



# **PLAN DE SALUD EN LA REGIÓN DE LORETO PARA LOS PRÓXIMOS 100 DIAS**

**Elaborado por:**  
Comité de Salud Pública  
Colégio Médico del Perú  
Consejo Regional II

**2007**

**Elaborado por:**

Comité de Salud Pública

Colegio Médico del Perú – Consejo Regional II

- Dr. Javier Aramburú Guarda           CMP 17684
- Dr. Luis Rodríguez Benavides       CMP 26146
- Dr. Hugo Rodríguez Ferrucci        CMP 26919
- Dr. Cristiam Carey Angeles         CMP 29404
- Dr. Percy Rojas Ferreyra            CMP 30875

**Revisado por:**

Dra. Graciela Meza Sánchez            CMP 28290  
Decana Colegio Médico – Consejo Regional II

Dr. Renso López Liñan                    CMP 26917  
Presidente Federación Médica Peruana – Filial Loreto



## PLAN DE SALUD EN LA REGIÓN DE LORETO PARA LOS PRÓXIMOS 100 DIAS

### *Situación de la Salud en Loreto y Justificación del Plan*

Una nueva gestión Regional y Sectorial se ha iniciado y se debe hacer frente a dos aspectos concretos:

1. La coyuntura actual consistente en:
  - a. Un temprano cuestionamiento del sindicato a decisiones en la designación de funcionarios en la DIRESA.
  - b. Un contexto de unidades de salud como interlocutores con expectativas de mejora de su infraestructura, equipamiento y mejora de condiciones de atención.
  - c. La necesidad de concretar en el corto plazo los compromisos en Salud del Gobierno Regional
2. Los aspectos estructurales de la situación de salud y las acciones que para su cambio sustantivo lo debe realizar el gobierno a través de la DISA, las instituciones de otros sectores y la sociedad en su conjunto.

Previo a las propuestas existen preguntas a plantearse:

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN LORETO?

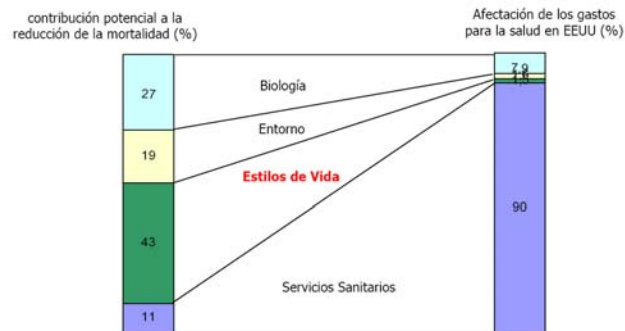
Si consideramos la medición de la salud por indicadores primordiales, no existe una mejora sustantiva de la Salud en la Región Loreto luego del último periodo de Gobierno Regional.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA REGIÓN LORETO?

El Sistema de Atención de Salud de Loreto mantiene deficiencias estructurales, organizativas y funcionales que no permiten brindar una adecuada atención de salud con distorsiones en su eficacia.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA GESTIÓN PARA LA MEJORA DE SALUD?

Este aspecto incluye la Gerencia Sectorial de Salud, el Seguro Social y el Privado así como la gestión y coordinación de los componente intersectoriales y los gobiernos locales (provinciales y distritales) que es conducida por el Consejo Descentralizado y Coordinado de Salud. La Gestión Sectorial está fragmentada y carece de Gobernanza, con un rol débil frente a los otros componentes sectoriales y con escasa dirección dentro del Consejo. Este último no ha podido conducir las intervenciones necesarias en su ámbito para la mejora de la salud.

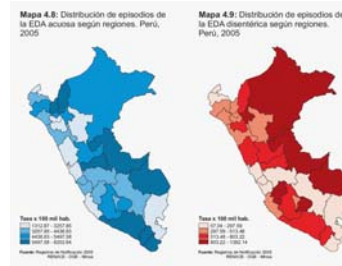


Dever G.E.A.: An epidemiological model for health policy analysis. Soc. Ind. Res, 1976, vol 2 p 466

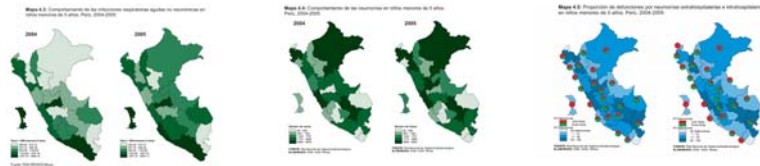
Si la respuesta es afirmativa a todas estas preguntas, el nuevo Gobierno sólo requiere continuar la dirección actual con apenas algunos ajustes menores. Lamentablemente consideramos que esto no es así:

1. No existe mejora en los daños sustantivos: mortalidad materna, malaria, enfermedades diarreicas y respiratorias, dengue, etc.
2. La eficacia y eficiencia en la gestión de la salud no son satisfactorias:
  - Persiste la inequidad, y aún se ha incrementado para grupos que incluyen comunidades indígenas, grupos de extrema pobreza rural y urbano marginal.
  - Los hospitales de la DIRESA muestran una importante capacidad instalada ociosa con indicadores muy pobres de productividad.
3. La conducción integral de salud es fragmentada, reducida al ámbito sectorial, la participación intersectorial y de los demás sectores es muy limitada; y la participación ciudadana ha sido escasa y mediatizada:
  - El Consejo Regional ha tenido un papel secundario en su papel articulador, con escasa capacidad de convocatoria y apenas para validar o aprobar estrategias de la DIRESA. Escasa capacidad para involucrar a otros actores claves.
  - La DIRESA ha tenido un liderazgo muy deficiente tanto al interior del sector como en el campo externo a él. Es un ente sobredimensionado, burocratizado y que constituye el principal obstáculo para el proceso de descentralización dentro de la Región.
  - La participación ciudadana ha tenido un papel secundario en cuanto a problemas de salud que necesitan de su participación para su solución.
4. Acción sobre los determinantes de la salud:
  - Las intervenciones sobre el saneamiento carecen de un direccionamiento:

- Casi un 70 % de la población carece de acceso a agua potable, no obstante no existen intervenciones dirigidas a desinfectar el agua domiciliaria en ese 70 %.



- En la provisión de fuentes de energía se tiene que existe un porcentaje importante de la población que no accede a fuentes sanas de energía. Mas de 2/3 partes de los hogares en Loreto cocinan con leña o carbón; con mayor riesgo a enfermar o morir por enfermedades respiratorias, asma, alergias, etc.



- La seguridad alimentaria tiene alta vulnerabilidad. La canasta de alimentación complementaria tiene componentes claves como el de proteínas y grasas de origen externo a la región y que al momento actual pese a existir alimentos regionales que los pueden sustituir; no existe oferta empresarial que cumpla con las especificaciones para efectuarlo.
- Coexisten a las carencias nutricionales, riesgos debidos a malos estilos de vida como el sobrepeso y la obesidad (ver la explosión de gimnasios en la capital). Las iniciativas al respecto no son asumidas en la región.
- Persisten sin intervención la presencia de riesgos demostrados como perniciosos a la salud: el no uso del casco, no uso del cinturón, la falta de prioridad del peatón frente al vehículo motorizado en la construcción de vías terrestres, etc.
- La calidad de alimentos y medicamentos esta desprotegidas o sólo protegida en forma intermitente. Exposición a metales pesados,

contaminantes biológicos, tóxicos y otros carecen de acceso a procedimientos sostenibles para su vigilancia en especial en el nivel municipal donde se pueden articular el control.

- El control del vector del dengue, se ha sesgado su control como un asunto exclusivamente del sector salud. El contrato de abatizadores como principal medida de control es una distorsión de la responsabilidad ciudadana en el control de esta enfermedad.
- Se ha permitido construcción de viviendas en áreas de inundación estacional. Esto incrementa, por el saneamiento deficiente que conllevan estas áreas, a un mayor riesgo a enfermar y morir.

## ***Planteamientos Frente a la Coyuntura***

Las principales causas de la coyuntura tienen como origen:

- No implementación de mecanismos de consulta y participación en las decisiones de la Gestión Sectorial y escaso empoderamiento del Consejo Regional y Descentralizado de Salud.
- Distorsión de roles en los actores sociales del Sector Salud: sindicatos, miembros del gremio médico, servicios no personales, directivas de ACLAS, otros gremios de Salud, etc. Esto lleva a procurar posiciones de poder, corrupción, desconocimiento de línea de autoridad, paros y huelgas injustificadas, etc.
- Pérdida progresiva de línea de autoridad y liderazgo. Esto ha comprometido tanto el nivel sectorial como al CRCDS.

Frente a estas causas los **objetivos** a alcanzar son los siguientes:

1. Restablecer el liderazgo de la conducción sectorial tanto en el frente interno como frente a otros sectores y actores sociales involucrados en la Salud de la Región.
2. Fortalecer el principio de autoridad, lo que no debe confundirse con autoritarismo. La fuerza emanada del mandato popular del Gobierno Regional actual debe ser complementado con un consenso de la necesidad de una conducción firme pero respetuosa de las normas y participativa según los niveles desde la Dirección General hasta los Establecimientos más alejados.
3. Establecer prioridades y comprometer en su abordaje. Esto es fundamental: el mayor problema es la mejora de la salud en la población más desfavorecida. Acciones como la atención itinerante fluvial no garantiza por sí misma una mejora en este aspecto sino va acompañada de una mejora de la provisión de servicios de salud por la red local de salud. Incluso puede aumentar las brechas de salud entre los más pobres y los que no lo son.

## **Estrategias para Abordar la Coyuntura**

1. Implementar o activar mecanismos de consulta o participación para la toma de decisiones tanto en la Gestión Sectorial como en el CRCDS. En el primer caso esto incorpora a los diferentes actores sectoriales a fin de socializar e informar para una mejor toma de las decisiones de mayor importancia, recogiendo criterios y observaciones. En el segundo caso del CRDS otorgar un papel mayor a la participación informada de sus actores. Para ello es necesario contar con un monitoreo social con participación de la Defensoría del Pueblo.
2. Compromiso de los actores: autoridades sectoriales, gremios de profesionales de la salud, sindicatos, propietarios de servicios privados, etc. en la necesidad de cambios para la mejora de la salud de la población. Esto implica una convocatoria desde el espacio de la sociedad civil y sus organizaciones más representativas. Establecería el compromiso los actores mencionados en la mejora de la salud

- especialmente de los más desfavorecidos. Este aspecto es la base sobre la cual se desarrollará el punto 3.
3. Desarrollar aspectos que permitan la gobernanza del sector:
    - a. A partir de identificar líneas de acción prioritarias del Plan Estratégico, socializar y comprometer desde el CRCDS y otros espacios de concertación a su realización.
    - b. A partir del Plan de los 100 días definir claramente acciones, condiciones y responsables que garanticen su cumplimiento.
    - c. Elaborar una acta de gobernabilidad con una paz social durante ese plazo de 100 días

### **Acciones Específicas**

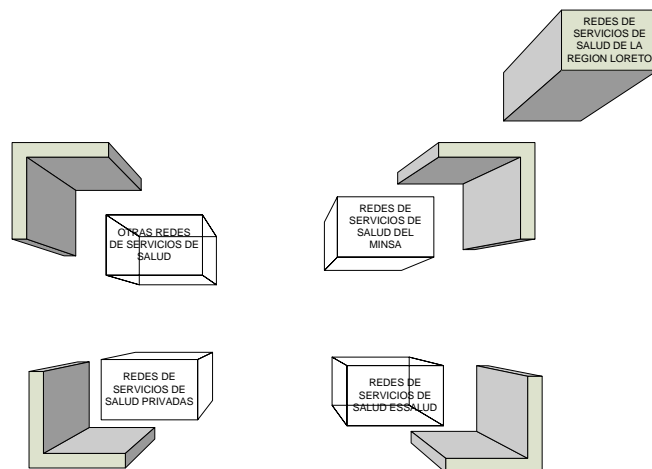
- a. Implementar el Comité Consultivo de la Dirección Regional de Salud de con reuniones mensuales.
- b. Actas de Compromiso para Ejecución del Plan Estratégico de Salud y de su Plan de 100 días preparatorio.
- c. Compromiso de Gobernabilidad con Periodo de Tregua de 100 días. Incluye mecanismos ad-hoc de resolución de conflictos durante este periodo.



## ***Aspectos Fundamentales de la Situación de Salud en Loreto***

Listamos los principales problemas de la Salud en Loreto:

- Deficiente atención en las redes de servicios de salud en las áreas rurales y comunidades indígenas
- Redes de Servicios de Salud están aisladas de la Red Nacional incluyendo bajo acceso a:
  - Procedimientos diagnósticos de alta complejidad (agregar lo de Lucho Rodríguez)
  - Unidad Renal
  - Banco de Sangre
  - Tratamientos Especializados en Cáncer, Tuberculosis, SIDA, malaria grave y complicada
- Hospitales de Iquitos y Yurimaguas con deficiente estructura y funcionalidad de acuerdo a sus niveles de Hospital I y II.
- Escasa eficacia de intervenciones de salud pública de alta prioridad: malaria, dengue, VIH-SIDA, mortalidad materna, programas de medicamentos, entre otros.
- Insuficiente desarrollo del Sistema de Inteligencia Sanitaria reflejado en insuficiente capacidad de identificar, vigilar daños y facilitar una respuesta oportuna. Como ejemplo tenemos la demora en detectar e intervenir la intoxicación por metales pesados por contaminación en poblaciones adyacentes a explotación petrolera.
- Carencia de un Plan Regional de Prevención y Control de Riesgos de la Salud.
- Desvinculación entre la productividad en metas de salud y los incentivos recibidos por el personal de salud.



## ***Enfoque para elaborar el Plan de Emergencia***

Las principales intervenciones a proponerse las realizará el Gobierno Regional:

- A través de sus espacios propios (Dirección Regional de Salud y los mecanismos intersectoriales)
- Acciones y acuerdos interinstitucionales (ESSALUD, otros Gobiernos Regionales, Gobiernos Municipales, Sector Privado, etc.).
- En negociación en los mecanismos de concertación (Mesa de Lucha Contra la Pobreza, Vigilancia Ciudadana, Foro Salud, etc.).

Este avance será dirigido desde el Consejo Regional Coordinado y Descentralizado de Salud.

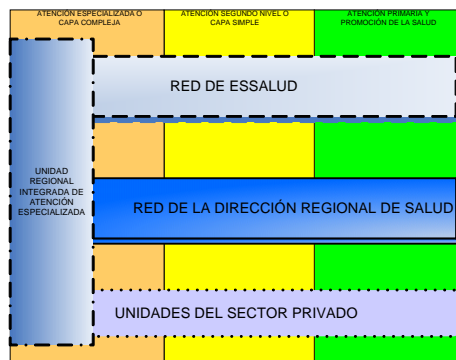
## ***Rol del Gobierno Regional***

Compromiso Político del Gobierno Regional, establecido en:

1. La decisión de conducir la articulación de las acciones de los componentes involucrados
2. Negociar en los diferentes niveles las condiciones necesarias para la implementación del presente plan.
3. Desarrollar el monitoreo del avance de las metas.
4. Comprometer los recursos financieros para el desarrollo del presente Plan
5. Impulsar, facilitar y difundir el control del gasto en los diferentes niveles: internacional, interregional, regional, provincial y distrital; involucrando a los mecanismos de auditoría y control.

## ***Líneas de Acción***

1. Elaborar y aprobar en el nivel central la implementación del Seguro Universal de Salud de la Región de Loreto, sustentado en el cofinanciamiento de los fondos de la DIRESA, ESSALUD, EPSS y un fondo específico a partir del Canon Petrolero.
2. Creación del Fondo Regional Único de Salud bajo administración de un Directorio Conjunto integrado por representantes del Gobierno Regional, MINSA, SIS, ESSALUD (nivel central). Dicho Directorio dependerá del Consejo Regional de Salud y estará regulado por encargo por la EPSS.
3. Como alternativa a los puntos 1 y 2 se aprobará en el nivel central la Reestructuración y Adecuación de la Red de Servicios de Salud de la Región Loreto:
  - a. Complementar la atención del MINSA, ESSALUD y Privado:
    - i. Creación de una Unidad Regional Integrada de Atención Especializada (URIAE) con la cofinanciación de GOREL, ESSALUD y EPSS, dirigida a la adquisición y gestión de equipos especializados, prestación de servicios diagnósticos y de tratamiento de alta especialización.



ii. Convenio de contraprestación de servicios de Salud en los niveles I y II.

- b. Integración Funcional de las Redes de Yurimaguas y Ucayali al Sistema de Referencia de las Redes de Tarapoto y Pucallpa. Pago por atenciones con auditoría tercerizada al SIS o a ESSALUD.
4. Mejora de la Atención en las Redes de Servicios en las áreas rurales y comunidades indígenas a través de implementación de las Redes de Servicios de Salud:
  - a. Efectivizar el aseguramiento universal de la población indígena y otras en extrema pobreza a través del financiamiento del SIS.
  - b. Convenios de integración de áreas de frontera nacional o interregional a redes de salud vecinas.
5. Redimensionar y perfilar al Hospital Iquitos como Hospital Materno Infantil, Cabecera de Red y Sede de la Unidad de Extensión de Servicios de Salud para la Periferia de la Región a excepción de las provincias de Ucayali, Alto Amazonas y Datem del Marañón.
6. Reorganizar la atención especializada centralizándola en el Hospital Regional como Hospital de Referencia Regional repotenciando su equipamiento para fines de implementar la URIAE.
7. Establecer alianzas en el control de daños de alta prioridad: suicidios, violencia, desnutrición crónica, salud ambiental en poblaciones indígenas, accidentes de tránsito,
8. Desarrollo de Unidad de Inteligencia Sanitaria dependiente del Consejo Regional de Salud.

## METAS ESPECÍFICAS

1. Convenio Nacional estableciendo la Red Especial de Salud de Loreto. Presidencia de Consejo de Ministros, Ministerio de Salud, ESSALUD, EPSS, Gobierno Regional de Loreto, Gobierno Regional de San Martín, Gobierno Regional de Ucayali.
2. Plan de Implementación para prestación de servicios de salud integral al 100 % de la población de las Comunidades Indígenas. Federaciones Indígenas, Municipios locales, Red de Servicios de Salud, ONG's, Seguro Integral de Salud.
3. Anteproyecto para implementar redes binacionales de servicios de salud con Ecuador, Colombia y Brasil. Gobierno Regional de Loreto, Cooperación Internacional MINSA, Convenio Hipólito Unanue, ONG involucradas en el área.
4. Implementación de la Unidad de Diagnóstico Especializados, Unidad Renal, Banco de Sangre, Unidad de Tratamientos Infecciosos Especializados (Tuberculosis MDR, SIDA y malaria) en el Hospital Regional. MINSA, ESSALUD, Clínicas Privadas, Gobierno Regional.
5. Implementación de la atención itinerante en tres niveles:
  - a. Itinerantes en las doce redes de servicios de salud. Utiliza el personal de la Cabecera de Red con refuerzo de los Hospitales I o Centros de Salud. Tamizaje para atención especializada. Infraestructura propia de transporte.
  - b. Itinerante de Atención Especializada con tres rutas principales: Marañón, Ucayali y Amazonas. Personal de Hospital Iquitos con refuerzo del Hospital Regional, ESSALUD y Privadas. Atención de embalse de atención especializada. Infraestructura de Transporte contratada o propia (ruta del río Amazonas).
  - c. Servicio Itinerante de Alta Especialidad del Nivel Central. Hospitales Nacionales, Institutos Nacionales, ESSALUD y Convenios vigentes.
  - d. Servicio de Asistencia a distancia - Telemedicina. Hospital Regional, SIS, Atención Integral de Salud.
6. Ampliación de la oferta del Hospital Regional:
  - a. Atención de Consulta Externa en dos turnos o más incluido los servicios intermedios necesarios
  - b. Guardias efectivas de especialidad en 24 horas
  - c. Servicio de Clínica
7. Convenios específicos para atención de daños:
  - a. Dos Centros de Tratamiento para niños y mujeres con problema de violencia
  - b. Con Iglesia para mejora de la atención de pacientes con enfermedad mental crónica
  - c. Implementar el Plan de Atención Integral a Comunidades Dispersas
8. Implementación del Sistema Regional de Inteligencia Sanitaria para monitoreo de los avances y logros en Salud, dependiente del Consejo Regional de Salud y manejado por la DIRESA

9. Elaboración del Plan Regional de Control de Riesgos con 10 puntos específicos:
  - a. Desinfección de agua domiciliaria en hogares sin acceso a la red pública de agua potable
  - b. Elaboración de proyecto para implementación de 1,000 unidades demostrativas de cocinas mejoradas a leña y cocinas solares.
  - c. Elaboración del paquete de mejoras nutricionales:
    - i. suplemento de hierro, yodo, zinc, y otros oligoelementos
    - ii. acuerdos para sustitución alimentos regionales para fuentes de proteínas y grasas en el Programa de Alimentación Complementaria
    - iii. Programa de Alimentos Escolares Sanos
  - d. Plan de Seguridad Vial mínimo dirigido a:
    - i. Mayor costo de multas en transporte terrestre y fluvial
    - ii. Obligatoriedad de uso de cascos de seguridad
    - iii. Regulación sobre construcción de calzadas en proyectos viales
  - e. Centralizar el control de alimentos y medicamentos en convenio con gobiernos locales, IIAP y las Universidades
  - f. Municipalizar el control de vector del dengue:
    - i. En áreas urbanas marginales: establecer bonos para áreas prediales saludables deducibles del impuesto predial. Acreditación comunitaria y certificación de la red de servicios de salud. Fondo de compensación regional por fondos no percibidos por los gobiernos locales.
    - ii. En otras áreas urbanas: creación de un impuesto de salubridad con certificación de la red de servicios de salud. La acreditación positiva exonera el impuesto.
  - g. Regulación de nuevas construcciones en áreas inundables.