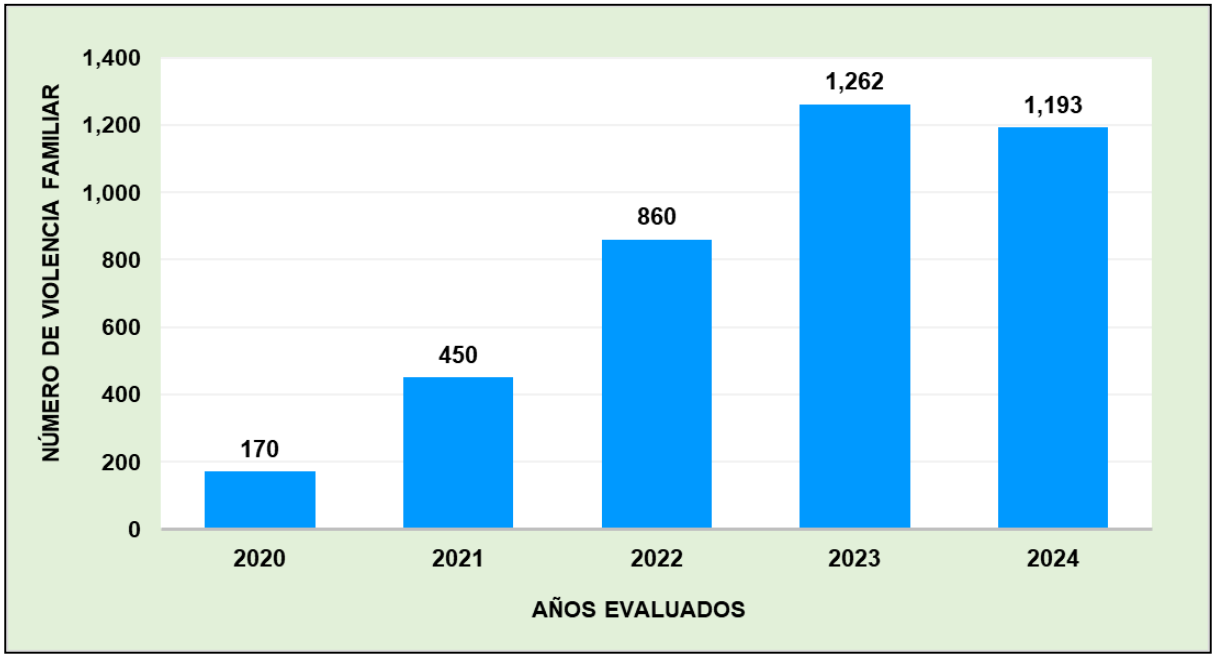
5.1.4 Violencia Familiar

La violencia familiar, según el marco normativo de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), es considerada un problema prioritario de salud pública, debido a su impacto físico, psicológico y social sobre las víctimas. El sistema de vigilancia busca identificar, notificar y analizar los casos de violencia en el entorno familiar, con el fin de orientar acciones de prevención, atención integral y protección de las personas afectadas.

Esta vigilancia permite disponer de información oportuna y confiable para la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema de salud, en concordancia con la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar y Sexual (RM N°980-2016/MINSA).

Entre los años 2020 y 2024, la Región Loreto mostró un incremento sostenido de los casos de violencia familiar, pasando de 170 notificaciones en 2020 a más de 1,100 en 2024, lo que representa un crecimiento significativo en la identificación y reporte de estos eventos. Desde el enfoque de salud pública, este aumento refleja tanto una mayor visibilización y sensibilización social sobre la violencia como una posible persistencia de factores estructurales de riesgo, como desigualdad de género, estrés económico y disfunción familiar.

Gráfico N° 272 Región Loreto. Número de eventos de notificación de violencia familiar 2022- 2024.



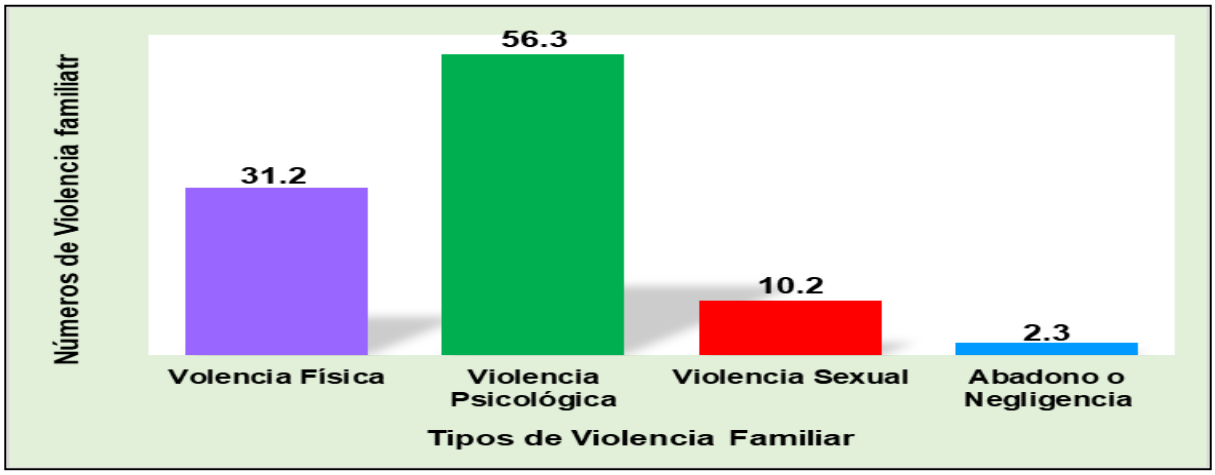
Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2020-2024

5.1.4.1 Tipo de Violencia Familiar

Durante el periodo 2020-2024, en la Región Loreto, la violencia psicológica fue la forma más frecuente de maltrato familiar, representando el 56.3% de los casos notificados, seguida de la violencia física (31.2%), la violencia sexual (10.2%) y el abandono o negligencia (2.3%). Desde el enfoque de salud pública, esta problemática refleja no solo el daño individual, sino también los efectos sociales, económicos y culturales que perpetúan los ciclos de violencia.
Entre los determinantes sociales más relevantes se incluyen la pobreza, el bajo nivel educativo, la desigualdad de género, el consumo de alcohol y drogas, y la falta de redes de

apoyo familiar y comunitario. Además, factores estructurales como la limitada cobertura de servicios especializados y la normalización de la violencia en contextos culturales tradicionales agravan el problema. Por ello, se requiere fortalecer la vigilancia epidemiológica, la educación en salud mental, y la articulación intersectorial entre salud, justicia y educación para reducir los factores de riesgo y promover entornos familiares seguros y saludables.

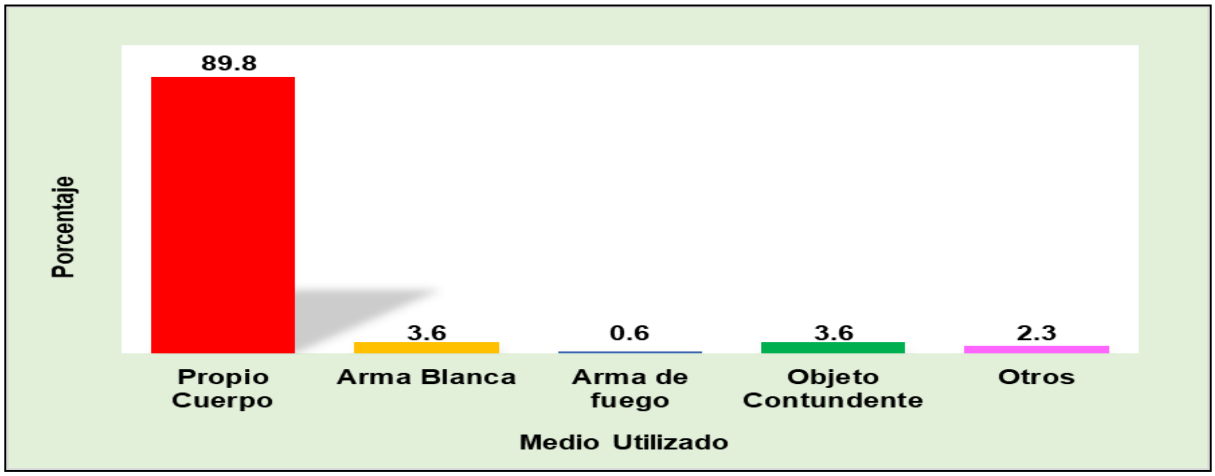
Gráfico N° 273 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar, según tipos. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2020-2024

Durante el periodo 2020-2024, en la Región Loreto, la mayoría de los casos de violencia familiar física se perpetraron utilizando el propio cuerpo (89.8%), lo que sugiere un predominio de la agresión física directa, como golpes, empujones o forcejeos. En menor medida se emplearon armas blancas (3.6%), objetos contundentes (3.6%), armas de fuego (0.6%) y otros medios (2.3%).

Gráfico N° 274 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar según medios utilizados para Violencia Física. 2020-2024



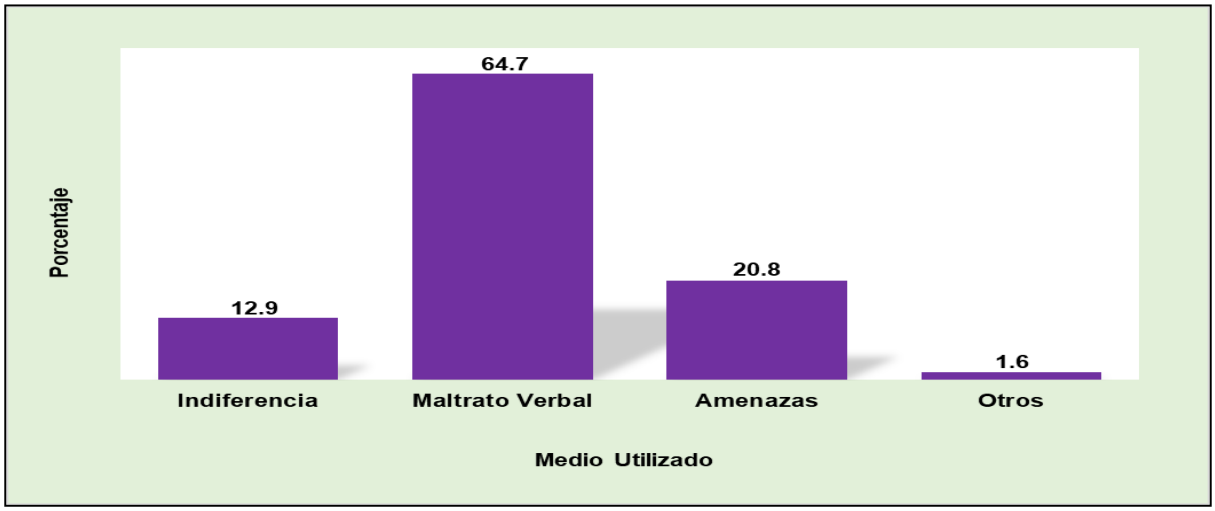
Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2020-2024

Durante el periodo 2020-2024, en la Región Loreto, la violencia psicológica fue la forma más frecuente de maltrato familiar, representando el 56.3% de los casos notificados, seguida de la violencia física (31.2%), la violencia sexual (10.2%) y el abandono o negligencia (2.3%).

Desde el enfoque de salud pública, esta problemática refleja no solo el daño individual, sino también los efectos sociales, económicos y culturales que perpetúan los ciclos de violencia.

Entre los determinantes sociales más relevantes se incluyen la pobreza, el bajo nivel educativo, la desigualdad de género, el consumo de alcohol y drogas, y la falta de redes de apoyo familiar y comunitario. Además, factores estructurales como la limitada cobertura de servicios especializados y la normalización de la violencia en contextos culturales tradicionales agravan el problema. Por ello, se requiere fortalecer la vigilancia epidemiológica, la educación en salud mental, y la articulación intersectorial entre salud, justicia y educación para reducir los factores de riesgo y promover entornos familiares seguros y saludables.

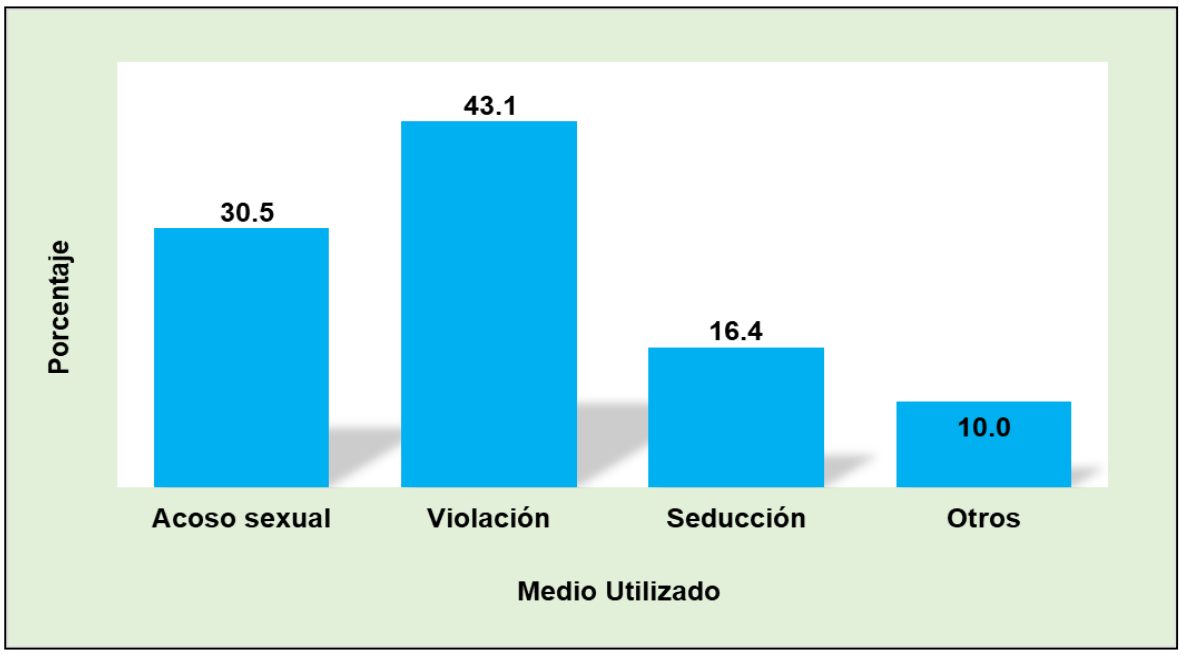
Gráfico N° 275 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar según medios utilizados para Violencia Psicológica. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2020-2024

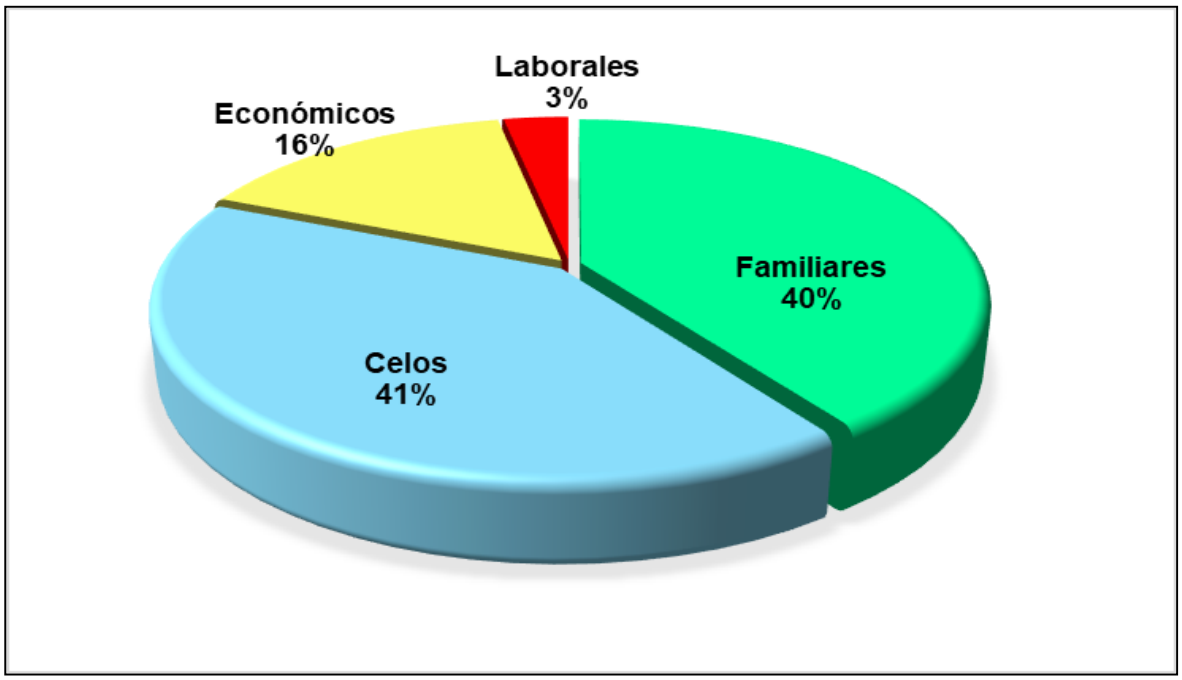
Durante el periodo 2020-2024, en la Región Loreto, la violencia psicológica se expresó mayormente a través del maltrato verbal (64.7%), seguido de amenazas (20.8%) e indiferencia (12.9%), mientras que otros medios representaron el 1.6%. Este tipo de violencia, aunque no deja huellas físicas, genera profundas afectaciones emocionales, como ansiedad, depresión y baja autoestima, especialmente en mujeres, niños y adultos mayores.
Desde el enfoque de salud pública y determinantes sociales, la alta incidencia de violencia psicológica se asocia a factores estructurales como la pobreza, la desigualdad de género, el consumo de alcohol y drogas, y la escasa educación emocional y comunicacional en las familias. Asimismo, creencias culturales que toleran el autoritarismo y el control emocional dentro del hogar refuerzan estas conductas. La limitada accesibilidad a servicios de salud mental, la falta de redes de apoyo comunitario y la debilidad de las políticas preventivas intersectoriales también contribuyen a su persistencia. Por tanto, se requiere un abordaje integral que promueva la educación en habilidades sociales, la atención oportuna en salud mental y la articulación entre sectores sociales, educativos y sanitarios para prevenir y reducir la violencia psicológica en la región.

Gráfico N° 276 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar según medios utilizados para Violencia Sexual. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2020-2024

Gráfico N° 277 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar según motivos de la Violencia Familiar. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2020-2024

Durante el periodo 2020-2024, en la Región Loreto, los principales motivos de violencia familiar estuvieron relacionados con los celos (41.1%) y conflictos familiares (40.3%), seguidos por problemas económicos (15.5%) y en menor medida por causas laborales (3.1%). Este panorama evidencia que las tensiones dentro del entorno doméstico, marcadas por relaciones de poder desiguales, desconfianza y dificultades económicas, son factores

determinantes en la generación de violencia. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer las intervenciones psicosociales, la educación emocional y la promoción de relaciones saludables, abordando además los determinantes sociales como el estrés financiero, la dependencia económica y los patrones culturales.

La Tabla N° 186 nos muestra que, en el año 2024, la violencia familiar en la región Loreto afectó principalmente a mujeres adultas (30 a 59 años), quienes representaron el 41.8% de los casos de agredidos, seguidas de las jóvenes (18 a 29 años) con 25.5%, evidenciando que las mujeres en edad productiva son las más vulnerables. En contraste, los agresores fueron mayormente hombres (87.1%), en su mayoría adultos (65.9%), lo que refleja un patrón de violencia de género estructural.
En cuanto al nivel educativo, tanto agredidos como agresores presentan predominio de educación secundaria (completa o incompleta), lo que sugiere que la violencia no se limita a niveles bajos de instrucción, sino que se mantiene asociada a factores culturales, desigualdades de poder y escasas habilidades para la resolución pacífica de conflictos. Desde la salud pública, estos resultados evidencian la urgencia de estrategias de prevención intersectoriales que incluyan educación emocional, promoción de la equidad de género y fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo.

Tabla N° 186 Región Loreto. Características personales del agredido y del agresor de violencia familiar. 2024

Características personales	Agredido (a)		Agresor (a)	
	N°	%	N°	%
Etapas de vida				
Niños (0 a 11 años)	139	11.7	11	0.9
Adolescentes (12 a 17 años)	211	17.7	19	1.6
Jóven (18 a 29 años)	304	25.5	262	22.0
Adulto (30 a 59 años)	499	**41.8**	786	**65.9**
Adulto Mayor (60 años a más)	40	3.4	73	6.1
No precisan	0	0.0	42	3.5
Género				
Femenino	1031	86.4	154	12.9
Masculino	162	13.6	1039	87.1
Nivel de instrucción				
Iletrada	32	2.7	19	1.6
Primaria completo	139	11.7	110	9.2
Primaria incompleto	245	20.5	135	11.3
Secundaria completo	280	23.5	427	**35.8**
Secundaria incompleto	302	**25.3**	237	19.9
Superior completo	114	9.6	183	15.3
Superior incompleto	81	6.8	57	4.8
No precisan	0	0.0	25	2.1
Total general	**1,193**	**100%**	**1,193**	**100%**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar -2024

En Tabla N° 187, el año 2024 muestra que, la violencia familiar en la región Loreto afectó principalmente a personas solteras (46.9%) y convivientes (34.8%), lo que evidencia una alta vulnerabilidad en relaciones no formalizadas, donde suelen predominar dinámicas de control, dependencia emocional y falta de soporte institucional. El principal agresor fue el conviviente (31.9%), seguido del exconviviente (21.3%), lo que indica que la violencia de pareja —tanto dentro como después de la relación— constituye el mayor riesgo para la integridad física y mental de las víctimas. Desde la perspectiva de la salud pública, esta situación refleja un problema estructural asociado a determinantes sociales como la desigualdad de género, la normalización de la violencia en el hogar y la limitada cobertura de programas de prevención y atención integral. Por ello, se requiere fortalecer las estrategias de detección temprana, consejería familiar y educación en relaciones saludables, especialmente en mujeres jóvenes y convivientes, quienes representan el grupo más afectado.

Tabla N° 187 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar, según Estado civil del agredido y Vínculo con el agresor-2024 (Número y %).

Estado civil del agredido	N°	%	Vínculo del agresor con el agredido	N°	%
Soltero (a)	560	46.9	Conviviente	380	31.9
Casado (a)	76	6.4	Esposo (a)	57	4.8
Conviviente	415	34.8	Ex conviviente	254	21.3
Separado (a)	54	4.5	Hijo (a)	27	2.3
Dovorciado (a)	3	0.3	Padre	91	7.6
Viudo (a)	5	0.4	Madre	56	4.7
Ex conviviente	80	6.7	Otros	328	27.5
Total	**1,193**	**100.0**	**Total**	**1,193**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar-2024

Tabla N° 188 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar, según ocupación del agredido y del agresor. 2024 (Número y porcentaje)

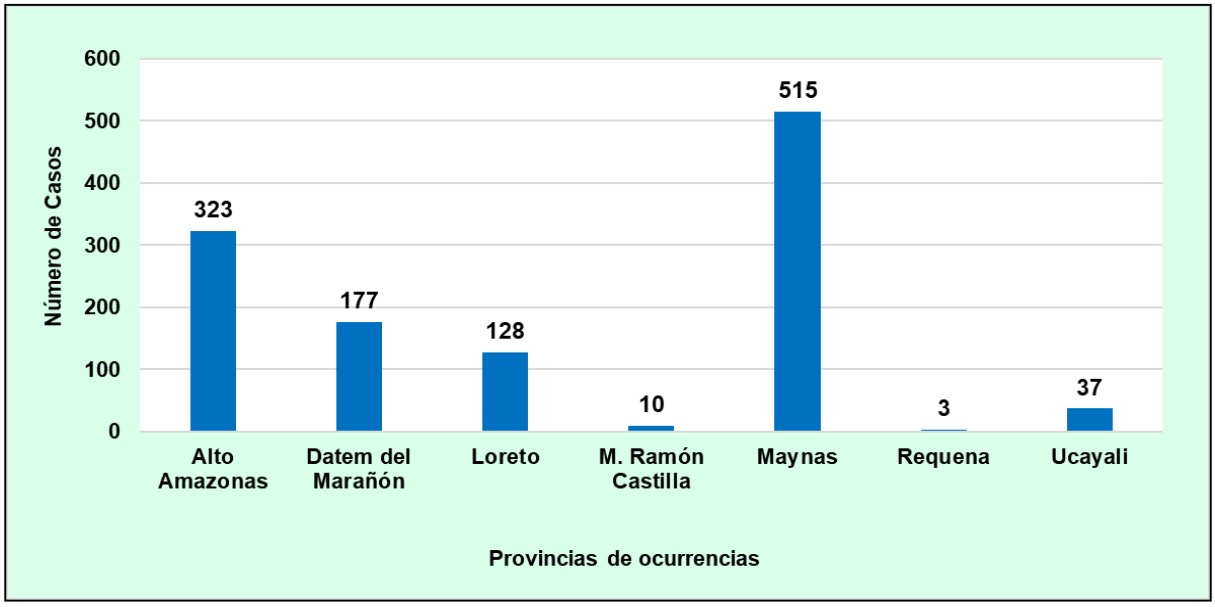
ITEMS	OCUPACIÓN DEL AGREDIDO	N°	%	OCUPACIÓN DEL AGRESOR	N°	%
1	AMA DE CASA	476	39.9	INDEPENDIENTE	258	21.6
2	ESTUDIANTE	325	27.2	AGRICULTOR	127	10.6
3	INDEPENDIENTE	161	13.5	MOTOCARRISTA	118	9.9
4	NO PRECISAN	36	3.0	AMA DE CASA	60	5.0
5	DOCENTE	27	2.3	ALBAÑIL	59	4.9
6	COMERCIANTE	20	1.7	DOCENTE	58	4.9
7	TEC. ENFERMERIA/OTROS TECNICOS	18	1.5	NO PECISAN	34	2.8
8	AGRICULTOR (A)	18	1.5	ESTUDIANTE	30	2.5
9	PROFESIONALDIVERSOS	10	0.8	SIN OCUPACIÓN	29	2.4
10	VENDEDOR (A)	7	0.6	COMERCIANTE	17	1.4
SUB TOTAL		**1,098**	**92.0**	**SUB TOTAL**	**790**	**66.2**
OTRAS OCUPACIONES		95	8.0	OTRAS OCUPACIONES	403	33.8
TOTAL		**1,193**	**100.0**		**1,193**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2020-2024

La Tabla N° 188, muestra que, en el año 2024, los casos de violencia familiar en la región Loreto afectaron principalmente a amas de casa (39.9%) y estudiantes (27.2%), grupos con alta dependencia económica y menor acceso a redes de apoyo, lo que incrementa su vulnerabilidad frente al abuso. En contraste, los agresores fueron en mayor proporción

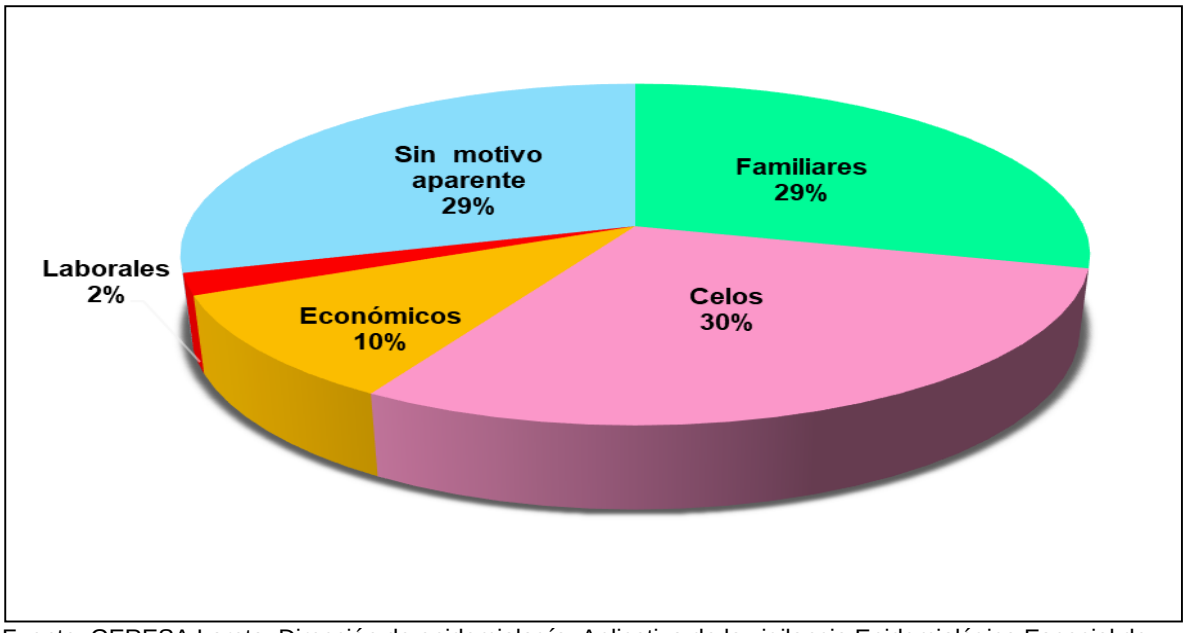
trabajadores independientes (21.6%), agricultores (10.6%) y motocarristas (9.9%), actividades muchas veces asociadas a inestabilidad laboral, estrés económico y consumo de alcohol, factores que agravan las conductas violentas. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados reflejan que los determinantes sociales y económicos —como la pobreza, el desempleo y los roles tradicionales de género— continúan influyendo en la ocurrencia de la violencia familiar. Por ello, es fundamental fortalecer los programas de prevención comunitaria, el empoderamiento económico de las mujeres y la intervención temprana en familias de riesgo.

Gráfico N° 278 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar, según ocupación del agredido y del agresor. 2024 (Número y porcentaje)



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2024

Gráfico N° 279 Región Loreto. Notificación de casos de violencia familiar, según motivos de violencia. 2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de epidemiología. Aplicativo de la vigilancia Epidemiológica Especial de Violencia Familiar 2018-2022

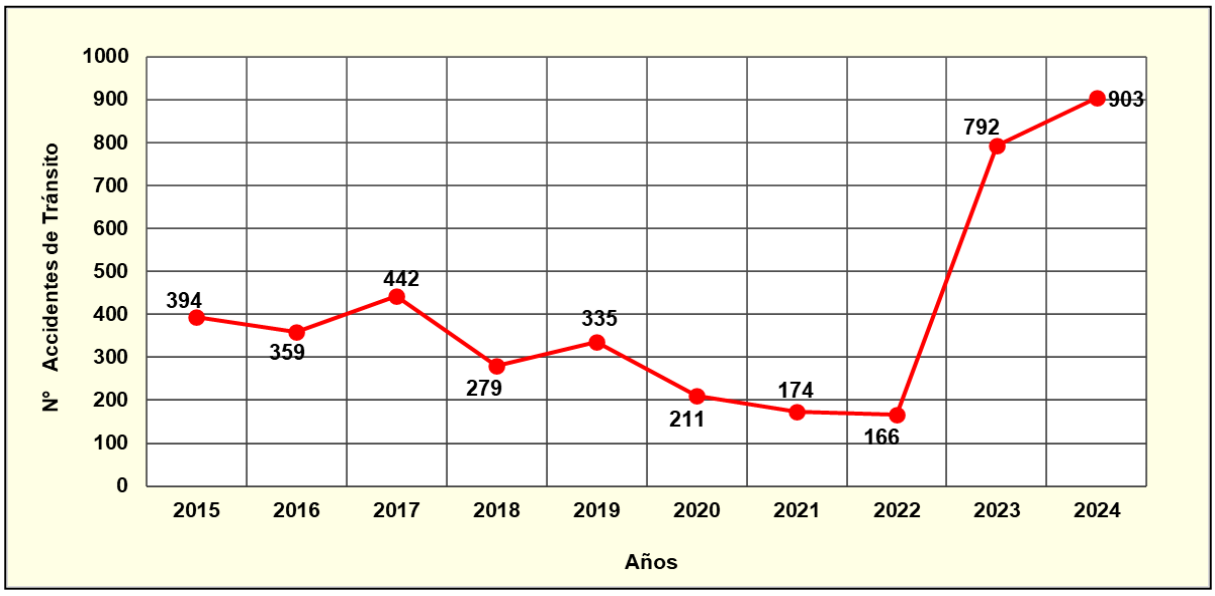
En el año 2024, los principales motivos de violencia familiar en la región Loreto estuvieron relacionados con los celos (29.5%), los conflictos familiares (28.9%) y los episodios sin motivo aparente (29.3%), evidenciando que la mayoría de los casos surgen dentro de relaciones interpersonales marcadas por el control emocional, la desconfianza y la falta de comunicación. Los factores económicos (10.2%) y laborales (2.1%) también influyeron, aunque en menor proporción, reflejando la presión social y la desigualdad económica. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados muestran la necesidad de intervenciones psicosociales que fortalezcan la salud mental familiar, promuevan la resolución pacífica de conflictos y aborden los determinantes sociales que perpetúan la violencia en los hogares.

5.1.5 Lesiones por Accidentes de Tránsito

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado a los accidentes de tránsito como un grave problema de Salud Pública y ha elaborado hasta el momento dos informes que evalúan la situación mundial de la seguridad vial y que incluyen recomendaciones a tener en cuenta por sus países miembros. La OMS, refiere que, cada año se pierden aproximadamente 1,3 millones de vidas a consecuencia de estas lesiones, entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y muchos de ellos provocan una discapacidad.

La vigilancia epidemiológica de lesiones por accidentes de tránsito, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), es una herramienta para la detección, registro y análisis continuo de los eventos que generan daños a la salud derivados de siniestros viales. Su propósito es identificar los factores determinantes como el comportamiento humano, las condiciones del entorno y la seguridad vehicular que incrementan el riesgo de lesiones o muertes. Desde el enfoque de salud pública, esta vigilancia permite orientar intervenciones preventivas, fortalecer la atención oportuna en los servicios de salud y diseñar políticas integrales que reduzcan el impacto social y económico de los accidentes de tránsito en la población.

Gráfico N° 280 Región Loreto. Número de Lesiones por accidentes de tránsito. 2015-2024



Fuente GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2015-2024

Durante el periodo 2015–2024, la Región Loreto muestra una tendencia fluctuante en el número de lesiones por accidentes de tránsito, con un descenso progresivo entre 2015 (394

casos) y 2022 (166 casos), seguido de un marcado incremento en 2023 (792 casos) y 2024 (903 casos). Este repunte reciente evidencia un aumento en la exposición al riesgo vial asociado al crecimiento del parque automotor, la reactivación económica y la movilidad urbana tras la pandemia. Desde el enfoque de salud pública, estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la educación vial, el control policial y las estrategias intersectoriales orientadas a la prevención de siniestros y reducción de lesiones en la población.

Durante los años 2023 y 2024, la mayor concentración de lesiones por accidentes de tránsito en la región Loreto se registró en el distrito de Yurimaguas, con 75.9% en 2023 y 74.6% en 2024, seguido a distancia por Iquitos (6.9%) y San Juan Bautista (6.5%). Los demás distritos presentaron proporciones menores al 3%. Esta alta concentración en Yurimaguas refleja la influencia de determinantes estructurales y ambientales, como la mayor densidad vehicular, la limitada regulación del tránsito y las deficiencias en infraestructura vial, lo que evidencia la necesidad de acciones integrales de prevención y control dentro del marco de la vigilancia epidemiológica de lesiones por accidentes de tránsito impulsada por el MINSA y la OMS.

Tabla N° 189 Región Loreto. Número de Lesiones por accidentes de tránsito según distritos de ocurrencias. 2023 y 2024.

ITEMS	DISTRITOS DE OCURRENCIAS	2023	%	2024	%
1	YURIMAGUAS	601	**75.9**	674	**74.6**
2	IQUITOS	66	8.3	62	6.9
3	SAN JUAN BAUTISTA	12	1.5	59	6.5
4	PUNCHANA	43	5.4	25	2.8
5	REQUENA	25	3.2	18	2.0
6	CONTAMANA	21	2.7	19	2.1
7	BELEN	4	0.5	18	2.0
8	BALSAPUERTO	1	0.1	7	0.8
9	LAGUNAS	0	0.0	7	0.8
10	MAZAN	7	0.9	0	0.0
11	RAMON CASTILLA	1	0.1	5	0.6
12	LAS AMAZONAS	0	0.0	1	0.1
13	ALTO NANAY	0	0.0	1	0.1
14	SAN PABLO	1	0.1	0	0.0
15	BARRANCA	0	0.0	1	0.1
16	ANDOAS	1	0.1	0	0.0
17	URARINAS	0	0.0	1	0.1
18	MORONA	0	0.0	1	0.1
19	NAPO	1	0.1	0	0.0
TOTAL		**792**	**100.0**	**903**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2023-2024

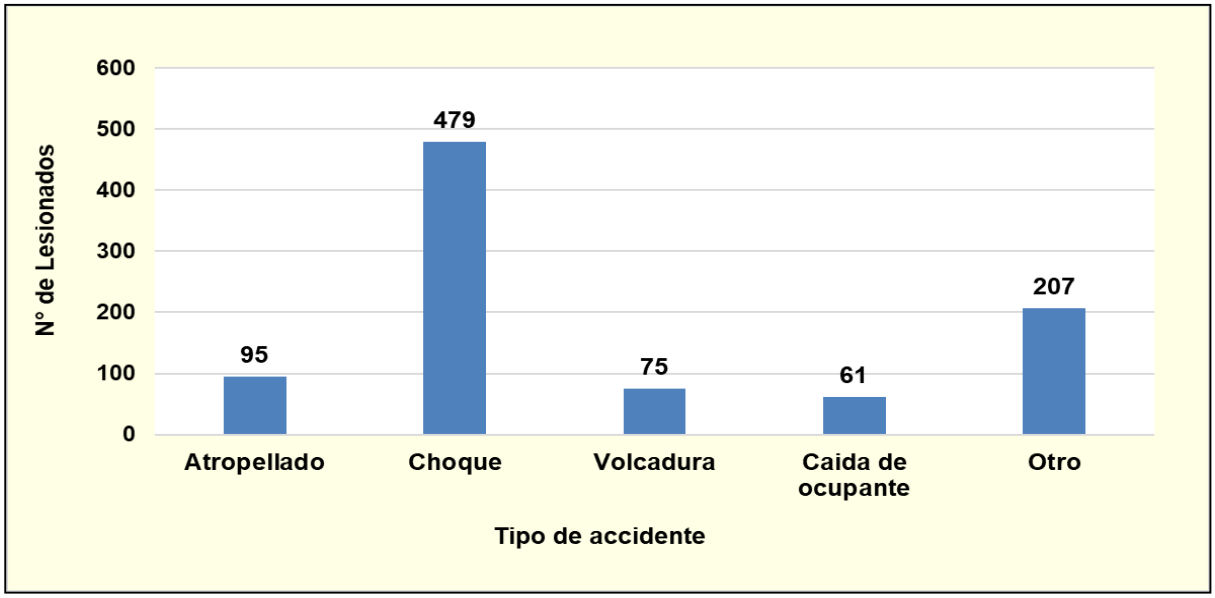
5.1.5.1 Lesiones ´por tipo de accidentes de tránsito

En el año 2024, en la región Loreto, se registraron 917 lesiones por accidentes de tránsito, predominando los casos ocasionados por choques vehiculares (52.2%), seguidos por los accidentes clasificados como otros tipos (22.6%) y los atropellos (10.4%). En menor proporción se reportaron volcaduras (8.2%) y caídas de ocupantes (6.6%). Estos datos evidencian que la colisión entre vehículos motorizados continúa siendo la principal causa de lesiones viales, reflejando factores determinantes como el incremento del parque automotor, la imprudencia de conductores y peatones, y la deficiente infraestructura vial, lo cual plantea

la necesidad de fortalecer la educación y control del tránsito desde un enfoque de salud pública preventiva.

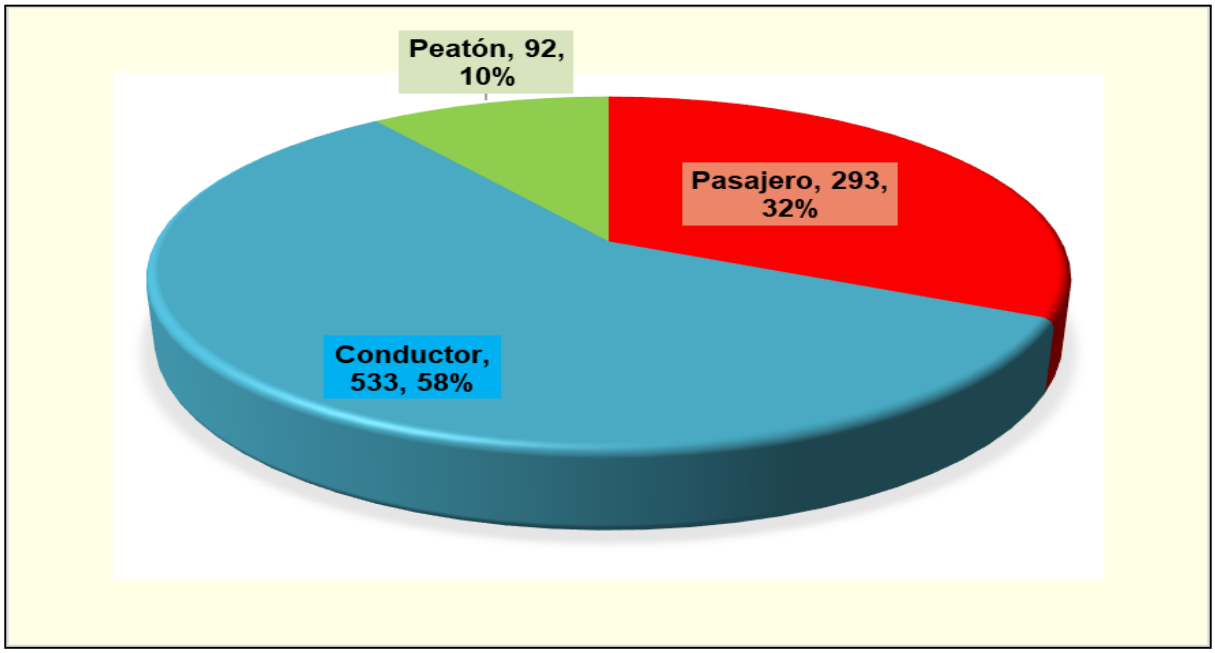
En la región Loreto, los determinantes sociales, geográficos y estructurales influyen significativamente en la ocurrencia de lesiones por accidentes de tránsito. La dispersión poblacional, las extensas vías no pavimentadas, el limitado mantenimiento de carreteras y el uso frecuente de motocicletas como principal medio de transporte elevan el riesgo de siniestros viales. A ello se suman la baja percepción de riesgo, la limitada fiscalización del cumplimiento de normas de tránsito y el consumo de alcohol asociado a la conducción.

Gráfico N° 281 Región Loreto. Número de Lesionados por accidentes de tránsito según Tipo de accidentes. 2024



Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2024

Gráfico N° 282 Región Loreto. Número de Lesiones por accidentes de tránsito según ubicación del Lesionado. 2024

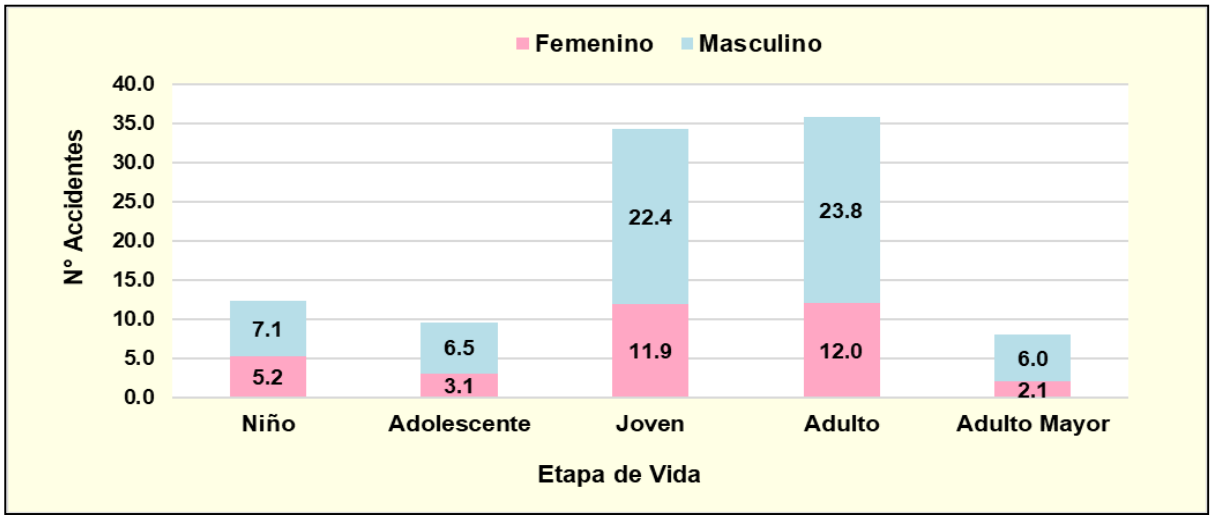


Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2024

En el año 2024, en la región Loreto, se registró que la mayoría de las lesiones por accidentes de tránsito correspondieron a conductores (58.1%), seguidos por pasajeros (32.0%) y, en menor proporción, peatones (10.0%). Esta distribución evidencia que los conductores constituyen el grupo más afectado por la exposición directa al riesgo vial, lo cual puede estar asociado a factores como el exceso de velocidad, el consumo de alcohol, la falta de uso de equipos de protección y el incumplimiento de las normas de tránsito. Asimismo, la vulnerabilidad de pasajeros y peatones resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de seguridad vial y control, así como promover una mayor educación ciudadana en la prevención de accidentes.

En el año 2024, en la región Loreto, las lesiones por accidentes de tránsito afectaron principalmente al sexo masculino (65.8%), en comparación con el femenino (34.2%). Según etapa de vida, los adultos y jóvenes varones concentraron la mayor proporción de casos (23.8% y 22.4%, respectivamente), lo que evidencia una mayor exposición de este grupo a la conducción de vehículos y al tránsito en vías públicas. En el caso de las mujeres, las mayores afectaciones se observaron en las etapas joven y adulta. Estos resultados reflejan la influencia de determinantes sociales y conductuales, como la mayor participación de los varones en actividades laborales y de transporte.

Gráfico N° 283 Región Loreto. Porcentaje de Lesiones por accidentes de tránsito según Género y Etapa de Vida. 2024



Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2024

La Tabla N° 190, nos muestra el análisis del día y el mes de ocurrencia de los accidentes de tránsito que permite identificar patrones temporales que son esenciales para la planificación de estrategias preventivas en salud pública. En la región Loreto, al igual que en otras regiones del Perú, los accidentes tienden a concentrarse durante los fines de semana (especialmente los sábados y domingos), asociados al aumento del consumo de alcohol, la recreación nocturna y la mayor movilidad urbana y rural. De igual manera, los meses con mayor incidencia suelen coincidir con periodos festivos o vacacionalescuando se incrementa el tránsito vehicular y la exposición a riesgos en carreteras y zonas urbanas.

Desde la perspectiva de salud pública, este comportamiento temporal es de gran relevancia, ya que permite establecer medidas de prevención focalizadas, como operativos de control de alcoholemia, campañas educativas y refuerzo de la vigilancia sanitaria en épocas de alta siniestralidad. Comparativamente, regiones con alta densidad vehicular y urbanización acelerada, como Lima Metropolitana y La Libertad, muestran picos similares, aunque Loreto presenta una particularidad: el predominio de motocicletas y mototaxis como medio principal de transporte, lo que eleva el riesgo de lesiones graves en conductores y pasajeros. Por ello, se requiere fortalecer la educación vial, la fiscalización del uso de cascos y la mejora de las

vías, integrando la prevención de accidentes de tránsito como un eje prioritario en la vigilancia epidemiológica regional.

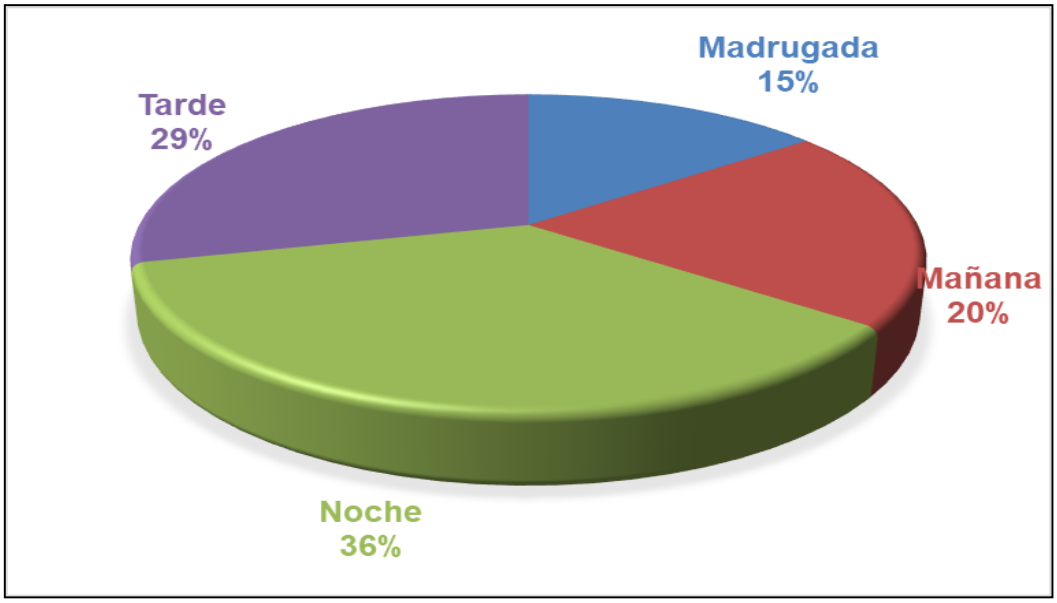
En el año 2024, la región Loreto registró un total de 903 lesiones por accidentes de tránsito, con mayor frecuencia en los meses de mayo (11.07%), septiembre (10.41%) y julio (9.41%), meses en los que se incrementa la movilidad urbana y rural, especialmente por actividades festivas y comerciales. En cuanto a la distribución semanal, los domingos (24.58%) y sábados (16.61%) concentraron la mayor cantidad de accidentes, lo que evidencia una fuerte relación con el ocio, el consumo de alcohol y la relajación de las normas de tránsito durante los fines de semana.

Tabla N° 190 Región Loreto. Número y Porcentaje de Lesiones por accidentes de tránsito según Mes y día de ocurrencia. 2024

Mes	Día de la semana							Total	%
	Domingo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado		
Enero	14	19	8	7	13	9	11	81	8.97
Febrero	21	9	4	1	2	9	6	52	5.76
Marzo	11	6	6	13	19	10	10	75	8.31
Abril	18	5	7	5	11	14	5	65	7.20
Mayo	20	17	9	10	18	12	14	100	11.07
Junio	19	15	6	7	7		10	64	7.09
Julio	21	8	13	7	6	15	15	85	9.41
Agosto	9	2	8	5	5	9	16	54	5.98
Setiembre	13	6	15	10	19	11	20	94	10.41
Octubre	24	13	6	3	6	15	21	88	9.75
Noviembre	23	8	5	8	8	7	14	73	8.08
Diciembre	29	9	7	1	6	12	8	72	7.97
Total	**222**	**117**	**94**	**77**	**120**	**123**	**150**	**903**	**100.00**
%	**24.58**	**12.96**	**10.41**	**8.53**	**13.29**	**13.62**	**16.61**	**100.00**	

Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2024

Gráfico N° 284 Región Loreto. Porcentaje de Lesiones por accidentes de tránsito según momentos de ocurrencia del día. 2024



Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2024

En la región Loreto, durante el año 2024, la mayoría de las lesiones por accidentes de tránsito ocurrieron durante la noche (36.0%) y en la tarde (28.8%), concentrando en conjunto más del 60% de los casos. Estos momentos del día se asocian con mayor flujo vehicular, actividades laborales y recreativas, además de condiciones de baja visibilidad y mayor consumo de alcohol o fatiga del conductor, factores que incrementan el riesgo de siniestros.
En cambio, los accidentes en la mañana (20.6%) y madrugada (14.6%) fueron menos frecuentes, aunque los ocurridos en la madrugada suelen tener consecuencias más graves debido al exceso de velocidad y al escaso control policial.
En el año 2024, en la región Loreto, se registraron 903 lesiones por accidentes de tránsito, de las cuales el diagnóstico más frecuente fue el accidente de transporte no especificado (12.2%), seguido por los traumatismos superficiales múltiples (5.2%) y los traumatismos múltiples no especificados (3.1%). También se reportaron con menor frecuencia heridas en la cabeza, piernas y rodillas, lo que evidencia que las zonas corporales más afectadas corresponden a las extremidades y la región craneal, áreas vulnerables en colisiones vehiculares y caídas.
Cabe destacar que el 45.3% de los casos no registraron un diagnóstico específico, lo cual refleja debilidades en el registro clínico y en la calidad de la información epidemiológica. Desde una perspectiva de salud pública, esta situación limita la planificación de intervenciones adecuadas y la vigilancia de lesiones graves. Por ello, es fundamental fortalecer la capacidad de registro en los establecimientos de salud, capacitar al personal en codificación diagnóstica y promover un sistema más eficiente de notificación de lesiones de tránsito, que permita orientar las acciones preventivas y mejorar la atención integral de las víctimas en la región Loreto.

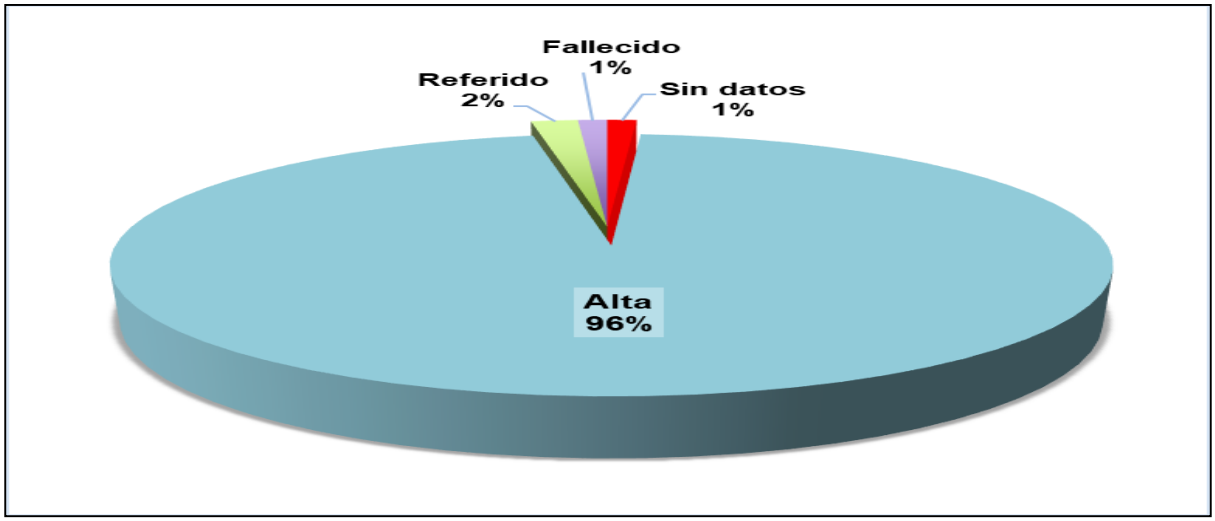
Tabla N° 191 Región Loreto. Número y Porcentaje de Lesiones por accidentes de tránsito según diagnóstico de ingreso. 2024

ITEMS	Diagnóstico de Ingreso	Número	%
1	Accidente de transporte no especificado	110	12.2
2	Traumatismos superficiales multiplese no especificados	47	5.2
3	Traumatismos multiplese no especificados	28	3.1
4	Herida de la cabezae parte no especificada	26	2.9
5	Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de transito no especificado	15	1.7
6	Traumatismo de la cabezae no especificado	15	1.7
7	Herida de la piernae parte no especificada	11	1.2
8	Herida de la rodilla	11	1.2
9	Persona lesionada en accidente de transitoe de vehiculo de motor no especificado	10	1.1
10	Contusion de la rodilla	8	0.9
11	Herida de la nariz	7	0.8
12	Fractura de la clavicula	6	0.7
13	Herida del cuero cabelludo	6	0.7
14	Contusion del hombro y del brazo	5	0.6
15	Contusion del torax	5	0.6
Sub total		**310**	**34.3**
Diagnósticos no registrados		409	45.3
Otros Diagnósticos		184	20.4
Total		**903**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2024

En el año 2024, en la región Loreto, la mayoría de las personas lesionadas por accidentes de tránsito egresaron con alta médica (96.0%), lo que sugiere que la mayor parte de las lesiones fueron de carácter leve o moderado, permitiendo la recuperación sin complicaciones graves. En menor proporción, se registraron referencias a otros establecimientos (1.8%), probablemente por la necesidad de atención especializada, y fallecimientos (1.1%), reflejando una baja pero significativa mortalidad asociada a este tipo de eventos. Estos resultados evidencian la efectividad de la respuesta sanitaria en los servicios de emergencia y trauma de la región, aunque también destacan la importancia de fortalecer las estrategias preventivas de seguridad vial. En una región como Loreto, donde predominan los medios de transporte motorizados menores y las vías en condiciones variables, resulta prioritario reforzar la educación vial, el control del tránsito y el uso de equipos de protección, a fin de reducir la ocurrencia de accidentes y sus consecuencias más graves.

Gráfico N° 285 Región Loreto. Porcentaje de Lesiones por accidentes de tránsito según condición de egreso. 2024



Fuente: GERESA Loreto. CPC. Dirección de Epidemiología. Aplicativo, vigilancia de Lesiones de Accidentes de Tránsito. 2024

5.1.6 Exposición por metales pesados y metaloides.

5.1.6.1 Situación Epidemiológica.

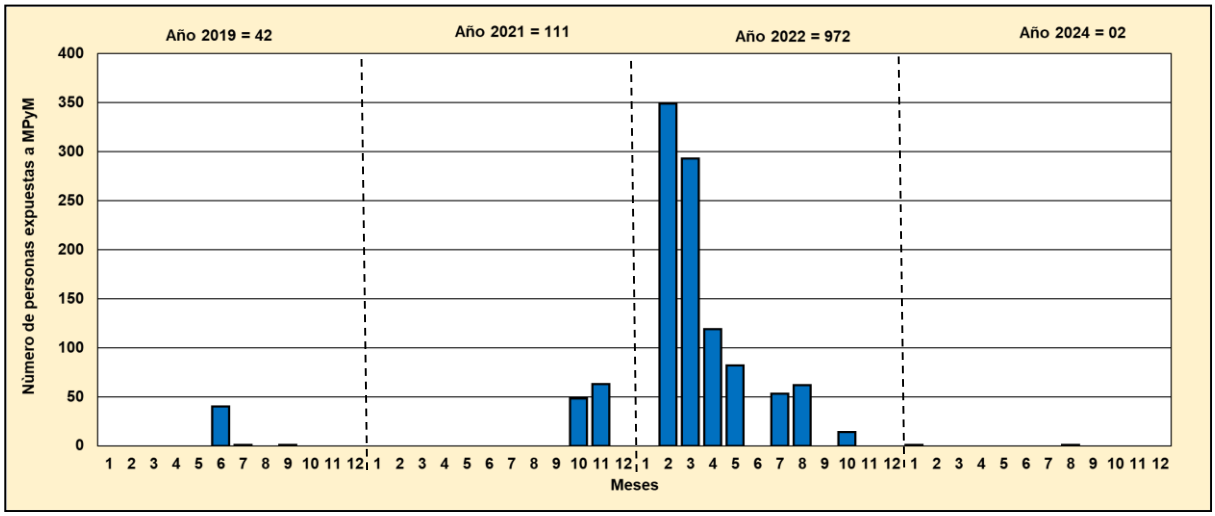
A nivel regional, entre los años 2019 – 2024 se notificaron 1127 personas con exposición a metales pesados y metaloides (EMPyM) procedentes de 04 Microrredes, el promedio mensual de notificación por exposición a metales pesados y metaloides (MPyM) fue de 16 personas expuestas. (Gráfico N° 286).

De acuerdo con los datos disponibles, durante los años 2019, 2021, 2022 y 2024, se registraron notificaciones mensuales promedio de casos sospechosos de exposición a MPyM en el marco de la Norma Técnica de Salud Nº 111-2014-MINSA/DGE – V.01 (1). Los promedios mensuales reportados fueron de 4, 9 y 81 casos para los años 2019, 2021 y 2022, respectivamente. Para el año 2024, se notificaron un total de 2 casos a lo largo de las 52 semanas epidemiológicas. El año 2022 destacó como el período con mayor número de notificaciones, reflejando un incremento significativo en la detección o exposición a MPyM.

Cabe precisar que no se dispone de datos para el año 2020 debido al impacto de la pandemia por COVID-19, que afectó la capacidad de registro y vigilancia epidemiológica en el sistema de salud. De manera similar, para el año 2023, no se cuenta con información en la base de

datos del sistema de notificación. Esta ausencia de datos se atribuye a interrupciones en la recolección, consolidación o reporte de información durante dichos períodos.

Gráfico N° 286 Región Loreto. Personas expuestas a metales pesados y metaloides notificados semanas epidemiológicas 2019, 2021,2022 y 2024.



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2019 - 2024

Tabla N° 192 Región Loreto. Personas expuestas a metales pesados y metaloides notificados semanas epidemiológicas 2019, 2021,2022 y 2024.

DISTRITOS	LOCALIDADES	Personas expuestas a metales pesados y metaloides por año								Total general	
		2019		2021		2022		2024			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MANSERICHE	NUEVO PROGRESO	30	71.4							30	3.7
	NUEVO JERUSALEM	5	11.9							5	
	CHORROS	4	9.5							4	
	NUEVA ALIANZA	1	2.4							1	
	SARAMIRIZA	0	0.0					1	50	1	
	YANAYACU	1	2.4							1	
MORONA	NUEVO PROGRESO	1	2.4							1	0.1
TROMPETEROS	PUCACURO							1	50	1	0.1
URARINAS	CUNINICO			1	0.9	381	39.2			382	96.1
	SAN FRANCISCO			88	79.3	148	15.2			236	
	SAN PEDRO POTOYACUILLO			1	0.9	142	14.6			143	
	NUEVA SANTA ROSA			19	17.1	120	12.3			139	
	NUEVA ESPERANZA			0	0.0	80	8.2			80	
	SANTA ROSA DEL MARAÑON			1	0.9	72	7.4			73	
	SAN PEDRO DEL MARAÑON			0	0.0	26	2.7			26	
	SAN FERNANDO			1	0.9	1	0.1			2	
	SAN PEDRO (CHAMBIRA)			0	0.0	1	0.1			1	
	URARINAS			0	0.0	1	0.1			1	
Total		42	100	111	100	972	100	2	100	1,127	100.00

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2019 - 2024

De 1,127 casos sospechosos de exposición a MPyM en distritos de la Región Loreto, entre 2019 y 2024, con una concentración marcada en Urarinas (96.1%, n=1,083), seguido por Mansiche (3.7%, n=44) y Morona Trompeteros (0.1%, n=1).

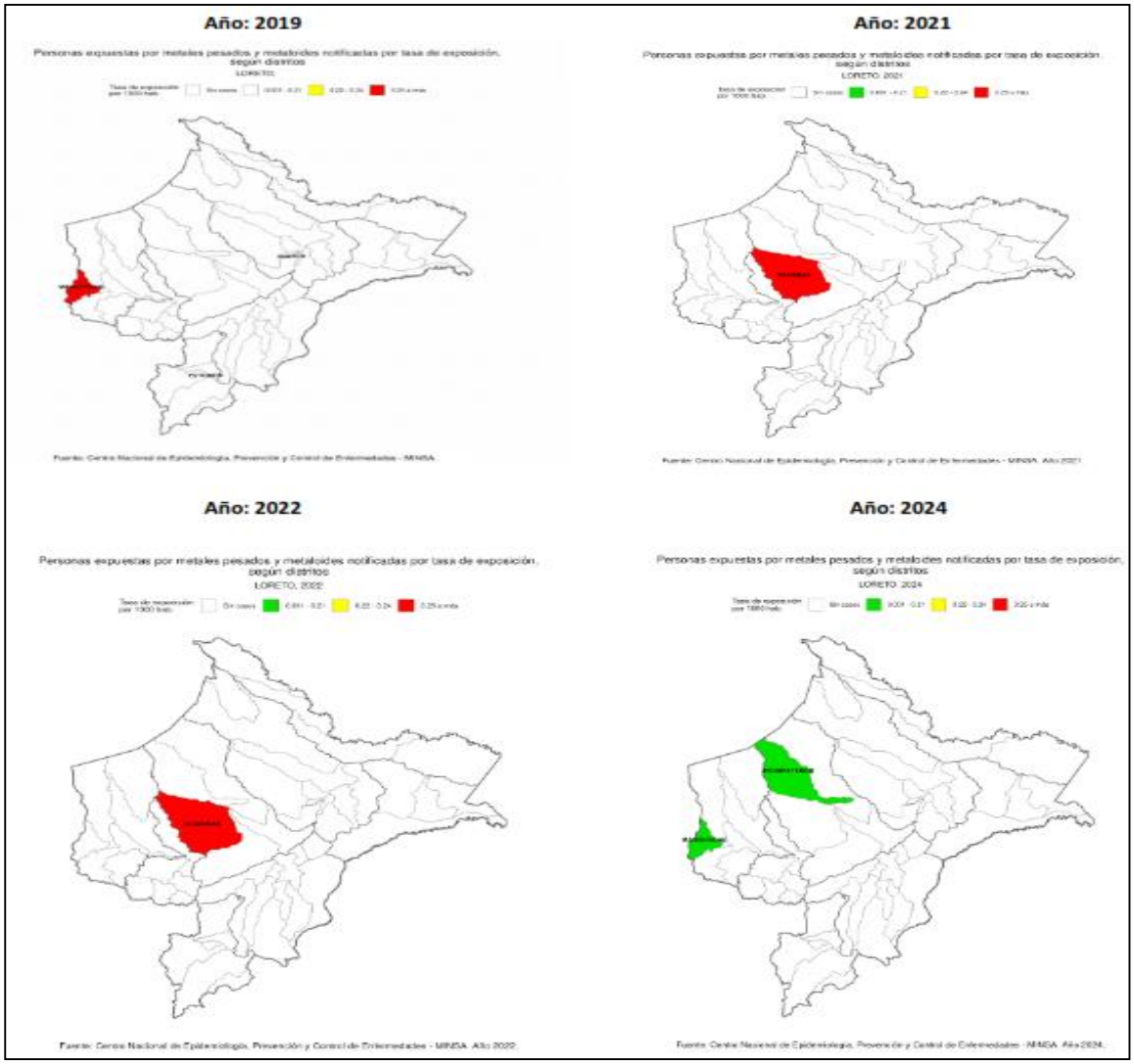
El año 2022 registró un pico epidémico (82.6%, n=972), con una tasa promedio de 18.7 casos/semana, atribuible a la ampliación de la cobertura de la vigilancia epidemiológica y al levantamiento sistemático de información en poblaciones expuestas y en riesgo, particularmente en la localidad de Cuninico (33.9 %, n= 382), San Francisco (20.9%, n=236) y San pedro de patoyacuillo (12.6%, n=143), donde actividades extractivas en la Amazonía (e.g., hidrocarburos y minería ilegal) podrían ser factores clave. La ausencia de datos en 2020 y 2023, coincidente con la pandemia por COVID-19, sugiere subregistro, subestimando la

prevalencia en grupos vulnerables como niños indígenas expuestos crónicamente a contaminantes como mercurio y plomo.

5.1.6.2 Distribución según distritos

A nivel de la Región, las Micro redes e IPRESS han notificado entre los años 2019 - 2024, hasta la SE 52, un total de 04 distritos con al menos una persona expuesta a MPyM, que corresponden a 02 provincias del departamento de Loreto.

Mapa N° 19 Región Loreto. Tasa de exposición por metales pesados y metaloides notificados según distritos, loreto 2019- 2024



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2019 - 2024

Durante el 2019 se notificó al menos una persona expuesta a MPyM, en 01 localidad en 02 distritos en la provincia del Datem del Marañón. En el 2021 y 2022 se notificaron 111 y 972 personas expuestas a MPyM en 10 localidades que corresponde a 01 distrito y a una sola provincia que es Loreto Nauta. En el 2024 se notificaron 02 personas expuestas a MPyM en 02 localidades que corresponde a 02 distritos que pertenecen a 01 provincia.

La contaminación por metales pesados en los distritos de la región Loreto constituye un problema ambiental y de salud pública creciente, asociado principalmente a actividades

extractivas, derrames petroleros y deficiente gestión de residuos. Estos contaminantes, como el mercurio, plomo y cadmio, afectan los ecosistemas acuáticos y la salud de las poblaciones locales, especialmente aquellas que dependen del consumo de agua y peces de los ríos contaminados. (Mapa N°19).

5.1.6.3 Distribución por edad y sexo

Entre los años 2019 y 2024 en Loreto, el grupo de adultos de 30 a 59 años, suman el 30.35% del total de casos, seguido de los menores de 12 años representan el 29.64%. Los adultosde 30 a 59 años destacan consistentemente como uno de los grupos con más exposición, alcanzando 59.5% el año 2019, 30.6% el 2021 y 29.12% en el año 2022, siendo este último, el año que más casos se notificó; mientras que el grupo adulto mayor (60+) mantiene porcentajes bajos. La distribución por sexo permanece prácticamente igual entre mujeres (50,31%) y hombres (49,69%), reflejando una exposición que no distingue género y donde los grupos de infancia y adultos jóvenes concentran el mayor número de exposiciones notificadas, principalmente históricas y no agudas.

Tabla N° 193 Región Loreto. distribución y proporción de personas expuestas a metales pesados y metaloides notificados por edad y sexo, según distritos. 2019 - 2024

Edad (segun curso de vida)	Personas expuestas a metales pesados y metaloides por años								Total	
	2019		2021		2022		2024			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 01 AÑO (NIÑO)	0	0.0	0	0	4	0.41	0	0	4	0.35
1 - 4 AÑOS (NIÑO)	0	0.0	12	10.8	63	6.48	0	0	75	6.65
5 - 11 AÑOS (NIÑO)	2	4.8	26	23.4	227	23.35	0	0	255	22.63
12-17 AÑOS (ADOLESCENTE)	1	2.4	15	13.5	152	15.64	0	0	168	14.91
18-29 AÑOS (JOVEN)	11	26.2	14	12.6	177	18.21	2	100	204	18.10
30-59 AÑOS (ADULTO)	25	59.5	34	30.6	283	29.12	0	0	342	30.35
60 + AÑOS (ADULTO MAYOR)	3	7.1	10	9.0	66	6.79	0	0	79	7.01
Sexo										
Femenino	24	57.1	55	49.5	488	50.2	0	0	567	50.31
Masculino	18	42.9	56	50.5	484	49.8	2	100	560	49.69
Total	**42**	**100.00**	**111**	**100.00**	**972**	**100.00**	**2**	**100.00**	**1,127**	**100.00**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2019 – 2024

5.1.6.4 Determinantes de riesgo por exposición a metales pesados

La exposición de las personas a los metales pesados puede darse a través de la fuente natural (corteza terrestre, la actividad volcánica, los sedimentos y los incendios forestales; y por fuente antrópica (fija o móvil), es decir por actividades realizadas por el hombre. La exposición ambiental se produce mediante el aire, el suelo, el agua y los alimentos; estos metales se liberan a la atmósfera a través de los procesos de combustión y otros; y son transportados a larga distancia según la velocidad del viento, su dirección, las precipitaciones y la humedad, pudiendo contaminar el suelo, los ríos, los lagos y las lagunas.

La exposición ocupacional puede ocurrir en el ambiente de trabajo, principalmente en el proceso, producción o manejo, que implica el contacto y la manipulación de metales pesados, con la consiguiente exposición y riesgo ocupacional de intoxicación, como en la metalurgia y minería extractiva, fundiciones y refinado; así como, en la industria informal de fabricación de acumuladores eléctricos por extracción secundaria de plomo a partir de baterías recicladas,

soldadura, manufactura de caucho y vidrio, reparación de buques, procesos de cortado del metal y manufactura de plásticos, municiones, accesorios de pesca.

La exposición doméstica a metales pesados ocurre principalmente en niños y se atribuye al hábito de la pica, por el cual ingieren tierra o pinturas contaminadas con plomo inorgánico, pintura de paredes con compuestos de plomo, uso de juguetes o vasijas contaminadas, utensilios de cocina de cerámica vidriada, cosméticos, objetos metálicos con plomo, pero, también puede ocurrir en niños y adultos que ingieren alimentos contaminados.

Los efectos tóxicos dependen del tipo de metal, de la concentración y en algunos casos de la edad de la población expuesta. Algunos estudios que evalúan la contaminación de metales pesados en alimentos, carne y leche, han encontrado que el cadmio, el mercurio, el plomo y el arsénico, son cuatro de los elementos que por su impacto en la salud y concentración deben ser cuidadosamente evaluados y monitoreados

La absorción de los metales se produce principalmente a través de vía inhalatoria y gastrointestinal y también dérmica (6). La ingestión de alimentos es una de las principales vías de exposición a metales pesados. Una característica especial de la exposición a metales pesados por medio de los alimentos es la capacidad que tienen de acumularse en los tejidos. Especialmente los organismos acuáticos acumulan cadmio, mercurio en el tejido graso y en órganos como el hígado, lo que implica que la concentración se incremente a medida que se avanza en la red trófica. Las mujeres en edad fértil acumulan más estos contaminantes debido a los cambios hormonales propios de la menarquia y la gestación, así como por presentar una mayor cantidad de grasa relativa.

5.1.7 Infecciones Asociadas a la Atención de Salud—IAAS

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) son un conjunto de infecciones que ocurren durante el proceso de atención médica y que no estaban presentes ni en período de incubación al ingreso del paciente. Según la Norma Técnica de Salud N.°163-MINSA/2020/DIGIESP, estas infecciones representan un serio problema de seguridad del paciente, pues incrementan la morbilidad, prolongan la estancia hospitalaria y elevan los costos del sistema sanitario. El Ministerio de Salud del Perú establece que su prevención y control forman parte esencial de la gestión de la calidad en los servicios de salud, mediante la implementación de medidas estandarizadas de bioseguridad, vigilancia activa y educación permanente del personal asistencial.

La NTS N.°163-MINSA/2020 dispone que cada establecimiento de salud debe contar con un Programa de Prevención y Control de IAAS que garantice la vigilancia epidemiológica sistemática, la identificación de factores de riesgo, la supervisión del cumplimiento de protocolos de limpieza y desinfección, así como la promoción del lavado de manos como práctica prioritaria. Además, resalta la importancia del uso racional de antibióticos y del manejo seguro de dispositivos invasivos para reducir la transmisión cruzada de patógenos. En este marco, la vigilancia de las IAAS se considera un pilar fundamental para fortalecer la seguridad del paciente y la calidad de la atención en todos los niveles del sistema de salud peruano.

En la región Loreto, la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) es realizada principalmente por establecimientos de mediana y alta complejidad, especialmente hospitales y algunas clínicas que cuentan con servicios críticos como UCI, medicina, cirugía y ginecobstetricia. Estos servicios son los más monitoreados debido a su mayor riesgo de infecciones intrahospitalarias; además, se observa un reporte uniforme sobre la vigilancia de accidentes punzocortantes, lo que evidencia la sensibilidad hacia la prevención de riesgos laborales para el personal de salud.

Esta estructura de vigilancia permite identificar tempranamente los posibles brotes o focos infecciosos, priorizando tanto la seguridad del paciente como la del trabajador sanitario. La mayor cobertura en hospitales de referencia y la sistematicidad para áreas de alto riesgo reflejan una estrategia dirigida a contener y reducir las IAAS en los entornos clínicos más vulnerables de Loreto.

Tabla N° 194 Región Loreto. Establecimiento de salud que realizan la vigilancia epidemiológica de las IAAS y los servicios que vigilan. 2021 – 2024.

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UCI NEONATAL	UCI PEDIATRICAS	UCI ADULTOS	MEDICINA	CIRUGÍAS ADULTO Y PEDIÁTRICAS	GINECO OBSTETRICIA	TRAUMATOLOGÍA	PEDIATRIA	NEONATOLOGIA	EMERGENCIA	ACCIDENTES PUNZOCORTANTES
1	II.1 CONTAMANA						SI					SI
2	II.1 SANTA CLOTILDE						SI					SI
3	II.1 HOSPITAL I YURIMAGUAS				SI	SI	SI					SI
4	I.3 PEVAS						SI					SI
5	I.3 INDIANA						SI					SI
6	I.3 MAZAN						SI					SI
7	II.1 CLINICA SANTA ANITA				SI	SI	SI					SI
8	I.4 REQUENA						SI					SI
9	I.4 ASOCIACION CIVIL SELVA						SI					SI
10	I.3 AGUAMIRO						SI					SI
11	I.3 EL ESTRECHO						SI					SI
12	I.4 NAUTA						SI					SI
13	I.4 SAN LORENZO						SI					SI
14	I.4 CABALLO COCHA						SI					SI
15	I.4 CLINICA NAVAL				SI		SI					SI
16	II.1 HOSPITAL FAP				SI		SI					SI
17	II.2 CLINCA ANA STHALL			SI	SI	SI	SI	SI		SI		SI
18	III.1 HOSPITAL III IQUITOS	SI		SI	SI	SI	SI					SI
19	HOSPITAL MILITAR SANTA ROSA				SI	SI	SI					SI
20	III.1 HOSPITAL REGIONAL DE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		SI		SI
21	II.2 HOSPITAL APOYO IQUITOS	SI	SI	SI	SI	SI	SI					SI
22	II.2 HOSPITAL DE APOYO	SI		SI	SI	SI	SI			SI		SI

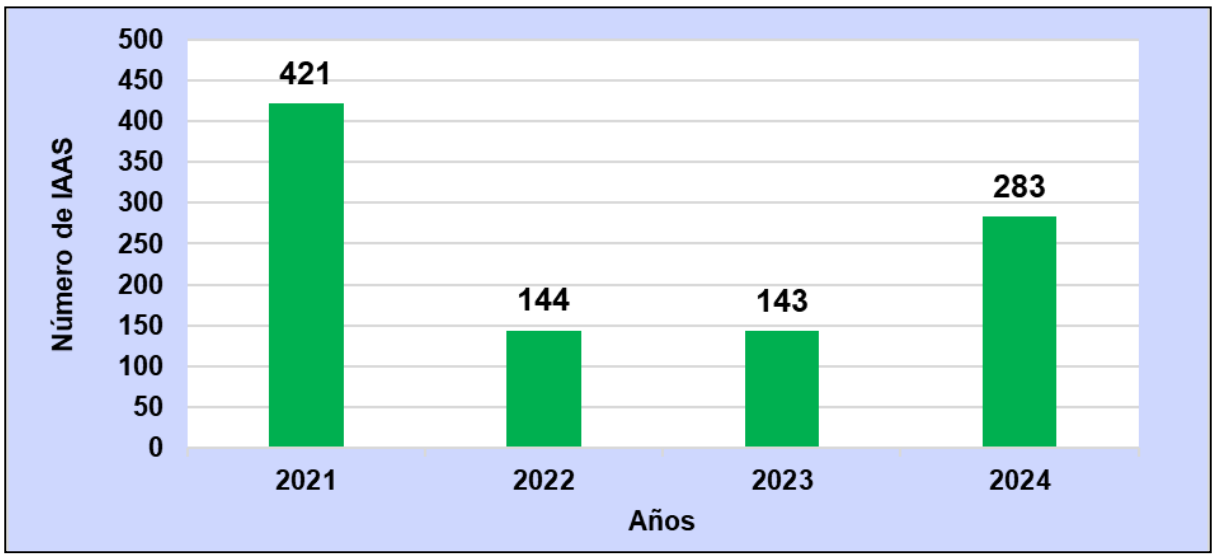
Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 - 2024

Los indicadores de vigilancia epidemiológica de las IAAS, de acuerdo con la NTS N°163 del MINSA-Perú, se expresan principalmente mediante tasas de incidencia. Se utilizan dos tipos clave: la tasa de densidad de incidencia (días persona), empleada para infecciones como neumonía asociada a ventilador, infecciones urinarias asociadas a catéter y bacteriemias, ya que refleja el número de casos por unidad de tiempo y exposición al riesgo; y la tasa de incidencia acumulada, utilizada para eventos como las infecciones de sitio quirúrgico y la endometritis, que representa el número de episodios nuevos en una población a riesgo durante un periodo determinado.

Estos indicadores permiten la estandarización y comparabilidad de los datos nacionales e internacionales, lo que facilita el monitoreo de tendencias, la identificación rápida de cambios que requieran intervención y la evaluación de las acciones en los planes de prevención y control de IAAS.

Entre los años 2021 y 2024, la Región Loreto notificó un total de 991 casos de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS). Se observa un descenso significativo entre 2021 (421 casos) y 2023 (143 casos), seguido de un repunte en 2024 (283 casos). Esta tendencia sugiere una posible mejora en las medidas de prevención y control durante 2022-2023, aunque el aumento reciente podría reflejar una mayor vigilancia activa o reaparición de brotes hospitalarios en algunos establecimientos de salud.

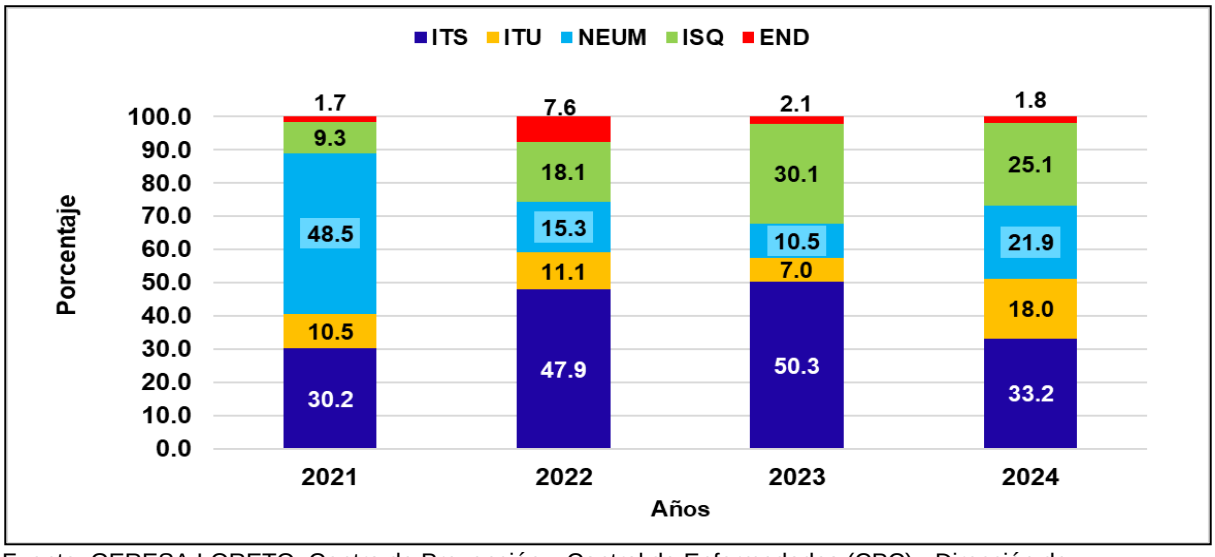
Gráfico N° 287 Región Loreto. Número de casos notificados de IAAS en la Región Loreto. 2021 – 2024.



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 - 2024

Entre 2021 y 2024, la distribución de las IAAS en la Región Loreto muestra una variación importante en los tipos de infección predominantes. Las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) fueron las más frecuentes durante todo el periodo, aunque disminuyeron en 2024 (33.2%) tras picos en 2022–2023. Las neumonías asociadas a la atención (NEUM) tuvieron una alta incidencia en 2021 (48.5%) pero se redujeron de forma sostenida. En contraste, las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) y las infecciones urinarias (ITU) aumentaron hacia 2024, reflejando posibles brechas en el control de procedimientos invasivos y manejo de catéteres. Las endometritis (END) mantuvieron una baja frecuencia en todo el periodo.

Gráfico N° 288 Región Loreto. Distribución de casos según la localización de las IAAS.2021 – 2024.



Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024
*ITS: Infección del torrente sanguíneo, NEU: Neumonía, ITU: infección de tracto urinario, END: Endometritis, ISQ: infección de sitio quirúrgico.

Entre 2021 y 2024, las tasas de incidencia de IAAS en la Región Loreto muestran una variabilidad importante según servicio clínico y tipo de infección. En general las mayores tasas se observan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde la neumonía asociada a ventilador mecánico alcanzó picos elevados en adultos (24.4 en 2021 y 13.7 en 2024) y en la UCI pediátrica (17.2 en 2021 y 13.7 en 2023). En gineco-obstetricia, la infección del sitio quirúrgico post cesárea presenta un incremento sostenido, reflejando mayor riesgo en procedimientos quirúrgicos. En medicina, se destaca el aumento de infecciones urinarias asociadas a catéter en 2024 (6.9). En neonatología y pediatría, las infecciones del torrente sanguíneo continúan siendo las más frecuentes, aunque con tendencia variable. En conjunto, las cifras evidencian una disminución general hasta 2023, seguida de un repunte en 2024, lo que podría estar asociado a una intensificación de la vigilancia o a un incremento real de casos en servicios críticos.

Tabla N° 195 Región Loreto. Tasas de incidencia de IAAS. .2021 – 2024

Servicio Clinico	Tipo de IAAS y Factor de riesgo asociado	2021	2022	2023	2024
Gineco Obstetricia	Infección del sitio quirúrgico post Parto Cesarea**	0.74	0.67	1.00	1.50
	Endometritis post Parto Vaginal**	0.05	0.07	0.00	0.04
	Endometritis Post parto Cesarea**	0.07	0.16	0.08	0.02
Cirugía	Infección del Tracto Urinario asociado a Cateter Urinario Permanente*	0.42	1.40	1.20	1.00
	Infección de sitio quirúrgico post Colecistectomía**	0.68	0.10	0.60	0.40
	Infección del sitio quirúrgico post hernioplastía**	0.00	0.30	0.30	0.50
Medicina	Infección del tracto urinario asociado a Cateter Urinario Permanente*	3.70	3.20	1.70	6.90
Uci adultos	Infección de Torrente Sanguineo asociado a Cateter Venoso Central*	3.80	1.30	0.80	2.01
	Infeccipon de Tracto Urinario , asociado a Cateter Urinario permanente*	3.12	1.30	0.30	4.33
	Neumonía asociada a ventiilador mecánico*	24.40	7.20	2.10	13.70
Uci Neonatología	Infección de Torrente Sanguineo asociado a Cateter Venoso Central*	4.60	5.00	5.10	2.00
	Neumonía asociada a Ventiilador Mecánico*	2.50	1.70	0,0	5.30
	Infección de Torrente Sanguineo asociado a Cateter Venoso Periférico*	0.90	1.80	2.00	2.23
Uci Pediatría	Infección de Torrente Sanguineo asociado a Cateter Venoso Central*	7.00	7.80	2.51	2.63
	Neumonía asociada a Ventiilador Mecánico*	17.20	9.80	13.69	5.60
	Infección de Torrente Sanguineo asociado a Cateter Venoso Periférico*	4.80	3.00	4.63	1.67

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024

* Densidad de Incidencia x 1000 días de factor de riesgo asociado Incidencia acumulada x 100 procedimientos vigilados

5.1.7.1 IAAS Por Servicios vigilados

5.1.7.1.1 Servicio de Gineco Obstetricia:

Las tasas de incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en el servicio de Gineco Obstetricia de la región Loreto durante 2024 muestran valores heterogéneos y, en algunos establecimientos, superiores a los promedios nacionales. En los hospitales de nivel II.2, destacan el Hospital de Apoyo Iquitos, con una tasa de endometritis por parto vaginal de 0.11% (superior al promedio nacional de 0.06%) y una IHO por cesárea de 2.62%, que sobrepasa ampliamente la media nacional de 0.65%. De igual modo, el Hospital de Apoyo Yurimaguas presenta endometritis por parto vaginal de 0.08% y IHO por cesárea de 0.99%, ambas por encima de los valores esperados. En los hospitales de nivel III.1, el Hospital Regional de Loreto (1.92%) y el Hospital III Iquitos (0.75%) muestran tasas de infección de herida operatoria por cesárea mayores al promedio nacional (0.93%). Los demás establecimientos reportan tasas nulas, lo que podría reflejar una baja incidencia real o limitaciones en la notificación y registro de IAAS. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las prácticas de control de infecciones en salas de parto y puerperio, así como la vigilancia activa postoperatoria.

Tabla N° 196 Región Loreto. Tasas de incidencia de IAAS del servicio de Gineco Obstetricia. 2024.

N°	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL	ENDOMETRITOS POR PARTO CESAREA	IHO POR PARTO CESAREA
1	I.4 ASOCIACION CIVIL SELVA AMAZONICA	0	0	0
2	I.4 CABALLO COCHA	0	0	0
3	II.1 CLINCA ANA STHALL	0	0	0
4	II.1 CLINICA SANTA ANITA	0	0	0
5	II.1 CONTAMANA	0	**0.99**	0
6	I.3 EL ESTRECHO	0	0	0
7	II.2 HOSPITAL APOYO IQUITOS	**0.11**	0	**2.62**
8	II.2 HOSPITAL DE APOYO YURIMAGUAS	**0.08**	0	**0.99**
9	II.1 HOSPITAL I YURIMAGUAS	0	0	0
10	III.1 HOSPITAL III IQUITOS	0	0	**0.75**
11	III.1 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	0	0	**1.92**
12	I.3 INDIANA	**1.33**	0	0
13	I.3 MAZAN	0	0	0
14	I.4 NAUTA	0	0	0
15	I.4 REQUENA	0	0	0
16	I.4 SAN LORENZO	0	0	0
17	II.1 SANTA CLOTILDE	0	0	0

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024

* Incidencia acumulada x 100 procedimientos vigilados

5.1.7.1.2 Servicio de Cirugía

La vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en el servicio de cirugía de la Región Loreto tiene como propósito identificar oportunamente los casos de infección vinculados a procedimientos quirúrgicos y dispositivos invasivos, con el fin de implementar medidas efectivas de prevención y control. En este servicio se realiza la vigilancia de tres tipos principales de eventos: la Infección de Herida Operatoria (IHO) posterior a cirugías de colecistectomía y hernioplastía, así como la Infección del Tracto Urinario (ITU) asociada al uso de catéter urinario permanente. Estas infecciones representan indicadores clave de la calidad de la atención quirúrgica, ya que reflejan el cumplimiento de

las normas de bioseguridad, la esterilización del instrumental, la técnica quirúrgica y el manejo adecuado de dispositivos.

En el servicio de Cirugía de la región Loreto durante 2024, las tasas de incidencia de IAAS muestran diferencias notables entre establecimientos y en comparación con los promedios nacionales. En los hospitales II.2, el Hospital de Apoyo Iquitos presenta tasas de IHO por colecistectomía (1.38%) y por hernioplastía (0.88%), muy superiores a los promedios nacionales (0.16% y 0.31%, respectivamente), lo que sugiere una mayor exposición al riesgo quirúrgico o brechas en las medidas de control de infecciones. En los hospitales de nivel III.1, el Hospital Regional de Loreto muestra una tasa de ITU por catéter urinario permanente de 1.36 por mil, también por encima del promedio nacional (1.07 por mil), y una IHO por colecistectomía de 0.85%, superior al 0.28% esperado. Asimismo, el Hospital III Iquitos registra una IHO por hernioplastía de 0.95%, más del doble del promedio nacional (0.43%). En conjunto, estos resultados evidencian que los establecimientos de mayor complejidad presentan tasas elevadas respecto a los valores de referencia, lo que resalta la necesidad de reforzar los protocolos de asepsia, monitoreo posoperatorio y vigilancia epidemiológica de las IAAS en los servicios quirúrgicos.

Tabla N° 197 Región Loreto. Tasas de incidencia de IAAS del servicio de Cirugía. 2024.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TASA DE ITU POR CATETER URINARIO PERMANENTE	TASA DE IHO COLECISTECTOMIA	TASA DE IHO HRNIOPLASTÍAA
II.2 CLINCA ANA STHALL	0	0	0
II,1 CLINICA SANTA ANITA	0	0	0
II.2 HOSPITAL APOYO IQUITOS	0	**1.38**	**0.88**
II.2 HOSPITAL DE APOYO YURIMAGUAS	0	0	0
II.1 HOSPITAL I YURIMAGUAS	0	0	0
III.1 HOSPITAL III IQUITOS	0	0	**0.95**
III.1 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	**1.36**	**0.85**	0

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024
* Densidad de Incidencia x 1000 días de factor de riesgo asociado Incidencia acumulada x 100 procedimientos vigilados

5.1.7.1.3 Servicio de Medicina

Tabla N° 198 Región Loreto. Tasas de incidencia de IAAS en el servicio de Medicina. 2024.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TASA DE ITU POR CATETER URINARIO PERMANENTE
II.2 HOSPITAL APOYO IQUITOS	0
II.2 HOSPITAL DE APOYO YURIMAGUAS	0
III.1 HOSPITAL III IQUITOS	**10.19**
III.1 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	**4.18**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024
* Densidad de Incidencia x 1000 días de factor de riesgo asociado

En el servicio de Medicina de la región Loreto durante 2024, se observa una incidencia elevada de Infecciones del Tracto Urinario (ITU) asociadas al uso de catéter urinario permanente en los hospitales de mayor complejidad. El Hospital III Iquitos reporta una tasa

de 10.19 por 1,000 pacientes expuestos, y el Hospital Regional de Loreto una tasa de 4.18, ambas muy por encima del promedio nacional para hospitales de nivel III.1 (1.48 por 1,000). En contraste, los hospitales de nivel II.2 (Hospital de Apoyo
Iquitos y Yurimaguas) no reportaron casos, lo que podría reflejar una adecuada prevención o una subnotificación. En general, los resultados indican un incremento significativo de las ITU asociadas a dispositivos en los hospitales de referencia, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las prácticas de asepsia, el monitoreo del uso de catéteres y las estrategias de vigilancia de IAAS en los servicios de Medicina.

5.1.7.1.4 Servicio de UCI Adultos

En el servicio de UCI Adultos de la región Loreto durante 2024, las tasas de incidencia de IAAS muestran una variabilidad importante entre establecimientos y, en general, cifras superiores a los promedios nacionales en varios indicadores. En los hospitales de nivel II.2, el Hospital de Apoyo Iquitos registra tasas elevadas de ITU (3.41 por 1,000 pacientes expuestos) y neumonía asociada a ventilador (13.87 por 1,000), superando los promedios nacionales (2.04 y 10.71 respectivamente), mientras que el Hospital de Apoyo Yurimaguas presenta una tasa alta de ITS por catéter venoso central (2.76 por 1,000) frente al promedio nacional de 1.59. En los hospitales de nivel III.1, el Hospital III Iquitos reporta las tasas más altas: neumonía asociada a ventilador (20.77 por 1,000) y ITU (2.62 por 1,000), superando significativamente los promedios nacionales (12.88 y 2.17 respectivamente), lo que refleja un riesgo aumentado de infecciones asociadas a dispositivos invasivos. En contraste, el Hospital Regional de Loreto presenta tasas inferiores a los valores de referencia en todos los indicadores.

Tabla N° 199 Región Loreto. Tasas de incidencia de IAAS en el servicio de UCI Adultos. 2024.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TASA DE ITS POR CATETER VENOSOS CENTRAL	TASA DE ITU POR CATETER URINARIO PERMANENTE	TASA DE NEUMONÍA POR VENTILADOR MECÁNICO
II.2 CLINCA ANA STHALL	0	0	0
II.2 HOSPITAL APOYO IQUITOS	**1.16**	**3.41**	**13.87**
II.2 HOSPITAL DE APOYO YURIMAGUAS	**2.76**	0	0
III.1 HOSPITAL III IQUITOS	**2.66**	**2.62**	**20.77**
III.1 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	**0.75**	**0.73**	**3.19**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024
* Densidad de Incidencia x 1000 días de factor de riesgo asociado

5.1.7.1.5 Servicio de UCI Pediátricas

En el servicio de UCI Pediátrica de la región Loreto durante 2024, se observan tasas de incidencia de IAAS que en algunos casos superan los promedios nacionales, especialmente en el Hospital Regional de Loreto (nivel III.1), donde la tasa de ITS por catéter venoso central es de 2.76 por 1,000 pacientes expuestos, superior al promedio nacional de 1.74, lo que sugiere mayor riesgo de infecciones relacionadas con el uso de dispositivos intravasculares.

Tabla N° 200 Región Loreto. Tasas de incidencia de IAAS en el servicio de UCI Pediátrica. 2024.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TASA DE ITS POR CATETER VENOSOS CENTRAL	TASA DE ITU POR CATETER URINARIO PERMANENTE	TASA DE ITS POR CATETER VENOSOS PERIFÉRICO
II.2 HOSPITAL APOYO IQUITOS	**1.16**	**3.41**	**13.87**
III.1 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	**2.76**	0	0

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024
* Densidad de Incidencia x 1000 días de factor de riesgo asociado

En el Hospital de Apoyo Iquitos (nivel II.2), la tasa de ITS por catéter venoso central (1.16) y la tasa de ITU por catéter urinario permanente (3.41) también se encuentran por encima de los valores de referencia (0.8 y 3.0 respectivamente). Asimismo, la tasa de neumonía asociada a ventilador mecánico (13.87) es marcadamente mayor al promedio nacional de 1.6, lo que evidencia un problema crítico en el control de infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica.

5.1.7.1.6 Servicio UCI Neonatología

En el servicio de UCI Neonatología de la región Loreto durante 2024, se observa que las tasas de incidencia de IAAS presentan variaciones importantes frente a los promedios nacionales. En el Hospital de Apoyo Iquitos (nivel II.2), la tasa de neumonía asociada a ventilador mecánico (19.23 por 1,000 pacientes expuestos) es superior al promedio nacional de 1.87, evidenciando una alta frecuencia de infecciones respiratorias vinculadas al soporte ventilatorio. En cambio, la tasa de ITS por catéter venoso central (2.12) se encuentra ligeramente por debajo del promedio nacional (2.35), y no se registran casos por catéter venoso periférico. En el Hospital Regional de Loreto (nivel III.1), la tasa de ITS por catéter venoso central (1.99) y la tasa de neumonía asociada a ventilador (1.37) están por debajo de los promedios nacionales (3.68 y 3.19, respectivamente); sin embargo, la ITS por catéter venoso periférico (2.89) supera ampliamente el promedio de 0.52, lo que sugiere deficiencias en el manejo o control de infecciones asociadas a accesos periféricos. En conjunto, los resultados muestran que la mayor problemática se concentra en las infecciones respiratorias en el Hospital de Apoyo Iquitos y en las ITS por catéter periférico en el Hospital Regional de Loreto, resaltando la necesidad de fortalecer la vigilancia, los protocolos de asepsia y las prácticas seguras en el cuidado neonatal.

Tabla N° 201 Región Loreto. Tasas de incidencia de IAAS en el servicio de UCI Neonatología. 2024.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TASA DE ITS POR CATETER VENOSOS CENTRAL	TASA DE NEUMONÍA POR VENTILADOR MECÁNICO	TASA DE ITS POR CATETER VENOSOS PERIFÉRICO
II.2 HOSPITAL APOYO IQUITOS	**2.12**	**19.23**	**0**
III.1 HOSPITAL III IQUITOS	**0**	0	0
III.1 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	**1.99**	**1,37**	**2.89**

Fuente: GERESA LORETO: Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CPC) - Dirección de Epidemiología .2021 – 2024
* Densidad de Incidencia x 1000 días de factor de riesgo asociado

CAPÍTULO VI.ANÁLISIS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

6.1 Cobertura de inmunización

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Perú cuenta con un Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) que forma parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) recomendado por la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud). Este programa tiene como objetivo garantizar que toda la población especialmente los niños, gestantes y adultos mayores reciba las vacunas necesarias para prevenir enfermedades inmunoprevenibles.

El programa de inmunización ha sido significativamente afectado por la pandemia de COVID-19, lo que ha derivado en una recuperación lenta de las coberturas de vacunación en menores de 5 años y otros grupos etarios. Esta situación se atribuye a las considerables brechas de población que no completan los esquemas de vacunación.

La aparición de brotes de tos ferina en la región Loreto en los últimos años se debe a una combinación de baja cobertura de vacunación, limitado acceso a los servicios de salud, y condiciones socioambientales propias de la región amazónica que favorecen la rápida propagación de enfermedades respiratorias; Uno de los factores más importantes es la insuficiente aplicación de la vacuna pentavalente, que protege contra la Bordetella pertussis, agente causal de la tos ferina.

En Loreto, la cobertura de las tres dosis de la vacuna pentavalente ha estado por debajo del 80 % en varios años recientes, muy lejos del 95 % recomendado por la OMS para lograr inmunidad colectiva, durante la pandemia de COVID-19 (2020-2021), los servicios regulares de vacunación se interrumpieron, generando grandes cohortes de niños no inmunizados, que actualmente son los más afectados.

Dentro de este marco, Loreto representa un desafío particular. Siendo una región geográficamente extensa y altamente dispersa, con presencia de población indígena, no ha logrado alcanzar las coberturas de vacunación establecidas para niños menores de 36 meses y adultos mayores de 60 años. Además, el contexto de pandemia y postpandemia ha propiciado un incremento exponencial de la desinformación vehiculizada a través de redes sociales y ciertos grupos religiosos. Dicha desinformación ha generado una marcada desconfianza en sectores de la población, extendiéndose a las vacunas contempladas en el Calendario Nacional de Vacunación."

6.1.1 Indicadores de cobertura de vacunas

Las vacunas han demostrado ser altamente eficaces y costo efectivas, y es gracias a estas intervenciones que se han evitado muertes y discapacidad en niños, producidas por enfermedades inmunoprevenibles, actualmente el Perú se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión.

Las personas beneficiadas con la vacunación tienen la oportunidad de crecer sanos y desarrollarse plenamente. Este beneficio debe ser alcanzado por todos los individuos y comunidades a fin de que puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

Actualmente en nuestro país existe un Esquema Nacional de Vacunación con 18 vacunas que protegen contra 28 enfermedades graves que pueden afectar la salud o incluso poner en riesgo la visa de los niños, según la Norma Técnica N°196-MINSA/DGIESP-2022 Esquema Nacional de Vacunación.

6.1.1.1 Cobertura de Vacunas en Menores de 12 meses

El indicador de menores de 12 meses considera la cobertura de protegidos con 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de vacuna contra la polio, 2 dosis de vacuna contra el rotavirus, considerar la cobertura más baja como dato para el cumplimiento del indicador.

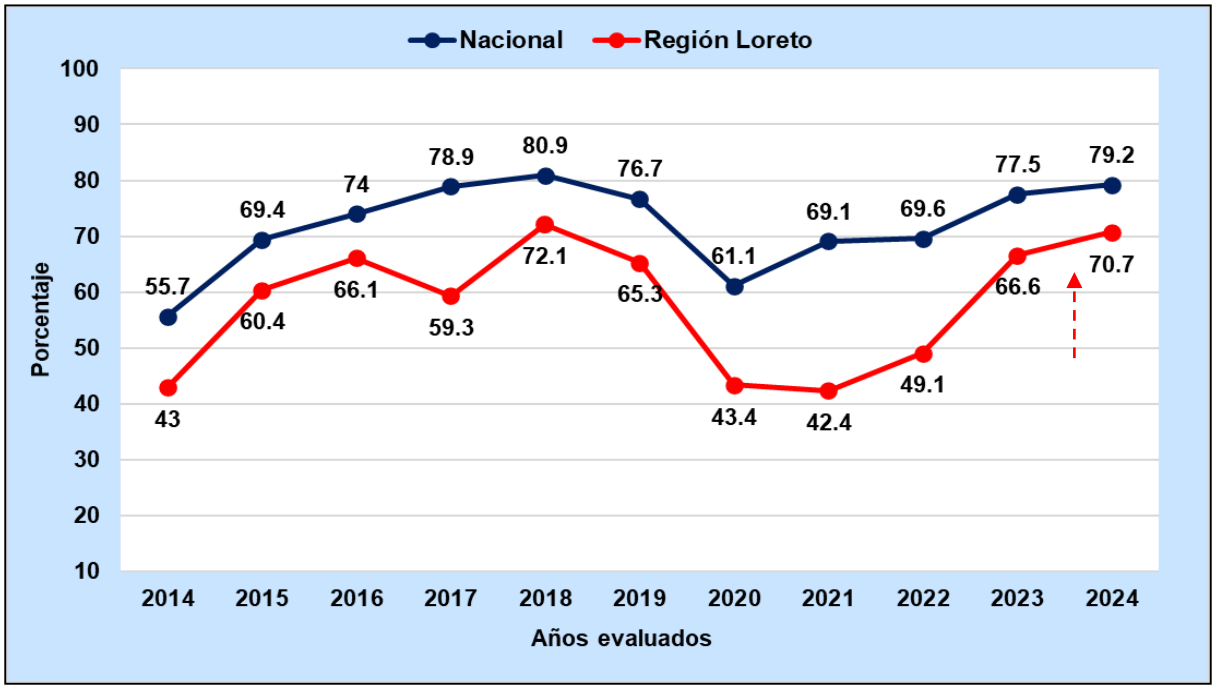
Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), las coberturas de vacunación con esquemas completos en niños menores de 12 meses en la región Loreto se han mantenido consistentemente por debajo del promedio nacional a lo largo de los años analizados, como se observa claramente en la gráfica.

Antes de la pandemia de COVID-19, Loreto mostraba una tendencia positiva en la mejora de sus coberturas. En 2015, la región alcanzó un 60.4% de cobertura de vacunación. Esta cifra mejoró significativamente para 2018, llegando a un 72.1%. Durante este mismo período, la cobertura nacional también mostró un aumento, pasando de 69.4% en 2015 a 80.9% en 2018.

La llegada de la pandemia supuso un golpe severo para ambos niveles, pero con un impacto más pronunciado en Loreto. Las coberturas nacionales disminuyeron de 76.7% en 2019 a 61.1% en 2020. Para Loreto, la disminución fue drástica: del 65.3% en 2019, la cobertura cayó a un mínimo de 43.4% en 2020 y 42.4% en 2021. La caída del 21.9% mencionada refleja la magnitud del retroceso de 2018 a 2020.

En la etapa de postpandemia, la recuperación ha sido gradual. La cobertura de Loreto mostró un ligero incremento, alcanzando el 66.6% en 2023 y un 70.7% en 2024, lo que representa un aumento del **4.1%** de 2023 a 2024. A nivel nacional, la recuperación ha sido más robusta, llegando a 77.5% en 2023 y 79.2% en 2024, sin alcanzar aún las mejores coberturas del año 2018.

Gráfico N° 289 Región Loreto. Porcentaje de niños menores de 12 meses con vacunas completas de acuerdo a su edad 2015-2024

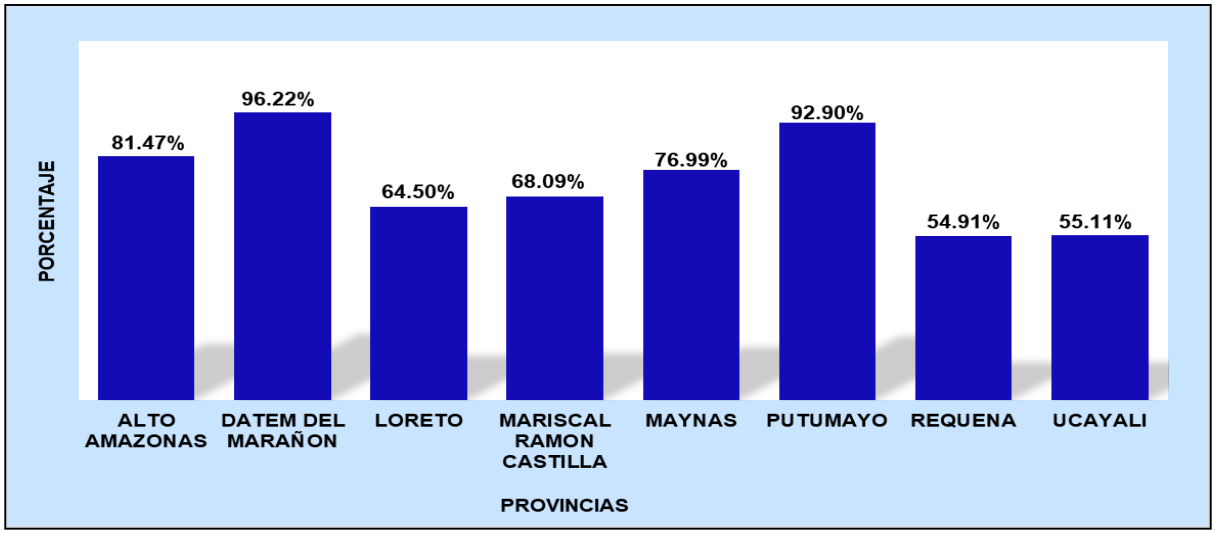


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES). 2015-2024

6.1.1.1.1 Cobertura por provincias

Según fuente HIS a nivel regional, en menores de 12 meses con vacuna completa para su edad, en el 2024 alcanzó una cobertura de 73.96% a nivel regional, con mayor cobertura la provincia del Datem del Marañón (96.24%), seguido de la provincia de Putumayo (92.90%) Alto Amazonas (81.47%), y Maynas (76.9%), la menor cobertura presenta la provincia de Requena (54.91%), y Ucayali (55.11%). (Gráfico N° 290).

Gráfico N° 290 Región Loreto. Porcentaje de niños menores de 12 meses con vacunas completas de acuerdo a su edad según Provincias. 2024

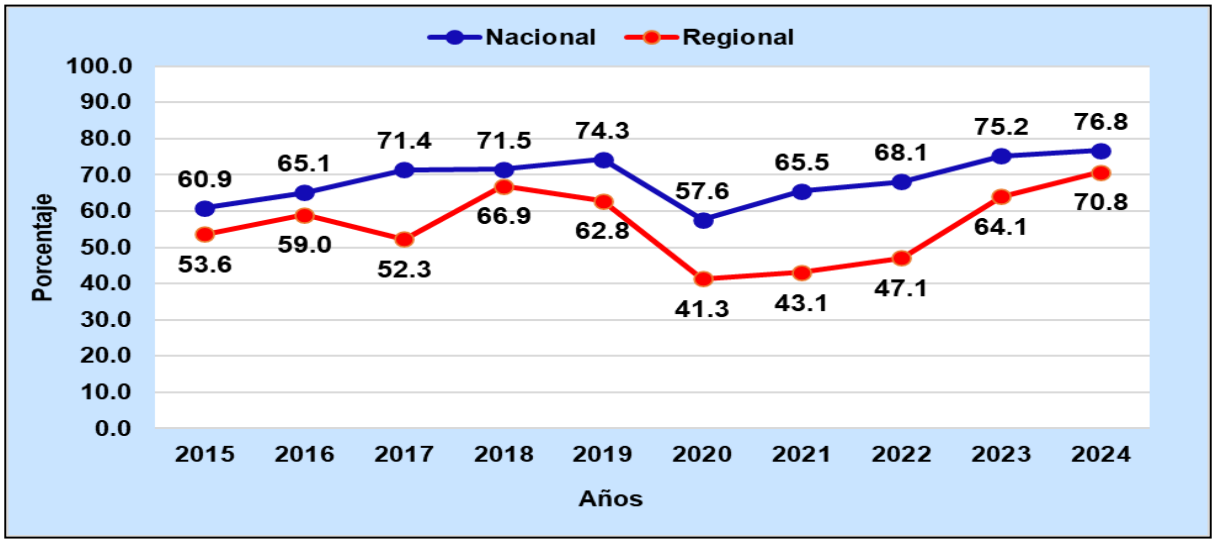


Fuente: Fuente: Informática y Estadística de la GERESA Loreto año 2024

6.1.1.2 Cobertura de Vacunas en Menores de 15 meses

El indicador de menores de 15 meses considera la cobertura de protegidos con 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de vacuna contra la polio, 2 dosis de vacuna contra el rotavirus, considerar la cobertura más baja como dato para el cumplimiento del indicador.

Gráfico N° 291 Región Loreto. Porcentaje de niños menores de 15 meses con vacunas completas de acuerdo a su edad 2015-2024.

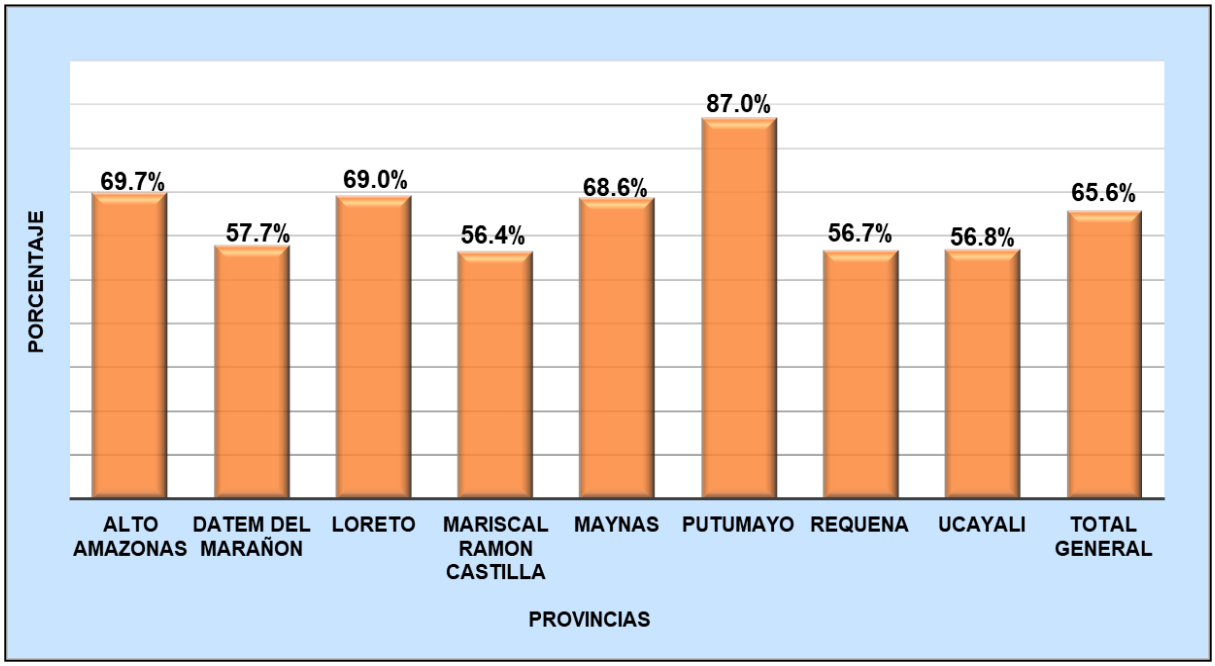


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES). 2015-2024

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), las coberturas de vacunación con esquemas completos en niños menores de 15 meses en la región Loreto se han mantenido consistentemente por debajo del promedio nacional a lo largo de los años analizados, como se observa claramente en el gráfico.

Recuperación Post-Pandemia (2021-2024): A partir de 2021, ambas coberturas inician una fase de recuperación. La nacional se recupera completamente y supera sus niveles prepandemia (alcanzando 76.8% en 2024). La regional también se recupera significativamente (llegando a 70.8% en 2024), incluso superando sus propios niveles de 2019, pero mantiene una brecha persistente con la cobertura nacional.

Gráfico N° 292 Región Loreto. Porcentaje de niños menores de 15 meses con vacunas completas de acuerdo a su edad según Provincias. 2024



Fuente: Fuente: Informática y Estadística de la GERESA Loreto año 2024

Según fuente HIS a nivel regional, en menores de 15 meses con vacuna completa para su edad, en el 2024 alcanzó una cobertura de 65.60% a nivel regional, con mayor cobertura la provincia del Putumayo (86.96%), seguido de la provincia de Alto Amazonas (69.68%) Loreto (69.04%), y Maynas (68.65%), la menor cobertura presenta la provincia Datem del Marañón (57.70%) Requena (56.67%), Ucayali (56.84%).

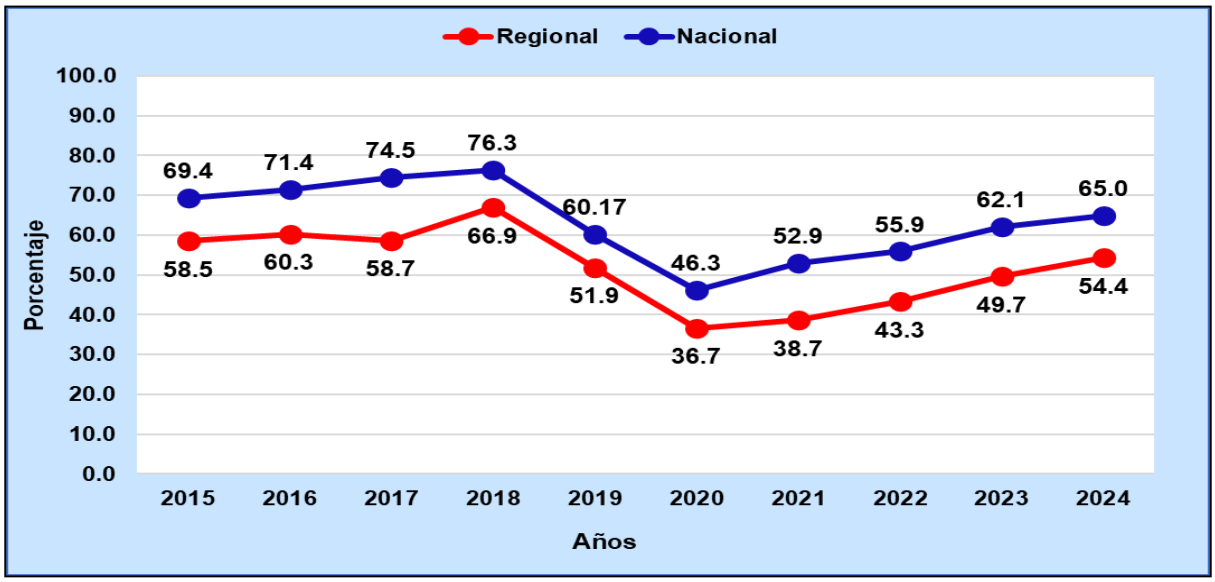
6.1.1.3 Cobertura de Vacunas en Menores de 36 meses

Las vacunas en menores de 36 meses de acuerdo a su edad comprenden: 1 dosis de BCG, 3 dosis de pentavalente, 3 dosis de polio, 2 dosis de rotavirus, 3 dosis de neumococo, 2 dosis de SPR, 1 dosis de refuerzo de DPT y 1 dosis de refuerzo de polio.

La vacunación básica completa en niños menores de 36 meses ha sido el segmento más afectado y el de más lenta recuperación tras la pandemia de COVID-19. La situación en la Región Loreto es particularmente preocupante, con coberturas actuales que están muy por debajo de los niveles óptimos y que aumentan significativamente el riesgo de brotes de enfermedades prevenibles en esta población infantil crucial. Se requieren esfuerzos intensificados y sostenidos para cerrar las brechas y asegurar la protección de estos niños,

para el año 2024 la región Loreto alcanzo cobertura de 54.4% por debajo del nivel nacional de 65.0%.(Gráfico N° 293).

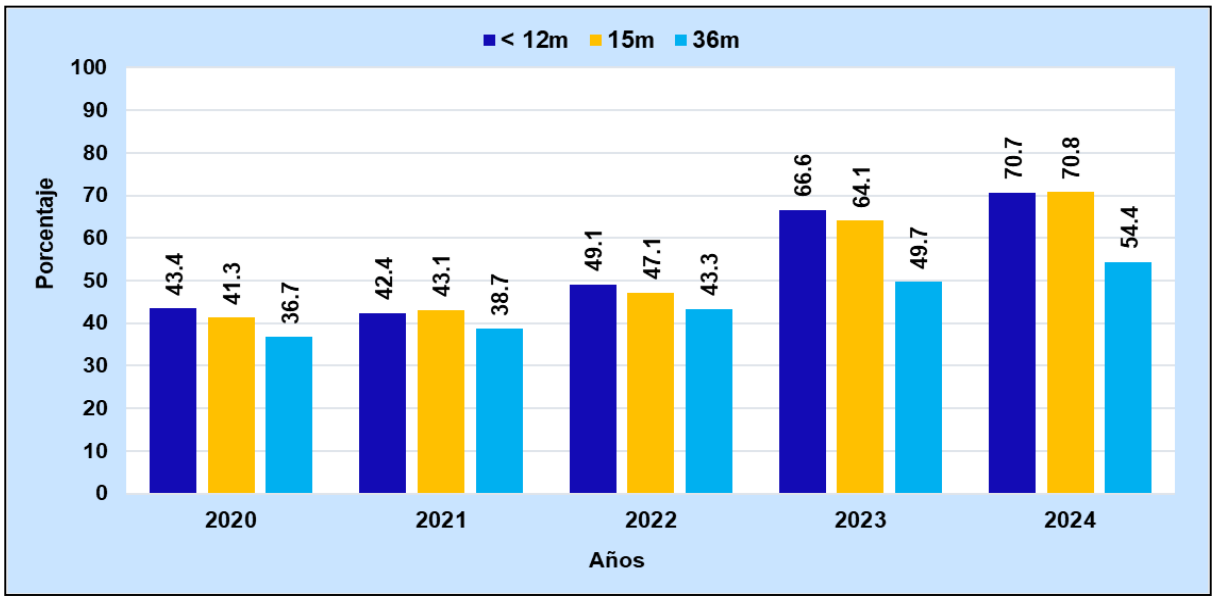
Gráfico N° 293 Región Loreto. Porcentaje de niños menores de 36 meses con vacunas completas de acuerdo a su edad 2015-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES). 2015-2024.

El 70.7% de menores de 12 meses recibieron vacunas de acuerdo con su edad. Se tiene un aumento de 4.1% de cobertura en comparación al 2023; El 70.8% de menores de 15 meses recibieron vacunas de acuerdo con su edad. Se tiene un aumento de 6.7% de cobertura en comparación al 2023; El 54.4% de menores de 36 meses recibieron vacunas de acuerdo con su edad. Se tiene un aumento de 4.7% de cobertura en comparación al 2023.

Gráfico N° 294 Región Loreto. Porcentaje de niños menores de 4años con vacunas completas de acuerdo a su edad 2015-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES). 2015-2024.

A nivel regional en el grupo de Recién Nacido alcanzó una cobertura en vacuna BCG (72.87%), siendo el distrito con mayor cobertura el daten del Marañón 125.35%, Alto Amazonas 92.31% Putumayo 94.08% y de menos coberturas Maynas 83.48%, Loreto 56.6% Requena 45.03%, mariscal Ramón Castilla 39.11%
en el grupo de 1 año de edad se obtuvo mayor cobertura en vacuna IPV 3 (73.96%), siendo la provincia del Datem del Marañón la que alcanzó a mayor cobertura (96.2%).

Tabla N° 202 Región Loreto. Cobertura de Vacunación en Menores de 01 año por Provincia y Distrito - Periodo 2024

PROVINCIA/DISTRITO	RECIEN NACIDO		MENOR DE 1 AÑO				
	HVB	BCG	INFLUENZA 2°	ROTAVIRUS 2° DOSIS	NEUMOCOCO 2°DOSIS	PENTAVALENTE 3° DOSIS	IPV 3° DOSIS
ALTO AMAZONAS	**91.37%**	**92.31%**	**53.89%**	**88.71%**	**90.01%**	**84.92%**	**81.47%**
BALSAPUERTO	93.98%	97.16%	47.83%	110.70%	112.71%	104.01%	97.83%
JEBEROS	40.07%	40.07%	32.21%	55.06%	57.30%	52.06%	47.19%
LAGUNAS	44.74%	43.27%	54.97%	84.80%	87.43%	77.78%	76.90%
SANTA CRUZ	87.74%	89.62%	90.57%	124.53%	124.53%	124.53%	126.42%
TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS	34.46%	36.16%	40.68%	69.49%	70.06%	67.80%	64.41%
YURIMAGUAS	109.51%	110.21%	57.41%	87.20%	88.09%	84.28%	81.08%
DATEM DEL MARAÑON	**102.85%**	**125.34%**	**49.33%**	**119.21%**	**122.57%**	**96.22%**	**96.22%**
ANDOAS	200.00%	254.55%	57.14%	216.88%	218.18%	149.35%	164.94%
BARRANCA	115.61%	116.60%	66.01%	110.47%	113.44%	110.08%	107.51%
CAHUAPANAS	95.31%	122.66%	28.13%	108.59%	107.81%	67.97%	64.84%
MANSERICHE	82.35%	97.65%	25.88%	108.63%	104.71%	67.45%	75.69%
MORONA	98.55%	265.22%	95.65%	260.87%	307.25%	194.20%	184.06%
PASTAZA	55.41%	75.80%	26.75%	63.06%	64.97%	52.23%	46.50%
LORETO	**40.05%**	**56.37%**	**44.05%**	**71.48%**	**74.94%**	**65.47%**	**64.50%**
NAUTA	40.65%	43.46%	55.57%	63.78%	64.54%	59.68%	59.03%
PARINARI	70.77%	80.00%	43.08%	101.54%	103.85%	110.77%	110.00%
TIGRE	22.95%	110.93%	22.95%	78.14%	88.52%	61.20%	61.20%
TROMPETEROS	23.93%	39.26%	17.18%	53.99%	63.19%	42.33%	43.56%
URARINAS	45.49%	63.93%	35.25%	92.21%	97.54%	82.79%	78.28%
MARISCAL RAMON CASTILL	**37.12%**	**39.11%**	**35.83%**	**71.59%**	**74.30%**	**68.02%**	**68.09%**
PEBAS	67.20%	68.80%	30.40%	100.00%	100.00%	98.40%	98.40%
RAMON CASTILLA	23.58%	26.50%	43.58%	71.22%	74.31%	68.29%	68.78%
SAN PABLO	35.20%	34.36%	30.17%	63.69%	68.72%	59.22%	59.78%
YAVARI	45.51%	50.56%	28.09%	48.88%	49.44%	42.13%	39.89%
MAYNAS	**81.25%**	**83.48%**	**54.17%**	**78.81%**	**79.97%**	**77.36%**	**76.99%**
ALTO NANAY	9.78%	14.13%	41.30%	51.09%	56.52%	60.87%	47.83%
BELEN	2.90%	4.17%	47.46%	70.13%	71.40%	67.58%	67.23%
FERNANDO LORES	17.53%	18.08%	39.45%	48.22%	50.14%	48.49%	45.48%
INDIANA	14.24%	17.01%	10.42%	35.76%	35.07%	31.60%	28.47%
IQUITOS	148.57%	142.46%	69.56%	93.10%	92.91%	90.94%	91.58%
LAS AMAZONAS	15.54%	30.05%	29.02%	46.63%	36.27%	33.16%	36.27%
MAZAN	28.09%	28.57%	45.52%	49.64%	53.75%	49.39%	47.94%
NAPO	26.24%	24.75%	34.65%	54.46%	56.44%	49.50%	45.54%
PUNCHANA	229.03%	244.29%	52.08%	74.74%	76.30%	75.13%	75.00%
SAN JUAN BAUTISTA	26.23%	27.87%	66.25%	99.16%	100.42%	99.08%	98.57%
TORRES CAUSANA	8.44%	9.33%	1.78%	58.22%	69.33%	53.33%	62.22%
PUTUMAYO	**92.90%**	**94.08%**	**56.80%**	**108.28%**	**114.20%**	**97.04%**	**92.90%**
PUTUMAYO	56.25%	56.25%	48.21%	77.68%	78.57%	66.96%	66.07%
ROSA PANDURO	55.56%	66.67%	88.89%	100.00%	100.00%	44.44%	44.44%
TENIENTE MANUEL CLAVERO	185.71%	182.14%	100.00%	203.57%	232.14%	203.57%	192.86%
YAGUAS	185.00%	195.00%	30.00%	150.00%	155.00%	140.00%	125.00%
REQUENA	**43.04%**	**45.03%**	**35.92%**	**62.03%**	**67.48%**	**54.59%**	**54.91%**
ALTO TAPICHE	0.99%	0.99%	1.98%	14.85%	21.78%	15.84%	13.86%
CAPELO	0.00%	2.41%	14.46%	26.51%	26.51%	25.30%	26.51%
EMILIO SAN MARTIN	13.11%	13.93%	27.87%	27.05%	43.44%	25.41%	27.05%
JENARO HERRERA	61.83%	63.36%	29.01%	47.33%	51.91%	44.27%	44.27%
MAQUIA	22.22%	25.76%	24.24%	50.51%	53.03%	43.94%	42.93%
PUINAHUA	86.73%	91.15%	77.88%	135.40%	139.82%	119.47%	123.89%
REQUENA	57.67%	59.88%	46.02%	74.48%	79.20%	64.75%	64.01%
SAQUENA	34.55%	36.36%	21.82%	63.64%	69.09%	36.36%	56.36%
SOPLIN	21.05%	31.58%	10.53%	10.53%	5.26%	5.26%	5.26%
TAPICHE	0.00%	0.00%	11.76%	17.65%	35.29%	11.76%	17.65%
YAQUERANA	40.48%	30.95%	23.81%	88.10%	100.00%	97.62%	83.33%
UCAYALI	52.85%	59.20%	35.51%	64.43%	67.58%	56.53%	55.11%
CONTAMANA	**80.69%**	**95.31%**	**43.59%**	**74.90%**	**79.03%**	**63.31%**	**60.83%**
INAHUAYA	19.40%	22.39%	2.99%	20.90%	16.42%	2.99%	11.94%
PADRE MARQUEZ	39.58%	29.86%	6.94%	52.78%	52.08%	43.75%	46.53%
PAMPA HERMOSA	18.05%	21.05%	13.53%	32.33%	36.09%	27.82%	26.32%
SARAYACU	17.34%	21.39%	23.12%	62.72%	68.79%	60.98%	56.07%
VARGAS GUERRA	56.13%	54.28%	63.94%	71.38%	71.75%	66.91%	68.03%
Total general	**72.87%**	**77.46%**	**48.90%**	**79.61%**	**81.73%**	**74.93%**	**73.96%**

Fuente Dirección de Informática y Estadística GERESA- Loreto año 2024.

Tabla N° 203 Región Loreto. Cobertura de Vacunación en Menores de 01 año por Provincia y Distrito - Periodo 2024

PROVINCIA/DISTRITO	01 año					4 años	
	Ref.DPT 1°	SPR 1°	Ref. IPV 1°	SPR 2°	Neumococo 3° dosis	Ref. DPT 2°	Ref. apo 2°
ALTO AMAZONAS	55.15%	86.69%	54.74%	59.41%	69.68%	47.59%	38.81%
BALSAPUERTO	42.96%	89.93%	32.89%	53.16%	57.40%	17.80%	13.47%
JEBEROS	36.96%	63.70%	25.41%	39.93%	47.52%	48.30%	36.73%
LAGUNAS	61.01%	92.84%	67.11%	61.54%	79.31%	64.55%	61.10%
SANTA CRUZ	92.31%	142.31%	103.85%	96.15%	120.19%	69.35%	57.26%
TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS	64.02%	89.63%	64.63%	55.49%	73.78%	57.80%	51.45%
YURIMAGUAS	58.49%	84.90%	61.20%	62.37%	72.72%	53.51%	42.54%
DATEM DEL MARAÑON	50%	154%	43%	52%	58%	25%	24%
ANDOAS	70.71%	336.43%	32.86%	52.14%	61.43%	10.83%	14.57%
BARRANCA	56.90%	129.98%	64.05%	60.31%	80.41%	44.48%	41.78%
CAHUAPANAS	35.26%	126.44%	27.05%	42.25%	27.05%	12.99%	15.37%
MANSERICHE	35.70%	123.04%	32.91%	50.89%	52.41%	27.27%	30.17%
MORONA	101.83%	256.71%	70.12%	90.24%	87.80%	24.17%	21.03%
PASTAZA	26.97%	123.65%	17.01%	23.65%	30.29%	18.92%	8.45%
LORETO	49.01%	91.81%	46.97%	58.06%	69.04%	44.22%	45.86%
NAUTA	45.31%	65.53%	45.59%	52.85%	56.80%	43.09%	44.85%
PARINARI	57.24%	117.76%	53.95%	58.55%	86.18%	35.34%	17.29%
TIGRE	36.61%	106.69%	41.73%	52.36%	58.66%	25.42%	24.15%
TROMPETEROS	67.25%	133.92%	80.12%	88.30%	115.79%	41.50%	57.14%
URARINAS	63.82%	161.81%	28.14%	68.34%	96.98%	78.04%	85.05%
MARISCAL RAMON CASTILLA	43%	77%	56%	45%	56%	33%	32%
PEBAS	51.12%	77.37%	42.18%	52.79%	66.20%	41.92%	40.91%
RAMON CASTILLA	53.80%	92.40%	67.17%	56.53%	66.26%	39.97%	37.69%
SAN PABLO	39.75%	73.50%	85.25%	41.00%	58.50%	28.35%	26.81%
YAVARI	13.52%	46.86%	11.32%	18.24%	22.33%	17.94%	16.76%
MAYNAS	56%	83%	66%	59%	69%	52%	51%
ALTO NANAY	50.00%	85.00%	32.50%	51.25%	67.50%	25.33%	22.67%
BELEN	48.84%	74.06%	63.92%	53.43%	59.33%	51.85%	50.62%
FERNANDO LORES	42.51%	65.78%	40.11%	50.00%	42.25%	46.15%	45.15%
INDIANA	20.49%	45.87%	22.02%	22.94%	29.05%	24.00%	23.27%
IQUITOS	75.50%	102.25%	87.30%	77.70%	91.17%	51.44%	48.82%
LAS AMAZONAS	31.42%	63.27%	9.73%	29.20%	19.47%	16.98%	26.42%
MAZAN	41.94%	64.45%	48.10%	48.58%	52.37%	39.36%	36.14%
NAPO	35.23%	59.27%	36.25%	33.60%	41.14%	41.80%	42.33%
PUNCHANA	52.89%	80.02%	67.20%	60.10%	61.69%	54.89%	55.71%
SAN JUAN BAUTISTA	61.04%	88.94%	74.72%	62.12%	80.00%	61.43%	58.88%
TORRES CAUSANA	33.46%	79.70%	38.35%	43.98%	54.89%	46.15%	46.75%
PUTUMAYO	76%	93%	96%	83%	87%	87%	83%
PUTUMAYO	79.21%	81.19%	99.01%	84.16%	81.19%	82.88%	82.88%
ROSA PANDURO	57.14%	64.29%	64.29%	57.14%	57.14%	250.00%	225.00%
TENIENTE MANUEL CLAVERO	68.29%	131.71%	102.44%	75.61%	109.76%	69.05%	61.90%
YAGUAS	85.71%	92.86%	89.29%	100.00%	89.29%	112.50%	100.00%
REQUENA	42%	79%	46%	45%	57%	37%	34%
ALTO TAPICHE	2.46%	18.85%	1.64%	4.10%	8.20%	9.30%	6.98%
CAPELO	44.93%	59.42%	53.62%	49.28%	47.83%	26.15%	16.92%
EMILIO SAN MARTIN	22.11%	46.84%	19.47%	23.68%	26.84%	22.09%	15.70%
JENARO HERRERA	52.58%	97.94%	32.99%	64.95%	49.48%	29.47%	22.11%
MAQUIA	44.25%	100.00%	55.75%	62.07%	59.77%	46.24%	43.93%
PUINAHUA	106.36%	156.36%	123.64%	103.64%	132.73%	100.00%	86.79%
REQUENA	38.82%	73.00%	47.62%	35.81%	56.43%	33.01%	30.67%
SAQUENA	70.45%	138.64%	50.00%	109.09%	102.27%	46.67%	58.67%
SOPLIN	17.65%	47.06%	0.00%	23.53%	23.53%	18.75%	12.50%
TAPICHE	0.00%	112.50%	0.00%	25.00%	25.00%	0.00%	0.00%
YAQUERANA	130.43%	273.91%	95.65%	182.61%	186.96%	47.17%	50.94%
UCAYALI	43.87%	86.38%	48.17%	47.82%	56.84%	46.41%	48.17%
CONTAMANA	41%	87%	58%	40%	56%	58%	59%
INAHUAYA	5.66%	75.47%	7.55%	15.09%	24.53%	6.25%	8.33%
PADRE MARQUEZ	66.67%	122.62%	63.10%	88.10%	65.48%	33.33%	27.50%
PAMPA HERMOSA	18.46%	70.77%	14.62%	33.85%	32.31%	18.90%	19.69%
SARAYACU	53.52%	96.94%	33.33%	61.16%	67.58%	60.09%	69.72%
VARGAS GUERRA	52.22%	71.84%	55.06%	53.80%	62.03%	35.16%	35.53%
Total general	52%	89%	58%	56%	66%	45%	43%

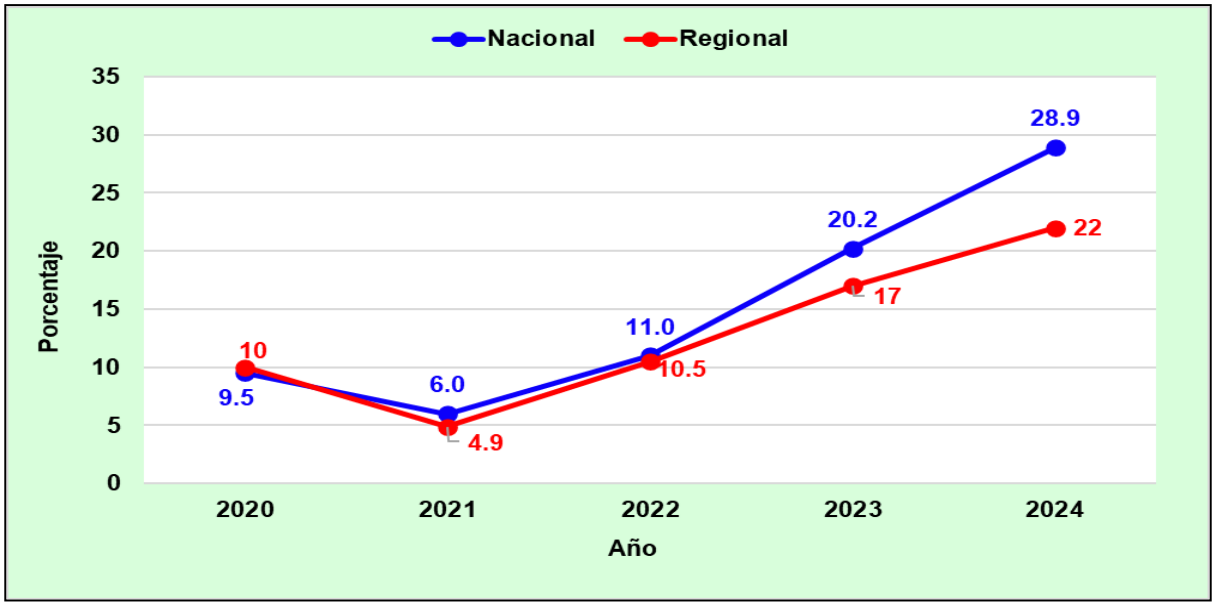
Fuente Dirección de Informática y Estadística GERESA- Loreto año 2024.

6.2 Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED):

El control de Crecimiento y Desarrollo es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas orientadas a evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña y el niño. El resultado esperado, a nivel de la madre, padre y cuidadores de niñas y niños, es la mejora de sus prácticas de alimentación crianza y cuidado, pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

En el presente grafico se puede observar la cobertura de control y crecimiento a nivel nacional disminuyeron significativamente del 2020 al 2021, producto de la pandemia que ha impactado los servicios de CRED, el gobierno detecto desde la cuarentena, hasta inmovilización social para el control de la pandemia.

Gráfico N° 295 Región Loreto. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad a nivel nacional y regional 2020 – 2024

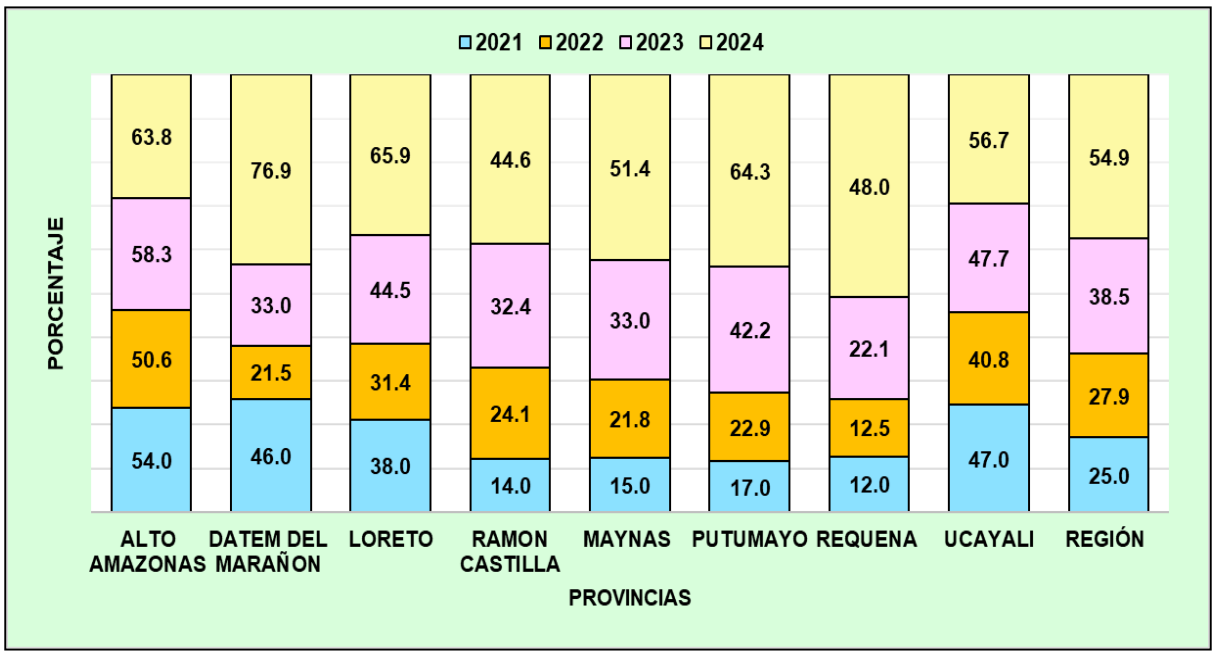


Fuente: Instituto Nacional de Informática y Estadística - ENDES

A nivel regional desde el 2020 al 2021 tuvo un descenso de 9.5. a 4.9 % y en el 2022 al 2024, al restablecer la atención de los servicios, se observa un incremento en las coberturas del 10.5% a 22. %, siendo inferior a la cobertura nacional, cabe recalcar en los establecimientos de periferia I-1 se tiene brecha de profesional de enfermería, solo se cuenta con 1 personal técnico.

En el 2021 a nivel Regional se alcanzó una cobertura de menores de 36 meses con CRED completo para su edad, de 25% y a nivel de Provincia, Alto Amazonas alcanzó mayor cobertura con 54%, seguido de Datem del Marañón 46% y Ucayali con 47%, y con más bajas coberturas fueron las provincias Requena 12%, Ramón Castilla 14%, Maynas 15%, en este año las actividades estaban centradas en la vacunación contra COVID -19, los servicios de CRED seguían restringidos por la pandemia; del 2023 y 2024 las coberturas incrementaron significativamente alcanzando mayor cobertura en el 2024 la Provincia de Datem de Marañón 76.9%, seguido de Loreto 65.9% y con menor cobertura las provincias de Ramón Castilla 44.6%, requena 48%, cabe resaltar que para cumplir con este indicador la atención debe ser por el personal profesional de Enfermería y a nivel de la región existe brecha de este grupo profesional y sobre todo en las IPRESS I-1 de periferia.

Gráfico N° 296 Región Loreto. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo según Provincias. 2020 – 2024



Fuente: Fuente: Plataforma del Desarrollo Infantil Temprano-DITE GERESA Loreto

6.2.1 Lactancia Materna Exclusiva

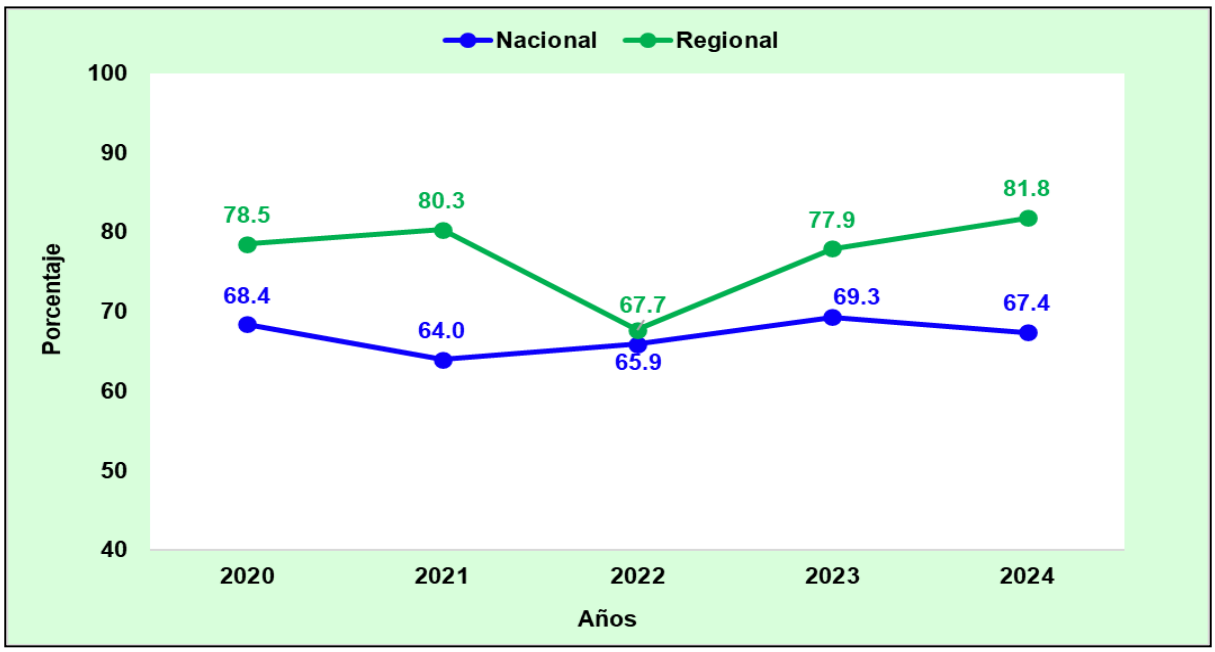
La lactancia materna exclusiva (LME), según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la alimentación del lactante únicamente con leche materna, sin ofrecerle ningún otro alimento ni líquido (ni agua, jugos, ni infusiones), desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, salvo medicamentos o suplementos indicados médicamente.

La lactancia materna exclusiva (LME), desde el enfoque de salud pública, constituye una de las intervenciones más costo-efectivas y con mayor impacto en la supervivencia infantil. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) la reconocen como una estrategia esencial de promoción, prevención y protección de la salud. Su práctica asegura una nutrición óptima durante los primeros seis meses de vida, reduce las enfermedades infecciosas y contribuye a disminuir la mortalidad infantil y neonatal, especialmente en regiones con condiciones sanitarias limitadas, como Loreto.

Desde la salud pública, la LME no solo protege la salud del niño, sino que fortalece la salud materna, al reducir el riesgo de anemia, hemorragia postparto y ciertos tipos de cáncer. Además, representa un acto de equidad social, ya que no depende de ingresos económicos ni requiere productos industrializados, promoviendo la seguridad alimentaria y nutricional.

Según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2024, a nivel nacional desde el año 2020 al 2024 se observa que lactancia materna exclusiva en el niño menor de 6 meses, ha descendido de 68.4% en 2020 a 67.4% en 2024, logrando un incremento el 2023 a 69.3%, sin embargo, a nivel regional ha tenido un incremento de 78.5% en 2020 a 81.8% en 2024, incrementándose 3.3% puntos porcentuales

Gráfico N° 297 Región Loreto. Porcentaje de menores de seis meses con Lactancia Materna Exclusiva a nivel nacional y regional. 2020 -2024

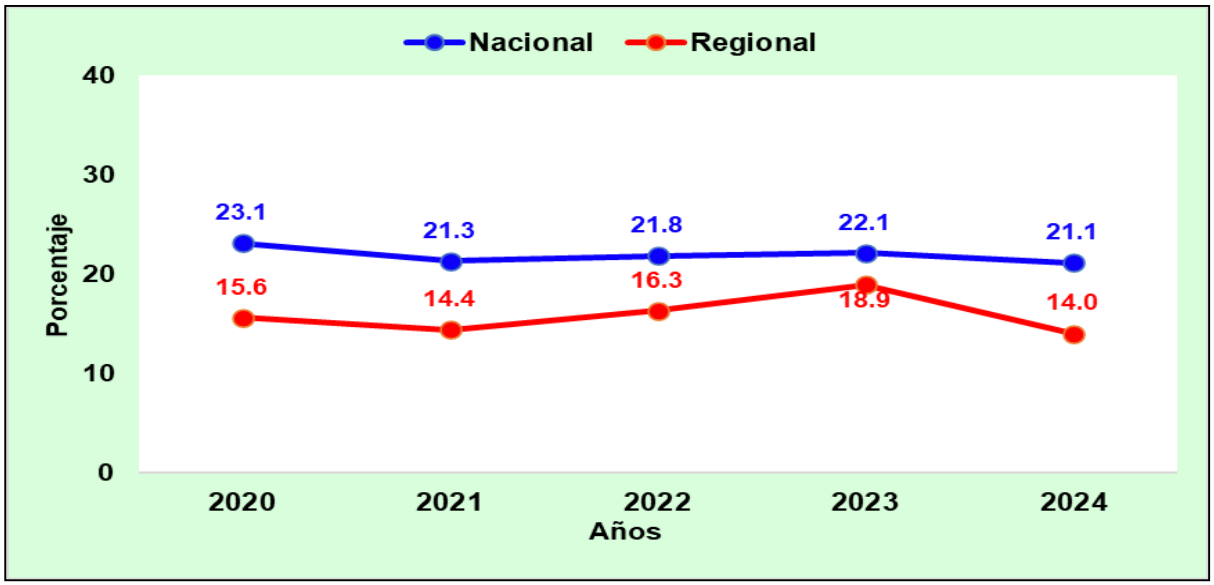


Fuente: Instituto Nacional de Informática y Estadística - ENDES

6.2.2 Recién nacidos prematuros

Recién nacido antes de las 37 semanas de gestación se considera prematuro, esto significa que el bebé nace antes de que se completen 37 semanas desde la última menstruación de la madre. Los bebés prematuros pueden experimentar una variedad de problemas de salud debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, incluyendo problemas respiratorios, dificultades para mantener la temperatura corporal y problemas de alimentación.

Gráfico N° 298 Región Loreto. Porcentaje de Recién Nacidos Prematuros a nivel nacional y regional. 2020 -2024



Fuente: Instituto Nacional de Informática y Estadística - ENDES

Los bebés prematuros pueden enfrentar complicaciones a corto y largo plazo, incluyendo problemas respiratorios, infecciones, problemas de desarrollo, dificultades de aprendizaje y problemas de visión; Un adecuado cuidado prenatal es fundamental para ayudar a prevenir partos prematuros y garantizar la salud tanto de la madre como del bebé.

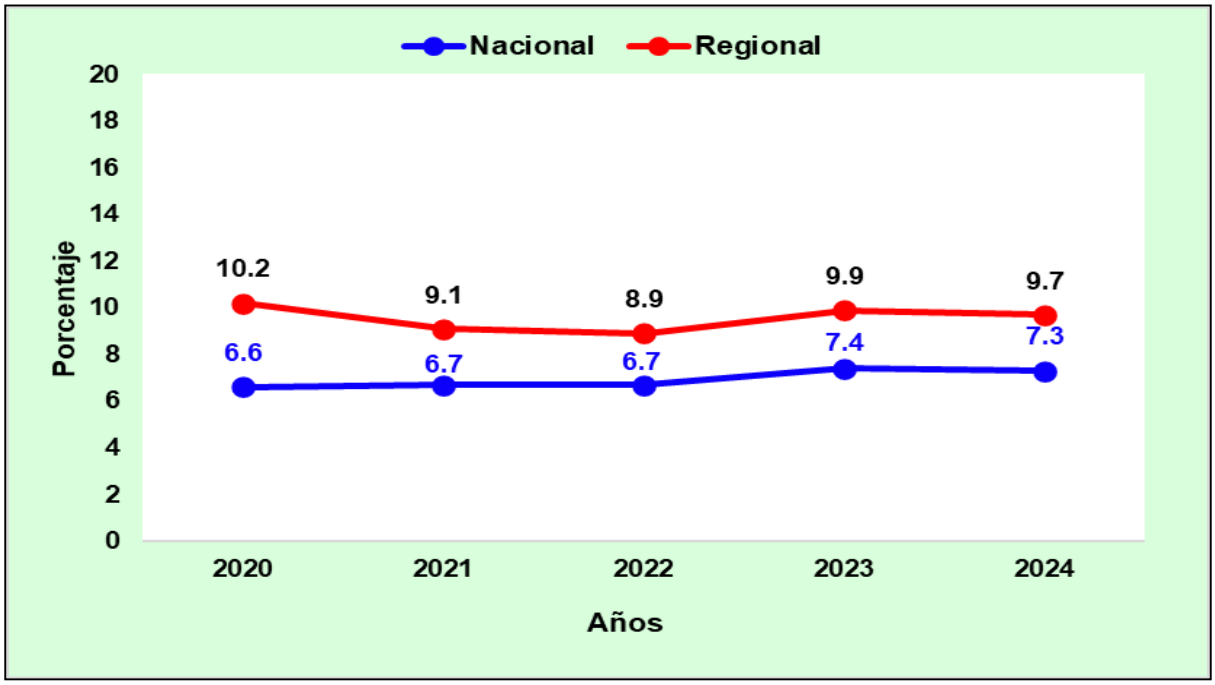
Según la información proporcionada por el ENDES 2024, en relación a los recién nacidos prematuros a nivel nacional tuvo una ligera disminución de 2 puntos porcentuales en relación al año 2020 (23.1 %) y 2024 (21.1 %). A nivel Regional se observa un incremento de recién nacidos prematuros, en el 2022 (16.3 %) y 2023 (18.9%), sin embargo, en el 2024(14 %) se tuvo una disminución de 4.9. porcentuales en reacción al año anterior.

6.2.3 Recién nacidos con bajo peso al nacer

La OMS define el bajo peso al nacer (BPN) como un peso al nacer inferior a 2500 gramos (5.5 libras), esta condición puede ser el resultado de un crecimiento intrauterino restringido, prematuridad o una combinación de ambos. El BPN es un problema de salud pública significativo, con implicaciones importantes para la salud y el desarrollo del niño, mayor riesgo de mortalidad neonatal e infantil, aumento de problemas de salud como dificultad respiratoria, infecciones, problemas de alimentación y desarrollo neurológico; El bajo peso al nacer es un indicador importante de salud pública y su prevención y manejo adecuado son esenciales para mejorar la salud infantil y materna.

Según ENDES 2024, a nivel nacional los niños con bajo peso, incrementó 0.7 puntos porcentuales del año 2,000 (6.6%) al 2024 (7.3%), y a nivel regional disminuyó ligeramente un 0. 5% en relación al año 2020 (10.2%) y 2024 (9.7), sin embargo, la tendencia es mayor que el nivel nacional.

Gráfico N° 299 Región Loreto. Porcentaje de Recién Nacidos con bajo peso al nacer. 2020-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2020-2024

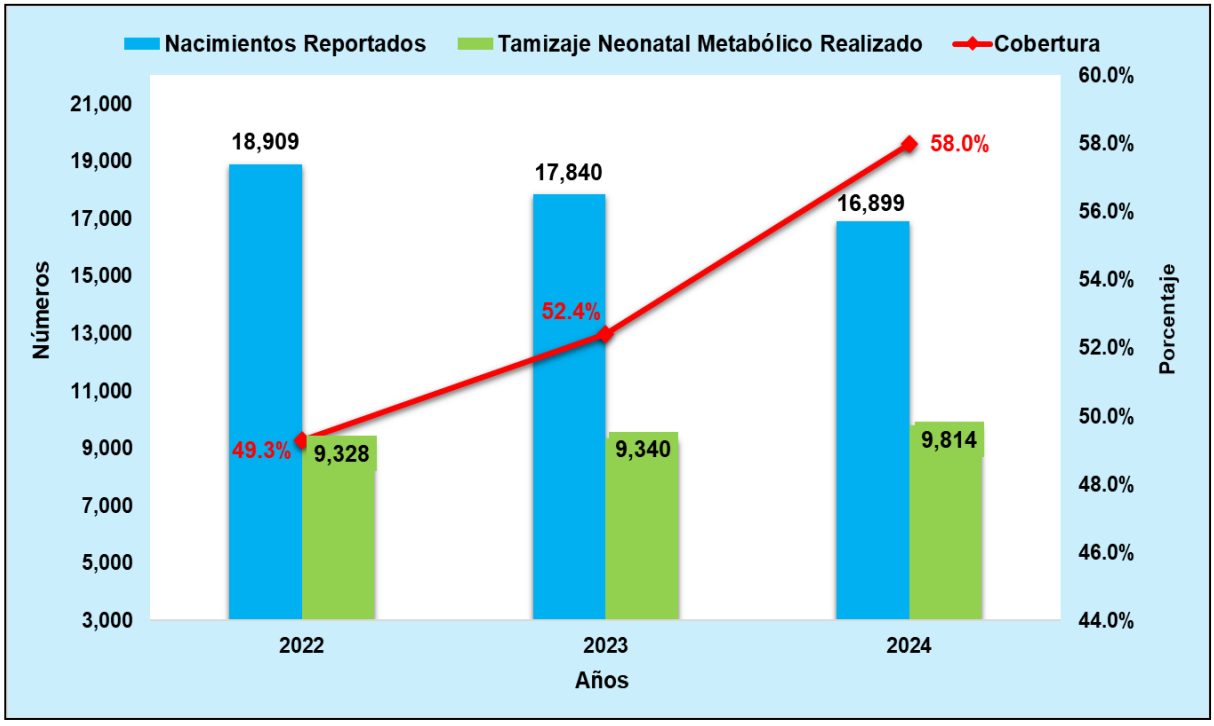
6.2.4 Tamizaje Neonatal

El Programa de tamizaje neonatal es una estrategia de salud pública fundamental que permite la detección temprana de enfermedades congénitas en los recién nacidos, como hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, fibrosis quística, hipoacusia congénita y catarata congénita que muchas veces son causantes de discapacidad o incluso la muerte si no son tratadas oportunamente.
La detección precoz de estas enfermedades permite iniciar tratamientos oportunos y evitar secuelas graves, lo que impacta positivamente en la calidad de vida de los niños y sus familias.

En el Perú, estos procedimientos se han implementado progresivamente como parte de los esfuerzos del sistema de salud para garantizar el derecho a una atención integral desde los primeros días de vida.

En Loreto, la implementación del tamizaje neonatal enfrenta retos significativos como la dispersión poblacional, la escasez de personal capacitado, la infraestructura deficiente y el transporte limitado para el envío de muestras y entrega de resultados. Estas condiciones afectan la cobertura y eficacia del programa, poniendo en riesgo la detección oportuna de enfermedades congénitas.

Gráfico N° 300 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal. 2022-2024.

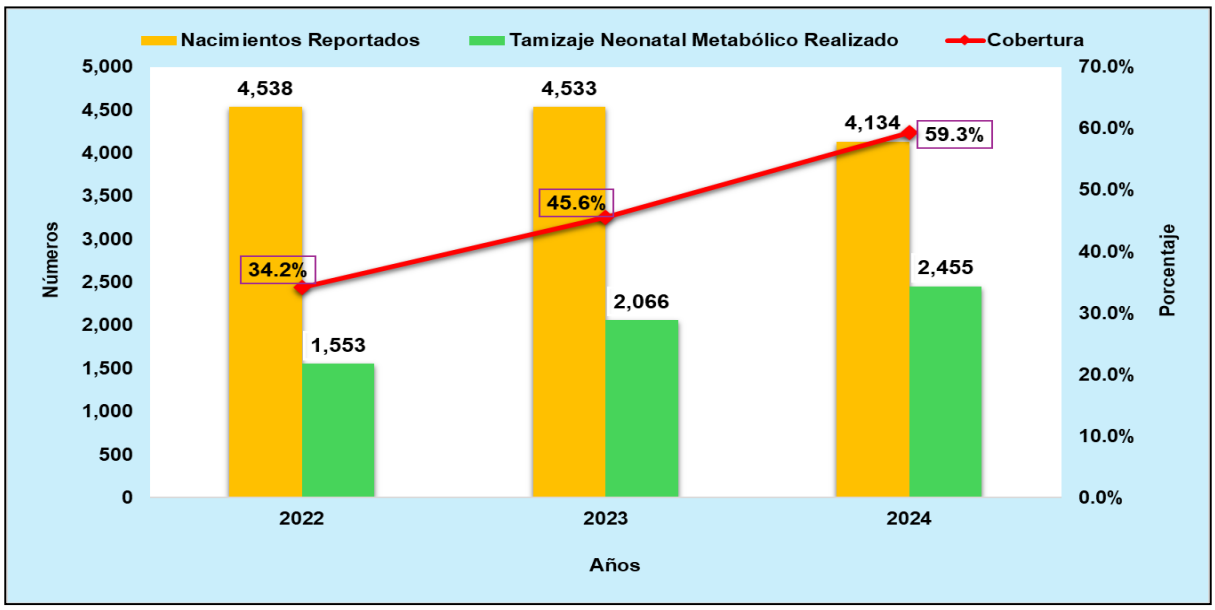


FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

En el grafico se observa que, en la Región Loreto, aunque la cantidad de nacimientos ha disminuido, la cobertura del tamizaje neonatal ha aumentado, lo cual es positivo, obteniendo 58 % de niños tamizados en el año 2024, evidenciando una mejora en el acceso o la implementación del tamizaje neonatal en la región.

El gráfico muestra un avance significativo en la cobertura del tamizaje neonatal en la Unidad Ejecutora 400 Red de Salud Loreto. De 34.2% en 2022 a 59.3% en 2024, lo que representa una mejora total de 25.1 puntos porcentuales.

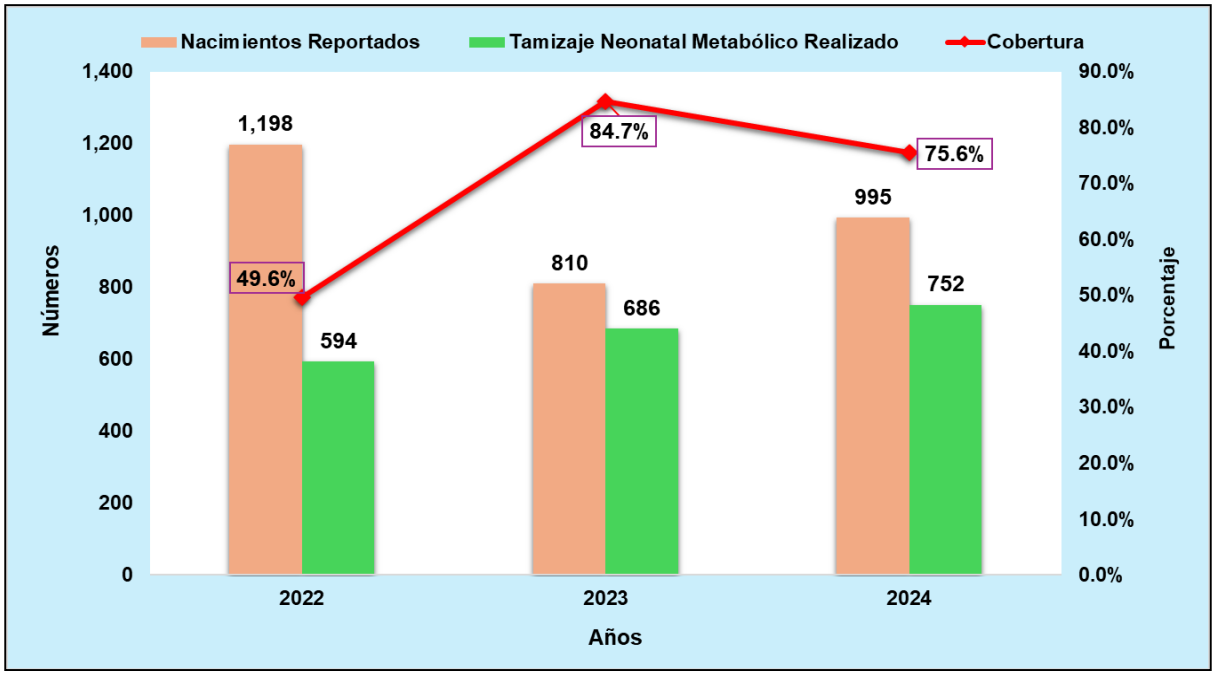
Gráfico N° 301 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal de la Unidad Ejecutora 400. Red de Salud Loreto 2022-2024



FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

El gráfico muestra que, en la Unidad Ejecutora 401 Red de Salud Alto Amazonas entre los años 2022 al 2024 se logró una cobertura optima en tomas de tamizaje neonatal, obteniendo un 84.7 % en el año 2023 a comparación del 2024 que solo se logró coberturar al 75.6%.

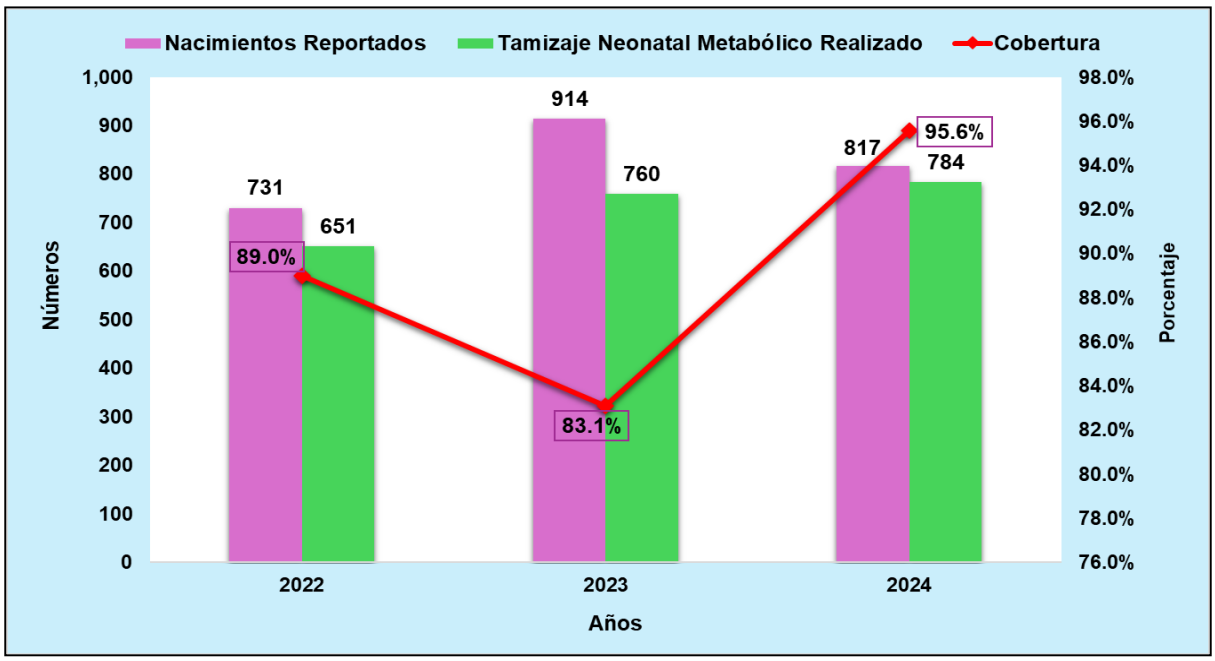
Gráfico N° 302 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal en la Unidad Ejecutora 401. Red de Salud Alto Amazonas. 2022-2024.



FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

En el gráfico se observa una cobertura de tamizaje neonatal superior al 83% en los últimos tres años, alcanzando el 95.6% en 2024, lo que evidencia un avance sostenido hacia la cobertura universal (Gráfico N° 303).

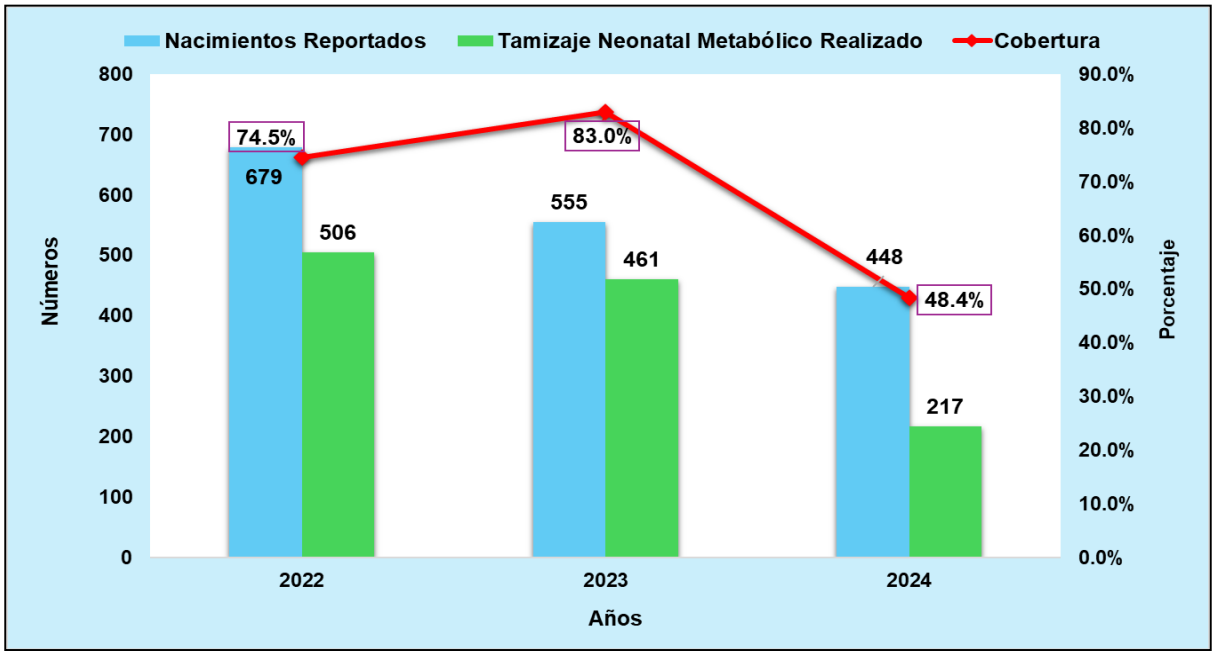
Gráfico N° 303 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal en la Unidad Ejecutora 404 Red de Salud Datem del Marañón. 2022-2024.



FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

En el gráfico se observa que, en la Unidad Ejecutora 406 Red de Salud Ucayali la cobertura de tamizaje neonatal mostró una caída significativa en 2024 (48.4%), tras mantener niveles superiores al 74% en los años previos, evidenciando la necesidad de reforzar las estrategias para llegar a las coberturas óptimas,

Gráfico N° 304 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal en la Unidad Ejecutora 406 Red de Salud Ucayali. 2022-2024.

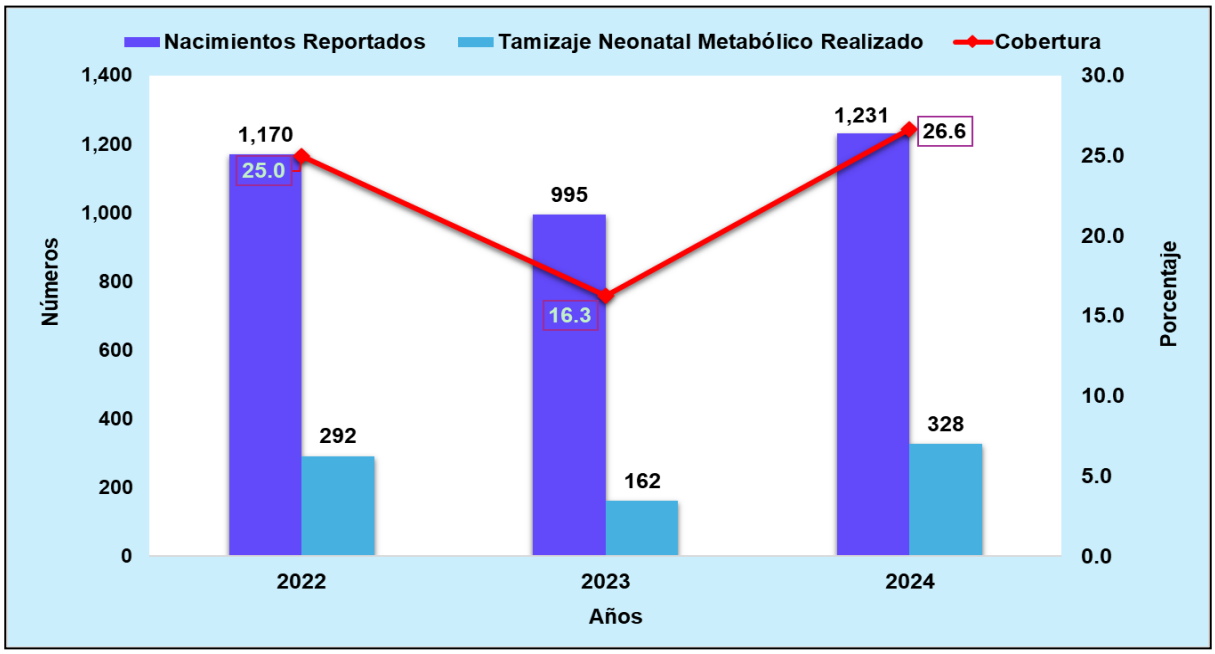


FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

En el gráfico se puede observar que en el transcurso de los años evaluados la Unidad Ejecutora 407 Red de Salud Loreto-Nauta inicio coberturando 25.0% en el 2022, teniendo

una baja significativa de 8.7% en el 2023, recuperando los 10 puntos porcentuales en el 2024, (Gráfico N° 305).

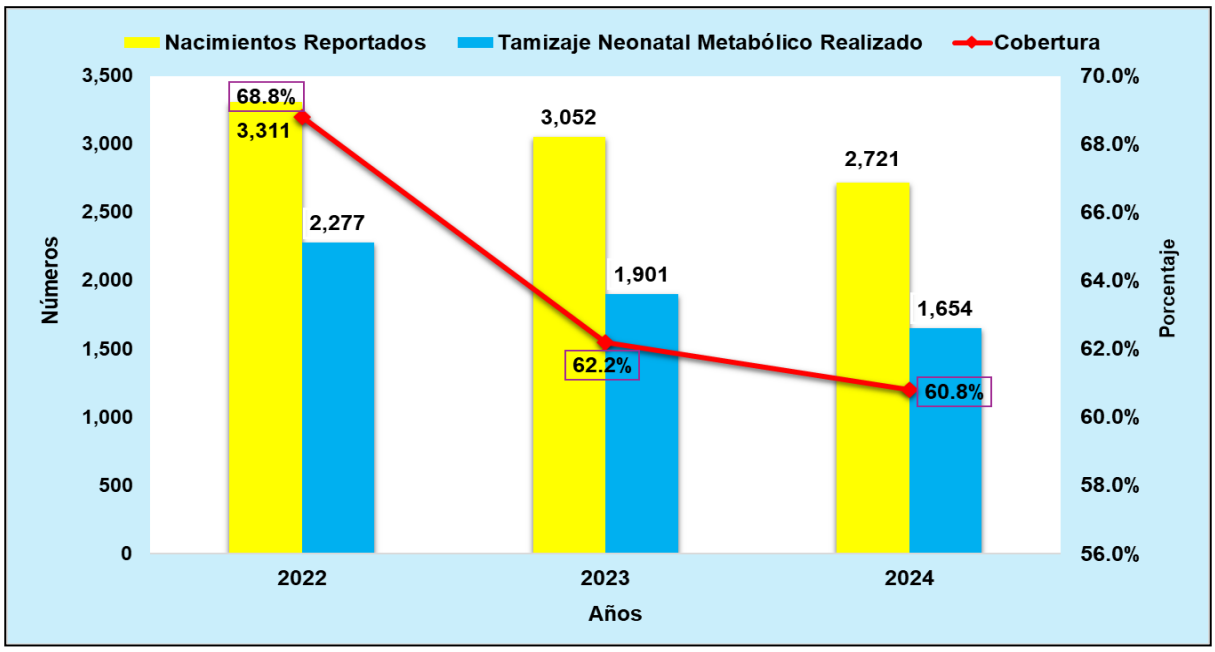
Gráfico N° 305 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal en la Unidad Ejecutora 407 Red de Loreto/Nauta. 2022-2024.



FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

En el grafico se puede observar que el Hospital de Apoyo Iquitos ha presentado una tendencia decreciente tanto en nacimientos reportados como en la cobertura del tamizaje neonatal. Aunque la cobertura se mantuvo por encima del 60%, no alcanzó los niveles óptimos.

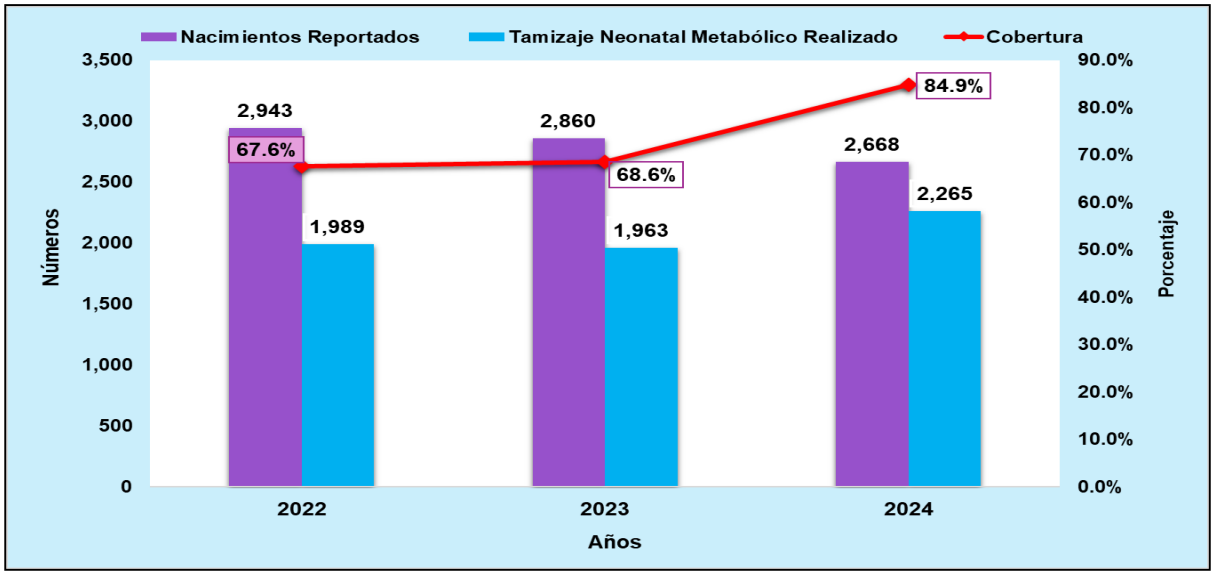
Gráfico N° 306 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal en la Unidad Ejecutora 402. Hospital Apoyo Iquitos. 2022-2024.



FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

En el gráfico se observa que el Hospital Regional de Loreto ha mostrado una mejora continua en la cobertura del tamizaje neonatal, culminando en 2024 con una cobertura cercana al umbral ideal (85%). Esto sugiere un fortalecimiento progresivo del servicio y una mejor captación de recién nacidos

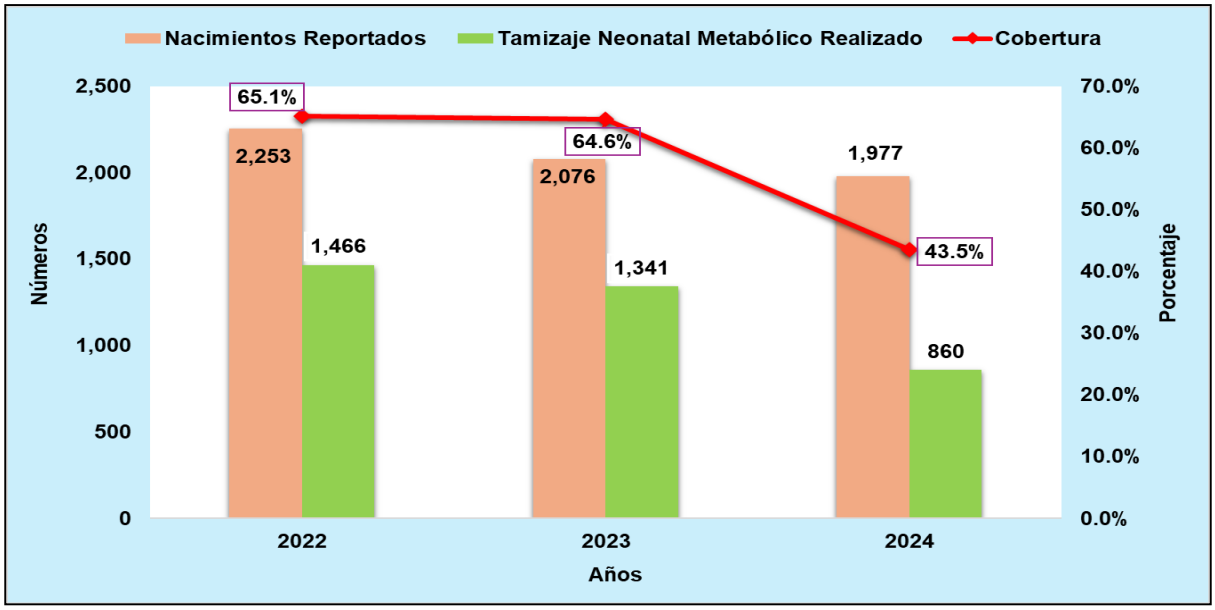
Gráfico N° 307 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal en la Unidad Ejecutora 407 Red de Loreto/Nauta. 2022-2024.



FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

En el grafico se muestra que en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas mostró una cobertura de tamizaje neonatal relativamente estable entre 2022 y 2023, pero en 2024 se evidenció una disminución crítica (43.5%), con menos de la mitad de los recién nacidos siendo tamizados. Esta caída representa una alerta importante que requiere evaluación de causas y aplicación de medidas correctivas inmediatas para evitar riesgos en la salud neonatal.

Gráfico N° 308 Región Loreto. Proporción de Tamizaje Neonatal en la Unidad Ejecutora 402. Hospital Santa Gema de Yurimaguas. 2022-2024.



FUENTE: *reporte de nacimientos en CNV en línea de los años 2022 al 2024. reporte dite GERESA-Loreto

6.3 Atenciones a las enfermedades infecciosas intestinales.

Las enfermedades infecciosas intestinales, como las diarreas disentéricas y la parasitosis intestinal, continúan siendo un importante problema de salud pública en la Región Loreto, especialmente en comunidades rurales y ribereñas. Su persistencia está relacionada con determinantes como el acceso limitado a agua segura, la falta de saneamiento básico, la inadecuada eliminación de excretas, la contaminación de fuentes de agua y las deficientes prácticas de higiene y manipulación de alimentos. Estas condiciones, junto con el clima cálido y húmedo característico de la Amazonía, favorecen la transmisión de agentes bacterianos y parasitarios.

Durante el 2024, según registros del HIS-MINSA, Loreto reportó una elevada incidencia de casos de EDA disentérica y parasitosis, afectando principalmente a niños menores de cinco años. Frente a esta situación, la Dirección Regional de Salud Loreto, en coordinación con el MINSA, implementó diversas actividades de prevención y control, como la cloración y vigilancia de la calidad del agua, la promoción del lavado de manos con agua y jabón, la educación sanitaria comunitaria, la supervisión de comedores escolares, y las campañas de desparasitación masiva dirigidas a escolares y poblaciones rurales.

En el periodo 2023-2024, la Región Loreto muestra una disminución significativa de los casos de enfermedades infecciosas intestinales, tanto en diarreas disentéricas (EDA disentérica) como en parasitosis intestinal. Los casos de EDA disentérica pasaron de 517 en 2023 a 35 en 2024, evidenciando una reducción del 93.2%, con mayor concentración de casos en Datem del Marañón (22) y Maynas (3).

En cuanto a la parasitosis intestinal, los casos descendieron de 3,074 en 2023 a 218 en 2024, representando una disminución del 92.9%; los mayores registros se observaron en Maynas (117 casos) y Datem del Marañón (43 casos).

Tabla N° 204 Región Loreto. Número de casos de enfermedades Infecciosas e Intestinales (Diarreas Disentéricas y Parasitosis Intestinal) por provincias. 2023-2024.

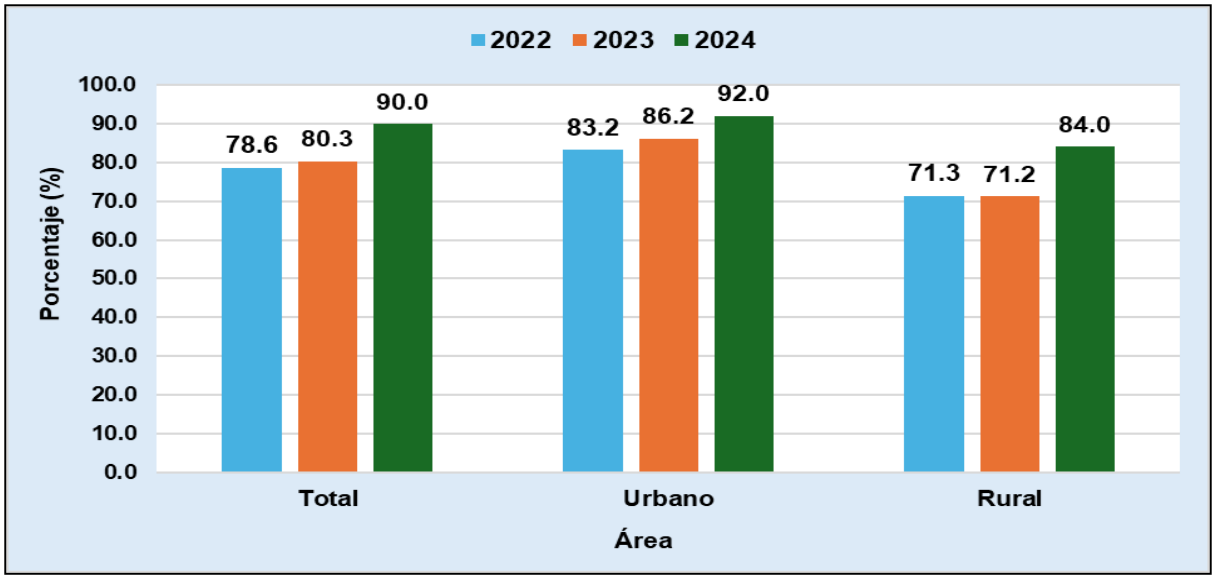
PROVINCIAS	EDA DISENTÉRICA		PARASITOSIS INTESTINAL	
	2023	2024	2023	2024
ALTO AMAZONAS	36	2	257	9
DATEM DEL MARAÑON	181	22	395	43
LORETO	50	1	165	2
MARISCAL RAMON CASTILLA	18	2	166	13
MAYNAS	166	3	1,682	117
PUTUMAYO	9	3	29	7
REQUENA	22	0	254	15
UCAYALI	35	2	126	12
Total general	**517**	**35**	**3,074**	**218**

FUENTE: GERESA Loreto. DESI-DAIS, Coordinación Regional de EDA/IRA. HIS MINSA. Web/DITE. 2023_2024

Esta disminución general sugiere un posible impacto positivo de las acciones de prevención, control sanitario y mejoras en el acceso al saneamiento básico y tratamiento antiparasitario en la región, aunque persisten focos de incidencia en las provincias con condiciones ambientales y socioeconómicas más vulnerables.
Entre los años 2022 y 2024, se observa un aumento sostenido en el conocimiento sobre las Sales de Rehidratación Oral (SRO) entre las madres con nacimientos en los últimos cinco años en la región Loreto. El porcentaje total pasó de 78.6% en 2022 a 90.0% en 2024, lo que

evidencia una mejora significativa de 11.4 puntos porcentuales en la comprensión y uso de esta medida esencial para el manejo de la diarrea infantil. Tanto en el ámbito urbano (de 83.2% a 92.0%) como en el rural (de 71.3% a 84.0%) se aprecia un incremento, siendo notable el mayor avance en las zonas rurales, que reducen la brecha frente a las áreas urbanas. Estos resultados reflejan el impacto positivo de las intervenciones de educación sanitaria, fortalecimiento de la atención primaria y campañas comunitarias del MINSA, orientadas a mejorar el manejo domiciliario de las enfermedades diarreicas en la niñez.

Gráfico N° 309 Región Loreto. Conocimientos de Madres sobre las Sales de Rehidratación Oral (SRO), según lugar de residencia. 2022-2024. (Porcentaje).



FUENTE: INEI. ENDES 2023 y 2024.

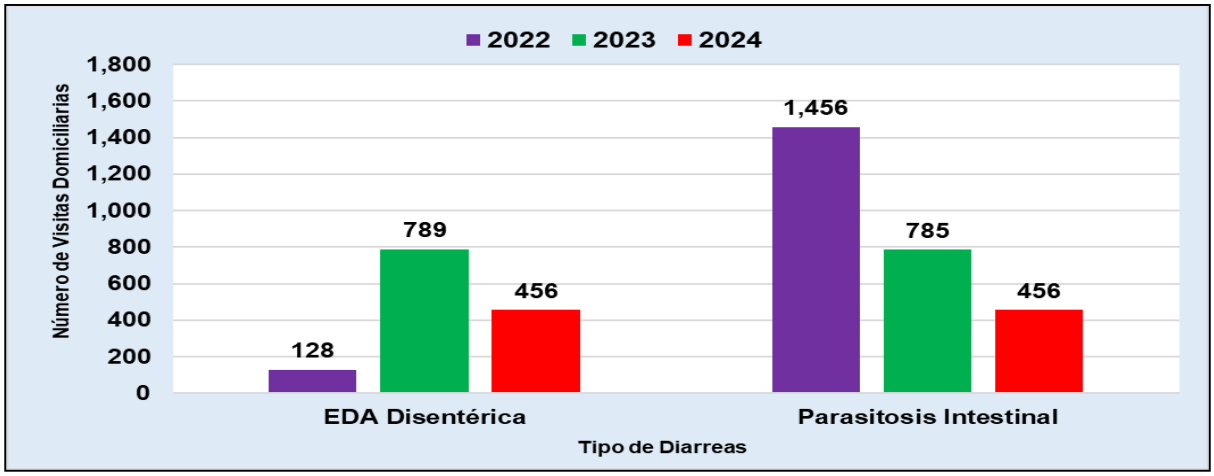
6.3.1 Visitas Domiciliarias

Las visitas domiciliarias por enfermedades diarreicas disentéricas en niños menores de cinco años constituyen una estrategia esencial dentro de la atención integral establecida por el MINSA en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño (R.D. N°101-2022-DG-INSNSB). Su propósito es asegurar el seguimiento de casos desde el hogar, garantizar una adecuada rehidratación, promover el uso de sales de rehidratación oral y zinc, e identificar de manera oportuna signos de alarma o complicaciones que requieran atención médica inmediata. Además, estas visitas permiten reforzar las prácticas de higiene y saneamiento básico, fundamentales para evitar la transmisión fecal-oral en entornos familiares y comunitarios, especialmente en regiones amazónicas como Loreto, donde las condiciones ambientales incrementan el riesgo de enfermedades diarreicas.

Por su parte, las visitas domiciliarias por parasitosis intestinal en personas de 2 a 17 años complementan las intervenciones del MINSA orientadas al control de enfermedades infecciosas intestinales, de acuerdo con las directrices del Manual AIEPI Clínico y la NTS N.º 190-2022-MINSA-CDC-EDA. Estas visitas permiten identificar focos de transmisión en el hogar, verificar el cumplimiento del tratamiento antiparasitario y promover hábitos saludables como el lavado de manos, consumo de agua segura y adecuada eliminación de excretas. En conjunto, ambas estrategias fortalecen la vigilancia activa, la prevención y el control de enfermedades entéricas, contribuyendo a reducir la carga de morbilidad en grupos vulnerables y mejorar la salud pública en la región Loreto.

Durante el período 2022-2024, en la región Loreto se observa una variación importante en el número de visitas domiciliarias por diarreas disentéricas y parasitosis intestinal, reflejando los cambios en la vigilancia comunitaria y la carga de enfermedad. En el caso de la EDA disentérica, las visitas aumentaron de 128 en 2022 a un pico de 789 en 2023, lo que evidencia un refuerzo en la detección y seguimiento de casos severos, aunque en 2024 disminuyeron a 456, posiblemente por una reducción de brotes o menor notificación. En cuanto a la parasitosis intestinal, las visitas fueron más elevadas en 2022 (1,456) y descendieron progresivamente a 785 en 2023 y 456 en 2024, lo que sugiere una mejora en las acciones preventivas, campañas de desparasitación y educación sanitaria. En conjunto, los datos indican un esfuerzo sostenido del sistema de salud por fortalecer la atención domiciliaria, priorizando la vigilancia activa en niños y adolescentes, grupo vulnerable en contextos con limitaciones de saneamiento y alta exposición ambiental.

Gráfico N° 310 Región Loreto. Visitas domiciliarias en menores de 5 años con Diarreas Disentéricas y Parasitosis en personas de 2-17 años. 2022 - 2024.



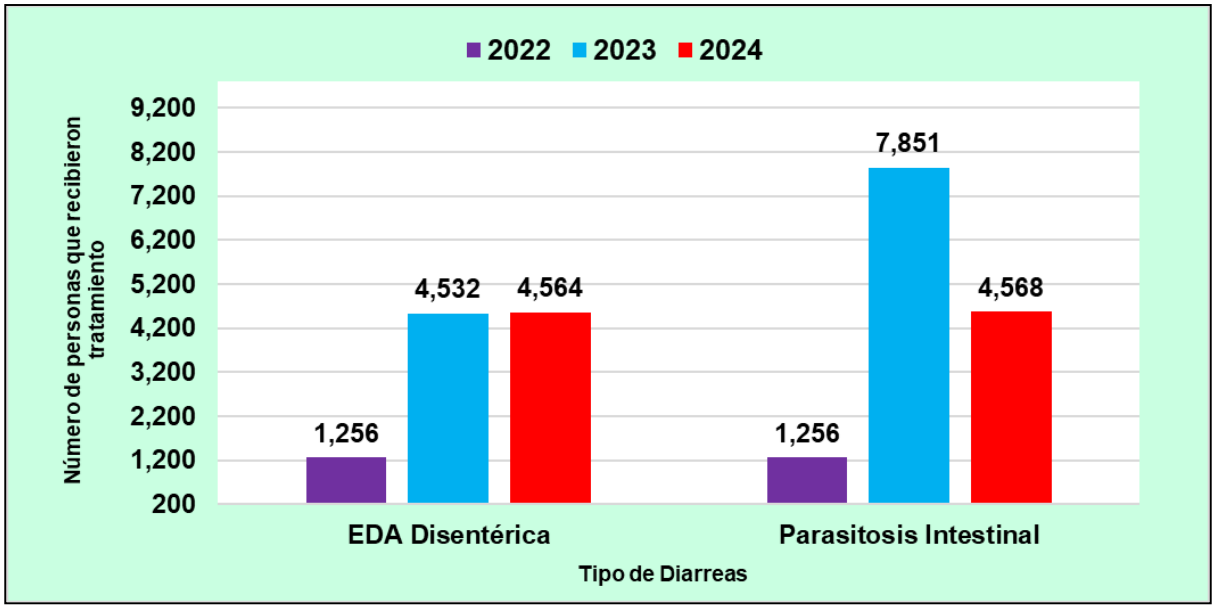
Fuente: HIS MINSA WEB-DITE. 2022, 2023,2024

6.3.2 Tratamiento de la Diarreas y Parasitosis Intestinal

El tratamiento de las diarreas disentéricas en niños menores de 5 años según las guías del Ministerio de Salud del Perú se basa en la hidratación inmediata y adecuada, preferentemente con sales de rehidratación oral y, en casos graves, con hidratación endovenosa. Se recomienda continuar la lactancia materna y la alimentación habitual, ajustando según tolerancia. El uso de antibióticos está indicado solo si se sospecha o confirma etiología bacteriana, como Shigella; además, se debe monitorear signos de alarma y realizar seguimiento para prevenir complicaciones como la desnutrición y la deshidratación severa.

Respecto al tratamiento antiparasitario en personas entre 2 y 17 años, el MINSA recomienda realizarlo de acuerdo con el ciclo de vida del parásito identificado, priorizando agentes como albendazol, mebendazol y metronidazol según el tipo de infestación detectada. La intervención incluye además medidas higiénico-sanitarias, educación para el consumo de agua segura, y campañas de desparasitación periódicas en escolares, buscando reducir la carga de enfermedad y sus repercusiones sobre el estado nutricional y el desarrollo infantil.

Gráfico N° 311 . Región Loreto. Número de tratamientos recibidos de Diarreas Disentéricas en menores de 5 años y Parasitosis en personas de 2 a 17 años. 2022 - 2024.



Fuente: HIS MINSA WEB-DITE. 2022, 2023,2024

6.4 Atenciones de las Infecciones de las vías Respiratorias

Las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país, especialmente en los grupos vulnerables como niños menores de cinco años, adultos mayores y personas con comorbilidades. En el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) promueve acciones integrales orientadas a reducir la incidencia, complicaciones y muertes por estas enfermedades.

La estrategia comprende el fortalecimiento y la detección oportuna de casos, la capacitación del personal de salud, la educación comunitaria sobre medidas preventivas (lavado de manos, uso adecuado de mascarillas, ventilación de ambientes y vacunación contra influenza y neumococo), así como la disponibilidad de tratamientos adecuados en los establecimientos de salud. Estas intervenciones se articulan con las redes y microrredes de salud regionales para garantizar una respuesta oportuna ante brotes y mejorar la calidad de la atención respiratoria en todo el territorio nacional.

En el año 2024 se observa una disminución significativa de los casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) no complicadas y de Neumonía sin complicaciones en todas las provincias de la región Loreto en comparación con el 2023. El total de IRA no complicadas se redujo de 62,288 casos en 2023 a 3,917 en 2024, mientras que los casos de neumonía bajaron de 1,539 a 72. Las provincias con mayores registros en 2024 fueron Maynas (1,118 IRA y 21 neumonías) y Datem del Marañón (670 IRA y 4 neumonías), lo que mantiene su relevancia epidemiológica. Esta notable reducción podría asociarse a una menor circulación de virus respiratorios, mejores medidas preventivas o cambios en la notificación y diagnóstico durante el periodo analizado. (Tabla N° 205).

Tabla N° 205 Región Loreto. Número de Casos de Infecciones Respiratorias (IRA No complicada y Neumonía sin complicaciones) por provincias. 2023- 2024

PROVINCIAS	IRA NO COMPLICADA		NEUMONIA SIN COMPLICACIONES	
	2023	2024	2023	2024
ALTO AMAZONAS	8,469	493	60	1
DATEM DEL MARAÑON	9,468	670	249	4
LORETO	8,581	459	327	14
MARISCAL RAMON CASTILLA	5,617	337	193	5
MAYNAS	18,191	1,118	440	21
PUTUMAYO	955	39	12	0
REQUENA	4,336	317	151	16
UCAYALI	6,671	484	107	11
Total general	**62,288**	**3,917**	**1,539**	**72**

FUENTE: GERESA Loreto. DESI-DAIS, Coordinación Regional de EDA/IRA. HIS MINSA. Web/DITE. 2023_2024

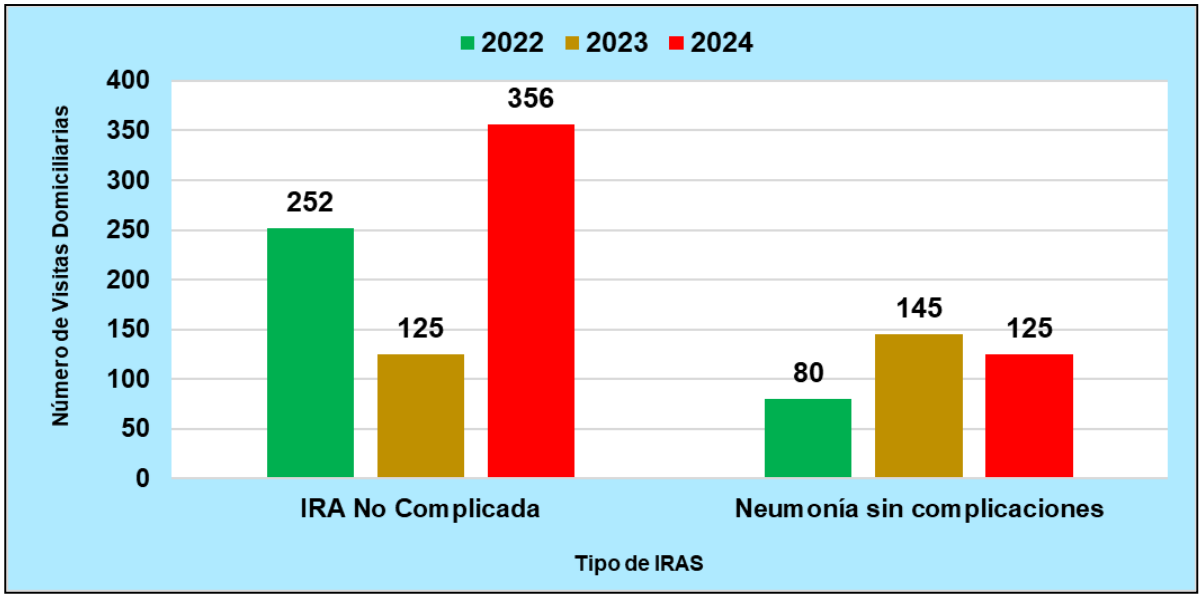
6.4.1 Visitas Domiciliarias

Las visitas domiciliarias constituyen una estrategia esencial dentro del abordaje comunitario para la prevención, detección temprana y seguimiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Neumonías en niños menores de cinco años. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 5 Años del Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2023), el personal de salud tiene la responsabilidad de realizar visitas periódicas a los hogares para identificar signos de alarma, reforzar medidas preventivas y garantizar la continuidad del tratamiento ambulatorio en los casos no complicados. Estas acciones permiten reducir la morbimortalidad infantil asociada a IRAS, asegurando el acceso oportuno a la atención y la adherencia a las recomendaciones clínicas.

En el caso de las IRAS no complicadas y las neumonías sin complicaciones, las visitas domiciliarias también facilitan el monitoreo del estado clínico del niño, la administración correcta de medicamentos (como antibióticos orales) y la evaluación de las condiciones del entorno familiar, como la ventilación, exposición al humo o hacinamiento, factores determinantes en la evolución del cuadro respiratorio. Según las directrices del MINSA, esta intervención debe integrarse con la educación sanitaria a los cuidadores sobre medidas higiénicas, alimentación adecuada e identificación de signos de peligro.

Durante el periodo 2022–2024, la región Loreto muestra una tendencia variable en el número de visitas domiciliarias realizadas a niños menores de cinco años con Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) no complicadas y neumonía sin complicaciones. En el caso de las IRA no complicadas, se observa una disminución de 252 visitas en 2022 a 125 en 2023, seguida de un incremento significativo a 356 en 2024, lo que sugiere un fortalecimiento reciente de las acciones de seguimiento comunitario. En cuanto a la neumonía sin complicaciones, el número de visitas aumentó de 80 en 2022 a 145 en 2023, para luego descender a 125 en 2024, lo que podría reflejar variaciones en la incidencia o en la capacidad operativa de los equipos de atención primaria. (Gráfico N° 312).

Gráfico N° 312 Región Loreto. Número de Visitas domiciliarias en niños menores de 5 años con Diarreas Disentéricas y Parasitosis en personas de 2 a 17 años de edad. 2022, 2023 y 2024.

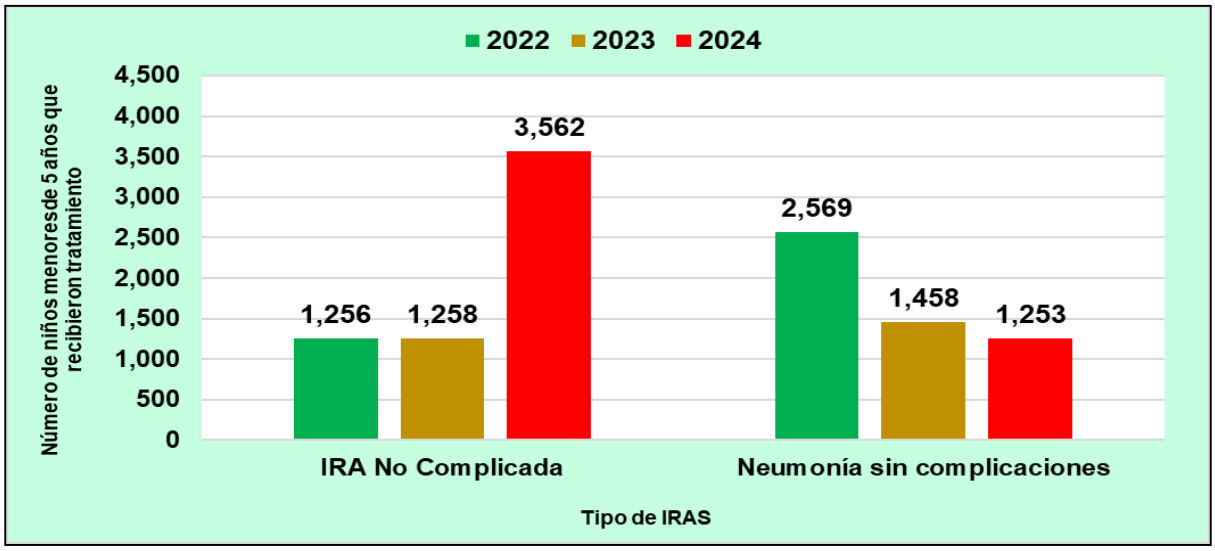


Fuente: HIS MINSA WEB-DITE. 2022, 2023,2024

6.4.2 Tratamiento de las IRAS No Neumonías y Neumonías sin complicaciones

Entre 2022 y 2024, en la región Loreto se observa un incremento notable en el número de niños menores de cinco años tratados por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) no complicadas, pasando de 1,256 a 3,562 casos, lo que refleja una mayor detección y atención ambulatoria de cuadros leves. En contraste, los casos de neumonía sin complicaciones muestran una disminución progresiva de 2,569 en 2022 a 1,253 en 2024, lo que sugiere una reducción en la gravedad de las infecciones respiratorias y una posible mejora en las acciones preventivas y en el manejo temprano de las IRAS en el primer nivel de atención.

Gráfico N° 313 Región Loreto. Número de niños menores de 5 años que recibieron tratamiento de IRAs No Complicadas y Neumonía sin complicaciones. 2022, 2023 y 2024.



Fuente: HIS MINSA WEB-DITE. 2022, 2023,2024

6.5 Salud Sexual y Reproductiva:

La salud sexual y reproductiva se entiende como una condición integral de bienestar físico, mental y social en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, y no simplemente como la ausencia de enfermedades o afecciones. Este enfoque contempla la posibilidad de disfrutar de una vida sexual segura, placentera y con capacidad reproductiva, así como el derecho a decidir de forma libre, informada y responsable el momento, la forma y la frecuencia de ejercerla.

En líneas generales, los problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva pueden presentarse a lo largo de todo el curso de vida, aunque su impacto y características varían según la etapa vital. Además, las consecuencias derivadas de estas problemáticas suelen evidenciarse en fases posteriores, afectando de manera significativa el desarrollo personal y la calidad de vida tanto del individuo como de su entorno familiar y comunitario.

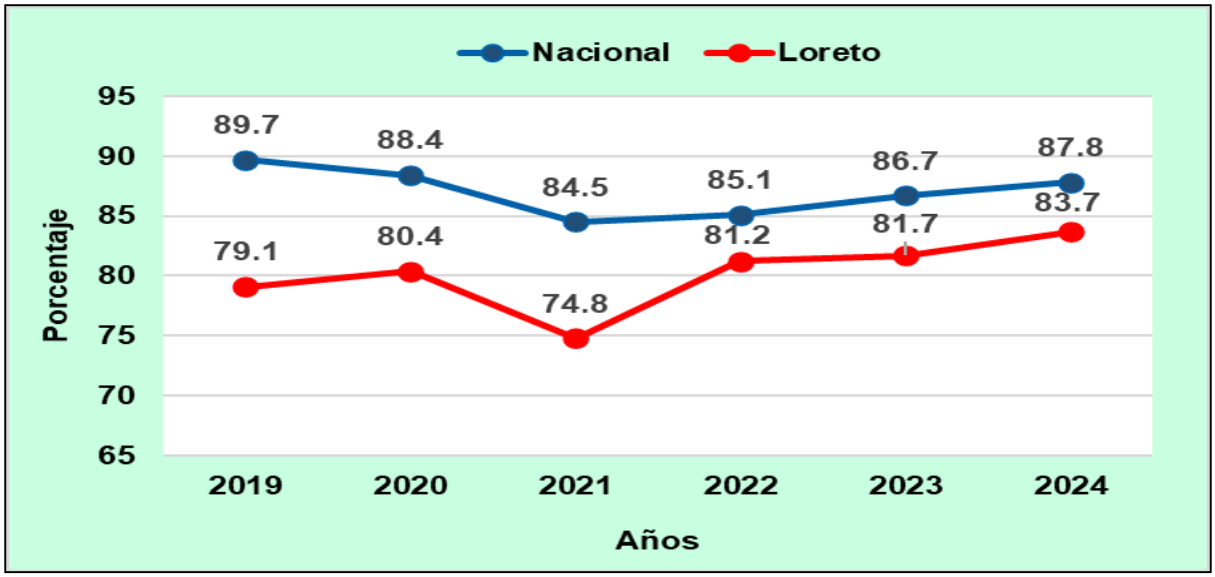
6.5.1 Atención durante la gestación, parto y puerperio

6.5.1.1 Gestantes Controladas

El Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Norma Técnica N.º 105, establece que una gestante se considera controlada cuando ha cumplido con al menos seis controles prenatales y ha recibido el paquete básico de atención correspondiente. Este paquete incluye una evaluación integral que contempla la medición de signos vitales como presión arterial y temperatura, así como el registro de peso y talla, entre otros aspectos. Asimismo, se realiza la identificación de factores de riesgo, tales como antecedentes personales y familiares de enfermedades, así como conductas o hábitos perjudiciales para la salud.

Según ENDES, observamos en el grafico siguiente que, la región de Loreto en el 2022 alcanzó el 81.2% de gestantes que recibieron 6 controles pre natales en comparación con el nivel nacional en el mismo año hay una diferencia del 6.4%. La cobertura más alta alcanzada fue en el año 2018 (82.1%) y la más baja, en el 2021 (74.8%).

Gráfico N° 314 Región Loreto. Porcentaje de gestantes que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 controles pre natales en comparación con el nivel nacional. 2019-2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2019-2024

Entre los principales desafíos en salud sexual y reproductiva en el contexto nacional se encuentran: la mortalidad materna y perinatal, los embarazos no planificados y el aborto, las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, la violencia basada en género, y las neoplasias ginecológicas, entre otros.

Tabla N° 206 Región Loreto. Número y Porcentaje de gestantes controladas según Redes de Salud/IPRESS. 2020-2024.

Redes de salud/IPRESS	2020		2021		2022		2023		2024	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto Amazonas	1,480	40.0	2,200	67.0	2,087	53.0	2,226	60.4	2,210	65.7
Datem del Marañón	601	22.0	1,044	52.0	1,035	46.0	1,392	46.3	1,217	46.1
Loreto	308	21.0	728	50.0	755	48.0	944	56.9	745	47.2
Maynas ciudad	2,493	29.0	4,059	48.0	3,658	53.0	3,854	67.5	3,302	63.3
Maynas periferie	486	27.0	857	27.0	693	46.0	902	56.7	872	60.8
Ramón Castilla	272	18.0	563	36.0	484	38.0	643	50.2	707	52.0
Requena	231	9.0	515	40.0	539	42.0	546	55.2	578	53.4
Ucayali	331	27.0	695	63.0	715	48.0	751	56.9	743	59.0
Hospitales	324	0.0	217	0.0	611	392.0	598	102.9	822	387.7
AISPED	3	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PIAS	12	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	**6,541**	**29.0**	**10,878**	**49.0**	**10,577**	**52.0**	**11,856**	**59.8**	**11,196**	**61.7**

Fuente: HIS/MINSA 2020-2024

En la región Loreto, la cobertura de control prenatal ha mostrado una mejora progresiva entre 2020 y 2024, aumentando del 29.0% al 61.7%, lo que refleja un avance importante en la atención a la salud materna. No obstante, se observan marcadas diferencias entre redes de salud: las coberturas más altas corresponden a Maynas ciudad (63.3%) y Alto Amazonas (65.7%), que evidencian una mejor organización de los servicios y mayor acceso en zonas urbanas. En contraste, las coberturas más bajas se registran en Datem del Marañón (46.1%), Loreto (47.2%) y Requena (53.4%), donde las condiciones geográficas y la limitada disponibilidad de recursos dificultan la atención continua de las gestantes. En conjunto, estos resultados muestran avances, pero también la necesidad de fortalecer la equidad en el acceso y la calidad del control prenatal en toda la región.

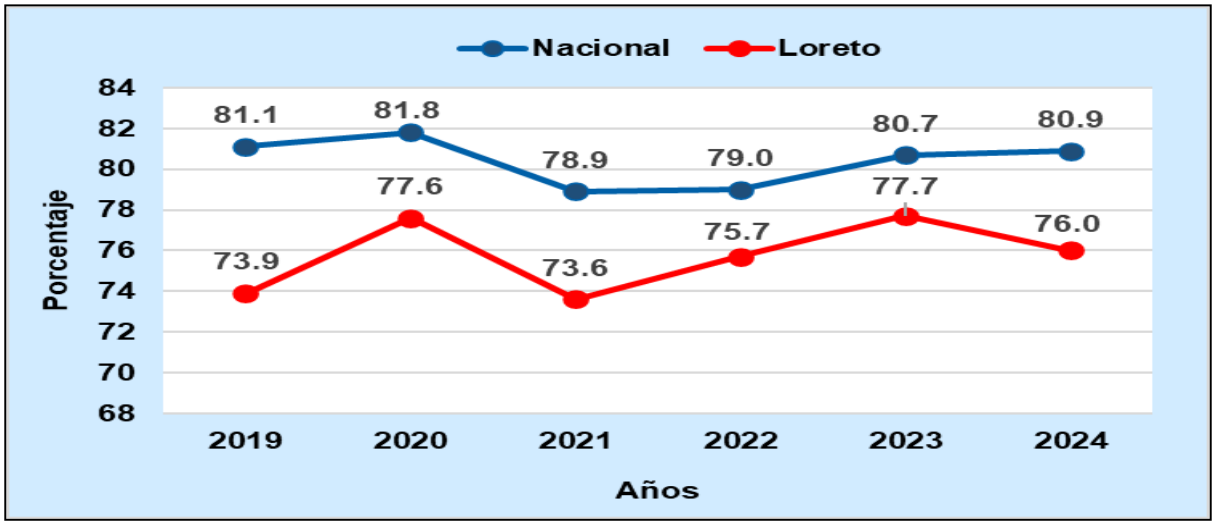
Las limitadas coberturas de gestantes adecuadamente controladas no solo reflejan deficiencias en el acceso a los servicios, sino también en la calidad de la atención brindada. Esta situación pone en evidencia el incumplimiento por parte del personal de salud en la entrega del paquete integral de atención prenatal, especialmente en los establecimientos de salud de categoría I-1. A ello sumamos que solo aproximadamente el 30 % de estos establecimientos cuentan con profesionales obstetras, lo cual repercute negativamente en la prestación adecuada de los servicios. Además, se identifican limitaciones en recursos humanos, infraestructura y equipamiento, como la ausencia de ginecólogos, ecógrafos, monitores fetales y servicios de laboratorio en IPRESS del nivel

6.5.1.1.1 Gestante atendida en el I trimestre.

Se considera gestante atendida a aquella que ha recibido su primera consulta prenatal correspondiente al embarazo actual. El seguimiento del embarazo debe ir acompañado de una atención médica oportuna desde el primer trimestre, la cual incluye una evaluación clínica integral, exámenes de laboratorio y orientación sobre el estilo de vida. En este primer control prenatal, es fundamental realizar un conjunto de pruebas diagnósticas que forman parte del paquete básico, tales como: hemograma completo, determinación de hemoglobina, tipificación del grupo sanguíneo y factor Rh, análisis de orina, glicemia, prueba no treponémica para sífilis (RPR) y detección de VIH mediante prueba ELISA.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del INEI, el porcentaje de gestantes que recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación en la región Loreto muestra una cobertura inferior al promedio nacional, aunque con leves mejoras en los últimos años. Entre 2019 y 2024, Loreto pasó de 73.9% a 76.0%, mientras que el promedio nacional se mantuvo alrededor del 81%. Esta brecha refleja las dificultades persistentes en el acceso oportuno a los servicios de salud materna, especialmente en zonas rurales y dispersas de la Amazonía. Sin embargo, el incremento observado en algunos años evidencia los esfuerzos del sistema sanitario por fortalecer la atención prenatal temprana, estrategia clave para la detección precoz de riesgos obstétricos, la reducción de complicaciones y la mejora de los resultados materno-perinatales en la región.

Gráfico N° 315 . Región Loreto. Porcentaje de gestantes que en último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primer Control Prenatal en el 1er trimestre de gestación. Nivel Nacional y Regional. 2019-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2019-2024

6.5.1.1.2 Atendidas según Provincias

Los controles prenatales en la Región Loreto se desarrollan a través de las redes de salud provinciales, que incluyen Alto Amazonas, Datem del Marañón, Loreto, Maynas (Ciudad y Periferie), Ramón Castilla, Requena y Ucayali. Cada una de estas redes tiene la responsabilidad de garantizar la atención integral de las gestantes, promoviendo el inicio temprano del control prenatal y el seguimiento continuo durante el embarazo. Sin embargo, las coberturas presentan variaciones significativas entre provincias, reflejando diferencias en el acceso geográfico, disponibilidad de servicios y capacidad operativa de los establecimientos de salud. Estas brechas evidencian la importancia de fortalecer las estrategias de captación oportuna y seguimiento prenatal, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso de la región Loreto.

En el año 2024, la región Loreto registró un avance general de 11,800 gestantes atendidas en el primer trimestre del embarazo, lo que representa un 52.8% de cumplimiento respecto a la meta programada. Entre las redes de salud, las mayores coberturas se evidenciaron en Ucayali (77.1%), Alto Amazonas (63.3%) y Datem del Marañón (61.6%), reflejando un desempeño favorable en la captación oportuna de gestantes. En contraste, las redes de Loreto (37.8%), Requena (48.9%) y Maynas Periferie (45.7%) mostraron coberturas más bajas, lo que sugiere limitaciones en el acceso o seguimiento temprano del control prenatal.

Tabla N° 207 Región Loreto. Número y Porcentaje de gestante atendidas en el primer trimestre del embarazo, según Redes de Salud /IPRESS-2020-2024

Redes de salud/IPRESS	2020			2021			2022			2023			2024		
	Avance	Meta	%	Avance	Meta	%	Avance	Meta	%	Avance	Meta	%	Avance	Meta	%
Álto Amazonas	1,769	3,686	48	2,350	4,190	56.1	2362	3,780	62.5	2,503	3,432	72.93	2405	3800	63.29
Datem del Marañón	1,060	2,731	28.8	1,686	2,811	60	1525	2,599	58.7	2,058	1,819	113.14	1765	2865	61.61
Loreto	548	1,492	36.7	892	1,777	50.2	920	1,749	52.6	925	1,984	46.62	895	2368	37.80
Maynas Ciudad	3,159	8,561	36.9	3,603	6,657	54.1	3500	6,059	57.8	3,564	12,865	27.70	3407	7368	46.24
Maynas Periferie	751	1,827	41.1	1,085	1,890	57.4	834	1,427	58.4	956	2,603	36.73	921	2015	45.71
Ramón Castilla	494	1,510	32.7	692	1,347	51.4	627	1,142	54.9	743	1,972	37.68	860	1498	**57.41**
Requena	401	1,440	27.8	605	1,181	51.2	703	1,117	62.9	572	1,994	28.69	640	1308	48.93
Ucayali	606	1,208	50.2	861	1,571	54.8	911	1,469	62	897	1,901	47.19	880	1141	77.13
Hospitales	32	0	0	39	136	28.7	143	726	19.7	57	0	0.00	27	0	0.00
Total	**8,820**	**22,455**	**39.3**	**11,813**	**21,560**	**54.8**	**11,525**	**20,068**	**57.4**	**12,275**	**28,570**	**42.96**	**11,800**	**22,363**	**52.77**

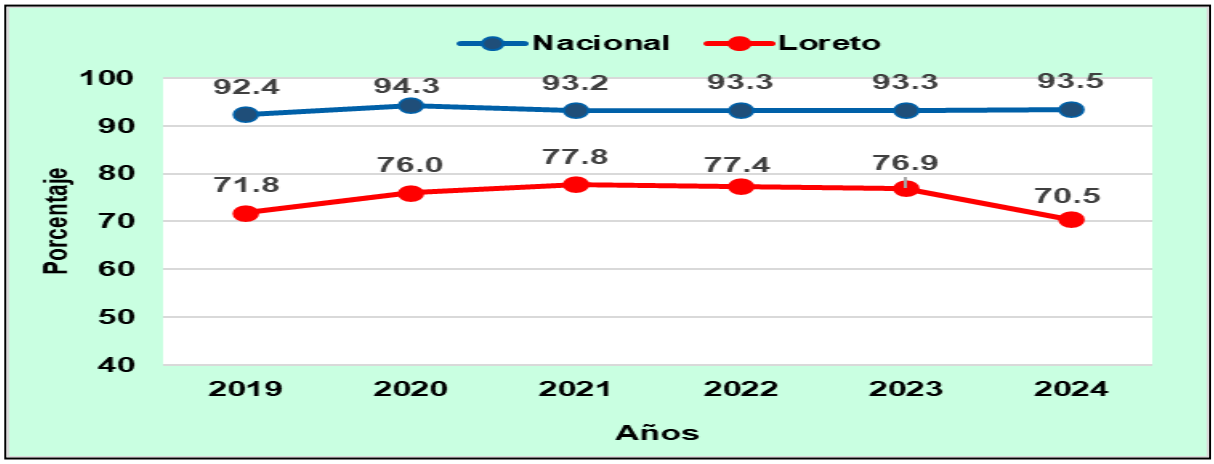
Fuente: HIS/MINSA 2020-2024

6.5.1.2 Parto Institucional

Se define como parto institucional aquel que se lleva a cabo dentro de un establecimiento de salud, ya sea un hospital, centro o puesto de salud, e incluye tanto el parto por vía vaginal como por cesárea. El objetivo principal de esta modalidad de atención es garantizar el respeto y la protección de los derechos de la mujer gestante y del recién nacido, asegurando una atención segura y humanizada por parte del equipo de salud.

Según ENDES, encontramos que, el porcentaje de partos institucionales a nivel nacional es superior que el nivel de la región de Loreto, en la región Loreto en el 2024 se alcanzó el 70.5%, 23% menos que del nivel nacional, en comparación con el 2023 (76.9%) se disminuyó 6.4 puntos porcentuales.

Gráfico N° 316 Región Loreto. Porcentaje de Parto Institucional del último nacimiento en los últimos 5 años antes de la encuesta, 2019-2024



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2019-2024

6.5.1.3 Control del Puerperio

El puerperio es la etapa fisiológica que inicia tras la expulsión de la placenta y se extiende aproximadamente por seis semanas, equivalentes a 42 días. Esta fase se divide en tres periodos: el puerperio inmediato, que abarca las primeras dos horas posteriores al parto, momento crítico en el que se presenta el mayor riesgo de hemorragia, por lo que es esencial

el monitoreo riguroso de la hemostasia uterina; el puerperio mediato, que se extiende desde las 24 horas hasta los 7 días post parto, generalmente luego del alta hospitalaria, donde la atención continúa a través de consultas externas realizadas por personal capacitado; y finalmente, el puerperio tardío, que comprende desde el octavo día hasta los 42 días posteriores al parto.

Las complicaciones que pueden presentarse en cualquiera de estas fases representan eventos clínicamente relevantes, debido a los profundos cambios fisiológicos y emocionales que experimenta la mujer, además del riesgo de morbimortalidad materna. Por ello, el seguimiento continuo y oportuno durante este periodo resulta clave para garantizar una adecuada vigilancia de la salud materna.

La atención puerperal debe incluir una evaluación física y psicológica integral, la indicación de suplementos vitamínicos, orientación para la promoción de la lactancia materna exclusiva, y asesoramiento en planificación familiar. Estas intervenciones buscan no solo preservar la salud de la madre y el recién nacido, sino también detectar de manera temprana signos de alarma que permitan la identificación y manejo de posibles complicaciones.

Entre los años 2021 y 2024, la Región Loreto muestra una tendencia fluctuante en el número de controles durante el puerperio (primer y segundo control), reflejando avances y retrocesos en la continuidad de la atención postparto. A nivel regional, se observa un descenso en el total de controles, pasando de 11,506 primeros controles en 2021 a 10,277 en 2024, y de 7,081 segundos controles en 2021 a 5,943 en 2024, lo que evidencia una reducción en el seguimiento integral de la salud materna después del parto. Las provincias de Maynas y Alto Amazonas concentraron la mayor cantidad de controles, mientras que Putumayo y Requena presentaron los valores más bajos, probablemente por sus limitaciones geográficas y de acceso a servicios. Desde el enfoque de salud pública, esta disminución en los controles puerperales representa un reto, ya que compromete la detección temprana de complicaciones y la promoción del bienestar materno e infantil, resaltando la necesidad de fortalecer la vigilancia y el acceso oportuno a la atención postnatal en toda la región.

Tabla N° 208 Región Loreto. Número de Controles en el Puerperio 1er y 2do Control, según provincias.2021-2024

Provincias	2021		2022		2023		2024	
	Control1	Control2	Control1	Control2	Control1	Control2	Control1	Control2
Álto Amazonas	**2,530**	**1,666**	**2,795**	**2,001**	**2,706**	**2,127**	**2,534**	**1,566**
Datem del Marañón	1,126	714	1,405	871	1,308	870	1,201	694
Loreto	758	338	843	423	787	394	564	277
Mariscal ramón Castilla	527	252	496	217	496	246	458	372
Maynas	**5,222**	**3,177**	**5,458**	**3,359**	**5,966**	**3,625**	**4,463**	**2,360**
Putumayo	72	52	83	54	91	64	89	69
Requena	422	209	411	194	380	219	275	140
Ucayali	849	673	965	738	863	646	693	465
Total	**11,506**	**7,081**	**12,456**	**7,857**	**12,597**	**8,191**	**10,277**	**5,943**

Fuente: HIS/MINSA 2020-2024

6.5.2 Embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes en la región Loreto continúa siendo un importante problema de salud pública influenciado por diversos determinantes sociales, culturales y geográficos. Factores como el limitado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la baja cobertura educativa, las desigualdades económicas, y las barreras geográficas propias de la Amazonía contribuyen a mantener elevadas tasas de gestación en menores de 19 años. Además, las normas culturales y la escasa comunicación familiar sobre sexualidad dificultan la prevención temprana. Este contexto resalta la necesidad de intervenciones integrales y culturalmente

pertinentes que fortalezcan la educación sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y el empoderamiento de las adolescentes en Loreto.

En la región Loreto, el porcentaje de gestantes adolescentes atendidas durante los años 2023 y 2024 muestra una tendencia relativamente estable, pasando de 15.6 % a 15.8 %. Las redes de Ucayali, Loreto, Ramón Castilla y Maynas Periferie presentan las mayores proporciones, superando el 16 %, lo que evidencia una persistente vulnerabilidad en estas zonas. Este comportamiento refleja la influencia de determinantes sociales y culturales asociados al inicio temprano de la vida sexual, el acceso limitado a métodos anticonceptivos y la dispersión geográfica de las comunidades amazónicas. Desde un enfoque de salud pública, estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas, educativas y comunitarias que promuevan la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, priorizando las zonas rurales y de difícil acceso.

Tabla N° 209 Región Loreto. Porcentaje de gestante adolescentes atendidas por Redes de Salud/Hospitales-2023-2024

Redes de salud/Hospitales	2023			2024		
	Gestantes atendidas	Gestantes adolescentes	%	Gestantes atendidas	Gestantes adolescentes	%
Hospitales	581	52	8.95	212	31	14.62
Álto Amazonas	3683	568	15.42	3379	562	16.63
Datem del Marañón	3008	427	14.20	2662	422	15.85
Loreto	1659	293	17.66	1623	290	17.87
Maynas Ciudad	5712	807	14.13	5213	718	13.77
Maynas Periferie	1592	279	17.53	1434	240	16.74
Ramón Castilla	1282	224	17.47	1359	240	17.66
Requena	990	178	17.98	1082	175	16.17
Ucayali	1321	268	20.29	1262	204	16.16
Total	**19,828**	**3,096**	**15.61**	**18,226**	**2,882**	**15.81**

Fuente: HIS/MINSA 2020-2024

6.5.3 Planificación familiar

La planificación familiar es un componente esencial de la salud sexual y reproductiva que permite a las personas, especialmente a las parejas, decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos que desean tener, así como el momento y el intervalo entre cada embarazo. Este derecho se ejerce mediante el acceso a información, orientación y métodos anticonceptivos seguros, eficaces y aceptables, contribuyendo no solo al bienestar individual, sino también a la salud pública, la equidad de género y el desarrollo social.

En la región Loreto, los desafíos en torno a la planificación familiar son múltiples y están estrechamente ligados a factores geográficos, culturales y estructurales. La dispersión poblacional, el acceso limitado a los servicios de salud en comunidades alejadas, la escasez de personal especializado y los patrones culturales influyen significativamente en la baja cobertura de métodos anticonceptivos modernos. A ello se suma la persistencia de mitos y desinformación sobre el uso de estos métodos, así como la escasa continuidad en el abastecimiento. Estas barreras repercuten directamente en la alta tasa de embarazos no planificados, especialmente en adolescentes, y en las complicaciones relacionadas con la salud materna y neonatal.

Entre los años 2021 y 2024, la Región Loreto evidencia una marcada disminución en el porcentaje de parejas protegidas con algún método anticonceptivo, pasando de 54.1% en 2021 a 36.7% en 2024, lo que refleja una reducción significativa en la cobertura de planificación familiar. El año 2022 destacó por alcanzar la mayor protección (97.8%), mientras que en 2024 todas las redes reportaron descensos notorios. Las redes de Alto Amazonas

(47.2%), Datem del Marañón (49.0%) y Maynas Periferie (44.7%) presentaron los porcentajes más altos, aunque aún por debajo de los niveles óptimos, mientras que Requena (19.0%) y Maynas Ciudad (27.6%) mostraron las coberturas más bajas.

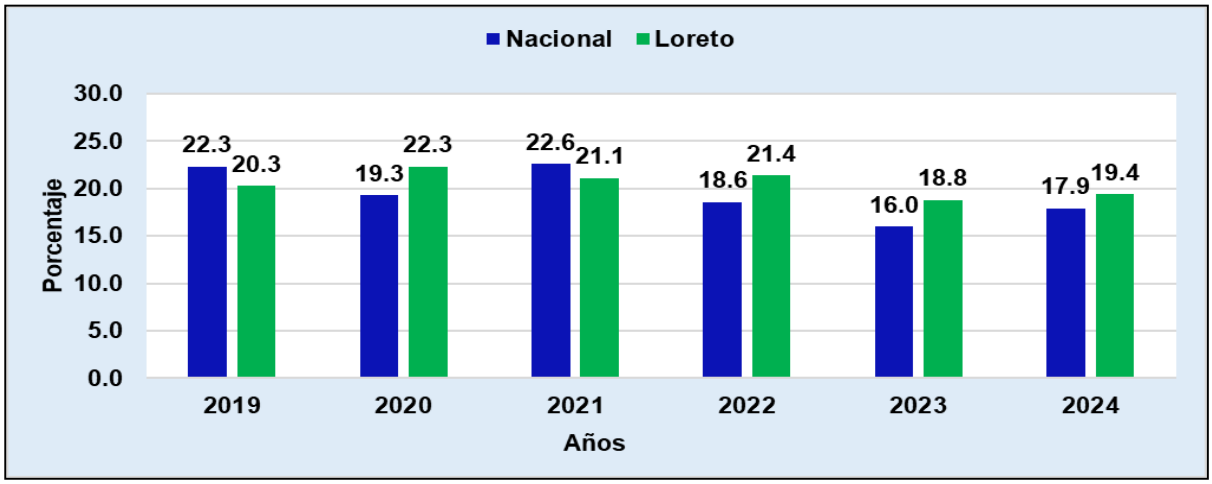
Tabla N° 210 Región Loreto. Porcentaje de Parejas Protegidas con algún método Anticonceptivos, según Redes/Hospitales.2021-2024

Redes de Salud	Años			
	2021	2022	2023	2024
Álto Amazonas	71.3	90.6	**91.9**	47.2
Datem del Marañón	64.4	96.6	76.0	**49.0**
Loreto	68.6	**104.8**	81.7	42.2
Maynas Ciudad	37.0	102.8	44.5	27.6
Maynas Periferie	**80.0**	89.7	81.8	44.7
M. Ramón Castilla	65.0	83.4	59.5	32.3
Requena	36.7	100.7	38.2	19.0
Ucayali	54.8	94.1	60.2	33.3
Hospitales	**128.8**	**113.6**	0.0	0.0
Total	**54.1**	**97.8**	63.7	36.7

Fuente: HIS/MINSA 2020-2024

El nivel nacional presentó porcentajes superiores a la región Loreto en mujeres que usan actualmente métodos de planificación tradicionales; La región Loreto, presentó leves fluctuaciones, de 20.3% en el 2019 a 19.4% en 2024.

Gráfico N° 317 Región Loreto. Porcentaje en mujeres que usan actualmente algún método tradicional de planificación Familia, comparado con el nivel nacional. 2029 - 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2019-2024

6.6 Prevención y Control del Cáncer Obstétrico

Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina «metástasis». La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad.

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones, es decir, casi una de cada seis de las que se

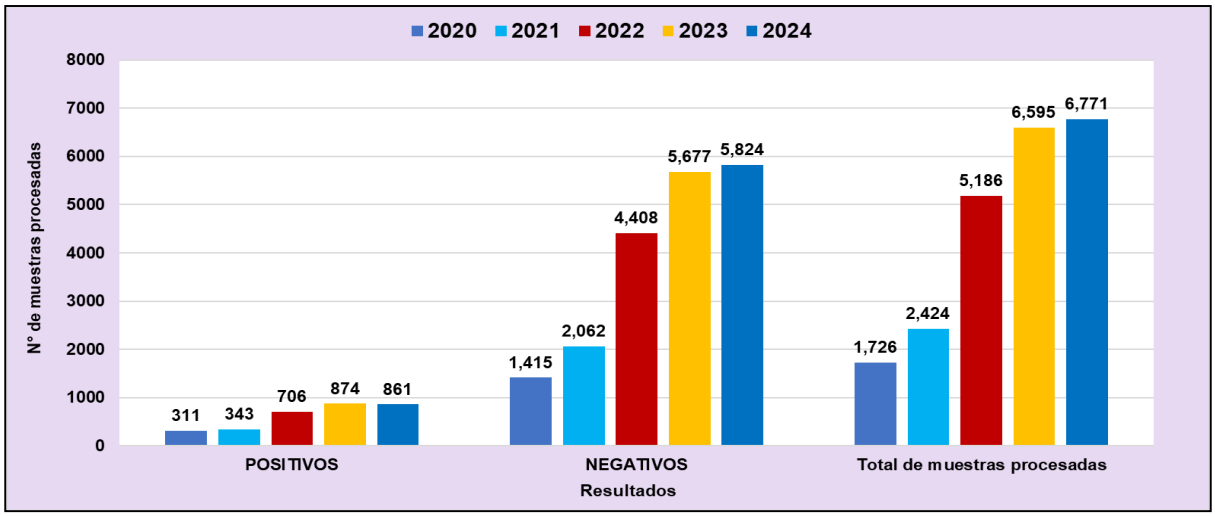
registran. Los tipos de cáncer más comunes son los de mama, pulmón, colon y recto y próstata. Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se deben al consumo de tabaco, aun elevado índice de masa corporal, al consumo de alcohol, a una baja ingesta de frutas y verduras y a la falta de actividad física.

6.6.1 Diagnóstico del Virus de Papiloma Humano (VPH) por PCR en tiempo real.

La detección temprana de cáncer es una prioridad nacional, es por ello que, en el 2021 en la Estrategia Nacional de Prevención y Control del Cáncer consideró a la región Loreto como una de las regiones priorizadas para el tamizaje de cáncer de cérvix por la alta incidencia y mortalidad. Se implementaron el diagnóstico molecular del Virus del Papiloma Humano-VPH utilizando el Sistema Automatizado Cobas 4800, a cargo de la Unidad de Microbiología.

Entre los años 2020 y 2024, los resultados de las muestras procesadas para el diagnóstico especializado del virus del papiloma humano (VPH) por PCR en tiempo real en la región Loreto muestran un incremento sostenido en el número de pruebas realizadas, pasando de 1,726 muestras en 2020 a 6,771 en 2024, reflejando una mayor capacidad diagnóstica y fortalecimiento de la vigilancia del VPH. A lo largo del periodo, el porcentaje de resultados positivos se ha mantenido en un rango moderado, mientras que la mayoría de las muestras resultaron negativas, lo que sugiere una detección temprana y ampliación del tamizaje en mujeres asintomáticas. En conjunto, los datos evidencian un avance importante en la detección oportuna del VPH como medida clave en la prevención del cáncer de cuello uterino en Loreto.

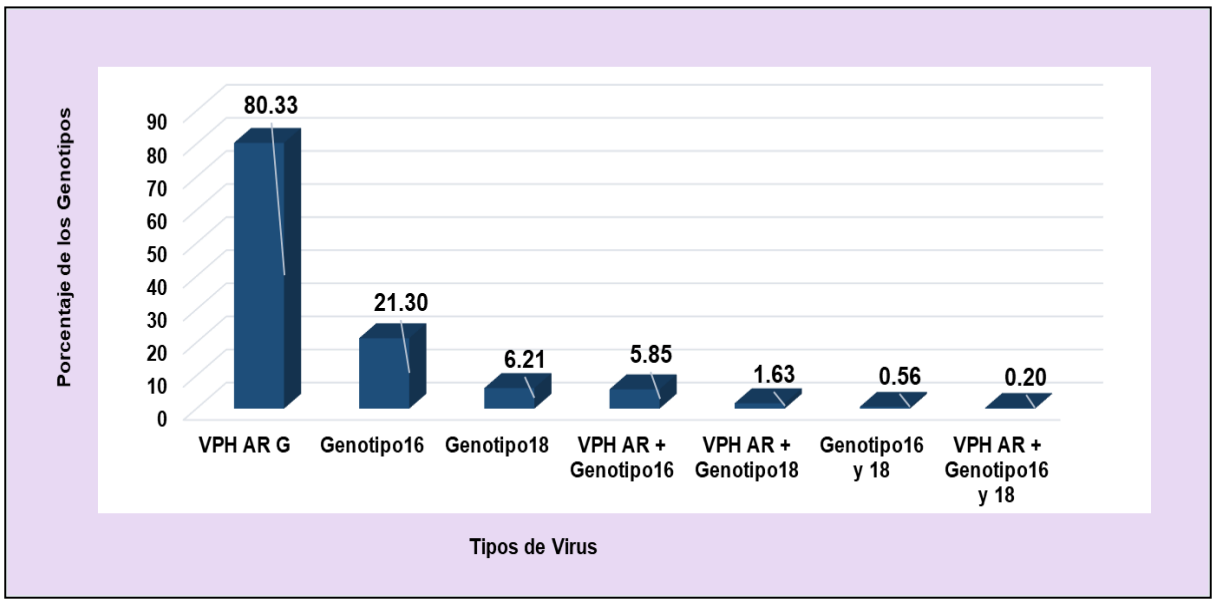
Gráfico N° 318 Región Loreto. Resultados de muestras para diagnóstico especializado del virus del papiloma humano por PCR en tiempo real. 2020 - 2024



Fuente: HIS-MINSA. SISVPH. 2020-2024

El gráfico muestra el procedimiento que detecta cualitativamente 12 genotipos de Alto Riesgo (AR- 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68) y VPH-HR+ Genotipos con resultado cualitativo individual para los genotipos 16 y 18. De las muestras positivas el 80.33% se encuentra dentro del grupo de VPH-AR G, el 21.30% al Genotipo 16, 6.21% Genotipo 18, el 5.85 % VPH-AR- genotipo 16, el 1,63 % VPH-AR- genotipo 18, 0,56% Genotipo 16 y 18, 0,2% VPH-AR- genotipo 16 y 18.

Gráfico N° 319 Región Loreto identificación de los tipos de Virus de Papiloma Humano 2020 - 2024 (%)



Fuente: HIS-MINSA. SISVPH. 2020-2024

De acuerdo con el reporte HIS-MINSA a nivel regional, de un total de 918 casos de cáncer registrados en el período 2018 al 2024, están concentrados en 10 enfermedades de cáncer, de los cuales los 3 primeros son los TM de CERVIX (66.12%), TM de MAMA (14.27%) y TM de Piel no Melanoma (6.10%).

Tabla N° 211 Región Loreto. 10 primeros tipos de cáncer 2018 - 2024 (número y porcentaje)

ITEMS	MORBILIDAD POR CÁNCER	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	CANTIDAD	%
1	CERVIX UTERINO	63	205	1	9	53	132	144	**607**	**66.12**
2	MAMA	18	6	3	4	26	47	27	**131**	14.27
3	ESTÓMAGO	3	-	-	2	2	16	19	**42**	4.58
4	PRÓSTATA	-	-	-	-	-	3	7	**10**	1.09
5	PULMÓN	1	1	-	-	-	2	-	**4**	0.44
6	COLON Y RECTO	-	-	-	-	-	9	8	**17**	1.85
7	HÍGADO	-	-	-	-	-	3	2	**5**	0.54
8	LEUCEMIA	-	-	-	-	2	2	2	**6**	0.65
9	LINFOMA	15	2	-	4	6	10	3	**40**	4.36
10	PIEL NO MELANOMA	-	-	-	4	5	29	18	**56**	6.10
TOTAL									**918**	**100%**

Fuente: HIS-MINSA. SISVPH. 2020-2024

Durante el periodo 2020-2024, los casos de cáncer en la región Loreto muestran una mayor concentración en el grupo etario de 20 a 59 años (37.7%), seguido por los niños de 0 a 9 años (32.8%) y los adolescentes de 10 a 19 años (25.1%), mientras que los adultos mayores (4.4%) representan una proporción menor. Esta distribución evidencia una afectación significativa en etapas tempranas y productivas de la vida, lo cual tiene importantes implicancias sociales y sanitarias. En cuanto al sexo, el predominio se observa en el masculino (57.5%), frente al femenino (42.5%), lo que sugiere posibles diferencias en exposición a factores de riesgo o en el acceso y búsqueda de atención oportuna entre ambos géneros.

Tabla N° 212 Región Loreto. Casos de cáncer según características personales de grupo de edad y género. (Porcentaje). 2020-2024.

Items	Grupo de Edades	%	% Total Sexo Masculino	% Total Sexo Femenino
1	0 a 9 años	32.8%	57.5	42.5
2	10 a 19 años	**25.1%**		
3	20 a 59 añoss	37.7%		
4	De 60 años a más (Adulto mayor)	4.4%		
Total		**100.0%**		

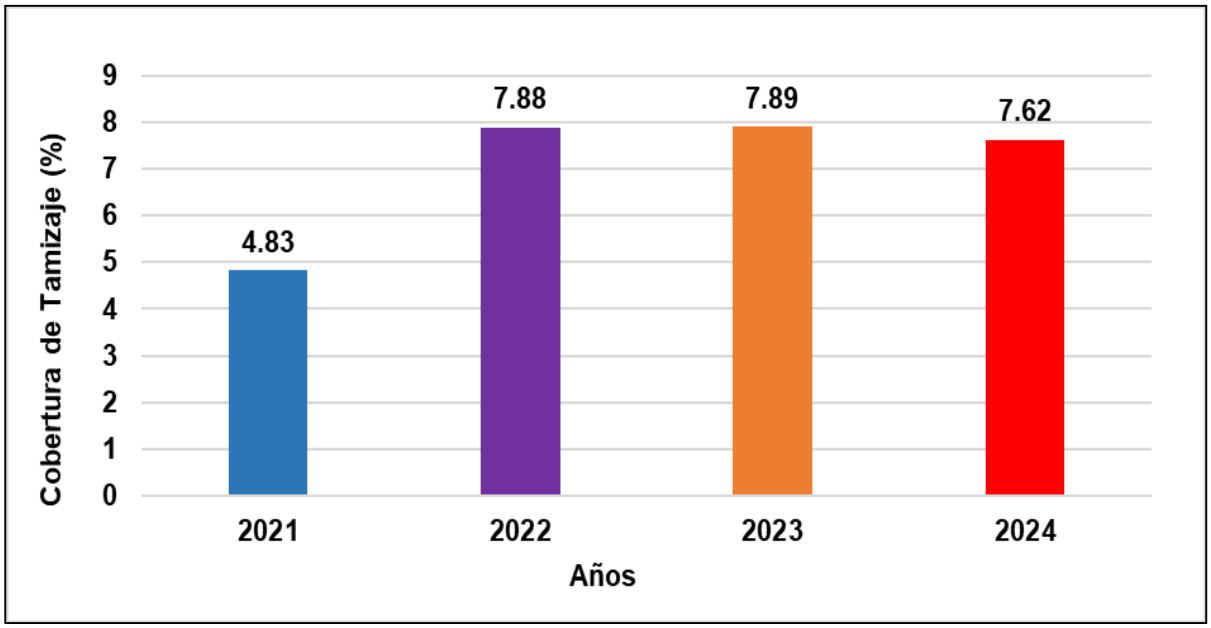
Fuente: HIS-MINSA. SISVPH. 2020-2024

6.6.2 Tamizaje de Cáncer de cuello uterino

El tamizaje para la detección del cáncer de cuello uterino constituye una de las intervenciones más efectivas en la prevención y control de esta enfermedad, que representa una importante causa de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva. Su objetivo principal es identificar de manera temprana lesiones precancerosas o la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH), agente causal de la mayoría de los casos, antes de que evolucionen a etapas invasivas

La cobertura de tamizaje en mujeres de 25 a 64 años para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino en la región Loreto muestra una tendencia ligeramente creciente entre 2021 y 2023, pasando de 4.83% a 7.89%, lo que evidencia un esfuerzo sostenido por ampliar la detección temprana. Sin embargo, en 2024 se observa una leve disminución a 7.62%.

Gráfico N° 320 Región Loreto. Cobertura de Tamizaje en mujeres de 25 a 64 años para la detección de lesiones premalignas e incipientes de Cáncer de cuello Uterino. 2021-2024.



Fuente: MINSA. Repositorio único Nacional de Información en salud- REUNIS. 2021-2024

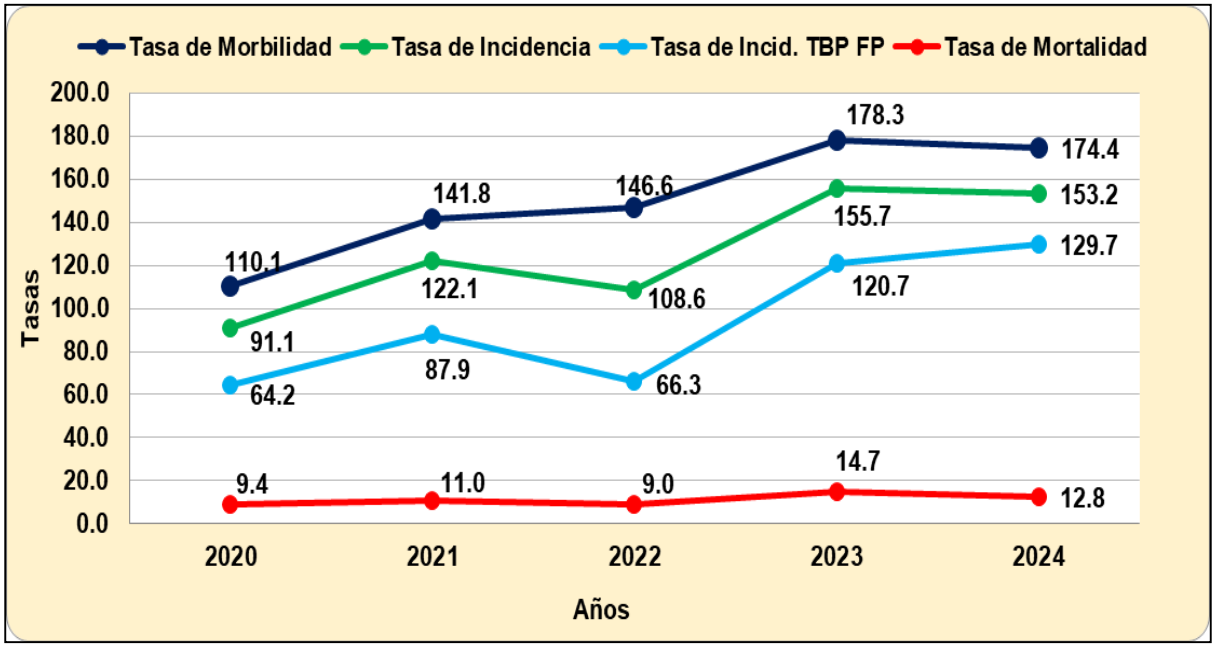
6.7 Prevención y Control de la Tuberculosis

Loreto es una de las regiones más afectadas por la tuberculosis (TB) en el Perú, solo por detrás de Lima y Callao, y enfrenta desafíos particulares debido a su geografía amazónica, la dispersión de su población y las brechas de acceso a los servicios de salud. La TB sigue siendo una de las principales enfermedades transmisibles en la región, con tasas de incidencia superiores al promedio nacional. La atención prioritaria a la pandemia de COVID-19 redujo la capacidad del sistema de salud para atender otras enfermedades, como la TB, generando un aumento de casos no diagnosticados y un deterioro en los determinantes sociales de la salud.

En el año 2024, la Tasa de Incidencia Acumulada estimada fue de 174 casos por 100,000 habitantes, muy por encima del promedio nacional (86.2 por 100,000); La mayoría de los casos se concentran en los distritos urbanos de Iquitos, San Juan Bautista, Belén y Punchana, que juntos suman más del 80% de los casos reportados

Loreto enfrenta condiciones sociales y ambientales que favorecen la transmisión de la Tuberculosis: pobreza, desnutrición, hacinamiento y dificultad de acceso a servicios de salud, especialmente en comunidades rurales y ribereñas.

Gráfico N° 321 Región Loreto. Morbilidad, Incidencia de Tuberculosis Pulmonar/Frotis Positivo (TBP FP) y Mortalidad x 100, 0000 habitantes. 2020 - 2024



Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB).2024

La Tasa de Morbilidad, muestra un aumento sostenido a lo largo de los años, partiendo de 110.1 en 2020 y alcanzando 174.4 en 2024, el mayor incremento se observa entre 2022 (146.6) y 2023 (178.3), aunque en 2024 hay una ligera disminución (174.4). La Tasa de Incidencia, presenta un comportamiento variable, Inicia en 91.1 (2020), sube a 122.1 (2021), baja a 108.6 (2022), volviendo a tener un ascenso de 155.7 (2023) y se mantiene alta en 153.2 (2024). Se observa un pico en 2023, reflejando una posible mejor detección de casos, con respecto a la Tasa de Incidencia TBP con confirmación bacteriológica, esto fluctúa de 64.2 (2020) a 87.9 (2021), baja a 66.3 (2022), y luego sube considerablemente a 120.7 (2023) y 129.7 (2024); El incremento a partir de 2023 es significativo, que indica un aumento en los casos de TB pulmonar con bacteriología positiva.

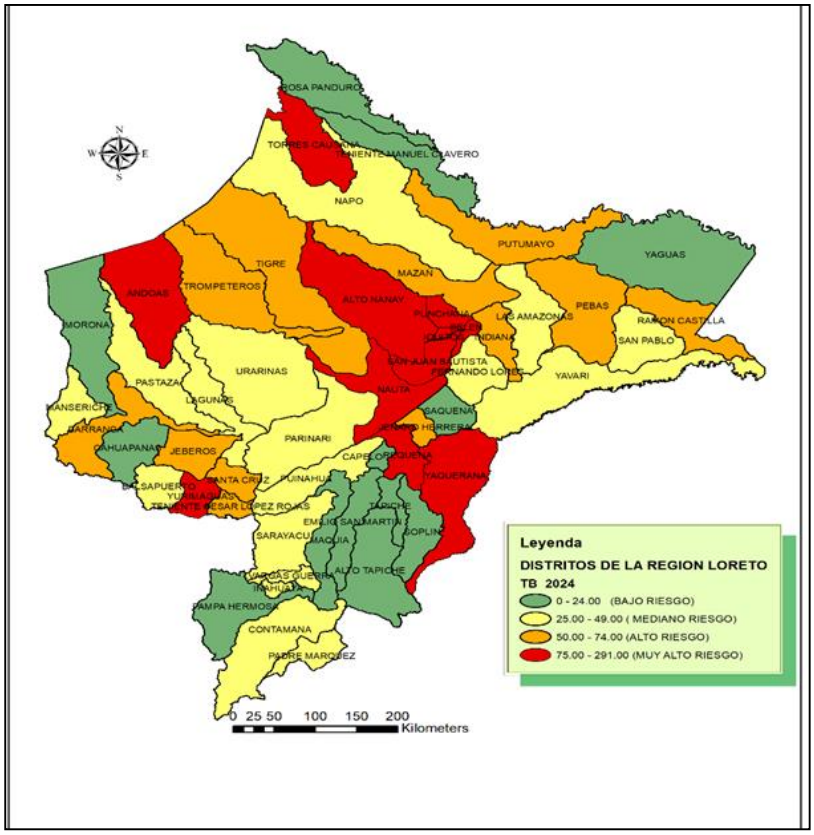
.

La Tasa de Mortalidad, se relaciona con la frecuencia de casos, con 9.4 por 100 mil habitantes en el 2020, 11.0 en el 2021, 9.0 en el 2022 y aumentando de manera importante hasta 14.7 en el 2023 para disminuir a 12.8 en el año 2024.

En conclusión, el aumento sostenido en la morbilidad y la incidencia, especialmente a partir de 2023, establece un incremento de casos de tuberculosis en la región Loreto. El repunte en la incidencia de TBP con bacteriología positiva indica que los casos más contagiosos están en aumento, lo que representa un reto para el control de la enfermedad.

La mortalidad, se comporta de acuerdo con el comportamiento de la frecuencia anual de casos, mostrando en ese sentido, un incremento en los últimos dos años, lo que podría estar relacionado con la mejora de la identificación epidemiológica o como efecto de la comorbilidad de VIH (Gráfico N° 321).

Mapa N° 20 Región Loreto. Tasa de incidencia de tuberculosis por distritos. 2024



Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB)

El mapa muestra la incidencia casos nuevos de la Tuberculosis Pulmonar por distritos en la región Loreto para el año 2024, categorizando los distritos según escenarios de transmisión y niveles de riesgo. La presencia de múltiples distritos en rojo y naranja evidencia el acumulo importante de casos de tuberculosis en Loreto, con la consecuencia de mayor transmisión en esos distritos los mismos que se encuentra especialmente en los principales distritos de la zona urbana de la provincia de Maynas y otras provincias, que sugiere la necesidad de priorizar intervenciones de control y prevención en estas áreas. Así tenemos distritos de Iquitos Belén. Punchana, San Juan, Alto Nanay y en periferia a Yaquerana, Andoas, Requena, Yurimaguas tenemos que son zonas de MUY ALTO RIESGO; Los distritos Pebas, Ramón Castilla, Mazan, Indiana. Putumayo, Trompeteros, Tigre. Barranca, Jeberos se encuentran en color naranja que sugiere, pese a contar con pocos casos, la incidencia aumenta por la cantidad de población,

encontrándose en ALTO RIESGO. La heterogeneidad en la distribución del riesgo refleja posibles diferencias en factores como densidad poblacional, acceso a servicios de salud, condiciones socioeconómicas y movilidad de la población, entre otras.

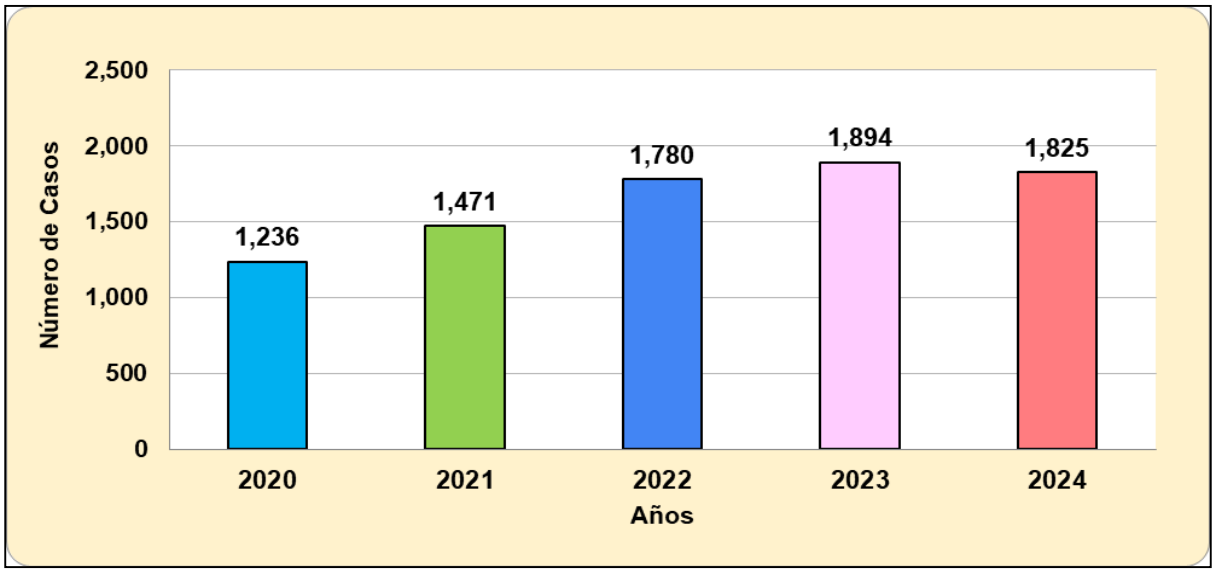
Por tanto, el mapa revela que los casos nuevos de la tuberculosis pulmonar, sigue siendo un problema de salud pública significativo y focalizado en Loreto, con zonas críticas que requieren atención prioritaria. La identificación de distritos con muy alto y alto riesgo permite orientar recursos y estrategias de manera más eficiente para reducir la transmisión y el impacto de la enfermedad en la región.

El gráfico muestra la evolución anual del número de casos notificados de tuberculosis en todas sus formas en la región Loreto, durante el periodo 2020-2024, evidenciando un aumento importante en los casos notificados de tuberculosis, durante los últimos cinco años, con un incremento en el año 2023 y una ligera reducción en el año 2024.

El crecimiento sostenido de casos notificados podría deberse a un aumento real en la incidencia de la enfermedad, una mejora en la detección y notificación de casos, o una combinación de ambos factores.

El leve descenso en 2024 respecto a 2023 puede indicar una estabilización de la curva, pero el nivel sigue siendo alto en comparación con el inicio del periodo analizado.
Este comportamiento podría estar relacionado con factores epidemiológicos como el impacto de la pandemia de COVID-19 en los servicios de salud durante 2020-2021 y una posterior recuperación de la capacidad diagnóstica y de notificación.

Gráfico N° 322 Región Loreto. Casos de tuberculosis en todas sus formas notificados. 2020-2024



Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB)

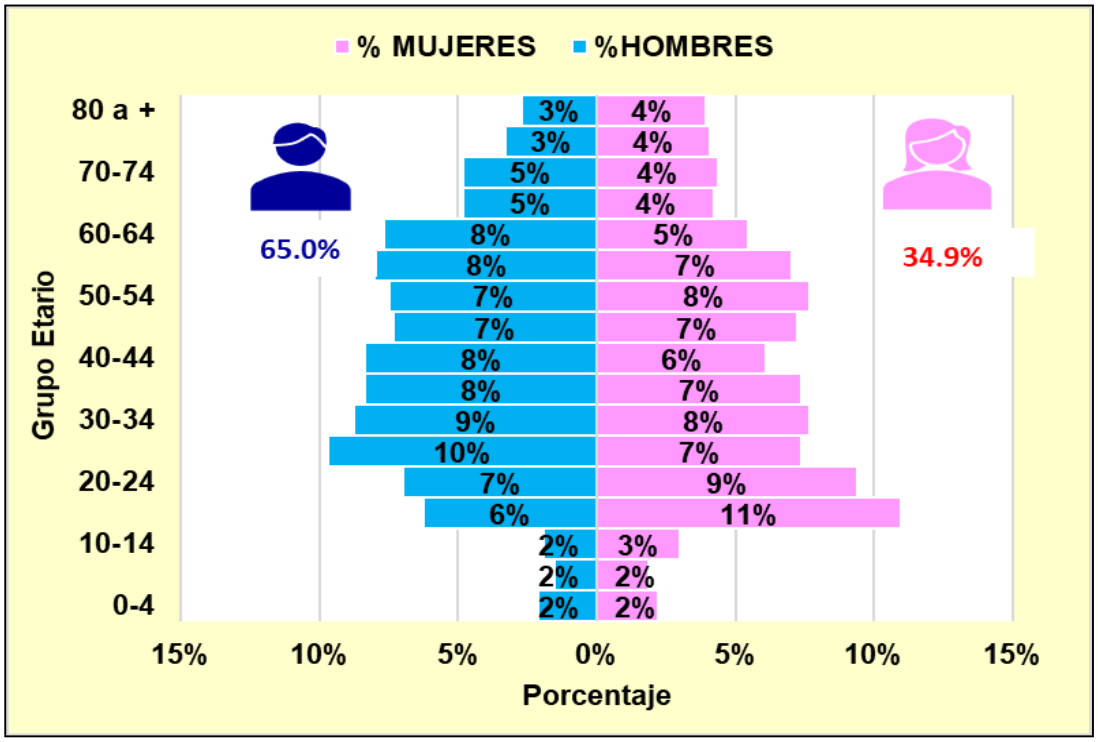
La tendencia ascendente refuerza la necesidad de mantener y fortalecer los programas de control y prevención de la tuberculosis en Loreto, así como de investigar las causas detrás del incremento para orientar mejor las intervenciones.

La mayor concentración de casos en hombres se encuentra en los grupos de edad entre 25 y 34 años (10% y 9% respectivamente), seguido por los grupos de 35-39 y 40-44 años (8% cada uno). En mujeres, el grupo con mayor porcentaje es el de 15-19 años (12%), seguido por 30-34 años (8%) y 20-24 años (7%). En edades menores (0-14 años), la morbilidad es

baja en ambos sexos, con valores entre 2% y 6%; En edades mayores (55 años en adelante), la morbilidad disminuye progresivamente en ambos sexos, aunque se mantiene un porcentaje constante en hombres (3-8%) y mujeres (4-7%).

La distribución de la morbilidad por tuberculosis en 2024 muestra una mayor afectación en los grupos jóvenes y adultos en edad productiva. En los hombres, los casos se concentran entre los 25 y 59 años, destacando el grupo de 25 a 29 años con el 10% del total, lo que evidencia una alta exposición y vulnerabilidad en etapas laboralmente activas. En las mujeres, la mayor proporción se observa entre los 15 y 24 años (11% y 9%, respectivamente), reflejando un inicio más temprano de los casos en comparación con los hombres. En edades avanzadas, los porcentajes disminuyen progresivamente en ambos sexos, aunque se mantiene una leve presencia en mayores de 65 años, posiblemente asociada a comorbilidades y reactivación de infecciones latentes. La mayor concentración en hombres se relaciona con la importante afectación a pacientes con VIH de HSH.

Gráfico N° 323 Región Loreto. Distribución de la morbilidad de la tuberculosis según edad y sexo año 2024.



Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB)

6.7.1 Según Sub Sectores

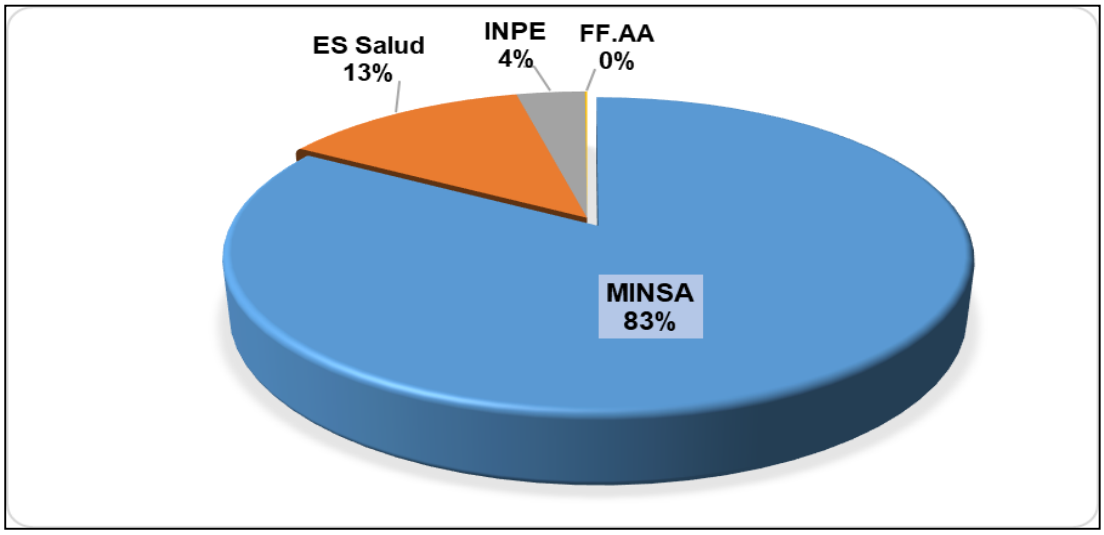
El MINSA (83%): El Ministerio de Salud concentra la gran mayoría de los casos reportados, representando más de 8 de cada 10 casos de tuberculosis en la región. Lo que refleja que la tuberculosis afecta principalmente a la población que depende del sistema público de salud, lo cual es consistente con el perfil socioeconómico de la enfermedad. Esta distribución indica que, la tuberculosis impacta mayoritariamente a poblaciones de menores recursos económicos que acceden al sistema público de salud.

ESSALUD (13%), el Seguro Social de Salud atiende aproximadamente 1 de cada 8 casos, constituyendo el segundo subsector en importancia, sugiriendo menor incidencia en población con empleo formal.

El INPE (4%): El Instituto Nacional Penitenciario registra una proporción menor pero significativa de casos, reflejando la incidencia de tuberculosis en población penitenciaria. Esto debido a que el año 2024 se realizó dentro del INPE en el área de Varones y Mujeres, una intervención de búsqueda activa de casos de tuberculosis usando el equipo de rayos X con inteligencia artificial y pruebas moleculares rápidas para el diagnóstico temprano. Cuyo resultado fue de 60 personas privados de su libertad del INPE Varones con tuberculosis. La presencia significativa de casos en INPE (4%) es epidemiológicamente relevante, ya que los centros penitenciarios constituyen ambientes de alto riesgo para la transmisión de tuberculosis debido al hacinamiento y condiciones de vida.

Las FF. AA (0%): Las Fuerzas Armadas reportan una participación mínima en el registro de casos. En conclusión, el gráfico evidencia que la tuberculosis en Loreto es predominantemente un problema del sistema público de salud, con MINSA atendiendo la gran mayoría de casos. Esto refuerza la necesidad de fortalecer los servicios públicos de salud y desarrollar estrategias específicas para poblaciones vulnerables, incluyendo la población penitenciaria.

Gráfico N° 324 Región Loreto. Porcentaje de casos de tuberculosis por Subsectores. 2024



Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB)

6.7.2 Tuberculosis por Provincias y Distritos

La mayor parte de los casos de tuberculosis en Loreto corresponde a TBC sensible a medicamentos, pero existen casos de TBC resistente (MDR/RR) que requieren vigilancia y manejo especializado. Los reportes y boletines epidemiológicos regionales muestran que la carga de enfermedad está concentrada en los centros urbanos y en algunos distritos del área de Iquitos (provincia de Maynas), donde se notifica la mayoría de las pacientes y donde se detectan también la mayor parte de los casos con resistencia.

La tuberculosis sensible muestra una tendencia ascendente desde 2020 hasta 2023, con un incremento del 50.3% (600 casos adicionales). En 2024 se observa una ligera disminución a 1,750 casos, pero manteniéndose en niveles significativamente más altos que al inicio del periodo, evidenciándose la mayor carga de casos en la provincia de Maynas y sus principales distritos de Belén, Iquitos, Punchana y San Juan. Así como la Provincia de Alto Amazonas

con sus distritos de Yurimaguas y Balsapuerto, seguido de las demás provincias con sus respectivos distritos en menor proporción.

Tabla N° 213 Región Loreto. Casos de tuberculosis sensible y resistente por provincia y distrito. 2020-2024

PROVINCIAS Y DISTRITOS	2020		2021		2022		2023		2024	
	TB SENSIBLE	TB RESISTENTE	TB SENSIBLE	TB RESISTENTE	TB SENSIBLE	TB RESISTENTE	TB SENSIBLE	TB RESISTENTE	TB SENSIBLE	TB RESISTENTE
TOTAL REGION LORETO	**1194**	**42**	**1421**	**50**	**1701**	**80**	**1794**	**100**	**1750**	**75**
ALTO AMAZONAS	**67**	**2**	**93**	**5**	**112**	**6**	**123**	**7**	**162**	**4**
BALSAPUERTO	3	0	5	0	11	0	17	1	15	0
JEBEROS	3	0	6	0	3	0	1	0	5	0
LAGUNAS	0	0	4	0	5	0	8	0	7	0
SANTA CRUZ	1	0	3	0	1	0	2	0	3	0
TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS	2	0	2	0	2	0	3	0	5	0
YURIMAGUAS	58	2	73	5	90	6	92	6	127	4
DATEM DEL MARAÑON	**17**	**0**	**25**	**0**	**35**	**2**	**36**	**3**	**49**	**1**
ANDOAS	4	0	3	0	5	0	5	0	18	0
BARRANCA	3	0	8	0	14	2	17	3	12	1
CAHUAPANAS	1	0	1	0	3	0	2	0	3	0
MANSERICHE	0	0	3	0	3	0	2	0	6	0
MORONA	7	0	6	0	5	0	2	0	5	0
PASTAZA	2	0	4	0	5	0	8	0	5	0
LORETO	**49**	**3**	**55**	**3**	**69**	**3**	**81**	**2**	**65**	**2**
NAUTA	32	3	37	3	42	2	51	2	37	2
PARINARI	4	0	0	0	4	0	3	0	5	0
TIGRE	5	0	10	0	6	1	9	0	5	0
TROMPETEROS	5	0	2	0	9	0	8	0	9	0
URARINAS	3	0	6	0	8	0	10	0	9	0
RAMON CASTILLA	**67**	**0**	**69**	**0**	**82**	**1**	**95**	**0**	**50**	**0**
PEBAS	21	0	20	0	20	0	15	0	12	0
RAMON CASTILLA	29	0	26	0	37	1	51	0	21	0
SAN PABLO	10	0	9	0	14	0	14	0	12	0
YAVARI	7	0	14	0	11	0	15	0	5	0
MAYNAS	**912**	**34**	**1078**	**42**	**1287**	**67**	**1362**	**88**	**1339**	**66**
ALTO NANAY	4	0	2	0	4	0	1	0	3	0
BELEN	153	9	167	4	235	14	224	16	225	6
FERNANDO LORES	7	0	17	0	9	0	9	0	10	0
INDIANA	7	0	5	0	7	0	18	1	12	0
IQUITOS	371	9	391	24	480	14	495	23	513	24
LAS AMAZONAS	7	0	11	0	4	1	7	0	3	0
MAZAN	8	0	14	1	21	0	21	1	14	0
NAPO	6	0	9	0	12	0	6	0	9	0
PUNCHANA	114	3	185	3	199	9	238	8	187	8
SAN JUAN BAUTISTA	234	13	277	10	315	29	339	39	359	28
TORRES CAUSANA	1	0	0	0	1	0	4	0	4	0
PUTUMAYO	**6**	**1**	**1**	**0**	**9**	**0**	**4**	**0**	**3**	**0**
PUTUMAYO	5	1	1	0	7	0	4	0	3	0
TENIENTE MANUEL CLAVERO	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0
ROSA PANDURO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
YAGUAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REQUENA	**41**	**1**	**49**	**0**	**55**	**0**	**55**	**0**	**55**	**1**
CAPELO	0	**1**	**2**	0	0	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**
EMILIO SAN MARTIN	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
JENARO HERRERA	6	0	2	0	2	0	5	0	8	0
MAQUIA	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
PUINAHUA	0	0	0	0	1	0	2	0	5	0
REQUENA	29	0	38	0	44	0	37	0	33	1
SAQUENA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TAPICHE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
YAQUERANA	5	0	7	0	6	0	8	0	6	0
UCAYALI	**35**	**1**	**51**	**0**	**52**	**1**	**38**	**0**	**27**	**1**
CONTAMANA	23	1	31	0	37	1	33	0	13	1
INAHUAYA	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0
PADRE MARQUEZ	2	0	1	0	4	0	2	0	3	0
PAMPA HERMOSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
SARAYACU	9	0	13	0	6	0	0	0	6	0
VARGAS GUERRA	1	0	6	0	3	0	1	0	3	0

Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB)

La Tabla N° 214, nos muestra que, el número total de casos de tuberculosis resistente aumentó de 42 en 2020 a 100 en el año 2023, seguido de una disminución a 74 en 2024

(4.3% de TB Resistente). Esto indica una tendencia creciente hasta 2023, con una reducción reciente.
*TB MDR (multirresistente): Se mantiene como la forma más frecuente de resistencia, con un pico en 2023 (50 casos) y una reducción en 2024 (35 casos), aunque sigue por encima de los valores de 2020-2022.
*Resistente a rifampicina: Presenta un aumento importante en 2022 (35 casos) y se mantiene alto en 2023 (34) y 2024 (25), lo que puede indicar una mayor capacidad diagnóstica o un verdadero incremento en la resistencia a este fármaco clave.
*Pre XDR y TB XDR: Los casos de formas más complejas y graves de resistencia (Pre XDR y XDR) son bajos pero persistentes, lo que representa un reto importante para el tratamiento y el control de la enfermedad.
*Resistente a isoniacida: Muestra un aumento progresivo desde 2020 (4 casos) hasta 2023 (14 casos), con una leve reducción en 2024 (11 casos).
*Otros tipos de resistencia: Son poco frecuentes y desaparecen en los dos últimos años del periodo.

El cuadro evidencia que la tuberculosis resistente, especialmente la multirresistente y la resistente a rifampicina, sigue siendo un desafío en Loreto. La tendencia ascendente hasta 2023 y la persistencia de formas graves de resistencia resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia, el diagnóstico molecular y el acceso a tratamientos adecuados para contener la propagación y el impacto de la tuberculosis resistente en la región.

Tabla N° 214 Región Loreto. Tipos de tuberculosis resistente - 2020-2024

TIPO DE RESISTENCIA	2020	2021	2022	2023	2024
TB MDR	28	29	27	50	35
RESISTENTE A RIFAMPICINA	9	8	35	34	25
PRE XDR	0	0	2	1	2
TB XDR	0	0	1	1	1
RESISTENTE A ISONIACIDA	4	10	13	14	11
OTRO TIPO DE RESITENCIAS	1	3	2	0	0
TOTAL	**42**	**50**	**80**	**100**	**74**

Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB)

6.7.3 Respuesta sanitaria y avances

Se han implementado estrategias de búsqueda activa de casos en los distritos de más alta carga de tuberculosis, específicamente en los distritos de Belén, San Juan, Punchana e Iquitos, para mejorar la detección y el acceso a tratamiento. Mediante uso de Rayos X móvil con inteligencia artificial y prueba molecular.
El sistema de salud regional ha fortalecido la capacidad diagnóstica con la adquisición de equipos de biología molecular (GeneXpert MTB/RIF Y MTB/XDR), que permiten detectar la TB y su resistencia a medicamentos en menos de dos horas, acelerando el inicio del tratamiento.
El Ministerio de Salud ha incorporado esquemas de tratamiento innovadores, para la tuberculosis resistente como el BPaLM, BLC, etc., que son tratamientos orales acortados, mejorando la adherencia y los resultados terapéuticos.
Se ha realizado capacitaciones al personal de salud e integrado los programas de TB y VIH para una atención más integral.

6.7.4 Desafíos persistentes

*A pesar de los avances, Loreto sigue presentando altas tasas de incidencia y enfrenta retos en la cobertura de diagnóstico, seguimiento de contactos y prevención de la TB latente.

*La movilidad de la población, el acceso limitado a servicios y la coinfección con VIH/SIDA complican el control de la enfermedad

6.8 Prevención y Control del VIH-SIDA:

El VIH-SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan un importante problema de salud pública en la Región Loreto, donde los determinantes propios de la Amazonía influyen significativamente en su propagación y control. Factores como la dispersión geográfica, las limitadas vías de comunicación, el difícil acceso a los servicios de salud, la pobreza, la migración fluvial y la presencia de poblaciones indígenas y rurales con menor acceso a información preventiva, contribuyen a mantener la vulnerabilidad frente a estas enfermedades. Además, las barreras socioculturales, el estigma y la falta de continuidad en el tratamiento antirretroviral dificultan la detección temprana y el seguimiento adecuado de los casos. En este contexto, la respuesta sanitaria en Loreto requiere estrategias adaptadas al territorio amazónico, con un enfoque intercultural, preventivo y de equidad en salud.

La oferta fija: Son 431 IPRESS de la GERESA Loreto, en donde se brindan consejería, tamizaje y vinculación al tratamiento a la población general. En la Región Loreto, esta oferta incluye la atención integral en los establecimientos categorizados como de referencia, donde se dispone de pruebas rápidas y confirmatorias de VIH, consejería pre y post test, atención médica especializada, entrega gratuita de terapia antirretroviral (TAR), así como el seguimiento clínico y laboratorial de los pacientes.

Brigada móvil urbana (BMU): son brigadas integradas por promotores pares (HSH y mujeres Trans), Brigadistas (6 personal obstetricia y 1 personal Tec. de enfermería) y monitora (una obstetra), que realizan las intervenciones para brindar consejería, tamizaje y vinculación al tratamiento (TAR) a la población HSH y mujeres trans, en la ciudad de Iquitos para lo cual se cuenta con el apoyo de CARE Perú. Se establece un promedio de 12 salidas al mes.

Mapa N° 21 Región Loreto. Centros de Tratamiento de ITS, VIH y Hepatitis-2024



Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Atención Integral de Salud. Estrategia Sanitaria de ITS/VIH 2024.

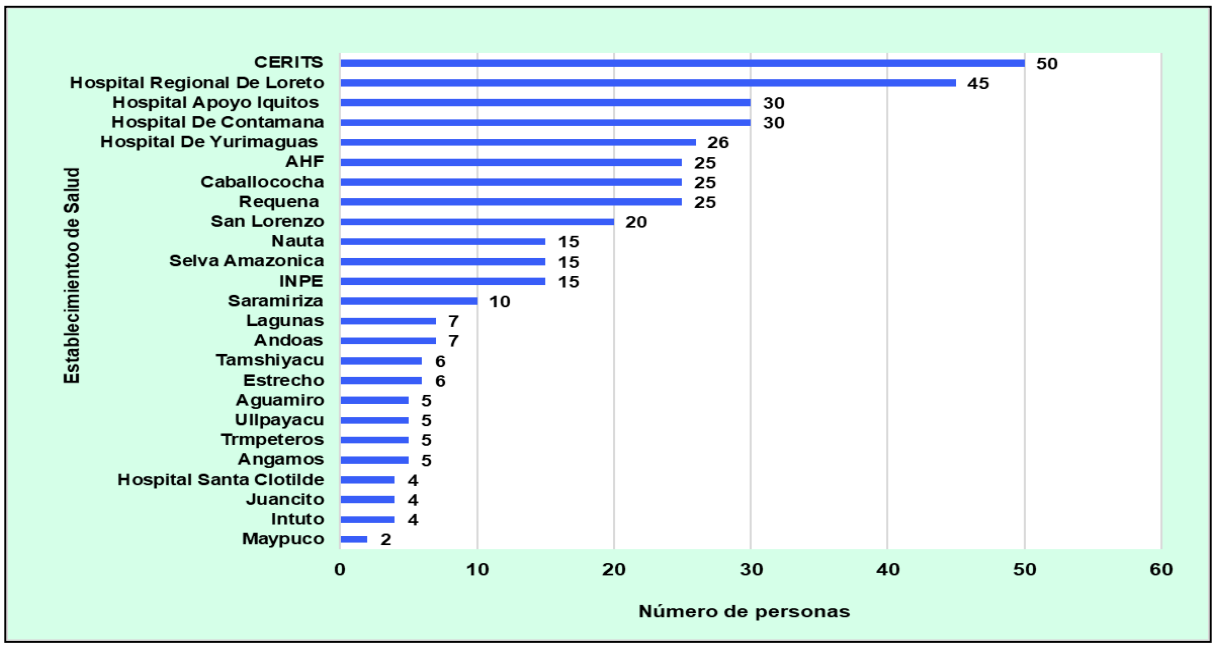
Mecanismo de Coordinación Comunitario (MCC): conformado por la sociedad civil organizada, cuentan con un espacio de coordinación para realizar intervenciones de incidencia con autoridades (respecto a sus derechos), con grupos LGTBI para brindar consejería, tamizaje y vinculación al TAR.

Desde el año 2012 se inicia el proceso de descentralización de la terapia Antirretroviral (TAR) en siete de las 8 provincias existentes que tiene la región. Actualmente se brinda el TAR en 23 establecimientos de Salud, de los cuales 19 pertenecen a la GERESA Loreto, 1 a Essalud y 2 son establecimientos privados (AHF y Selva Amazónica) y el INPE, con quienes se coordina y monitoriza permanentemente para el inicio temprano al TAR, además Contamos con un establecimiento de atención diferenciada Centro especializado de Referencia de Infecciones de Transmisión sexual, VIH y Hepatitis - CERITSS. (Mapa N°36).

6.8.1 Personas en tratamiento con antirretrovirales

En el gráfico N°326 se muestra que, en el año 2024, la Región Loreto muestra una amplia cobertura del tratamiento antirretroviral (TAR) para personas que viven con VIH (PVV), concentrándose principalmente en los establecimientos de mayor capacidad resolutiva, como el Hospital Regional de Loreto (2,917 pacientes), el Hospital de Apoyo Iquitos (1,100), AHF (1,050) y el Hospital de Yurimaguas (1,000). Estos centros representan el núcleo de atención especializada en la región. En contraste, los establecimientos rurales y periféricos como Maypuco, Angamos o Estrecho presentan una menor cantidad de usuarios en tratamiento, lo que refleja desigualdades en el acceso geográfico y la oferta de servicios especializados. En conjunto, los datos evidencian un esfuerzo sostenido del sistema de salud regional por garantizar el acceso al TAR en zonas urbanas y rurales, aunque persisten retos en la descentralización y continuidad del tratamiento en las áreas más aisladas de la Amazonía.

Gráfico N° 325 Región Loreto Número de personas que viven con VIH (PVV) que reciben Tratamiento Antirretroviral en Establecimientos de Salud 2024



Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Atención Integral de Salud. Estrategia Sanitaria de ITS/VIH 2024.

6.8.2 Tamizaje de VIH en embarazadas

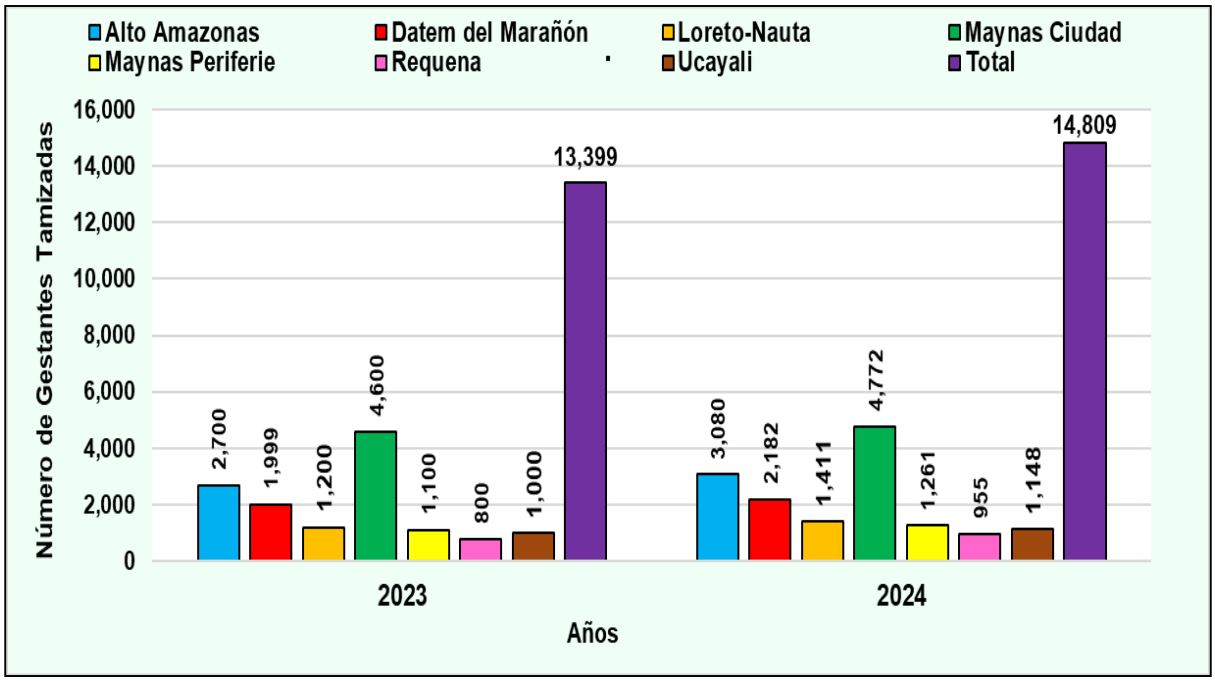
Entre los años 2023 y 2024, la Región Loreto evidencia un aumento del 10.5 % en el número de gestantes tamizadas para VIH, pasando de 13,399 a 14,809 mujeres evaluadas. Este incremento refleja un fortalecimiento progresivo de las acciones preventivas y del control prenatal con enfoque de salud pública, especialmente en las redes con mayor capacidad de atención.

Se observa que la Red de Salud Maynas Ciudad concentra la mayor cantidad de tamizajes, con 4,600 gestantes en 2023 y 4,772 en 2024, representando cerca de un tercio del total regional. Este liderazgo se explica por su mayor densidad poblacional y mejor infraestructura sanitaria, donde se ubican los hospitales de referencia regional y el CERITS Maynas. En segundo lugar, destaca la Red de Alto Amazonas, que incrementó sus tamizajes de 2,700 a 3,080, mostrando un esfuerzo sostenido en la detección temprana en zonas urbanas y periurbanas de Yurimaguas.

Por su parte, las redes del Datem del Marañón y Loreto-Nauta presentan también mejoras notables, con aumentos de 1,999 a 2,182 y de 1,200 a 1,411 respectivamente, reflejando el avance en la cobertura hacia poblaciones ribereñas y comunidades nativas donde antes el acceso era limitado. En contraste, redes con mayor dispersión geográfica y difícil conectividad, como Requena (de 800 a 955) y Ucayali (de 1,000 a 1,148), aunque muestran avances, siguen con coberturas menores en comparación con las zonas urbanas.

Estos resultados confirman que, aunque la oferta de tamizaje prenatal para VIH ha mejorado en todo el territorio loretano, persisten brechas asociadas a determinantes sociales y territoriales, tales como la distancia entre comunidades, las condiciones fluviales, la falta de personal especializado y las barreras culturales. Para reducirlas, es necesario fortalecer la estrategia de salud intercultural, la ampliación de brigadas itinerantes y la integración de servicios obstétricos y de laboratorio, garantizando una atención oportuna y equitativa a todas las gestantes de la Amazonía loretana.

Gráfico N° 326 Región Loreto. Gestantes tamizadas para VIH, según Redes de Salud e IPRESS.2023 y 2024



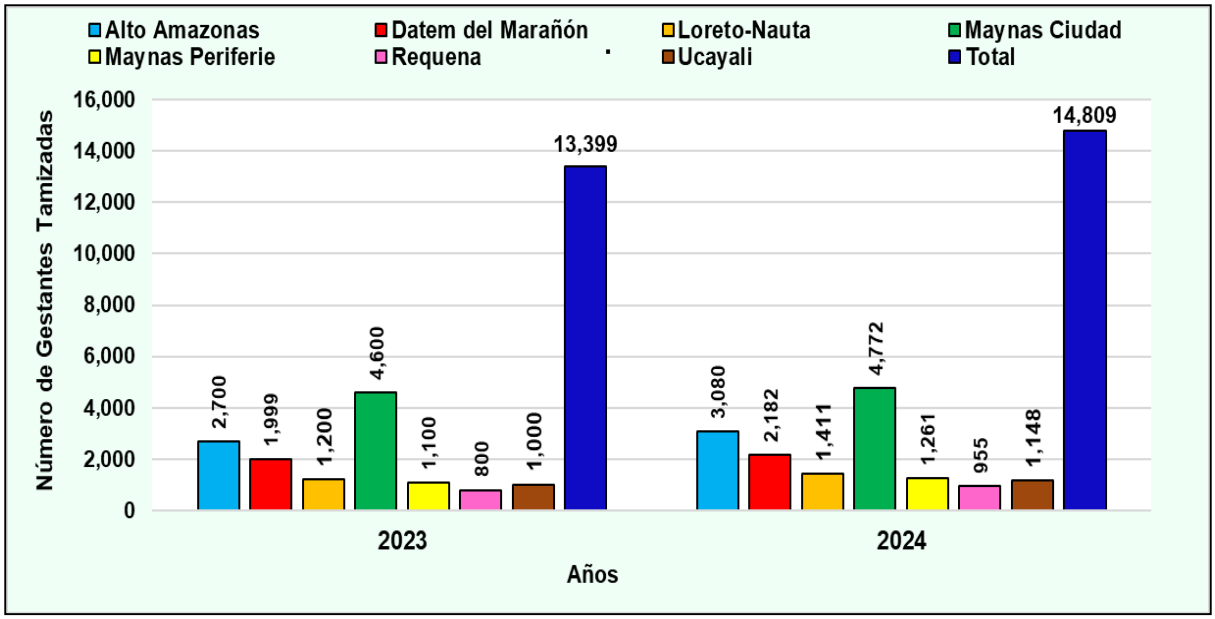
Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Atención Integral de Salud. Estrategia Sanitaria de ITS/VIH. 2023-2024.

6.8.3 Tamizaje de Sífilis en embarazadas

La sífilis en gestantes constituye un importante problema de salud pública en la Región Loreto, donde las condiciones geográficas, socioeconómicas y culturales propias de la

Amazonía dificultan el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento. Esta infección de transmisión sexual, causada por Treponema pallidum, puede transmitirse verticalmente al feto, generando graves consecuencias como aborto, parto prematuro o sífilis congénita. Por ello, el tamizaje prenatal y el tratamiento inmediato de las gestantes son estrategias prioritarias dentro de los programas de salud materna y perinatal, orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad asociadas, así como a fortalecer la vigilancia y la respuesta integral en los establecimientos de salud de la región.

Gráfico N° 327 Región Loreto. Gestantes tamizadas para Sífilis, según Redes de Salud e IPRESS.2023 y 2024



Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Atención Integral de Salud. Estrategia Sanitaria de ITS/VIH. 2023- 2024.

Durante el periodo 2023-2024, el número de gestantes tamizadas para sífilis en la Región Loreto aumentó de 13,399 a 14,809, evidenciando un avance en la cobertura de tamizaje prenatal. Las redes de salud con mayor actividad fueron Maynas Ciudad (de 4,600 a 4,772) y Alto Amazonas (de 2,700 a 3,080), concentrando más de la mitad del total regional. En contraste, redes como Requena, Loreto-Nauta y Ucayali registraron cifras menores, aunque también muestran incrementos leves. Este incremento general refleja el fortalecimiento de las estrategias de detección temprana de infecciones de transmisión sexual en gestantes, impulsadas por la integración de servicios de salud materna y control prenatal. Sin embargo, las brechas territoriales persisten, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso, donde los determinantes geográficos, la limitada disponibilidad de recursos humanos y las barreras socioculturales continúan afectando la equidad en el tamizaje y la prevención de la sífilis congénita.

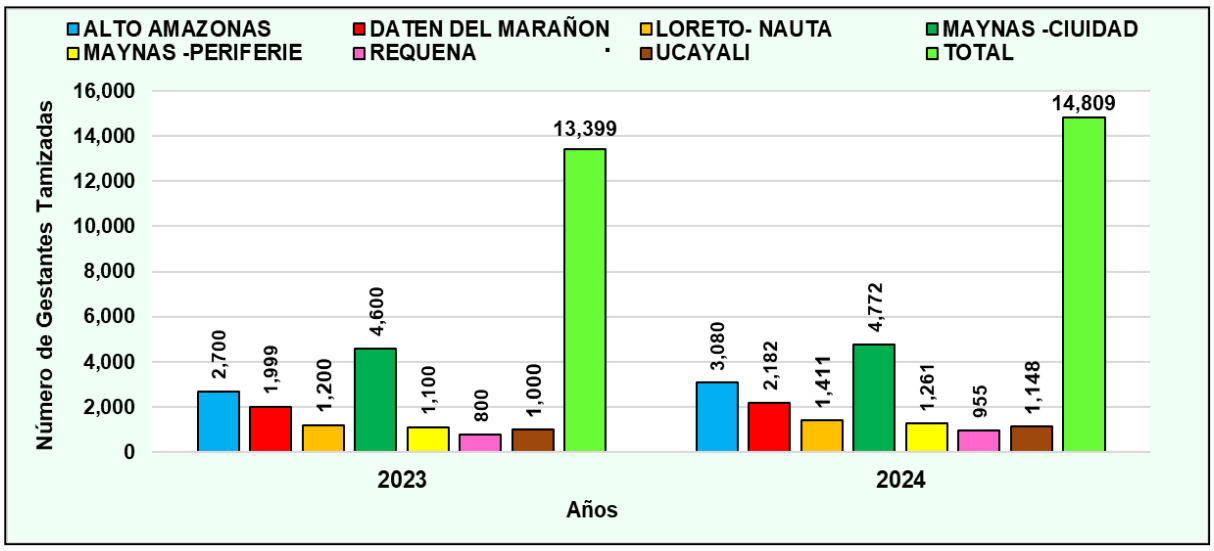
6.8.4 Tamizaje de Hepatitis B en embarazadas

El tamizaje de Hepatitis B en gestantes es una estrategia prioritaria de salud pública orientada a prevenir la transmisión vertical del virus de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia. En la Región Loreto, esta intervención adquiere especial relevancia debido a las condiciones geográficas, la dispersión poblacional y la presencia de comunidades amazónicas con limitado acceso a servicios de salud. La detección temprana mediante pruebas rápidas o serológicas permite iniciar el tratamiento oportuno y aplicar medidas de inmunoprofilaxis al recién nacido, contribuyendo a reducir la morbilidad y mortalidad asociada

a la infección crónica por Hepatitis B y fortaleciendo el control de enfermedades transmisibles en el contexto materno perinatal.

En la Región Loreto, el tamizaje de Hepatitis B en gestantes muestra un incremento global entre los años 2023 y 2024, pasando de 13,399 a 14,809 mujeres evaluadas, lo que representa un aumento del 10.5%. Las redes con mayor número de gestantes tamizadas son Maynas–Ciudad y Alto Amazonas, que concentran la mayor cobertura regional. Todas las redes presentan incrementos respecto al año anterior, evidenciando un fortalecimiento de las acciones preventivas y de vigilancia en salud materna. Este avance refleja la mejora en la captación de gestantes y la mayor disponibilidad de pruebas diagnósticas para la detección oportuna de la Hepatitis B durante el embarazo. (Gráfico N°329).

Gráfico N° 328 Región Loreto. Gestantes tamizadas para Hepatitis B, según Redes de Salud e IPRESS.2023 y 2024



Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Atención Integral de Salud. Estrategia Sanitaria de ITS/VIH. 2023-2024.

6.8.5 Conocimientos sobre síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

El conocimiento sobre los síntomas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres de 15 a 49 años constituye un indicador clave de salud sexual y reproductiva en el Perú. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), este conocimiento refleja la capacidad de las mujeres para identificar signos tempranos de infección y buscar atención oportuna contribuyendo a la prevención de complicaciones y a la reducción de la transmisión.

En regiones como Loreto, donde persisten brechas en educación sanitaria y acceso a servicios, fortalecer la información sobre ITS resulta esencial para mejorar la respuesta comunitaria y la salud pública.

En la región de Loreto el 20.1% de las mujeres de 15-49 años conocen sobres las ITS, 2.9% menos que a nivel nacional: el 25.9% conocen 1 síntoma de ITS y el 52.5% conocen sobre el ITS de Gonorrea.

Tabla N° 215 Región Loreto. Porcentaje de mujeres de 15-49 años por conocimiento de síntomas específicos de las ITS. 2024

Conocimientos de síntomas específicos de ITS	Nacional %	Loreto %
Conocen sobre ITS	23.0	20.1
Sintomas específicos de las ITS		
No conocen síntomas de ITS	17.6	16.5
Conocen 1 Síntoma	20.0	**25.9**
Conocen 2 Síntomas	38.5	37.5
Conocen ITS Específicas		
Sífilis	37.8	45.9
Gonorrea	30.9	**52.5**
Verrugas genitales/Condilomas	5.9	5.6
Chancro	9.6	17.0
Herpes	14.7	9.4
Otras ITS	31.3	25.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2019-2024

6.9 Prevención y Control del vector de la Malaria

El problema de la malaria o paludismo se puede enfocar dentro de una situación estacionaria o focal, donde la transmisión es inestable y en la cual la inmunidad adquirida por la población general no es muy fuerte, por lo tanto, el riesgo es latente, y la transmisión de los casos de malaria se pueden observar en todas las edades, pero se debe destacar que los grupos más desprotegidos son las mujeres embarazadas las que están expuestas a un riesgo muy grave de infecciones.

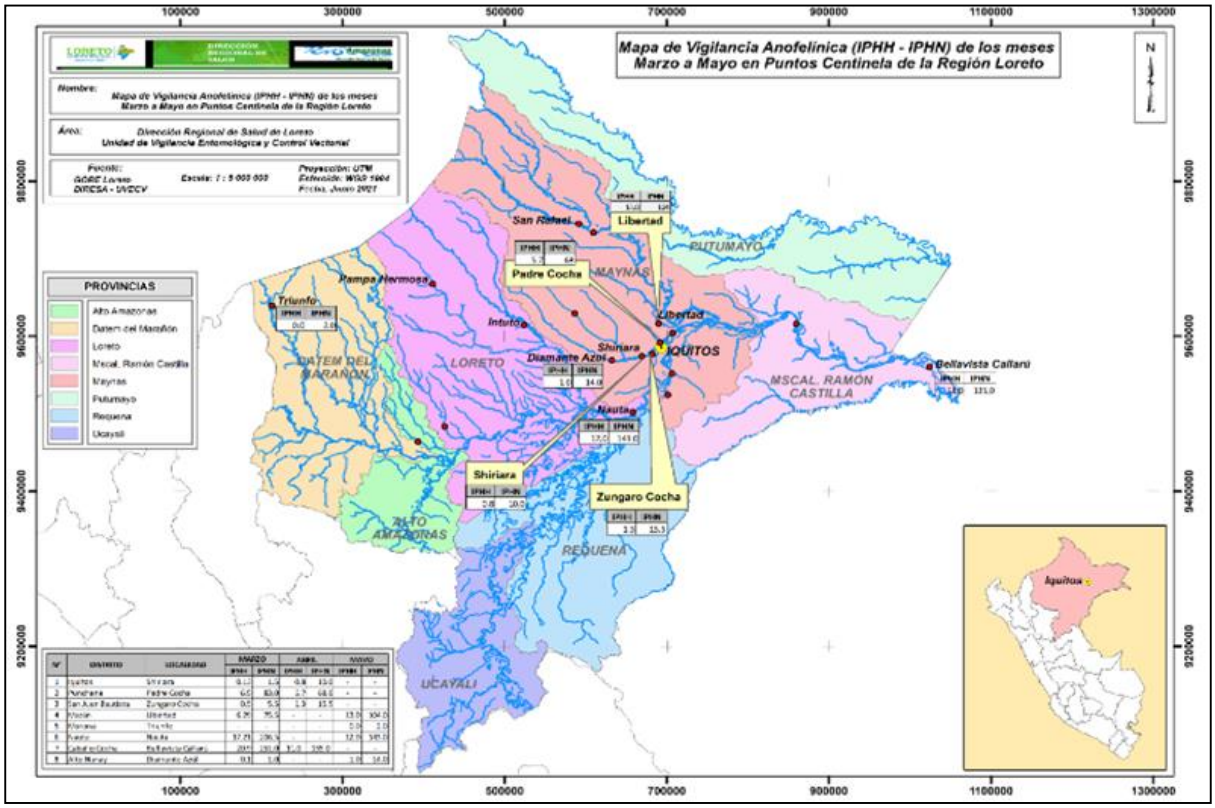
6.9.1 Puntos centinelas de Vigilancia Anofelínica

En el marco de las estrategias de prevención y control de la malaria, la vigilancia anofelínica desempeña un papel fundamental en la detección temprana y el monitoreo de las poblaciones del mosquito vector Anopheles. En la región Loreto, donde la transmisión de malaria sigue siendo endémica, los puntos centinelas permiten recolectar información entomológica clave sobre densidad, comportamiento y resistencia de los vectores. Estos datos son esenciales para orientar acciones de control focalizado, optimizar el uso de insecticidas y fortalecer la respuesta oportuna del sistema de salud frente a posibles brotes.

Los puntos de vigilancia anofelínica mostrados en el mapa corresponden a localidades específicas en la región Loreto, seleccionadas como puntos centinelas para monitorear la presencia del mosquito Anopheles, vector de la malaria, permite identificar los lugares donde se realizó el monitoreo entomológico entre marzo y mayo de 2024. Estos puntos centinelas están distribuidos estratégicamente en zonas con historial de transmisión de malaria o con

condiciones ambientales favorables para la reproducción del vector, como presencia de cuerpos de agua estancada, vegetación densa y alta humedad.

Mapa N° 22 Región Loreto. Vigilancia Anofelínica (IPHH) de los meses Marzo a Mayo en puntos centinelas. 2022- 2024



Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

Entre los años 2022 y 2024, la vigilancia entomológica en localidades centinelas de los distritos priorizados de la región Loreto muestra una variabilidad en la intensidad del monitoreo, reflejada en los indicadores de índice de picadura humana nocturna (IPHN) y horaria (IPHH). En general, se observa una reducción progresiva en la mayoría de distritos respecto al 2022, año en que se registraron los mayores valores de IPHN, como en Mazán (842), Punchana (301) y San Juan (232). Para 2024, los valores disminuyen notablemente, destacando que varios distritos no presentan registros, lo que puede deberse a cambios en la programación o focalización de la vigilancia. No obstante, algunos distritos como Andoas y Trompeteros mantienen actividad constante, evidenciando su importancia en la vigilancia anofelínica por la persistencia del riesgo de transmisión de malaria.

Tabla N° 216 Región Loreto. Distribución de la vigilancia entomológica en localidades centinela de los distritos priorizados, programados 2022- 2024.

DISTRITO	AÑO 2022		AÑO 2023		AÑO 2024	
	IPHN	IPHH	IPHN	IPHH	IPHN	IPHH
ALTO NANAY	27	2	6	1	—	—
ANDOAS	**82**	**7**	**270**	**22**	**212**	**18**
BARRANCA	33	3	75	6	19	2
EL TIGRE	99	8	22	3	37	3
IQUITOS	77	6	5	1	15	2
MAZAN	842	70	190	16	80	7
TROMPETEROS	—	—	19	2	36	3
PUNCHANA	301	25	23	3	66	5
RAMON CASTILLA	88	7	—	—	72	6
SAN JUAN	**232**	**19**	**21**	**2**	**119**	**10**
BALSAPUERTO	—	—	20	2	6	1
YURIMAGUAS	—	—	7	1	8	1

Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

6.9.2 Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración- MTLD

Los Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración (MTILD) son una herramienta notable en la prevención de la malaria, especialmente en regiones amazónicas como Loreto, donde el ambiente cálido y húmedo favorece la proliferación del Anopheles, vector del Plasmodium. Su uso masivo reduce la transmisión al proteger directamente a las personas durante el descanso nocturno donde es el momento de mayor actividad del mosquito, de manera indirecta, disminuye la densidad vectorial en la comunidad. En salud pública, los MTILD representan una intervención costo-efectiva que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad por malaria, mejorando la calidad de vida de las poblaciones rurales y ribereñas más vulnerables. Además, su correcta utilización y reposición periódica son claves para sostener los logros alcanzados en la reducción de casos, consolidando el avance hacia la eliminación de la malaria en la Amazonía peruana.

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto distribuyó un total de 94,363 Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración (MTILD), alcanzando a diversos distritos priorizados por su alta endemicidad de malaria. Se observa un incremento sostenido en la entrega de MTILD a partir de 2021, alcanzando su mayor distribución en 2023 (33,488 unidades), lo que refleja el fortalecimiento de las acciones de control vectorial. Los distritos con mayor cobertura fueron San Juan (12,127), Andoas (8,543), Napo (8,162), Yavarí (5,800) y Ramón Castilla (5,563), zonas de elevada transmisión y difícil acceso geográfico. Esta tendencia muestra el esfuerzo del sector salud por priorizar territorios amazónicos con mayor vulnerabilidad, asegurando la protección de familias rurales mediante una intervención preventiva clave para reducir la incidencia de malaria y reforzar la vigilancia comunitaria en salud pública.

Tabla N° 217 Región Loreto. Distribución y entrega de Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración - MTILD 2020 – 2024.

ITEMS	DISTRITOS	POBLACION	AÑOS					TOTAL
			2020	2021	2022	2023	2024	
1	Alto nanay	4,887		2,694			1,039	3,733
2	Alto tapiche	1,303		932				932
3	Andoas	14,366			5,998	2,545		8,543
4	Balsapuerto	4,096			2,362		1,159	3,521
5	Barranca	4,358			1,518	451	31	2,000
6	Belen	3,097				1,033	250	1,283
7	El tigre	9,199		1,477	1,960	1,151	89	4,677
8	Indiana	3,027		1,529		170		1,699
9	Iquitos	4,869		850	1,063	100		2,013
10	Lagunas	2,691				1,082		1,082
11	Manseriche	4,346				1,580	408	1,988
12	Mazan	3,084		1,284	307	697		2,288
13	Morona	2,939			3,421	939		4,360
14	Napo	10,889	2,162					8,162
15	Parinari	8			19			19
16	Pastaza	4,241			259		3,005	3,264
17	Pebas	65					100	100
18	Punchana	5,597		2,800		650		3,450
19	Putumayo	3,616		1,972				1,972
20	Ramon castilla	8,812		4,263			1,300	5,563
21	San juan	16,890		3,943	3,996	3,215	973	12,127
22	Soplin curinga	613			500			500
23	Teniente manuel clavero	1,498			646			646
24	Torres causana	3,346			2,364			2,364
25	Trompeteros	3,378	1,441	199	719	527		2,886
26	Urarinas	5,691			2,732	300	448	3,480
27	Yaguas	1,714			1,014			1,014
28	Yaquerana	5,436	1,758			2,319		4,077
29	Yavarí	9,580			4,500		1,300	5,800
30	Yurimaguas	320			110			110
Total general		**143,956**	**5,361**	**21,943**	**33,488**	**23,419**	**10,152**	**94,363**

Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

En el año 2024, el seguimiento del uso y retención de Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración (MTILD) en la región Loreto abarcó 221 localidades, con monitoreo en 3,955 viviendas que representan 10,359 familias y una población de 18,322 personas, registrándose un total de 7,923 mosquiteros evaluados. Las provincias con mayor cobertura de monitoreo fueron Datem del Marañón (especialmente los distritos de Andoas y Pastaza), que concentraron más del 50% de los mosquiteros observados, seguidas por Mariscal Ramón Castilla y Maynas. Estos resultados evidencian el compromiso de fortalecer el control vectorial mediante la verificación del uso efectivo de los MTILD en zonas endémicas, asegurando su retención y mantenimiento adecuado. El monitoreo constante permite identificar brechas en educación sanitaria y reforzar la adherencia comunitaria al uso de mosquiteros como una estrategia fundamental para la prevención sostenible de la malaria en la Amazonía loretana. (Tabla N° 217).

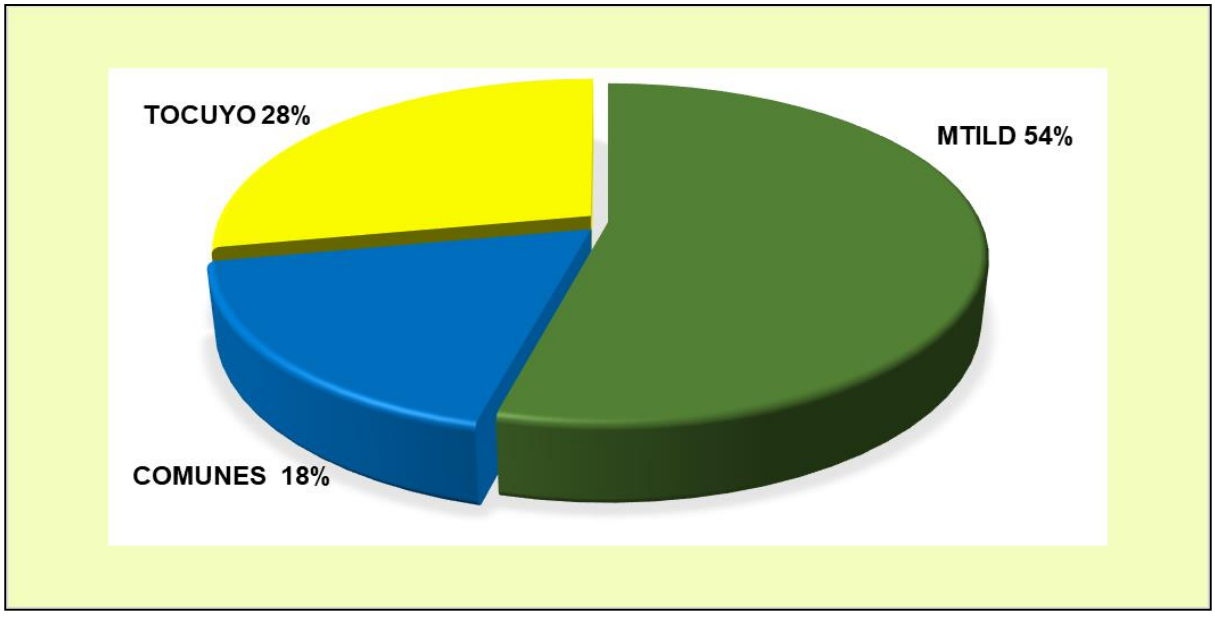
Tabla N° 218 Región Loreto. Seguimiento de monitoreo del uso y retención MTILD a nivel de familias 2024

Provincias	Distritos	N° de Localidades	N° de Viviendas	N° de Familias	Población	N° Total de mosquiteros monitoreados
Maynas	Alto Nanay	6	320	511	1600	800
	Iquitos	2	44	78	220	110
	Requena	2	21	24	105	51
	Mazán	7	48	144	240	133
	Punchana	14	299	897	1495	612
Mariscal Ramón Castilla	Ramón Castilla	13	1028	2120	3687	1207
	Yavarí	12	225	675	1125	641
Datem del Marañón	Andoas	77	1050	3150	5250	2457
	Pastaza	88	920	2760	4600	1912
TOTAL	**09**	**221**	**3,955**	**10,359**	**18,322**	**7,923**

Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

En el año 2024, el monitoreo realizado en 221 localidades de 9 distritos priorizados de la región Loreto evidenció que el 54% de la población utiliza Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración (MTILD), reflejando un avance positivo en la adopción de esta medida efectiva de prevención contra la malaria. Sin embargo, aún se observa un 28% de uso de mosquiteros de tocuyo y un 18% de mosquiteros comunes, lo que indica que una parte importante de la población continúa empleando alternativas menos eficaces frente al vector. Estos resultados destacan la necesidad de fortalecer las acciones de reposición, educación y sensibilización comunitaria, orientadas a garantizar el uso predominante y sostenido de los MTILD, especialmente en zonas amazónicas donde el riesgo de transmisión de malaria es persistente.

Gráfico N° 329 Región Loreto. % del tipo de mosquiteros que son usados por la población en los distritos monitorizados. 2024

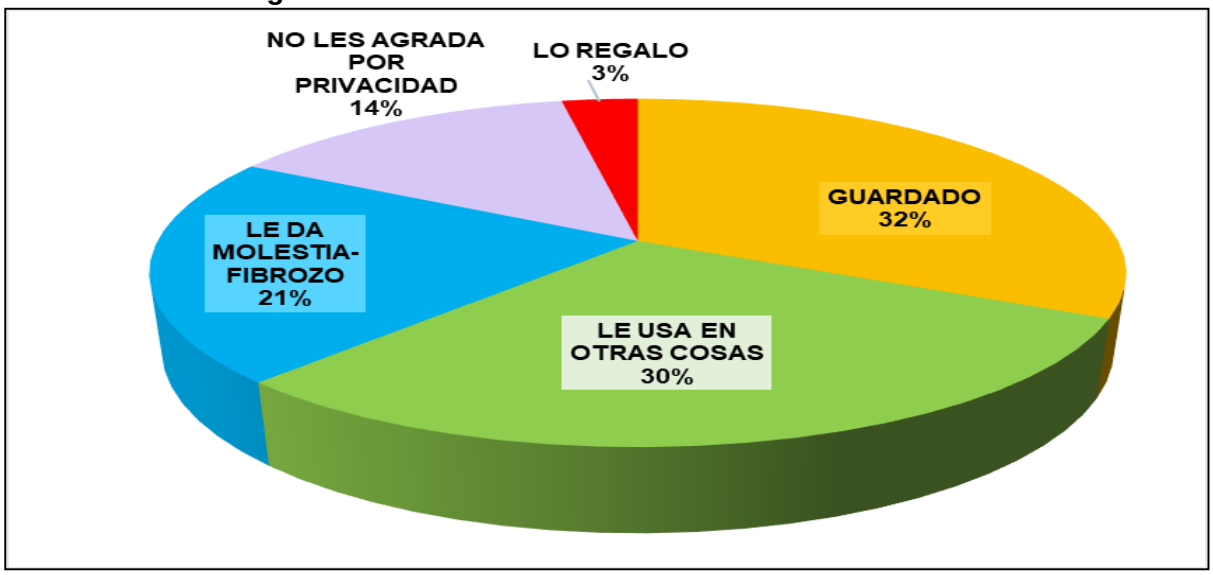


Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

Durante el monitoreo del año 2024 en 3,955 viviendas de nueve distritos priorizados de la región Loreto, se identificó que el 46% de la población no utiliza los Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración (MTILD). Entre las principales razones del no uso destacan que el 32% los mantiene guardados, el 30% los emplea para otros fines, y el 21% refiere

incomodidad o molestia por la textura del material (“fibroso”). Además, un 14% manifiesta desagrado por la falta de privacidad y un 3% los ha regalado. Estos hallazgos evidencian que, más allá del acceso físico al insumo, persisten barreras culturales, de percepción y de confort que limitan su uso adecuado, lo que subraya la necesidad de fortalecer la educación sanitaria, la comunicación comunitaria y la adecuación sociocultural de las estrategias de control vectorial en el contexto amazónico.

Gráfico N° 330 Región Loreto. % razones del no uso del Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración – MTILD. 2024



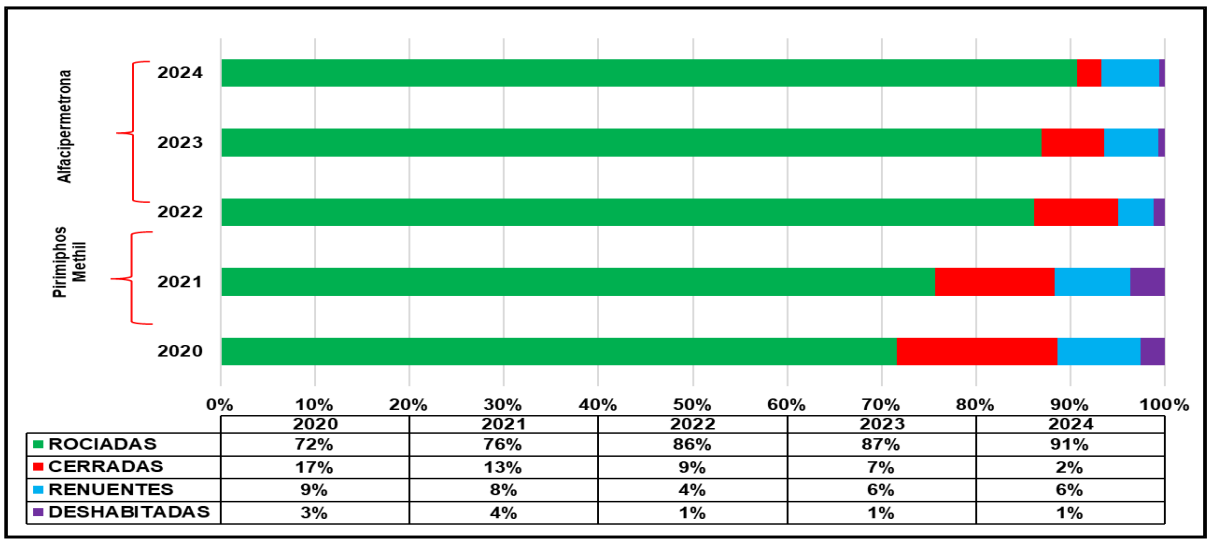
Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

6.9.3 Rociamiento residual intradomiciliario.

El rociamiento residual intradomiciliario (RRI) es una de las principales estrategias de prevención y control de la malaria dentro del marco de la salud pública, orientada a reducir la densidad del vector Anopheles en los hogares y limitar la transmisión de la enfermedad. En la región Loreto, donde las condiciones ambientales, climáticas y socioeconómicas favorecen la proliferación del mosquito transmisor, el RRI constituye una intervención prioritaria complementaria al uso de mosquiteros impregnados y al diagnóstico y tratamiento oportuno. Su aplicación periódica en viviendas seleccionadas, especialmente en zonas de alta endemicidad, permite interrumpir los ciclos de transmisión, proteger a las poblaciones más vulnerables y contribuir de manera significativa al control sostenido y la reducción de la carga de malaria en la Amazonía peruana.

Gráfico N° 331. Observamos que el rociamiento residual en 25 distritos priorizados desde el 2020 al 2024, conforme pasa los años se intensifico en las intervenciones, el cual, en el periodo de los años 2020 al 2022 se rociaron con el insecticida de principio activo Pirimiphos methil a un total de 60,792 viviendas y el periodo del 2023 al 2024 se rociaron con el insecticida de principio activo de Alfacipermetrina a un total de 33,571 viviendas, lográndose la protección de 471,815 personas en todo este periodo, asimismo, se observa la cobertura en las intervenciones del rociamiento residual intradomiciliario en la región Loreto, observando una mayor cobertura en el 2024 con el 91% intervenciones de viviendas rociadas en comparación al año 2020 con el 72%, así logrando disminuir la malaria en distritos de alta transmisión.

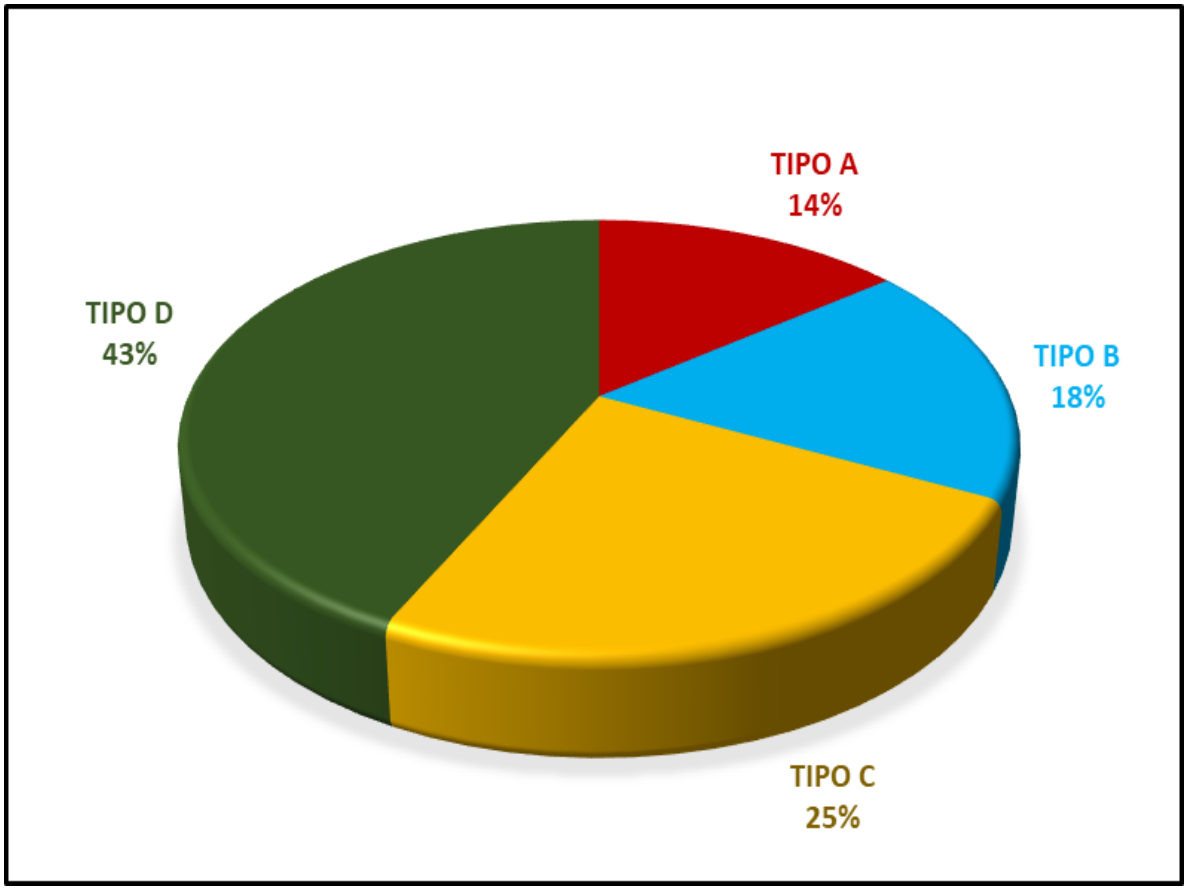
Gráfico N° 331 Región Loreto. Viviendas Intervenidas con el Rociamiento Residual Intradomiciliario. 2020.2024



	2020	2021	2022	2023	2024
ROCIADAS	72%	76%	86%	87%	91%
CERRADAS	17%	13%	9%	7%	2%
RENUENTES	9%	8%	4%	6%	6%
DESHABITADAS	3%	4%	1%	1%	1%

Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

Gráfico N° 332. Región Loreto. Porcentaje de tipo de viviendas intervenidas.2020- 2024



Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2024

Tabla N° 219 Elaboración de proyectos comunitarios de salud en malaria para ser incorporados en un plan local de salud municipal. 2023 y 2024

N°	PROVINCIA	DISTRITO	LOCALIDAD	FORMACION DEL COMITÉ COMUNAL	CONDICION	AÑO DE ENTREGA
1	ALTO AMAZONAS	BALSAPUERTO	FRAY MARTÍN	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
2	ALTO AMAZONAS	BALSAPUERTO	MOYOBAMBILLO	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
3	ALTO AMAZONAS	BALSAPUERTO	PUERTO PORVENIR	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
4	ALTO AMAZONAS	BALSAPUERTO	SAN LUIS	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
5	ALTO AMAZONAS	BALSAPUERTO	SAN ROQUE	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
6	ALTO AMAZONAS	BALSAPUERTO	SOLEDAD	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
7	DATEM DE MARAÑON	ANDOAS	PUERTO ALEGRE	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
8	DATEM DE MARAÑON	ANODAS	SAN JUAN DE MANCHARI	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
9	DATEM DE MARAÑON	BARRANCA	SAN JUAN DE SABALO	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
10	DATEM DE MARAÑON	ANDOAS	COCHAPURAHUA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
11	DATEM DE MARAÑON	ANDOAS	ANATICO	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
12	DATEM DE MARAÑON	ANDOAS	ALIANZA CRISTIANA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
13	DATEM DE MARAÑON	ANODAS	UNION ANTONIETA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
14	DATEM DE MARAÑON	ANDOAS	UWINTZA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
15	DATEM DE MARAÑON	PASTAZA	PIJUAYAL	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
16	DATEM DE MARAÑON	PASTAZA	HORTENCIA COCHA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
17	DATEM DE MARAÑON	PASTAZA	KUYUNTZA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
18	DATEM DE MARAÑON	PASTAZA	CHUINTAR	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
19	DATEM DE MARAÑON	PASTAZA	LIMON COCHA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
20	DATEM DE MARAÑON	PASTAZA	PANKINTZA	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
21	DATEM DE MARAÑON	PASTAZA	WAKNIR	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
22	M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	01 DE OCTUBRE	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
23	M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	CAHUIDE DE YANAYACU	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
24	M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	EL SOL	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
25	M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	PLATANAL	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
26	M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	SAN JOSE DE YANAYACU	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
27	M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	SAN PEDRO DE PALO SECO	CONFORMADO	EJECUTADO	2023
28	M. RAMON CASTILLA	YAVARI	BELLAVISTA CALLARU	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
29	M. RAMON CASTILLA	YAVARI	LIMONERO	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
30	M. RAMON CASTILLA	YAVARI	NUEVA JERUSALEN DEL ERENE	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
31	M. RAMON CASTILLA	YAVARI	POBRE ALEGRE	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
32	M. RAMON CASTILLA	YAVARI	SAN SEBASTIAN	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
33	M. RAMON CASTILLA	YAVARI	SANTA TERESA I ZONA	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
34	M. RAMON CASTILLA	YAVARI	SOPLIN VARGAS	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
35	MAYNAS	ALTO NANAY	PUCA URCO	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
36	MAYNAS	ALTO NANAY	SAN ANTONIO	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
37	MAYNAS	INDIANA	SANTA CECILIA	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
38	MAYNAS	MAZAN	01 DE ENERO	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
39	MAYNAS	MAZAN	GAMITANACOCHA	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
40	MAYNAS	PUNCHANA	MOMONCILLO	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
41	MAYNAS	PUNCHANA	PUERTO ALICIA	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
42	MAYNAS	PUNCHANA	SARGENTO LORES	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
43	MAYNAS	SAN JUAN	CUYANA	CONFORMADO	ENTREGADO	2023
44	MAYNAS	SAN JUAN	LLANCHAMA	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
45	MAYNAS	SAN JUAN	LOBOYACU	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
46	MAYNAS	ALTO NANAY	SABOYA	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
47	MAYNAS	ALTO NANAY	SAN JUAN DE RAYA	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
48	MAYNAS	BELEN	LIMON	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
49	MAYNAS	BELEN	SAN ANTONIO	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
50	MAYNAS	NAPO	BUENA VISTA	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
51	MAYNAS	NAPO	SAN JORGE	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
52	MAYNAS	NAPO	SARGENTO LORES	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
53	MAYNAS	PUNCHANA	NUEVA VIDA	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
54	MAYNAS	PUNCHANA	PADRE COCHA	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
55	MAYNAS	SAN JUAN	SAN ANTONIO	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
56	MAYNAS	SAN JUAN	VILLA BUEN PASTOR	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
57	MAYNAS	TORRES CAUSANA	ANGOTEROS MONTERRICO	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
58	MAYNAS	TORRES CAUSANA	CAMPO SERIO	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
59	REQUENA	SOPLIN	ESPAÑA	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
60	REQUENA	YAQUERANA	ANGAMOS	CONFORMADO	ENTREGADO	2024
	TOTAL	**61**				

Fuente: GERESA LORETO - Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Vectores. 2023 y 2024

Los tipos de viviendas rociadas (A, B, C y D) en el control de la malaria clasifican las estructuras según su material de construcción y nivel de exposición al vector. El tipo A corresponde a viviendas con paredes de material noble; el tipo B, a las de madera bien construidas; el tipo C, a las de materiales rústicos o mixtos, y el tipo D, a las de construcción precaria o abierta. Esta clasificación permite priorizar las acciones de rociamiento residual intradomiciliario, orientando los recursos hacia los hogares con mayor vulnerabilidad a la transmisión de malaria.

El Gráfico muestra que, la mayor cobertura de viviendas rociadas en el periodo 2020 al 2024 en Loreto, la obtuvo la vivienda de tipo D con el 43%, seguido de la vivienda de tipo C con 25%, tipo B 18% y tipo A con el 14%, esto garantiza que desde el año 2018 al 2022.
Se programó realizar en localidades priorizadas de muy alto y alto riesgo de transmisión los kits de herramientas (carretillas, picos, palas, cavadores y machetes) para el ordenamiento del medio en el año 2024, asimismo la formación del comité vigilancia comunal en la región Loreto, logrando la entrega y la conformación del comité de vigilancia comunal en 61 localidades en 15 distritos priorizados de nuestra región, debido, esta actividad ayuda a la reducción de los vectores transmisores de malaria en toda nuestra región, esta actividad el área de promoción de la salud - PROMSA, realiza el seguimiento y el monitoreo, garantizando el buen uso de los kits (herramientas) entregados a las comunidades priorizadas de nuestra región.

6.10 Prevención y Control del Dengue

6.10.1 Vigilancia Entomológica y control vectorial del *Aedes aegypti*.

La vigilancia y el control del vector, es un método para prevenir y controlar la transmisión del virus del dengue que consiste en la lucha contra el *Aedes aegypti*. La DIRESA Loreto, a través de Dirección de Salud Ambienta-Control vectorial, ha desarrollado diversas actividades, entre ellas se encuentran:

6.10.1.1 Vigilancia entomológica:

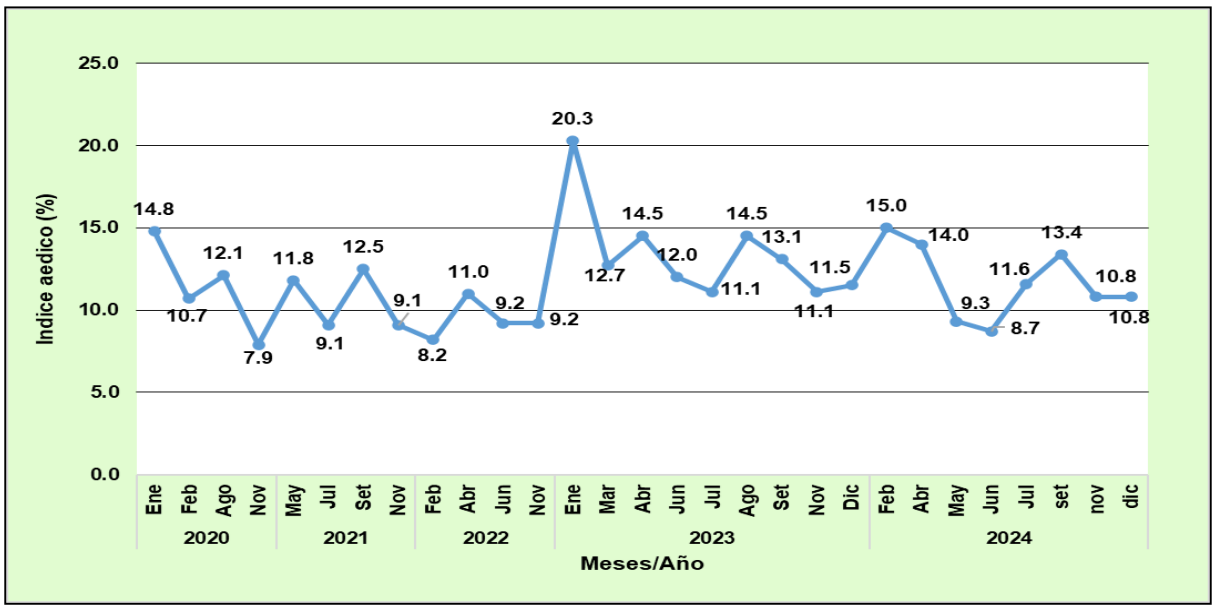
6.10.1.1.1 Encuestas Aédicas

La vigilancia del vector se inicia con la encuesta aédica en las localidades para determinar la presencia o ausencia de *Aedes aegypti*, la distribución, densidad y productividad del vector; que se realiza mediante el muestreo aleatorio sistemático (MAS), el cual está estipulado dentro de la NT N°-198-MINSA/DIGESA.2023.
Según la Estratificación del riesgo entomológico establecido por el Ministerio de Salud es el siguiente: **Bajo riesgo:** 0-<1%, **mediano riesgo:**1-<2% y **alto riesgo:** ≥ 2%.

El Gráfico N° 333, nos muestra el promedio porcentual de la tendencia de los índices aédicos realizados en la región Loreto- Ciudad de Iquitos, de los años 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024; Observándose una tendencia al incremento principalmente en los últimos meses de año e inicios de cada año, como podemos observar en el 2020 Enero (14.8%), 2021 Setiembre (20.3%), 2023 Enero, Dic. (11.1%), 2024 Febrero (15%), Setiembre (13.4%).

Todos los resultados de las encuestas a superan el 2% considerado de alto riesgo entomológico para la propagación de las enfermedades que transmite este mosquito *Aedes aegypti* vector del Dengue, Zika Chikungunya y Fiebre Amarilla Urbana.

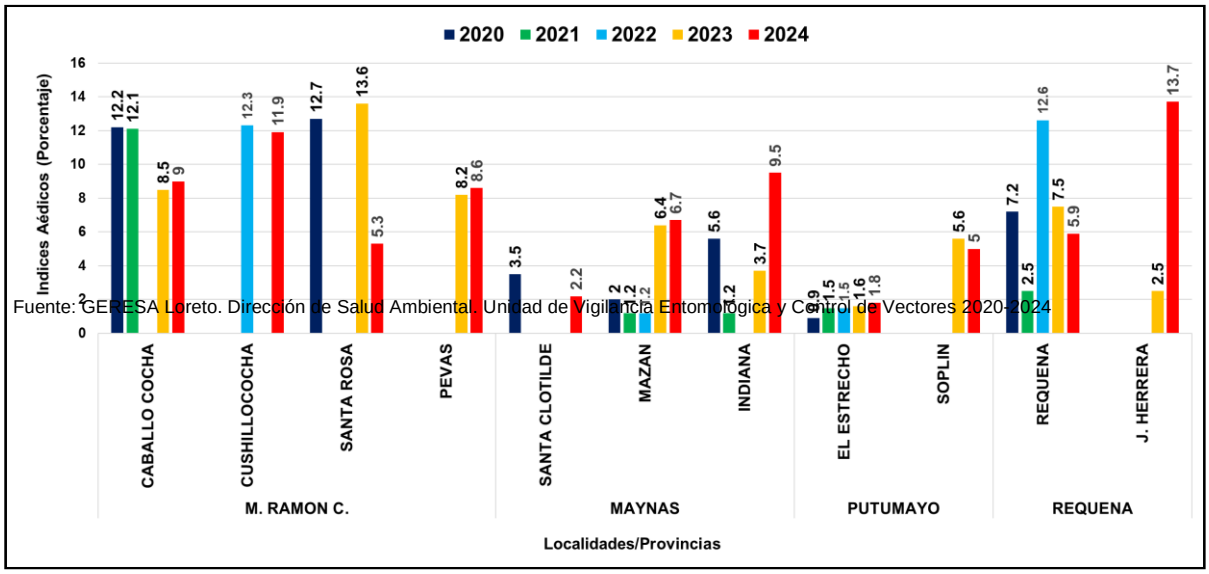
Gráfico N° 333 Región Loreto. Comportamiento del Mosquito *Aedes aegypti* en le ciudad de Iquitos. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

El Gráfico N° 334, muestra los índices aédicos en las provincias que pertenecen a la ejecutora 400 de la GERESA Loreto, durante el año 2020- 2024, se observa el índice aédico más elevado en la localidad de Jenaro Herrera el año 2024 con 13.7%, Santa Rosa en el año 2023 con 13.6% y Cushillococha con 12.7% en el año 2020; Con menor índice aédico: Estrecho de la provincia del Putumayo con 0.9% en el año 2020 y la localidad de Mazán con 1.1% en los años 2020 y 2021.

Gráfico N° 334 Índices aédicos promedios registrados en localidades evaluadas de la UE 400 Salud-Loreto. 2020-2024.



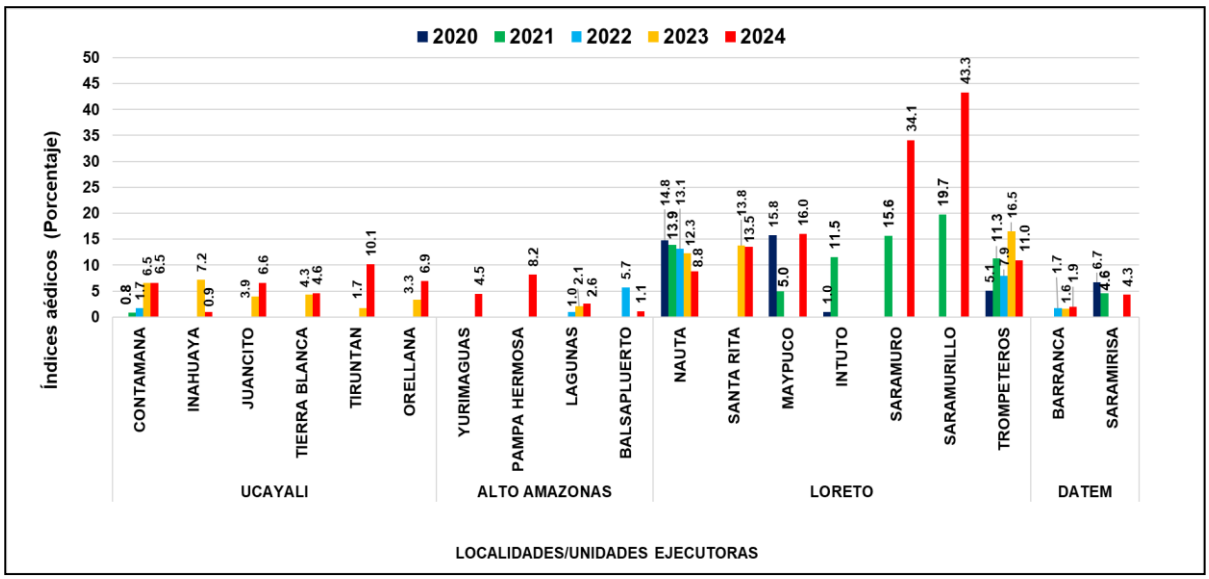
Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

El Gráfico N° 335, muestra los índices aédicos de ejecutoras de la región Loreto, (U.E 404, 404, 406 y 407), del 2020-2024, las localidades de Saramurillo y Saramuro de la Provincia de

Loreto Nauta son las más elevadas con 43.3% y 34.1% respectivamente, las localidades con índices aédicos más bajos fueron Contamana con 0.8% en el año 2021 y la localidad de Inahuaya del Datem del Marañón con 0.9% el año 2024.

Gráfico N° 335 Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

6.10.1.2 Control vectorial

6.10.1.2.1 Tratamiento Focal

Las actividades de Control Vectorial en los años 2020 al 2024 se realizaron en los cuatro distritos de la ciudad de Iquitos, en las localidades periurbanas y en las provincias de la Unidad Ejecutora 400, así como en los distritos de la Ejecutora 401 (Alto Amazonas), 404 (Datem del Marañón), 406 (Contamana), 407 (Loreto Nauta).

6.10.1.2.1.1 Tratamiento Focal en la ciudad de Iquitos:

La información del tratamiento focal contra la malaria en las IPRESS de los cuatro distritos de la ciudad de Iquitos (2020-2024) evidencia un esfuerzo sostenido en la vigilancia y control vectorial en la región Loreto. En este periodo se intervinieron 2,808,353 viviendas (esta cifra corresponde al número de veces que se interviene a las viviendas, pudiendo ser intervenida más de una vez cada vivienda), de las cuales 2,107,949 (78.5%) fueron inspeccionadas y 818,915 tratadas, alcanzando una cobertura promedio del 78.5%. Las IPRESS de Morona Cocha, San Antonio, Belén y San Juan muestran una tendencia variable, influenciada por la accesibilidad geográfica y las condiciones climáticas, de todas las IPRESS, la Ipress 6 de Octubre aportó las mejores coberturas de intervención en todos los años. Sin embargo, se mantiene una proporción moderada de viviendas cerradas (15.8%) y deshabitadas (4.1%), lo que representa desafíos para alcanzar coberturas óptimas en la eliminación del vector en zonas urbanas y periurbanas de alta transmisión.

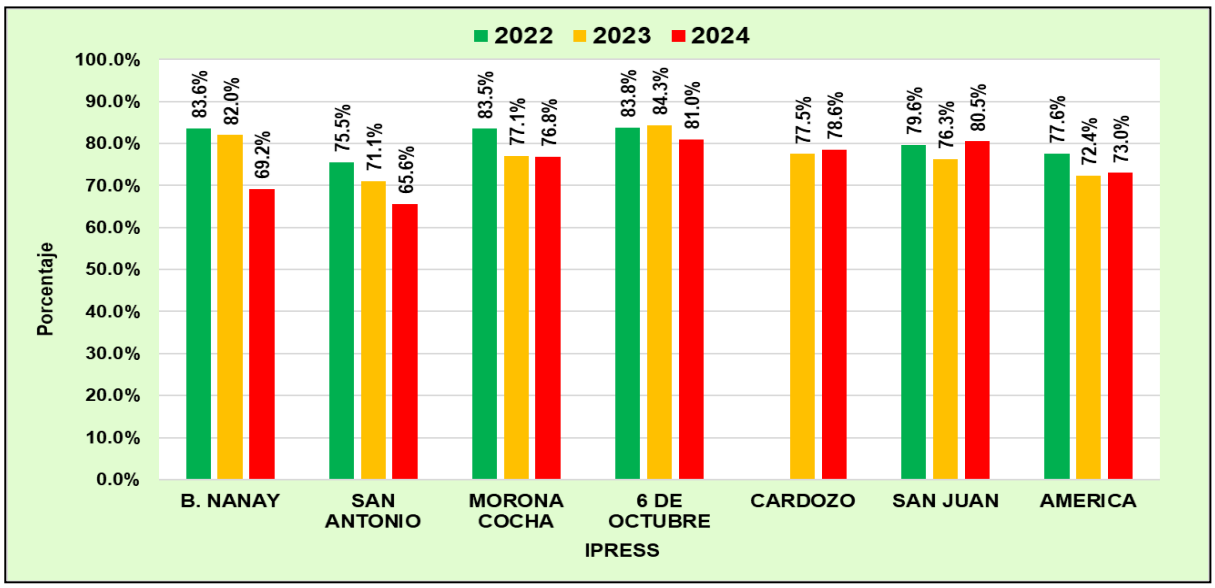
Tabla N° 220 Región Loreto. Tratamiento focal por años de intervención en las IPRESS de los cuatro distritos de la ciudad de Iquitos-2020-2024

DISTRITOS	IPRESS	AÑO	META FISICA	N° DE INTER V.	META PROGR.	VIVIENDAS							COBERTURA CAMPO			
						Inspeccionadas	Tratadas	Cerradas	Deshabitada	Renuentes	Total Registradas	N° de Residentes	% Insp	%Cerr.	%Desh.	%Ren.
PUNCHANA	B. NANAY	2020	18,776	IV	67,570	58,705	23,760	9,117	2,012	742	70,576	249,459	83.2%	12.9%	2.9%	1.1%
	B. NANAY	2021	16,127	V	79,964	66,154	18,393	8,384	2,792	1,260	78,590	282,942	84.2%	10.7%	3.6%	1.6%
	B. NANAY	2022	20,124	IV	57,185	49,153	17,293	6,870	2,127	523	58,673	196,273	83.8%	11.7%	3.6%	0.9%
	B. NANAY	2023	21,000	IX	184,620	128,089	48,891	21,619	4,496	1,914	156,118	605,577	82.0%	13.8%	2.9%	1.2%
	B. NANAY	2024	21,476	VII	151,371	96,655	37,679	33,128	5,948	3,869	139,600	424,685	**69.2%**	23.7%	4.3%	2.8%
IQUITOS	SAN ANTONIO	2020	18,560	IV	62,577	53,296	22,286	7,064	2,327	641	63,321	222,845	84.2%	11.2%	3.7%	1.0%
	SAN ANTONIO	2021	18,925	V	86,820	70,868	26,895	9,634	3,374	1,625	85,501	269,157	82.9%	11.3%	3.9%	1.9%
	SAN ANTONIO	2022	19,011	IV	59,006	44,936	18,685	10,637	2,733	1,242	59,548	177,261	75.5%	17.9%	4.6%	2.1%
	SAN ANTONIO	2023	19,015	IX	178,327	119,081	53,386	35,388	7,192	5,129	167,381	1,141,160	71.1%	21.1%	4.3%	3.1%
	SAN ANTONIO	2024	19,312	VII	135,488	85,912	40,615	38,451	4,920	3,205	130,921	330,463	**65.6%**	29.4%	3.8%	2.4%
	MORONA COCHA	2020	16,171	IV	56,172	50,103	20,747	4,596	1,238	314	56,251	203,005	89.1%	8.2%	2.2%	0.6%
	MORONA COCHA	2021	16,246	V	73,885	55,663	23,924	6,137	1,866	634	64,300	219,815	86.6%	9.5%	2.9%	1.0%
	MORONA COCHA	2022	16,306	IV	52,436	38,117	14,312	4,850	1,932	747	45,646	146,072	83.5%	10.6%	4.2%	1.6%
	MORONA COCHA	2023	16,365	IX	144,656	104,976	45,655	22,593	5,448	3,065	136,082	436,766	77.1%	16.6%	4.0%	2.3%
	MORONA COCHA	2024	16,508	VII	115,652	83,152	41,490	18,458	4,772	1,854	108,236	378,153	**76.8%**	17.1%	4.4%	1.7%
BELEN	6 DE OCTUBRE	2020	15,841	IV	54,475	47,685	18,940	4,960	747	257	53,731	182,909	88.7%	9.2%	1.4%	0.5%
	6 DE OCTUBRE	2021	17,513	V	77,378	62,564	22,181	7,001	1,785	623	71,973	232,469	86.9%	9.7%	2.5%	0.9%
	6 DE OCTUBRE	2022	16,256	IV	50,926	44,114	13,188	6,244	1,744	529	52,631	164,365	83.8%	11.9%	3.3%	1.0%
	6 DE OCTUBRE	2023	6,709	IX	60,878	47,626	18,969	6,985	1,408	497	56,516	190,615	84.3%	12.4%	2.5%	0.9%
	6 DE OCTUBRE	2024	7,454	VII	52,350	38,611	12,992	7,187	1,250	641	47,689	142,945	**81.0%**	15.1%	2.6%	1.3%
	CARDOZO	2023	10,290	IX	90,643	64,192	23,179	13,690	3,745	1,219	82,846	250,000	77.5%	16.5%	4.5%	1.5%
	CARDOZO	2024	11,185	VII	75,406	52,252	14,846	11,852	1,628	710	66,442	291,767	78.6%	17.8%	2.5%	1.1%
SAN JUAN	SAN JUAN	2020	16,297	IV	55,141	45,434	16,941	6,832	1,999	498	55,653	177,583	81.6%	12.3%	3.6%	0.9%
	SAN JUAN	2021	14,310	V	64,203	55,154	16,443	7,499	1,469	759	64,881	206,307	85.0%	11.6%	2.3%	1.2%
	SAN JUAN	2022	14,834	IV	46,087	41,102	15,190	7,001	2,872	689	51,664	153,201	79.6%	13.6%	5.6%	1.3%
	SAN JUAN	2023	15,399	IX	143,141	105,302	36,598	22,120	6,815	1,949	137,994	406,974	76.3%	16.0%	4.9%	1.4%
	SAN JUAN	2024	19,153	VII	122,599	93,108	35,938	16,851	4,414	1,241	115,614	455,151	**80.5%**	14.6%	3.8%	1.1%
	AMERICA	2020	14,746	IV	46,126	38,637	18,856	6,157	1,792	482	47,068	138,944	82.1%	13.1%	3.8%	1.0%
	AMERICA	2021	15,350	V	70,500	54,404	18,529	10,713	4,845	1,077	71,039	196,833	76.6%	15.1%	6.8%	1.5%
	AMERICA	2022	12,317	IV	43,928	36,619	16,201	7,112	2,869	603	47,203	127,402	77.6%	15.1%	6.1%	1.3%
	AMERICA	2023	16,327	IX	144,927	104,544	40,398	27,609	10,123	2,052	144,329	1,360,615	72.4%	19.1%	7.0%	1.4%
	AMERICA	2024	14,842	VII	103,916	71,741	25,515	18,964	6,303	1,319	98,327	247,792	**73.0%**	19.3%	6.4%	1.3%
IQUITOS CIUDAD		**2020-2024**	**512,745**		**2,808,353**	**2,107,949**	**818,915**	**425,703**	**108,985**	**41,909**	**2,686,344**	**10,209,505**	**78.5%**	**15.8%**	**4.1%**	**1.6%**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Analizando los periodos específicos del 2022-2024, las coberturas promedio de tratamiento focal en las localidades periurbanas de la ciudad de Iquitos muestran una tendencia general de ligera disminución, con diferencias entre zonas. En 2022 las coberturas fueron elevadas, superando el 80% en B. Nanay, Morona Cocha y 6 de Octubre, reflejando una intervención eficaz. Sin embargo, en 2024 se observa una reducción significativa, especialmente en Bellavista Nanay (69.2%) y San Antonio (65.6%), posiblemente por dificultades operativas, condiciones climáticas o resistencia comunitaria. En contraste, San Juan y 6 de Octubre mantienen coberturas estables y altas (80.5% y 81.0%), lo que evidencia una mejor aceptación y continuidad de las acciones de control vectorial en estas zonas.

Gráfico N° 336 Región Loreto. Coberturas promedio de tratamiento focal en zonas periurbanas de la ciudad de Iquitos 2022-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2022-2024

6.10.1.2.1.2 Tratamiento Focal en localidades periurbana de la ciudad de Iquitos.

Entre los años 2020 y 2024, el tratamiento focal en las IPRESS de las localidades periurbanas de Iquitos ha mostrado un esfuerzo sostenido por mantener la cobertura de intervención en las zonas con mayor riesgo de transmisión de malaria. En los primeros años (2020-2021), se observa una alta proporción de viviendas inspeccionadas y tratadas, alcanzando coberturas superiores al 80% en la mayoría de los distritos como Santa Clara, Rumococha, Santo Tomás y Varillal, reflejando un control operativo adecuado y una respuesta comunitaria favorable. Estos resultados fueron esenciales para reducir la densidad vectorial y prevenir la aparición de brotes durante este periodo.

A partir del año 2022, aunque se incrementaron las metas programadas y la cantidad de viviendas registradas, se evidencia una leve disminución en las coberturas de tratamiento y aumento en las viviendas cerradas o deshabitadas, posiblemente por factores logísticos, climáticos o de resistencia social al ingreso del personal sanitario. Distritos como Quistococha y Delfines mantienen coberturas de inspección por encima del 70%, pero con un incremento en el porcentaje de viviendas no tratadas, lo que sugiere la necesidad de reforzar las acciones de sensibilización y supervisión comunitaria.

En el 2024, el esfuerzo regional continúa con una cobertura general de 72.1% de viviendas inspeccionadas y 20.4% cerradas, destacando las IPRESS de San Juan e Iquitos como las de mayor intervención. Sin embargo, la persistencia de viviendas renuentes (0.9%) y deshabitadas (6.5%) evidencia que aún existen brechas en la aceptación y continuidad del tratamiento focal. En conjunto, los resultados muestran una tendencia de cobertura estable, aunque con fluctuaciones anuales, lo que resalta la importancia de fortalecer los determinantes sociales y comunitarios que aseguren la sostenibilidad de las intervenciones de control de dengue en el entorno periurbano de la ciudad de Iquitos.

Tabla N° 221 Región Loreto. Tratamiento focal por años de intervención en las IPRESS de las localidades periurbanas a la ciudad de Iquitos. 2020-2024

DISTRITOS	IPRESS	AÑO	META FISICA	N° INTERV.	META PROGRAMADA	VIVIENDAS							COBERTURA CAMPO			
						Inspeccionadas	Tratadas	Cerrad.	Deshab.	Renuent.	Total Regist.	N° de Residen.	% Insp	%Cerr.	%Desh.	%Ren.
SAN JUAN	SANTA CLARA	2020	162	II	324	2,030	649	319	54	3	2,406	6,803	84.4%	13.3%	2.2%	0.1%
	SANTA CLARA	2021	1,286	V	6,433	5,566	1,053	734	105	28	6,433	17,017	86.5%	11.4%	1.6%	0.4%
	SANTA CLARA	2022	1,536	IV	6,144	3,660	1,028	1,032	241	86	5,019	11,824	72.9%	20.6%	4.8%	1.7%
	SANTA CLARA	2023	2,111	VII	14,776	9,826	2,654	3,359	898	194	14,277	30,330	68.8%	23.5%	6.3%	1.4%
	SANTA CLARA	2024	2,164	VII	15,152	11,112	3,671	2,759	871	318	15,060	31,884	73.8%	18.3%	5.8%	2.1%
	RUMOCOCHA	2020	797	II	1,594	1,193	316	276	25	5	1,499	3,770	79.6%	18.4%	1.7%	0.3%
	RUMOCOCHA	2021	772	V	3,860	3,314	911	458	76	12	3,860	11,206	85.9%	11.9%	2.0%	0.3%
	RUMOCOCHA	2023	1,128	VII	7,900	5,416	1,537	1,884	331	93	7,724	17,163	70.1%	24.4%	4.3%	1.2%
	RUMOCOCHA	2024	1,190	VI	7,140	5,093	1,690	2,018	297	135	7,543	16,193	67.5%	26.8%	3.9%	1.8%
	SANTO TOMAS	2020	2,999	II	5,998	3,647	897	474	64	11	4,196	10,804	86.9%	11.3%	1.5%	0.3%
	SANTO TOMAS	2021	2,189	III	6,569	5,585	1,188	837	134	13	6,569	14,421	85.0%	12.7%	2.0%	0.2%
	SANTO TOMAS	2022	3,334	II	6,668	6,004	1,549	1,508	194	17	7,723	14,447	77.7%	19.5%	2.5%	0.2%
	SANTO TOMAS	2023	4,406	VIII	35,255	22,448	5,091	8,286	2,074	288	33,096	58,926	67.8%	25.0%	6.3%	0.9%
	SANTO TOMAS	2024	4,257	VI	25,546	18,511	5,098	5,150	1,572	317	25,550	42,450	72.5%	20.2%	6.2%	1.2%
	QUISTOCOCHA	2020	2,239	II	4,478	3,140	1,189	524	55	14	3,733	9,603	84.1%	14.0%	1.5%	0.4%
	QUISTOCOCHA	2021	3,680	III	11,040	8,478	2,267	1,965	529	68	11,040	23,487	76.8%	17.8%	4.8%	0.6%
	QUISTOCOCHA	2022	2,798	I	2,798	830	237	159	54	6	1,049	2,514	79.1%	15.2%	5.1%	0.6%
	QUISTOCOCHA	2023	4,413	VI	26,479	16,566	4,516	7,270	1,885	255	25,976	47,439	63.8%	28.0%	7.3%	1.0%
	QUISTOCOCHA	2024	6,095	VII	42,667	24,291	7,766	10,251	4,420	591	39,553	61,447	61.4%	25.9%	11.2%	1.5%
	DELFINES	2020	1,439	I	1,439	1,287	340	126	24	2	1,439	3,402	89.4%	8.8%	1.7%	0.1%
	DELFINES	2021	1,633	III	4,901	3,836	866	821	212	32	4,901	9,267	78.3%	16.8%	4.3%	0.7%
	DELFINES	2022	2,192	I	2,192	1,344	414	283	85	3	1,715	8,786	78.4%	16.5%	5.0%	0.2%
	DELFINES	2023	2,539	IX	22,857	15,440	3,340	4,500	2,182	197	22,319	33,237	69.2%	20.2%	9.8%	0.9%
	DELFINES	2024	3,070	VII	21,490	14,707	2,236	2,684	2,466	184	20,041	25,078	73.4%	13.4%	12.3%	0.9%
	PEÑA NEGRA	2020	1,622	II	3,244	1,457	474	214	47	2	1,720	3,329	84.7%	12.4%	2.7%	0.1%
	PEÑA NEGRA	2021	715	II	1,431	1,330	304	79	22	0	1,431	3,484	92.9%	5.5%	1.5%	0.0%
	PEÑA NEGRA	2023	1,899	VII	13,299	8,754	1,811	2,919	760	53	12,486	16,579	70.1%	23.4%	6.1%	0.4%
	PEÑA NEGRA	2024	2,123	VI	12,739	8,697	1,770	1,910	1,809	72	12,488	14,546	69.6%	15.3%	14.5%	0.6%
	VARILLAL	2020	1,139	II	2,278	1,866	369	163	20	1	2,050	5,214	91.0%	8.0%	1.0%	0.0%
	VARILLAL	2021	1,661	II	3,322	3,062	658	224	32	4	3,322	9,332	92.2%	6.7%	1.0%	0.1%
	VARILLAL	2023	1,763	VI	10,579	6,341	1,175	2,133	397	37	8,908	14,014	71.2%	23.9%	4.5%	0.4%
	VARILLAL	2024	2,330	V	11,651	5,291	1,165	1,422	658	94	7,465	12,126	70.9%	19.0%	8.8%	1.3%
	ZUNGAROCOCHA	2020	141	I	141	105	16	22	11	3	141	220	74.5%	15.6%	7.8%	2.1%
	ZUNGAROCOCHA	2021	717	III	2,152	1,964	214	166	18	4	2,152	4,186	91.3%	7.7%	0.8%	0.2%
IQUITOS	MANACAMIRI	2023	250	I	250	220	21	30	0	0	250	582	88.0%	12.0%	0.0%	0.0%
	MANACAMIRI	2024	250	IV	975	719	172	230	28	1	978	2,074	73.5%	23.5%	2.9%	0.1%
	SANTA RITA	2024	108	IV	452	339	77	93	7	0	439	953	77.2%	21.2%	1.6%	0.0%
	MORONA COCHA	2024	429	I	429	345	37	96	7	0	448	862	77.0%	21.4%	1.6%	0.0%
BELEN	6 DE OCTUBRE / SAN FRANCISCO	2022	160	I	160	159	21	0	0	0	159	411	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	6 DE OCTUBRE/SAN ANDRÉS	2024	395	III	1,185	1,040	78	140	4	3	1,187	3,959	87.6%	11.8%	0.3%	0.3%
	MUNICH	2022	58	I	58	52	6	4	0	0	56	173	92.9%	7.1%	0.0%	0.0%
	CARDOZO/C. LOPEZ	2023	1,162	IV	4,649	3,667	439	666	71	11	4,415	4,876	83.1%	15.1%	1.6%	0.2%
	CARDOZO/C. LOPEZ	2024	1,481	V	7,409	5,699	860	1,717	186	47	7,649	9,141	74.5%	22.4%	2.4%	0.6%
PUNCHANA	BARRIO FLORIDO	2021	288	I	288	253	57	35	0	0	288	640	87.8%	12.2%	0.0%	0.0%
	BARRIO FLORIDO	2022	300	I	300	217	112	0	0	0	217	644	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	BARRIO FLORIDO	2023	278	IV	1,263	875	382	126	23	6	1,030	2,410	85.0%	12.2%	2.2%	0.6%
	BARRIO FLORIDO	2024	431	III	1,293	783	179	331	17	4	1,135	2,028	69.0%	29.2%	1.5%	0.4%
	PADRECOCHA	2020	703	I	703	656	117	39	7	1	703	1,832	93.3%	5.5%	1.0%	0.1%
	PADRECOCHA	2021	906	II	1,812	1,613	215	149	45	5	1,812	4,120	89.0%	8.2%	2.5%	0.3%
	PADRECOCHA	2022	800	I	800	722	157	106	31	4	863	1,930	83.7%	12.3%	3.6%	0.5%
	PADRECOCHA	2023	1,230	IV	4,922	3,225	675	673	128	27	4,053	7,157	79.6%	16.6%	3.2%	0.7%
	PADRECOCHA	2024	2,111	III	6,334	4,056	584	1,368	179	65	5,668	7,085	71.6%	24.1%	3.2%	1.1%
	PICUROYACU	2023	270	II	445	261	56	60	2	0	323	448	80.8%	18.6%	0.6%	0.0%
	PICUROYACU	2024	579	III	1,738	1,203	258	310	30	8	1,551	2,165	77.6%	20.0%	1.9%	0.5%
TOTAL GENERAL			**84,728**		**380,001**	**258,295**	**62,962**	**73,102**	**23,387**	**3,324**	**358,108**	**648,018**	**72.1%**	**20.4%**	**6.5%**	**0.9%**

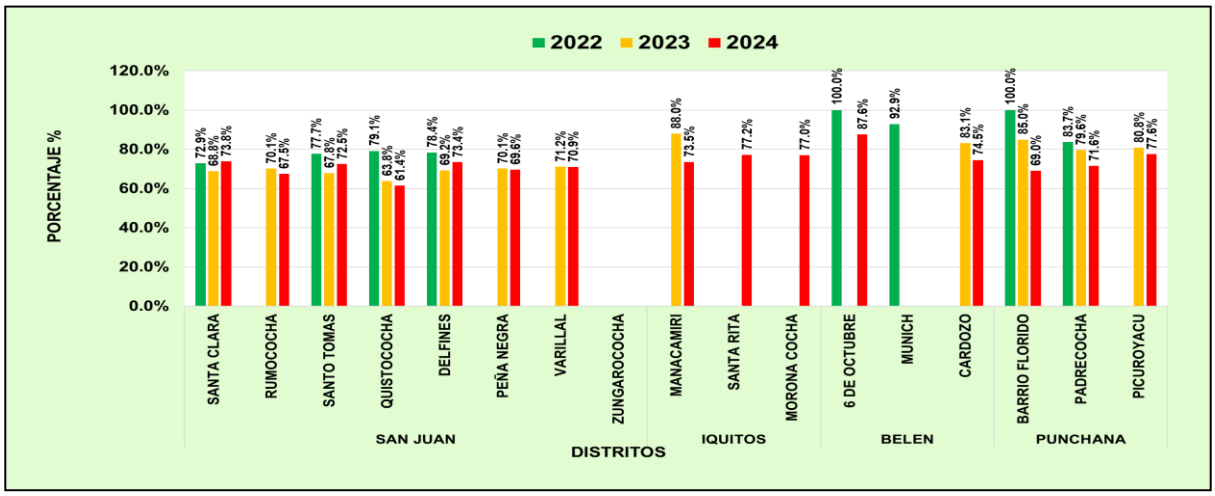
Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Siendo más Específicos, entre los años 2022 y 2024, las coberturas de tratamiento focal en las localidades periurbanas de la ciudad de Iquitos muestran una tendencia general de ligero descenso, aunque con variaciones entre distritos. En el distrito de San Juan, las localidades de Santa Clara, Santo Tomás y Delfines mantienen coberturas por encima del 70%, mientras que Quistococha presenta una disminución más marcada (de 79.1% en 2022 a 61.4% en 2024). Estas variaciones podrían relacionarse con factores como la movilidad poblacional, la accesibilidad de las viviendas y la aceptación comunitaria de las actividades de control vectorial.

Por otro lado, los distritos de Iquitos, Belén y Punchana evidencian un mejor desempeño relativo en algunas zonas, destacando Manacamiri con 73.5% y Santa Rita con 77.2% en 2024. Sin embargo, en Punchana se aprecia una reducción importante en Barrio Florido (de 100% a 69%), lo que refleja dificultades operativas o menor cobertura efectiva. En conjunto, las coberturas superiores al 70% siguen siendo alentadoras, pero la tendencia descendente observada en varios sectores indica la necesidad de reforzar el seguimiento, la participación

comunitaria y la sostenibilidad de las acciones focales para garantizar la interrupción de la transmisión de malaria en las áreas periurbanas de la región Loreto.

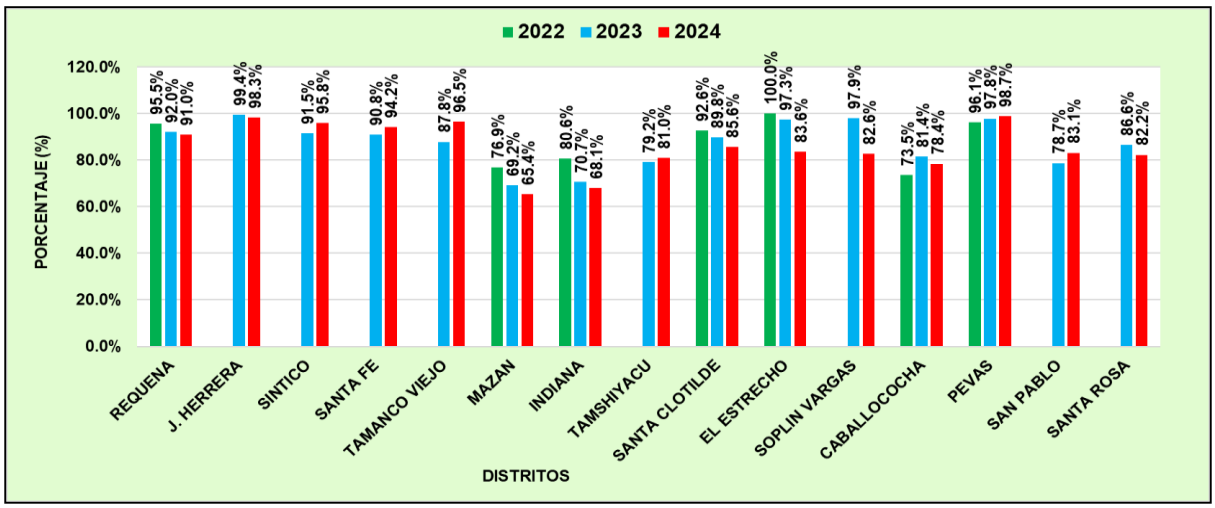
Gráfico N° 337 Región Loreto. Coberturas promedio de tratamiento focal en localidades periurbanas de la ciudad de Iquitos. 2022-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2022-2024

Entre los años 2022 y 2024, la cobertura promedio del tratamiento focal en las localidades de la Unidad Ejecutora 400 de la región Loreto se mantuvo mayoritariamente alta, con porcentajes superiores al 80% en la mayoría de los distritos. Destacan Requena, J. Herrera, Pevas y Tamanco Viejo, que alcanzaron coberturas cercanas o superiores al 95%, Reflejando un control sostenido y eficiente de las acciones antimaláricas.

Gráfico N° 338 Región Loreto. Cobertura promedio de Tratamiento Focal en localidades seleccionadas de la UE 400. 2022-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2022-2024

Entre los años 2020 y 2024, el tratamiento focal contra la malaria en las IPRESS de las provincias de la Unidad Ejecutora 400 de la región Loreto evidenció una cobertura sostenida y efectiva, con un promedio regional de 86.1% de viviendas inspeccionadas y tratadas, y bajos porcentajes de casas cerradas (8.7%), deshabitación (4.9%) y renuentes (0.3%). Los distritos de Requena, Jenaro Herrera, Pevas y Tamanco Viejo destacaron por mantener coberturas superiores al 90%, reflejando una implementación eficiente de las estrategias de

control vectorial. Sin embargo, zonas como Mazan, Indiana, Santa María y Caballococha presentaron coberturas menores, influenciadas por factores geográficos, dispersión poblacional, dificultades logísticas y limitaciones de acceso fluvial. En conjunto, los resultados muestran avances significativos en la reducción del riesgo de transmisión de dengue, aunque persisten desafíos en la cobertura homogénea y sostenibilidad del tratamiento focal en áreas rurales y de difícil acceso.

Tabla N° 222 Región Loreto. Tratamiento focal por años de intervención en las IPRESS de las provincias de la Unidad Ejecutora 400. 2020-2024

PROVINCIA	DISTRITO	IPRESS	AÑO	META FISICA	N° DE INTERV.	META PROG.	CASAS							COBERTURAS			
							Inspeccion.	Tratadas	Cerradas	Deshab.	Renuent.	Total	N° de Resid.	%Ins	%Cerr	%Desh.	%Ren.
REQUENA	REQUENA	REQUENA	2020	7,037	III	15,062	14,934	4,221	772	22	11	15,739	50,235	94.9%	4.9%	0.1%	0.1%
	REQUENA	REQUENA	2021	7,037	V	28,148	18,590	5,128	826	97	3	19,516	66,786	95.3%	4.2%	0.5%	0.0%
	REQUENA	REQUENA	2022	6,221	III	18,663	13,407	3,545	492	111	24	14,034	45,319	95.5%	3.5%	0.8%	0.2%
	REQUENA	REQUENA	2023	8995	VII	56,689	49,391	7,411	3,900	299	85	53,675	148,275	92.0%	7.3%	0.6%	0.2%
	REQUENA	REQUENA	2024	9,033	VII	61,111	52,050	8,632	4,682	254	185	57,172	145,724	91.0%	8.2%	0.4%	0.3%
	JENARO HERRERA	JENARO HERRERA	2023	965	VII	7,601	6,885	2,014	28	10	2	6,925	26,709	99.4%	0.4%	0.1%	0.0%
	JENARO HERRERA	JENARO HERRERA	2024	1,075	VIII	7,279	6,885	2,014	28	10	2	6,925	26,709	99.4%	0.4%	0.1%	0.0%
	EMILIO SAN	SINTICO	2023	66	V	340	313	137	40	0	0	342	1,065	91.5%	11.7%	0.0%	0.0%
	EMILIO SAN	SINTICO	2024	69	VIII	74	530	169	21	1	0	553	2,304	95.8%	3.8%	0.2%	0.0%
	EMILIO SAN	SANTA FE	2023	253	V	1,263	1,180	277	120	0	0	1,300	4,398	90.8%	9.2%	0.0%	0.0%
	EMILIO SAN	SANTA FE	2024	268	IX	278	2,190	885	71	60	3	2,326	9,622	94.2%	3.1%	2.6%	0.1%
	EMILIO SAN	TAMANCO VIEJO	2021	340	I	340	350	0	26	22	0	398	1,514	87.9%	6.5%	5.5%	0.0%
	EMILIO SAN	TAMANCO VIEJO	2023	428	VII	3,302	2,774	1,189	234	150	1	3,159	9,770	87.8%	7.4%	4.7%	0.0%
	EMILIO SAN	TAMANCO VIEJO	2024	467	X	592	4,264	1,388	39	125	0	4,417	18,479	96.5%	0.9%	2.8%	0.0%
MAYNAS	MAZAN	MAZAN	2020	1350	III	3,366	2,601	1,441	463	593	0	3,657	11,428	71.1%	12.7%	16.2%	0.0%
	MAZAN	MAZAN	2021	1350	V	6,750	5,519	3,464	1,036	1,552	14	8,121	24,283	68.0%	12.8%	19.1%	0.2%
	MAZAN	MAZAN	2022	1350	II	2,700	2,329	1,483	121	554	25	3,029	9,082	76.9%	4.0%	18.3%	0.8%
	MAZAN	MAZAN	2023	2253	VI	13,821	9,198	4,662	451	3,628	13	13,290	36,405	69.2%	3.4%	27.3%	0.1%
	MAZAN	MAZAN	2024	1,630	VII	12,708	9,511	2,578	2,098	2,885	26	14,520	34,192	65.5%	14.4%	19.9%	0.2%
	INDIANA	INDIANA	2020	1,000	III	2,000	1,513	952	297	384	8	2,359	6,787	64.1%	12.6%	16.3%	0.3%
	INDIANA	INDIANA	2021	500	III	1,500	2,526	1,615	302	730	9	3,567	10,727	70.8%	8.5%	20.5%	0.3%
	INDIANA	INDIANA	2022	1,000	I	1,000	1,139	725	33	241	0	1,413	4,282	80.6%	2.3%	17.1%	0.0%
	INDIANA	INDIANA	2023	1,214	VI	6,607	4,267	2,158	433	1,325	9	6,034	16,552	70.7%	7.2%	22.0%	0.1%
	INDIANA	INDIANA	2024	1,170	VIII	9,626	7,156	2,495	1,382	1,950	43	10,512	25,155	68.1%	13.1%	18.6%	0.4%
	NAPO	SANTA CLOTILDE	2020	517	III	1,748	1,532	1,062	97	99	3	1,731	7,491	88.5%	5.6%	5.7%	0.2%
	NAPO	SANTA CLOTILDE	2021	571	II	1,142	296	117	0	17	0	313	1,264	94.6%	0.0%	5.4%	0.0%
	NAPO	SANTA CLOTILDE	2022	685	II	1,370	1,355	350	75	33	0	1,463	4,128	92.6%	5.1%	2.3%	0.0%
	NAPO	SANTA CLOTILDE	2023	980	III	2,645	2,115	1,121	258	105	21	2,355	7,107	89.8%	11.0%	4.5%	0.9%
	NAPO	SANTA CLOTILDE	2024	1,015	VI	4,962	3,522	1,461	432	158	3	4,115	10,406	85.6%	10.5%	3.8%	0.1%
	FERNANDO LORES	TAMSHIYACU	2020	1,872	I	1,872	451	128	96	23	4	574	1,658	78.6%	16.7%	4.0%	0.7%
	FERNANDO LORES	TAMSHIYACU	2023	2,358	III	7,185	5,385	2,529	807	563	40	6,795	21,448	79.2%	11.9%	8.3%	0.6%
	FERNANDO LORES	TAMSHIYACU	2024	1,992	VI	12,649	11,338	4,479	1,336	1,184	25	13,994	38,743	81.0%	9.5%	8.5%	0.2%
	SANTA MARIA DE	SANTA MARIA	2024	440	I	440	260	104	146	34	0	440	1,074	59.1%	33.2%	7.7%	0.0%
PUTUMAYO	ESTRECHO	ESTRECHO	2020	1,115	VI	5,297	4,671	1,818	0	0	0	4,648	11,418	100.5%	0.0%	0.0%	0.0%
	ESTRECHO	ESTRECHO	2021	1,266	IV	5,064	4,210	1,595	4	16	0	4,366	9,999	96.4%	0.1%	0.4%	0.0%
	ESTRECHO	ESTRECHO	2022	1,033	II	2,066	1,697	612	0	0	0	1,697	3,608	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	ESTRECHO	ESTRECHO	2023	1,640	VIII	13,125	12,769	5,712	119	230	10	13,125	33,289	97.3%	0.9%	1.8%	0.1%
	ESTRECHO	ESTRECHO	2024	1,491	X	14,801	11,617	4,226	1,012	1,212	51	13,892	25,772	83.6%	7.3%	8.7%	0.4%
	TTE. MANUEL	SOPLIN VARGAS	2023	259	XV	3,891	3,845	1,593	28	53	0	3,926	12,949	97.9%	0.7%	1.3%	0.0%
	TTE. MANUEL	SOPLIN VARGAS	2024	206	XIV	3,219	2,853	1,309	215	387	0	3,455	12,450	82.6%	6.2%	11.2%	0.0%
M. RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	2020	2,850	III	8,550	6,023	1,523	1,364	191	46	7,681	24,114	78.4%	17.8%	2.5%	0.6%
	RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	2021	2,699	III	8,096	9,196	2,249	1,613	172	50	11,031	36,451	83.4%	14.6%	1.6%	0.5%
	RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	2022	1,543	IV	7,268	6,685	805	2,045	193	178	9,101	25,306	73.5%	22.5%	2.1%	2.0%
	RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	2023	3,634	VIII	28,435	22,323	5,122	4,427	562	120	27,432	81,668	81.4%	16.1%	2.0%	0.4%
	RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	2024	4,007	VIII	29,294	21,815	5,516	5,035	718	260	27,828	76,654	78.4%	18.1%	2.6%	0.9%
	RAMON CASTILLA	CUSHILLOCOCHA	2024	685	I	685	617	380	60	4	4	685	2,486	90.1%	8.8%	0.6%	0.6%
	PEVAS	PEVAS	2021	1,192	IV	4,513	3,276	1,379	278	52	12	3,618	11,837	90.5%	7.7%	1.4%	0.3%
	PEVAS	PEVAS	2022	1,419	III	4,719	3,877	1,129	158	16	1	4,033	12,348	96.1%	3.9%	0.4%	0.0%
	PEVAS	PEVAS	2023	3,773	VI	7,455	6,328	1,716	135	4	1	6,468	18,369	97.8%	2.1%	0.1%	0.0%
	PEVAS	PEVAS	2024	1,256	VIII	9,059	8,965	2,481	110	4	2	9,081	24,164	98.7%	1.2%	0.0%	0.0%
	SAN PABLO	SAN PABLO	2023	1,352	II	2,703	1,120	553	156	177	0	1,423	4,929	78.7%	11.0%	12.4%	0.0%
	SAN PABLO	SAN PABLO	2024	1,145	VI	6,896	4,737	2,826	552	407	1	5,697	20,121	83.1%	9.7%	7.1%	0.0%
	YAVARI	ISLA SANTA ROSA	2021	571	II	1,142	1,074	425	89	42	8	1,213	3,131	88.5%	7.3%	3.5%	0.7%
	YAVARI	ISLA SANTA ROSA	2023	435	V	2,779	2,374	1,592	210	133	23	2,740	8,794	86.6%	7.7%	4.9%	0.8%
	YAVARI	ISLA SANTA ROSA	2024	617	VI	2,701	2,153	1,722	233	130	10	2,526	9,073	85.2%	9.2%	5.1%	0.4%
GERESA LORETO				**82,430**		**466,591**	**387,981**	**116,217**	**38,985**	**21,922**	**1,336**	**450,429**	**1,298,051**	**86.1%**	**8.7%**	**4.9%**	**0.3%**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Las localidades de las U. E, 401, 404, 404 Y 407 también realizan varios ciclos de intervención de tratamiento focal entre los años 2020 a 2024 siendo la cobertura promedio de 88.8% de casas intervenidas, 8.9% de casas cerradas, 1.8% de casas deshabitadas y 0.5% de casas renuentes.

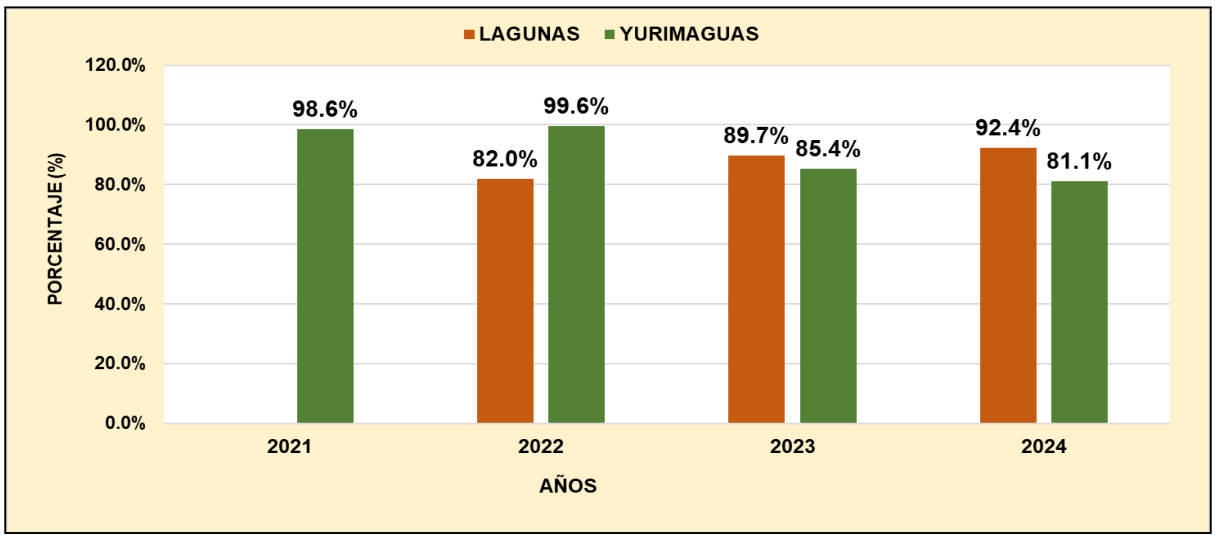
Tabla N° 223 Región Loreto. Tratamiento focal por años de intervención en las IPRESS de las provincias de la UE. 401, 404, 406 y 407. 2020-2024

Provincias	Distrito	Año	Meta Física	N° Interv.	VIVIENDAS							Total de Habit	COBERTURAS			
					Meta Prog.	Inspeccionadas	Tratadas	Cerradas	Deshabitadas	Renuentes	Total registradas		INSP	CERR	DESH	REN
ALTO AMAZONAS	LAGUNAS	2022	2447	II	4,894	3,816	2,423	837	0	0	4,653	14,296	82.0%	18.0%	0.0%	0.0%
	LAGUNAS	2023	2302	III	70,436	57,909	30,629	9,581	275	397	67,798	207,029	85.4%	14.1%	0.4%	0.6%
	LAGUNAS	2024	2156	IV	8,624	9,991	5,950	817	0	8	10,816	31,428	92.4%	7.6%	0.0%	0.1%
	YURIMAGUAS	2021	26291	I	26,291	13,512	2,585	192	2	0	13,706	49,450	98.6%	1.4%	0.0%	0.0%
	YURIMAGUAS	2022	2154	II	3,573	3,704	1,622	13	0	1	3,718	22,657	99.6%	0.3%	0.0%	0.0%
	YURIMAGUAS	2023	23519	III	70,436	57,909	30,629	9,581	275	397	67,798	207,029	85.4%	14.1%	0.4%	0.6%
	YURIMAGUAS	2024	26446	V	123,222	101,297	57,866	21,398	284	1,907	124,886	356,051	81.1%	17.1%	0.2%	1.5%
LORETO NAUTA	NAUTA	2021	8450	III	42,569	27,676	10,861	869	128	32	28,705	81,711	96.4%	3.0%	0.4%	0.1%
	NAUTA	2022	8633	V	42,766	28,446	11,577	1,377	114	22	29,959	82,416	94.9%	4.6%	0.4%	0.1%
	NAUTA	2023	9151	VIII	72,003	65,442	29,417	4,700	367	69	70,578	180,354	92.7%	6.7%	0.5%	0.1%
	NAUTA	2024	10184	XI	108,639	89,086	39,068	7,774	199	256	97,315	229,958	91.5%	8.0%	0.2%	0.3%
	TROMPETEROS	2021	725	IV	2,393	2,211	898	173	15	5	2,404	6,453	92.0%	7.2%	0.6%	0.2%
	TROMPETEROS	2022	788	IV	2,908	2,718	1,173	204	0	0	2,922	6,819	93.0%	7.0%	0.0%	0.0%
	TROMPETEROS	2023	800	IV	2,780	2,589	1,399	140	7	1	2,737	7,940	94.6%	5.1%	0.3%	0.0%
	TROMPETEROS	2024	723	VII	4,912	3,988	2,333	350	30	2	4,370	13,978	91.3%	8.0%	0.7%	0.0%
	URARINAS	2024	840	V	3,205	2,924	1,461	267	0	2	3,193	8,211	91.6%	8.4%	0.0%	0.1%
	INTUTO	2021	375	IV	1,317	1,010	587	284	50	11	1,355	3,893	74.5%	21.0%	3.7%	0.8%
	INTUTO	2022	401	II	801	798	348	231	9	0	1,038	2,393	76.9%	22.3%	0.9%	0.0%
	INTUTO	2023	491	V	981	862	374	122	11	0	995	2,807	86.6%	12.3%	1.1%	0.0%
	28 DE JULIO	2022	94	II	188	123	18	61	4	0	188	566	65.4%	32.4%	2.1%	0.0%
	PROVIDENCIA	2022	40	II	79	65	21	14	0	0	79	298	82.3%	17.7%	0.0%	0.0%
	MAYPUCO	2021	499	III	1,497	1,160	726	272	239	6	1,677	4,908	69.2%	16.2%	14.3%	0.4%
	MAYPUCO	2022	981	I	1,210	929	654	140	138	3	1,210	3,820	76.8%	11.6%	11.4%	0.2%
	PARINARI	2023	376	VIII	2,249	1,701	725	432	110	9	2,252	6,068	75.5%	19.2%	4.9%	0.4%
	PARINARI	2024	398	V	2,006	1,745	1,432	28	0	0	1,773	6,044	98.4%	1.6%	0.0%	0.0%
	SANTA RITA DE CASTILLA	2021	363	I	363	325	126	31	5	0	361	1,060	90.0%	8.6%	1.4%	0.0%
	SANTA RITA DE CASTILLA	2022	279	II	557	472	111	69	19	2	562	1,543	84.0%	12.3%	3.4%	0.4%
UCAYALI	CONTAMANA	2021	4741	VIII	39,421	31,395	2,851	2,114	2,326	328	37,105	145,009	84.6%	5.7%	6.3%	0.9%
	CONTAMANA	2022	5330	VI	24,515	17,043	3,575	1,619	1,492	100	20,278	71,921	84.0%	8.0%	7.4%	0.5%
	CONTAMANA	2023	5478	V	27,570	22,743	4,798	2,170	1,168	327	26,408	85,880	86.1%	8.2%	4.4%	1.2%
	CONTAMANA	2024	6400	V	32,000	26,389	6,070	919	126	70	27,504	112,805	95.9%	3.3%	0.5%	0.3%
	VARGAS GUERRA	2023	1757	IV	7,033	6,004	461	287	40	88	6,419	22,166	93.5%	4.5%	0.6%	1.4%
	VARGAS GUERRA	2024	1761	X	17,602	14,651	5,015	523	1,412	159	16,745	46,311	87.5%	3.1%	8.4%	0.9%
	SARAYACU	2023	1143	V	4,177	3,870	577	235	77	2	4,152	17,631	93.2%	5.7%	1.9%	0.0%
	SARAYACU	2024	647	VIII	8,972	7,620	2,780	338	103	6	8,067	37,313	94.5%	4.2%	1.3%	0.1%
	PADRE MARQUEZ	2023	179	I	179	177	78	5	2	0	184	3,366	96.2%	2.7%	1.1%	0.0%
	PADRE MARQUEZ	2024	255	XI	2,802	2,456	169	45	18	1	2,520	7,439	97.5%	1.8%	0.7%	0.0%
	PAMPA HERMOSA	2024	350	IX	3,214	2,652	1,155	25	193	0	2,870	14,901	92.4%	0.9%	6.7%	0.0%
	INAHUAYA	2023	352	III	6,207	5,698	889	352	231	5	6,254	23,830	91.1%	5.6%	3.7%	0.1%
	INAHUAYA	2024	451	IX	4,053	2,470	1,169	231	198	0	2,899	7,380	85.2%	8.0%	6.8%	0.0%
DATEM DEL MARAÑÓN	BARRANCA	2022	4061	II	8,122	2,116	272	163	318	4	2,601	27,714	81.4%	6.3%	12.2%	0.2%
	BARRANCA	2023	4264	IX	44,872	36,380	2,370	2,082	3,178	42	41,155	145,057	88.4%	5.1%	7.7%	0.1%
	BARRANCA	2024	5118	XVI	71,929	50,551	3,671	1,939	1,100	65	53,655	210,244	94.2%	3.6%	2.1%	0.1%
	MORONA	2023	549	IV	2,754	2,565	689	73	115	1	2,754	11,905	93.1%	2.7%	4.2%	0.0%
	MORONA	2024	561	XI	5,879	5,300	753	203	60	23	5,586	31,294	94.9%	3.6%	1.1%	0.4%
	MANSERICHE	2023	1177	II	2,122	1,928	309	134	55	5	2,122	8,900	90.9%	6.3%	2.6%	0.2%
	MANSERICHE	2024	1443	VIII	10,184	8,980	953	698	234	91	10,003	35,614	89.8%	7.0%	2.3%	0.9%
	PASTAZA	2023	433	VI	1,739	1,693	279	27	29	0	1,739	8,071	97.4%	1.6%	1.7%	0.0%
	PASTAZA	2024	582	XI	6,508	6,139	691	121	158	0	6,418	22,929	95.7%	1.9%	2.5%	0.0%
	ANDOAS	2022	475	I	475	384	116	50	31	10	475	2,336	80.8%	10.5%	6.5%	2.1%
	ANDOAS	2023	420	I	420	378	300	32	2	8	420	2,265	90.0%	7.6%	0.5%	1.9%
	ANDOAS	2024	378	VII	4,104	3,888	1,437	145	59	12	4,104	17,541	94.7%	3.5%	1.4%	0.3%
TOTAL					**937,752**	**745,878**	**276,440**	**74,487**	**15,006**	**4,477**	**839,485**	**2,659,002**	**88.8%**	**8.9%**	**1.8%**	**0.5%**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2021-2024

Entre los años 2021 y 2024, las coberturas de control larvario en los distritos de la provincia de Alto Amazonas muestran una tendencia variable. En Lagunas, se observa un incremento sostenido en la cobertura, pasando de 82.0% en 2022 a 92.4% en 2024, lo que refleja un fortalecimiento progresivo de las actividades de control vectorial. En cambio, en Yurimaguas la cobertura presenta una disminución significativa, de 98.6% en 2021 a 81.1% en 2024, lo que podría indicar dificultades operativas, limitaciones de recursos o menor participación comunitaria en los últimos años. En conjunto, los datos evidencian avances en Lagunas, pero un retroceso en Yurimaguas, lo que resalta la necesidad de reforzar las intervenciones y la sostenibilidad de las acciones de control larvario en esta provincia.

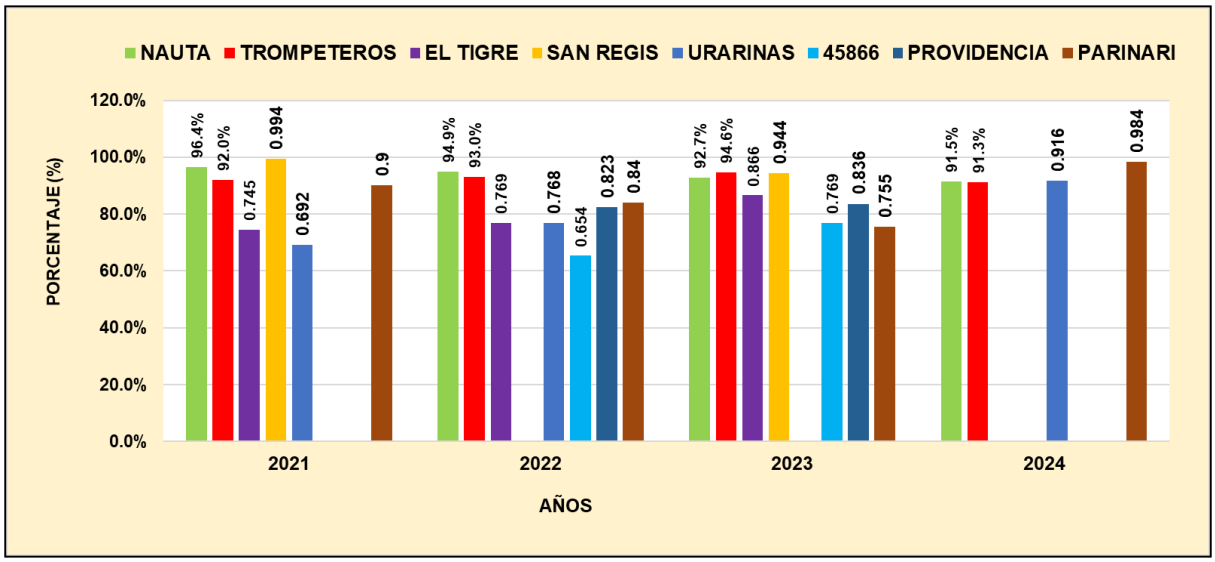
Gráfico N° 339 Región Loreto. Coberturas de Control larvario en los distritos de la provincia de Alto Amazonas 2021-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2021-2024

Entre los años 2021 y 2024, las coberturas de control larvario en los distritos de la provincia de Loreto, Nauta muestran comportamientos heterogéneos. En general, el distrito de Nauta mantiene coberturas altas, aunque con una leve disminución de 96.4% en 2021 a 91.5% en 2024, lo que sugiere cierto debilitamiento en la continuidad de las acciones. Trompeteros presenta niveles también elevados, pero con una ligera variación, alcanzando 91.3% en 2024. En El Tigre y San Regis se evidencia una mejora entre 2021 y 2023, con incrementos notables en la cobertura, mientras que Urarinas muestra un avance importante, pasando de 69.2% en 2021 a 91.6% en 2024

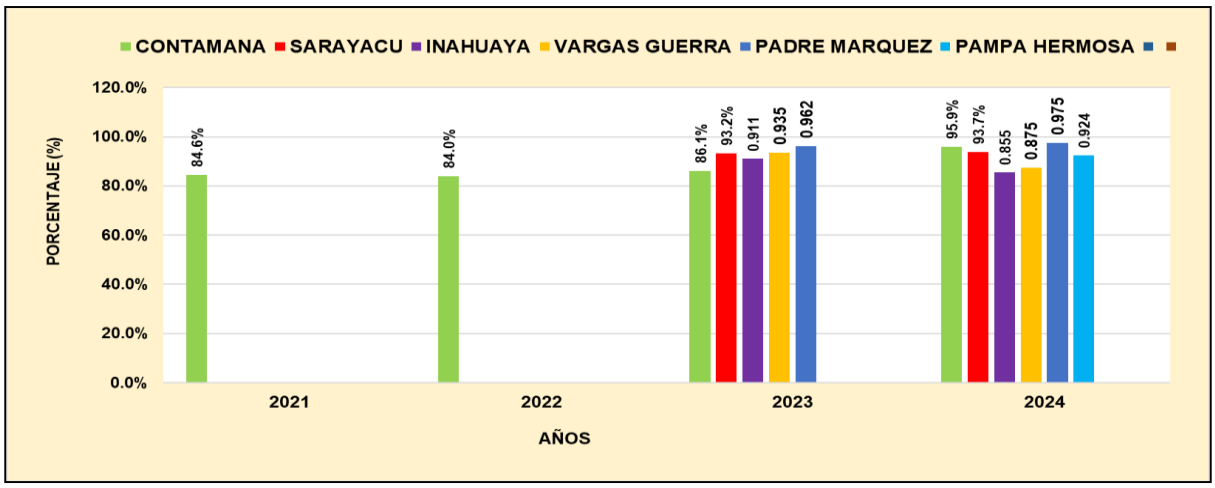
Gráfico N° 340 Región Loreto. Coberturas de Control larvario en los distritos de la provincia de Loreto Nauta 2021-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2021-2024

En la provincia de Ucayali se observa la mejor cobertura de intervención en el año 2024 sobre todo en el distrito de Padre Márquez que tuvo 96.2% en el 2023 y 97.5% en el año 2024. El distrito de Contamana pasó de 84.6% en 2021 a 95.9% en el 2024.

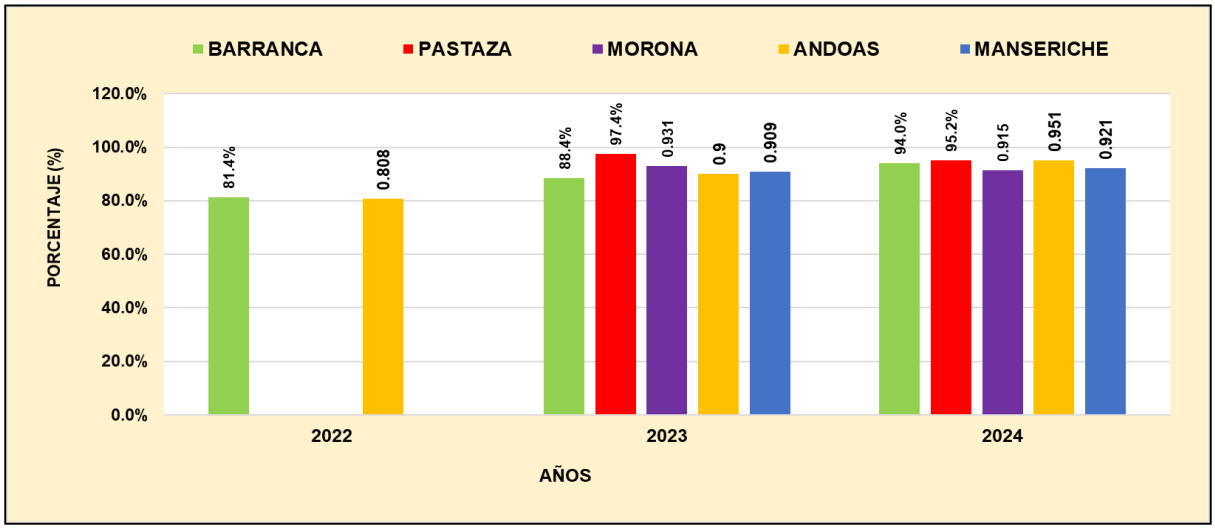
Gráfico N° 341 Región Loreto. Coberturas de Control larvario en los distritos de la provincia de Loreto Ucayali. 2021-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2021-2024

En la provincia de Datem del Marañón se observa la mejor cobertura de intervención en el distrito de Pastaza con 97.4% en el año 2023 seguido. En el año 2024, todos los distritos estudiados (5 de 6) alcanzaron coberturas superiores a 90%.

Gráfico N° 342 Región Loreto. Coberturas de Control larvario en los distritos de la provincia dl Datem del Marañón. 2021-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2022-2024

6.10.1.3 Fumigación espacial

La fumigación espacial constituye una de las principales estrategias de control vectorial frente al dengue en la región Loreto, especialmente en contextos de alta transmisión y brotes epidémicos. Esta intervención busca eliminar al mosquito adulto *Aedes aegypti*, principal vector de la enfermedad, mediante la aplicación de insecticidas en espacios públicos y viviendas.

6.10.1.3.1 Fumigación en la ciudad de Iquitos:

Durante los años 2020 al 2024, se desarrollaron entre 3 a 4 campañas de nebulización espacial por año en la ciudad de Iquitos, habiéndose alcanzado una cobertura general de fumigación de 62% (Tabla N° 224). Estas campañas se realizaron paralelas al control focal, cuyos objetivos fueron controlar los brotes epidémicos en la ciudad de Iquitos, sin embargo el año 2024 las coberturas alcanzadas a finales de año fueron muy bajas, tanto como 50.7% en Bellavista Nanay, 44.33% en Morona cocha y San Antonio o 40.84% en San Juan, por lo que debería evaluar la eficacia de este tipo de intervención.

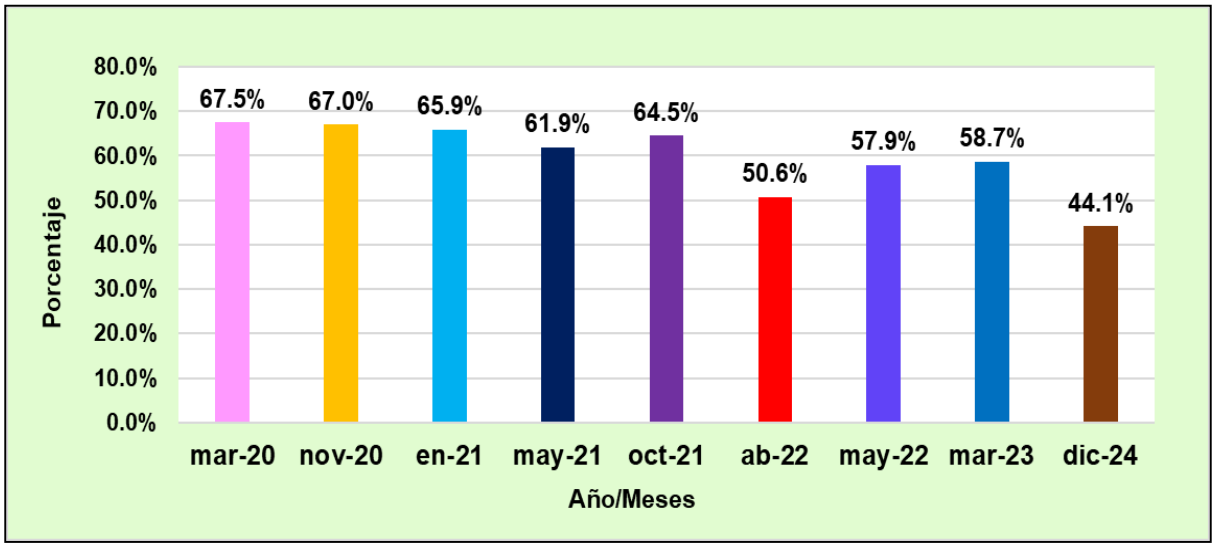
Tabla N° 224 Región Loreto. Viviendas con Fumigación Espacial (Nebulización) en la ciudad de Iquitos-2020-2024

PROVINCIA	DISTRITOS	IPRESS	AÑO	MES	CICLOS	META PROGRAM.	HABITAN. PROTEG.	NEBULIZACIÓN	CERRADAS	DESHABITADAS	RENUENTES	TOTAL CASAS	% NEBULIZ.	% CERR.	% DESHAB.	% RENUEN.
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2020	FEBRERO	II	5784	16012	3739	1203	0	842	5784	64.64%	20.80%	0.00%	14.56%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2020	MARZO	III	37,551	123,067	29,637	4,725	0	3,189	37,551	78.92%	12.58%	0.00%	8.49%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2020	JUNIO	II	13,296	40,081	9,732	2,123	0	1,441	13,296	73.19%	15.97%	0.00%	10.84%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2020	OCTUBRE	III	56,622	185,200	45,622	6,059	0	4,941	56,622	80.57%	10.70%	0.00%	8.73%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2021	FEBRERO	III	55,827	172,457	41,600	8,296	0	5,777	55,673	74.72%	14.90%	0.00%	10.38%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2021	JUNIO	II	14,690	32,447	8,055	3,123	0	2,207	13,385	60.18%	23.33%	0.00%	16.49%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2021	OCTUBRE	III	60,321	163,327	41,624	10,237	0	7,808	59,669	69.76%	17.16%	0.00%	13.09%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2022	MARZO	II	376	715	135	126	0	107	368	36.68%	34.24%	0.00%	29.08%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2022	ABRIL	II	5,590	13,305	2,798	1,357	99	1,083	5,337	52.43%	25.43%	1.85%	20.29%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2022	MAYO	II	1,530	3,331	712	541	11	251	1,515	47.00%	35.71%	0.73%	16.57%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2022	JUNIO	I	369	599	147	102	0	72	321	45.79%	31.78%	0.00%	22.43%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2022	AGOSTO	I	267	535	120	93	0	54	267	44.94%	34.83%	0.00%	20.22%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2023	FEBRERO	II	2,323	6,668	1,431	493	0	468	2,392	59.82%	20.61%	0.00%	19.57%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2023	MARZO	III	60,720	138,192	33,845	14,699	832	9,197	58,573	57.78%	25.10%	1.42%	15.70%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2024	ENERO	III	492	1,035	392	74	0	9	475	82.53%	15.58%	0.00%	1.89%
MAYNAS	PUNCHANA	B. NANAY	2024	NOV-DIC	III	32,829	62,892	16,744	10,155	790	5,335	33,024	50.70%	30.75%	2.39%	16.15%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2020	FEBRERO	II	8,775	22,372	5,055	2,135	0	1,585	8,775	57.61%	24.33%	0.00%	18.06%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2020	MARZO	III	31,708	92,552	20,162	6,450	0	5,096	31,708	63.59%	20.34%	0.00%	16.07%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2020	JUNIO	II	15,771	52,747	10,182	3,477	0	2,112	15,771	64.56%	22.05%	0.00%	13.39%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2020	OCTUBRE	III	103,631	304,390	72,407	17,486	0	13,738	103,631	69.87%	16.87%	0.00%	13.26%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2021	FEBRERO	III	104,262	298,866	69,950	19,047	0	13,819	102,816	68.03%	18.53%	0.00%	13.44%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2021	JUNIO	II	26,602	58,214	14,438	6,866	0	4,848	26,152	55.21%	26.25%	0.00%	18.54%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2021	NOVIEMBRE	III	105,705	253,901	63,039	24,167	0	17,761	104,967	60.06%	23.02%	0.00%	16.92%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2022	MARZO	II	1,958	4,324	949	685	0	421	2,055	46.18%	33.33%	0.00%	20.49%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2022	ABRIL	II	3,728	6,647	1,554	1,143	30	816	3,543	43.86%	32.26%	0.85%	23.03%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2022	MAYO	II	12,859	24,952	5,384	4,149	79	3,054	12,666	42.51%	32.76%	0.62%	24.11%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2022	JUNIO	I	1,972	2,749	635	738	1	558	1,932	32.87%	38.20%	0.05%	28.88%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2022	AGOSTO	I	2,399	4,313	873	816	24	603	2,316	37.69%	35.23%	1.04%	26.04%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2023	FEBRERO	I	2,064	5,417	1,158	439	0	450	2,047	56.57%	21.45%	0.00%	21.98%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2023	MARZO	III	36,298	77,251	18,232	10,262	297	6,681	35,472	51.40%	28.93%	0.84%	18.83%
MAYNAS	IQUITOS	MORONACOCHA/ SAN ANTONIO	2024	NOV-DIC	III	27,678	41,117	10,147	11,896	213	5,846	28,102	36.11%	42.33%	0.76%	20.80%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2020	MARZO	III	11,799	34,341	7,784	2,346	0	1,669	11,799	65.97%	19.88%	0.00%	14.15%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2020	JUNIO	II	10,871	29,728	7,763	1,749	0	1,359	10,871	71.41%	16.09%	0.00%	12.50%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2020	OCTUBRE	III	46,137	111,926	27,880	10,909	0	7,348	46,137	60.43%	23.64%	0.00%	15.93%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2021	FEBRERO	III	44,805	102,351	25,067	10,364	0	5,816	41,247	60.77%	25.13%	0.00%	14.10%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2021	JUNIO	II	5,088	12,294	3,103	1,103	0	926	5,132	60.46%	21.49%	0.00%	18.04%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2021	NOVIEMBRE	III	53,328	123,538	34,906	10,001	0	7,288	52,195	66.88%	19.16%	0.00%	13.96%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2022	ABRIL	II	1,994	5,304	1,092	404	23	419	1,938	56.35%	20.85%	1.19%	21.62%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2022	MAYO	II	4,702	9,986	2,268	1,106	67	867	4,308	52.65%	25.67%	1.56%	20.13%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2022	JUNIO	I	399	736	152	135	0	109	396	38.38%	34.09%	0.00%	27.53%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2022	AGOSTO	I	721	1,229	275	145	8	185	613	44.86%	23.65%	1.31%	30.18%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2022	NOVIEMBRE	II	1,947	3,265	801	692	26	429	1,948	41.12%	35.52%	1.33%	22.02%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2023	FEBRERO	I	153	324	114	20	0	19	153	74.51%	13.07%	0.00%	12.42%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE	2023	MARZO	I	17,414	39,644	10,642	3,183	320	1,815	15,960	66.68%	19.94%	2.01%	11.37%
MAYNAS	BELEN	CARDOZO	2023	MARZO	II	2,072	3,690	1,690	249	43	90	2,072	81.56%	12.02%	2.08%	4.34%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2020	FEBRERO	II	9,378	23,781	6,019	2,095	0	1,264	9,378	64.18%	22.34%	0.00%	13.48%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2020	MARZO	III	41,968	104,493	25,445	12,315	0	4,208	41,968	60.63%	29.34%	0.00%	10.03%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2020	JUNIO	II	11,837	30,186	7,787	2,557	0	1,493	11,837	65.79%	21.60%	0.00%	12.61%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2020	OCTUBRE	III	88,171	190,263	51,365	24,738	0	12,068	88,171	58.26%	28.06%	0.00%	13.69%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2021	FEBRERO	III	88,572	183,195	47,429	22,311	0	10,028	79,768	59.46%	27.97%	0.00%	12.57%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2021	JUNIO	II	31,254	76,503	21,231	6,318	0	3,472	31,021	68.44%	20.37%	0.00%	11.19%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2021	NOVIEMBRE	III	93,435	208,062	59,785	18,986	0	13,606	92,377	64.72%	20.55%	0.00%	14.73%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2022	MARZO	II	1,188	2,698	622	612	0	405	1,639	37.95%	37.34%	0.00%	24.71%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2022	ABRIL	II	2,866	5,921	1,438	820	48	487	2,793	51.49%	29.36%	1.72%	17.44%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2022	MAYO	II	3,322	6,184	1,465	1,133	71	485	3,154	46.45%	35.92%	2.25%	15.38%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2022	JULIO	I	1,987	2,737	673	515	23	361	1,572	42.81%	32.76%	1.46%	22.96%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2022	AGOSTO	I	1,770	2,748	694	649	11	354	1,708	40.63%	38.00%	0.64%	20.73%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2022	NOVIEMBRE	II	3,361	4,205	1,063	1,517	30	649	3,259	32.62%	46.55%	0.92%	19.91%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2023	FEBRERO	I	1,409	3,311	954	361	0	114	1,429	66.76%	25.26%	0.00%	7.98%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2023	MARZO	III	95,103	203,129	56,328	21,921	2,003	12,436	92,688	60.77%	23.65%	2.16%	13.42%
MAYNAS	SAN JUAN	SAN JUAN	2024	DICIEMBRE	II	10,454	15,914	4,447	4,285	147	1,612	10,491	42.39%	40.84%	1.40%	15.37%
TOTAL						1,521,502	3,751,361	940,780	336,701	5,196	211,550	1,494,227	62.96%	22.53%	0.35%	14.16%

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, las coberturas de fumigación en la ciudad de Iquitos muestran una tendencia descendente, pasando de 67.5% en marzo de 2020 a 44.1% en diciembre de 2024. Este comportamiento refleja una reducción progresiva en la ejecución de las acciones de control vectorial, posiblemente asociada a limitaciones operativas, escasez de recursos o menor participación comunitaria.

Gráfico N° 343 Región Loreto. Comparación de coberturas de fumigación en la ciudad de Iquitos. 2020 - 2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Tabla N° 225 Región Loreto. Viviendas con Fumigación Espacial (Nebulización) en localidades periurbanas a la ciudad de Iquitos-2020-2024.

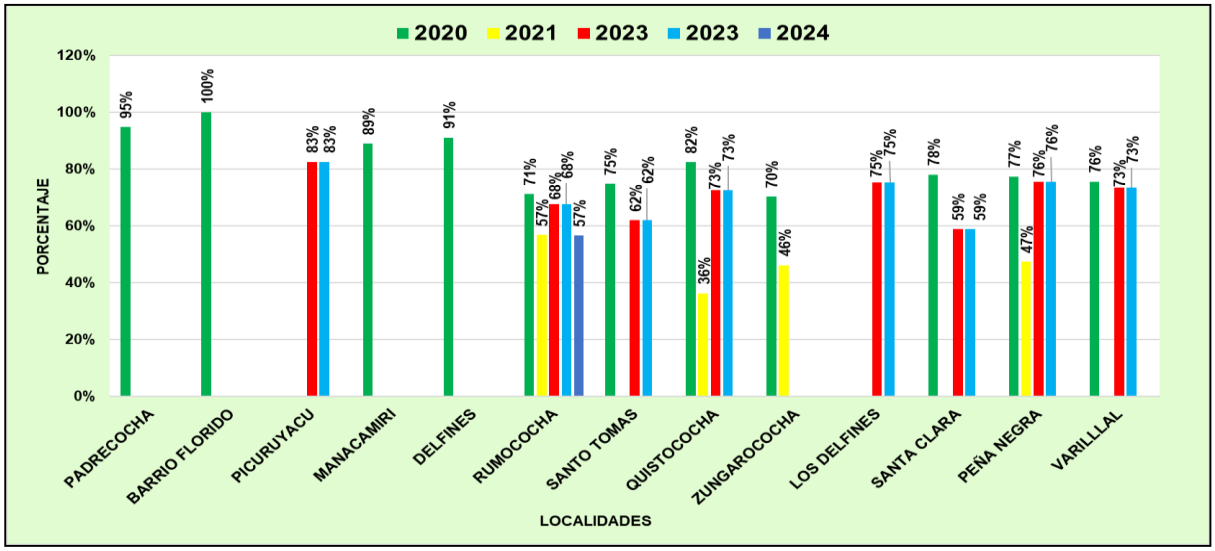
PROVINCIA	DISTRITO	IPRESS	AÑO	MES	CICLOS	META PROGRAM.	HABITAN. PROTEG.	NEBULIZA.	CERRADAS	DESHAB.	RENUENTES	TOTAL CASAS	% NEBULIZ.	% CERRADAS.	% DESHAB.	% RENUEN.
MAYNAS	PUNCHANA	PADRECOCHA	2020	OCT/NOV.	II	1,358	3,918	1,288	58	0	12	1,358	94.85%	4.27%	0.00%	0.88%
MAYNAS	PUNCHANA	BARRIO FLORIDO	2020	NOVIEMBE	I	272	985	272	0	0	0	272	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%
MAYNAS	PUNCHANA	PICURUYACU	2023	ENERO	III	492	1,035	392	74	0	9	475	82.53%	15.58%	0.00%	1.89%
MAYNAS	IQUITOS	MANACAMIRI	2020	NOVIEMBE	I	200	622	178	17	0	5	200	89.00%	8.50%	0.00%	2.50%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCTUBRE/SAN ANDRÉS	2023	DICIEMBRE	II	700	2,274	534	83	0	33	650	82.15%	12.77%	0.00%	5.08%
MAYNAS	BELEN	6 DE OCT. RIO (LA BANDA)	2020	NOVIEMBE	I	644	2,126	518	65	0	61	644	80.43%	10.09%	0.00%	9.47%
MAYNAS	SAN JUAN	DELFINES	2020	NOVIEMBE	II	3,955	11,641	3,602	214	0	139	3,955	91.07%	5.41%	0.00%	3.51%
MAYNAS	SAN JUAN	RUMOCOCHA	2020	MARZO	I	332	1,039	260	50	0	22	332	78.31%	15.06%	0.00%	6.63%
MAYNAS	SAN JUAN	RUMOCOCHA	2020	NOIVIEMBRE	II	1,769	3,825	1,134	462	0	173	1,769	64.10%	26.12%	0.00%	9.78%
MAYNAS	SAN JUAN	RUMOCHOCHA	2021	DICIEMBRE	I	938	2,217	533	248	0	157	938	56.82%	26.44%	0.00%	16.74%
MAYNAS	SAN JUAN	RUMOCOCHA	2023	MARZO	II	1,450	3,683	981	306	40	123	1,450	67.66%	21.10%	2.76%	8.48%
MAYNAS	SAN JUAN	RUMOCOCHA	2024	NOVIEMBRE	I	120	248	60	33	4	9	106	56.60%	31.13%	3.77%	8.49%
MAYNAS	SAN JUAN	SANTO TOMAS	2020	ENERO	III	5,162	11,513	3,644	833	0	685	5,162	70.59%	16.14%	0.00%	13.27%
MAYNAS	SAN JUAN	SANTO TOMAS	2020	NOVIEMBE	III	5,248	14,032	4,154	827	0	267	5,248	79.15%	15.76%	0.00%	5.09%
MAYNAS	SAN JUAN	SANTO TOMAS	2023	MARZO	II	7,672	16,794	4,760	1,875	202	835	7,672	62.04%	24.44%	2.63%	10.88%
MAYNAS	SAN JUAN	QUISTOCOCHA	2020	MARZO	I	6,432	16,615	4,839	1,297	0	296	6,432	75.23%	20.16%	0.00%	4.60%
MAYNAS	SAN JUAN	QUISTOCOCHA	2020	NOVIEMBE	III	6,569	20,192	5,895	446	0	228	6,569	89.74%	6.79%	0.00%	3.47%
MAYNAS	SAN JUAN	QUISTOCOCHA	2021	DICIEMBRE	I	735	1,019	267	396	0	72	735	36.33%	53.88%	0.00%	9.80%
MAYNAS	SAN JUAN	QUISTOCOCHA	2023	MARZO	II	11,782	26,404	8,570	2,196	151	865	11,782	72.74%	18.64%	1.28%	7.34%
MAYNAS	SAN JUAN	ZUNGAROCHOCHA	2020	NOVIEMBE	I	260	609	183	75	0	2	260	70.38%	28.85%	0.00%	0.77%
MAYNAS	SAN JUAN	ZUNGAROCOCHA	2021	JUNIO	I	221	428	102	76	0	43	221	46.15%	34.39%	0.00%	19.46%
MAYNAS	SAN JUAN	LOS DELFINES	2023	MARZO	II	3,972	9,668	2,995	688	36	253	3,972	75.40%	17.32%	0.91%	6.37%
MAYNAS	SAN JUAN	SANTA CLARA	2020	NOVIEMBE	III	5,840	14,514	4,557	836	0	447	5,840	78.03%	14.32%	0.00%	7.65%
MAYNAS	SAN JUAN	SANTA CLARA	2023	MARZO	II	4,133	8,187	2,435	1,088	43	567	4,133	58.92%	26.32%	1.04%	13.72%
MAYNAS	SAN JUAN	PEÑA NEGRA	2020	FEBRERO	II	1,649	4,029	1,282	210	0	157	1,649	77.74%	12.73%	0.00%	9.52%
MAYNAS	SAN JUAN	PEÑA NEGRA	2020	OCT/NOV.	II	3,328	7,167	2,567	626	0	135	3,328	77.13%	18.81%	0.00%	4.06%
MAYNAS	SAN JUAN	PEÑA NEGRA	2021	DICIEMBRE	I	1,328	2,310	630	615	0	83	1,328	47.44%	46.31%	0.00%	6.25%
MAYNAS	SAN JUAN	PEÑA NEGRA	2023	MARZO	II	3,346	7,245	2,527	593	21	205	3,346	75.52%	17.72%	0.63%	6.13%
MAYNAS	SAN JUAN	VARILLLAL	2020	NOVIEMBE	II	2,464	5,926	1,864	402	0	198	2,464	75.65%	16.31%	0.00%	8.04%
MAYNAS	SAN JUAN	VARILLAL	2023	MARZO	I	2,765	6,301	2,031	446	64	224	2,765	73.45%	16.13%	2.31%	8.10%
MAYNAS	SAN JUAN	VARILLALITO	2020	ENERO	I	406	1,178	306	68	0	32	406	75.37%	16.75%	0.00%	7.88%
TOTAL						85,542	207,744	63,360	15,203	561	6,337	85,461	74.14%	17.79%	0.66%	7.42%

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Durante los años 2020 al 2024 se realizaron 63,360 nebulizaciones espaciales en localidades periurbanas a la ciudad de Iquitos con una cobertura general de 74.14% de casas fumigadas, 17.79% de casas cerradas, 0.66% de casas deshabitadas y 7.42% de casas renuentes.

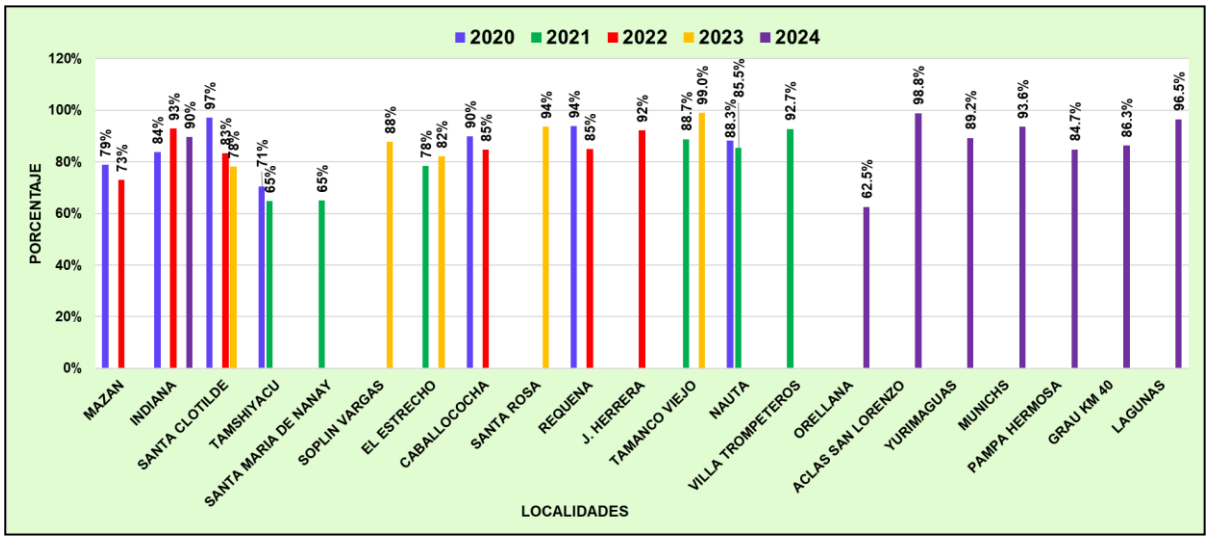
En el Gráfico N° 344, se puede observas que, la localidad de Barrio Florido tuvo la mejor cobertura de participación de fumigación en el año 2020 con 100% , seguido de Padrecocha con 95% en el mismo año 2020 y los Delfines con 91%. Mientras que el de menor cobertura se observa en el año 2021, con tan sólo 36%.

Gráfico N° 344 . Región Loreto. Comparación de coberturas de nebulización espacial de localidades periurbanas a la ciudad de Iquitos años 2020-2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Gráfico N° 345 Región Loreto. Viviendas con Fumigación Espacial (Nebulización) en localidades periféricas-2020-2024.



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, las coberturas de fumigación espacial (nebulización) en las localidades periféricas de la región Loreto muestran resultados favorables en la mayoría de distritos, con valores que superan el 80% en gran parte de ellos. Destacan Lagunas (96.5%),

Aclas San Lorenzo (98.8%), Tamanco Viejo (99.0%) y Santa Rosa (94%), evidenciando una adecuada ejecución de las intervenciones. Sin embargo, se observan coberturas más bajas en distritos como Tamshiyacu (65–71%), Santa María de Nanay (65%) y Orellana (62.5%), lo que refleja limitaciones operativas o dificultades de acceso en zonas rurales.

Tabla N° 226 Región Loreto. Viviendas con Fumigación Espacial (Nebulización) en las localidades de la Región Loreto 2020-2024.

PROVINCIA	DISTRITO	IPRESS	AÑO	MES	CICLOS	META PROGRAM.	HABITAN. PROTEG.	NEBULIZA.	CERRADAS	DESHAB.	RENUENTES	TOTAL CASAS	% NEBULIZ.	% CERR.	% DESHAB.	% RENUEN.
MAYNAS	MAZAN	MAZAN	2020	MARZO	I	1,323	4,888	1,044	244	0	35	1,323	78.91%	18.44%	0.00%	2.65%
MAYNAS	MAZAN	MAZAN	2022	MAYO	III	4,020	13,253	3,152	1,018	34	118	4,322	72.93%	23.55%	0.79%	2.73%
MAYNAS	INDIANA	INDIANA	2020	MARZO	I	1,014	3,439	849	147	0	18	1,014	83.73%	14.50%	0.00%	1.78%
MAYNAS	MAZAN	INDIANA	2022	MAYO	III	3,330	10,250	3,043	91	72	68	3,274	92.94%	2.78%	2.20%	2.08%
MAYNAS	INDIANA	INDIANA	2024	ABRIL	III	3,600	10,594	3,202	154	169	46	3,571	89.67%	4.31%	4.73%	1.29%
MAYNAS	SANTA CLOTILDE	SANTA CLOTILDE	2020	OCTUBRE	III	1,911	7,911	1,856	30	0	25	1,911	97.12%	1.57%	0.00%	1.31%
MAYNAS	NAPO	SANTA CLOTILDE	2022	JUNIO	III	2,439	7,922	1,837	134	183	51	2,205	83.31%	6.08%	8.30%	2.31%
MAYNAS	NAPO	SANTA CLOTILDE	2023	MAYO/JUN	III	2,439	8,059	1,898	412	0	116	2,426	78.24%	16.98%	0.00%	4.78%
MAYNAS	FERNANDO LORES	TAMSHIYACU	2020	NOVIEMBE	III	4,756	13,683	3,353	912	0	491	4,756	70.50%	19.18%	0.00%	10.32%
MAYNAS	FERNANDO LORES	TAMSHIYACU	2021	ENERO	II	3,303	8,628	2,198	702	0	403	3,303	66.55%	21.25%	0.00%	12.20%
MAYNAS	FERNANDO LORES	TAMSHIYACU	2021	DICIEMBRE	III	5,158	12,199	3,259	1,613	0	286	5,158	63.18%	31.27%	0.00%	5.54%
MAYNAS	ALTO NANAY	SANTA MARIA DE NANAY	2021	ABRIL	III	1,992	1,592	331	124	0	53	508	65.16%	24.41%	0.00%	10.43%
EL PUTUMAYO	Tte. Manuel Clavero	SOPLIN VARGAS	2023	ABRIL	III	600	1,885	468	57	0	8	533	87.80%	10.69%	0.00%	1.50%
PUTUMAYO	EL ESTRECHP	EL ESTRECHO	2021	ENERO	III	3,798	8,783	2,360	520	0	133	3,013	78.33%	17.26%	0.00%	4.41%
EL PUTUMAYO	PUTUMAYO	EL ESTRECHO	2023	MARZO	III	3,798	9,812	2,298	352	0	146	2,796	82.19%	12.59%	0.00%	5.22%
MARISCAL RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	2020	NOVIEMBE	III	9,576	24,349	8,516	822	0	145	9,483	89.80%	8.67%	0.00%	1.53%
MARISCAL RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	CABALLOCOCHA	2022	JULIO	III	10,296	30,058	8,737	1,146	0	417	10,300	84.83%	11.13%	0.00%	4.05%
MARISCAL RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	SANTA ROSA	2023	MARZO	III	1,500	4,755	1,673	40	3	72	1,788	93.57%	2.24%	0.17%	4.03%
REQUENA	REQUENA	REQUENA	2020	MAYO	II	3,096	13,061	2,992	87	0	17	3,096	96.64%	2.81%	0.00%	0.55%
REQUENA	REQUENA	REQUENA	2020	NOVIEMBE	III	21,111	55,255	19,770	914	0	379	21,063	93.86%	4.34%	0.00%	1.80%
REQUENA	REQUENA	REQUENA	2022	DICIEMBRE	III	24,912	65,168	19,000	2,343	0	1,006	22,349	85.01%	10.48%	0.00%	4.50%
REQUENA	REQUENA	J. HERRERA	2022	MARZO	III	2,475	6,496	2,260	98	0	91	2,449	92.28%	4.00%	0.00%	3.72%
REQUENA	REQUENA	TAMANCO VIEJO	2021	MARZO	III	1,200	4,308	1,048	130	0	3	1,181	88.74%	11.01%	0.00%	0.25%
REQUENA	EMILIO SAN MARTIN	TAMANCO VIEJO	2023	ENERO	III	1,272	3,525	1,245	11	0	2	1,258	98.97%	0.87%	0.00%	0.16%
REQUENA	REQUENA	SINTICO	2021	MARZO	III	252	820	234	15	0	3	252	92.86%	5.95%	0.00%	1.19%
REQUENA	EMILIO SAN MARTIN	SINTICO	2023	ABRIL	III	213	693	212	1	0	0	213	99.53%	0.47%	0.00%	0.00%
REQUENA	REQUENA	SANTA FE	2021	MARZO	III	441	1,881	416	19	0	0	435	95.63%	4.37%	0.00%	0.00%
REQUENA	EMILIO SAN MARTIN	SANTA FE	2023	MAYO	III	645	3,064	634	6	5	0	645	98.29%	0.93%	0.78%	0.00%
LORETO	NAUTA	NAUTA	2020	DICIEMBRE	III	24,702	59,005	21,532	2,089	0	759	24,380	88.32%	8.57%	0.00%	3.11%
LORETO	NAUTA	NAUTA	2021	DICIEMBRE	II	7,672	20,954	6,514	689	0	416	7,619	85.50%	9.04%	0.00%	5.46%
LORETO	TROMPETEROS	VILLA TROMPETEROS	2021	DICIEMBRE	II	1,310	3,540	1,214	75	0	21	1,310	92.67%	5.73%	0.00%	1.60%
LORETO	SAN REGIS	SAN REGIS	2021	MARZO	I	342	1,254	297	35	0	6	338	87.87%	10.36%	0.00%	1.78%
UCAYALI	VARGAS GUERRA	ORELLANA	**2024**	FEBRERO	III	5,271	11,743	2,725	1,244	0	394	4,363	62.46%	28.51%	0.00%	9.03%
DATEM DEL MARAÑON	BARRANCA	ACLAS SAN LORENZO	**2024**	MARZO	III	660	2,592	652	2	0	6	660	98.79%	0.30%	0.00%	0.91%
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	YURIMAGUAS	**2024**	MAYO	III	66,396	154,257	59,470	5,995	882	1,341	67,688	87.86%	8.86%	1.30%	1.98%
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	YURIMAGUAS	**2024**	DICIEMBRE	III	66,447	205,613	60,600	4,282	887	1,142	66,911	90.57%	6.40%	1.33%	1.71%
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	MUNICHS	**2024**	DICIEMBRE	III	2,985	7,223	2,573	156	5	16	2,750	93.56%	5.67%	0.18%	0.58%
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	PAMPA HERMOSA	**2024**	DICIEMBRE	III	4,329	13,215	3,697	596	0	70	4,363	84.74%	13.66%	0.00%	1.60%
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	GRAU KM 40	**2024**	DICIEMBRE	III	1,374	3,741	1,041	151	1	13	1,206	86.32%	12.52%	0.08%	1.08%
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	LAGUNAS	**2024**	DICIEMBRE	III	6,468	21,193	7,568	211	3	60	7,842	96.51%	2.69%	0.04%	0.77%
TOTAL						**308,426**	**840,661**	**265,768**	**27,667**	**2,244**	**8,376**	**304,055**	**87.41%**	**9.10%**	**0.74%**	**2.75%**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, el porcentaje de viviendas con fumigación espacial (nebulización) en las localidades de la Región Loreto evidencia una cobertura general favorable, alcanzando un promedio regional de 87.4% de viviendas tratadas. Los mayores porcentajes se registran en distritos como Lagunas (96.5%), Barranca–San Lorenzo (98.8%) y varias localidades de Requena y Yurimaguas, lo que refleja una ejecución eficiente de las actividades de control vectorial. Sin embargo, se observan brechas en algunos distritos, como Vargas Guerra (62.5%) y Tamshiyacu (63.2%), donde las coberturas fueron más bajas debido a factores operativos, viviendas cerradas (9.1%) y cierta proporción de población renuente (2.7%). En conjunto, los resultados muestran que la región mantiene un nivel de intervención con efectividad variable frente al dengue, aunque con la necesidad de reforzar la participación comunitaria y la oportunidad de las acciones en zonas con menor cobertura para asegurar un control sostenido del vector.

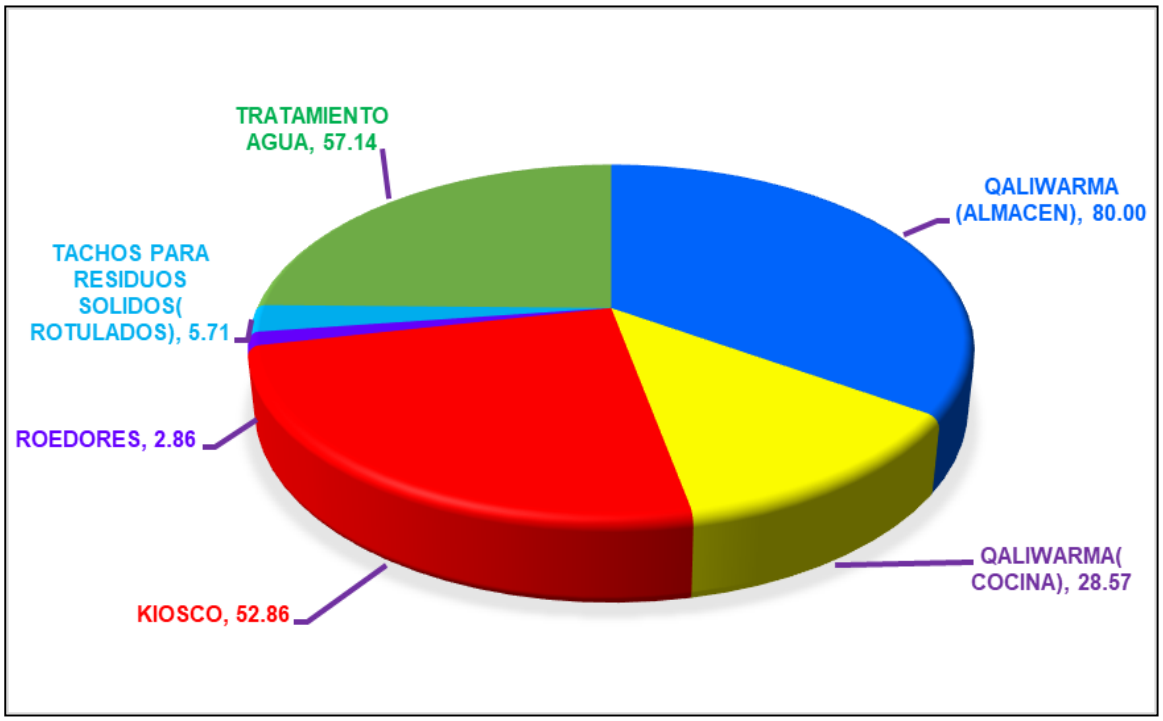
6.11 Prevención y Control de Zoonosis

Las enfermedades zoonóticas constituyen un grupo de patologías de gran relevancia en salud pública debido a su capacidad de transmitirse entre los animales y los seres humanos. Estas enfermedades representan un riesgo constante para la salud global, especialmente en contextos donde confluyen factores ambientales, sociales y económicos que facilitan su propagación. Entre las zoonosis prioritarias se destacan la rabia, la leptospirosis, la brucelosis, la toxoplasmosis y la influenza aviar, por su impacto en la morbilidad, mortalidad y productividad económica. Este informe tiene como objetivo analizar la situación epidemiológica actual de las enfermedades zoonóticas en el país durante el año 2024, identificando sus principales determinantes, tendencias y desafíos, con el fin de orientar la toma de decisiones y fortalecer las estrategias de vigilancia, prevención y control bajo el enfoque “Una Salud” (One Health), que integra la salud humana, animal y ambiental.

6.11.1 Vigilancia y control de la Leptospirosis

La prevención y control de la leptospirosis se basa en un enfoque integral de salud pública que busca reducir la exposición al agente causal Leptospira a través de medidas ambientales, educativas y sanitarias. Esta enfermedad zoonótica, asociada principalmente a la presencia de roedores y al contacto con aguas contaminadas, representa un problema recurrente en regiones tropicales y húmedas como Loreto. La implementación de acciones preventivas, como el control de reservorios, el manejo adecuado de residuos, la protección personal y la vigilancia epidemiológica oportuna, resulta fundamental para evitar brotes y minimizar el impacto en la salud de la población, especialmente durante épocas de intensas lluvias e inundaciones.

Gráfico N° 346 Región Loreto. Evaluación de riesgo sanitario en las instituciones educativas de la ciudad Iquitos. 2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Zoonosis -2024

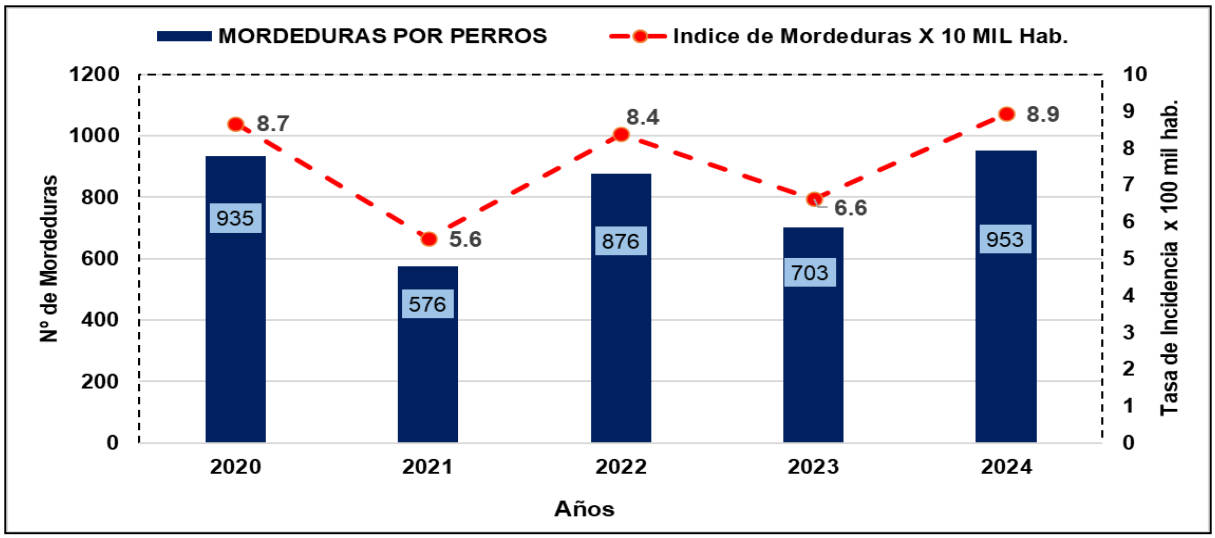
El Gráfico N° 346, muestra, la evaluación de riesgo desarrollados en 70 II.EE. el 2024 en la ciudad de Iquitos (4 Distritos) encontrándose que, el 80% (56) contaron con almacenes del

Programa alimenticio Kaliwarma, el 28.57% (20) de las II.EE cuentan con Cocina, el 5.71% (4), cuentan con tachos para residuos sólidos (Rotulados) que tienen Bolsas y Tapas, el 52.86% (37) cuenta con Kioscos escolares y el 2,86 % (2) se evidenciaron presencia de roedores, el 57.14% (40) II.EE cuentan con agua Tratada con cloro (Presencia de Cloro en la Red Pública). Así mismo se encontró en 2 II.EE presencia de Murciélagos y criaderos de zancudos, dándoles las recomendaciones respectivas. En relación con la prevención y control de la Leptospirosis se realizaron sensibilización a los docentes en sus Instituciones Educativas.

6.11.2 Vigilancia de Mordeduras de Canes

La vigilancia de mordeduras de perros es una actividad esencial de salud pública orientada a prevenir y controlar la rabia y otras infecciones asociadas. Permite identificar oportunamente los casos, evaluar el riesgo de transmisión, aplicar medidas profilácticas y promover la tenencia responsable de mascotas. En regiones como Loreto, donde la circulación del virus rábico aún representa un riesgo, esta vigilancia contribuye a proteger la salud humana mediante la detección temprana, la atención inmediata y la coordinación entre los servicios de salud y la comunidad.

Gráfico N° 347 Región Loreto. Número de Mordeduras por canes y Tasa de Incidencia de mordeduras de canes x 10,000 hab. 2020-2024



Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Zoonosis. 2020-2024

Entre los años 2020 y 2024, la región Loreto reportó un total de 4,043 mordeduras de canes, con una tasa promedio de incidencia de 7.6 por cada 10,000 habitantes. Se observa una tendencia fluctuante a lo largo del periodo, con una disminución significativa en 2021 (5.6) y un incremento progresivo en los años posteriores, alcanzando su valor más alto en 2024 (8.9). Este comportamiento sugiere una persistente exposición al riesgo de mordeduras, lo que resalta la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia, control de canes y promoción de la tenencia responsable para prevenir la transmisión de enfermedades zoonóticas, como la rabia.

6.11.2.1 Vacunación VAN CAN 2024

La vacunación antirrábica canina (VAN CAN) constituye una de las principales estrategias de prevención y control de la rabia, enfermedad zoonótica de alta letalidad que continúa representando un riesgo en regiones amazónicas como Loreto. En el contexto del año 2024,

las acciones de vacunación desarrolladas en la región se orientaron a reducir el reservorio del virus en la población canina, considerando los determinantes sociales, ambientales y geográficos que dificultan el acceso a los servicios de salud, como la dispersión de comunidades, la limitada infraestructura sanitaria y la movilidad constante de la población y sus animales.

Tabla N° 227 Región Loreto. Número y Porcentaje de Perros Primo-Vacunados y Re-Vacunados. 2024

PROVINCIAS	DISTRITOS	Canes vacunados					% de Perros Vac.
		PRIMO VAC		REVACUNAC.		TOTAL	
		< 1 A	> 1 A	< 1 A	> 1 A		
MAYNAS	IQUITOS	870	1,357	20	1,315	3,562	8.5
	PUNCHANA	589	725	27	467	1,808	4.3
	BELEN	490	695	15	322	1,522	3.6
	SAN JUAN BAUTISTA	2,534	3,460	292	2,121	8,407	**20.1**
	NAPO	162	217	0	141	520	1.2
	FERNANDO LORES	274	246	5	175	700	1.7
	INDIANA	39	201	32	158	430	1.0
	ALTO NANAY	158	87	20	131	396	0.9
	LAS AMAZONAS	62	151	5	96	314	0.8
	MAZAN	116	115	109	110	450	1.1
REQUENA	REQUENA	726	773	71	291	1,861	**4.4**
	JENARO HERRERA	123	280	30	67	500	1.2
	MAQUIA	64	136	0	0	200	0.5
PUTUMAYO	PUTUMAYO	171	137	0	142	450	1.1
RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	447	580	57	166	1,250	3.0
	SAN PABLO	130	204	0	46	380	0.9
	YAVARÍ	221	132	23	242	618	**1.5**
	PEVAS	153	80	18	148	399	1.0
DATEM DEL MARAÑON	BARRANCA	570	640	450	800	2,460	**5.9**
	MANSERICHE	130	98	95	177	500	1.2
	ANDOAS	120	90	200	70	480	1.1
	MORONA	145	72	101	159	477	1.1
	CAHUAPANAS	50	60	10	40	160	0.4
	PASTAZA	180	86	50	164	480	1.1
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	1,335	1,678	1,712	1,438	6,163	**14.7**
	TENIENTE LOPEZ	44	81	66	75	266	0.6
	BALSAPUERTO	42	140	81	88	351	0.8
	SANTA CRUZ	72	65	102	25	264	0.6
	LAGUNAS	132	129	202	141	604	1.4
	JEBEROS	112	33	73	38	256	0.6
UCAYALI	CONTAMANA	412	691	40	157	1,300	**3.1**
	ORELLANA	315	274	31	80	700	1.7
	TIRUNTAN	42	40	0	18	100	0.2
	INAHUAYA	73	49	5	23	150	0.4
	SARAYACU	150	0	0	0	150	0.4
LORETO	NAUTA	900	473	20	1,047	2,440	**5.8**
	INTUTO	120	100	10	20	250	0.6
	TROMPETEROS	24	18	13	45	100	0.2
	URARINAS	100	100	60	50	310	0.7
	PARINARI	30	20	18	32	100	0.2
TOTAL		**12,427**	**14,513**	**4,063**	**10,825**	**41,828**	**100.0**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Zoonosis. 2020-2024

En el año 2024, la Región Loreto registró un total de 41,828 perros vacunados durante la campaña antirrábica canina, de los cuales 12,427 fueron primo-vacunados menores de un año y 14,513 mayores de un año, mientras que 4,063 canes recibieron revacunaciones menores de un año y 10,825 mayores de un año. Esta distribución refleja un mayor énfasis en la vacunación de perros adultos, los cuales constituyen el principal reservorio del virus de la rabia. Las provincias con mayores cifras de vacunación fueron Maynas (20.1%) y Alto Amazonas (14.7%), seguidas por Datem del Marañón (5.9%) y Loreto (5.8%), lo que

evidencia una mayor capacidad operativa y cobertura en las zonas urbanas y de más fácil acceso.

Por otro lado, provincias como Ucayali (3.1%), Requena (4.4%), Mariscal Ramón Castilla (3.0%) y Putumayo (1.1%) presentaron coberturas más bajas, posiblemente asociadas a factores geográficos, logísticos y de dispersión poblacional que dificultan la vacunación en comunidades rurales y ribereñas. A nivel general, la cobertura regional alcanzó el 100% de la meta programada, aunque persisten brechas en áreas de difícil acceso. Estos resultados destacan la importancia de fortalecer las estrategias de microplanificación y participación comunitaria, garantizando la sostenibilidad del control de la rabia canina y la protección de la salud pública en Loreto.

Durante el periodo 2020-2024, la vacunación antirrábica canina en la región Loreto mostró una recuperación progresiva tras la interrupción total de las actividades en 2020 debido a la pandemia de la COVID-19. En 2021 se retomaron las campañas alcanzando 38,659 perros vacunados en el año 2021, cifra que aumentó en los años posteriores, con un pico de 42,885 vacunaciones en 2023 y 41,828 el año 2024. Este incremento refleja los esfuerzos de las autoridades de salud por reactivar las estrategias de prevención de la rabia y fortalecer la cobertura en zonas urbanas y rurales, priorizando distritos con mayor densidad poblacional y riesgo de transmisión.

Entre las provincias, Maynas concentró la mayor cantidad de perros vacunados durante todo el periodo (más de 18 mil en promedio anual), seguida por Alto Amazonas y Datem del Marañón, mientras que Putumayo registró las cifras más bajas debido a su menor densidad poblacional y dificultades de acceso geográfico. En general, la tendencia evidencia una respuesta positiva de las comunidades ante las campañas de vacunación y un fortalecimiento del control zoonótico, aunque aún persisten retos en mantener coberturas homogéneas y sostenidas en las zonas más dispersas de la Amazonía loretana.

Tabla N° 228 Región Loreto. Número de Perros Vacunados según Provincias. 2020-2024

Provincias	*2020	2021	2022	2023	2024
Maynas	0	17,381	19,727	19,814	18,109
Requena	0	2,069	1,724	2,096	2,561
El Putumayo	0	410	400	410	450
Mariscal Ramón Castilla	0	2,611	2,622	2,790	2,647
Ucayali	0	2,378	2,080	2,318	2,400
Alto Amazonas	0	7,703	7,092	8,322	7,904
Loreto	0	2,000	2,706	3,027	3,200
Datem del Marañon	0	4,107	4,007	4,108	4,557
TOTAL	**0**	**38,659**	**40,358**	**42,885**	**41,828**

Fuente: GERESA Loreto. Dirección de Salud Ambiental. Unidad de Vigilancia y Control de Zoonosis. 2020-2024

6.12 Prevención y Control de Contaminación de Metales Pesados

La Región Loreto enfrenta una grave crisis de salud pública derivada de la contaminación ambiental por metales pesados, metaloides y sustancias químicas tóxicas. La exposición a plomo, mercurio, aluminio, arsénico, magnesio, manganeso, hierro, cobre y cianuro está generando daños significativos en la salud de miles de pobladores, muchos de ellos sin

manifestar síntomas inmediatos que permitan una detección temprana. Esta problemática tiene como principales fuentes la minería ilegal y los recurrentes derrames de petróleo que han afectado a diversas comunidades de la región.

La contaminación por metales pesados representa una amenaza silenciosa pero devastadora. Las poblaciones expuestas a estos contaminantes enfrentan consecuencias graves y de largo plazo, particularmente en el sistema nervioso central. Los grupos más vulnerables son los niños menores de 5 años y las mujeres gestantes, en quienes el impacto puede ser irreversible, afectando el desarrollo neurológico y generando secuelas permanentes.

La característica insidiosa de esta intoxicación que puede acumularse en el organismo sin síntomas evidentes— convierte este problema en una urgencia sanitaria que requiere atención inmediata y sostenida, incluso cuando las personas afectadas no presentan señales clínicas aparentes.

6.12.1 Respuesta del sector salud

Ante esta emergencia sanitaria, la Gerencia Regional de Salud (GERESA) Loreto ha implementado un sistema de intervención mediante brigadas móviles de salud especializadas. Estos equipos multidisciplinarios, conformados por médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, técnicos de enfermería y laboratoristas, realizan campañas periódicas de atención integral en las comunidades más afectadas. Las brigadas no solo brindan atención curativa, sino que desarrollan acciones preventivas, diagnósticas y de seguimiento, priorizando la atención de niños, niñas y gestantes. Cuando la complejidad de los casos lo requiere, se incorporan especialistas en pediatría y gineco-obstetricia para garantizar una atención de calidad.

La Tabla N° 229, nos muestra, las atenciones en salud que realizan los profesionales de la salud, así mismo también estas brigadas integral especialistas como Pediatrías y Ginecólogos

Tabla N° 229 Región Loreto. Atenciones de salud que realizan los profesionales de la Salud.2024

MEDICINA	ENFERMERIA	OBTETRICIA	ODONTOLOGIA
1. Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades. 2. Atención preventiva. 3. Referencias	1. CREDE 2. Vacunación 3. Tamizaje de HB 4. Administración de Antiparasitorio 5. Administración de Suplementos	1. Embarazo con riesgo Consejería 2. Planificación Familiar 3. Plan de parto 4. Adminitración de Suplementos	1. Fluorización 2. Extracción dental

Fuente: GERESA Loreto. DESI-DAIS- Coordinación Regional de Metales Pesados. 2024

En el año 2024, se realizaron 2,839 atenciones en salud en familias de 32 comunidades de distritos priorizados por afectación de minería ilegal y derrame de petróleo, el sector salud está cumpliendo con su rol de atenciones inmediatas, siendo la prioridad las atenciones niños, niñas y gestantes, por ello en cada brigada se considera la presencia de los especialistas como pediatras y ginecólogos.

Tabla N° 230 Región Loreto. Número de atenciones de las Brigadas de salud por distrito-2024

PROVINCIAS	DISTRITOS	MES DE INTERVENCIÓN	N° COMUNIDADES	ATENCIONES
Datem del Marañón	Morona	Abril	17	567
	Andoas	Octubre	7	111
Requena	Bretaña	Marzo	4	323
Loreto	Urarinas	Abril	4	1,838
Total			**32**	**2,839**

Fuente: GERESA Loreto. DESI-DAIS- Coordinación Regional de Metales Pesados. 2024

En el periodo 2023-2024, las atenciones en menores de 12 años y gestantes afiliados al SIS en las provincias de Loreto con reportes de contaminación por metales pesados muestran un incremento significativo, pasando de 6,926 atenciones en 2023 a 12,812 en 2024, lo que representa un crecimiento de casi el 85 %. Este aumento refleja una mayor cobertura de los servicios de salud y posiblemente una intensificación de las intervenciones sanitarias focalizadas en las zonas afectadas.

Durante 2024, las provincias con mayor número de atenciones fueron Alto Amazonas (3,789) y Datem del Marañón (2,768), seguidas por Requena (2,448), lo que sugiere una respuesta prioritaria en territorios donde se han identificado comunidades expuestas a metales pesados, especialmente mercurio y plomo. Asimismo, la provincia de Maynas muestra un incremento notable (de 2 a 1,696 atenciones), evidenciando el fortalecimiento de las actividades del SIS en el área urbana y periurbana de Iquitos.

En contraste, algunas provincias como Loreto y Ramón Castilla registran menores volúmenes de atenciones en 2024, lo que podría estar asociado a limitaciones geográficas o a menor concentración de población afectada. En conjunto, los resultados evidencian una mejor respuesta del sistema de salud regional en el seguimiento y atención a grupos vulnerables niños y gestantes frente a los riesgos sanitarios asociados a la exposición a metales pesados.

Tabla N° 231 Región Loreto. Reporte de atenciones en menores de 12 años y gestantes-afiliados al SIS-2024.

PROVINCIAS	ATENCIONES POR AÑOS	
	2023	2024
Maynas	2	1,696
Alto Amazonas	3,540	3,789
Datem del Marañón	0	2,768
Loreto	3,379	1,683
Requena	4	2,448
Ramón Castilla	1	428
TOTAL	**6,926**	**12,812**

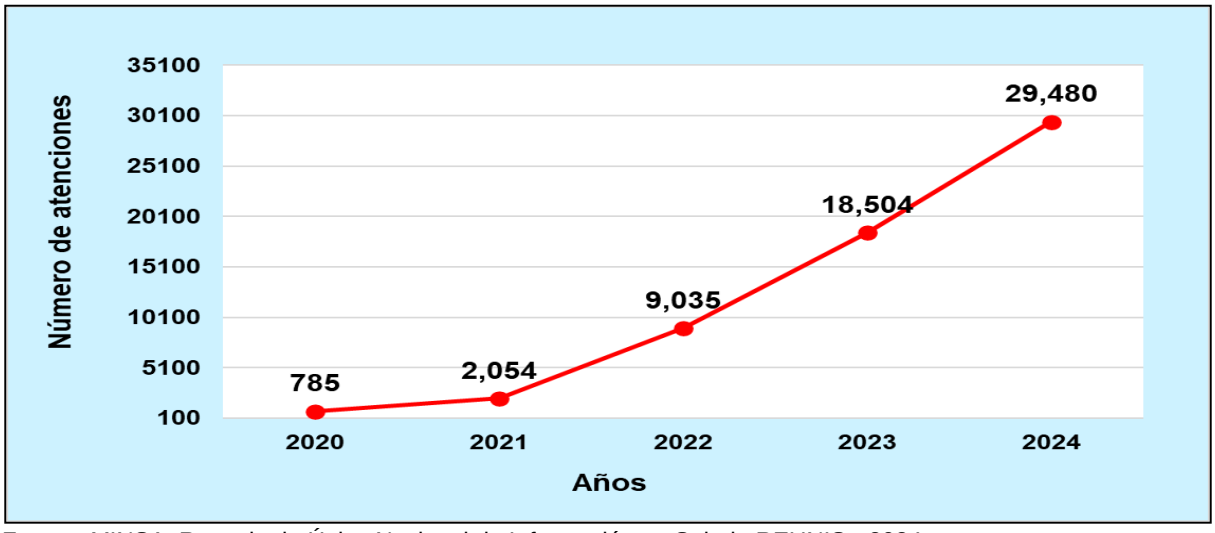
Fuente: GERESA Loreto. HIS-MINSA 2023 y 2024

Los determinantes sociales y estructurales como la pobreza, la dispersión geográfica, el limitado acceso a servicios de salud y la débil gobernanza ambiental amplifican la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas y rurales frente a la exposición crónica a metales pesados. La falta de información ambiental, la escasa fiscalización de las actividades extractivas y la insuficiente articulación interinstitucional entre los sectores salud, ambiente y energía impiden un control efectivo de la contaminación.

Entre 2020 y 2024, la región Loreto muestra un crecimiento sostenido en el número de atenciones a personas expuestas a metales pesados, pasando de 785 atenciones en 2020 a 29 480 en 2024. Este incremento refleja un fortalecimiento progresivo de las intervenciones

sanitarias dirigidas a la identificación, seguimiento y atención médica de poblaciones afectadas, en el marco de los planes de respuesta del MINSA y la Gerencia Regional de Salud Loreto. El notable aumento desde 2022 evidencia una mayor cobertura de vigilancia y una intensificación de las acciones integrales en las zonas priorizadas por contaminación ambiental.

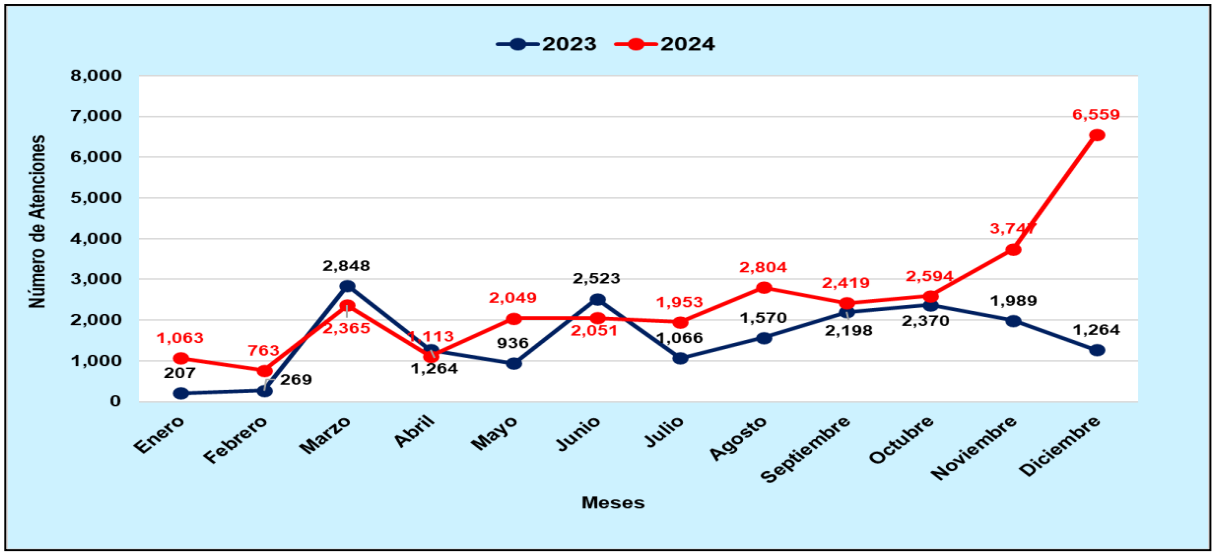
Gráfico N° 348 Región Loreto. Número de personas expuestas por metales pesados (atenciones). 2020-2024.



Fuente: MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud . REUNIS - 2024

Durante el periodo 2023-2024, las atenciones en salud por exposición a metales pesados en la región Loreto muestran una tendencia creciente y sostenida, pasando de valores moderados e irregulares en 2023 —con picos en marzo y junio— a un incremento notable en 2024, especialmente en los dos últimos meses del año, alcanzando su punto máximo en diciembre con 6,559 atenciones.

Gráfico N° 349 Región Loreto. Tendencias de las atenciones en salud expuestas a metales pesados por meses. 2023-2024

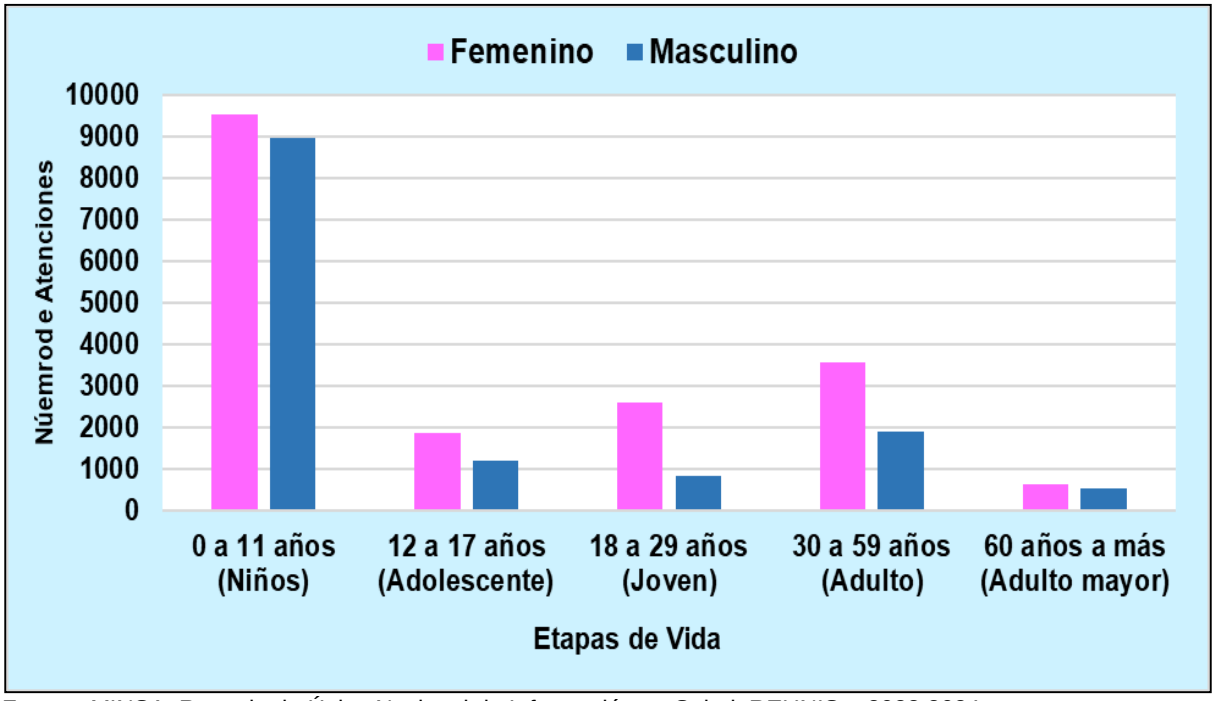


Fuente: MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. REUNIS – 2023.2024

En 2024, las atenciones por exposición a metales pesados en la región Loreto muestran una mayor concentración en la población infantil, con 9,523 niñas y 8,964 niños atendidos, lo que

evidencia una alta vulnerabilidad en los menores de 11 años ante los riesgos ambientales. En todas las etapas de vida, las mujeres presentan un número superior de atenciones respecto a los hombres, destacando también en los grupos adulto (3,558 frente a 1,872) y joven (2,588 frente a 820). Esta tendencia podría estar asociada tanto a una mayor demanda de servicios de salud por parte de mujeres y madres cuidadoras, como a su rol activo en los programas de vigilancia y control. En conjunto, los datos reflejan que la exposición a metales pesados afecta a toda la población, pero con mayor impacto en la niñez y en el sexo femenino, grupos prioritarios en las estrategias de atención y mitigación sanitaria.

Gráfico N° 350 Región Loreto. Atenciones por Metales Pesados según etapas de vida y sexo. 2024.



Fuente: MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. REUNIS – 2023.2024

6.12.2 Morbilidad en personas atendidas por Metales Pesados

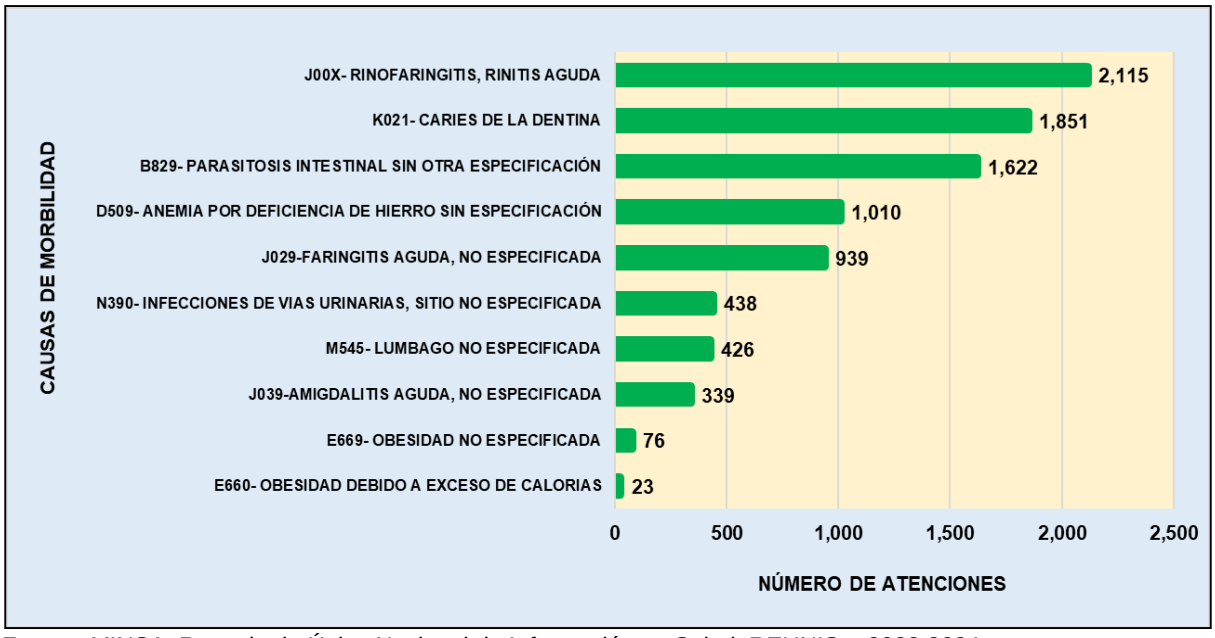
En el año 2024, las principales morbilidades relacionadas con la atención por metales pesados muestran un perfil dominado por enfermedades infecciosas y condiciones crónicas asociadas a deficiencias nutricionales y exposición ambiental. Según los datos, la rinofaringitis aguda (J00X) ocupa el primer lugar con 2,115 casos, seguida por caries de la dentina (K021) con 1,851 casos y parasitosis intestinal (B829) con 1,622 casos. Estas tres causas concentran la mayor carga de morbilidad, representando más del 60 % del total de atenciones. Desde la salud pública, estas cifras reflejan la persistencia de factores ambientales y sociales que favorecen la transmisión de enfermedades respiratorias e intestinales, probablemente vinculadas a la contaminación del aire, agua y alimentos por metales pesados, los cuales pueden debilitar el sistema inmunológico y aumentar la susceptibilidad a infecciones.

En un segundo nivel de frecuencia se ubican la anemia por deficiencia de hierro (D509) con 1,010 casos, la faringitis aguda (J029) con 939 casos y las infecciones de vías urinarias (N390) con 438 casos. Estos cuadros, aunque de naturaleza diversa, también pueden relacionarse indirectamente con la exposición crónica a metales pesados como el plomo o el cadmio, los cuales interfieren en la absorción de hierro, dañan el epitelio renal y alteran el equilibrio del sistema inmunológico. Desde la perspectiva de salud pública, esta carga de

morbilidad evidencia una interacción entre nutrición deficiente, contaminación ambiental y limitada cobertura de saneamiento básico, afectando principalmente a poblaciones vulnerables como niños, gestantes y comunidades rurales expuestas a fuentes de contaminación minera o petrolera.

Finalmente, las causas menos frecuentes, como el lumbago no especificado (M545) con 426 casos, la amigdalitis aguda (J039) con 339 casos, y las formas de obesidad (E660 y E669) con 99 casos en total, aunque de menor magnitud, también deben interpretarse dentro del enfoque de salud ambiental y social. Las afecciones musculoesqueléticas y metabólicas pueden estar relacionadas con el estrés oxidativo y los efectos endocrinos de ciertos metales pesados, mientras que las infecciones respiratorias recurrentes reflejan la exposición continua a contaminantes en el aire. En conjunto, estas diez causas de morbilidad en 2024 reflejan la necesidad urgente de fortalecer la vigilancia epidemiológica ambiental, la educación sanitaria y las políticas de mitigación de exposición a metales pesados, integrando acciones intersectoriales que protejan la salud colectiva y reduzcan los impactos acumulativos de la contaminación en la población.

Gráfico N° 351 . Región Loreto. 10 primeras causas de morbilidades relacionadas a la atención por Metales Pesados. 2024.



Fuente: MINSA. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. REUNIS – 2023.2024

6.13 Intervención y Control de Brotes y de otros eventos de importancia de Salud Pública

En el Perú cada año, miles de personas enferman a causa de distintos procesos infecciosos que cursan en forma de brotes. La ocurrencia de brotes en la región origina cambios en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones en las áreas afectadas; que puede tener consecuencias fatales en la salud de las personas, así mismo tener un impacto económico reflejado en horas de trabajo perdido, uso de los recursos sanitarios, etc. agravándose más dada la escasez de recursos logísticos y humanos disponibles para la intervención del brote en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud Loreto.

La estrategia correcta frente a los Brotes Epidémicos es la prevención, pero a pesar de esto se considera indispensable aplicar medidas de vigilancia para detectar cuanto antes la

aparición de brotes a fin de evitar el impacto potencial negativo en dicha comunidad e intervenirlos oportunamente, aplicar medidas correctivas adecuadas y evitar su propagación y agravamiento.

Los lineamientos básicos para estandarizar el procedimiento de notificación, flujo de información y los instrumentos de recolección de la información de los brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la salud publica en Perú se describen en la Directiva Sanitaria N°047 – MINSA/DGE - V.01 aprobada con RM N° 545-2012/MINSA "Directiva Sanitaria de Notificación de Brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la salud pública".

6.13.1 Situación de brotes y otros eventos de importancia en salud pública.

6.13.1.1 Brotes y otros eventos notificados en el aplicativo online SIEpi-Brotes

Desde el año 2020, los brotes y otros eventos registrados y notificados a través del sistema SIEpi-Brotes del CDC, por nuestras unidades notificantes en la región Loreto, corresponde aquellos que tienen mayores implicancias para la salud pública; determinada en base a la magnitud y trascendencia de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, así como por la necesidad de la participación de los servicios de salud para reducir los riesgos y daños a la salud de las poblaciones afectadas.

En los últimos 3 años (2022-2024) se evidencia un incremento progresivo en la notificación de los brotes, epizootias y EVISAP, para el año 2024 se ha incrementado en 4 veces más el reporte de brotes respecto al año 2020; los reportes sobre otros eventos de importancia en salud pública se duplicaron y lo que corresponde a epizootias se mantiene en el tiempo. Para el presente año se tiene un reporte de 73 brotes, 09 eventos de importancia en salud pública y 02 epizootias (Tabla N° 232).

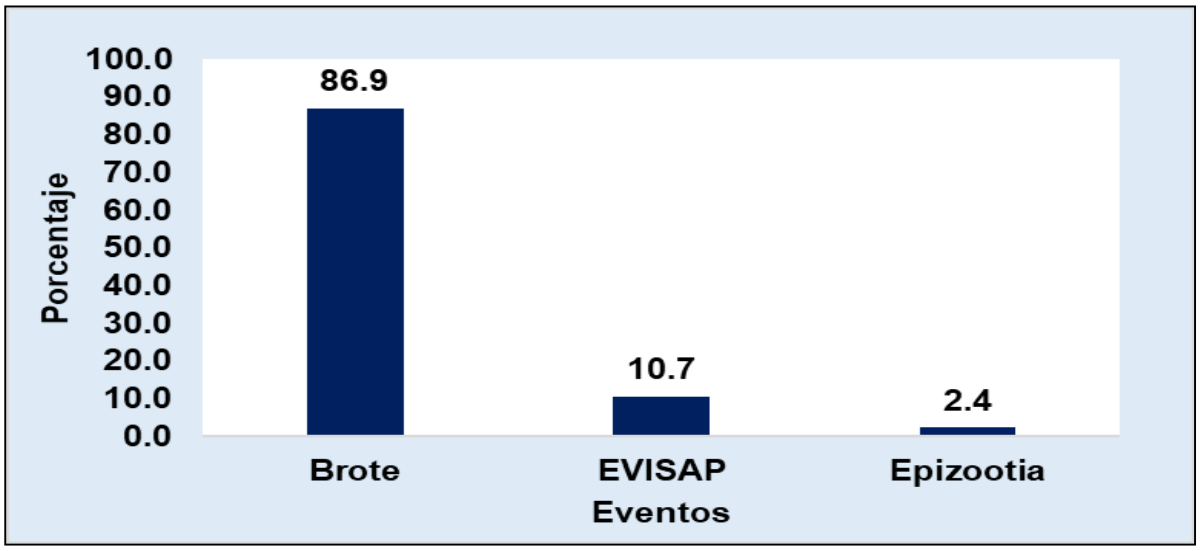
Tabla N° 232 Región Loreto. Número de eventos notificados. 2020.2024.

AÑO	BROTE	%	EPIZOOTIA	%	EVISAP	%	Total general
2020	15	**7.5**	2	**22.2**	4	**10.3**	21
2021	15	**7.5**	2	**22.2**	2	**5.1**	19
2022	36	**18.0**	1	**11.1**	17	**43.6**	54
2023	61	**30.5**	2	**22.2**	7	**17.9**	70
2024	73	**36.5**	2	**22.2**	9	**23.1**	84
Total general	**200**	**100**	**9**	**100**	**39**	**100**	**248**

Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

Durante el año 2024 se notificaron 84 eventos, el 86,9% (73) corresponde a brotes, 10,7% (09) son otros eventos de importancia en salud Pública y el 2,4% (02) corresponde a reportes de epizootias. Estos eventos mediante la ficha electrónica de notificación de brotes con la participación de las redes y micro redes a través de sus unidades notificantes a nivel regional y mediante la vigilancia de rumores en medios de comunicación. (Gráfico N° 352).

Gráfico N° 352 Región Loreto. Porcentaje de eventos notificados. 2024



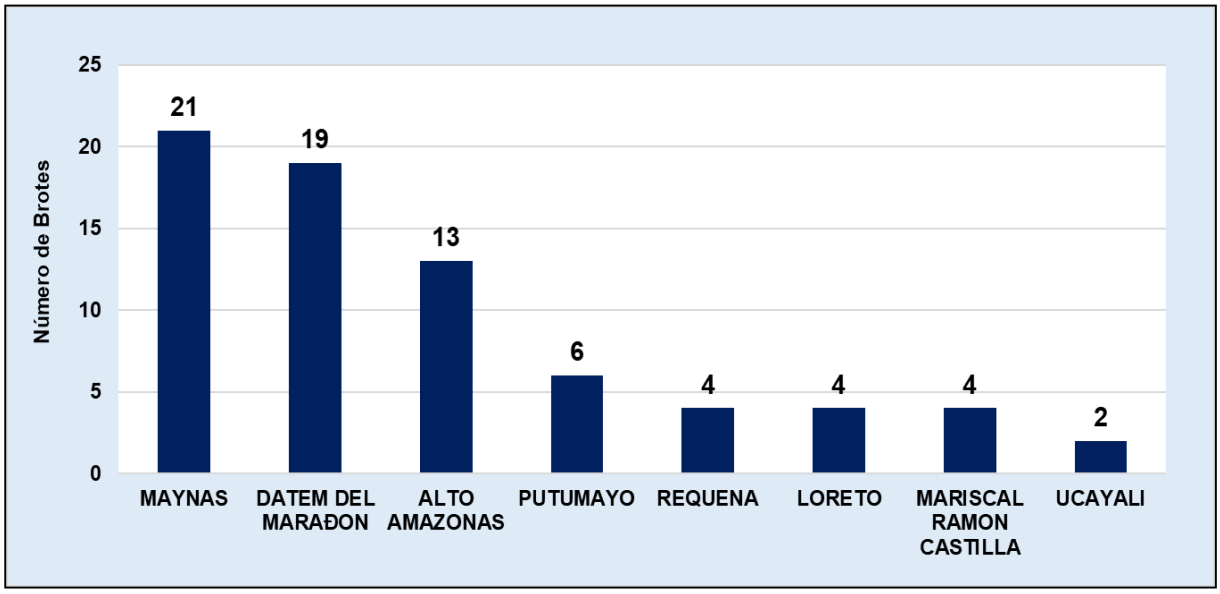
Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

6.13.1.1.1 Brotes

6.13.1.1.1.1 Distribución de los brotes notificados en el aplicativo online.

Los brotes reportados y notificados durante el año 2024, se han presentado en las ocho provincias a nivel regional, siendo las provincias con un mayor número: Maynas 28,8% (21), Datem del Marañón 26% (19), Alto Amazonas 17.8% (13) y Putumayo 8,2% (06); mientras que el resto de las provincias reportaron menos del 5% (4-2) cada uno.

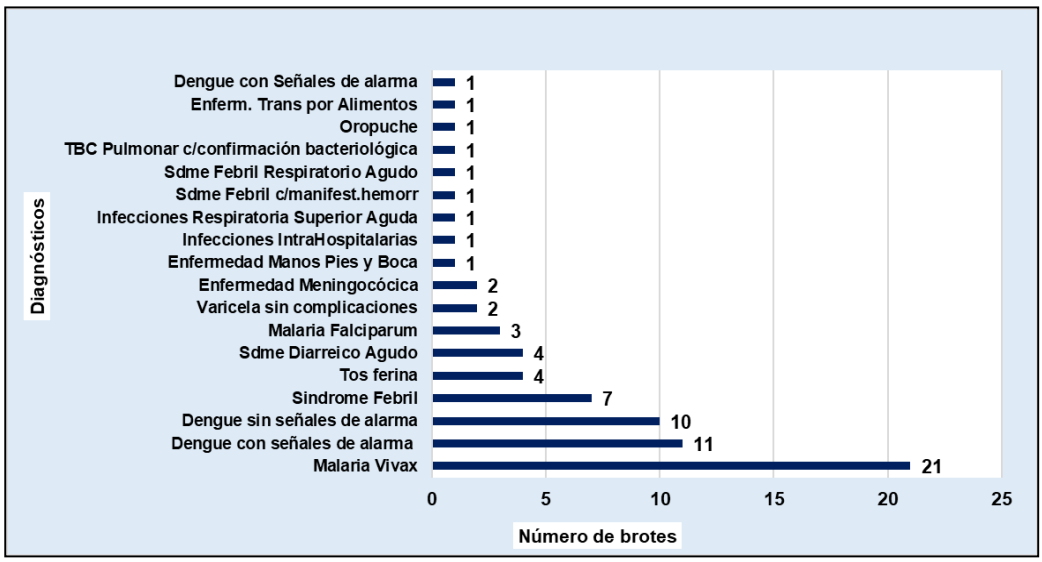
Gráfico N° 353 Región Loreto. Brotes notificados en el sistema online según provincias. 2024



Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

Hasta le SE 52 – 2024, del total de brotes reportados, el 28,8% (21) corresponden a malaria vivax, seguido por Síndrome febrill con 15,1% (11) y Dengue sin señales de alarma con 13.7% (10); mientras que los brotes por Leptospirosis, Tos ferina y Síndrome diarreico se reportaron entre el 5 y 9%. El resto de los brotes, se notificaron en menos del 3%. (Gráfico N° 354).

Gráfico N° 354 Región Loreto. Número de brotes según diagnósticos. 2024

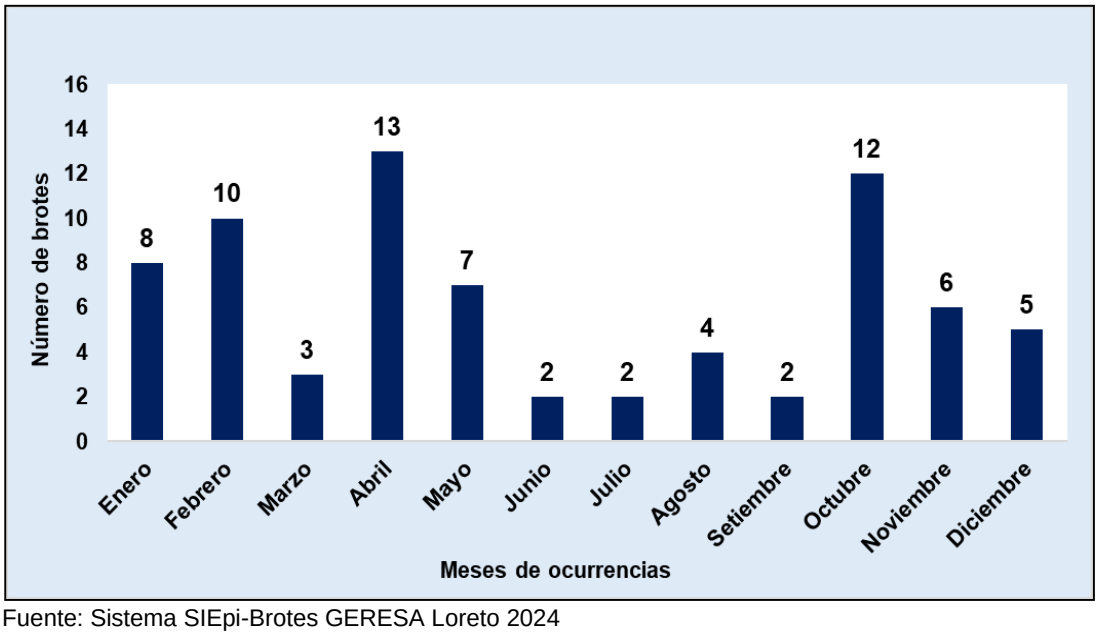


Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

6.13.1.1.1.2 Brotes Epidémicos según Temporalidad

Según la fecha de notificación, en el I, II y IV trimestre del año se notificaron el mayor número de brotes, siendo los meses de abril y octubre los que presentaron 13 y 12 brotes respectivamente.

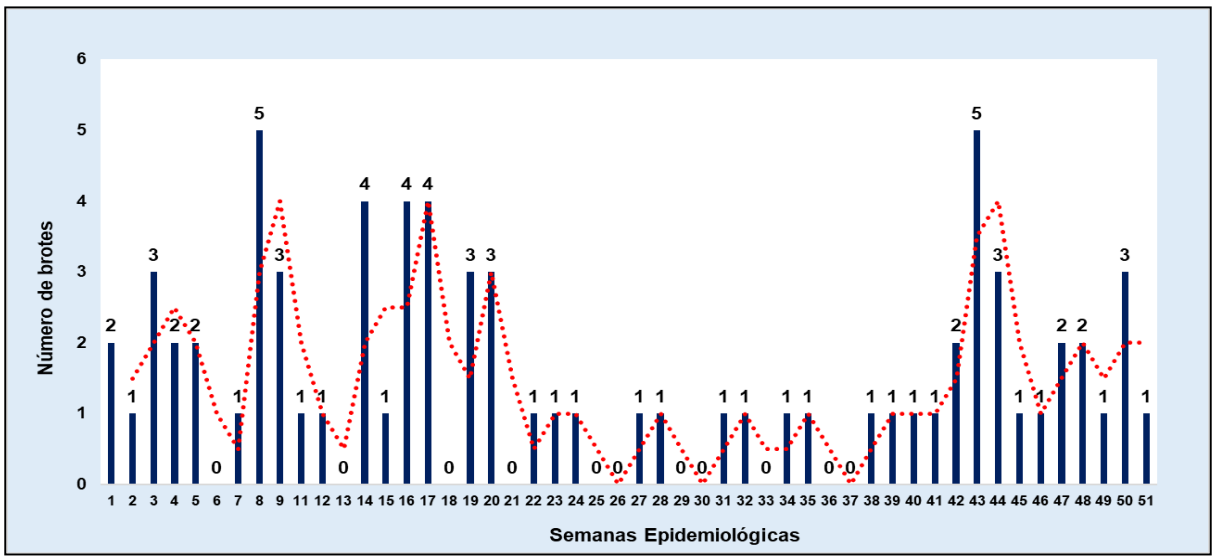
Gráfico N° 355 Región Loreto. Brotes notificados en el sistema online según mes. 2024



Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

Las Semanas Epidemiológicas (SE) que presentaron mayor número de brotes son la 08 y 43, con un promedio de 2,6 y un rango de 0 a 5 notificaciones por semana. Durante el año 2024. Se observa que el mayor númerod de brotes se presentan en el primer y último trimestre del año.

Gráfico N° 356 Región Loreto. Brotes notificados en el aplicativo online por semanas epidemiológicas. 2024

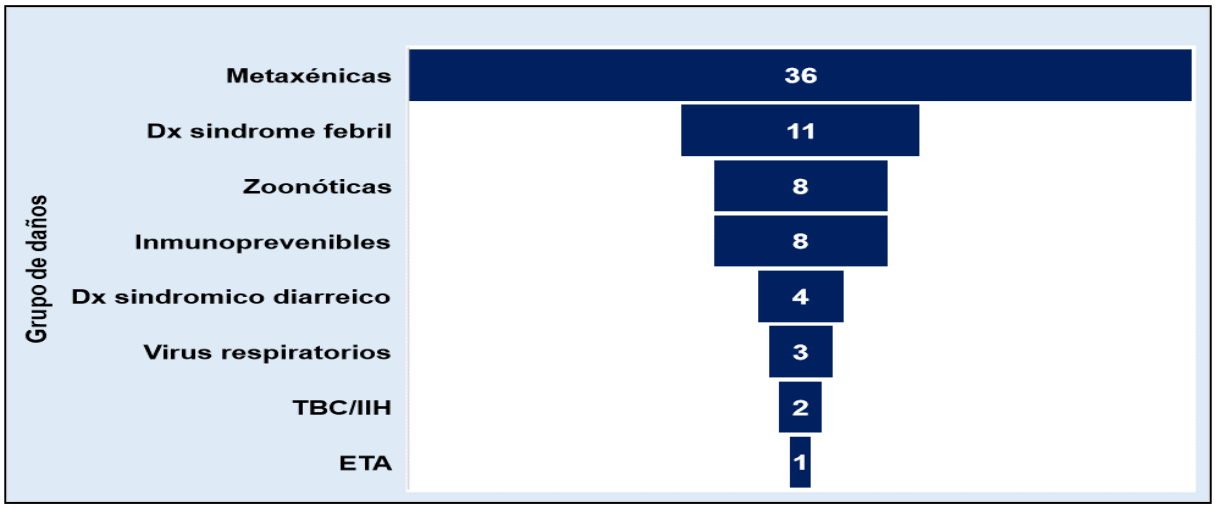


Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

6.13.1.1.1.3 Reagrupación de brotes notificados

Con fines metodológicos se agruparon los daños en 8 grandes grupos: metaxénicas (dengue, malaria, leishmaniasis, chagas y otras transmitida por vectores), síndromes febriles, síndromes diarreicos, zoonóticas (leptospirosis, enfermedad arañazo del gato) inmunoprevenibles (tos ferina, varicela, sarampión, rubeola, enfermedad meningocócica), Intrahospitalarias (TBC y neumonías), virus respiratorios (influenza AH1N1, influenza B y virus coxsackie), ETA (enfermedades transmitidas por alimentos).

Gráfico N° 357 . Región Loreto. Brotes notificados en el sistema online por grupo de daños. 2024



Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

El grupo de daño que presentó mayor número de notificaciones durante el año 2024, fueron las enfermedades metaxénicas con 49.3% (36/73), siendo los brotes de malaria y dengue, los de mayor número; el grupo de síndromes febriles ocupa el segundo lugar con 15,1% (11/73) y las enfermedades zoonóticas (8) e inmunoprevenibles (8) con 10,9% cada uno, mientras que el resto de grupos de daños: Síndromes diarreicos, IIH/TBC, Virus Respiratorios

y enfermedades transmitida por alimentos, se reportaron en menos del 6% cada uno. (Gráfico N°355).

6.13.1.1.1.4 Daños a la salud según brote notificado en el aplicativo online

Hasta la SE 52-2024, se han reportado 2,660 personas que han sufrido algún daño por la ocurrencia de brotes en su jurisdicción, del total de personas reportadas, el 97,8% (2,660) corresponden a las personas afectadas, el 1,9% (53) a personas hospitalizadas y menos del 1% a defunciones. Siendo los brotes por malaria vivax, los que ocasionaron mayor número de afectados (1,610) y respecto a hospitalizados, el mayor número se presenta en brotes de Dengue con señales de alarma (16).

Del total de fallecidos, los brotes por Malaria y Leptospirosis produjeron los mayores porcentajes con 36,4% (4) y 27,3% (3) respectivamente, los distritos que presentaron brotes con defunciones fueron: Andoas, San Juan Bautista, Mariscal Ramón Castilla, Yurimaguas, Balsapuerto, Belén y Punchana.

Tabla N° 233 Región Loreto. Personas que sufrieron algún daño, según brote notificado en el sistema online. 2024

Diagnóstico	Afectados	Hospitalizados	Defunciones	%
Malaria vivax	1,610	1	4	**36.4**
Sdme Febril	375	4	2	18.2
Dengue sin señales de alarma	126	6	0	0.0
Oropuche	107	0	0	0.0
Sdme Diarreico Agudo	102	2	1	9.1
Leptospirosis	81	3	3	**27.3**
Malaria Falciparum	64	1	0	0.0
Infecciones respitarorias superiores agudas	60	0	0	0.0
Dengue con señales de alarma	34	16	0	0.0
Sdme Febril Respiratorio Agudo	33	1	1	9.1
Tos ferina	25	0	0	0.0
Varicela sin complicaciones	17	0	0	0.0
Enferm. Trans por Alimentos	13	13	0	0.0
Enfermedad Manos Pies y Boca	5	0	0	0.0
TBC Pulmonar con confirmación bacteriológica	2	0	0	0.0
Infeccione IntraHospitalarias	2	2	0	0.0
Enfermedad Meningogócica	4	4	0	0.0
Total general	**2,660**	**53**	**11**	100.0

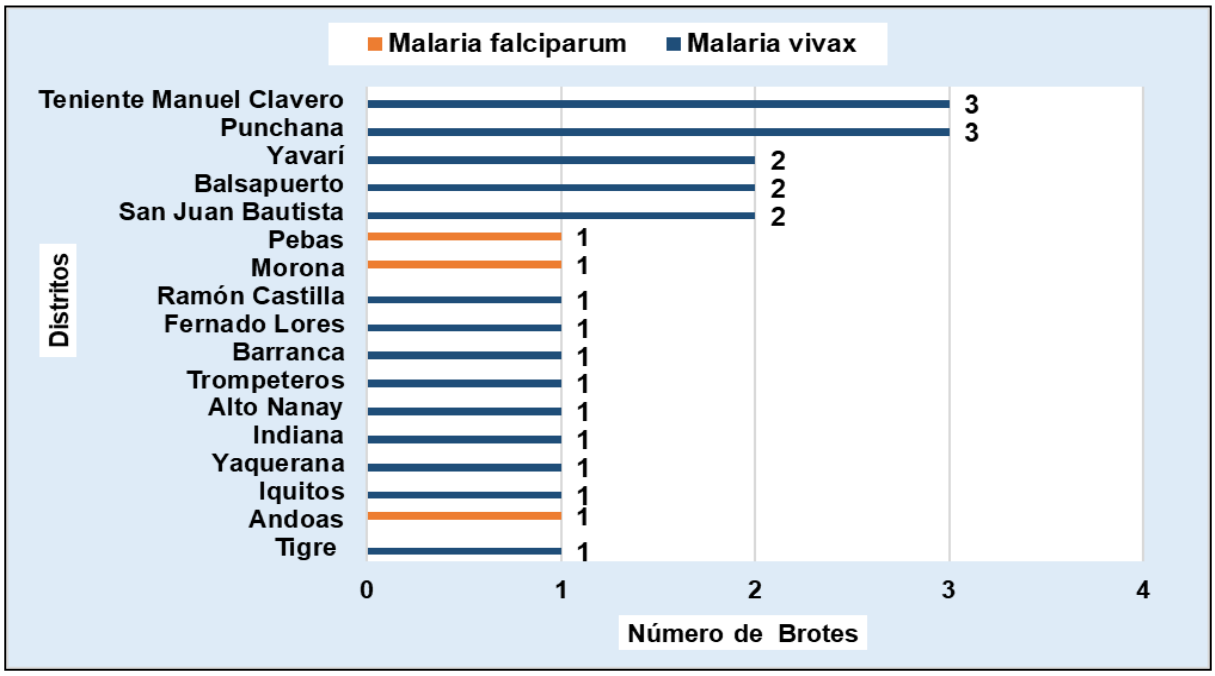
Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

6.13.2 Principales brotes en Loreto, año 2024

6.13.2.1 Malaria:

En el año 204, se registraron 24 notificaciones de brotes de malaria en 17 distritos, de los cuales el 87,5% (21) corresponden a malaria vivax y el 12,5% (03). En el 2024, Los distritos con mayor número de brotes notificados fueron Teniente Manuel Clavero y Punchana con 3 brotes respectivamente en diferentes cuencas. (Gráfico N° 358).
Todos los brotes de malaria fueron confirmados por microscopia. Es preciso mencionar que producto de los brotes por malaria vivax, se reportaron 4 defunciones, la mayoría de éstas en la etapa de vida niño.

Gráfico N° 358 Región Loreto. Brotes de malaria reportados según distritos. 2024

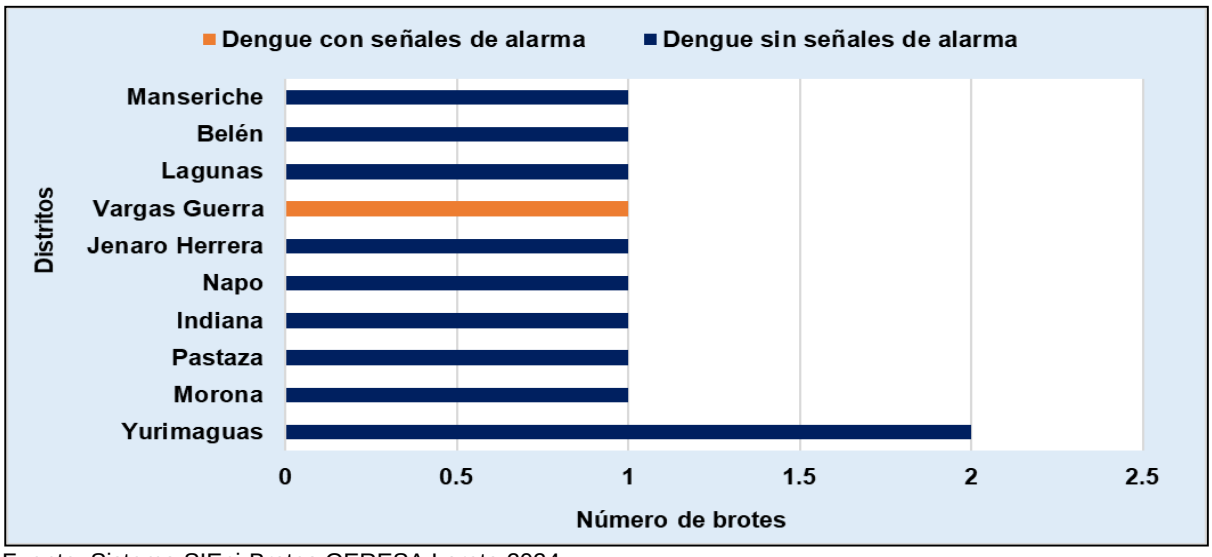


Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

6.13.2.2 Dengue:

En el 2024, se reportaron 11 brotes de Dengue en 10 distritos de la región, el 91% de los brotes reportados corresponde a Dengue sin señales de alarma y el 9% a Dengue con señales de alarma, de los cuales el distrito de Vargas Guerra notificó brote de Dengue con señales de alarma. Durante el curso de los brotes no se reportaron defunciones.

Gráfico N° 359 Región Loreto. Brotes de Dengue reportados según distritos.2024



Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

6.13.2.3 Leptospirosis*:*

En el año 2024, se notificaron en el aplicativo online, 7 brotes de Leptospirosis en 4 distritos a nivel regional, de los cuales Yurimaguas, Punchana y Balsapuerto, presentaron el mayor número de brotes, en el transcurso de estos brotes se reportaron 3 defunciones por este daño. Entre los factores más importantes que inciden en la transmisión de Leptospirosis, se encuentran los focos ambientales y el deficiente saneamiento básico en zonas periurbanas (especialmente el suministro de agua y la eliminación de residuos sólidos); incrementan el riesgo de la transmisión de la enfermedad.

Tabla N° 234 Región Loreto Brote de Leptospirosis reportados, según distritos, año 2024

DISTRITOS	Total	%
YURIMAGUAS	2	28.6
PUNCHANA	2	28.6
BALSAPUERTO	2	28.6
BELEN	1	14.3
Total	7	100.0

Fuente: Sistema SIEpi-Brotes GERESA Loreto 2024

6.13.2.4 Epizootia y otros eventos de importancia de salud pública.

Las epizootias están referidos a enfermedades con consecuente muertes que se presentan en animales y que representan un riesgo para la población humana, ya que por su alta transmisión y mortalidad pueden transmitirse entre los humanos convirtiéndose en una enfermedad zoonótica con alta tasa de letalidad, es por ello, la importancia de su vigilancia. Durante el año 2024, sólo se tuvo 02 reportes de epizootias en los distritos de Yurimaguas y Requena que corresponde a transmisión de rabia animal en vacunos y búfalos, no se evidenció transmisión en población expuesta, las actividades para su control se trabajaron de forma articulada entre Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA) y equipos de salud regional y local.
Respecto a los eventos de importancia en salud pública (EVISAP) durante el año 2024 se notificaron 09 EVISAP, referidos a incendios, inundaciones, intoxicación por sustancias tóxicas, derrame de hidrocarburos, deslizamiento de tierra e histeria colectiva que representaron un riesgo para la salud de las poblaciones y que están sujetas a vigilancia; en estos eventos se vigilaron un total de 6,098 personas.

Recomendaciones

a) Es necesario, que las IPRESS del nivel local, micro redes y redes de salud en el ámbito regional continúen con el registro oportuno de brotes en el aplicativo on line del SIEpi-Brotes.
b) En las provincias con perfiles epidemiológicos diversos, que reportaron cifras bajas de notificación de brotes, se deberá fortalecer la vigilancia de brotes, reporte de epizootias y otros eventos de importancia en salud pública en el personal responsable, a fin de realizar notificaciones oportunas.
c) Se deben elaborar los planes operativos regionales de enfermedades prevalentes, priorizando acciones en las zonas de mayor riesgo y con un mayor número de brotes.
d) Las Estrategia Sanitaria regionales, deberán fortalecer los puntos de diagnóstico, tratamiento, cobertura de vacunación en las provincias y distritos que registraron mayor número de brotes.

e) El sistema administrativo debe ser sensibilizado y a la vez generar una directiva para agilizar la logística para la intervención oportuna de brotes.

f) La Dirección de Epidemiología a través de la Unidad de investigación de brotes, continuará con la socialización de la Directiva Sanitaria N°047 – MINSA/DGE - V.01 “Directiva Sanitaria de Notificación de Brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la salud pública” durante las capacitaciones, a fin de que mejor la oportunidad de notificación para implementar medidas de control.

6.14 Componente Especial - Salud de pueblos indígenas

Este capítulo se incorpora como un componente transversal del Análisis de Situación de Salud, en reconocimiento a la importancia de abordar las condiciones de salud de los pueblos indígenas, sus determinantes socioculturales, el acceso diferenciado a los servicios de salud y la pertinencia intercultural en las intervenciones sanitarias.

6.14.1 Aspectos Generales

Se estima que la población indígena en el mundo asciende a 476 millones de personas, constituyendo el 6% de la población mundial, y representando aproximadamente el 15% de las personas en extrema pobreza del mundo

Los pueblos indígenas amazónicos en el Perú se encuentran asentados principalmente en zonas rurales, más alejadas y de difícil acceso, gran parte de la población se encuentra dispersa; por lo tanto, la forma de acceder a los servicios de salud es a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. A la dificultad geográfica donde vive la población indígena se suman las brechas culturales, lingüísticas y económicas

Según el último censo nacional del año 2017, a nivel nacional 5´176,809 personas se auto identificaban como pertenecientes al pueblo quechua; 548,292 como Aimara; 210,612 como pertenecientes a diferentes pueblos indígenas de la Amazonía; 828,841 al pueblo afroperuano y 49,838 personas pertenecientes a otros pueblos indígenas u originarios de costa o sierra, distribuidos en 55 pueblos indígenas (etnias) que hablan 48 lenguas originarias.

En la región Loreto se encuentran 1,766 comunidades indígenas, pertenecientes a 32 pueblos originarios (etnias), con 29 lenguas indígenas y una población de 193,154 habitantes, siendo los más numerosos las etnias Chayahuita con 13,700 habitantes (22%), Quichua-Napo-Pastaza con 10,526 habitantes (17%), Cocama-Cocamilla (15%) y Aguarunas (Awajum 8%).

6.14.2 Base Legal de la salud Intercultural

La Constitución Política del Perú, reconoce el derecho de toda persona a su identidad étnica y cultural y establece que el Estado debe proteger la pluralidad étnica y cultural de la nación. Esto incluye el derecho a usar el propio idioma ante cualquier autoridad, incluso si se necesita un intérprete.

El Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, tiene dos postulados básicos: El derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias y el derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan. Estas premisas constituyen la base sobre la cual deben interpretarse las disposiciones del Convenio, también garantiza el derecho a decidir sus propias prioridades

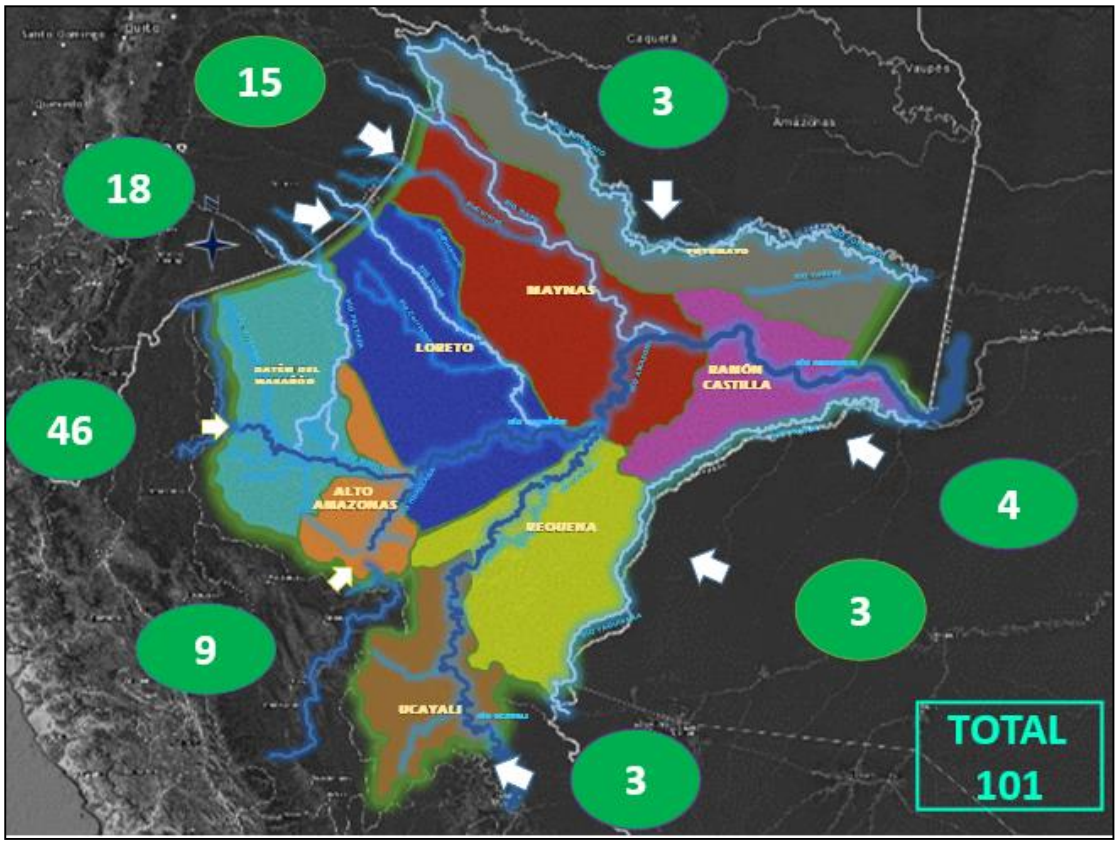
en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera.

En el Perú, el Decreto Supremo N.° 016-2016-SA aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas y afroperuanos, así como de otras poblaciones culturalmente diversas, mediante la inclusión, la equidad y el respeto por sus saberes y prácticas.

6.14.3 Federaciones y Organizaciones Indígenas

En la región Loreto, existen 101 organizaciones o federaciones indígenas amazónicas. A la vez existen 3 organizaciones regionales: a) Organización Regional de Pueblos Indígenas del Oriente – ORPIO asentada en Iquitos, que aglutina organizaciones base de las provincias de Maynas, Requena, Ramón Castilla, Putumayo y Loreto; b) Coordinadora de Pueblos Indígenas – CORPI, asentada en el Datem del marañón – Capital San Lorenzo que aglutina organizaciones de las provincias de Alto Amazonas y Datem del Marañón; y c) Organización Regional de Nacionalidades Amazónicas de Loreto - ORNAL que aglutina organizaciones de diferentes provincias.

Mapa N° 23 Región Loreto. Número de Organizaciones Indígenas Base según Provincias. 2024



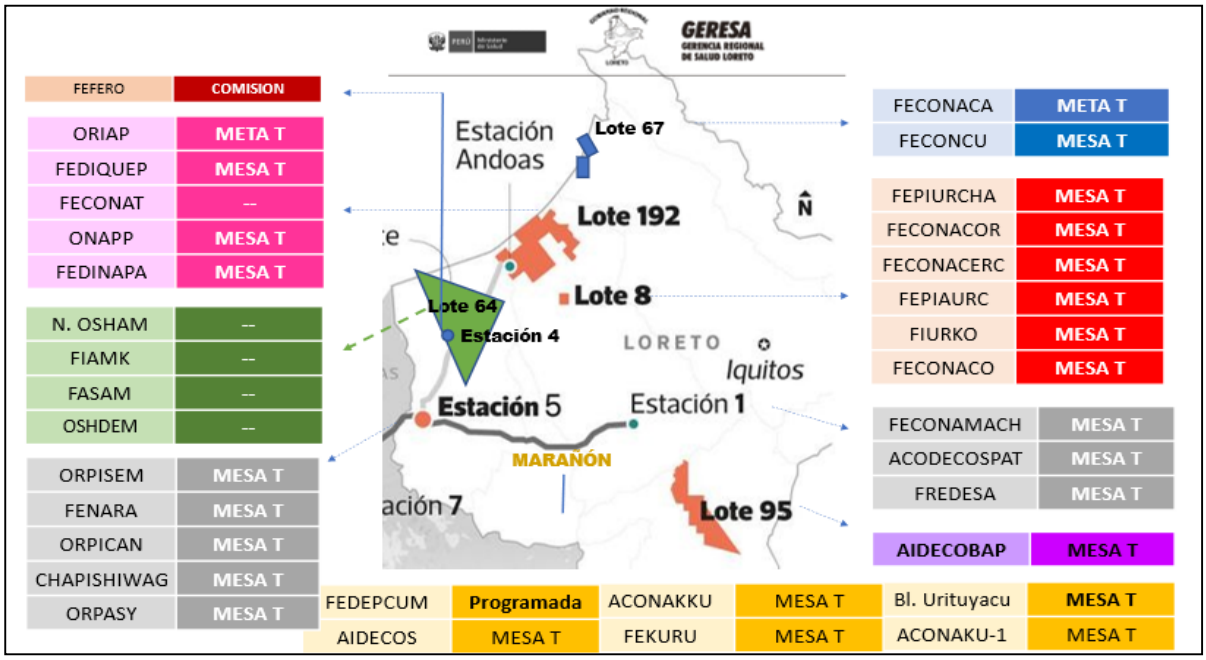
Fuente: GERESA Loreto. DESI-DAIS. Estrategia Regional de Pueblos Indígenas- Elaboración propia.

6.14.3.1 Organizaciones Indígenas relacionadas a los Lotes Petroleros de Loreto.

La información evidencia la coexistencia de múltiples organizaciones indígenas que representan a comunidades cuyos territorios se superponen o se encuentran próximos a los lotes petroleros activos o en exploración en la región Loreto. Este escenario muestra la

importancia de la articulación entre las políticas de desarrollo económico y la protección de los derechos territoriales, sociales y ambientales de los pueblos indígenas. Asimismo, resalta la necesidad de fortalecer los mecanismos de consulta y participación intercultural, para garantizar que las actividades extractivas se desarrollen con respeto a la autodeterminación y sostenibilidad de las comunidades amazónicas.

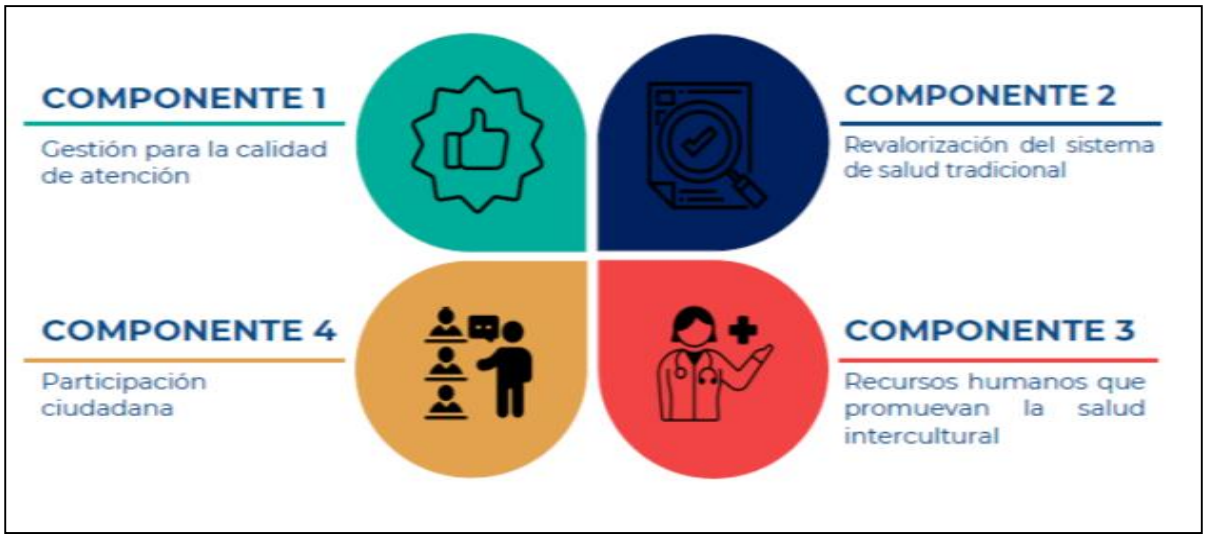
Gráfico N° 360 Región Loreto. Organizaciones Indígenas relacionadas a los Lotes Petroleros. 2024



Fuente: GOREL. Gerencia Regional de Pueblos Originarios.

6.14.4 Indicadores

Gráfico N° 361 . Región Loreto. Componentes de evaluación para el cumplimiento de un establecimiento de salud con pertinencia cultural 2024



Fuente: MINSA. DS N°240-2017/MINSA/INEI

Para cumplimiento del indicador de desempeño establecido en el Decreto Supremo N°036-2023/SA, que define los indicadores de desempeño, compromiso de mejora de los servicios a cumplir durante el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación para pedir entrega económica anual, la región Loreto ha cumplido con implementar 04 establecimientos de salud con pertinencia cultural en el marco de la Directiva Administrativa para la calificación de los establecimientos de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención, aprobado con Resolución Ministerial N°228-2029/MINSA; Estos 4 establecimientos son: IPRESS I-4 Bellavista Nanay, IPRESS I-3 Mazán, IPRESS I-3 Indiana e IPRESS I-3 Intuto.

En el año 2023 se implementaron los primeros 2 establecimientos de salud, los mismos que son la IPRESS I-4 Nauta en el distrito de Nauta y la IPRESS I-2 de Padre Cocha en el distrito de Punchana. Para el cumplimiento de un establecimiento de salud con pertinencia cultural, se deben aprobar 26 criterios de evaluación según los 4 componentes: Gestión de la calidad, Revalorización del Sistema de Salud tradicional, Participación ciudadana y Recursos Humanos que promuevan la salud intercultural.
En el marco del Plan de salud integral y el fortalecimiento de servicios de salud con enfoque intercultural en el ámbito de los pueblos indígenas u originarios para el año 2024, aprobado según Resolución Ministerial Nº1175-2023/MINSA, se desarrolló las siguientes actividades:

Tabla N° 235 Región Loreto. Actividades de Salud Integral y Fortalecimiento de Servicios de Salud.2024

ACTIVIDAD Y/O INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	AVANCE	%
Atención integral en las comunidades nativas de los departamentos priorizadas por medio de brigadas móviles	ATENCIONES	37,600	31,960	85%
Movilización de las brigadas de salud intercultural en los departamentos priorizados para la atención de la población indígena u originaria	BRIGADAS MOVILIZADAS	10	23	230%
Difusión de spot a través del perifoneo en lengua nativa a nivel comunitario en los departamentos priorizados desarrollo de talleres para los ACS y otros actores locales	COMUNIDAD INTERVENIDA	60	269	448%
Desarrollo de talleres para los ACS y otros actores locales para fortalecer las acciones preventivo-promocionales en población indígena u originaria con enfoque culturalmente pertinente	COMUNIDAD INTERVENIDA	2	2	100%

Fuente: GERESA Loreto. DESI-DAIS. Estrategia Regional de Pueblos Indígenas- Elaboración propia.

Durante el año 2024, las brigadas móviles de salud realizaron 23 intervenciones en comunidades indígenas de la Región Loreto, logrando un total de 31,960 atenciones, lo que representa el 85% de la meta programada. Estas acciones se desplegaron en 330 comunidades pertenecientes a diversas etnias, entre ellas Kukama Kukamiria, Kichwa, Ticuna, Yagua, Murui-Muinani, Secoya, Matses, entre otras, distribuidas en distintas cuencas de los ríos Amazonas, Nanay, Napo, Putumayo, Tapiche, Yavarí y sus afluentes. Las mayores coberturas se alcanzaron en los distritos de Maquía (4,500 atenciones), Teniente Manuel Clavero (3,767), Alto Nanay (3,384) y Yaquerana (3,106), lo que evidencia la concentración de población indígena en zonas de difícil acceso.

Si bien el despliegue de las brigadas ha permitido acercar los servicios de salud integral —como atención médica, odontológica, inmunizaciones y control materno-infantil— a territorios históricamente desatendidos, persisten limitaciones logísticas que afectan el cumplimiento total de metas, especialmente durante la época de vaciante de los ríos, cuando el transporte fluvial se ve restringido. En conjunto, estos resultados reflejan el esfuerzo institucional por reducir brechas en salud intercultural, garantizando atención oportuna y con pertinencia cultural en las comunidades más dispersas y vulnerables de la Amazonía loretana.(Tabla N°237).

Tabla N° 236 Región Loreto. Actividades de Salud Integral y Fortalecimiento de Servicios de Salud.2024

N°	PROVINCIA	DISTRITO	IPRESS	CUENCA	ETNIA	N° VECES	ATENCIONES	N° COMUNIDADES
1	REQUENA	ALTO TAPICHE	I- 2 SANTA ELENA	Rio Tapiche	CAPANAHUA	1	1,525	13
2	REQUENA	SOPLIN	I-I CURINGA	Rio Blanco	CAPANAHUA KUKAMA KUKAMIRIA	2	680	7
3	REQUENA	MAQUIA	I-4 BRETAÑA	CC.NN OBRERO I	KUKAMA KUKAMIRIA	1	4,500	27
4	REQUENA	YAQUERANA	I- 3 ANGAMOS	PAUJIL	MATSES	1	3,106	17
5	MAYNAS	ALTO NANAY	I-3 SANTA MARIA DE NANAY	Rio Nanay Quebrada Chambira	IKITU KUKAMA KUKAMIRIA	1	3,384	25
6	PUTUMAYO	TNTE.MANUEL CLAV	I-1 TRES FRONTERAS	Quebrada Yumineto	KICHWA MURUI-MUINANI SECOYA	1	340	11
7	PUTUMAYO	TNTE.MANUEL CLAV	I-1 NUEVA ESPERANZA	Putumayo	KITCHWA	1	3,427	21
8	PUTUMAYO	PUTUMAYO	I-4 EL ESTRECHO	Putumayo	KICHWA	2	367	15
9	PUTUMAYO	YAGUAS	I-2 REMANSO	REMANSO	MURUI-MUINANI KICHWA SECOYA MURUI-MUINANI	1	2,927	23
10	MAYNAS	TORRES CAUSANA	I - 2 CABO PANTOJA	Rio Napo	KICHWA SECOYA	1	220	14
11	MAYNAS	TORRES CAUSANA	I -1 ANGOTEROS	Rio Napo	KITCHWA MAIJUNA	1	985	27
12	MAYNAS	PUNCHANA	i-2 PADRECOCHA	Rio Nanay	KUKAMA KUKAMIRIA BORAS YAGUA	1	2,027	9
13	RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	i-4 CABALLOCOCHA	Rio Amazonas	TICUNA	1	960	12
14	RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	I-1 CUSHILLO COCHA	Quebrada Cushilloccha	TICUNA YAGUA	1	400	7
15	RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	I-1 - ISLA DEL TIGRE	Rio Amazonas	KUKAMA KUKAMIRIA/ YAGUA TICUNA	1	985	25
16	RAMON CASTILLA	SAN PABLO	I-3 SAN PABLO	Rio Amazonas	YAGUA BORA	1	1,554	27
17	RAMON CASTILLA	PEVAS	I-3 PEVAS	Rio Amazonas	TICUNA KICHWA	1	1,395	21
18	RAMON CASTILLA	YAVARI	I-3 ISLANDIA	Rio Yavarí	TICUNA KICHWA YAGUA KUKAMA KUKAMIRIA	1	557	9
19	RAMON CASTILLA	YAVARI	I-2 NUEVA ESPERANZA	Rio Yavarí -Mirim	ASHANINKA KICHWA YAGUA	1	110	7
20	RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	I-3 SANTA ROSA	Quebrada Clallarú	TICUNA	2	2,511	13
Total						**23**	**31,960**	**330**

Fuente: GERESA Loreto. DESI-DAIS. Estrategia Regional de Pueblos Indígenas- Elaboración propia.

En el año 2024, los enlaces indígenas establecidos en los distintos distritos y cuencas de la región Loreto representan un mecanismo fundamental para fortalecer la articulación entre los pueblos originarios y el sistema de salud. Estas figuras actúan como mediadores culturales y facilitadores del acceso a los servicios sanitarios en territorios donde la dispersión geográfica,

las barreras lingüísticas y la limitada infraestructura dificultan la cobertura oportuna. La presencia de enlaces en comunidades pertenecientes a etnias como Shawi, Kichwa, Kukama Kukamiria, Tikuna, Secoya, Achuar, Urarina, Matses, Shipibo, Awajún y Chapra refleja un esfuerzo sostenido por garantizar el derecho a la salud desde un enfoque intercultural, reconociendo las particularidades socioculturales y territoriales de cada pueblo.

Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, esta estrategia busca reducir las desigualdades asociadas a factores estructurales como la pobreza, el aislamiento geográfico, la falta de servicios básicos, la educación limitada y las condiciones ambientales propias de la Amazonía. Los enlaces indígenas permiten fortalecer la vigilancia comunitaria, la promoción de la salud y la confianza entre las comunidades y el personal sanitario. Asimismo, contribuyen a adaptar las intervenciones sanitarias al contexto cultural local, promoviendo la equidad y la pertinencia cultural en la atención, elementos clave para mejorar los indicadores de salud y el bienestar integral de las poblaciones indígenas de Loreto. Al corte del año 2024, se contaba con 16 enlaces indígenas, para 16 distritos con diferentes etnias, en 6 provincias.

Tabla N° 237 Región Loreto. Enlaces Indígenas según distritos y Etnias - 2024

PROVINCIAS	DISTRITO	CUENCA	ETNIA
PUTUMAYO	PUTUMAYO	PUTUMAYO	SECOYA
MARISCAL RAMON CASTILLA	RAMON CASTILLA	AMAZONAS	TIKUNA
REQUENA	YAQUERANA	YAQUERANA	MATSES
ALTO AMAZONAS	BALSAPUERTO	PARANAPURA	SHAWI
ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	HUALLAGA	SHAWI
DATEM DEL MARAÑÓN	MANSERICHE	MARAÑÓN	AWAJUM
DATEM DEL MARAÑÓN	BARRANCA	MARAÑÓN	SHAWI
DATEM DEL MARAÑÓN	CAHUAPANAS	MARAÑÓN	SHAWI
DATEM DEL MARAÑÓN	PASTAZA	PASTAZA	KANDOSHI
DATEM DEL MARAÑÓN	ANDOAS	PASTAZA	KICHWA
DATEM DEL MARAÑÓN	MORONA	MORONA	CHAPRA
UCAYALI	CONTAMANA	UCAYALI	SHIPIBO
LORETO	NAUTA	MARAÑÓN	KUKAMA KUKAMIRIA
LORETO	TROMPETEROS	CORRIENTES	ACHUAR
LORETO	URARINA	CHAMBIRA	URARINA
LORETO	TIGRE	TIGRE	KICHWA

Fuente: GERESA Loreto. DESI-DAIS. Estrategia Regional de Pueblos Indígenas- Elaboración propia.

6.14.5 Atendidos y atenciones de la población indígenas según género

Se hicieron 1,522,167 atenciones en población indígena durante el 2024 en 167,094 personas, lo que implica que se hicieron una media de 9 atenciones por cada persona en el curso del año. Las etnias con mayor número de atenciones y atendidos fueron Kichua, Achuar, Shawi y Kanzdozi, Kukama kukamiria y Awajun con más de 100 mil atenciones en cada una de estas etnias.
En general, las mujeres fueron las que recibieron más atenciones con 55.82% y también fueron las más atendidas con 53.2%.

Respecto a las atenciones Regionales, las que se hicieron en población indígena representa el 23%, mientras que el número de atendidos representa el 17%. (Tabla N°239).

Tabla N° 238 Región Loreto. Número de atenciones y atendidos según etnias y género - 2024

Etnias	Atenciones			Atendidos		
	F	M	Total	F	M	Total
KICHWA	151,266	123,004	274,270	12,501	11,293	23,794
ACHUAR	143,394	126,327	269,721	12,105	11,533	23,638
SHAWI	116,119	91,416	207,535	12,901	11,152	24,053
KANDOZI	103,030	84,416	187,446	6,642	5,533	12,175
KUKAMA KUKAMIRIA	99,485	68,803	168,288	15,885	12,940	28,825
AWAJÚN	76,369	55,670	132,039	5,821	4,877	10,698
SHIPIBO-KONIBO	26,869	19,360	46,229	4,073	3,400	7,473
URARINA	21,359	17,035	38,394	3,897	3,339	7,236
WAMPIS	21,359	16,666	38,025	3,482	3,000	6,482
SHIWILU	14,721	9,475	24,196	977	696	1,673
YAGUA	13,411	10,075	23,486	1,363	1,195	2,558
CHAPRA	12,143	9,144	21,287	1,387	1,193	2,580
TIKUNA	13,267	7,951	21,218	1,849	1,360	3,209
OTRO	5,457	8,741	14,198	1,238	2,276	3,514
MATSÉS	7,382	4,590	11,972	1,059	744	1,803
MURUI-MUINANI	3,684	2,515	6,199	462	421	883
BORA	3,079	2,583	5,662	368	380	748
SECOYA	2,244	2,197	4,441	558	554	1,112
YANESHA	2,523	1,565	4,088	443	359	802
AIMARA	2,016	1,979	3,995	186	200	386
QUECHUAS	1,539	1,685	3,224	370	422	792
CAPANAHUA	1,640	1,405	3,045	368	332	700
MAIJUNA	1,273	1,592	2,865	212	235	447
ARABELA	1,241	844	2,085	183	170	353
JAQARU	1,004	516	1,520	22	20	42
Otras Etnias	3,882	2,857	6,739	593	525	1,118
Total Indígena	**849,756**	**672,411**	**1,522,167**	**88,945**	**78,149**	**167,094**
Total Región Loreto	**3,852,732**	**2,637,035**	**6,489,767**	**538,513**	**416,431**	**954,944**
% Indígena	**22**	**25**	**23**	**17**	**19**	**17**

Fuente: GERESA Loreto. DESI-DAIS. Estrategia Regional de Pueblos Indígenas- Elaboración propia.

Adicionalmente, en el año 2024 se ha realizado otras acciones como las siguientes:

a) 25 trabajadores de salud han sido entrenados como facilitadores, en “Adecuación de servicios de salud con pertinencia cultural”, reconocidos con Resolución Gerencial.
b) 21 enfermeras capacitadas de zona de periferia - Maynas ciudad, en “Orientación para incorporar pertinencia cultural en consejería CRED para pueblos indígenas”.
c) 99 personal de salud, (IPRESS Mazan, Indiana, Bellavista Nanay) fueron capacitados en “Implementación de la directiva administrativa de adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural”.
D) 30 Agentes Comunitarios de salud indígenas, capacitados en “Acciones preventivo promocionales con pertinencia intercultural”, del distrito de Yaguas y Yaquerana

CAPÍTULO VII. EVALUACIÓN FINANCIERA DE PRINCIPALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES

7.1 Evaluación Financiera de Principales Programas Presupuestales:

La evaluación financiera considera el gasto a nivel de la función salud del Gobierno Regional por su mayor injerencia dentro del presupuesto total del sector, se realizó según la ejecución presupuestal anual con respecto al gasto planificado en el presupuesto institucional modificado (PIM). La fuente de información utilizada fue el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF-SP) del Ministerio de Economía y Finanzas de los ejercicios presupuestales 2017 al 2024. Esta dimensión responde a la forma en la que se utilizan los recursos, de tal modo que se busque maximizar el impacto del accionar público.

7.1.1 Evolución del presupuesto en salud

El presupuesto institucional modificado (PIM) del Gobierno Regional de Loreto ha mostrado un crecimiento sostenido en los últimos 08 años, pasando de S/ 1,748,268,782 millones en el 2017 a S/ 3,641,419,296 en el 2024. un aumento del 108.3%. Este incremento es el resultado de incorporaciones y transferencias presupuestarias que responden a la necesidad de adaptar los presupuestos a las condiciones económicas y sociales cambiantes, buscando optimizar el gasto público y mejorar la ejecución en las actividades y proyectos programados.

En los últimos años, el financiamiento del sector salud se ha incrementado significativamente en las diferentes Fuentes de Financiamiento, particularmente en el período 2019-2022, impulsado por la pandemia de COVID-19, donde el financiamiento pasó de S/. 459,979,696 millones en el año 2017 a S/. 819,970,555 en el 2022. En el año 2024 se evidencia un incremento por el nombramiento del personal asistencial en todas las Unidades Ejecutoras del sector salud.

Tabla N° 239 Región Loreto. Presupuesto del Sector Salud a nivel Nacional y Regional en el periodo 2017 al 2024

Periodo	Presupuesto Nacional Salud S/.	Presupuesto Región Loreto S/.	Presupuesto Salud Región Loreto		
			Monto S.	%*	%**
2017	17,673,366,046	1,748,268,782	459,979,696	2.60	26.31
2018	20,072,985,071	1,771,699,095	450,449,027	2.24	25.42
2019	20,891,045,157	2,120,189,747	541,529,520	2.59	25.54
2020	27,517,397,896	2,393,283,983	650,163,639	2.36	27.17
2021	31,065,510,794	2,598,009,444	670,422,458	2.16	25.81
2022	31,651,687,851	3,024,000,292	819,970,555	2.59	27.12
2023	29,795,199,441	3,104,134,632	675,352,830	2.27	21.76
2024	31,698,219,267	3,641,419,296	873,916,963	2.76	24.00

* Porcentaje del presupuesto de salud de la Región Loreto en relación al presupuesto nacional de salud
Porcentaje del presupuesto de salud Loreto en relación al presupuesto total del gobierno regional
Fuente: SIAF-SP del Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024

El presupuesto del sector salud de la Región Loreto en el año 2017 representó el 2.60%, en relación con el presupuesto nacional, en los siguientes años fue disminuyendo y en el año 2024 se incrementó al 2.76%.

Del presupuesto general de la Región Loreto, al inicio del periodo de evaluación, el presupuesto en salud representó el 26.31% del gasto regional, mientras que en el 2024 concentró el 24.00%, es decir aproximadamente la cuarta parte del presupuesto regional está orientado a las actividades y proyectos de los servicios de salud pública.

Del presupuesto institucional modificado, asignado en actividades y proyectos, por toda fuente de financiamiento y genérica de gasto, el 30% se encuentra en la categoría de programas presupuestales, siendo la fuente de financiamiento de recursos ordinarios la que contempla la mayor asignación del presupuesto (71%), seguido de la fuente de financiamiento de donaciones y transferencias (11%). A nivel de programas presupuéstales, el PP 1001 Productos específicos para el desarrollo infantil temprano es el que concentra la mayor asignación presupuestal (7,0%), seguido del programa presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal (6,0%).

A nivel regional del Presupuesto total en la función 20 destinado al financiamiento de proyectos de inversión en el 2022 corresponde el 20%, en el 2023 disminuye al 7% reducción marcada que se ve reflejado en ese año fiscal, y el 2024 se incrementa al 22%.

7.1.2 Estructura presupuestal de los principales programas presupuestales

El Gobierno Regional Loreto, a través de la Gerencia Regional de Salud estableció los Programas Presupuestales priorizados en el marco de la consultoría que la OMS solicitó a fin de realizar la evaluación financiera de los principales programas presupuestales; se detallan a continuación: i) Programa de Articulado Nutricional actualmente Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano ii) Salud Materno Neonatal; iii) TBC-VIH/SIDA; iv) Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis; v) Prevención y control del cáncer; vi) Control y prevención de Salud Mental.

7.1.2.1 Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PP-001) y Programa Presupuestal Orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano (PP 1001).

En el año 2008 se crea el programa presupuestal 0001 Programa Articulado Nutricional como una iniciativa para reducir la desnutrición crónica infantil. El presupuesto institucional en los programas presupuestales vinculados a la nutrición infantil y al desarrollo infantil temprano se incrementó desde su formulación.

Tabla N° 240 . Región Loreto. Indicadores Priorizados del PP-01 Articulado Nutricional y del PP 1001 Presupuestal Orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano

Indicadores de Resultados	Indicadores de Cobertura
Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 5 años	% de niños con CRED completo para la edad
Proporción de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con prevalencia de anemia	% de niños protegidos con todas las vacunas
	% de niños con vacunas contra neumococo y rotavirus
	% de niños con suplemento de hierro

Fuente: GERESA Loreto. 2024.

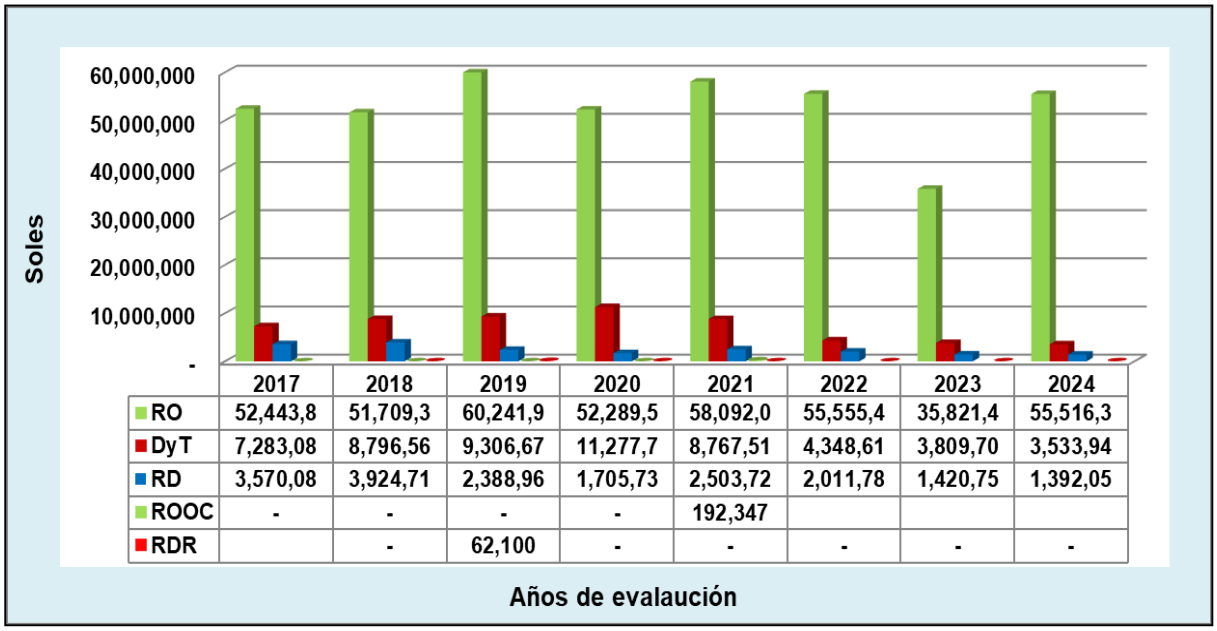
En el año 2022 se realiza la migración de algunos productos del PP-001.- Articulado Nutricional al PP-1001.- Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano, aprobado con Resolución Suprema N° 023-2019-EF, que buscan como resultado el “Estado

Nutricional y de salud de los niños y un Nacimiento Saludable". A partir del 2023 el PAN no se encuentra en la estructura funcional programática.

Evolución presupuestal por fuente de financiamiento del Articulado Nutricional (PP 001) y del Presupuesto orientado a resultados de desarrollo Infantil temprano (PP1001).

Durante el periodo 2017-2024 el presupuesto del Programa Articulado Nutricional muestra un incremento marcado entre los años 2017 y 2022; a partir del año 2022 se realiza la migración de productos al PP 1001, y no se evidencia reducción debido al incremento del 20% del presupuesto total para proyectos de inversión en la sede central. La fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios es la que contempla la mayor asignación del presupuesto con una participación entre el 83 al 92% del PIM, seguida de Donaciones y Transferencias que en los últimos años se viene reduciendo significativamente del 20% en el año 2017 a 6% en el año 2024.

Gráfico N° 362 Región Loreto. PP. 001-Articulado Nutricional y 1001- Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano. - Evolución del Presupuesto según Fuente de Financiamiento- Región Loreto años 2017- 2024



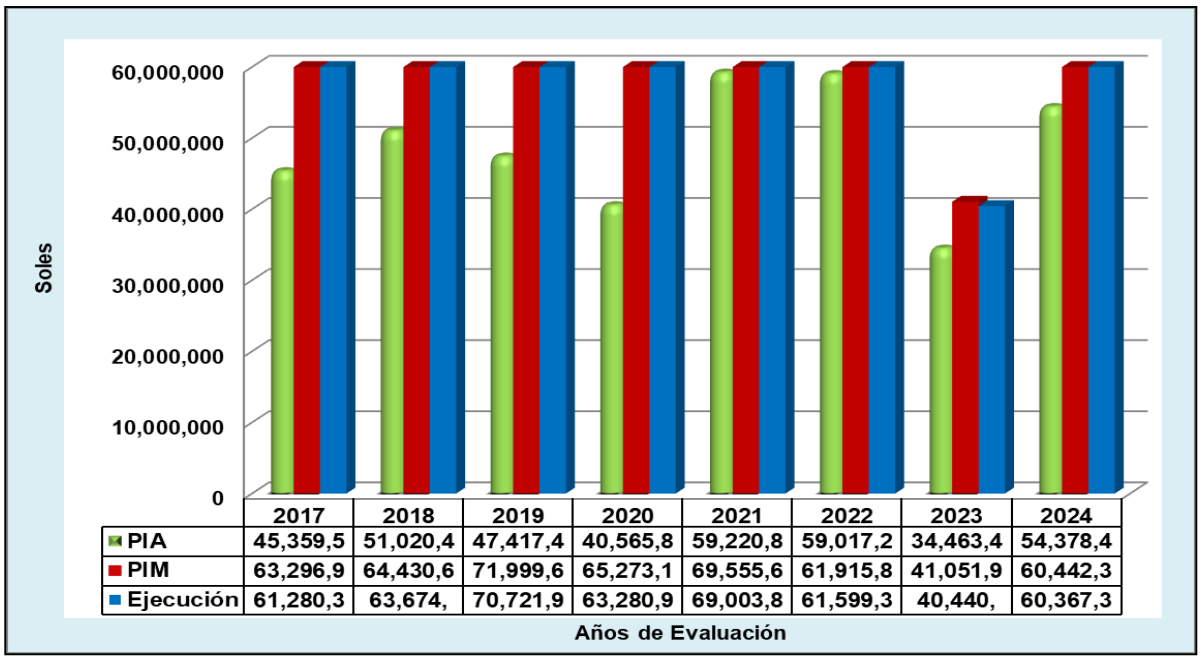
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RO	52,443,8	51,709,3	60,241,9	52,289,5	58,092,0	55,555,4	35,821,4	55,516,3
DyT	7,283,08	8,796,56	9,306,67	11,277,7	8,767,51	4,348,61	3,809,70	3,533,94
RD	3,570,08	3,924,71	2,388,96	1,705,73	2,503,72	2,011,78	1,420,75	1,392,05
ROOC	-	-	-	-	192,347			
RDR		-	62,100	-	-	-	-	-

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024
R.O: Recursos Ordinarios, DyT: Donaciones y Transferencias; R.D.R: Recursos Directamente Recaudados, ROOC: Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito; R.D: Recursos Determinados

Evolución presupuestal PIA – PIM y Ejecución PP 001-PP1001. 2017-2024

En el año 2023 se evidencia marcada disminución debido a que el presupuesto de los proyectos de inversión se reduce en 13% con relación a los años anteriores y en la GG 2.1: Personal y Obligaciones Sociales se reduce en 28 millones. En el año 2024 los proyectos de inversión se incrementan al 22% del total del presupuesto y se restituye la GG 2.1. El Programa Presupuestal ha mantenido su ejecución entre el 99% y 100% a pesar de la disminución en el año 2023.

Gráfico N° 363 . Región Loreto. PP.001 Articulado Nutricional y 1001 Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano- Evolución PIA - PIM VS Ejecución Presupuestal. - Región Loreto Años 2017-2024



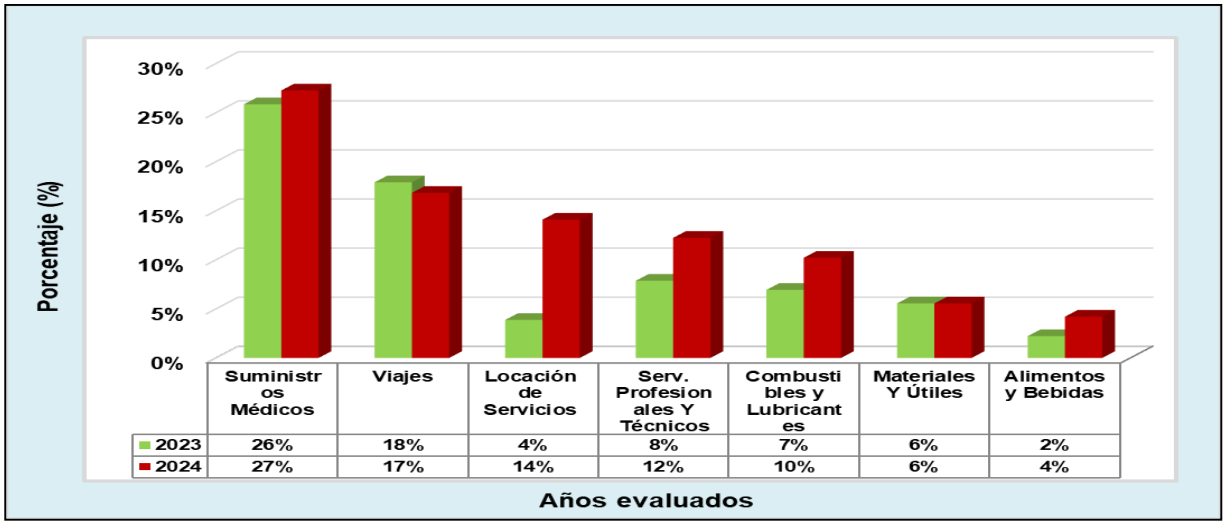
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIA	45,359,5	51,020,4	47,417,4	40,565,8	59,220,8	59,017,2	34,463,4	54,378,4
PIM	63,296,9	64,430,6	71,999,6	65,273,1	69,555,6	61,915,8	41,051,9	60,442,3
Ejecución	61,280,3	63,674,	70,721,9	63,280,9	69,003,8	61,599,3	40,440,	60,367,3

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024
PIA: Presupuesto Institucional de apertura - PIM: Presupuesto Institucional Modificado

Distribución presupuestal en la Genérica de Gastos Bienes y Servicios. PP 001-PP1001.

La Genérica de Gasto Bienes y Servicios cubre las actividades sanitarias priorizadas en los establecimientos de salud, según los clasificadores de gasto en el 2024 están los suministros médicos con el 27.0%, seguido de viajes domésticos (17%), locación de servicios (14%), servicios de profesionales y Técnicos (12%), y el combustible (10%). El financiamiento del personal por contrato administrativo (CAS) hasta el 2023 estuvo en la GG.- 2.3.- Bienes y servicios y desde el año 2024 (30.9%) pasa a la GGG. 2.1.- Personal y obligaciones Sociales.

Gráfico N° 364 Región Loreto. PP. 001- Articulado Nutricional y 1001- Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano. Distribución Presupuestal. - GG Bienes y Servicios. Años 2023- 2024



	Suministros Médicos	Viajes	Locación de Servicios	Serv. Profesionales Y Técnicos	Combustibles y Lubricantes	Materiales Y Útiles	Alimentos y Bebidas
2023	26%	18%	4%	8%	7%	6%	2%
2024	27%	17%	14%	12%	10%	6%	4%

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza. 2023-2024

7.1.2.2 Salud Materno Neonatal (PP 0002)

En el año 2008, en atención a lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley N° 29142, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2008, se implementan el programa Salud Materno Neonatal, que prioriza intervenciones efectivas a favor de la salud de la madre y el neonato. Para el cumplimiento del resultado específico del Programa Presupuestal 0002, se desarrollan intervenciones orientadas a actividades preventivas promocionales, recuperativas y de gestión para brindar atención a las gestantes y mujeres en edad fértil.

Tabla N° 241 Región Loreto. Región Loreto. Indicadores Priorizados del PP-002 Salud Materno Neonatal.

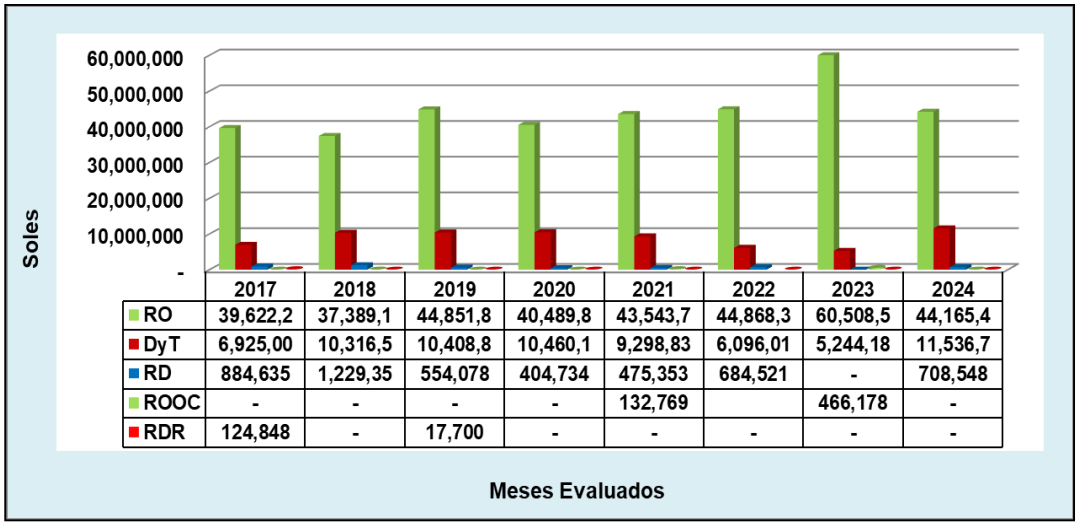
Indicadores de Resultados	Indicadores de Cobertura
Reducción de la Morbimortalidad Materna -Neonatal	% de Gestantes Controladas
	% de Partos Institucionales
	% de la Población que accede a métodos Anticonceptivos
	Adolescentes que acuden al servicio de salud para prevenir anemia

Fuente: Fuente: GERESA Loreto. 2024.

Evolución presupuestal por fuente de financiamiento del PP002.- 2017 – 2024

El PP-0002. Salud Materno Neonatal se financia principalmente con Recursos Ordinarios con una participación entre el 83 al 92% del PIM, seguida de Donaciones y Transferencias con una participación del 12 al 6% del PIM y Recursos Determinados con 12 al 6%% del PIM. Mientras que los Recursos Directamente Recaudados y ROOC tienen una participación de sólo el 0,1% del PIM.

Gráfico N° 365 Región Loreto. PP. 002.- Salud Materno Neonatal - Evolución del Presupuesto según Fuente de Financiamiento. - Región Loreto años 2017-2024



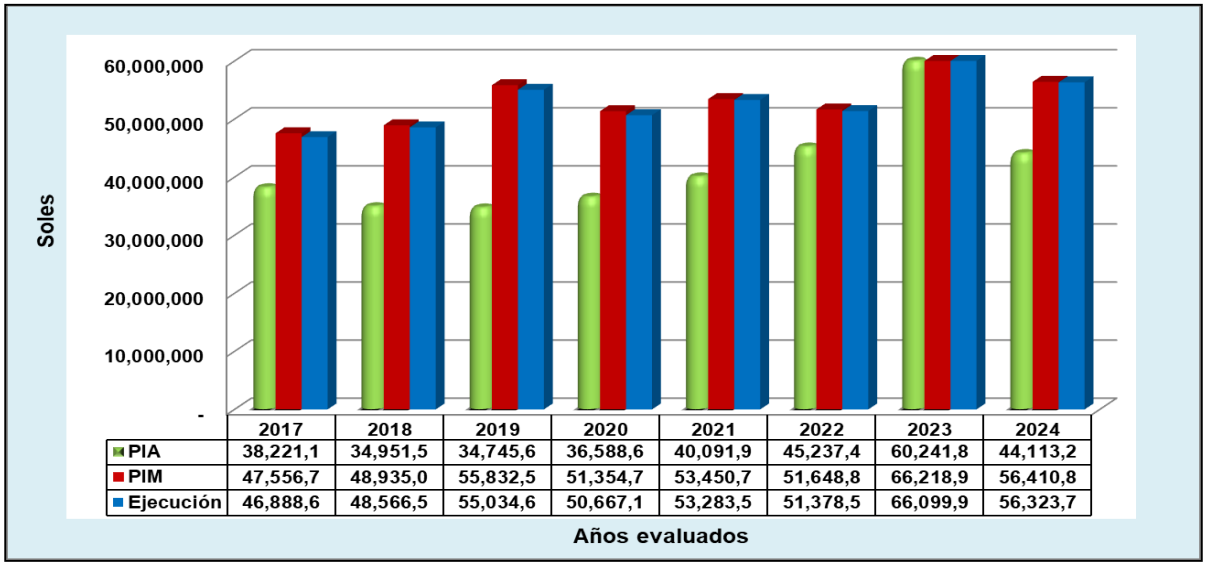
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RO	39,622,2	37,389,1	44,851,8	40,489,8	43,543,7	44,868,3	60,508,5	44,165,4
DyT	6,925,00	10,316,5	10,408,8	10,460,1	9,298,83	6,096,01	5,244,18	11,536,7
RD	884,635	1,229,35	554,078	404,734	475,353	684,521	-	708,548
ROOC	-	-	-	-	132,769		466,178	-
RDR	124,848	-	17,700	-	-	-	-	-

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024
R.O: Recursos Ordinarios, DyT: Donaciones y Transferencias; R.D.R: Recursos Directamente Recaudados, ROOC: Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito; R.D: Recursos Determinados

Evolución presupuestal PIA – PIM y ejecución PP 002- 2017-20024

El Programa Salud Materno Neonatal en el año 2023 presenta un incremento presupuestal marcado, por toda fuente de financiamiento en comparación a los años anteriores debido al aumento del 30% en la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios que concentró el 92 % de todo el presupuesto de los cuales el 83% correspondió a la Genérica de Gasto 2.1.- Personal y Obligaciones Sociales y el 17 % en la 2.3.- Bienes y Servicios. En el año 2024 se redistribuye la 2.1 en otros PP. La ejecución presupuestal, por toda fuente de financiamiento registra un desempeño alto con una ejecución del 99% al 100% del PIM.

Gráfico N° 366 Región Loreto. PP. 002.- Salud Materno Neonatal - Evolución del Presupuesto según Fuente de Financiamiento. - Región Loreto años 2017-2024



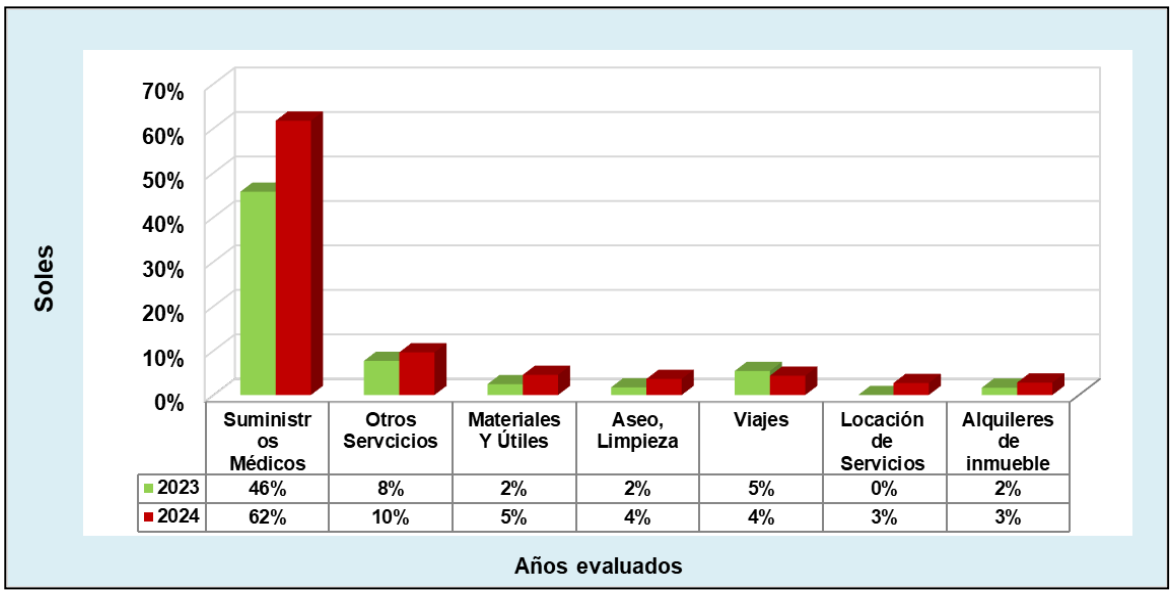
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIA	38,221,1	34,951,5	34,745,6	36,588,6	40,091,9	45,237,4	60,241,8	44,113,2
PIM	47,556,7	48,935,0	55,832,5	51,354,7	53,450,7	51,648,8	66,218,9	56,410,8
Ejecución	46,888,6	48,566,5	55,034,6	50,667,1	53,283,5	51,378,5	66,099,9	56,323,7

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024

Distribución presupuestal en la Genérica de Gastos Bienes y Servicios PP 002

En comparación con el año anterior, el principal gasto cubierto con recursos del programa, en el 2024 fue el de suministros médicos que se incrementó a 62%, seguido de otros servicios con el 10%, materiales y útiles 8%. Desde el 2023 el financiamiento del personal por contrato administrativo (CAS) paso de la GG.- 2.3 Bienes y servicios a la GG 2.1.- Personal y Obligaciones Sociales.

Gráfico N° 367 Región Loreto. PP002.- Salud Materno Neonatal. - Distribución Presupuestal GG Bienes y Servicios Años 2023- 2024



	Suministros Médicos	Otros Servcicios	Materiales Y Útiles	Aseo, Limpieza	Viajes	Locación de Servicios	Alquileres de inmueble
2023	46%	8%	2%	2%	5%	0%	2%
2024	62%	10%	5%	4%	4%	3%	3%

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2023-2024

7.1.2.3 Programa Presupuestal 0016: TBC-VIH/SIDA

El PP 0016, se diseñó en el año 2010, en atención a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N°29465, Ley de Presupuesto para el año Fiscal 2010.

Tabla N° 242 Región Loreto. Región Loreto. Indicadores priorizados. PP- 016.-TBC- VIH / SIDA

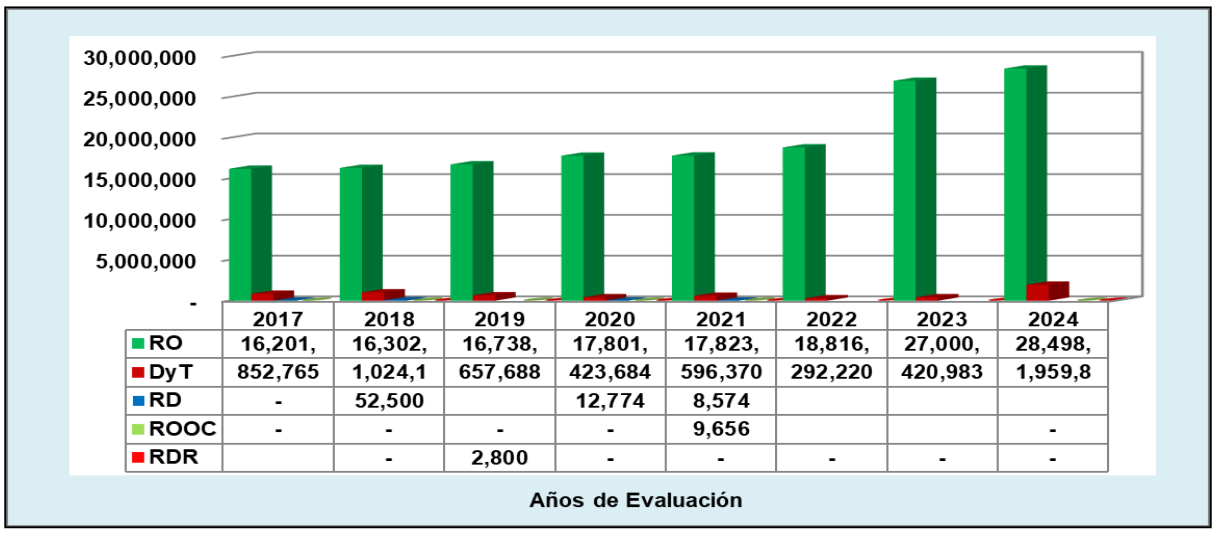
Indicadores de Resultados	Indicadores de Cobertura
Reducir la morbimortalidad de TB-VIH/SIDA.	Cobertura de detección de casos de tuberculosis
Incidencia de VIH en población de alto Riesgo	Porcentaje de hombres y mujeres con VIH que reciben tratamiento ARV

Fuente: GERESA Loreto. 2024.

7.1.2.3.1 Evolución presupuestal por fuente de financiamiento. PP 016.

Durante el periodo del 2017-2024 el PP: TBC- VIH/SIDA muestra un crecimiento continuo, las actividades se financian principalmente con Recursos Ordinarios con una participación entre el 98 al 94% del PIM, seguida de Donaciones y Transferencias con una participación del 2 al 6% del PIM. En la FF Donaciones y Transferencias en el año 2024 se incrementó en el 366% en relación con el año anterior.

Gráfico N° 368 Región Loreto. PP.0016 TBC VIH SIDA- Evolución del Presupuesto según Fuente de Financiamiento. - Región Loreto años 2017-2024



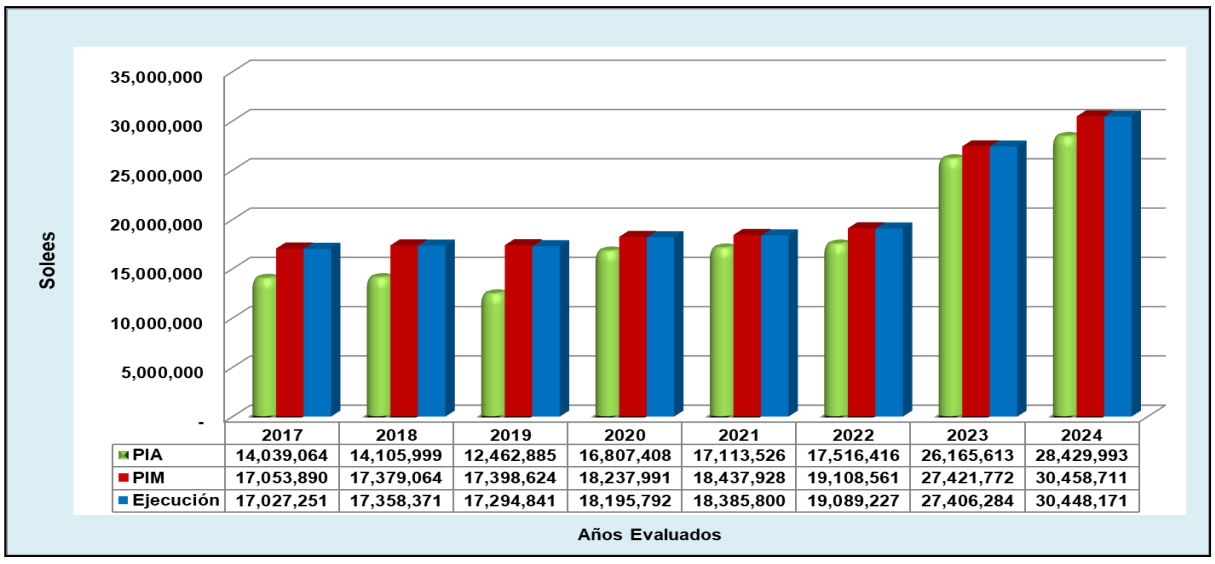
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RO	16,201,	16,302,	16,738,	17,801,	17,823,	18,816,	27,000,	28,498,
DyT	852,765	1,024,1	657,688	423,684	596,370	292,220	420,983	1,959,8
RD	-	52,500		12,774	8,574			
ROOC	-	-	-	-	9,656			-
RDR		-	2,800	-	-	-	-	-

Fuente: SIAF-SP Ministerio de Economía y Finanzas 2017-2024.
R R.O: Recursos Ordinarios, DyT: Donaciones y Transferencias; R.D.R: Recursos Directamente Recaudados, ROOC: Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito; R.D: Recursos Determinados

Evolución presupuestal PIA – PIM y ejecución PP 016

El Programa Presupuestal 016, presenta un incremento presupuestal marcado en los últimos años; en el año 2024 la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios concentró el 94 % de todo el presupuesto de los cuales el 91% correspondió a la Genérica de Gasto 2.1.- Personal y Obligaciones Sociales y el 9 % en la 2.3.- Bienes y Servicios. La ejecución presupuestal, por toda fuente de financiamiento registra un desempeño alto con una ejecución del 100% del PIM.

Gráfico N° 369 Región Loreto. PP.016 -TBC VIH SIDA- Evolución PIA - PIM VS Ejecución Presupuestal. Región Loreto años 2017-2024.



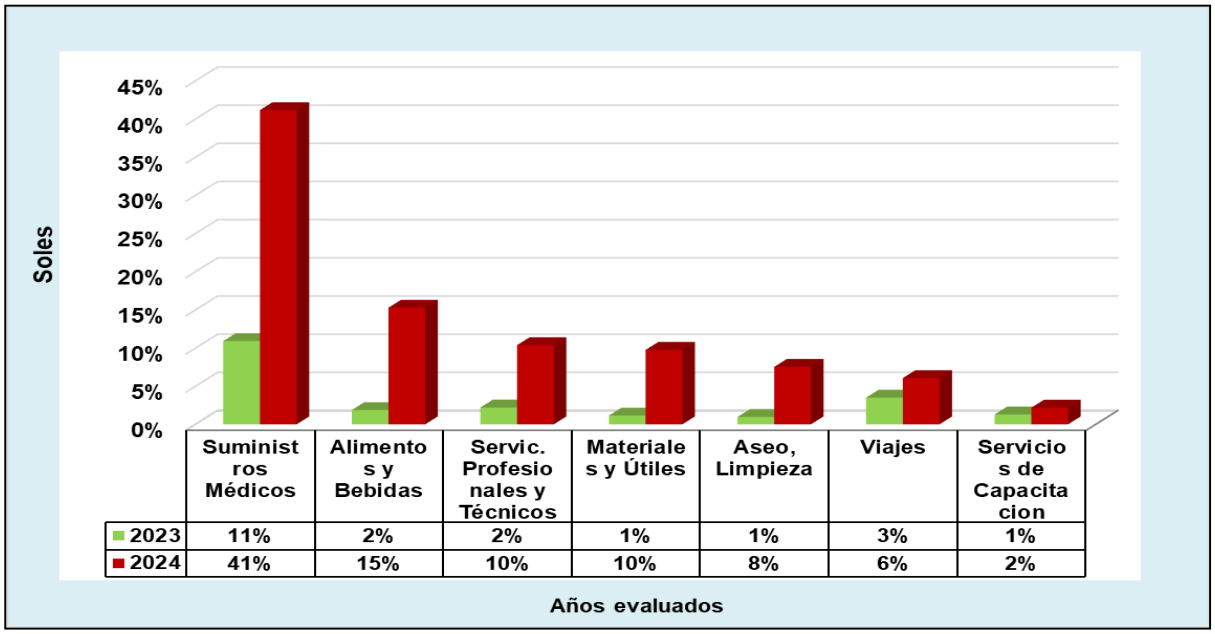
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIA	14,039,064	14,105,999	12,462,885	16,807,408	17,113,526	17,516,416	26,165,613	28,429,993
PIM	17,053,890	17,379,064	17,398,624	18,237,991	18,437,928	19,108,561	27,421,772	30,458,711
Ejecución	17,027,251	17,358,371	17,294,841	18,195,792	18,385,800	19,089,227	27,406,284	30,448,171

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024
- PIA: Presupuesto Institucional de apertura - PIM: Presupuesto Institucional Modificado

Distribución presupuestal en la Genérica de Gastos Bienes y Servicios

En el año 2024 el principal gasto cubierto con recursos del programa es de suministros médicos con el 41%, seguido de Alimentos y bebidas (15%), Servicios profesionales y materiales de oficina con el 10%. El financiamiento del personal por contrato administrativo (CAS) paso de la GG.- 2.3 Bienes y servicios a la GG 2.1.- Personal y Obligaciones Sociales.

Gráfico N° 370 Región Loreto. PP. 016 -TBC VIH SIDA. - Distribución Presupuestal por toda Fuente de Financiamiento - GG Bienes y Servicios Años 2023- 2024.



	Suministros Médicos	Alimentos y Bebidas	Servic. Profesionales y Técnicos	Materiales y Útiles	Aseo, Limpieza	Viajes	Servicios de Capacitacion
2023	11%	2%	2%	1%	1%	3%	1%
2024	41%	15%	10%	10%	8%	6%	2%

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2023-2024

7.1.2.4 Programa Presupuestal 017: Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis

El Programa Presupuestal 0017 Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, se diseñó en el año 2010, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Presupuesto para el año fiscal 2010 Ley N°29465, prioriza actividades de control y vigilancia de vectores y reservorios según área de riesgo

Tabla N° 243 Región Loreto. Indicadores priorizados del PP 017: Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis.

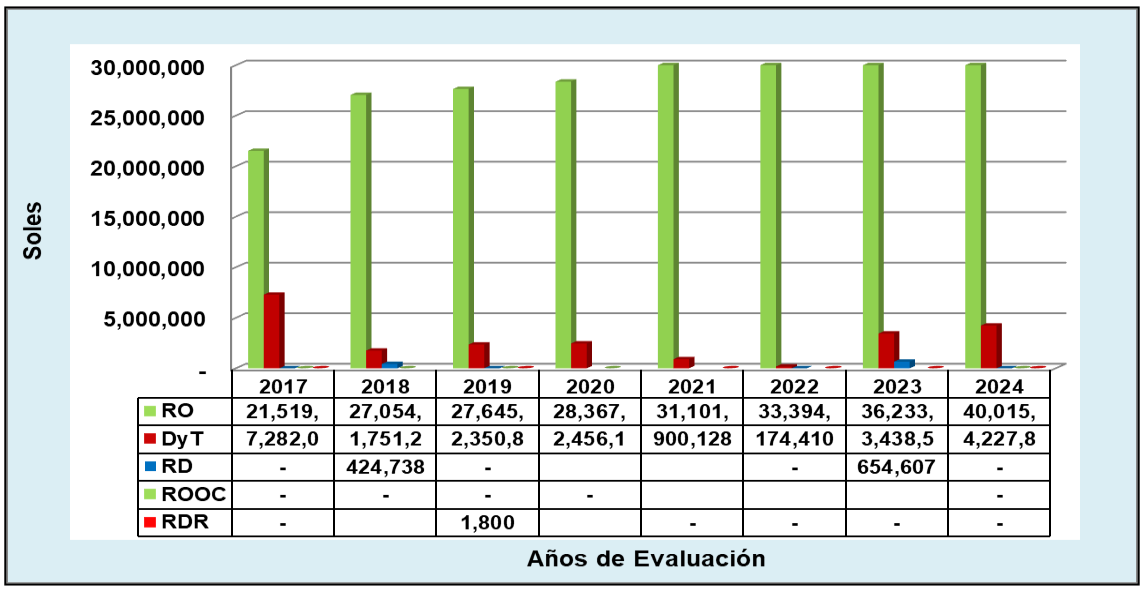
Indicadores de Resultados	Indicadores de Cobertura
Controlar y disminuir la incidencia y prevalencia de enfermedades metaxénicas y zoonosis, así como su letalidad y mortalidad.	Índice parasitario anual
	Tasa de letalidad por dengue
	% de persona con rabia que reciben atención integral

Fuente: GERESA Loreto 2024

Evolución presupuestal del PP017 por fuente de financiamiento

La principal fuente para la realización de las actividades es Recursos Ordinarios con el 46% seguida de Donaciones y transferencias con el 10%.

Gráfico N° 371 Región Loreto. PP. 017 - Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis- Evolución del Presupuesto según Fuente de Financiamiento. 2017-2024



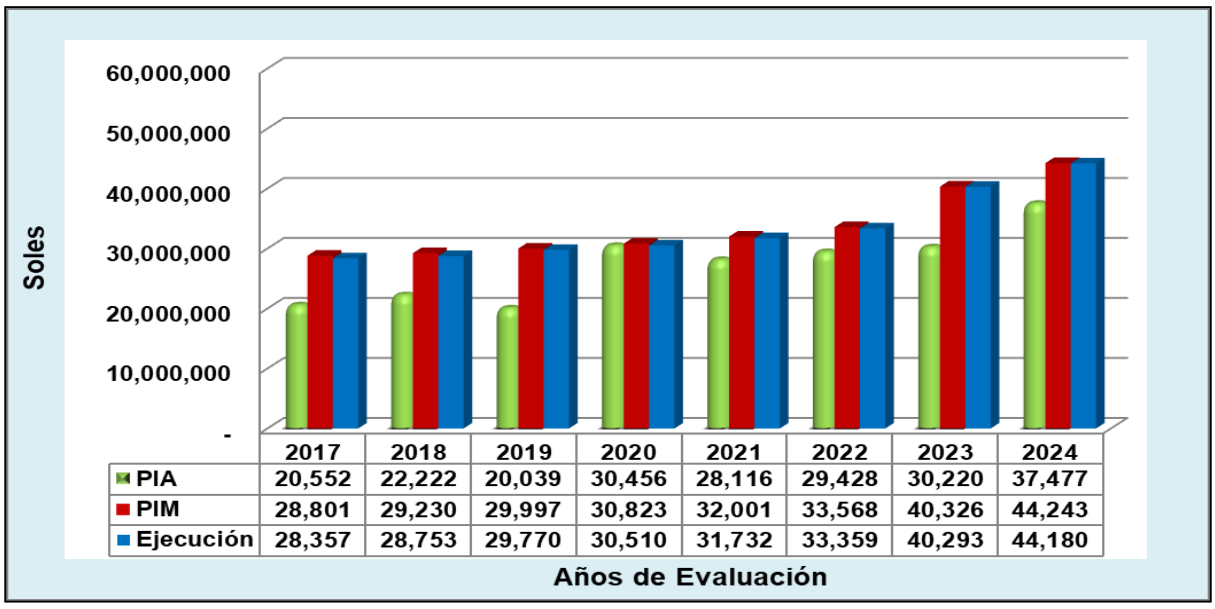
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RO	21,519,	27,054,	27,645,	28,367,	31,101,	33,394,	36,233,	40,015,
DyT	7,282,0	1,751,2	2,350,8	2,456,1	900,128	174,410	3,438,5	4,227,8
RD	-	424,738	-			-	654,607	-
ROOC	-	-	-	-				-
RDR	-		1,800		-	-	-	-

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024
R.O: Recursos Ordinarios, DyT: Donaciones y Transferencias; R.D.R: Recursos Directamente Recaudados, ROOC: Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito; R.D: Recursos Determinados

Evolución presupuestal PIA – PIM y ejecución PP 016

El presupuesto institucional Modificado según fuente de financiamiento en el año 2024 se incrementó en 13,668,713 (45%) en relación con el año 2017; esto por las transferencias que se han realizado debido a las declaratorias de emergencia sanitaria. El desempeño de la ejecución presupuestal muestra variaciones, en el 2017 se ejecutó el 98.5%, en el año 2024 mostró un mejor desempeño con una ejecución del 99.9%.

Gráfico N° 372 Región Loreto. PP. 017. Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis - Evolución PIA - PIM VS Ejecución Presupuestal. - Región Loreto años 2017-2024.



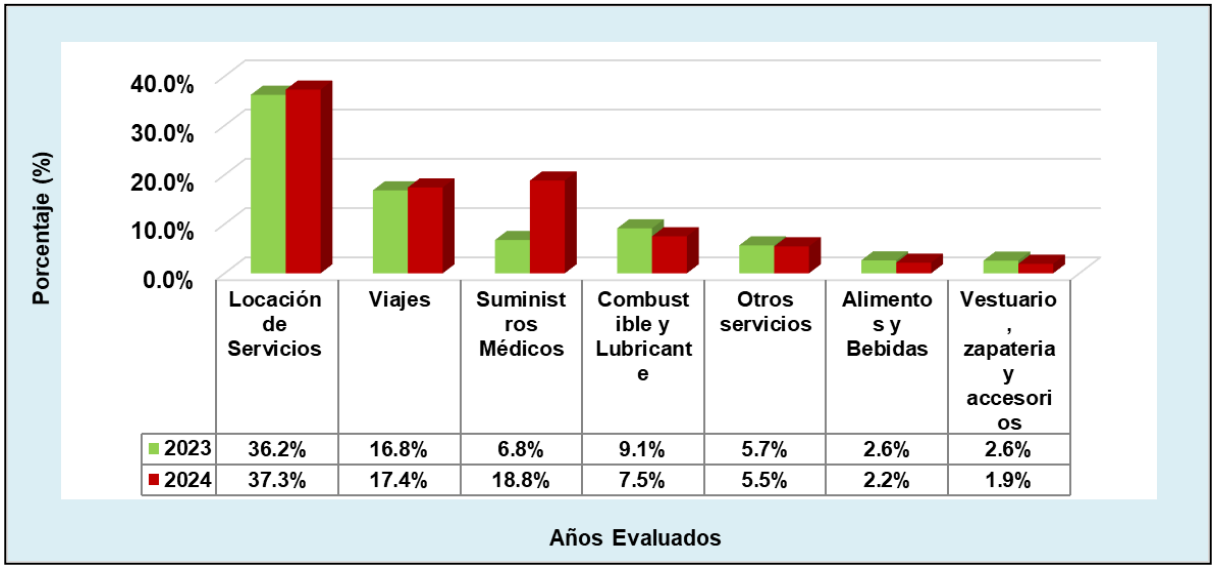
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIA	20,552	22,222	20,039	30,456	28,116	29,428	30,220	37,477
PIM	28,801	29,230	29,997	30,823	32,001	33,568	40,326	44,243
Ejecución	28,357	28,753	29,770	30,510	31,732	33,359	40,293	44,180

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024
- PIA: Presupuesto Institucional de apertura - PIM: Presupuesto Institucional Modificado

Distribución Presupuestal en la Genérica de Gastos Bienes y Servicios

La distribución de la ejecución de gasto del PP0017, en los dos últimos años de análisis, se observa un incremento en la especifica de gasto de locación de servicios a 37% respecto al año anterior, en suministros médicos a 18.8%, viajes domésticos a 17.4% (monitoreo y supervisión); pero disminuye a 7.5%, en la especifica de gastos de combustible. Hasta el año 2023 se consideró el financiamiento del personal por contrato administrativo (CAS) con el 11% del total del presupuesto; en el año fiscal 2024 pasó de la GG.- 2.3 Bienes y servicios a la GG 2.1.- Personal y Obligaciones Sociales.

Gráfico N° 373 Región Loreto. PP. 017 - Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis. - Distribución Presupuestal - GG Bienes y Servicios. Años 2023- 2024.



Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2023-2024

7.1.2.5 Programa Prevención y Control de Cáncer (PP 0024)

El Programa Presupuestal (PP) Prevención y Control del Cáncer tiene como resultado esperado reducir la incidencia y mortalidad del cáncer a través de la promoción, prevención, detección temprana y tratamiento

Tabla N° 244 Región Loreto. Indicadores priorizados del PP 017: Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis.

Indicadores de Resultados	Indicadores de Cobertura
Controlar y disminuir morbilidad y mortalidad por cáncer en la población peruana.	Mujer tamizada en cuello uterino
	% de mujeres de 30 a 49 años que se han realizado examen clínico de mama
	% de personas de 50 a 70 años que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer colon y recto
	% de niñas vacunadas contra el VPH

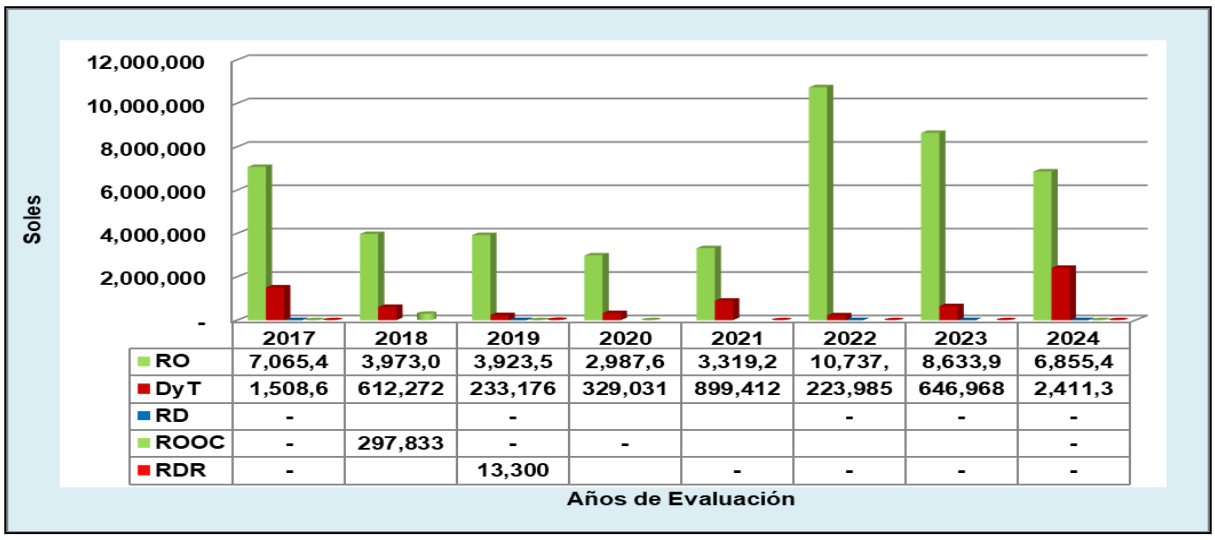
Fuente: GERESA Loreto 2024

Evolución presupuestal por toda fuente de financiamiento y ejecución

Las actividades del PP024, se financian principalmente con Recursos Ordinarios con una participación entre el 82 al 72% del PIM, seguida de Donaciones y Transferencias con una

participación del 2 al 18% del PIM. En el año 2024 la FF Recursos Ordinarios disminuyó en un 22% con respecto al año anterior y en la FF Donaciones y Transferencias se incrementó a 273% para la adquisición de suministros médicos.

Gráfico N° 374 Región Loreto PP. 024- Prevención y Control del Cáncer- Evolución del Presupuesto según Fuente de Financiamiento. - Región Loreto años 2017-2024



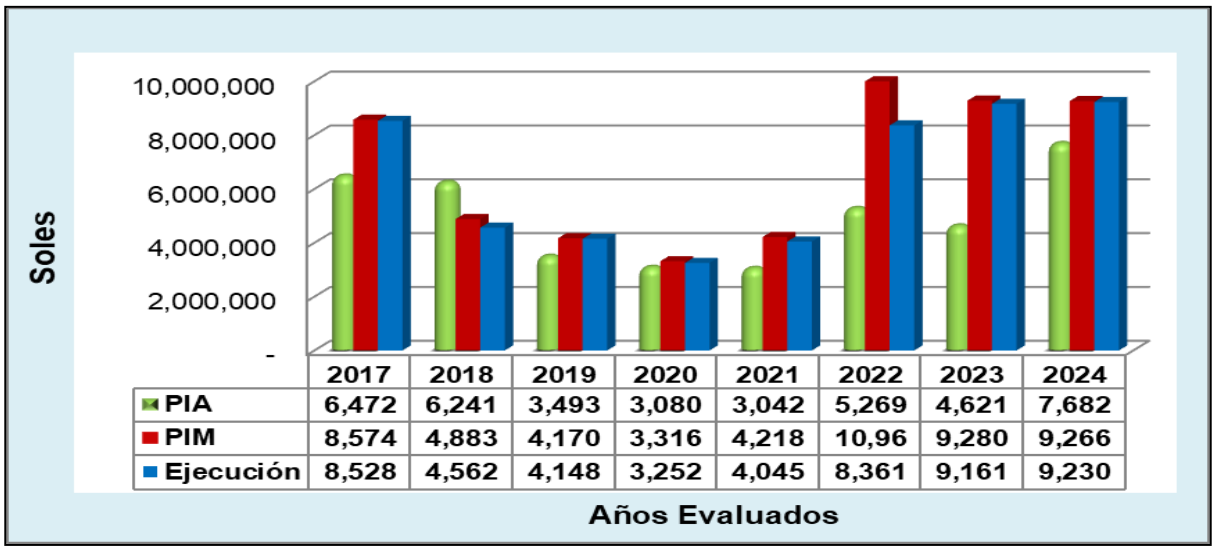
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RO	7,065,4	3,973,0	3,923,5	2,987,6	3,319,2	10,737,	8,633,9	6,855,4
DyT	1,508,6	612,272	233,176	329,031	899,412	223,985	646,968	2,411,3
RD	-		-			-	-	-
ROOC	-	297,833	-	-				-
RDR	-		13,300		-	-	-	-

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024
R.O: Recursos Ordinarios, DyT: Donaciones y Transferencias; R.D.R: Recursos Directamente Recaudados, ROOC: Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito; R.D: Recursos Determinados

Evolución presupuestal PIA – PIM y ejecución

El PP. 0024 Programa de Prevención y Control de Cáncer en los dos últimos años muestra una ejecución presupuestal del 99.9% a diferencia del año 2022 que a pesar del incremento presupuestal (10,961,643) solo ejecutó el 76.3%.

Gráfico N° 375 . Región Loreto. PP. 024 PIA - PIM VS Ejecución Presupuestal por toda Fuente de Financiamiento. - Región Loreto años 2017-2024



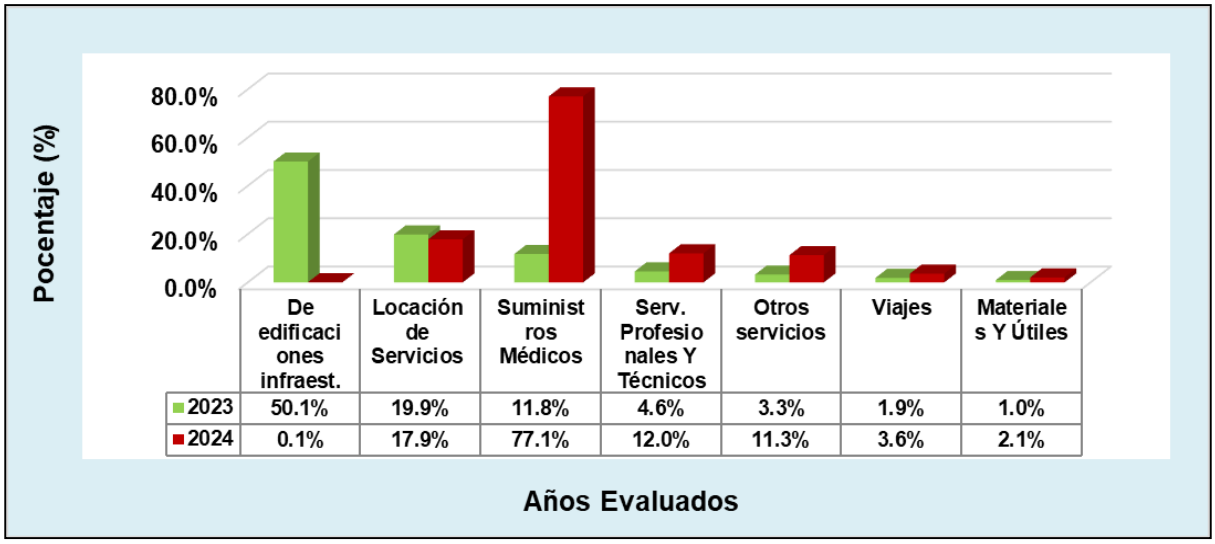
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIA	6,472	6,241	3,493	3,080	3,042	5,269	4,621	7,682
PIM	8,574	4,883	4,170	3,316	4,218	10,96	9,280	9,266
Ejecución	8,528	4,562	4,148	3,252	4,045	8,361	9,161	9,230

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2023-2024

Distribución Presupuestal en la Genérica de Gastos Bienes y Servicios

En cuanto a las específicas de gasto en comparación con el año 2023, en el 2024 hubo un incremento marcado en la adquisición de suministros médicos con 77%, seguido de Locación de servicios con 12% y otros servicios con 11.3%.

Gráfico N° 376 Región Loreto. PP. 024: Prevención y Control del Cáncer. - Distribución Presupuestal- por toda Fuente de Financiamiento - GG Bienes y Servicios. Años 2023-2024



	De edificaciones infraest.	Locación de Servicios	Suministros Médicos	Serv. Profesionales Y Técnicos	Otros servicios	Viajes	Materiales Y Útiles
2023	50.1%	19.9%	11.8%	4.6%	3.3%	1.9%	1.0%
2024	0.1%	17.9%	77.1%	12.0%	11.3%	3.6%	2.1%

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2023-2024

7.1.2.6 Programa Presupuestal de Control y Prevención de Salud Mental (PP 0131)

En el año 2015, en atención a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley de Presupuesto N°30281, del año Fiscal 2015, se implementa el programa presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental, cuyo resultado especifico es Población con problemas psicosociales y trastornos mentales atendidas oportunamente en los servicios de salud.

Tabla N° 245 Región Loreto. Indicadores priorizados del Programa Prevención y Control de Salud Mental (PP 0131)

Indicadores de Resultados	Indicadores de Cobertura
Población con problemas psicosociales y trastornos mentales atendidas oportunamente en los servicios de salud	Cobertura de atención en salud mental
	% de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental.
	% de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales que tiene diagnóstico y tratamiento en los servicios de salud mental.

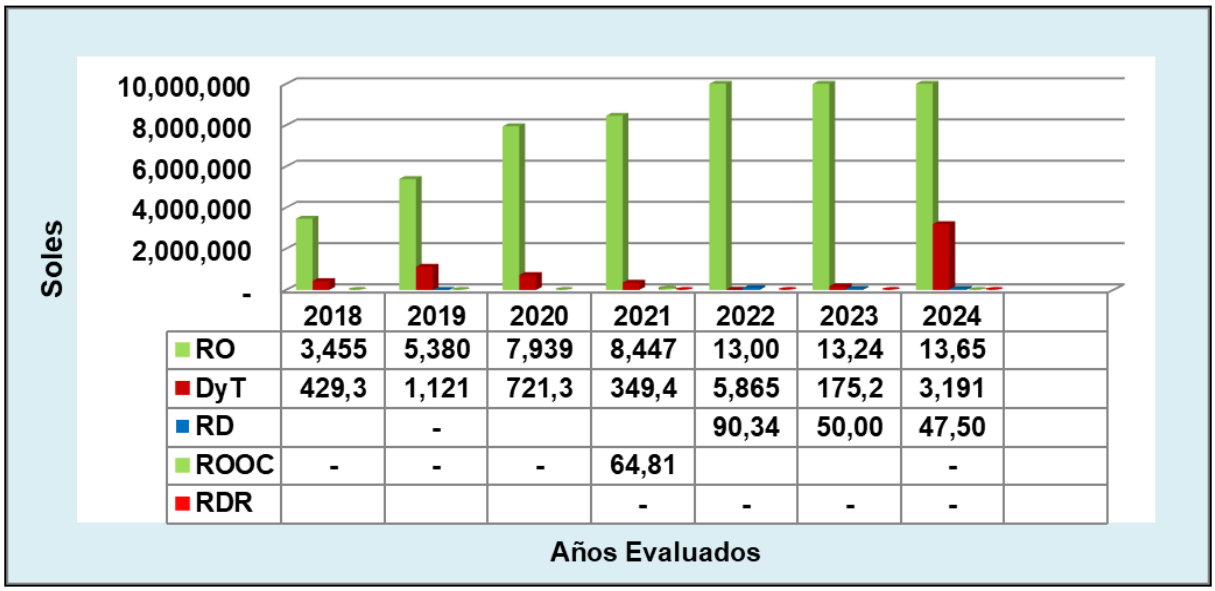
Fuente: GERESA Loreto 2024

Evolución presupuestal y ejecución por toda fuente de financiamiento - PP0131

El presupuesto del PP-0131, en el año 2024 se incrementó en más de 432% en comparación al año 2017. Las actividades, se financian principalmente con Recursos Ordinarios con una participación entre el 82 al 72% del PIM que, en el año 2024 disminuyó en 7% con respecto

al año anterior, y en la FF Donaciones y Transferencias se incrementó a 37% para la adquisición de suministros médicos.

Gráfico N° 377 Región Loreto PP0131: Control y Prevención en Salud Mental- Evolución del Presupuesto según Fuente de Financiamiento. - Región Loreto años 2017-2024



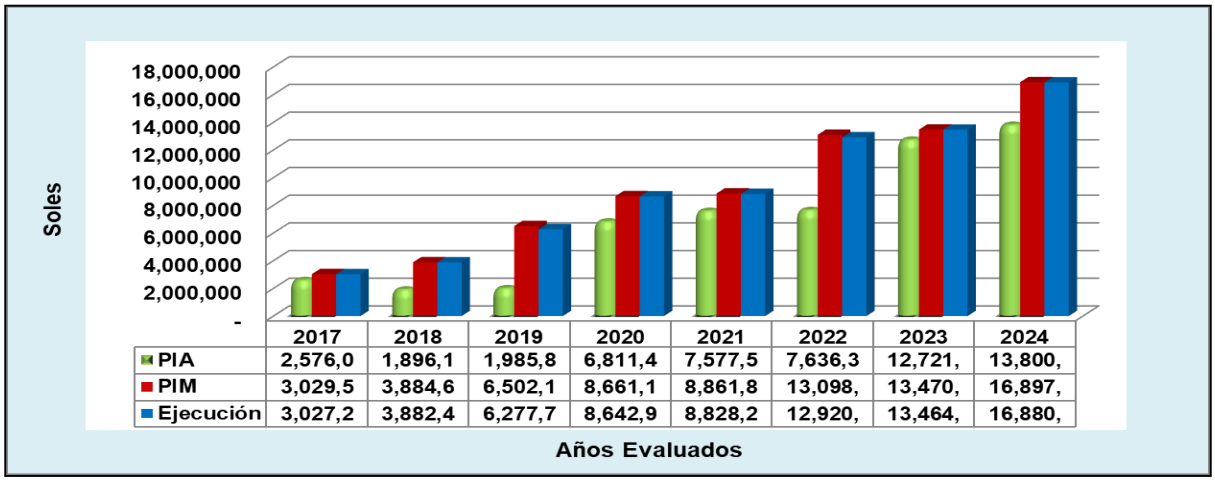
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RO	3,455	5,380	7,939	8,447	13,00	13,24	13,65
DyT	429,3	1,121	721,3	349,4	5,865	175,2	3,191
RD		-			90,34	50,00	47,50
ROOC	-	-	-	64,81			-
RDR				-	-	-	-

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-2024

Evolución presupuestal PIA – PIM y ejecución

El presupuesto del PP 131, en el año 2024 se ha incrementado en más de 25% en comparación al año anterior. La ejecución muestra un desempeño del 99.9%.

Gráfico N° 378 . Región Loreto. PP0131: Control y Prevención en Salud Mental. - Evolución PIA - PIM por toda Fuente de Financiamiento VS Ejecución Presupuestal. 2017-2024



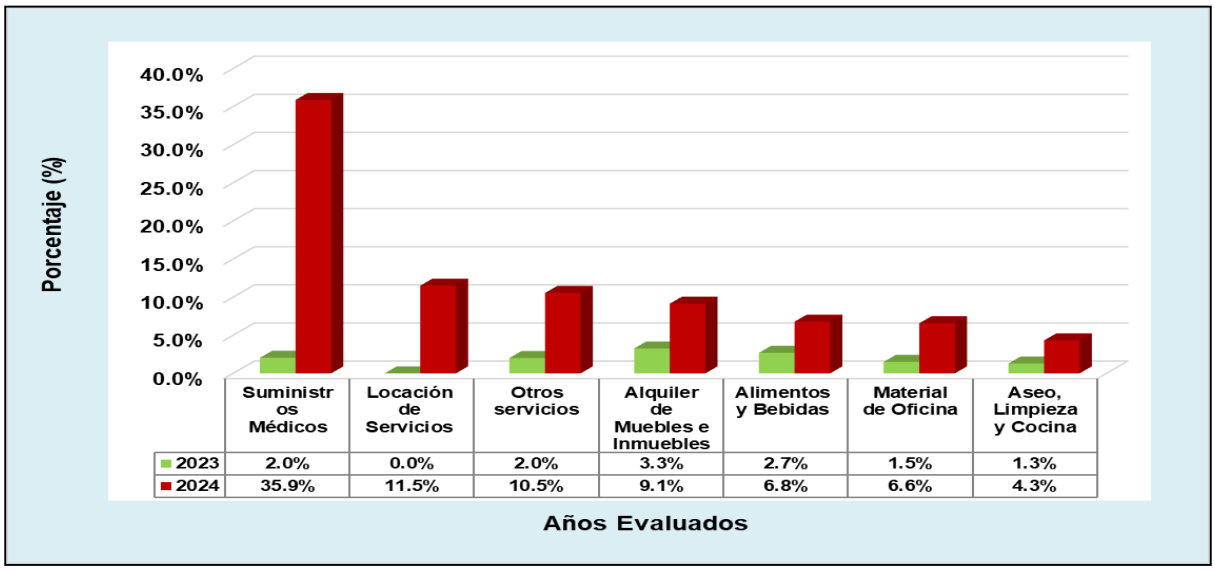
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIA	2,576,0	1,896,1	1,985,8	6,811,4	7,577,5	7,636,3	12,721,	13,800,
PIM	3,029,5	3,884,6	6,502,1	8,661,1	8,861,8	13,098,	13,470,	16,897,
Ejecución	3,027,2	3,882,4	6,277,7	8,642,9	8,828,2	12,920,	13,464,	16,880,

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2017-202
- PIA: Presupuesto Institucional de apertura - PIM: Presupuesto Institucional Modificado

Distribución Presupuestal en la Genérica de Gastos Bienes y Servicios

En cuanto a las específicas de gasto en el año 2024 hubo un incremento marcado en la adquisición de suministros médicos, seguido de Locación de servicios y otros servicios.

Gráfico N° 379 Región Loreto. PP0131: Control y Prevención en Salud Mental. - Evolución PIA - PIM por toda Fuente de Financiamiento VS Ejecución Presupuestal. 2017-2024



	Suministros Médicos	Locación de Servicios	Otros servicios	Alquiler de Muebles e Inmuebles	Alimentos y Bebidas	Material de Oficina	Aseo, Limpieza y Cocina
2023	2.0%	0.0%	2.0%	3.3%	2.7%	1.5%	1.3%
2024	35.9%	11.5%	10.5%	9.1%	6.8%	6.6%	4.3%

Fuente: SIAF-SP - Ministerio de Economía y Finanza 2023-2024

Conclusiones

La evaluación financiera evidencia un crecimiento sostenido del presupuesto del sector salud en la Región Loreto durante el periodo 2017–2024, con un incremento del 108.3% en el Presupuesto Institucional Modificado (PIM), impulsado principalmente por transferencias y ampliaciones presupuestarias orientadas a fortalecer la respuesta sanitaria frente a emergencias, mejorar la capacidad operativa y garantizar la continuidad de los servicios. Este aumento refleja un esfuerzo del Gobierno Regional y del Estado peruano por priorizar la función salud dentro del gasto público, alcanzando en 2024 el 24% del presupuesto total regional, aunque aún representa un porcentaje menor frente al presupuesto nacional del sector (2.76%).

Asimismo, los principales programas presupuestales como el de Desarrollo Infantil Temprano (PP 1001), Salud Materno Neonatal (PP 002), TBC-VIH/SIDA (PP 016), Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis (PP 017), Prevención y Control del Cáncer (PP 024) y Salud Mental (PP 0131) han mantenido una ejecución presupuestal eficiente, entre el 99% y 100% del PIM, lo que demuestra una adecuada gestión del gasto asignado. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la sostenibilidad del financiamiento, la dependencia de recursos ordinarios y la limitada inversión en infraestructura y equipamiento, especialmente en establecimientos de salud periféricos. En conjunto, los resultados reflejan una gestión financiera comprometida con los objetivos sanitarios regionales, aunque se requiere fortalecer la planificación multianual y la eficiencia del gasto para consolidar un sistema de salud más equitativo, resiliente y orientado a resultados en beneficio de la población loretana.

CAPÍTULO VIII. PRIORIDAD SANITARIA REGIONAL DE LORETO 2022-2030

La construcción de prioridades sanitarias regionales en la Región Loreto constituye un proceso técnico, participativo y estratégico que orienta la planificación de las políticas públicas de salud hacia la atención de los principales problemas que afectan a la población amazónica. En concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSA), este proceso busca optimizar la asignación de recursos humanos, logísticos y financieros, fortaleciendo la equidad, la eficiencia y la efectividad de las intervenciones sanitarias en el territorio.

La metodología aplicada por el Consejo Regional de Salud de Loreto combinó análisis técnico, evidencias epidemiológicas y consenso social para definir las prioridades sanitarias del territorio. Este proceso garantiza que la gestión en salud sea transparente, participativa y orientada a resultados, en coherencia con las políticas nacionales del MINSA y las necesidades reales de la población amazónica, para desarrollar la metodología se contó con el asesoramiento del Ministerio de Salud.

El procedimiento para definir la priorización sanitaria de la Región Loreto siguió los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud (MINSA) y fue conducido por la Gerencia Regional de Salud (GERESA) Loreto con participación de los actores del sistema regional de salud. De manera general, el proceso se desarrolló en las siguientes etapas:

8.1 Recolección y análisis situacional de la salud regional:

Se recopiló información epidemiológica, demográfica y social procedente de fuentes oficiales como el Sistema Nacional de Información en Salud (SINADEF, HIS, SIS, ENDES, INEI, CIE-10), con el fin de identificar los principales problemas de salud que afectan a la población loretana.

8.2 Identificación de problemas prioritarios:

A partir del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, se identificaron las enfermedades y condiciones con mayor carga sanitaria (morbilidad, mortalidad, impacto social y económico). Entre ellas: enfermedades transmisibles (malaria, dengue, tuberculosis, VIH), materno-neonatales, desnutrición, y enfermedades no transmisibles emergentes.

8.3 Aplicación de criterios de priorización:

Se evaluaron los problemas identificados utilizando criterios técnicos definidos por el MINSA, tales como:

1. Magnitud (número de personas afectadas).
2. Gravedad (letalidad, discapacidad, secuelas).
3. Trascendencia social y económica.
4. Vulnerabilidad (posibilidad de intervención efectiva).
5. Equidad (afectación a poblaciones vulnerables).
6. Validación participativa:

Los resultados fueron discutidos y validados en mesas técnicas y en la 4.ª Sesión Ordinaria del Consejo Regional de Salud de Loreto (CRS-L) realizada el 17 de octubre de 2023, con participación de representantes de hospitales, direcciones de red, universidades, municipalidades y sociedad civil.

8.4 Aprobación oficial:

Finalmente, las Prioridades Sanitarias Regionales fueron aprobadas mediante Acuerdo N.º 001-2023/CRS-LORETO, y posteriormente oficializadas mediante Resolución Gerencial Regional de la GERESA Loreto N°196-2025-GRL-GERESA-L/30.01, que formalizó los resultados del proceso participativo y técnico. (Tabla N° 246).

Tabla N° 246 Prioridades Sanitarias de la región Loreto- 2022-2030

N°	PRIORIDADES SANITARIA DE LA REGIÓN LORETO 2022-2030
1	Anemia y DCI (desnutrición Crónica Infantil)
2	Muerte Materna y embarazo en adolescentes
3	Enfermedades no trasmisibles
4	Inmunizaciones
5	Salud Mental
6	Fortalecimiento de Promoción de la Salud Y ACS (Agentes Comunitarios de Salud)
7	Atención Especializada en zona Alejada y de Frontera (ZAF) y Pueblos Originarios
8	Remuneraciones diferenciadas en zona Alejada y de Fronteras (ZAF) y Pueblos Originarios
9	Control y eliminaciión de enfermedades metaxénicas
10	Prevencion del Cáncer

Fuente: Documento técnico “Exposición CRS-L: Prioridades Regionales y Nacionales 2024”, GERESA Loreto (enero 2024).
Lineamientos de Priorización Sanitaria del MINSA (DGSP, 2022).

Las prioridades sanitarias de la Región Loreto 2022–2030 reflejan una respuesta integral a los principales desafíos epidemiológicos, sociales y territoriales que afectan la salud de su población. Desde el enfoque de salud pública, estas prioridades están orientadas a reducir las brechas en equidad, acceso y calidad de los servicios sanitarios, considerando los determinantes sociales y estructurales que inciden en la salud de las personas: pobreza, dispersión geográfica, barreras culturales, limitaciones en infraestructura, déficit de recursos humanos, y exposición a factores ambientales como inundaciones y enfermedades transmitidas por vectores.

La priorización de problemas como la anemia y desnutrición crónica infantil, la mortalidad materna y embarazo adolescente, y las enfermedades no transmisibles, expresa la necesidad de fortalecer la atención primaria de salud y la prevención a lo largo del curso de vida, mejorando la nutrición, la salud reproductiva y el control de factores de riesgo. La incorporación de temas como salud mental, inmunizaciones, y control de enfermedades metaxénicas evidencia la importancia de garantizar una cobertura efectiva de intervenciones esenciales en contextos rurales e indígenas. Además, la prioridad dada a la atención especializada y remuneraciones diferenciadas en zonas alejadas y de frontera (ZAF) y a los pueblos originarios, reconoce la urgencia de aplicar un enfoque intercultural y territorial que valore la diversidad amazónica y asegure justicia sanitaria.

Las expectativas regionales apuntan a consolidar un sistema de salud inclusivo, intercultural, con recursos humanos competentes y motivados, que acerque los servicios a las comunidades más vulnerables mediante estrategias como brigadas móviles, fortalecimiento de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y expansión de las redes integradas. Asimismo, se espera mejorar la gobernanza sanitaria, incrementar la inversión en infraestructura y tecnologías, y avanzar hacia una gestión basada en resultados que contribuya al bienestar, la equidad y el desarrollo sostenible de la población loretana hacia el 2030.

CAPÍTULO IX.CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Región Loreto 2024 constituye una herramienta técnica fundamental para la gestión sanitaria, al proporcionar una visión integral de las condiciones de salud de la población y de los factores determinantes que influyen en ellas. Su desarrollo permitió identificar los principales problemas de salud pública que afectan al territorio, priorizar intervenciones estratégicas y orientar la toma de decisiones basadas en evidencia científica y pertinencia territorial.

Los resultados del ASIS evidencian avances importantes en la reducción de ciertos indicadores críticos, aunque persisten brechas significativas en el acceso a servicios, la disponibilidad de recursos humanos y la atención oportuna en zonas rurales y de difícil acceso. Estas brechas demandan fortalecer la articulación intersectorial, la participación comunitaria y la gestión descentralizada de los recursos, con el fin de mejorar la equidad y la eficiencia en la respuesta sanitaria.

Asimismo, el análisis destaca la importancia de continuar priorizando acciones frente a los principales problemas de salud de la región, como las enfermedades transmisibles (malaria, dengue, tuberculosis), las condiciones materno-infantiles, la desnutrición crónica y las enfermedades no transmisibles emergentes, asegurando el enfoque de determinantes sociales y de interculturalidad en todas las intervenciones.

Finalmente, la Gerencia Regional de Salud Loreto reafirma su compromiso institucional de seguir fortaleciendo las capacidades técnicas y de gestión del sistema de salud regional, promoviendo políticas sostenibles y equitativas que garanticen el bienestar de la población. En este sentido, se asume el reto de avanzar hacia un Loreto saludable, inclusivo y resiliente, bajo el principio de que como señaló Florence Nightingale “trabajar por la salud es trabajar por la vida misma”.

CAPÍTULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Compendio Estadístico Loreto 2023[Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Resultados Definitivos Censos Nacionales 2017: Tomo I – Departamento de Loreto [Internet]. Lima: INEI; 2018 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

3. Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú. Tratados y límites Internacionales [Internet]. Lima: MRE; 2023 [citado 2025 nov 2].

4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Mapas de límites Internacionales y departamentales [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 2025 nov 2].

5. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA). Diagnóstico de fronteras amazónicas [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 2].

6. Gobierno Regional de Loreto (GOREL). Informe de situación territorial y fronteriza [Internet]. Iquitos: GOREL; 2023 [citado 2025 nov 2].

7. Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú. Geopolítica de la Triple Frontera Amazónica [Internet]. Lima: MRE; 2023 [citado 2025 nov 2].

8. Instituto Geográfico Nacional (IGN). Carta geográfica y límites del Trapecio Amazónico [Internet]. Lima: IGN; 2022 [citado 2025 nov 2].

9. Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA). Diagnóstico trinacional de salud en la Triple Frontera Amazónica [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 2].

10. Gobierno Regional de Loreto (GOREL). Informe territorial y socioeconómico de la provincia de Mariscal Ramón Castilla [Internet]. Iquitos: GOREL; 2023 [citado 2025 nov]

11. Mongabay en Español. Estudio del Centro de Innovación Científica Amazónica (CINCIA) sobre contaminación por mercurio en el río Nanay [Internet]. Junio 2025 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://es.mongabay.com

12. Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI). Perfil Climático Regional de Loreto – Proyecto AICCA [Internet]. Lima: MINAM/SENAMHI; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://bit.ly/PerfilClimaticoLoreto2021.

13. Gobierno Regional de Loreto (GOREL). Plan Regional de Adaptación al Cambio Climático de Loreto 2022 [Internet]. Iquitos: GOREL; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gorel.gob.pe

14. Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana (IIAP). Inventario Biológico y Estudios sobre Fauna Amazónica [Internet]. Iquitos: IIAP; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.iiap.gob.pe

15. Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado (SERNANP). Reserva Nacional Pacaya Samiria [Internet]. Lima: SERNANP; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.sernanp.gob.pe

16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia “One Health” [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.who.int

17. Instituto Geográfico Nacional del Perú (IGN). Mapa Fisiográfico del Perú [Internet]. Lima: IGN/INEI; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.ign.gob.pe

18. Gobierno Regional de Loreto (GOREL). Plan de Ordenamiento Territorial de Loreto [Internet]. Iquitos: GOREL; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gorel.gob.pe

19. Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana (IIAP), Ministerio del Ambiente (MINAM). Atlas de la Amazonía Peruana [Internet]. Lima: IIAP/MINAM; 2021 [citado 2025 nov 2].

20. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Acceso a los servicios básicos 2024. Lima: INEI; 2024 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

21. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Evolución de la pobreza monetaria 2019–2023: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO). Lima: INEI; 2024 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

22. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Perfil de situación de salud de Loreto 2023. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2023 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe

23. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC MINSA). Base de datos del Notiweb. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2024 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/notiweb

24. Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE). Caracterización de la región Loreto 2020. Lima: SINEACE; 2020 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.sineace.gob.pe.

25. Ministerio de Cultura del Perú. Base de Datos de Pueblos Indígenas del Perú [Internet]. Lima: MINCUL; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://bdpi.cultura.gob.pe

26. Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres. Consolidado de eventos 2020–2024: Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres. Iquitos: Gerencia Regional de Salud Loreto; 2025.

27. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI). Reportes preliminares y complementarios de emergencias [Internet]. Lima: INDECI; 2024 [citado 2025 oct 9]. Disponible en: https://portal.indeci.gob.pe/informe/reportes-preliminares-complementarios-emergencias/

28. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Dirección de Seguros y Referencias. Población asegurada y características del asegurado 2025 [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2025 [citado 2025 nov 2].

29. Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Anuario Estadístico 2022. Reporte de prestaciones de las EPS [Internet]. Lima: SUSALUD; 2022 [citado 2025 nov 2]. Resolución N.° 027-2014-SUNASA/S. Disponible en: https://www.susalud.gob.pe

30. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Base de Datos ARFSISweb 2014 2025: Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2025 [citado 2025 nov 2].

31. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Base de Datos DRCyS 2024–2025: Referencias y Contrarreferencias del SIS en Unidades Ejecutoras de la Región Loreto [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2025 [citado 2025 nov 2].

32. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024. Nacional y Departamental. Lima: INEI; 2024 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

33. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Base de Datos DRCyS 2023–2024: Referencias del SIS en Redes de Salud Alto Amazonas y Loreto-Nauta [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2024 [citado 2025 nov 2].

34. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2024. Lima: INEI; 2024 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

35. Congreso de la República del Perú. Constitución Política del Perú [Internet]. Lima: Congreso de la República; 1993 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.congreso.gob.pe

36. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 27783, Ley de Bases de la Descentralización [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2002 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe

37. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2002 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe

38. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 27972, Ley Orgánica de Municipalidades [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2003 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe

39. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2007 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe

40. Ministerio de Salud (MINSA). Decreto Supremo N.º 017-2008-SA, Reglamento de la Ley N.º 29124: Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención [Internet]. Lima: MINSA; 2008

41. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021 [Internet]. Lima: MINSA; 2018 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

42. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional de Hogares 2009–2025 [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

43. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Oficinas Sectoriales de Estadística. Registros de afiliación a seguros de salud 2009–2025 [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 2025 nov 2].

44. Ministerio de Salud (MINSA). Guía Técnica: Implementación y Funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

45. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Registro Regional de Centros de Salud Mental Comunitarios y Hogares Protegidos – 2024 [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2024 [citado 2025 nov 2].

46. Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): Centros de Salud Mental Comunitarios y Hogares Protegidos [Internet]. Lima: SUSALUD; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.susalud.gob.pe

47. Dirección de Tecnologías e Información (DITE), Gerencia Regional de Salud Loreto. Plataforma de Estrategias Sanitarias: Indicadores de Salud Mental, Violencia y Consumo de Sustancias en la Región Loreto 2021–2024 [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://estrategia.geresaloreto.gob.pe

48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.who.int

49. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y plan de acción sobre salud mental 2019–2025 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

50. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2019 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe

51. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Reporte regional de indicadores sociales del departamento de Loreto 2024. Lima: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; 2024.

52. Organización Mundial de la Salud (OMS). Malnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias de prevención. Ginebra: OMS; 2024.

53. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019–2024. Lima: INEI; 2024.

54. Ministerio de Salud (MINSA). Registro Nacional de Información en Salud (REUNIS) – Sistema de Información HIS–SIEN 2023–2024. Lima: MINSA; 2024.

55. Ministerio de Salud (MINSA). Proporción de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, según redes de salud. Región Loreto, 2024. Lima: MINSA; 2024.

56. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica N° 213-MINSA/DGIESP-2024: Evaluación, prevención y control de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima: MINSA; 2024.

57. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES): Indicadores de anemia infantil 2019–2024. Lima: INEI; 2024.

58. Ministerio de Salud (MINSA). REUNIS – SIEN – HIS: Indicadores de anemia y desnutrición infantil en la Región Loreto, 2023–2024. Lima: MINSA; 2024.

59. Dirección Regional de Salud Loreto (DIRESA Loreto). Informe técnico de vigilancia entomológica y control vectorial del *Aedes aegypti*. Región Loreto 2020–2024. Iquitos: Dirección de Salud Ambiental-Unidad de Vigilancia Entomológica y Control de Vectores; 2025.

60. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Mortalidad infantil por departamento: comportamiento. Síntesis metodológica N° 4. Lima: INEI; 2024 [citado el 3 nov 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

61. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud N.º 198-MINSA/DIGESA: Vigilancia y control del *Aedes aegypti*, vector del dengue, zika, chikungunya y fiebre amarilla urbana [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

62. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Análisis de la Situación de Salud 2020–2024: Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2025 [citado 2025 nov 2].

63. Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA). Manual técnico para la vigilancia entomológica y control vectorial del dengue [Internet]. Lima: MINSA/DIGESA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.digesa.minsa.gob.pe

64. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para la vigilancia entomológica y el control del *Aedes aegypti* en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

65. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual para el control integrado de vectores de enfermedades transmitidas por arbovirus [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.who.int

66. Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín Epidemiológico: Vigilancia del *Aedes aegypti* y enfermedades arbovirales en el Perú, 2020–2024 [Internet]. Lima: INS; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.ins.gob.pe

67. Dirección de Salud Ambiental (DIRESA Loreto). Reporte consolidado anual de encuestas aédicas, tratamientos focales y campañas de fumigación 2020–2024 [Internet]. Iquitos: DIRESA Loreto; 2025 [citado 2025 nov 2].

68. Ministerio del Ambiente (MINAM); Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI). Informe climático y de riesgo sanitario en la Amazonía peruana: Región Loreto 2023 [Internet]. Lima: MINAM/SENAMHI; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.senamhi.gob.pe

69. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Evaluación de las estrategias de control vectorial en la Amazonía peruana 2020–2024 [Internet]. Lima: OPS/MINSA; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

70. Laboratorio de Referencia Regional de Loreto (LRRL). Informe técnico: Diagnóstico especializado y vigilancia de enfermedades transmisibles en la Región Loreto 2020–2024. Iquitos: DIRESA Loreto; 2025.

71. Instituto Nacional de Salud (INS). Red Nacional de Laboratorios de Referencia. Lineamientos técnicos para la organización y funcionamiento de los laboratorios regionales de salud pública [Internet]. Lima: INS; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.ins.gob.pe

72. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud N.º 153-MINSA/INS: Diagnóstico de malaria por microscopía, pruebas rápidas y biología molecular [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

73. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud N.º 118-MINSA/INS: Diagnóstico de tuberculosis por métodos convencionales y moleculares [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

74. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos técnicos para la vigilancia y diagnóstico de dengue, leptospirosis y otras arbovirosis en el Perú [Internet]. Lima: INS; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.ins.gob.pe

75. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para el diagnóstico de laboratorio de arbovirosis en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

76. Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y DIRESA Loreto. Informe de control de calidad del diagnóstico microscópico de malaria y tuberculosis. Región Loreto 2024 [Internet]. Iquitos: DIRESA Loreto; 2025 [citado 2025 nov 2].

77. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), Dirección General de Epidemiología (DGE-MINSA). Sistema de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe

78. Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín epidemiológico del laboratorio nacional de referencia: Leptospirosis, dengue y malaria 2020–2024 [Internet]. Lima: INS; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.ins.gob.pe

79. Ministerio de Salud (MINSA). Protocolo técnico de tamizaje de cáncer de próstata mediante PSA total y fraccionado [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

80. Gerencia Regional de Salud Loreto. Dirección de Salud Ambiental y Control Vectorial. Informe técnico: Vigilancia de mordeduras de canes y vacunación antirrábica canina en la Región Loreto 2020–2024. Iquitos: GERESA Loreto; 2025.

81. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica de Salud N.° 094-MINSA/DGSP-V.02: Prevención y control de la rabia humana en el Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

82. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Boletín Epidemiológico Semanal N.° 52: Rabia y mordeduras de animales transmisores 2024 [Internet]. Lima: CDC Perú; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe

83. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía práctica para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana y canina en América Latina [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

84. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos técnicos para el diagnóstico y vigilancia de enfermedades zoonóticas en el Perú [Internet]. Lima: INS; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.ins.gob.pe

85. Organización Mundial de la Salud (OMS). Rabies: epidemiology, control and elimination strategy 2021–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.who.int

86. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Análisis de la Situación de Salud del Perú 2024: Zoonosis y enfermedades transmisibles [Internet]. Lima: MINSA; 2025 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

87. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Plan “Malaria Cero” 2017–2021: Estrategia para la eliminación de la malaria en el Perú, con énfasis en la Región Loreto [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

88. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Plan hacia la eliminación de la malaria 2022–2030 [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4018745/plan-malaria-2022-2030.pdf

89. Organización Mundial de la Salud (OMS). World malaria report 2024 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.who.int/publications

90. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para la vigilancia entomológica y el control de vectores de malaria en las Américas [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

91. Instituto Nacional de Salud (INS). Manual de procedimientos para el control de calidad del diagnóstico de malaria por microscopía en la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública [Internet]. Lima: INS; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.ins.gob.pe

92. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP). Lineamientos técnicos para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores en el Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe

93. World Health Organization. Guidelines for malaria vector control [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.who.int/publications

94. Gerencia Regional de Salud Loreto. Informe anual de avances del plan regional malaria cero: Logros y desafíos 2020–2024. Iquitos: GERESA Loreto; 2025.

95. World Vision Perú. Proyecto de fortalecimiento comunitario para la prevención de malaria en comunidades amazónicas de Loreto. Lima: World Vision; 2024.

96. Gerencia Regional de Salud Loreto. Dirección de Promoción de la Salud. Informe técnico: Intervenciones educativas y promoción de la salud en el ámbito escolar, Región Loreto 2022–2024. Iquitos: GERESA Loreto; 2025.

97. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida: Documento técnico [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

98. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Plan Nacional de Promoción de la Salud Escolar, 2022–2025 [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3887121/plan-promocion-salud-escolar.pdf

99. Ministerio de Educación del Perú (MINEDU). Lineamientos para la educación sexual integral en instituciones educativas de educación básica [Internet]. Lima: MINEDU; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.minedu.gob.pe

100. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategia regional para las Américas [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

101. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Educación para la salud y bienestar en la infancia y adolescencia en contextos amazónicos del Perú [Internet]. Lima: UNICEF Perú; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru

102. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Indicadores priorizados del Programa Presupuestal 0002, 0016, 0017, 0018 y 0024: Informe de avance 2024 [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe

103. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Educación integral para la salud y el bienestar: marco conceptual para América Latina [Internet]. París: UNESCO; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org

104. Plan Internacional Perú. Fortalecimiento de capacidades docentes en promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes en zonas rurales de Loreto [Internet]. Lima: Plan Internacional; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://plan-international.org

105. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2024: Indicadores de salud neonatal y lactancia materna [Internet]. Lima: INEI; 2024 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

106. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses: Recomendaciones actualizadas [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.who.int

107. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Guía práctica de lactancia materna y nutrición infantil en la primera infancia [Internet]. Lima: UNICEF Perú; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru

108. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma Técnica de Salud NTS N° 128-MINSA/2023/DGIESP: Atención integral de salud del recién nacido [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

109. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía Técnica: Tamizaje Neonatal para enfermedades metabólicas, endocrinas y genéticas en el Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://repositorio.minsa.gob.pe

110. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA). Informe técnico regional 2020–2024: Situación de salud neonatal y cobertura de tamizaje en la región Loreto [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2025.

111. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal 2021–2030 [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3782199/plan-mortalidad-materna.pdf

112. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Atención integral del recién nacido y prevención del bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2022 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org

113. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/DGIESP-2023: Vigilancia de nacimientos y tamizaje neonatal [Internet]. Lima: MINSA; 2023 [citado 2025 nov 2]. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

114. Repositorio Único Nacional de Información de Salud. Tablero de seguimiento de Salud Bucal [Internet]. Perú: Oficina de Gestión de Información; 2025 [actualizado 23 Jun 2025; consultado 23 Jun 2025]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=2&niv=13&tbl=1#

115. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2020–2024. Lima: INEI; 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe

116. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años. NTS N° 127-MINSA/DGSP-V.03. Lima: MINSA; 2018.

117. Dirección Territorial de Estadística (DITE), Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Cobertura de menores de 36 meses con CRED completo según provincia, 2021–2024. Iquitos: GERESA Loreto; 2024.

118. Ministerio de Salud (MINSA). Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: “Perú, País Saludable”. Lima: MINSA; 2020.

119. Ministerio de Salud (MINSA). Boletín Epidemiológico del Perú. Semana Epidemiológica 52-2024. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC–Perú); 2024. Disponible en: https://www.dge.gob.pe

120. Ministerio de Salud (MINSA). Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Malaria en el Perú 2023–2030. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, MINSA; 2023.

121. Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI). Informe sobre el impacto del Fenómeno El Niño 2024 en las regiones de la Amazonía peruana. Lima: INDECI; 2024.

122. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación Epidemiológica de la Malaria en las Américas, 2024. Washington D.C.: OPS; 2024.

123. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Reporte de Vigilancia Epidemiológica de Malaria 2022–2024. Iquitos: Dirección Ejecutiva de Epidemiología; 2024.

124. Ministerio de Salud (MINSA). Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01: Directiva Sanitaria de Notificación de Brotes, Epidemias y otros Eventos de Importancia para la Salud Pública. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2012.

125. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Sistema de Información de Brotes y otros Eventos de Importancia en Salud Pública – SIEpi-Brotes. Lima: Ministerio de Salud; 2024.

126. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Informe situacional de brotes epidémicos y eventos de importancia en salud pública, Región Loreto 2024. Iquitos: GERESA Loreto; 2024.

127. Ministerio de Salud (MINSA). Boletín Epidemiológico del Perú, 2024. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2024.

128. Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA). Informe anual de epizootias y zoonosis 2024. Lima: Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego; 2024.

129. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Malaria Cero 2017–2021. Lima: MINSA; 2017. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

130. Ministerio de Salud (MINSA). Plan hacia la Eliminación de la Malaria en el Perú 2022–2030. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2022.

131. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el paludismo 2023. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int

132. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para la eliminación de la malaria en las Américas 2021–2025. Washington D.C.: OPS; 2021.

133. Gerencia Regional de Salud de Loreto (GERESA Loreto). Informe Técnico: Vigilancia y Control de Vectores de la Malaria 2020–2024. Iquitos: Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental; 2024.

134. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Entomológica y Control Vectorial de Malaria. NTS N° 142-MINSA/2021/DGIESP. Lima: MINSA; 2021.

135. Ministerio de Salud (MINSA). Boletín Epidemiológico del Perú: Situación de la Malaria, SE 53 – 2024. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú); 2024.

136. Gerencia Regional de Salud de Loreto. Informe Anual de Actividades de Vigilancia y Control Vectorial – Programa de Enfermedades Metaxénicas. Iquitos: GERESA Loreto; 2024.

137. World Vision Perú, KOICA. Informe de Cooperación: Apoyo a la reducción de malaria en comunidades amazónicas de Loreto. Lima: WV/KOICA; 2023.

138. Ministerio de Salud (MINSA). Lineamientos para la participación comunitaria en la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Lima: Dirección de Promoción de la Salud; 2022.

139. Diario Oficial El Peruano. Resolución Ministerial Nº 539-2016/MINSA, aprueba la NTS 123-MINSA/DIGEMIND–V.01 que Regula las Actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. [Acceso 10 de agosto 2024]. Disponible en https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192066-539-2016-minsa

140. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid). Alertas Digemid N° 47-2024. [Acceso 15 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/publicaciones/alertas.modificaciones /alerta-seguridad/

141. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid). Alertas Digemid N° 77-2024. [Acceso 15 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/publicaciones/alertas modificaciones/alerta-seguridad/

142. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid). Alertas Digemid N° 82-2024. [Acceso 15 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/publicaciones/alertas-modificaciones/alerta-seguridad/

143. Diario Oficial El Peruano. Resolución Directoral Nº 813-2000-DG-DIGEMID, Aprueba el documento “Algoritmo de decisión para La Evaluación de la Relación de Causalidad de una Reacción Adversa a Medicamentos”

144. Diario Oficial El Peruano. Resolución Directoral N° 144-2016-DIGEMID-DG-MINSA, Aprueba Formatos de Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los titulares de registro sanitario y del certificado de registro sanitario, y por los profesionales de la salud. [Acceso 19 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/normas-legales/2019/resolucion-directoral-n-101-2019-digemid-dg-minsa/

145. Diario Oficial El Peruano. Resolución Directoral N° 101-2019-DIGEMID-DG-MINSA: Aprueban Formatos de notificación de sospecha de incidentes adversos a dispositivos médicos por los titulares de registro sanitario y certificado de registro sanitario, y por los profesionales de la salud. [Acceso 19 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/normas-legales/2019/resolucion-directoral-n-101-2019-digemid-dg-minsa/

146. Diario Oficial El Peruano. Ley N° 29459. Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. [Acceso 10 de agosto 2024]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/2813441-29459

147. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA 2018–2023. Lima: MINSA; 2018.

148. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, VIH y hepatitis B en el Perú. NTS N.° 178-MINSA/2021/DGIESP. Lima: MINSA; 2021.

149. Ministerio de Salud (MINSA). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Boletín Epidemiológico: Situación del VIH y SIDA en el Perú 2024. Lima: MINSA; 2024.

150. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Informe Regional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. Región Loreto 2024. Iquitos: GERESA Loreto; 2024.

151. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024: Informe Nacional y Departamental. Lima: INEI; 2024.

152. Ministerio de Salud (MINSA). Lineamientos para la Descentralización del tratamiento antirretroviral (TAR) en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención. Lima: MINSA; 2022.

153. CARE Perú. Informe técnico: Intervenciones comunitarias y brigadas móviles urbanas para la prevención del VIH en poblaciones clave en Loreto. Lima: CARE Perú; 2024.

154. Ministerio de Salud (MINSA). Directiva Administrativa N° 261-2022/MINSA: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis. Lima: MINSA; 2022.

155. Ministerio de Salud (MINSA). Guía Técnica: Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B. Lima: MINSA; 2023.

156. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la situación de la seguridad vial 2023: apoyar el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2021–2030. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int

157. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Seguridad vial en las Américas: Situación y desafíos 2023. Washington D.C.: OPS; 2023.

158.Ministerio de Salud (MINSA). Lineamientos de Vigilancia Epidemiológica de Accidentes de Tránsito en el Perú. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú); 2021.

159. Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC). Plan Estratégico Nacional de Seguridad Vial 2021–2030. Lima: MTC; 2021.

160. Gerencia Regional de Salud de Loreto (GERESA Loreto). Informe de Vigilancia Especializada de Accidentes de Tránsito 2020–2024. Iquitos: Dirección Ejecutiva de Epidemiología; 2024.

161. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estadísticas de Accidentes de Tránsito en el Perú 2023. Lima: INEI; 2024.

162. Organización Mundial de la Salud (OMS). Década de Acción para la Seguridad Vial 2021–2030: Marco Mundial. Ginebra: OMS; 2021.

163. Ministerio de Salud (MINSA). Análisis de Situación de Salud del Perú 2024 (ASIS) Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio Núm. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Ginebra: OIT; 1989.

164. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pueblos indígenas y determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2020.

165. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censo Nacional de Población, Vivienda y Comunidades Indígenas 2017: Resultados definitivos. Lima: INEI; 2018.

166. Ministerio de Salud (MINSA). Política Sectorial de Salud Intercultural. Decreto Supremo N.° 016-2016-SA. Lima: MINSA; 2016.

167. Ministerio de Salud (MINSA). Plan de Salud Integral y Fortalecimiento de Servicios de Salud con Enfoque Intercultural en el Ámbito de los Pueblos Indígenas u Originarios. Resolución Ministerial N° 1175-2023/MINSA. Lima: MINSA; 2023.

168. Ministerio de Salud (MINSA). Directiva Administrativa para la calificación de los establecimientos de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención. Resolución Ministerial N° 228-2029/MINSA. Lima: MINSA; 2029.

169. Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Sistema Integrado de Administración Financiera – SIAF-SP. Ejecución presupuestal por función salud, Gobierno Regional de Loreto, periodos 2017–2024. Lima: MEF; 2024. Disponible en: https://www.mef.gob.pe

170. Gerencia Regional de Salud Loreto (GERESA Loreto). Evaluación financiera de los principales programas presupuestales de salud 2017–2024. Iquitos: GERESA Loreto; 2024.

171. Ministerio de Salud (MINSA). Presupuesto por Resultados: Programas Presupuestales en Salud 2017–2024. Lima: Dirección General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; 2024.

172. Congreso de la República del Perú. Ley de Presupuesto del Sector Público para los ejercicios fiscales 2010–2024. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2010–2024.

173. Organización Mundial de la Salud (OMS). Evaluación del gasto público en salud en gobiernos regionales del Perú: experiencias y aprendizajes. Lima: OMS–OPS; 2023.

X. RECONOCIMIENTO AL EQUIPO DE COLABORADORES DE ELABORACIÓN ASIS-2024.

La Gerencia Regional de Salud Loreto expresa su más sincero y especial agradecimiento al equipo técnico multidisciplinario que participó en la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) Regional 2024, cuyo compromiso, responsabilidad y aporte técnico han sido fundamentales para la construcción de un documento sólido, integral y pertinente a la realidad sanitaria de la región.

Se reconoce de manera particular la valiosa contribución de las direcciones ejecutivas, oficinas, coordinaciones, redes de salud, programas presupuestales y estrategias sanitarias, que brindaron información especializada, análisis técnico, revisión crítica y validación de contenidos en los diferentes componentes del ASIS, incluyendo los aspectos metodológicos, los determinantes de la salud, la oferta de servicios, el estado de salud de la población, los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, la protección social y la evaluación presupuestal.

Asimismo, se destaca el liderazgo técnico de la Dirección de Epidemiología, así como el trabajo articulado con la Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Atención Integral de Salud, Dirección de Salud Ambiental, Dirección de Planeamiento, Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas, Dirección de Calidad, Dirección de Laboratorio y la Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres, entre otras instancias, cuya información oportuna y validada permitió garantizar la consistencia, confiabilidad y enfoque estratégico del análisis.

El esfuerzo coordinado de los profesionales de salud, analistas, revisores y responsables de las diversas estrategias sanitarias en áreas como enfermedades metaxénicas, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud mental, salud materno neonatal, inmunizaciones, infecciones asociadas a la atención de la salud, zoonosis, salud ambiental, salud de los pueblos indígenas, nutrición, discapacidad, emergencias y desastres ha permitido contar con un instrumento técnico que orientará la toma de decisiones, la priorización de intervenciones y la formulación de políticas públicas en salud, en beneficio de la población de la región Loreto.

Finalmente, la Gerencia Regional de Salud Loreto deja constancia de su reconocimiento y gratitud a todos los profesionales que integran el equipo de colaboradores del ASIS Regional 2024, exhortándolos a continuar fortaleciendo el trabajo intersectorial y multidisciplinario, en el marco del compromiso institucional con la mejora continua de la salud pública regional.

Gerente Regional de Salud Loreto

EQUIPO DE COLABORADORES DE ELABORACIÓN ASIS-2024

N°	TEMAS A ANALIZAR	DIRECCIONES/OFICINAS	EQUIPO TÉCNICO ELABORACIÓN DEL ASIS	ANALISTAS REVISORES
1	1.Introducción, 2.Finalidad, 3.Objetivos, 4. ámbito de aplicación 5. Aspectos metodológicos 6. Misión y Visón Institucional	DECPC-Dirección de Epidemiología	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez	M.C. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci
	Generalidades: Reseñas Históricas			
	Determinantes geográficos			
	Determinantes demográficos			
	Determinantes Socio económicos			
2	**Análisis de la determinación de la oferta**			
	Recursos Humanos en Salud	DECPC/Dirección de Epidemiología	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez
	Infraestructura Sanitaria	DESI/Dirección de Servicios de Salud	TM. Reynaldo Saavedra Lage.	
	Participación Comunitaria-ACS	DEPROMSA: *D. Participación Comunitarias. *D. Educación para la salud. * D. Vida Sana	Lic. Nut Liz Rosa Edith Rodríguez Isuiza	
	Educación para la salud		CD. Carol Yvonne Florez Zamora	
	Vida Sana		CD. Lorena Licet Rojas Marín	
3	Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU)	DESI: Dirección de Referencias y Contra referencias y Seguros.	M.C. Luis Bardo Orellana Pérez	M.C Gladys Giannina Vásquez del Águila.
	Asociación de Comunidad Local de Administración de Salud-ACLAS	DESI: Dirección de Servicios de Salud	Psic. Andrés Fernando Chávez Zeballos	
	Plataforma Itinerante de Apoyo Social (PIAS)		M.C. Alejandro López Peña	
	Aseguramiento Universal en Salud	DESI: DESI: Dirección de Referencias y Contra referencias y Seguros	*Ing. Sistema. Juan Samuel Mori Arbildo. *Tec. Comp. Adler Alán Salinas Pezo	
	Referencias/ Contrarreferencias			
	Salud familiar	DESI/Dirección de Atención Integral de Salud	Obsta. Vilma Babilonia Zumaeta	
4	Atención de Salud Mental		Psic. Nikg Infante Meléndez	M.C Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci.
	Hemoterapia y medicina Transfuncional	DESI: Dirección de Hemoterapia y medicina transfusional	*Lic. Enf. Verónica García Ramírez. *Lic. Enf. Merlin Sánchez Lozano	

		Centro hemodador Regional - Banco de Sangre Tipo II		M.C Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci.
	Laboratorio de Referencia Regional de Loreto.	DECPC- Dirección de Laboratorio	*Blgo. José Antonio Tafur Gonzales *Blgo. Cesar Renato Tuesta Rojas	
5	Calidad en salud	DESI. Dirección de Calidad	Blga. Sheyla Cevillano Patow	M.C Cristiam Armando Carey Ángeles
	Acceso y Uso Racional de Medicamentos (URM).	Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas.	QF. Gladys Oriana Villacorta Barbarán	
Análisis de la determinación de la oferta				
6	RIS-Redes Integradas de Salud	DESI/Dirección de Servicios de Salud	Obst. Henrry Daza Grandez	Lic. Enf. Patricia Quevedo Rivadeneyra
Análisis del Estado de la salud				
7	Morbilidad	DECPC/Dirección de Epidemiología	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez	M.C. Hugo M. Rodríguez Ferrucci
	Mortalidad			
Análisis de las Enfermedades- Eventos Sujetas a Vigilancia Epidemiológica y Estrategias Sanitarias				
8	Enfermedades Metaxénicas: Malaria	DECPC/Dirección de Epidemiología DECPC	Blgo. Freddy Franco Álava Arévalo	M.C Carlos Alberto Álvarez Antonio.
	Arbovirosis: Dengue		Lic. Enf. Doyo Pasquel Siri	
	Inmunoprevenibles		Lic. Enf. Patricia Quevedo Rivadeneyra	
	Zoonóticas		Lic. Enf. Patricia Quevedo Rivadeneyra	
	TBC, VIH-SIDA. ITS		Lic. Enf. Ruth Trinidad Canayo Perea	
	Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas			
9	Enfermedades No Transmisibles: Diabetes. Cáncer		Lic. Enf. Flor Meredí Marapara Murayari	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez
	Lesiones por accidentes de Tránsito			
10	Problemas priorizados de Salud mental: Intento de Suicidio, Depresión Moderada y Grave, Primer Episodio Psicótico.		Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez
	Violencia Familiar			
	Infecciones Asociadas a la Atención de Salud-IAAS			

11	Vigilancia de Metales Pesados	DECPC/Dirección de Epidemiología DECPC	Lic. Enf. Doyo Pasquel Siri	Lic. Enf. Betty Marlene Ríos Torres
Análisis de los determinantes de riesgo y daños a la salud				
12	Emergencias y Desastres	DECPC/Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres	Lic. Enf. Paola Milagros Aquino Pipa	Lic. Enf. Cinthya Irene Rojas Torres
	Personas con discapacidad	DESI/Dirección de Atención Integral de Salud	M.C Alberto Cristhian Diaz Gonzales	
	Prevención y Control de enfermedades bucales		C.D Gerard Richard Sáenz Siños	
	Prevención y Control de Enfermedades Oculares		Lic. Enf. Rose Mary Salva Ahuite.	
	Exposición a metales Pesados y otras sustancias químicas		C.D Luis Gabriel Barria Acosta	
Análisis de Protección Social				
13	Cobertura de Inmunizaciones	DESI/Dirección Integral de Salud	Lic. Enf. Grethell Rosario García Chota	Lic. Enf. Patricia Quevedo Rivadeneyra
	Cobertura de Crecimiento y Desarrollo del niño		Lic. Enf. Nancy del Pilar López Chávez.	
	Tamizaje Neonatal-LME		Lic. Enf. Claudia Zulema Ríos Nashnate	
	Enfermedades de la Primera Infancia: Anemia, Desnutrición Crónica		Lic. Enf. Tania Lucimar Vivanco Diaz	
14	Salud Sexual y reproductiva: Salud Materna		Obsta. Jeraldin Katiuska. Arotoma Sánchez	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez
15	Prevención y Control de Tuberculosis		Lic. Enf. Patty Elizabeth Rodríguez Arévalo de Diaz	M.C. Carlos Alberto Álvarez Antonio
	Prevención y Control de VIH-SIDA-ITS		Obsta. Morayma Quevedo Da Silva	
	Prevención y Control de Cáncer		Obsta. Pilar Ramírez Toro	
	Prevención y Control de EDAS-IRAS		Lic. Enf. Nila Luz Tello Panduro	
Análisis de Protección Social				
16	Prevención y Control de enfermedades Metaxénicas: Malaria	DECPC/Dirección de Salud Ambiental	Blgo. Freddy Gutiérrez	M.C Cristian Armando Carey Ángeles
	Prevención y Control de Arbovirosis: Dengue		Blga. Gladys del Pilar Díaz Arévalo	
	Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas		Blgo. Roldan Cárdenas Greffa	

17	Intervenciones de Brotes	DECPC/Dirección de Epidemiología	Lic. Enf. Cinthya Irene Rojas Torres	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez
18	Salud de Pueblos Indígenas	DESI/ Dirección Integral de Salud	*Lic. Enf. Rosa Valera Álava *Lic. Enf. Rocío Pinedo Rojas	M.C Hugo M. Rodríguez Ferucci
Evaluación presupuestal de Estrategias Sanitarias				
19	Articulado Nutricional (PP-01) y del Presupuesto orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano (PP 1001).	DE Planeamiento	Obst. Irma Isabel Domínguez León	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez
	Salud Materno Neonatal (PP 0002)			
	Programa Presupuestal 0016: TBC-VIH/SIDA	DE Planeamiento	Obst. Irma Isabel Domínguez León	Lic. Enf. Juana Elvira Valera Pérez
	Programa Presupuestal 017: Enfermedades Metaxènicas y Zoonosis			
	Programa Prevención y Control de Cáncer (PP 0024)			
	Programa Presupuestal de Control y Prevención de Salud Mental (PP 0131)			

Frases Motivadoras

💬 **“La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada.”**
Arthur Schopenhauer

💬 **“El mayor de los bienes humanos es la salud; el segundo, una conciencia tranquila.”**
Epicuro

💬 “**Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos reflexivos y comprometidos puede cambiar el mundo; de hecho, es lo único que lo ha logrado.”**
Margaret Mead

💬 **“La fortaleza no proviene de la capacidad física, sino de la voluntad indomable.”**
Mahatma Gandhi

💬 **“Trabajar por la salud es trabajar por la vida misma; es sembrar esperanza donde antes hubo dolor.”**
Florence Nightingale (adaptada)

💬 **“Unir esfuerzos por la salud de nuestra gente es el camino más noble hacia el desarrollo.”**
Nelson Mandela (inspirado en su pensamiento sobre comunidad y bienestar)

💬 “**El progreso se logra cuando cada uno, desde su lugar, decide hacer la diferencia por el bien común.”**
Eleanor Roosevelt

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
AVENIDA COLONIAL MZ. B LTE21, DISTRITO DE PUNCHANA,
PROVINCIA MAYNAS, REGIÓN LORETO
IQUITOS-LORETO

SITIO WEB. www. geresaloreto.gob.pe
epiloreto@dge.gob.pe