



Capítulo Perú



Plan Binacional de Desarrollo
de la Región Fronteriza
Perú-Ecuador

PROYECTO: MANEJO DE LOS RECURSOS NATURALES EN LAS CUENCAS DE LOS RÍOS PASTAZA Y MORONA – PERÚ

Modelo de atención a poblaciones del DATEM del Maraón

Componente: Soporte Social-Salud

Alfonso Nino Guerrero

Consultor

INDICE

	No de Pagina
I Introducción	3
II Contexto Nacional	4
III Contexto de la Región Loreto	7
3.1 Información General de la Región	
3.2 Situación de Salud de la Región Loreto	
IV Situación de la Zona de Intervención	11
4.1 Información General del Ámbito de Intervención	
4.2 Situación de Salud de la Zona de Intervención	
4.3 Características de la Oferta sanitaria	
4.4 Análisis cualitativo del Ámbito.	
V Implementación del Proyecto	22
5.1 Marco Conceptual	
5.2 Beneficiarios y Población Meta del Proyecto	
5.3 Duración y Recursos Financieros a Disposición.	
VI Intervención	24
6.1 Proceso de Planificación	
6.2 Misión de Identificación de la Problemática Local	
6.3 Marco Lógico	32
6.4 Plan de Intervención 2006	
VII Justificación para la ejecución del Programa	40
VIII Estrategias de Intervención	
IX Factores de éxito del Proyecto	
X Administración de los Recursos Económicos	
XI Presupuesto	54
XII Sistema de Monitoreo y Evaluación.	
Anexos	60

I. INTRODUCCION

El Proyecto “**Manejo de los Recursos Naturales en las Cuencas de los ríos Pastaza y Morona**” busca impulsar el desarrollo productivo y social de la región fronteriza de Loreto, en armonía con el medio ambiente, a fin de equilibrar su nivel de desarrollo e integración con el resto del territorio nacional con la única finalidad de elevar el nivel de vida de su población así como promover la integración económica de las zonas fronterizas.

El aporte central del proyecto está orientado a promover en la región fronteriza la conservación de la biodiversidad y del medio ambiente, fortalecer la identidad cultural de las comunidades nativas que la habitan y complementariamente el mejoramiento de la situación socioeconómica de las comunidades que viven en la zona buscando contribuir con diferentes mecanismos de intervención a elevar el nivel de vida de las comunidades nativas.

El marco conceptual bajo el cual el proyecto intenta intervenir esta explicado por: “La existencia de una relación sistémica entre los recursos naturales y la población que los maneja, en el entendido de que la atención no está centrada exclusivamente en el ambiente físico o la cultura en su totalidad, sino en los procesos interactivos entre ambos y los resultados de las respuestas de los individuos en sociedad y en su medio ambiente”. Estas interacciones incluyen el conocimiento y practicas ambientales, la estructura social que condiciona las posibilidades de actuar en su medio ambiente, el papel de las experiencias previas que sitúa un antecedente situacional y sobre el cual el proyecto debe proponer intervenciones en el campo social que tomen en cuenta el contexto demográfico, nutricional y epidemiológico mediatizado por la relación intercultural y política de los actores locales, regionales y nacionales.

Dadas las características socio sanitarias de la zona de intervención, el énfasis del proyecto estará orientado a contribuir a la lucha contra la pobreza impulsada por el Estado peruano en esta zona que es de las más desatendidas del País abordando aspectos como: la atención de salud integral desde la misma comunidad, impulso y fortalecimiento de articulación entre las redes sanitarias con las redes sociales, donde el soporte sea una plataforma social amplia de participación de sectores sean públicos y privados y la sociedad civil como soporte central para generar nuevas actitudes y comportamientos en las personas e instituciones que permitan lograr los resultados esperados.

El conocimiento de la situación sanitaria actual del ámbito de intervención del proyecto bajo la modalidad de Línea de Base está orientada a proporcionar la información necesaria sobre características de la oferta y la demanda de salud para definir, precisar y optimizar la intervención del componente Soporte Social para articularla con los elementos conceptuales y operativos que guíen la intervención del proyecto y realizar una adecuada asignación de recursos económicos previstos.

II. CONTEXTO NACIONAL

2.1 SOCIO-ECONÓMICO Y POLÍTICO DEL NIVEL NACIONAL:

Constitucionalmente el Gobierno Peruano se define como unitario, representativo y descentralizado que administra al estado en tres niveles Nacional, Regional y Local, sin embargo los avances en el proceso descentralización han sido limitados y poco consistentes. Si bien, los avances del País en el campo macroeconómico son notables, hay controversia respecto a si este desarrollo económico ha generado desarrollo. En 2002 la economía del Perú fue la que registró un mayor índice de crecimiento en la región y una tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto de alrededor de un 4,5%, según la CEPAL. Sin embargo, el desempleo es todavía muy elevado y las estrategias para la reducción de la pobreza no han producido resultados importantes¹.

Según información del INEI, la pobreza en el Perú se redujo de 54,3% a 51,6% entre el 2001 y el 2004, una reducción de 2,7 puntos porcentuales^{2,3}. La disminución se ha dado tanto en el ámbito urbano como en el rural en el primer caso la pobreza pasó de 50,0% en el 2001 a 43,3% en el 2004, mientras que, en el segundo caso pasó de 77,1% a 72,5%.

La situación de pobreza en Lima y Callao se incrementó de 31,8% en el 2001 a 36,6% en el 2004, dato probablemente relacionado con la migración proveniente del interior del país en busca de mejores oportunidades, en contraste con el interior del país hubo una disminución de 5,6 puntos porcentuales en el mismo período y llegó a 57,7% en el 2004, según esta fuente Loreto tuvo una disminución de (-8,9 pp). El resto de departamentos (excluyendo Lima), no muestra cambios estadísticamente significativos en el período de comparación.⁴

A pesar de la mejora en las cifras de pobreza en el Perú, aún más de la mitad de la población es pobre, situación que se refleja en la marcada diferencia de los ingresos entre niveles socioeconómicos: en promedio, el 10% más rico recibe cerca 12 veces el ingreso del 50% más pobre, estructura que se ha mantenido en los últimos años⁵.

Dos datos recientes sobre la pobreza y el empleo iluminan mejor la problemática social en el país, el primero es la revelación de que la dimensión de la pobreza en el Perú es mucho mayor que el 54%, cifra oficial, pues estudios muestran que existe mucha fluctuación alrededor de la línea de pobreza, en razón de lo cual más del 70% de la población ha estado por debajo de ella en el último año. El segundo es la revelación de que la situación del empleo es también muy cambiante, teniendo sólo el 39,7% empleo todo el año mientras el 41,3% de las personas cambian de status laboral a lo largo de un año, pasando una y otra vez del empleo a la inactividad.

¹ UNICEF Informe 2005

² 95% Intervalo de Confianza.

³ Para realizar la comparación se asume la hipótesis de que la pobreza es estructural (no estacional), ya que la ENAHO 2001 recopiló la información en el 4T2001, mientras que la ENAHO 2004 lo hizo durante todo el 2004. Ver Semanario Económico ophèlimos año 3 No. 33.

⁴ Al 95% de confianza

⁵ Cálculos en términos reales

Los diferentes mapas de pobreza elaborados los últimos años evidencian que la población más pobre se concentra en las regiones y provincias predominantemente rurales de la sierra y selva del país. La brecha distributiva no ha mejorado lo cual se expresa en el desarrollo social del país que ha tenido un ritmo signado por **la inequidad y la exclusión** de grupos poblacionales a acceder a servicios y beneficios del estado y de los gobiernos. Uno de los grupos sociales excluidos fueron y son las comunidades que viven en la zona rural de sierra y selva, con características sociodemográficas como: pobreza, dificultad en el acceso a servicios básicos de educación y salud y la no inserción en corredores económicos de la zona.

2.2 LA SALUD A NIVEL NACIONAL: Durante muchos años, el país ha tratado de encontrar un norte que oriente su desarrollo integral. Los intentos parecen haber sido una frustrante serie de propuestas que fracasaron una tras otra por diversas razones; entre ellas el diseño de modelos sanitarios lejanos de la realidad y que no tomaron en cuenta los aportes de los distintos actores sociales, que marginaron a la sociedad de participar de forma más activa y protagónica en la solución de sus propios problemas y que antepusieron el bien personal o grupal al bien de todos⁶. El resultado final ha sido el incremento de la exclusión social y el incremento de la brecha sanitaria para los más pobres y la decepción y desesperanza de los trabajadores de salud y de la población de tener un cambio real.

En el Perú hoy existe una combinación caracterizada por grandes problemas de salud y escasa asignación de recursos a la salud, lo que implica un alto nivel de tolerancia social, cultural y política a la discapacidad y a la morbilidad evitable, existe una gran “carga de morbilidad” que soporta nuestra población. Una sociedad que no asigna un presupuesto importante a la salud en el fondo devalúa la vida porque tolera como normal un nivel de muertes y enfermedades evitables. El Perú destina a salud sólo el 4,5% de su PBI y el promedio para América Latina es de 7,67% del PBI. Los países latinoamericanos con similares PBI per cápita, tienen un gasto per cápita en salud de US 177 dólares por habitante y el Perú lo tiene de alrededor de 100 dólares⁷.

El escenario probable, si continúa la tendencia general actual al desgobierno en articulación de una respuesta institucional y poblacional a los problemas de salud, es la configuración como sociedad de personas mayoritariamente adultas, enfermas y pobres⁸.

⁶ Lineamientos de Política 2002-2006, MINSA

⁷ Foro Salud, II Conferencia Nacional de Salud Capítulo I Comisión de Programa Por una nueva Agenda Nacional y Sanitaria, 2005

⁸ Foro Salud, II Conferencia Nacional de Salud Capítulo I Comisión de Programa Por una nueva Agenda Nacional y Sanitaria, 2005

VISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

A mediados de la década 2010 – 2020, la salud de todos los varones y mujeres del país será expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia y de los derechos ciudadanos, basados en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal, con mejoramiento de los ingresos, en la educación en paradigmas de respeto a la persona y de solidaridad, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.

MISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de todos los habitantes del país que lo necesiten, proponiendo y conduciendo los lineamientos de política de corto, mediano y largo plazo, en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo y la vida plena de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud de Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

A partir del análisis de los principales problemas de salud y del sector, el Ministerio de Salud propone al país Lineamientos de Política para orientar la intervención período 2002 - 2012:

- 1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad***
- 2. Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud***
- 3. Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad***
- 4. Creación del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud (SNCDS).***
- 5. Adecuación del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial***
- 6. Nuevo modelo de atención integral de salud***
- 7. Suministro y uso racional de medicamentos***
- 8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres***
- 9. Democratización de la salud***

En el 2002 se promulgó la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) cuya finalidad es coordinar, bajo la rectoría del MINSA, el proceso de

aplicación de la política nacional de salud a través del Consejo Nacional de Salud, con representantes de instituciones de los sectores salud, ambiente, municipalidades, universidades y sociedad civil. Paralelamente se ha propiciado la conformación de los Consejos Regionales de Salud (CRS) y los Consejos Provinciales de salud con funciones de órganos consultivos de los órganos de Gobierno Regionales.

En el campo sanitario existen problemas para garantizar la continuidad de la atención especialmente en las zonas de difícil acceso de la sierra y selva para lo cual será necesario implementar un modelo de atención que considere las características de la demanda la cultura de la población, corredores económicos, flujos poblacionales y oferta actualmente existente e inexistente para facilitar la accesibilidad geográfica en zonas con difícil acceso. Se hace visible la fragmentación de las intervenciones en salud por la persistencia de los programas verticales, La intervención por etapa de vida, las Estrategias nacionales y las prioridades de cada Región que genera duplicidad y contribuye a la ineficiencia.

Si bien se ha priorizado la promoción de la salud, la inversión en sus actividades es limitada algo similar sucede con la prevención de enfermedades. Los casos de malaria se han incrementado, el Dengue ya afecta zona periurbanas de Lima, la tasa de Tuberculosis según el informe de Paul Hunt⁹ es la mas alta de América Latina, a pesar de esto la asignación de recursos se hace en base a presupuestos histórico por lo que algunos montos son inadecuados o insuficientes para los rubros que se pretende cubrir a esto se suma la inflexibilidad en la asignación de las partidas que no permite una optimización del uso del presupuesto¹⁰.

La población indígena de la sierra y de la selva y cuya lengua materna no es el castellano presenta indicadores sociales más deprimidos debido a barreras económicas, geográficas y culturales que le impiden acceder a los servicios. Las mujeres rurales indígenas padecen el mayor déficit de acceso a servicios de salud preventiva, como los controles prenatales, nutrición, programas de educación para la salud principalmente debido a barreras culturales.

Algunos de los factores evidenciados que restringen el acceso a los servicios de salud son: la dispersión geográfica, los costos del traslado, desconfianza respecto a la atención, limitada capacidad resolutive, y patrones culturales no compatibles con los de la comunidad.¹¹

III. CONTEXTO REGIONAL DE LORETO

3.1 Información General :

La Región Loreto Ubicada en el extremo nororiental del territorio peruano, tiene una superficie de 368,851 Km² que representa el 28% del territorio nacional, con una población de 943,807 habitantes¹² una zona de gran extensión y poca densidad poblacional. Su clima tropical cálido, húmedo y lluvioso, en el territorio su multiculturalidad son

⁹ Paul Hunt, Informe de los Derechos Humanos en salud, Perú 2005

¹⁰ Estudio de Línea de Base a Nivel regional, Proyecto De Apoyo a la Modernización del Sector salud, mayo 2002

¹¹ MINSA, Norma técnica atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas, 2004

¹² DISA Loreto estimado para 2006 en base al censo 1993

generadoras de factores positivos para el desarrollo pero también son factores tendientes a generar riesgos en el campo de la salud, principalmente el campo de las enfermedades transmisibles

Numerosos ríos atraviesan el ámbito, el 32% de los ríos más importantes del país se encuentran en la región Loreto y se han convertido en el principal vía de transporte de la región. La erosión en las riberas es un fenómeno generalizado y en algunos sectores alcanza gran intensidad. El Lago Rimachi, situado al margen derecho del río Pastaza, es el segundo lago en extensión después del lago Titicaca.

3.1.1 Estructura Poblacional : La estructura poblacional de la Región Loreto muestra Pirámides Poblacionales con una población eminentemente joven, pero por sobre todo con una tendencia estable en el tiempo.

Sin embargo para el año 2003, con la estimación que realiza el INEI, muestra una disminución de la amplitud de la base, lo cual implica una reducción de la población infantil y para el 2010 la proyección del INEI muestra una mayor disminución de la población infantil con un incremento de la población joven y joven adulta. A lo largo del tiempo, la población de la Región Loreto ha representado entre el 3 al 4% de la población total de país¹³.

Las principales ciudades en Loreto: Iquitos (275,000 hab.) y Yurimaguas (42,000 hab.) se han convertido en ciudad de referencia para el comercio y los servicios públicos. Los flujos migratorios se dan principalmente hacia Colombia y Brasil en el campo internacional, internamente la zona de Alto Amazonas (Yurimaguas) representa el nexo migracional hacia y desde la costa del país a través de la carretera Chiclayo- Tarapoto (San Martín), así como de las más de 500 localidades que concentra la provincia en las cuencas del Marañón y Huallaga.

En Loreto, la población urbana representa en promedio el 58%, en tanto que la rural el 42%; al interior existen diferencias que van a determinar mayor o menor riesgo de enfermar, así como la oportunidad de conseguir fácil acceso a los servicios de salud.

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

El 11.4% de la población total de Loreto es indígenas, los cuales se encuentran agrupados en 492 comunidades, que pertenecen a 39 grupos étnicos, siendo 6 de ellos los más importantes: Achuar, Aguaruna, Chayahuita, Cocama-Cocamilla, Quichua y Yagua. El 50% de estas comunidades se encuentran en la provincia de Alto Amazonas, 23.5% en Maynas y 14.7% en Loreto.

3.1.2 Tasas demográficas: La natalidad ha disminuido en Loreto en menor proporción que el nivel nacional, sin modificaciones entre los años 2000 y 2002, este comportamiento es similar a lo ocurrido a nivel Perú.

¹³ DISA Loreto ASIS 2004.

La tasa bruta de mortalidad ha disminuido progresivamente siendo la tasa nacional de 6.2 y para Loreto de 6.5 por mil habitantes. La tasa de mortalidad Infantil (TMI) ha disminuido tanto en Loreto como a nivel nacional de 93.5 y 91.8 x 1000 NV en 1981, hasta 49.8 y 43 x 1000 NV respectivamente en 1996. En el año 2002 la TMI tiene un incremento a nivel nacional a 53 x 1000NV y la TMI en la Región Loreto fue de 50 x1000 NV.

La fecundidad asimismo ha experimentado importantes cambios en el departamento de Loreto, la tasa global de fecundidad tiende a la disminución, mientras que la fecundidad en adolescentes presenta una proporción “peligrosamente” alta con relación al resto del país. En Loreto un poco más de la cuarta parte de adolescentes entre 15 a 19 años ya son madres, y la tercera parte de ellas tuvo alguna vez un embarazo, valores muy por encima del promedio del país, incluso de la región natural selva.

3.1.3 Perfil Educativo : La condición de alfabetismo en general sigue mejorando, mas aún para las mujeres, de 14.9% de analfabetas en 1993 disminuyó a 10.2% el 2000, en los hombres hubo un leve retroceso de 7% en 1993 a 7.5% el 2000. Asimismo los años promedio de escolaridad oscila entre 5 a 6 años para ambos sexos, con predominio del sexo masculino, ello explica el predominio del nivel de educación primaria en la población aunque el mayor porcentaje es a expensas de estudios incompletos. Existe un mayor nivel educativo en el nivel urbano.

3.1.4 Perfil Social y Económico : Las actividades económicas de las poblaciones ribereñas están íntimamente relacionadas con el factor geográfico, donde se realizan actividades de subsistencia como pesca, caza, recolección y agricultura actividad predominante, por cuanto contribuye al grueso de las necesidades alimenticias y de los ingresos monetarios y que obedecen a dos periodos o estaciones en la región:

- Las agriculturas en las zonas inundables (várzeas)
- Agricultura en la restinga alta (zona no inundable)

3.1.5 Servicios básicos: En cuanto a la disponibilidad de servicios básicos el que ha experimentado una mejora en los últimos años es la disponibilidad de electricidad, donde casi el 80% de la población dispone de este servicio. La disponibilidad de agua dentro de la vivienda en la zona urbana ha disminuido comparado con el año 1996 de 65.5% a 49.0%, aparentemente ello ha sido suplido por la posibilidad de acceder a sistemas de abastecimiento comunitarios de la red pública o de sistemas de pozos. En la zona rural un gran porcentaje de la población no cuenta con sistemas de abastecimiento de agua segura, la principal fuente de abastecimiento de agua es el río.

El sistema de eliminación de excretas muestra también un retroceso, en el año 1996 usaban un río o acequia en promedio el 31.4% de la población, en el año 2000 aumenta a 36.6.

3.1.6 Pobreza. En la Región se han identificado 11 distritos de extrema pobreza uno de los cuales es el distrito de Pastaza, la población Regional en pobreza extrema asciende a

132,048 habitantes¹⁴.

3.1.7 Comunidades Indígenas: La elaboración de datos demográficos en torno a las comunidades nativas de la selva peruana se toma del análisis de los resultados del Censo 93 donde se estima una población indígena de 190,295 habitantes, distribuidas en 1,297 comunidades nativas que determina una concentración poblacional promedio de 143 personas por comunidad es decir un promedio de 30 familias por comunidad, ubicadas en 23 provincias y 78 distritos de 6 regiones político administrativos de la amazonía.

La economía de las comunidades nativas, se basa en la extracción de recursos naturales, agricultura, actividades pecuarias y artesanía. La intensidad y extensión con que se da una u otra actividad esta condicionada por los siguientes elementos: satisfacción de las necesidades familiares, períodos climáticos, oportunidad de mercado y/o exigencia del mercado, es una economía de subsistencia. El excedente es para el mercado, aunque la mayoría de las veces no se comercializa los excedentes si no que se usa el consumo familiar, La comercialización se da en condición extremadamente desventajosa, La forma de trabajo es básicamente familiar, siendo frecuentes las mingas. Cada vez es menor la incidencia del trabajo comunal. En muchos lugares va cobrando auge el trabajo asalariado.

Existen 477 comunidades nativas y numerosos grupos indígenas en los principales ríos. La población indígena censada (1993) en la región es aproximadamente de 58,652 habitantes que representa el 28.5% de la población indígena censada en la amazonía., La población indígena en Loreto representa el 8.53% del total de la población. La Provincia de Alto Amazonas tiene la más alta concentración y el más alto volumen de pobladores indígenas con 244 comunidades nativas que significa el 24.54% y una población de 27947 hab. Censo 1993)

3.2 Situación De Salud En La Región Loreto

Los problemas de salud de Loreto están relacionados con los estilos de vida de la población o de los riesgos inherentes a su geografía y clima, existe un factor transversal y fundamental “la pobreza”, fenómeno que se ha constituido en transgeneracional. A esto se agrega la inequidad en la asignación de recursos y la exclusión de esta población en las rutas del desarrollo social sostenible, todo ha generado exclusión sanitaria de poblaciones en razón a su etnia o de su lejanía a las zonas urbanas lo que les limita la oportunidad para acceder a servicios de salud de calidad y brindados con oportunidad.

La oferta de servicios y los recursos (establecimientos de salud, equipamiento, profesionales, insumos y materiales) se han concentrado predominantemente en zonas urbanas con mejores niveles socioeconómicos, en tanto, que hay lugares como las zonas rurales, donde los niveles de pobreza, son muy altos, y en donde no es accesible este tipo de recursos; observándose de esta manera, un doble panorama, por un lado la población pobre que tiene mayor riesgo de enfermar y morir y con poco acceso a servicios de salud, y por otro lado, la población no pobre con menor riesgo de

¹⁴ ASIS DISA Loreto 2004

morbimortalidad y mayor acceso a la atención de salud¹⁵ que tiene mejores niveles de acceso a servicios.

Administrativamente La Región de Salud Loreto se ha dividido en Redes, Microredes y Ejes de microrred para desconcentrar sus actividades. En la DIRESA existen 2 Redes: La Red Loreto y la Red Alto Amazonas: La Red Loreto tiene 10 micro-redes y Alto Amazonas 2 microrredes. La organización de las microrredes ha sido definida teniendo en cuenta la distribución político-geográfica de la Región. Alto Amazonas tiene 2 micro-redes una de ellas la Micro Red San Lorenzo (zona de intervención del proyecto)

Las debilidades a nivel Regional están relacionadas a nivel del apoyo operativo a los servicios de salud expresados en recursos, equipos y apoyo financiero. En este campo debe optimizarse y descentralizarse adecuadamente los recursos del Seguro Integral de Salud (SIS) así mismo rearmar y mejorar el tejido social a nivel Regional (comunal, Provincial y Distrital) para lo cual es necesario las acciones concertadas sobre la base de temas de interés común, acciones concretas, contar con financiamiento y finalmente mejorar la interrelación entre instituciones y comunidades.

IV. SITUACIÓN DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN

4.1. Información General del Ámbito:

Alto Amazonas esta conformado por 11 distritos con un estimado poblacional de 162,182 habitantes para el año 2005, de los cuales el 41.19% se concentra en el distrito de Yurimaguas, donde se localiza la capital de la provincia. Una característica demográfica importante lo constituye la gran ruralidad de sus distritos, cuyos índices en algunos distritos superan el 60%. El amplio escenario del área de frontera Perú - Ecuador, de la Región Loreto, alcanza a 62,900 km², en este territorio habitan 75,512 peruanos (la mayoría de ellos pertenecientes a etnias nativas), distribuidos en 6 distritos y 3 provincias. Los distritos Morona y Pastaza juntos tienen una población que según el INEI es de 20,164 habitantes, sin embargo según la población real determinada por el personal de salud esta sería de 22,962 habitantes, distribuidos en 30,325 Km², la densidad poblacional en la zona de influencia del proyecto es de 0.5 habitantes por km², lo cual demuestra una alta dispersión poblacional con grandes extensiones inhabitadas¹⁶

Cuadro No 1
POBLACIÓN SEGÚN DISTRITO AÑO 2,005 (INEI)

DISTRITO	POB.	EXTENSIÓN KM2	DENSIDAD POBL.
BARRANCA	12,511	4,140	3.05
CAHUAPANAS	9,733	3,249	2.99
PASTAZA	18,458	26,110	0.70
MANSERICHE	9,138	3,487	2.62
MORONA	1,706	4,215	0.40
TOTAL	51,546	41,201	1.25

Fuente : INEI (pob. real = 4,504 hab Fuente. Ministerio de Salud Loreto).

¹⁵ ASIS DISA Loreto 2004

¹⁶ Evaluación de actividades de salud, **anual 2005, microred** Alto marañon-San Lorenzo

Actualmente la Microred Alto Marañón - San Lorenzo (Es la zona de intervención central del proyecto), está ubicada en la provincia de Alto Amazonas, en la cuenca del río Marañón. Su ámbito comprende los distritos de Barranca, Cahuapanas, Manseriche, Morona y Pastaza con 51,546 habitantes (**Censo 2005 –INEI**) que representa el 33% de la población provincial. Si bien la Intervención del proyecto estará centrada en la Microred Alto Marañón, a partir del 2006 este ámbito se convertirá en la nueva provincia del DATEM del Marañón, en donde la ciudad de San Lorenzo será la capital de la nueva provincia. Su población está distribuida en 250 comunidades pequeñas de difícil accesibilidad y esta conformada por 07 grupos étnicos, constituye el grupo poblacional más importante, y población mestizo ribereña.

POBLACIÓN POR FAMILIA ETNOLINGÜÍSTICA

CUENCAS	FAMILIA ETNOLINGÜÍSTICA	PUEBLOS INDÍGENAS	POBLACION INDÍGENA.	POBLACION NO INDÍGENA	POBLACION TOTAL POR CUENCA
PASTAZA	CANDOA	ACHUAR	9,800	2924	12,724
	JIBARO	CANDOSHI			
	QUECHUA	QUECHUA			
MORONA	JIBARO	ACHUAR	6,780	2001	8,781
	CANDOA	WAMPIS			
		AWAJUN			
		SHAPRA			
TOTAL	03		16,580	4,925	21,505

FUENTE: UGEL San Lorenzo 2005

4.1.1 Geografía Y Clima: La Jurisdicción de la Microred corresponde a Selva Baja, a excepción de una porción del Distrito de Cahuapanas que corresponden a Ceja de Selva con tierras muy accidentadas, el clima es cálido, húmedo y lluvioso, básicamente tropical. La humedad promedio es generalmente alta con promedios anuales de 80 a 90 %, intensificándose más por las noches, las precipitaciones fluviales son abundantes en todo el año con mayor frecuencia en los meses de diciembre a mayo, la existencia de estos factores climáticos y geográficos ocultan una gran diversidad de ecotipos, tipos de suelos potencialidad de recursos y situaciones sociales.

4.1.2 Hidrografía: Conformada por el Río Marañón {que en la Provincia de Alto Amazonas tiene un curso de 200 Km. y un ancho variable entre 500 y 1000 metros} y sus tributarios en la margen izquierda que son :

- El Río Morona y sus afluentes Pushaga, Maruriaga, Sicuanga, Anazo, Situchi. La Quebrada Sasipahua.
- El Río Pastaza y sus afluentes Ungurahui, Chuinda, Chapuri, Manchari, Huituyacu, Huazaga, La Quebrada Ungumayo.

4.1.3 Áreas De Pobreza: en la Provincia de Alto Amazonas existen áreas de extrema pobreza que ocupan los primeros lugares a nivel nacional, tal como se indica a continuación:

- Distrito de Cahuapanas {2do. lugar}
- **Distrito de Morona {3er.lugar}**
- Distrito de Barranca.
- Distrito de Pastaza.

Los indicadores de calidad de vida son precarios, la situación de pobreza es generalizada, la dispersión y la limitada accesibilidad al mercado y a los servicios públicos como salud y educación hacen que las condiciones de vida sea muy difíciles, que se expresa en alta tasa de mortalidad infantil, alta prevalencia de desnutrición y presencia de enfermedades transmisibles en una incidencia creciente.

4.1.4 Fuentes de trabajo y productividad: La situación socioeconómica varía según el grupo poblacional, la población indígena pertenece a los sectores sociales D y E, de bajos recursos económicos y extrema pobreza. Las actividades económicas están íntimamente relacionadas con el factor geográfico-cultural y básicamente de subsistencia que resultan de la combinación de la pesca, la caza y la recolección, con la agricultura como actividad predominante, que contribuye al grueso de necesidades alimenticias y de los ingresos monetarios.

La crianza de ganado vacuno es una actividad que se está acrecentando cada vez más, dando lugar a una mejor fuente de ingreso. Los habitantes realizan también la crianza de aves de corral, cerdos, patos, búfalos y piscigranjas de autoabastecimiento en poca escala y con escasas posibilidades de comercializarlos a precios justos y en un mercado incipiente.

Las actividades extractivas de pesca y madera están circunscritas a zonas focalizadas, en ambas zona hay existencia de petróleo y gas sin embargo los beneficios económicos de la actividad petrolera no son revertidos en beneficio de la población de esta zona, lo cual ha generado una posición mayoritaria en contra de la explotación de hidrocarburos.

La población económica activa en la cuenca del Morona es de 24.34% y de 40.8% en la cuenca del Pastaza¹⁷

4.1.5 Nivel escolar: El índice de escolaridad es bajo, los niños en edad escolar matriculados en el nivel primario alcanza solo 35.2 %, el cual disminuye progresivamente conforme van avanzando de grado; comportamiento similar en el nivel secundario que solo alcanza el 40% de jóvenes en edad escolar matriculados.

El número de mujeres que logran terminar sus estudios secundarios es reducido la mujer desempeña un rol en las labores productivas de la familia. En el caso de las poblaciones indígenas, las mujeres son las que menos educación recibe por la concepción comunal machista en la que solo el hombre debe recibir educación.

Según el ultimo censo poblacional, el índice de analfabetismo en la zona es del 26.1%, siendo el sexo femenino un 28 % del total. Esto puede ser un factor limitante para realizar actividades preventivas.

En ambas cuencas existen 168 Instituciones educativas(inicial, primaria y

¹⁷ UGEL San Lorenzo 2005

secundaria)296 docentes y 7,622 alumnos, la cuenca del Pastaza tiene casi el doble de estos datos que la cuenca del Morona, en la provincia del Datem el nivel de matrícula de niños a educación Inicial es de 30%,44% para educación secundaria y 74% de los niños en edad escolar en primaria.

4.1.6 Tipo de vivienda: Las viviendas están construidas principalmente con materiales de la región como palma tejida (crisnejas) y pona, el número reducido de habitaciones con relación a las personas que habitan produce hacinamiento y por consiguiente ocasiona problemas de salud.

4.1.7 Servicios básicos: La población de la zona rural de los distritos de la zona de influencia no cuenta con suministro de agua potable, existen algunos poblados como Puerto Alegría y Puerto América que se abastecen de agua con una red extraída del subsuelo a través de algunos pozos artesanos. Este servicio es distribuido a la población por horas el resto de las comunidades se abastece del agua del río y de las quebradas que constituye un factor de riesgo para las enfermedades gastrointestinales y la desnutrición.

La gran mayoría de poblados no cuentan con el servicio de alcantarillado y desagüe por lo que los pobladores tienen que construir letrinas, donde la gran mayoría de los mismos no cuentan con las especificaciones técnicas mínimas y en el peor de los casos hacen sus necesidades fisiológicas en la tierra que colinda con sus viviendas.

Los desechos (basura) que se producen, se depositan en las zonas cercanas a las casas de los pobladores o lo arrojan al río.

4.1.8 Comunicación y vías de acceso: La principal vía de comunicación es la fluvial, los costos de transporte son elevados teniendo en cuenta el nivel de ingreso de la población usuaria, la vía aérea es restringida a la ciudad de Yurimaguas e Iquitos desde la localidad de San Lorenzo. La población se comunica a través de radiofonía, servicio existente en algunas comunidades lo cual permite que la comunicación sea casi efectiva entre las comunidades y los Puestos de Salud de la zona, quienes se informan de la situación de salud de sus pueblos. El bajo nivel adquisitivo de la población, el bajo nivel educativo, bagaje cultural de la población asociado a las condiciones ecológicas constituyen un complicado escenario para la prestación de servicios de salud de la Micro Red San Lorenzo.

4.2.-Situación De Salud De La Microred Alto Marañon:

Los indicadores de salud de los pueblos indígenas no muestran la real dimensión por las altas tasas de subregistro en la información, la ausencia de indicadores particularizados por pueblos, la falta de acceso geográfico y cultural hacen difícil la caracterización pero se pueden presentar algunos indicadores como:

- Tasa de natalidad en la zona del proyecto: es decir el cociente de nacimientos y la población total fue de 78 nacimientos por mil habitantes, mientras que en el nivel nacional la tasa de natalidad fue de 24.9 por mil habitantes.
- Tasa general de fecundidad, es decir el cociente de nacimientos y mil mujeres comprendidas entre los 15 y 49 años, fue de 316.5
- Tasa de mortalidad por hepatitis b fue de 3.5 por mil habitantes.
- Tasa de letalidad por hepatitis b fue de 128.2 por mil casos hvb (+).

- Tasa de aborto fue de 51.5 por mil gestantes.
- Tasa de Mortalidad General(81) 15.7 por 1000 habitantes
- Tasa de mortalidad Infantil (34)20.8 x 1000 nacidos vivos.
- Tasa de Mortalidad materna (5)25 x 100,000 NV

Cuadro N° 02

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD - DISTRITOS DE MORONA Y PASTAZA 2003.

NO	ENFERMEDAD	N* CASOS	INCIDENCIA X	N* CASOS	INCIDENCIA X
		MORONA	10000 MORONA	PASTAZA	10000 PASTAZA
1	Infecciones Respiratorias agudas	680	5.56	2060	11.25
2	Infecciones Intestinales	545	4.46	1217	6.64
3	Heridas	405	3.31	821	4.48
4	Causas externas, trauma, envenenamiento	339	2.77	474	2.59
5	Helminthiasis	299	2.44	2,038	11.13
6	Inf piel TCSC	279	2.28	517	2.82
7	Micosis	198	1.62	322	1.76
8	Enf sangre ,Órganos hematopoyeticos	189	1.54	953	5.20
9	Enf bucales	170	1.39	X	X
10	Trastornos del ojo y anexos			579	3.16
11	causas mal definidas	167	1.36	907	4.95

Fuente: Estadística De La DISA Loreto

El análisis de la morbilidad y mortalidad general no difiere a la de otros pueblos indígenas, el 81% de las consultas realizadas tienen como causa las mismas 10 patologías o grupos de patologías y en cuanto a mortalidad la presencia de cirrosis hepática hace la diferencia con los otros grupos étnicos.

Las primeras causas de Mortalidad están determinadas por : Bronconeumonía,, enfermedades por traumas y accidentes enfermedades infecciosa dentro de ellas la Hepatitis y tuberculosis.

La Microrred Alto marañón tiene una caracterización peculiar referente a la alta incidencia de enfermedades metaxénicas, cuya incidencia ha sido variable pero persistente en el tiempo, presentamos un análisis del perfil epidemiológico.

Cuadro No 3

PERFIL EPIDEMIOLOGICO – MICRO ALTO MARAÑÓN
ENFERMEADES DE NOTIFICACION INMEDIATA -2004

ENFERMEADES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2,005
M. FALCIPARUM	2072	624	441	1156	1919	1710	1796	455
TOSFERINA	22	25	1040	157	0	0	158	91
OFIDISMO	41	85	95	101	120	110	136	40
LEISHMANIASIS	16	99	137	135	172	181	112	2
HEPATITIS B	21	85	159	48	18	40	15	0
MUERTE MATERNA	0	0	0	5	3	3	6	0
BARTONELOSIS	0	0	0	3	40	2	6	1
VIH	5	1	0	3	1	0	1	0
DENGUE (caso probable)	1	0	1	0	0	1	1	0
TETANOS NEONATAL	1	0	1	0	0	1	1	0

4.2.1 Malaria.-¹⁸: La malaria ha representado para la región Loreto uno de los mas grandes problemas en salud pública durante la última década, a tal punto que durante el año 1997, se registraron 121,268 casos en el ámbito regional. Dentro de la provincia de Alto Amazonas la malaria mantiene un alto registro de casos desde el año 1991, especialmente a *P. falciparum*, en los distritos de Pastaza y Yurimaguas.

El comportamiento de la malaria es de tendencia creciente a partir de 1991 hasta el año 1997, luego disminuye en forma regular en el año 1998. En el año 1999 y 2000 se observa una disminución importante, en cambio la relación *p. falciparum* vs *p. vivax* tiende a invertirse en relación a años anteriores (siendo mayor para el último).

Cuadro No 4
CASOS REGISTRADOS DE MALARIA POR AÑO RED AITO MARAÑÓN.

AÑO	Nº Casos	casos <i>p. falciparum</i>	casos <i>p. vivax</i>
1998	6126	46.51 %	53.49 %
1999	2529	39.55 %	60.45 %
2000	3229	22.75 %	77.25 %
2001	9910	32.56 %	67.43 %
2002	15561	35.43 %	64.57 %
2003	16355	39.67 %	60.33 %
2004	16732	26.51 %	73.49 %
2005	17,217	31.00%	69.00%

Fuente: Programa Malaria Red Alto Amazonas

Es de esperarse que los índices parasitarios en cada uno de estos años sean altos pero desde el 2001 se observa un elevado incremento (306.9%), y en el año 2,002 el incremento es de un 63.68% a comparación del año anterior, en el año 2,003 un incremento de 81.32% y en el año 2,004 se notificaron el 99.55% de los casos reportados el año anterior. En lo que va de este año se han notificado 17,217 casos, con un incremento del 15.2% co relación al año anterior, en este mismo periodo.

Sin embargo si analizamos el incremento de casos de malaria del 2,000 al 2,004 estamos hablando de un incremento de 493.68% en estos últimos 05 años. En este III trimestre que va del año 2,005 se notificó el 31.00 % de casos de Plasmodium falciparum.

4.2.2 Hepatitis Viral¹⁹ : El distrito del Pastaza, poblado por la comunidad indígena Candoshi, se ha convertido en el área del país con mas alto riesgo para el contagio de Hepatitis B y Delta. En el año 1996 se realizó un primer estudio (Instituto Nacional de Salud – Asociación Interétnica de la Selva Peruana AIDSESP) en tres comunidades Candoshi del Pastaza donde se obtuvieron 103 muestras, cuyos resultados fueron: el 73.7% positivos con Anti-Hbc (Anticuerpos contra Hepatitis B), el 18.4% con Hbasg (anticuerpos que indican la condición de portador crónico) y el 5.8% con Anti Delta. En el año 2000 se tomaron 32 muestras en la misma zona, cuyos

¹⁸ Evaluación III trimestre de la oficina de epidemiología provincia de Alto Amazonas 2005

¹⁹ Plan de Intervención en la Zona Candoshi Shapra UNICEF 2003

resultados fueron: el 68.7% con Anti-Hbc, el 28% con Hbasg y 31.2% con Anti Delta.

Los diferentes estudios realizados muestran, en síntesis, una acelerada progresión de la enfermedad. En el año 1998 los casos probables se incrementaron en casi tres veces más con relación al periodo anterior y en 1999 en cinco veces más. El año 2000 se registraron 159 casos, y en el 2001 se notificaron 48 casos.

El brote epidémico de Hepatitis en el distrito de Pastaza esta afectando efectivamente a la étnia Candoshi (92% del total de casos) y en particular a la que vive en la zona del Rimachi de donde provienen el 70% del total de casos con una tasa de incidencia de 52.6 por mil habitantes. Hasta fines del pasado año se han registrado alrededor de 196 casos y 16 fallecidos. El 53 % de los casos han sido confirmados por laboratorio. Dicho de otra manera, del total de fallecidos en la zona, el 58% corresponde a casos de Hepatitis B y Delta. La epidemia se está extendiendo por las zonas circundantes, se han registrado casos en las comunidades Achuar del Huituyacu y del Alto Pastaza, Shapra del Morona y Quechua del Huasaga, los casos de Hepatitis continúan reportándose año tras año, y en lo que va del año 2005 cinco de los distritos de la Provincia han reportado casos, tal como se puede ver en el siguiente cuadro:

Cuadro 5
CASOS DE HEPATITIS B EN LA PROVINCIA DE ALTO AMAZONAS 1999-2005

DISTRITO	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005
YURIMAGUAS	3/2C	7/7C	14/10C/1F	7/4C/1F	16/04C	40/2C	7
BALSAPUERTO	2C	0	0	1/1C	2	0	3/2c
T.C.LOPEZ	0	4/1C	2C	1C	0	2/1C	0
LAGUNAS	1	0	5/3C	1	2	4	9
JEBEROS	0	0	0	0	0	1	0
SANTA CRUZ	0	0	0	0	0	1	0
PASTAZA	32/14C/2F	63/23C/1F	25/1C/2F	16/5C/1F	20/01F/06C	10/3C	1/1C
CAHUAPANAS	0	1	0	1	0	0	1
BARRANCA	0	4	4	1	6	0	1/1C
MANSERICHE	1	2/1C	4	3	5/01C	0	1
MORONA	2C	31	10/4C/1F	7/1C	10/06C	3/2C	2/2C
TOTAL	41/20C/2F	112/42C/1F	64/20C/4F	31/12C/2F	61/01f/17C	61/8C	24/2c

FUENTE: EPI-HAY

Así el año 2000 la Micro Red Marañon, realizó búsqueda activa de casos en la zona indígena Candoshi del Rimachi, el que reportó con el 96.35% del total de casos, de los que el 91.6% procedían del Distrito Pastaza. Por ello se viene ejecutando el Proyecto Integral para la Atención de la Emergencia por Hepatitis B en los Pueblos Candoshi y Shapra.

4.2.3 Ofidismo: en lo que va de los años 1997 al 2005 en la Provincia de Alto Amazonas han reportado 1,430 casos de Ofidismo, y en lo que va de Enero –Septiembre 2,005 se reportaron 154 casos y 01 defunción. ocasionado por la mordedura de las serpientes venenosas. Esto constituye un problema de salud en la provincia ya que se cuenta con una gran variedad de ecosistemas naturales que enfrenta día a día el poblador Alto amazonense.

Cuadro 6
CASOS DE OFIDISMO EN LA PROVINCIA DE ALTO AMAZONAS 1997-2005

DISTRITO	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005
YURIMAGUAS	22	52	31	42	52	38	26	21	24
BALSAPUERTO	3	8	7	13	18	24	25	25	16
T.C. LOPEZ	4	6	12	8	8	9	11	14	8/1f
LAGUNAS	9	7	14	15	16	19	25	22	11
JEBEROS	3	1	2	8	5	7	12	2	4
SANTA CRUZ	3	4	0	4	6	10	4	3	7
PASTAZA	9	25	29	21	28	27	28	40	28
CAHUAPANAS	3	10	26	26	24	30	31	29	6
BARRANCA	7	10	16	8	19	20	17	14	9
MANSERICHE	2	5	11	27	26	19	17	30	27
MORONA	0	2	6	11	6	15	13	19	14
TOTAL	65	130	154	183	208	218	209	197	154

FUENTE: EPI-HAY

4.2.4 Tos Ferina: En la provincia de Alto Amazonas en el año 2,005 se presentaron 440 casos de Tos ferina hasta la semana 39 con una tasa de incidencia de 271.30 x 100,000 hab. Comprometiendo 06 Distritos, como Yurimaguas, **Morona**, Manseriche, Barranca, **Pastaza**, Cahuapanas .la mayor cantidad de casos es entre 5 y 14 años lo cual se relaciona a porcentajes de inmunización inadecuados y fallas en la cadena de frío.

4.3 Características De La Oferta Sanitaria²⁰ La Microred Marañon San Lorenzo cuenta con 42 establecimientos para la atención de salud a la población, cuatro Centros de Salud, de los cuales solo 2 cuentan con la implementación adecuada y dos no han sido implementados. Seis son Puestos de Salud I y 32 son Puestos de Salud II a cargo de técnicos sanitarios. En los últimos años el número de establecimientos no se ha incrementado en relación al incremento de la población., en la zona de Intervención hay 3 CS, 5 Puestos de salud I y 13 Puestos de salud II

Cuadro 7
INFRAESTRUCTURA SANITARIA – AÑOS 1,996 – I TRIM. 2,005

ESTABLECIMIENTO	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	III T 2005
CENTROS DE SALUD	02	02	02	04	04	04	04	04	04	04
PUESTOS DE SALUD I	01	03	03	06	06	06	06	06	06	06
PUESTOS DE SALUD II	30	31	33	28	28	28	28	28	28	32
TOTAL	34	36	38	42						

²⁰ Evaluación de la oficina de Epidemiología micro red Alto Marañon - San Lorenzo

III trimestre 2,005

Cuadro 8

INFRAESTRUCTURA POR DISTRITOS, UBICACION Y DENS. POB.

DISTRITOS	ESTAB. SALUD	UBICACIÓN	POBL	DENS/POB.
BARRANCA	1 CS - 6 PS II	RURAL	12,511	3.05
CAHUAPANAS	1 PS I - 4 PS II	RURAL	9,733	2.99
PASTAZA	1 CS - 4 PS I - 8 PS II	RURAL	18,458	0.70
MANSERICHE	1 CS - 5 PS II	RURAL	9,138	2.62
MORONA	1 CS - 1PS I - 5 PS II	RURAL	1,706	0.40

Con relación a lo establecido por el MINSA hay un notable déficit en la disponibilidad de recursos humanos si analizamos la disponibilidad en cada distrito, en la zona de pastaza y Morona sola hay 03 médicos, 05 enfermeras 03 obstetras 04 técnicos (laboratoristas) y 32 Técnicos de enfermería la mayoría de ellos mestizos

La distribución de establecimientos de salud por distrito no está en relación a la Población existente, si no a la limitada disponibilidad del sector, como se puede observar el distrito de Pastaza que tiene mayor población y baja densidad poblacional que implica una mayor dispersión de la población requiere mayores recursos para ofertar servicios de salud a toda la población.

Cuadro 9

TASA DE DISPONIBILIDAD RECURSOS HUMANOS – III TRIM 2005

RR.HH.	Nº	TASA/10,000 HAB	RECOMENDADO
MEDICO	11	2.13	8 x 10,000 H.
ENFERMERA	11	2.13	2 x 10,000 H
OBSTETRA	07	1.35	4.5 x 10,000 H
BIÓLOGO	01	0	
MICROSCOPISTA	09	0	
TEC. ENF.	80	15.5	22 x 10,000 H

Con relación a lo establecido por el MINSA hay un notable déficit.

Cuadro 10

TASA DE DISPONIBILIDAD RECURSOS HUMANOS POR DISTRITOS – III TRIM. 2,005

DSITRITOS	MEDICOS		ENFERM.		OBSTETRA		MICROSP.		TEC.	
	Nº.	TASA	Nº.	TASA	Nº.	TASA	Nº.	TASA	Nº.	TASA
PASTAZA	3	1.62	4	1.62	2	1.08	4	1.62	20	10.8
MORONA	1	5.8	2	11.7	1	5.8	1	5.8	12	70.3

Las tasas x 10,000 hab.

La cantidad de medios y enfermeras es un tercio de la disponibilidad de recursos humanos en la MR Alto Marañón.

4.4 Análisis Cualitativo De La Red Alto Marañón²¹

El equipo técnico de la Micro Red San Lorenzo realizo un análisis FODA en la Microrred Alto Marañón que nos muestra el análisis cualitativo interno y externo. Identificaron:

²¹ Plan operativo 2005, Microred alto marañón.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Personal responsable capacitado de las áreas. • Presencia de ELITES para realizar actividades integrales en la Jurisdicción de los distritos Pastaza, Cahuapanas y Morona • Existencia de un Programa de Malaria con tratamiento gratuito. • Oferta de un paquete básico de servicios de salud en los servicios de salud. • Servicios de Salud en sus diferentes niveles de complejidad con recursos humanos. • Incremento de profesionales y técnicos en la jurisdicción para mejorar las coberturas en la Microred Marañon - San Lorenzo. • Mejoramiento de la cadena de frío e incremento de refrigeradoras operativas en la Microred. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente coordinación con los ejes y establecimiento de salud. • Deficiencia en medios de comunicación en algunos establecimientos de salud. • Deficiente análisis de información en indicadores trazadores. • Inadecuada actualización y sensibilización al personal en emergencias obstétricas. • Distribución poblacional asignada según INEI no acorde con la realidad local. • Personal no preparado para el mantenimiento de las cadenas de frío. • Inoportuno abastecimiento de algunos biológicos e insumos. • Carencia de una casa de espera para gestantes. • Deficiente sistema de referencia y contrarreferencia. • Limitado número de personal profesional y técnico de salud para el número de población que tenemos.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con algunos sectores como :Municipalidad, Educación, Micro región, autoridades locales, grupos organizados, misiones religiosas, ONG, otros, las cuales facilitaron el cumplimiento de las actividades programadas. • Aprovechamiento de los medios de comunicación masiva particular, para la difusión de las actividades de salud. <p>Participación por parte del personal de salud en las actividades que organizan otras instituciones para difundir los programas y objetivos del sector</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extrema pobreza. • Población dispersa. • Falta de medios de comunicación y transporte. • Bajo nivel educativo. • Deficiente saneamiento básico. “Mitosis y costumbres”. • Geografía extensa y de difícil acceso. • Factores ambientales (vacante, lluvias). • Rechazo de algunas actividades de salud por influencia de algunas creencias religiosas.

A partir de este análisis se han identificado una serie de problemas de los cuales que priorizados son los siguientes:

1. Limitadas Coberturas de inmunización en comunidades de difícil acceso geográfico, cultural.
2. Déficit de Personal Profesional: Enfermeras y Odontólogos.
3. Falta de equipamiento médico a nivel hospitalario.
4. Falta de equipamiento para el área administrativa {automatización de los sistemas de información: Estadística, Logística, etc.}.
5. Falta de equipos de radiofonía.
6. Limitado control de la malaria y otras enfermedades transmisibles.

El Equipo Técnico de la MR Plantea el abordaje de estos problemas mediante las siguientes estrategias principales:

1. Mejorar la calidad de atención de los servicios de salud,
2. Campañas integrales de atención en las comunidades prioridades de mayor

- riesgo.
3. Reposición de los stocks de los botiquines comunales y de los establecimientos de primer nivel con productos genéricos.
 4. Capacitar en procedimientos modernos de gestión al personal en los diferentes niveles.
 5. Manejo de la tecnología apropiada para el procesamiento de la información.
 6. Formulación de proyectos y búsqueda de financiamiento para atenciones integrales de los problemas de salud, Partiendo de la estratificación por niveles de pobreza y aplicando el enfoque de riesgo.
 7. Establecer áreas de intervención inmediata y reforzar la concepción de atención integral a todo el personal de salud.

V. IMPLEMENTACION DEL PROYECTO

5.1.-Marco Conceptual

El Proyecto “Manejo de los Recursos Naturales en las Cuencas de los ríos Pastaza y Morona” está enmarcado en el Convenio Intergubernamental Peruano-Alemán de reestructuración de la deuda entre ambos países, de fecha 4 de enero de 1994 (PERÚ V). Los objetivos del Proyecto son:

- Conservar la biodiversidad y mantener los procesos ecológicos esenciales (sostenibilidad).
- Desarrollar y diversificar la base productiva, dentro del concepto de un manejo integral.
- Fortalecer las capacidades de los actores regionales y locales para garantizar la sostenibilidad del Proyecto.
- Mejorar las condiciones sociales de la población articuladas al manejo adecuado de los recursos naturales.

El ámbito de intervención del Proyecto está constituido por la cuenca del río Pastaza, en su totalidad, y la margen oriental de la cuenca del río Morona, desde la frontera con el Ecuador hasta la desembocadura en el río Marañón, incluyendo la margen izquierda del río Marañón entre ambas cuencas. Para ejecutar sus acciones de intervención, el Proyecto define los siguientes componentes:

- Manejo Sostenible de los Recursos Naturales (RR NN)
- Apoyo a la Intervención sobre los RR.NN.
- Fortalecimiento de Actores Clave y,
- Soporte Social (Salud, Educación, Comunicaciones).

Los componentes están estrechamente orientados a generar una base social, institucional y política sólida para impulsar las propuestas de manejo del territorio y el uso planificado de los recursos naturales. El componente de soporte social busca encontrar sinergias en educación y salud para la cual el Proyecto incentivará la coincidencia de propuestas sectoriales en un solo planteo estratégico de utilización del espacio, se situará en una perspectiva de largo plazo aunque su actuación sea de mediano plazo.

Es necesario asumir que la situación social del área esta marcada por intereses divergentes, y se observan que existen grandes expectativas acumuladas en la población, por lo que la concertación y el consenso son elementos fundamentales.

El proyecto debe contribuir a propiciar una presencia más significativa del Estado en la zona, el Proyecto no sustituye al Estado Peruano en el ámbito en el que actúa por lo tanto los recursos del Proyecto no pueden ser derivados para cubrir los presupuestos de las entidades estatales peruanas., sin embargo todas las actividades del Proyecto deberán ser coordinadas con los sectores estatales pertinentes.

El Proyecto procurará “atraer” al área a los diferentes sectores del Estado del nivel

Central y Regional igualmente el Proyecto promoverá la concurrencia de diversas instancias privadas, el Proyecto no debe aportar desde afuera un recetario de soluciones por lo cual la aplicación se basará en un proceso de investigación aplicada cuyos resultados deben permitir un desarrollo sustentable y dar respuesta coherentes a las necesidades de la zona teniendo en cuenta su especificidad cultural e interés general.

5.2.- Beneficiarios Y Población Meta Del Proyecto.

5.2.1 Beneficiarios directos: Se consideran como beneficiarios directos del proyecto aquellos grupos de personas que recibirán directamente beneficios del proyecto. Están considerados como beneficiarios Directos:

- ➔ Personal profesional y técnico de 28 establecimientos de salud ,15 del Pastaza,09 del Morona y 04 de la margen izquierda del marañón.
- ➔ 10 miembros del Equipo Técnico de la DIRESA Loreto
- ➔ 03 equipos técnicos de 01 Red y 03 microredes.
- ➔ 04 equipos técnicos de los Gobiernos Locales en el campo social y salud
- ➔ 45 profesores,
- ➔ 100 promotores de salud.
- ➔ 20 Organizaciones de Mujeres.
- ➔ 50 Otros agentes comunales(incluido parteras)

Cuadro 11
BENEFICIARIOS EN LA ZONA DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO

DISTRITOS	REDES	MICRO REDES	HOSP.	C.S.	P.S.	TOTAL EE.SS.	POBLACION 2005
MORONA		02		01	06	07	4,504
PASTAZA		02		01	12	13	11,728
SAN LORENZO	1	01	0	01		01	8,987
TOTAL	1	05	0	03	18	21	25,219

Fuente: Equipo Técnico Red Datem

5.2.2 Beneficiarios indirectos: Como beneficiarios indirectos del proyecto son 25,219 habitantes es decir 4,203 familias en condiciones de pobreza y 192 comunidades, 58 comunidades en Morona y 111 comunidades en el pastaza y 23 comunidades de la margen izquierda del río marañón.

5.3 Duración Y Recursos Financieros A Disposición

El Proyecto tendrá una duración de 07 años a partir del año 2005 y contará con los siguientes recursos financieros para todos sus componentes (en Euros): Monto: DM 14 775 196. (EUROS 7 554 437.76) que serán ejecutados a través del PROFONANPE en base a un plan anual de operaciones (POA)

VI. INTERVENCION

6.1. PROCESO DE PLANIFICACIÓN

El Plan Operativo de Fase (2006-2012) que se presenta, es el producto de un proceso de planificación que se ha venido realizando entre los meses de Mayo a Diciembre del 2005, por la Unidad de Gestión del Proyecto, en coordinación con las contrapartes involucradas como Gerencia de Desarrollo Social, la Dirección Regional de Salud, organizaciones representativas de las poblaciones, otros organismos financiadores del sector, gobiernos locales, promotores de salud, ONGs, otros. Las etapas de este proceso comprenden lo siguiente:

- Fase de estudio de la situación actual del territorio y recopilación de los informes sectoriales provisionales de diagnóstico.
- Entrevistas con los Sectores, la sociedad civil, instituciones gubernamentales, ONGs, otros proyectos y personas con experiencia en los tema de salud en la zona de intervención.
- Recopilación de información secundaria para complementar el estudio de situación.
- Consultas con otros proyectos u intervenciones previstos para la zona, como UNICEF, fondo Global, PIS.
- Elaboración de propuestas de acción por el Consultor en coordinación con el equipo de gestión del proyecto
- Taller de validación de las propuestas de acción del proyecto y elaboración del marco lógico global con los Organismos oficiales, la sociedad civil, instituciones gubernamentales, ONGs, otros proyectos.
- Redacción final del Plan Operativo de Fase.

El Plan de fase contiene propuestas que han surgido, por una parte, de un proceso ampliamente participativo de la población beneficiaria y sus organizaciones y por otro del aporte técnico de las misiones de identificación y de la consultoría ad hoc de reconocimiento de la zona de intervención y del personal técnico de la Unidad de Gestión.

El producto final resulta de un trabajo ampliamente participativo, que involucra a los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y representantes de la sociedad civil, lo cual se considera indispensable para la puesta en marcha de las acciones del proyecto, así como de la sostenibilidad de las iniciativas impulsadas.

Como marco de la propuesta de intervención tiene como marco la política de salud nacional expresados en los lineamientos de política 2002-2006. Los Planes operativos de la gerencia de Desarrollo Social de Loreto del 2005 se planteo los objetivos siguientes²²:

- ➔ *Contribuir al mejoramiento del nivel de vida de la población mediante la implementación de programas, proyectos de infraestructura económica, social,*

²² Gerencia de Desarrollo Social, Plan Operativo 2005

educativa-cultural, que apoyen al desarrollo de cadenas productivas en las áreas urbano marginal, rural y líneas fronterizas.

- ➔ *Contribuir que las comunidades transiten de una economía de subsistencia a una economía de mercado, permitiendo ampliar sus oportunidades de empleo y de ingresos y, en general mejorar el nivel de vida y hacer que las comunidades se constituyan en elemento básico del desarrollo regional.*
- ➔ *Propiciar la afirmación de identidad cultural en la amazonía, fortaleciendo, protegiendo y desarrollando los valores tradicionales de la misma, incentivando la participación pluricultural y género, de manera que facilite la participación e incentive la creación de los actores de la actividad cultural y finalmente.*
- ➔ *Impulsar su autonomía y mejorar la calidad de vida de los pueblos del ámbito de la Región Loreto, para lograr el desarrollo socio económico y cultural que los concierne, como poblaciones oriundas y depositarias de un legado ancestral.*

A nivel del sector salud han identificado que una Región tan extensa requiere de un trabajo constante e integral de las autoridades de salud y que los problemas de salud prioritariamente infecciosos se tornan complejos por la alta dispersión de la población, las dificultades de acceso a las comunidades y el alto costo de la movilización de recursos; a lo que se suma un trabajo errático sin objetivos claros y sin resultados. La base del trabajo de la DISA ha sido la respuesta a situaciones de emergencia o brotes pero se hace necesario centrar las acciones en el usuario y articular los objetivos a la política nacional y regional²³. El equipo técnico de la DISA ha planteado los siguientes lineamientos de Gestión²⁴

- ➔ *Garantizar el acceso universal a los servicios de Salud Pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables.*
- ➔ *Modernizar el Sector Salud: Incorporar el sector a la revolución Científico - Tecnológico y renovar los enfoques de salud.*
- ➔ *Prevenir y controlar los problemas prioritarios de Salud.*
- ➔ *Promover condiciones y estilos de vida saludable.*
- ➔ *Atención Integral de Salud y de calidad en los servicios*

6.2. MISION DE IDENTIFICACION DE LA PROBLEMÁTICA LOCAL EN EL CAMPO SOCIAL-SALUD

6.2.1. Con relación a la situación institucional del MINSA en la zona de Intervención:

El Nivel de Rectoría en salud en el campo técnico esta representado por el MINSA y el nivel administrativo por el Gobierno Regional a través de la Gerencia de Desarrollo Social que tiene bajo su responsabilidad técnica y administrativa a la Dirección Regional de Salud. El funcionamiento de esta DIRESA se hace en el marco de los lineamientos de política de Salud Nacional 2002-2012 y de los lineamientos de políticas sociales del Gobierno regional; la DIRESA Loreto opera administrativamente a través de las redes de Salud en la zona de intervención del proyecto. La Instancia de Gobierno es la red Alto Amazonas con sede en la ciudad de Yurimaguas, que es la unidad técnico administrativa responsable de dar la orientación

²³ Proyecto de Cambio de la DISA Loreto, Carey Ángeles Cristian y colaboradores, progresa 2005

²⁴ Lineamiento de política regional /sub regional

estratégica en el campo técnico y el soporte administrativo a los diferentes Establecimientos de salud los cuales están organizados en microrredes y ejes. microrredes.

En el ámbito del proyecto existe el Hospital Santa Gema de Yurimaguas que es la entidad responsable del direccionamiento técnico y la administración de los establecimientos de salud de las microrredes; la sede de la Microrred Alto Marañón es el Centro de Salud de San Lorenzo, a este nivel se desarrollan los procesos de planificación los cuales son consolidados a nivel de red, son responsables técnico administrativas de los ejes de red y sus respectivos establecimientos de salud, la evaluación se hace en forma trimestral a cargo del equipo técnico de la microrred, es importante señalar que no hay separación de funciones administrativas de las asistenciales, es decir el personal del Centro de Salud realiza ambas tareas lo que sobrecarga sus acciones en detrimento de las acciones prestacionales .

La supervisión de los ejes, establecimientos y comunidades se ve limitada por la carga de trabajo de personal, la falta de recursos económicos asignados para estas tareas, en el presente año solo se han realizado acciones de supervisión con apoyo de fondos de proyectos como el de UNICEF, no existe un plan presupuestado para las acciones de evaluación y supervisión de manera integral. La presencia de brotes o epidemias han determinado que la acción integral se debilite por lo que el accionar principal de los establecimientos esta centrado en la atención a los daños como malaria, Hepatitis que son prevalentes en la zona.

La distribución de medicamentos esta centralizado en el Hospital Santa Gemma de Yurimaguas lo que hace difícil el proveer con oportunidad de medicamentos a los establecimientos, el aprovisionamiento puede demorar hasta tres meses pues en el momento de la evaluación la mayoría de establecimientos no contaban con los medicamentos trazadores básicos. San Lorenzo no esta autorizado a comprar medicamentos y es necesaria la búsqueda de una urgente solución.

El Centro de Salud de San Lorenzo esta bajo el régimen de administración compartida Tipo CLAS, su consejo directivo fue renovado hace menos de dos meses sin embargo el nivel de participación social es muy limitado, circunscrito al cumplimiento de las obligaciones administrativas, sin fortalecimiento de la participación social como manda la ley, su responsabilidad técnica y administrativa esta acotada solo al ámbito de influencia del Centro de Salud y no tiene injerencia en los ejes de microrred y establecimientos de salud fuera de San Lorenzo.

La organización de la microrred se hace replicando el modelo organizacional de la Red Alto Amazonas y de la DIRESA, por lo que la organización no responde a la integralidad que pretende implementar el modelo y resolver eficazmente los problemas de la población.

La coordinación entre Microrred y Ejes de Microrred no esta definida, por ejemplo en el caso del SIS la información va directamente a la red, la decisión administrativa (Selección, contrato, pago) sobre las ELITES esta en la red de Yurimaguas. Se observa una mejor cohesión entre la Microrred y Ejes de Microrred, que no es la misma entre los establecimientos y su Eje de Microrred, será necesario en este campo

rediseñar la articulación entre servicios de salud.

Por otro lado la perspectiva de género y manejo del medio ambiente son inexistentes en los planes operativos de las microrredes. Los Puestos de salud no elaboran planes solo tienen programaciones en base a los programas

La visita de campo durante 20 días en los Ríos Morona y Pastaza más sus quebradas, ha permitido observar 15 establecimientos de Salud, la mayoría de ellos Puestos de Salud II, funcionan en establecimientos construidos con material de la zona de manera rústica, sin contar con los servicios básicos de agua ni luz, los Establecimientos que son de material noble presentan deterioro y falta de mantenimiento, ninguno de ellos cuenta con agua potable durante las 24 horas ni servicios higiénicos operativos, el equipamiento es en general deficiente en cantidad y no se siguen procesos para esterilizar los equipos, la humedad y el clima han deteriorado rápidamente la mayoría del mobiliario de fierro.

6.2.2. Con relación a la Atención de Salud:

La atención de salud se brinda a través de los establecimientos de salud, existen en la zona 03, 5 puestos de salud I y 13 puestos de salud II, solo existen profesionales de la salud en los ejes de microrred, Puerto América, Ullpayacu, Loboyacu que cuentan con médicos y en Musha Karusha personal de enfermería y obstetricia contratado por el proyecto de UNICEF para el control de la hepatitis, la atención por profesionales de odontología solo se oferta por la brigada y se limita a realizar extracciones dentales.

Los Puestos tipo II están en su mayoría a cargo de técnicos de enfermería Mestizos, provenientes de Yurimaguas, solo una minoría de estos puestos son atendidos por personal técnico nativo, los cuales se iniciaron como promotores de salud obteniendo posteriormente reconocimiento como técnico sanitario. Las costumbres y creencia de la población es una limitante importante para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud; sin embargo no se han concretizado estrategias de reorientación de los servicios con enfoque intercultural por falta de propuestas consistentes y de carácter operativo, por lo que abordaje intercultural se limita al trabajo con promotores de salud con información en base a rotafolios y afiches en legua nativa.

Las consultas son gratuitas y en promedio se realizan 10 por día; en establecimientos atendidos por nativos hay dificultad para el manejo de información y registro, se hace notorio en el llenado de las fichas del SIS pues la cantidad de fondos reembolsables es mínima. Se observa mayor acogida del personal femenino por las comunidades especialmente por las mujeres y las autoridades comunales y población en general expresaron su rechazo a los métodos de planificación familiar por que atenta a la extinción de su nacionalidad.

El personal de salud manifiesta su necesidad de capacitación periódica, especialmente en la atención integral: La falta de equipamiento con medios de transporte y la falta de un fondo para combustible y el paralelismo de la oferta de servicios bajo la modalidad de ELITES son factores que dificultan la visita a comunidades bajo su responsabilidad.

Las expectativas de la población en relación a los servicios de salud están orientadas a incremento de más recursos humanos especialmente profesionales, mejora el equipamiento para el diagnóstico como microscopios, equipo de transporte, medicamentos y que la atención para mujeres sea realizada por personal de salud mujer.

El sistema de registro es múltiple, fragmentado por programas que no permite hacer un seguimiento individual y por comunidad, el sistema tiene como objetivo principal el envío de la información al eje de microredes o a la microrred. Ningún establecimiento cuenta con sala de situación o análisis actualizados de datos, los sistemas de registro son precarios, cada quien con formato diferente, la historia clínica es individual y escrita a mano, se almacena sin ordenamiento y no permite el seguimiento ni facilita las citas posteriores de los pacientes.

Si bien los consultorios de los establecimientos están señalizados por etapas de vida, en la práctica sigue vigente la atención por los antiguos programas.

En cuanto a la calidad de atención, la prestación de la atención por los técnicos mestizos es más adecuada que los técnicos nativos esto se refleja en la relación coherente entre diagnóstico y tratamiento, la conducta de seguimiento y la referencia de los casos está más interiorizada en los técnicos mestizos que en los nativos. En cuanto a calidad no hay monitoreo de la satisfacción de usuarios bajo ningún mecanismo, en ningún establecimiento de salud tampoco se ha encontrado iniciativas para la mejora de la calidad de servicios, los programas de adecuación intercultural están aún en discurso., salvo en la zona de acción del Proyecto de UNICEF.

Otro Proyecto en la zona es el EHAS con financiamiento español busca comprobar si las comunicaciones pueden ayudar a mejorar el sistema público de asistencia de salud en las zonas rurales de los países de América Latina, los objetivos del proyecto están relacionados a: Capacitación a distancia, Apoyo a la vigilancia epidemiológica, apoyar la referencia – contrarreferencia de pacientes, hacer teleconsultas, acceso remoto a información en salud y apoyo a la distribución de medicamentos. Los objetivos del proyecto son adecuados sin embargo el sistema no está funcionando por falta de asistencia técnica para la implementación y el mantenimiento oportuno y accesible.

El parto institucional es muy bajo, no es posible cuantificar la cobertura pues trabajan en base a programación, la mayoría de partos institucionales pertenecen al CS de San Lorenzo no se han implementado aun estrategias para la adecuación cultural, hay algunas casas de espera pero desvinculadas del proceso.

6.2.3 Con relación a la situación de la salud pública

La situación de salud en las comunidades es caracterizada por la atención en comunidades excluidas, la dificultad en el acceso por razones geográficas y culturales limita el acceso de gran porcentaje de la población a servicios de salud y educación, si bien con el SIS se ha disminuido la barrera económica, este sistema de subsidio no cubre la atención de enfermedades transmisibles. Las distancias, el alto costo del

traslado y la baja capacidad resolutive de los servicios limitan que haya una atención cuando menos con oportunidad.

Es relevante el problema de salud del pueblo Candoshi ha sido afectado por una epidemia de hepatitis B y Delta sin precedentes en el Perú. que registraron las tasas de prevalencia más elevadas en América del Sur. Muchas de las consecuencias dramáticas de esta epidemia es que se ha constituido la primera causa de muerte en el distrito del Pastaza. En los últimos dos años, se siguen registrando nuevos casos, especialmente en población infantil y adolescente, comprometiendo seriamente la existencia de este pueblo indígena .

La capacitación por parte del MINSA se han limitado a apoyo con fondos de la OGE para control de malaria y hepatitis, no hay una propuesta o plan de capacitación en la microrred ni se cuenta con los recursos financieros programados para esta área.

Las evaluaciones por falta de recursos no son participativas y solo quedan a cargo de los responsables del programa o del área, solo se evalúan los programas, no se toma en cuenta el plan operativo para la evaluación.

La oficina de epidemiología tiene un control adecuado del sistema de vigilancia epidemiológica y consolidación de los casos de los principales daños, tiene datos, mapas e información actualizada pero no difundida a los centros de notificación, no hay boletines ni información de retroalimentación periódica del sistema.

Las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud (MINSA) son parciales y recientes (vacunación a menores de un año desde 1997) para resolver esta grave situación²⁵. En la zona la experiencia mas relevante es la del proyecto de UNICEF para el control de la hepatitis B, que ha aportado con la contratación de personal profesional uno de ellos nativo kandoshi, en donde se ha evidenciado mejora de la relación entre la comunidad y el servicio de salud. Se iniciará el proyecto del fondo global para el control de malaria que esta en fase de planificación y que trabajara en propuestas de control desde la comunidad con apoyo de UNICEF.

La población beneficiaria son de un total de 5,700 personas de las cuencas de los ríos Pastaza, Rimachi, Situche, Sicuanga y Morona, de los cuales 200 son niños menores de 1 año, 998 menores de cinco años y 1,400 mujeres en edad fértil. El proyecto ha tenido una duración de 2 años, será ejecutado en dos fases: la primera fase relacionada a un **Diagnóstico Situacional de Salud**, tanto en sus componentes epidemiológico y socio cultural, la segunda fase ha sido de **Intervención**: que comprende los siguientes componentes:

- Inmunizaciones (vacunación a recién nacidos, vacunación masiva en el pueblo Shapra, vacunación a la población menor de 5 años).
- Componente de atención a población enferma por secuelas de Hepatitis B.
- Componente de información, educación y comunicación.
- Componente de fortalecimiento institucional (infraestructura, equipamiento,

²⁵ Proyecto de “Atención integral ante la emergencia por hepatitis b en los pueblos Candoshi Shapra de la provincia de Alto Amazonas - Perú” UNICEF-DISA Loreto

capacitación de personal y coordinación inter-institucional)

6.2.4 Con relación al contexto social y cultural:

La atención médica está basada en la concepción occidental, si bien se enuncia la importancia del enfoque intercultural en la práctica se aplica un modelo de atención basada en conceptos curativos occidentales en la cual el enfoque médico hospitalario es hegemónico sin tomar en cuenta las características culturales de la población.

Es necesario reconocer el interés de organizaciones como AIDSESP que a través de su Programa Indígena de Salud (PIS) ha dado pasos para desarrollar una propuesta integral que recoja la cosmovisión indígena en un intercambio creativo con los conocimientos occidentales, estas organizaciones han elaborado propuestas concretas como el documento: *Para Mejorar Localidad De Los Servicios De Salud De Los Pueblos Indígenas De La Amazonía.*²⁶ y que han recibido aval de organismos internacionales como la OPS. Estas propuestas invocan la necesidad de formular una nueva visión de la salud indígena, un nuevo paradigma de la salud intercultural y una nueva política de salud intercultural.

La recuperación del sistema de salud indígena bajo estas condiciones presupone como se señala a lo largo de este documento, el acceso no sólo a recursos y especialistas médicos apropiados a su problemática de salud, sino la recuperación de relaciones hombre-tierra y hombre-hombre, fuertemente dañadas.

Entender estas variables fue una condición básica para poder proceder con el trabajo en el campo de la salud. Será necesario recomponer el tejido de una relación e interacción humana, con el mundo exterior y el propio, sin entrar jamás en una relación directa de confrontación con ninguna de las dos fuentes 'fantasmagóricas', *se tornó para el PSI en una condición de trabajo, tan o más importante que las primeras tres variables mencionadas, de acercamiento físico a las comunidades, valoración del personal propio de salud indígena e incorporación de recursos y plantas tradicionales.*

En síntesis, el PIS propone que la valoración, consolidación y conservación del territorio indígena es tan o más importante que la propia medicina para la valoración, fortalecimiento y conservación de la salud en un pueblo indígena, en la medida en que lo primero es condición necesaria para un funcionamiento efectivo de lo segundo.

Luego de nuestra experiencia de “salud indígena” en el marco del PSI,...llegamos a la conclusión que nuestra identidad estaba orientada a una visión INTERCULTURAL de la salud, *que no estábamos excluyendo sino incluyendo las concepciones de salud y los paradigmas tecnológicos occidentales; que nos proponemos revalorizar y empoderar a las tecnologías indígenas para desarrollar un diálogo fructífero con las tecnologías occidentales y no para desecharlas. Nuestra posición no puede ser una respuesta de*

²⁶ Juan Reategui Silva, director de PSI/AIDSESP-Publicaciones AIDSESP

*negación de la cultura occidental sino de diálogo*²⁷.

El PSI ha implementado una red de establecimientos de salud, que cuentan con la atención de salud por técnicos que no necesariamente son nativo, pero son remunerados con aportes de organizaciones nativas, una de ellas es el Puesto de salud Brasilia, que cuenta con medicamentos suficientes y con dotación oportuna, personal técnico motivado y capacitado; sin embargo no hay relación sostenida con el sistema oficial de salud. Es notoria la desconfianza, el vínculo es solo a través de la ELITE, será necesario incorporar estos servicios Comunales del PSI como parte de la red sanitaria con todos sus beneficios y obligaciones

6.2.5 Con relación a la participación de la población

El modelo de atención ha subestimado la participación de la población en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud a lo que se añade el rol pasivo receptor de la población. La presencia de la comunidad se ve representado por los promotores de salud que de alguna manera mantiene el vínculo comunidad servicio de salud.

Esta dinámica se mantiene en la ejecución de los proyectos y acciones masivas de control de enfermedades, y de las ELITES. En el caso del proyecto con UNICEF si bien el diseño han participado organizaciones de base su participación es limitada en la ejecución y evaluación del mismo. El Centro Salud San Lorenzo es un CLAS, a pesar de ello la participación de las organizaciones nativas en la gestión es inexistente.

Podría concluirse que las principales lecciones del PSI, se construyeron en base a tres ejercicios básicos: **(1)** el acercamiento directo de los especialistas en salud occidental a las comunidades indígenas propiamente; **(2)** la revaloración del personal médico indígena local pre-existente; y **(3)** la articulación de plantas medicinales y prácticas médicas indígenas con diversas opciones provenientes de la medicina occidental, bajo supervisión del PSI. Estos tres puntos, sin embargo, constituyen la 'sintomatología' externa de un proceso latente, mucho más profundo, en base a la cual el PSI debió erigir su labor.

En las reuniones que se ha tenido con CORPI, OSHAM²⁸, las organizaciones han mostrado su interés en la propuesta en todo el proceso pero con mayor decisión en las acciones y que se tome en cuenta a las organizaciones en el diseño de un nuevo modelo de atención, pertinente a las características propias de la zona.

Es base a la información secundaria recopilada, las reuniones con autoridades sanitarias, organizaciones indígenas y en las reuniones comunales e hemos elaborado un marco lógico como una propuesta de intervención la cual tendrá un proceso participativo de validación de la misma y que debe analizarse con periodicidad en relación a la interacción con el contexto y el entorno socio político del estado y los actores locales.

²⁷ Juan Reategui Silva, director de PSI/AIDSESEP-Publicaciones AIDSESEP

²⁸

6.3.- Marco Lógico

OBJETIVOS	INDIC. OBJETIVAMENTE VERIFICABLES EN EL POG 2006- 2012	SUPUESTOS	SUPUESTOS
<p>FINALIDAD Contribuir con el Estado Peruano a mejorar el estado de salud de la población beneficiaria en el ámbito de intervención del proyecto mediante implementación progresiva de un Modelo de Atención en Salud.</p>			
<p>PROPÓSITO</p>			
<p>Fortalecer al Gobierno Regional en Salud, las instituciones, organizaciones y comunidades involucradas en la atención de salud en los ámbitos de intervención del proyecto, para mejorar e implementar un sistema de salud que responda a las necesidades reales de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 DIRESA (Loreto) formula e implementa políticas para responder a a las necesidades de la población considerando los lineamientos regionales y Nacionales. ▪ 01 Red de salud lidera una propuesta participativa para implementar un modelo de atención local. ▪ Se incrementa en 30% de población de las comunidades nativas (niños de 0 a 4 y de 5 a 17 años y Mujeres gestantes) con atención por el SIS. ▪ 03 municipios, 30 comunidades acreditados como saludables y 200 familias en proceso de familias saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos de políticas de salud regional formuladas y publicadas. PE y POA de la DIRESA Loreto ▪ PE de la Red del DATEM ▪ Sistema información MINSA. Reporte del sistema de información de las DISAS Informes técnicos del proyecto ▪ Sistema información MINSA. ▪ Información del SIS Reporte del sistema de información de las DISAS ▪ Reporte del sistema de información de las DISAS . ▪ Informes técnicos de las unidades de promoción de salud de la Red DATEM 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se mantiene como prioridad en el Estado Peruano y en el Gobierno Regional de Loreto la atención a las poblaciones pobres y vulnerables de la Selva ➤ El proceso de descentralización se efectiviza, clarificándose los roles de los sectores comprometidos. ➤ Se mantiene la decisión política de implementar un modelo de atención adecuado culturalmente en la Provincia del DATEM. ➤ Se mantiene y/o mejora el Seguro Integral de Salud (SIS). ➤ Se mantiene y/o mejora la propuesta de promoción de salud en el MINSA y en la DIRESA Loreto. ➤ Se mantiene el apoyo y soporte técnico de la DIRESA a la Red del DATEM.

COMPONENTE 1 : SE HA IMPLEMENTADO DE NUEVO MODELO DE ATENCION EN SALUD QUE RESPONDE A LAS NECESIDADES Y CULTURA DE LA POBLACIÓN			
ACCIONES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES EN EL POG 2006 - 2012	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>1.-Diseño y desarrollo de un Modelo de Atención con enfoque de integralidad y calidad en la Red y microredes del ámbito del proyecto.</p> <p>2.- Organización de la Red y servicios de acuerdo al Modelo de Atención</p> <p>3. Implementación de un sistema de información integral útil para la toma de decisiones.</p> <p>4.-Implementación de unidades de inteligencia sanitaria en la Red y microredes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Red (San Lorenzo) ha implementado Un Modelo de Atención de acuerdo a sus necesidades de salud y a las características culturales de la población. • 01 Red y 03 Microredes(Puerto América,Ullpayacu y Loboyacu) se organizan estructural y funcionalmente en base al modelo de atención definido. • 01 Red, 03 Microredes, 04 CS y 20 PS implementan un sistema de información integral que se utiliza para tomar decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de propuesta de nuevo Modelo de Atención • Formalización de la propuesta a través de una resolución directoral de la DIRESA Loreto. • Nuevos instrumentos del sistema de información • Formalización de oficinas de inteligencia sanitaria • 04 salas de situaciones implementadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aval Político y técnico de la propuesta por parte del Gobierno regional y la DIRESA Loreto respectivamente a la propuesta • Impulso del MINSA al desarrollo del MAIS. • Impulso de la OGE a la propuesta de Inteligencia sanitaria
COMPONENTE 2 : SE HA MEJORADO LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RED DATEM.			
<p>1. Organizar los servicios de salud para garantizar la calidad y continuidad de la atención.</p> <p>2.Provisión de equipos y material medico complementario</p> <p>3.-Capacitación a personal profesional y técnico de los servicios de salud.</p> <p>4.-Certificación y recertificación a los agentes comunitarios de salud</p> <p>5.-Apoyo a las Estrategias de Control y prevención de TBC y Leishmaniasis.</p> <p>6.-Apoyo a las estrategias de control de desnutrición infantil y parasitosis intestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 01red y 03 Microredes organizadas en red con definición clara de su ámbito Geosocial y sistema de referencia y contrarreferencia adecuado. . • 03 CS y 20 Puestos de salud con equipos y mobiliario complementarios • 60 profesionales y técnicos con capacidades para brindar atención integral. • 01 Proceso de certificación de ACS Implementado • 100 ACS Capacitados y equipados con material Indispensable. • Certificados para la atención comunal. promotores de Salud capacitados y equipados con material indispensable. • 06 campañas de atención integral anual para control de Enfermedades Prevalentes. • Se ha adquirido Lote anual de medicamentos que incluye micronutrientes y antiparasitarios intestinales de dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución regional con la nueva delimitación Geosocial • Inventario, Actas de entrega y recepción de equipos. • Informe de la certificación de promotores. • Informes de talleres o eventos de capacitación. • Informes de campañas • Actas de recepción e informes de distribución de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene la organización de la DIRESA en redes. • El proyectos cumple su plan operativo • Apoyo técnico y Financiero del Proyecto y de la DIRESA

COMPONENTE 3: SE HA MEJORADO LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RED DATEM DEL MARAÑÓN.			
<p>1.- Desarrollar de procesos de garantía y mejora de la calidad en los servicios de salud</p> <p>2.- Incluir el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud</p> <p>3.- Diseño e implementación de estrategias para atención de poblaciones nativas dispersas.</p> <p>4.-Sistematizar la experiencia de la aplicación del enfoque intercultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 red implementa y monitorea la propuesta de garantía y mejora de la calidad para los establecimientos de salud. ▪ 04 CS y 10 Puestos de salud evalúan permanentemente la opinión de los usuarios e implementan proceso de mejora de la calidad. ▪ 05 establecimientos de salud realizan investigación acción participativa para reorientar la atención con enfoque intercultural ▪ 10 establecimientos por año implementan proyectos de mejora de la calidad con enfoque intercultural. ▪ 01 propuesta de atención a comunidades dispersas y excluidas que articula la oferta móvil con la oferta fija ▪ 01 documento de sistematización de la experiencia del enfoque intercultural de 03 centros de salud modelo de la Red Datem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe se la Unidad de calidad de la DIRESA y Red ▪ Proyectos de mejora de la calidad aprobados ▪ Proyectos de investigación acción con enfoque intercultural. ▪ Norma aprobada sobre atención a comunidades excluidas. ▪ Documentos de sistematización ,audiovisuales etc sobre enfoque intercultural 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo técnico y Financiero de la DIRESA a las propuestas de mejora de la calidad ▪ Que se proporcione la asistencia técnica para la propuesta de adecuación intercultural de los servicios de salud. ▪ Vigencia de la propuesta de Calidad del MINSA

COMPONENTE 4: GOBIERNOS LOCALES, COMUNIDADES, SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES INTERACTUANDO PARA DESARROLLAR AMBIENTES SALUDABLES, ARTICULANDO LOS PROCESOS DE SALUD AL DESARROLLO LOCAL.			
ACCIONES	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES EN EL POG 2006 - 2012	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>1. Implementar la Estrategia de Municipios Saludables</p> <p>2. Implementar la estrategia de comunidades, barrios y familias saludables.</p> <p>3. Implementación de escuelas promotoras de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ .03 municipios involucrados en el proceso de municipios saludables. ▪ 30 se han acreditado como comunidades saludables. ▪ 100 familias acreditadas como familias saludables. ▪ 15 escuelas involucradas en el proceso de escuelas promotoras de la salud. ▪ 45 profesores capacitados en promoción de la salud e implementan programas en sus escuelas. ▪ 03 espacios de concertación funcionando. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actas de constitución y reuniones de municipios y comunidades ▪ Informes y evaluaciones de las direcciones promoción de la salud de la Red y DISA. ▪ Informes de proyectos comunales ▪ Informes de escuelas Promotoras de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Ministerio de Salud y las DIRESA Loreto mantiene el impulso a la promoción de la salud con un enfoque intersectorial y participativo y define orientaciones técnico normativas en este campo. ▪ Municipios acogen e implementan la propuesta. ▪ Municipios co-financian proyectos comunales ▪ Convenio UGEL-RED para implementar EPS

6.4 PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL AÑO 2006

RESULTADO 1. : SE HA IMPLEMENTADO DE UN NUEVO MODELO DE ATENCION EN SALUD QUE RESPONDE A LAS NECESIDADES Y CULTURA DE LA POBLACIÓN EN LA ZONA DE INTERVENCIÓN.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	META CUANTIFICABLE POA 2006	ACTIVIDADES	PPTO. POA 2 Us 11,600	CRONOGRAMA												
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1-Diseño y desarrollo de un nuevo Modelo de Atención con enfoque de integralidad y calidad en la Red y microredes del ámbito del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> 01 documento DEL Modelo De Atención Formulado. 01 Red y 03 microredes implementando un nuevo Modelo de Atención. 03 CS y 06 Puestos de salud como Pilotos de la implementación del Modelo 	Asistencia técnica para el Diseño de un modelo de atención de acuerdo a las necesidades y cultura de la zona	4,500					X	X	X						
		Capacitación al equipo de Gestión de la red para la implementación del Modelo de atención.						X	X	X						
		Acompañamiento de la Red a Microredes y establecimientos en la implementación del nuevo modelo de atención.									X	X	X	X	X	X
		Elaboración de documentos, manuales y guías para la implementación del nuevo modelo de atención														
1.2.- Organización de la Red y servicios de acuerdo al Modelo de Atención	<ul style="list-style-type: none"> 01 red y 03 microredes con organización de acuerdo al nuevo modelo de atención. 03 CS y 06 PS con nueva organización en la prestación de salud. 	Asistencia técnica para la delimitación y organización de la gestión y prestación y gestión en redes y microredes	2,500					X								
		Diseño o rediseño de la Red Y microrredes de acuerdo a la accesibilidad						X	X							
		Taller de diseño de nueva organización para la gestión y prestación en las redes y microredes						X	X	X						
		Elaboración y formalización de nueva estructura organizacional de la red y Microredes								X	X					
1.3. Implementación de un sistema de información integral útil para la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> 01 sistema de información integrado formulado, validado y formalizado 	Diseño del sistema de información integrado por ciclo de vida	2,500					X	X	X	X					
		Impresión y distribución de instrumentos del nuevo sistema integrado (Ficha familiar, Libro Integral de atención a la comunidad.									X	X	X	X	X	
		Implementación del sistema integrado de información en Pilotos							X	X	X	X	X	X	X	
1.4.-Implementación de unidades de inteligencia sanitaria en la Red y microrredes	<ul style="list-style-type: none"> 01 sistema de Inteligencia de sanitaria en la red y 03 en Microrredes funcionando y proporcionando información para la toma de decisiones. 	Capacitación a personal de estadística, epidemiología y planificación en propuesta de inteligencia sanitaria	2,100					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Integración funcional o estructural de oficina de inteligencia sanitaria								X	X	X	X	X		
		Equipamiento básico a oficinas de inteligencia sanitaria								X	X	X	X	X	X	
		Implementación de sala de situaciones en red y microredes											X	X	X	

RESULTADO 2 : SE HA MEJORADO LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ALTO MARAÑÓN

ACTIVIDADES PRINCIPALES	META CUANTIFICABLE POA 2006	ACTIVIDADES	PPTO.POA 2 17,000	CRONOGRAMA												
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
2.1 Organizar los servicios de salud para garantizar la calidad y continuidad de la atención.	01 red y 03 microredes con un plan de necesidades de Recursos Humanos.	Dx de necesidades de recursos Humanos	300					X	X	X						
	01 red y 03 microredes con dx de infraestructura e inventario de equipos y materiales.	Inventario de Equipos y materiales por cada establecimiento						X	X	X	X	X				
	01 red con un plan de Inversiones.	Elaboración de un plan de inversiones en la red de la Provincia del DATEM									X	X	X			
2.2.Provisión de equipos y material medico complementario	10 PS con equipo complementario.	Equipamiento con material de curaciones, atención de parto, tensiómetro , estetoscopio, pantoscopio	10,000						X	X	X	X	X	X	X	X
	5 PS con cadena de Frió.	Compra de 5 refrigeradoras 4 a gas 1 electrica.,3 morona 2 pastaza							X	X						
	5PS con equipos de transporte funcionando.	Compra de 04 Motores fuera de borda 15 HP comunidades dispersas,andoas viejo,Panintza,Shinguito,Pto alegria							X	X						
2.3.-Capacitación a personal profesional y técnico de los servicios de salud.	15 profesionales de los CS capacitados en el manejo clínico de casos prevalentes en la zona y gestión de servicios	Curso de capacitación en manejo y gestión clínica	1,500							X	X	X	X	X	X	X
	30 técnicos de enfermería de PS capacitados en atención integral	Cursos de capacitación descentralizadas en manejo integral de pacientes							X	X	X	X	X	X	X	X
	3CS y 10 PS implementados con material bibliográfico clave	Compra de libros básicos para CS y vademécum para PS							X	X						
2.4.-Certificación y recertificación a los agentes comunitarios de salud	100 promotores de salud clasificados según nivel de capacitación	Plan de certificación y recertificación a agentes comunales	2,200						X	X						
	30 promotores capacitados según nivel	Elaboración de módulos de capacitación culturalmente adecuados									X	X	X			
2.5.-Compra de medicamentos .	50 promotores de salud certificados y equipados	Certificados y carnet de ACS	3,000												X	X
	25 EE de Salud con medicamentos	Equipamiento básico a ACS con nivel A Kits de medicamentos antiparasitarios y micronutrientes														

RESULTADO 3: SE HA MEJORADO LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA MICRORRED ALTO AMAZONAS.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	META CUANTIFICABLE POA 2006	ACTIVIDADES	PPTO.PO A2 US 5,800	CRONOGRAMA											
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
4.1.- Desarrollar procesos de garantía y mejora de la calidad en los servicios de salud	. 01 Red define estándares y procesos de garantía de la calidad	Recopilación de experiencias regionales y locales de mejora de la calidad	1,000					X	X	X	X	X			
		Elaboración de la línea de base de calidad de los establecimientos de salud mediante la auto evaluación							X	X		X			
	. 01 Red y 03 microrredes han definido programas de gestión de la calidad	Asistencia técnica para elaborar programas de Gestión de la calidad						X	X						
		Equipos técnicos capacitados en la elaboración de planes de mejora continua de la calidad						X							
	. 3 CS y 10 PS implementan proyectos de Mejora de la calidad	Elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad en establecimientos de salud							X	X	X	X	X	X	
Concurso para financiar los mejores proyectos de mejora							X	X	X	X	X	X			
4.2.- Incluir el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud	15 personas de CS y 30 técnicos de PS capacitados en el enfoque intercultural de la atención en salud.	Capacitación a personal de salud para reorientar los servicios en interculturalidad	2,000					X	X	X					
		Conformación de equipo técnico responsable del enfoque intercultural capacitado						X	X						
	. 10 establecimientos implementan investigaciones operativas de reorientación de servicios con enfoque intercultural de complejidad.	Capacitación en proyectos investigación hacino						X	X	X					
		Concurso para asignar fondos a mejores propuestas de información acción								X	X	X	X	X	
4.3.- Diseño e implementación de estrategias para atención de poblaciones nativas dispersas.	• 01 RED con una propuesta para atención periódica y sostenida a comunidades dispersas	Formulación de propuesta para atención a comunidades dispersas y excluidas	2,800					X	X	X	X	X	X	X	
		Validación de propuestas en ámbito piloto						X	X						
	• 03 equipos conformados en microrredes con comunidades dispersas	Equipamiento de equipos de atención móvil						X	X						
	• 01 Evaluación del impacto de la atención a comunidades dispersas	Monitoreo y evaluación del proceso de atención a comunidades dispersas y excluidas.							X	X	X	X	X		

RESULTADO 4: GOBIERNOS LOCALES, COMUNIDADES, SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES INTERACTUANDO PARA DESARROLLAR AMBIENTES SALUDABLES, ARTICULANDO LOS PROCESOS DE SALUD AL DESARROLLO REGIONAL Y LOCAL.

ACTIVIDADES	META CUANTIFICABLE POA 2006		PPTO.POA 2 11,600	CRONOGRAMA												
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Implementar la Estrategia de Municipios Saludables	<ul style="list-style-type: none"> 04 Municipios(01 provincial 03 distritales) han desarrollado la iniciativa de Municipios Saludables en sus localidades y han elaborado planes estratégicos participativos 	Pasantías de equipos técnico de CS ,MR Amazonas con experiencia de éxito a nivel local, nacional	3,100					X	X	X						
		Desarrollo de propuesta local.						X	X	X	X	X	X			
		Formación y fortalecimiento de oficinas de desarrollo comunal en municipios provincial y distritales								X	X	X	X	X		
		Reorientación de planes con enfoque de promoción de la salud								X	X	X	X	X		
2. Implementar la estrategia de comunidades, barrios y familias saludables.	<ul style="list-style-type: none"> 09 comunidades,01 barrio y 30 familias implementan la propuesta de comunidades barrios y familias saludables 	Elaboración de instrumentos de diagnósticos y guías de implementación de la propuesta.	6,000					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Fondo concursable para proyectos comunales								X	X	X	X	X		
3. Implementación de escuelas promotoras de la salud	<ul style="list-style-type: none"> 3 Redes regionales de Municipios y Comunidades Saludables están funcionando en Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas 	Apoyo a UGEL y Red de Salud en la implementación de la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud	2,500					X	X	X	X	X	X	X	X	
		Capacitación a docentes en la Propuesta de EPS						X	X							
		Cofinanciamiento de proyectos de mejora de baterías sanitarias en las escuelas piloto						X	X	X	X	X	X	X	X	

VII. JUSTIFICACIÓN PARA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD

7.1. ACTIVIDADES PLANIFICADAS

RESULTADO I: Implementación de un nuevo modelo de atención

“EL SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL NO HA RESUELTO EL, PROBLEMA DE LA SALUD INDÍGENA EN LA AMAZONÍA²⁹”

“la situación de salud de los pueblos indígenas está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación; Como resultante, (b) los pueblos indígenas de las América tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, su posición social y grado de aculturación, así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir. La salud de los pueblos indígenas está en buena parte determinada por las condiciones del hábitat y los nuevos desafíos impuestos por el empobrecimiento y el proceso de modernización; y (c) la salud, los procesos de salud-enfermedad y los propios sistemas de salud para los pueblos indígenas, son sistemas culturales” (OPS / OMS - CE 111/20, 1993:

El Modelo de Atención en el Perú tradicional ha mostrado su agotamiento, los problemas sanitarios siguen siendo los mismos durante las tres últimas décadas., la falta de una meta continua en las políticas sectoriales ha dado lugar a una atención precaria caracterizada por la a baja calidad y persistencia de la Inequidad en la oferta de servicios de salud que han generado que las comunidades extremadamente pobres y alejadas estén excluidas a la atención de salud.

Esta preocupación ha llevado a la necesidad de procesos de reforma Sanitaria que generen una nueva Agenda de cambio del sector de la salud y su entorno institucional, cada país ha buscado alternativas enmarcadas en su historia y sus propios desarrollos internos y han configurado así diferentes modelos de atención.

En el Antes esta situación algunas regiones³⁰ con el apoyo de la cooperación Internacional han elaborado propuestas para responder a la realidad sanitaria local desarrollaron una serie de propuestas creativas bajo el enfoque de la integralidad y han dado lugar al inicio a la implementación de un nuevo modelo de la atención en los aspectos técnicos y conceptuales.

El MINSA, basado en la experiencias previas de los niveles regionales consolida una propuesta de modelo de atención que formalmente fue aprobado el año 2001, que norma una nueva estructura para la DGSP, el nuevo modelo busca contribuir a resolver problemas en la oferta de servicios de salud del MINSA, tales como: la atención fragmentada, incompleta e interrumpida, que desaprovecha oportunidades para la atención integral de la salud de las personas y sus familias, los

²⁹ Juan Reategui Silva, director de PSI/AIDSESEP-Publicaciones AIDSESEP

³⁰ Cajamarca, San Martín³⁰, La Libertad y Ayacucho

problemas de eficiencia e insuficientes niveles de calidad, las limitaciones al ejercicio de los derechos ciudadanos y la participación de los trabajadores de los servicios de salud, de los usuarios y de la población en general.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) se explicita en Sexto Lineamiento de Política del Sector Salud 2002-2012 y se constituye como marco técnico conceptual de la reforma para transformar la realidad de salud pública del país.³¹

El Modelo de Atención Integral de Salud (El MAIS) integra, reconoce y prioriza la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad como aspecto básico para conseguir el mejoramiento de la salud de la población, reconoce a la participación activa del personal de salud y de la comunidad organizada como condición para el fortalecimiento de un nuevo sistema sanitario del país, la Atención Integral permite obtener una mayor eficiencia y eficacia de los procesos y resultados sanitarios, para ello es necesario la inclusión de la población en condiciones de pobreza, por medio de la focalización y priorización se convierte en un instrumento indispensable para el Aseguramiento Universal de la población por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), fortalece el rol de los niveles regionales y locales para su aplicación, considera el enfoque de calidad como una prioridad, el enfoque del MAIS favorece la Democratización en salud al reconocer a la persona, familia y comunidad como actores centrales y corresponsales del cuidado de la salud. El modelo de atención integral da la **posibilidad de rediseñar políticas, estrategias y actividades** y financiamiento de intervención para mejorar los resultados sanitarios con equidad y calidad y ofrecer mejores condiciones de vida a la población más vulnerable.

La Propuesta del MINSA básicamente se ha quedado como un enunciado de buena voluntad y conceptos orientadores, sin embargo no ha podido plasmarse por la dificultad para operativizar los conceptos y la implementación en un ambiente burocrático tradicional y el temor ha iniciar nuevos procesos que generan conflictos y tensiones, por lo tanto se sigue con más de lo mismo ,además,ha surgido una nueva agenda social orientada a la salud como derecho en la que el modelo de atención anterior no puede responder

“Si bien esta señalada dentro de la política regional e incluso existen directivas nacionales para la implementación del MAIS, en los establecimientos de salud, hasta la fecha no se ha brindado la información precisa a los servicios más los responsables de dirigir y hacer cumplir esta estrategia”³²

“un aspecto importante ... es la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud(MAIS) peculiar que responda a las necesidades y características sociales de la zona poniendo especial énfasis en las familias, comunidades y entornos saludables”³³

Para los pueblos Indígenas también hay una percepción que el modelo de atención actual no ha resuelto el problema *“Frente a lo anterior(sus problemas), el sistema nacional de salud responde con vacunaciones aisladas y esporádicas; postas*

³¹ Guía de Operativización del MAIs Ministerio de Salud – 2004

³² Proyecto de Cambio de la DISA Loreto, Carey Angeles Cristian y colaboradores, progresra 2005

³³ Proyecto de Cambio de la DISA Loreto, Carey Angeles Cristian y colaboradores, progresra 2005

*pobrementemente equipadas; técnicos sanitarios mal pagados que, como tal, rara vez cumplen con su labor; promotores de salud de las propias comunidades que tampoco son remunerados; dotaciones mayormente incompletas, inapropiadas e irregulares de medicamentos; asignaciones de personal y presupuesto insuficientes para la dimensión de los problemas encontrados; ausencia de estadísticas confiables y presencia de trámites burocráticos oficiales que terminan de entorpecer los niveles mínimos subsistentes de capacidad de respuesta a los desafíos presentados por el sector salud en la región, entre otros. De manera correspondiente, el personal de salud y, en particular, el técnico sanitario que ejecuta los programas de salud en el ámbito regional, particularmente en asentamientos indígenas, está muy lejos de poder acceder en la actualidad a una formación profesional, por más que lo intente, a la altura de los desafíos que debe enfrentar”.*³⁴ Las comunidades Indígenas y sus organizaciones corroboran el hecho de la ausencia de un sistema de salud capaz de responder de forma pertinente a las potencialidades o a los problemas específicos de salud hallados al interior de los pueblos indígenas amazónicos.

Las Organizaciones indígenas en su PIS también plantean sus críticas al sistema de salud existente considerando que la solución de estos son los desafíos para mejorar la salud en la región, estos puntos son:

- (1) Los programas de salud son elaborados en el ámbito nacional y regional, con un desconocimiento total de los sistemas de salud indígena.
- (2) La definición de objetivos, metas y logros en los campos de salud son inconsistentes con la realidad de la salud indígena
- (3) El manejo de los problemas de salud indígena existentes es fragmentado
- (4) Hay una fuerte discriminación de los aportes conceptuales posibles provenientes de los pueblos indígenas amazónicos y sus sistemas de salud
- (5) Persiste una gran incapacidad para coordinar de forma efectiva con las poblaciones, estructuras y organizaciones indígenas locales en el campo de la salud;
- (6) Subsiste un manejo disociado de la relación fundamental entre bosque y salud humana en la región amazónica;
- (7) Hay un gran rechazo a incorporar en el trabajo los recursos humanos y materiales locales, asociados a la diversidad cultural y biológica presentes entre los pueblos indígenas amazónicos.

Mantener un modelo de atención sin tomar en cuenta estas apreciaciones ,no desarrollar operativamente un modelo de atención Amazónico ,generara una evidencia de la brecha entre lo declarativo señalado en las políticas sanitarias nacionales y regionales, es necesario que la implementación de un nuevo modelo sea sentida por el nivel local que es en ultima instancia la que traduce lo concreto de los modelos de intervención y sus resultados.

El proyecto puede aportar a implementar la lo como zona piloto en su ámbito de intervención contando con escenarios favorables como la descentralización, la creación de la nueva provincia del DATEM y la decisión política del Gobierno regional de cambiar la situación; el proceso de descentralización desde La región hacia las Provincias necesita legitimarse frente a la población y para ello necesita consolidar su intervención a través de la implementación de Modelos de Atención

³⁴ Juan Reategui Silva, director de PSI/AIDSESP-Publicaciones AIDSESP

que respondan a las características, necesidades y demandas Regionales y las políticas regionales.

El Modelo de Atención Integral de salud intenta reinstitucionalizar la intervención sanitaria regional pasando de un enfoque medico hospitalario a otro basado en la intervención concertada con los actores locales. Se necesita una nueva lógica de abordaje de los problemas de salud con un enfoque mas Integral en la que se consideren las determinantes y condicionales que influyen en el estado de salud de la población .

Un nuevo modelo de atención basado en la integralidad requiere también de un sistema de información integral y con instrumentos que puedan facilitar la toma de decisiones en forma simple, rápida y oportuna no se puede montar un nuevo modelo sobre un viejo sistema de información, es importante reconocer que en las fases iniciales de implementación del modelo se puede ir conviviendo con sistemas de información paralelos, pero progresivamente debe ir desapareciendo el sistema de información tradicional para dar lugar a un sistema de información integral simple y automatizado. Operativamente proponemos contar en las redes con sistemas de información integrados de las unidades de Epidemiología, estadística e informática ,será necesario conformar las unidades de inteligencia sanitaria es decir unidades que realizan acopio, el procesamiento y análisis de información sanitaria del ámbito y la ponen a disposición del gerente y de los equipos técnicos para la toma de decisiones informadas.

La implementación del nuevo modelo de atención tiene que plasmarse en una nueva organización para la gestión de la prestación de servicios a nivel de Redes, así como el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales que asumirán la conducción de los procesos de prestación de servicios de salud en su ámbito geosocial asignado.

Debemos pasar a considerar que mantener y respetar la cultura de los pueblos indígenas no es contraparte de un esquema indigenista, sino producto de una necesidad de construir programas de salud eficaces y eficientes, sobre la base de problemas y potencialidades realmente existentes.

RESULTADO II: Mejoramiento de la capacidad de respuesta de los servicios de salud

Los Centros y puestos de salud tienen como función esencial la entrega de servicios preventivos o curativos esto se conoce como la prestación que comprende un Conjunto cuidados que el equipo de salud y la propia persona, familia y comunidad deben practicar para prevenir las enfermedades, mantener y proteger la salud de la población con la finalidad de alcanzar personas, familias, comunidades y ambientes saludables. Los establecimientos de salud deben responder a la demanda que hace una población por entrega de prestaciones de acuerdo al número de la población, las características socioculturales de esta y los estilos de vida predominantes en estos espacios sociales

La capacidad de respuesta de un establecimiento de salud esta determinada por tres elementos claves, en primer lugar **la infraestructura** que debe relacionada con su función, el nivel de resolución de problemas y la complejidad necesaria para manejar estos problemas de salud que se presentan ,en segundo lugar tiene que ver con el **equipamiento e insumos** que debe estar a disponibilidad del personal para atender la parte prestacional, preventivo y promocional en el ámbito de responsabilidad de manera adecuada y finalmente contar con **los recursos humanos** en numero suficiente y que cuenten con los conocimientos actualizados a fin de que estén en capacidad de prevenir, hacer un diagnostico y tratamiento adecuado de acuerdo al problema de salud presentado

En el caso de los recursos el trabajo en equipo se transforma en un elemento esencial para la gestión, facilitando el enfoque integral e interdisciplinario y se transforma en el responsable principal de su implementación. Cada equipo multidisciplinario que debe incluir profesionales de ciencias de la salud y de las ciencias sociales son los responsables de asegurar la atención integral al individuo, familia y comunidad así como garantizar la continuidad de la atención de las personas y sus familias.

De particular importancia es la capacitación del personal profesional y técnico de los establecimientos de salud. Se pretende que las Redes cuenten con programas integrales de educación permanente en salud en articulación con las instituciones formadoras de recursos humanos nacionales y regionales. Los programas de capacitación deberán responder a los perfiles de competencias de acuerdo a las necesidades de la zona por lo que se promoverá que el personal de salud mejore su desempeño en gestión, prestación, salud pública y promoción de la salud.

La propuesta de AIDSESP³⁵ considera que es *imposible diseñar un sistema de salud intercultural sin contar con personal en el ámbito nacional y regional capacitado para ello. Así se planteó iniciar el largo recorrido para llegar a ello mediante el diseño de un sistema de formación de Técnicos en Salud Intercultural, adecuado a los desafíos y potencialidades presentes al interior de la región. El trabajo con el recurso humano que se propone empezar a formar permitiría, a su vez, que en un futuro se incorporen dentro de los Programas de Salud oficiales parámetros de trabajo distintos, con sentido y relevancia para el nivel regional.*

Las nuevas competencias a incorporarse en un proceso de formación de Técnicos en Salud Intercultural tendría un régimen alternado de estudio escolarizado y no escolarizado: **Primero**, el proceso de formación no podrá abstraerse de las múltiples realidades indígenas donde ejecutarán su labor los técnicos. **En segundo lugar**, emerge como fundamental el desarrollo de una mayor comprensión de la epidemiología social de la salud indígena en los pueblos amazónicos y, de forma más precisa, los problemas de salud a anticiparse bajo constelaciones específicas de articulación entre 'condición' humana, 'condición' del ecosistema y 'condición' esperada de salud indígena. **En tercer lugar**, la garantía central para el funcionamiento de cualquier propuesta debe articularse necesariamente a las instancias centrales de representación y organización de los pueblos indígenas

³⁵ Juan Reategui Silva, director de PSI/AIDSESP-Publicaciones AIDSESP

amazónicos. Sólo así podrá saberse: **(1)** si un programa o técnico de salud está respondiendo con eficacia a los problemas de salud existentes; **(2)** qué debe hacerse para entender y responder de forma apropiada a los problemas de salud existentes; **(3)** las capacidades y recursos humanos locales existentes, con los cuales deberá coordinarse, entre éstos, parteras, vegetalistas y curanderos; **(4)** qué conocimientos, medicinas y técnicas tradicionales pueden ser empleados en el ámbito local; **(5)** cómo se articulan e interpretan a nivel local los problemas médicos hallados y las situaciones de disrupción social provocadas por las actividades de colonización, extracción y alejamiento geográfico subsistentes; **(6)** qué formas deberán tomar los sistemas de atención primaria descentralizada; y **(7)** qué tipo de convenios establecer con cada Dirección Departamental de Salud, a fin de articular con eficiencia los esfuerzos organizativos locales en el campo de la salud con los servicios públicos y colectivos de atención médica. Resulta claro que los programas establecidos desde un enfoque civilizatorio occidental han resultado ineficaces para aliviar los problemas de salud al interior de los pueblos indígenas amazónicos.³⁶

La articulación del primer y segundo nivel de atención se abordará con la implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria, que en este componente, esta referido a la complementación del equipamiento y la provisión de motores fuera de borda, botes, medios de comunicación para los establecimientos de salud del ámbito en base a los estudios de necesidades y planes de inversión respectivos.

No hemos dejado de lado la capacitación de los promotores de salud que cumplen y han cumplido un rol preponderante en la atención de salud especialmente en zonas alejadas en donde los servicios no llegan ,para esto proponemos un proceso de certificación a Promotores de Salud, que es un proceso por el cual la comunidad y los Establecimientos de Salud, respaldan e integran al promotor como responsable de promover la propuesta de Comunidades Saludables, asegurando que esté en la capacidad de generar procesos de desarrollo comunal al interior de su comunidad.

La certificación de promotores se hace necesaria si tenemos en cuenta que existen diversas organizaciones Públicas y Privadas como ONGs, proyectos y el mismo Ministerio de Salud que impulsa y lleva a cabo la capacitación de promotores de salud, la mayoría de veces sin ninguna coordinación entre ellas

Para que un programa de formación de promotores sea sostenible tiene que estar inmerso dentro de un proyecto integral y que sea asumido por las organizaciones comunales, así como por las instituciones que trabajan en salud, la propuesta de formación integral del promotor debe precisar los campos de acción donde este trabaja : Recuperativo , Preventivo y de Promoción de la salud y además las líneas que el programa de Comunidades Saludables incluye; esto permite desarrollar un proceso continuo de: Capacitación, Organización y Gestión, definir el proyecto de formación integral de los promotores implica desde un inicio desarrollar acciones en un programa que va midiendo avances a través de una formación y un acompañamiento personalizado, es por ello que desde el proceso de certificación o de calificación por niveles, se deben precisar indicadores acorde con el accionar

³⁶ Juan Reategui Silva, director de PSI/AIDSESEP-Publicaciones AIDSESEP

integrado del promotor (en todos los campos y líneas de acción).

La certificación de promotores de salud es importante pues permite identificar los indicadores de seguimiento y tener una idea más clara de las capacidades y competencias de los promotores en relación a su trabajo en la comunidad, se pretende que con esta propuesta se tenga perfiles personalizados de cada promotor que ayude a diseñar las propuestas de participación y capacitación tanto del establecimiento con el promotor, como de éste con su comunidad.

RESULTADO III: Mejora de la Calidad y Adecuación intercultural de los servicios de Salud

Atención centrada en el usuario

La implementación de un nuevo modelo de atención debe expresarse en la organización de los servicios para la prestación de estos, esta nueva forma de entrega de servicios debe responder fundamentalmente a las necesidades y formas de comportamiento de la población que se beneficia y debe estar en el marco de los lineamientos y la normatividad nacional en salud vigente. A Nivel Macro este proceso debe hacerse en base de un proceso de redimensionamiento de las definiciones de la Red y microrredes sustentadas técnicamente en el balance entre la demanda y oferta de servicios y un balance de viabilidad social y político realizado con los actores implicados, buscando su compromiso para un funcionamiento efectivo de la red.

En los servicios debe diseñarse o rediseñarse los procesos de atención de acuerdo al nivel de complejidad enmarcados en la generación de una cultura de la calidad, recuperando los procesos desarrollados en este campo en los servicios de salud, generando de conceptos de calidad que direccionen la gestión y el uso de herramientas de autoevaluación, mejora continua de la calidad técnica y humana, con una constante interacción de la percepción de los usuarios sobre la atención y la reorientación de procesos hasta lograr su satisfacción

Interculturalidad

Hay una evidencia comprobada por múltiples estudios e investigaciones respecto de las desigualdades de salud entre distintos grupos poblacionales, así como conclusiones acerca de los factores condicionantes de estas desigualdades que ya están internacionalmente aceptadas, estos factores fundamentalmente tienen que ver, el origen étnico, residencia urbana o rural, sexo; estos factores no solo se expresan si no que excluyen a las grandes mayorías indígenas residentes fundamentalmente en zonas rurales. Además de las cuestiones relativas a la accesibilidad, el respeto a los conocimientos y prácticas ancestrales en los que se ha basado el cuidado de la salud y que continúa vigente en muchas poblaciones, debe ser un elemento básico a considerar a la hora de diseñar y ejecutar sistemas de salud eficaces, factibles y sostenibles.

Entendemos la interculturalidad en salud como la Capacidad del personal de los servicios de salud de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y

prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional, percepciones que pueden ser incluso contrapuestas.

La interculturalidad está definida por el diálogo horizontal, el enriquecimiento mutuo y la capacidad de distanciamiento crítico de la propia cultura y no sólo de las otras, trascendiendo el reconocimiento de la diversidad cultural³⁷. Cuando la medicina occidental se acerca a la medicina tradicional, generalmente lo hace a las plantas medicinales, y no a los diferentes mecanismos de entender el proceso salud-enfermedad, los aspectos físicos emocionales y espirituales vinculados a este proceso, menos aun a los vinculados al nacimiento y la muerte.

Esto significa que, en las condiciones sociales, culturales, económicas y geográficas de la zona, la única manera de mejorar sustantivamente y a mediano plazo la situación de salud de la población, es valorizar a los “médicos indígenas”, establecer una conexión y una articulación (basada sobre el conocimiento, el respeto mutuo, el intercambio y la complementariedad) entre los dos sistemas. Si esta es una muy clara y suficiente argumentación para abogar a la articulación de las dos “medicinas”, evidentemente para los Shawi y para nosotros se trata de defender ante el proceso de pérdida cultural, conocimientos y símbolos muy importantes para el complejo cultural Shawi. Estas actividades son parte, por lo tanto, de un proceso de revitalización cultural que permita afianzar “el orgullo de sentirse Shawi”, sin lo cuál, no se podría hablar de “Desarrollo con Identidad”³⁸.

El desarrollo de estrategias para incorporar un enfoque de interculturalidad en los servicios de salud a través de la capacitación, la investigación y la aplicación de pilotos en este campo, será fundamental, *“Ya no es sólo la tolerancia del otro-distinto lo que está en juego, sino la opción de la auto-recreación propia en la interacción con ese otro... al viejo tema del respeto por el otro se suma, no sin conflicto, la nueva aventura de mirarnos con los ojos del otro... Regresar a nosotros después de habitar las miradas de otros, ponernos experiencialmente en perspectiva...”* (Hopenhayn, 1999)

La dispersión y lejanía de las poblaciones de los establecimientos de salud hace necesario nuevas formas creativas para llevar atención a estas comunidades, en los últimos años se han implementado propuestas de oferta móvil de atención a través de brigadas o ELITES, que con cierta periodicidad llegan a las comunidades, sin embargo esta metodología no ha mostrado sus efectos reales sobre la salud mas halla de la presencia mas mediática del Sector en los lugares alejados, es necesario implementar propuestas creativas que Essen basadas en la sostenibilidad de la atención, los costos y la aceptación por la población, será necesario la sistematización y rediseño de la atención a comunidades excluidas, a través de mecanismos que garanticen la continuidad e integralidad de la atención, así como la sostenibilidad de las acciones en el tiempo.

RESULTADO IV: articulación de los Servicios de Salud con la Comunidad Promoción de la Salud

³⁷ Rossana Vargas, Interculturalidad y salud, UPCH 2005

³⁸ Desarrollo con Identidad en el Parapapura (pueblo Shawi), terranueva 2005

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 define que promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma”. La promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. Además la participación de la población/comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.³⁹ A fin de facilitar la operacionalización de estas estrategias La Carta de Ottawa recomienda cinco áreas de acción prioritarias: (1) Establecer una política pública saludable, (2) Crear entornos que apoyen y favorezcan la salud, (3) Fortalecer la acción comunitaria para la salud, (4) Desarrollar las habilidades personales, (5) Reorientar los servicios sanitarios.

El papel de los gobiernos locales, es fundamental, ya que constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos. Como representantes de la comunidad, los gobiernos municipales están en la mejor posición para involucrar a políticos, administradores de otros sectores y a la comunidad misma para coordinar proyectos conjuntos, como parte de un proceso global de democratización y descentralización que apoya las iniciativas locales, bajo el marco de la gestión local y la participación comunitaria.⁴⁰

Dentro de la estrategia de municipios saludables se enfatizará el desarrollo de comunidades, barrios y familias saludables, lo que incluye mejoras concretas a través de la formulación y ejecución de micro-proyectos de pequeñas inversiones en las comunidades o grupos de familias así como pasantías a comunidades o familias modelo y encuentros entre municipios, comunidades y familias que están desarrollando el proceso, para compartir, aprender y premiar a los mejores

El trabajo con los municipios se propone el desarrollo de comunidades, barrios y familias saludables, promoviendo el fortalecimiento de la organización comunal generando procesos de gestión participativa, a través de un trabajo integral que contribuya a mejorar las condiciones de vida de la población y el fomento de estilos de vida saludables. Se plantea el fortalecimiento de las capacidades locales de las comunidades y de personal de salud para la implementación de las propuestas de barrios, comunidades y familias saludables y la implementación de experiencias pilotos como unidades demostrativas de salud mental comunitaria.

Esta propuesta debe contar con el aval del Gobierno regional quien debe priorizar el desarrollo de la estrategia de municipios saludables , comunidades saludable e Instituciones educativas saludables, su apoyo no solo debe ser político si no expresarse en financiamiento de iniciativas locales y comunales en la modalidad de proyectos productivos o de desarrollo de capacidades, esta estrategia de desarrollo de nivel local en donde los municipios distritales constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos ayudan a la gobernabilidad y se puede disponer de sus recursos para poder lograr importantes mejoras en salud

³⁹ OPS/OMS. **Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida.** Washington, D.C.: OPS/OMS, 2002.

⁴⁰ Idem.

Otro escenario a trabajar son las Instituciones Educativas sean estas escuelas o colegios, las escuelas es uno de los espacios más atractivos para la implementación de las estrategias de promoción de la salud por su gran potencial para conseguir una transformación a largo plazo de los estilos de vida y ambientes y por la posibilidad de ampliar el efecto, masificando la estrategia. Su éxito depende en gran parte de su eficacia para lograr la negociación y compromiso intersectorial entre los sectores salud y educación.⁴¹ En este sentido el esfuerzo principal del Proyecto deberá consistir en fortalecer el trabajo intersectorial entre la red de Salud y las UGEL a través de la creación y fortalecimiento de una Comisión Interinstitucional que promueva la estrategia de escuelas Promotoras de la Salud (EPS) y contar con un equipo interinstitucional de capacitación para el desarrollo e implementación de la iniciativa y su seguimiento. Se promoverá la organización en red de las escuelas acreditadas como escuelas promotoras de la salud y la articulación con la Red Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud.

Se fortalecerán los espacios de concertación entre los gobiernos locales, la sociedad civil y las organizaciones de pueblos originarios, será a través del apoyo a las mesas de concertación local, sobre todo a nivel de los municipios provinciales y municipios distritales. El carácter de los consejos de concertación local es sobre todo de coordinación intersectorial entre las diferentes dependencias estatales y organismos no gubernamentales. A través del apoyo del Proyecto se pretende aumentar la participación de la sociedad civil en los espacios de concertación, como escenario de demanda social y oferta pública y privada para generar y concretar políticas, programas y proyectos de promoción económica y social. Específicamente se apoyará a los espacios de concertación en temas como el desarrollo de capacidades de negociación, resolución de conflictos y destrezas gerenciales, enfatizando la creación y fortalecimientos de espacios a nivel distrital.

A pesar de ello, no existe una política fuerte respecto de la promoción de la salud a nivel local y comunitario. Sólo recientemente el Ministerio de Salud ha establecido una Dirección de Promoción de la Salud, y más recientemente todavía las direcciones regionales de salud tienen una persona encargada del tema. Está ausente todavía una política al respecto que le de un impulso fuerte a la promoción de la salud y que establezca con nitidez el rol primordial que debe cumplir dentro de un modelo de atención integral en salud a nivel de redes y microrredes, y en relación a los distintos actores públicos y privados en salud.⁴²

VIII. ESTRATEGIA DE INTERVENCION

8.1.- Respeto y cuidado del medioambiente

La política de medio ambiente constituye hoy en día uno de los desafíos sociales más importantes para los poderes públicos y los agentes económicos y sociales. Este aspecto es especialmente relevante en el presente proyecto, al ser la situación medioambiental uno de los principales factores condicionantes de la salud. Está

⁴¹ Restrepo HE. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En: Restrepo HE, Málaga H (ed.). **Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001.

⁴² Frenck, Arroyo, Aramburu Políticas de Salud 2006-2012, Foro Salud CIES

previsto actuar conjuntamente con los gobiernos regionales, gobiernos locales y comunidades fomentando una mejora y cambio de los hábitos y una participación en la gestión del medio ambiente.

8.2.- Promoción de la identidad cultural

El proyecto busca revalorar y rescatar la cultura local como un factor decisivo de cohesión social pues en ella las personas pueden reconocerse mutuamente, cultivarse, tenerse confianza, crecer en conjunto, promocionando activamente sus rasgos y valores culturales, desarrollando capacidades individuales y colectivas.

Como un elemento importante el Proyecto considera a la adecuación intercultural de los servicios para la población nativa, y el desarrollo de capacidades para un mayor acercamiento y conexión entre la cultura de los prestadores de servicios y la población.

Se valorará la importancia de la comunicación como una herramienta para la transferencia bidireccional de conocimientos que permita un mayor entendimiento y empatía, para lo cual es clave el uso del idioma materno de cada nacionalidad por todos los actores.

8.3.- Enfoque de Interculturalidad como eje central de intervención del proyecto.

Dadas las características socio culturales de la zona de intervención del proyecto se plantea una intervención vinculante de adecuación intercultural de los servicios de salud y valorización de la medicina tradicional propia de la zona, con el objetivo de :Mejorar los índices sanitarios de la población de la zona de influencia del proyecto con particular consideración de la población indígena y de mayor riesgo, Adecuación intercultural de los servicios de salud, Apoyar el desarrollo de una política sanitaria intercultural, en el nivel de la gestión de los servicios sanitarios, de la formación del personal y de las intervenciones de promoción y educación sanitaria.

En Perú esta aun vigente la ley de la asistencia inversa es decir que aquellos que más necesitan de asistencia sanitaria son precisamente los que menos probabilidades tienen de recibirla, dándose también la tendencia bien conocida en todo el mundo, de que los profesionales de salud tienden a atender a la población de su misma clase social, (mestiza y urbana) que a estratos más bajos del escalafón social (indígena y rural) más aún si esto puede suponer la residencia en zonas rurales de difícil acceso, factor que motiva, entre otros la alta rotación de los profesionales de salud calificados en las zonas indígenas-rurales, un acercamiento real a la población, es imposible sin un conocimiento y respeto por la cultura y los conceptos propios de esta población.

La medicina tradicional en algunos países, con una extensión y un arraigo tan profundo de sus conocimientos y prácticas, puede no solo propiciar este acercamiento, sino aportar soluciones eficaces adecuadas a las necesidades prioritarias y al contexto socio económicos. La integración de ambas medicinas permitirá introducir mejoras en la salud de la población, aumentando la accesibilidad y la equidad, y evitando el que se constituyan dos sistemas paralelos de atención a la salud, el de los ricos y el de los pobres. Habiendo exitosas experiencias con un gran arraigo en países donde las practicas tradicionales están muy arraigadas (Brasil, México), así como experiencias puntuales en otros muchos países incluyendo Perú que es necesario capitalizar y aplicar. Si partimos de un concepto integral de salud,

como enuncia la OMS; la medicina tradicional, parte de una integralidad total que incluye la salud familiar, mental, espiritual, física y emocional.

8.4.- Enfoque de género para la equidad

En el Perú y en la Región Loreto existe una marcada inequidad entre varones y mujeres, acentuándose esta situación en Zona de intervención del proyecto, Zona de intervención, el indicador de las brechas de género, reconocido internacionalmente, es el índice relativo al género (IDRG), cuyo valor ideal significaría perfecta igualdad entre los géneros, en el Perú alcanza un valor de 0.640 para 1997 y en el departamento de Loreto los valores son inferiores a 0.500, el porcentaje de las mujeres analfabetas a nivel nacional es de 15% y de los hombres 5.3%, para el año 2000. En las zonas rurales del ámbito de trabajo de estas cifras son alarmantes, alcanzando en las mujeres hasta el 50% de analfabetismo y solo tres grados de estudio en mujeres mayores de 15 años.

El proyecto busca contribuir a equiparar las oportunidades de varones y mujeres, fomentando la corresponsabilidad en el rol de direccionar su participación activa en la toma de decisiones en la solución integral de sus problemas de desarrollo individual, familiar y comunal.

IX.- FACTORES DE ÉXITO DEL PROYECTO

El proyecto será exitoso en la medida que cumpla con las siguientes características en todo el proceso desde su formulación, ejecución y evaluación:

9.1.- Pertinencia

Desde la etapa de formulación el proyecto debe recoger las necesidades y perspectivas de los propios actores y beneficiarios, a través de sus representantes directos como son las organizaciones de comunidades nativas, representantes de la sociedad civil organizada y el estado a través de sus sectores regionales y locales y diseñando una estrategia flexible para adecuarse al contexto social y político de los próximos siete años, de esta manera permitirá consolidarse y ganar la legitimidad social necesaria para funcionar adecuadamente, será necesario que el proceso de monitoreo y evaluación sean en lo posible participativos dando cuenta a la población beneficiaria de los logros y dificultades, comprometiéndolos a todos en el proceso.

9.2.- Eficacia y Eficiencia

Para el logro de los objetivos y metas del proyecto es necesaria una acción coordinada con todos los actores sociales e institucionales presentes en la zona de intervención que permitan aprovechar la sinergia entre organismos (instituciones, ONGs, proyectos) y personas, evitando duplicidades y superposiciones. Se busca que las acciones tengan un resultado positivo de la relación costo beneficio y que los recursos sean utilizados en el marco de los planes operativos institucionales aprobados por todas las instancias de gobierno del proyecto y los actores a quienes se les involucrará en las decisiones, La evaluación del proyecto estará orientada a determinar en que medida se han alcanzado los resultados y objetivos del proyecto y de que manera se han utilizado los recursos para la ejecución de las actividades.

9.3.-Efecto e Impacto

Será necesario estimar los efectos o impactos ,según sea el caso, positivos que ha logrado el proyecto tanto en los beneficiarios directos como en los indirectos, el efecto no solo se medirá en las cosas tangibles que el proyecto ha podido proveer sino en los procesos sociales en salud iniciados o consolidados así como ,en el fortalecimiento institucional de las organizaciones intermediarias ejecutoras de las acciones del Proyecto grama y en el mejor desempeño de las personas ejecutoras de las acciones.

Se considerará el impacto en función de la variación registrada entre la situación en el momento de partida –línea de base que servirá como punto referencial para el posterior análisis comparativo - y la situación resultante de la intervención del proyecto, tomando como exponentes del efecto las variables especificadas en cada Indicador Objetivamente Verificable. Para realizar las mediciones de impacto, el proyecto contará con informes técnicos, administrativos y financieros del equipo técnico así como información oficial del sector salud ,se sugiere realizar periódicamente levantamiento de información entre la población beneficiaria atendida para retroalimentar el proceso..

9.4.-Sostenibilidad

Conjuntamente con la pertinencia en la formulación y ejecución de acciones el éxito de un proyecto se medirá por la sostenibilidad de las acciones y el grado de continuidad de los beneficios que son producidos por el Proyecto y para los beneficiarios directos e indirectos, después de haber terminado el proyecto, sugerimos valorar la sostenibilidad en las siguientes dimensiones:

- **La sostenibilidad político normativa:** consistente en que se produzca una legitimación e interiorización activa del Objetivo del Proyecto por parte de la Región, tanto por parte de los organismos estatales (políticas, programas y proyectos) y locales, influyendo en la mejora del marco normativo y regulador (Políticas, reglamentos, normas, etc.).
- **La sostenibilidad institucional:** el proyecto se hará sostenible en la medida que las Instituciones ejecutoras de las actividades puedan continuar desarrollando las mismas actividades, o similares, al término del apoyo y financiero del equipo técnico del proyecto. Buscamos, que haya una auténtica “apropiación local creativa” de las actividades inducidas por el Proyecto. para esto será clave la capacidad del equipo de gestión del proyecto para inducir y facilitar el fortalecimiento de las instituciones de salud ejecutoras de las acciones.
- **La sostenibilidad financiera:** desde el inicio de la asistencia técnica se preverán mecanismos para la continuidad financiera de las actividades emprendidas una vez terminado el Proyecto: esto puede ser con recursos propios, o desarrollando mecanismos de co - financiamiento del Gobierno regional, Gobiernos locales, proyectos y con aporte directo o valorización de los aportes de las comunidades, también se podrán utilizar los recursos del proyecto como medio de “palanqueo” financiero para conseguir fondos de otras fuentes de financiación.
- **La sostenibilidad social:** esta referido al involucramiento participativo de la

población sean beneficiarios directos o indirectos o eventuales receptores de actividades, setos solo se lograra si el proyecto ha utilizado desde inicio de su fase de formulación una metodología de trabajo participativa que deberán mantenerse en las etapas de ejecución, evaluación y transferencia.

- **La sostenibilidad cultural.** Expresada por el mantenimiento en todas sus acciones de un espíritu de respeto por la cultura de los socios y beneficiarios, por el conocimiento mutuo entre los prestadores de servicios y la población, y la búsqueda de medidas de acercamiento entre equipos técnicos, servicios y las poblaciones nativas, este acercamiento de ambos lados tiene que ser impulsado y estimulado por el proyecto.

9.5.- Rol del proyecto como Facilitador y promotor de la Institucionalidad

Tenemos que tener presente que de alguna manera el proyecto es un emprendimiento del Estado peruano, que busca institucionalizar sus acciones a través de los sectores Institucionales como la Gerencia de desarrollo social del Gobierno regional, las instituciones del sector salud que serán los ejecutores de las acciones del proyecto, por esta razón salud, el proyecto jugara un rol de Inductor y facilitador de procesos ,las actividades serán ejecutadas a través de actores identificados (RED de salud, microrredes, establecimientos de salud, Municipios, comunidades, Instituciones educativas y otras organizaciones sociales, etc.)

El equipo gestor del proyecto enfatizará el fortalecimiento institucional y organizacional de los actores socios con, con quienes el proyecto firmara acuerdos de gestión, privilegiara el Desarrollo de Recursos humanos y diseñando e implementando metodologías, instrumentos y prácticas desde los usuarios.

X.- ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS ECONOMICOS

10.1.- Unidades Administrativas

El Proyecto cuenta con una sede ubicada en la ciudad de San Lorenzo capital de la nueva provincia del DATEM, en el que se encontrara su equipo gestor, dispondrá además de tres subsedes en los distritos de Morona, Pastaza y la zona del río Marañón, probablemente tendrá una oficina de enlace en al ciudad de Iquitos que tendrá que ver con compras a escala y coordinaciones a nivel regional.

10.2.-Equipos y procedimiento de compras

Para la adquisición de los bienes se respetan todos y cada uno de los lineamientos establecidos por la entidad encargada de manejar los fondos que es PROFONANPE, según su guía técnica sobre el tema, los acuerdos de gestión serán explicitados en un contrato de servicios.

Respecto a la ejecución de las actividades previstas en cada PO anual sugerimos establecer un acuerdo de gestión entre el Proyecto y la Red DATEM a fin de facilitar y optimizar el usos de los recursos financieros y fortalecer las competencias locales, en base a un contrato de gestión se entregarían recursos los cuales serán manejados “por encargo” por la Red..

XI.- PRESUPUESTO

El presupuesto del proyecto tendrá un presupuesto Total para la Fase de US, 466,500 su mayor nivel de ejecución se harán durante los planes operativos correspondientes al segundo, tercer año y cuarto año, siendo finalmente los dos últimos años enfocados a la sostenibilidad e institucionalización de los procesos realizados por el Proyecto.

PRESUPUESTO DEL COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO DEL SECTOR SALUD POR AÑOS Y RUBRO PRESUPUESTARIO

RUBRO PRESUPUESTARIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
RESULTADO 1	11,600	30,000	16,000	14,000	4,000	4,000	79,600
1.1 Asistencia técnica	5,000						
1.2 Capacitación	6,600						
RESULTADO 2	17,000	90,000	80,000	35,000	10,000	10,000	242,000
2.1 Material medico	2,000						
2.2 Equipos	12,000						
2.3 medicamentos	3,000						
RESULTADO 3	5,800	15,000	8,000	7,000	8,500	6,000	50,300
4.1 Asistencia técnica	1,800						
4.2 Proyectos de mejora de calidad	4,000						
RESULTADO 4	11,600	30,000	19,000	14,000	10,000	10,000	94,600
5.1 Capacitacion	3,000						
5.2 Proyectos comunales	8,600						
TOTAL	46,000	165,000	123,000	70,000	32,500	30,000	466,500

XII.- SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DE LA INTERVENCION

La evaluación y monitoreo del cumplimiento de los objetivos, resultados, metas y actividades del proyecto serán acciones claves para reorientar oportunamente los procesos y la toma de decisiones en la implementación de las actividades y la utilización de las estrategias, en base a un sistema de información permitirá periódicamente identificar el estado de situación del proyecto que permita no solo actuar como instrumentos de control sino también en herramientas de aprendizaje institucional.

El monitoreo de las actividades se realizará con una periodicidad frecuente utilizando los indicadores trazadores por actividades principales de cada resultado con la finalidad de observar periódicamente la marcha de estas y su relación con el contexto, se espera la corrección de las situaciones críticas en el manejo de recursos y el logro de las metas, los informes de la unidad de gestión, de los equipos técnicos de las unidades operativas serán la forma principal de registrar este proceso, dar cuenta de el y constituirse en la memoria del proyecto.

La evaluación de las actividades estará relacionada con el avance del cumplimiento de los objetivos y resultados, estas evaluaciones se hará en base a indicadores pertinentes y se hará con una periodicidad que tenga que ver con efectos o impacto,

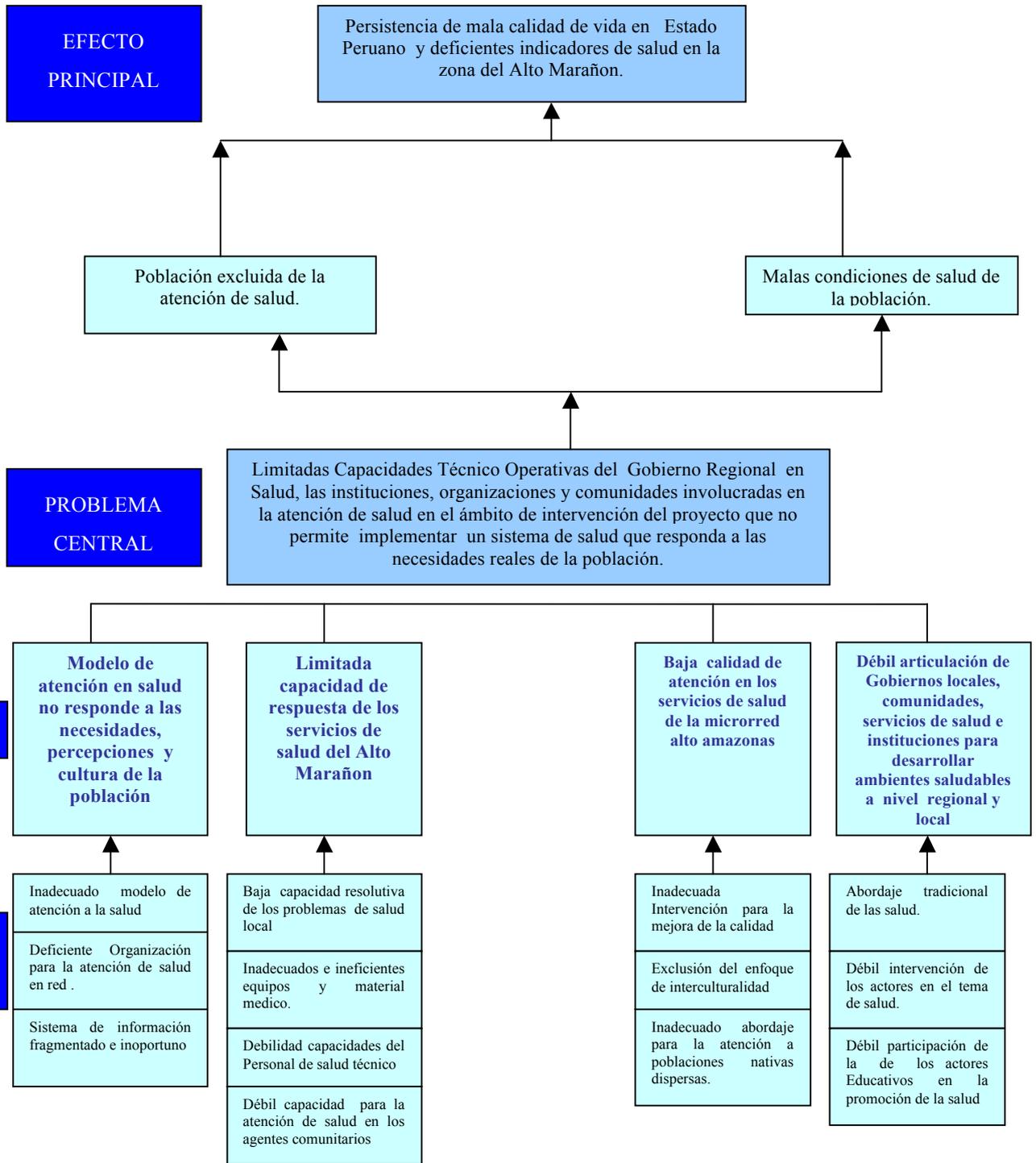
las evaluaciones tendrán una periodicidad semestral y anual; para la operativización de este proceso se desarrollara un software que permita la visualización de los avances en el tiempo y el logro de los objetivos y resultados propuestos.

El proceso de construcción del sistema de monitoreo se basa en el marco Lógico, toma los objetivos, resultados esperados y las actividades principales, construyendo a partir de ellos indicadores de proceso e impacto, los medios de verificación de la información esta definida en la matriz propuesta, para el recojo de la información se elaborara una ficha de monitoreo que constituye la unidad básica del sistema, esta ficha identificará el indicador a medir, el medio de verificación utilizado, la ficha debe prever tomar información cuantitativa y también cualitativa y comentarios necesarios, El marco lógico y su expresión en los planes operativos serán los elementos relevantes de este proceso, si es posible la información será procesada mediante un software que permita visualizar objetivamente el desarrollo del proyecto y cada uno de sus resultados, el sistema, el software y los instrumentos deben contar con la flexibilidad necesaria que permita incorporar, modificar con facilidad las variantes que puedan realizarse en los POAs futuros.

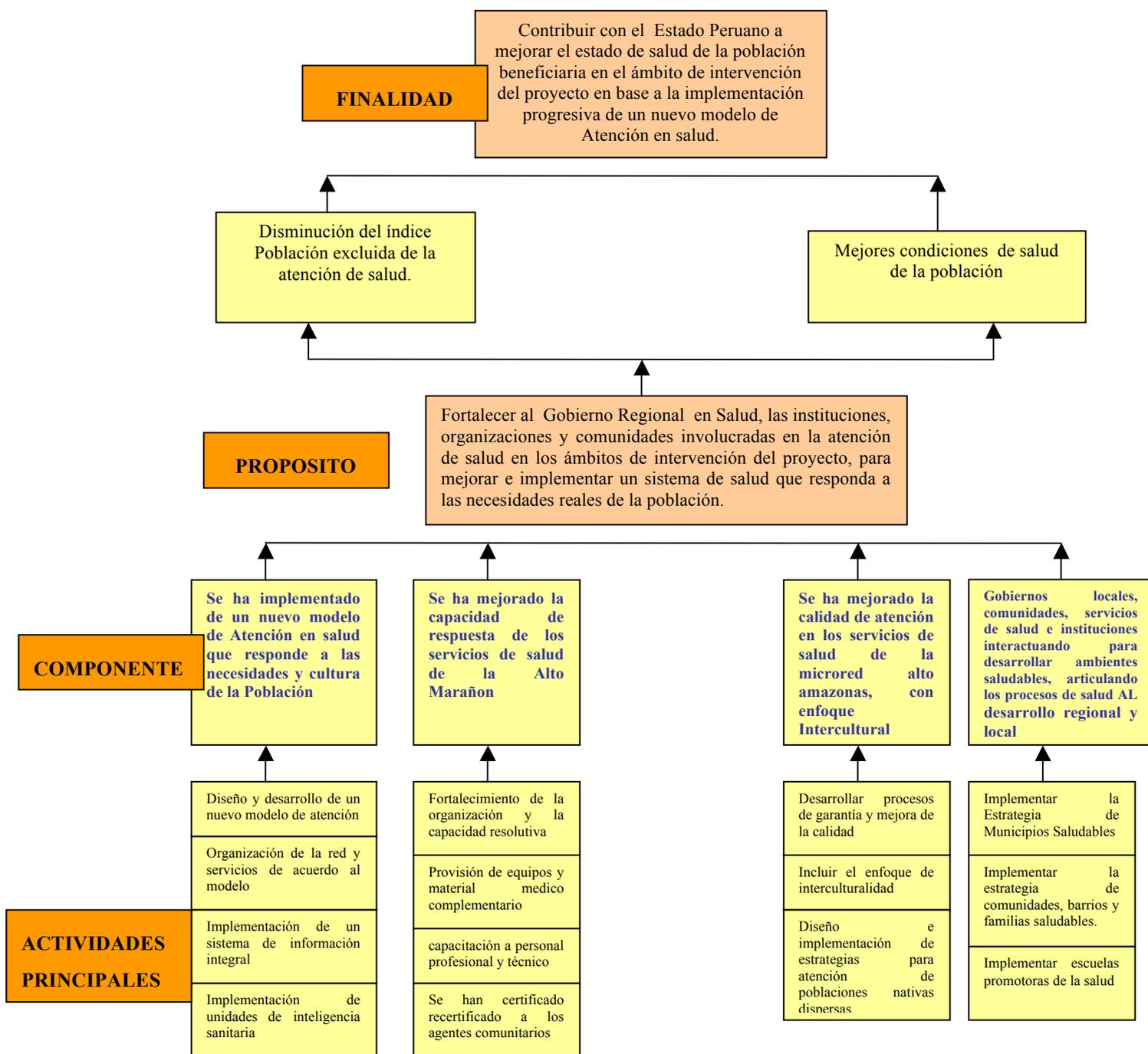
MONITOREO

	INDICADORES	PERIODO DE MEDICION	QUE MIDE
EVALUACION	DE RESULTADO (POG)	SEMESTRAL	IMPACTO EFECTO
MONITOREO	DE ACTIVIDAD (POA)	BIMENSUAL	CUMPLIMIENTO EFICIENCIA

Árbol de Problemas

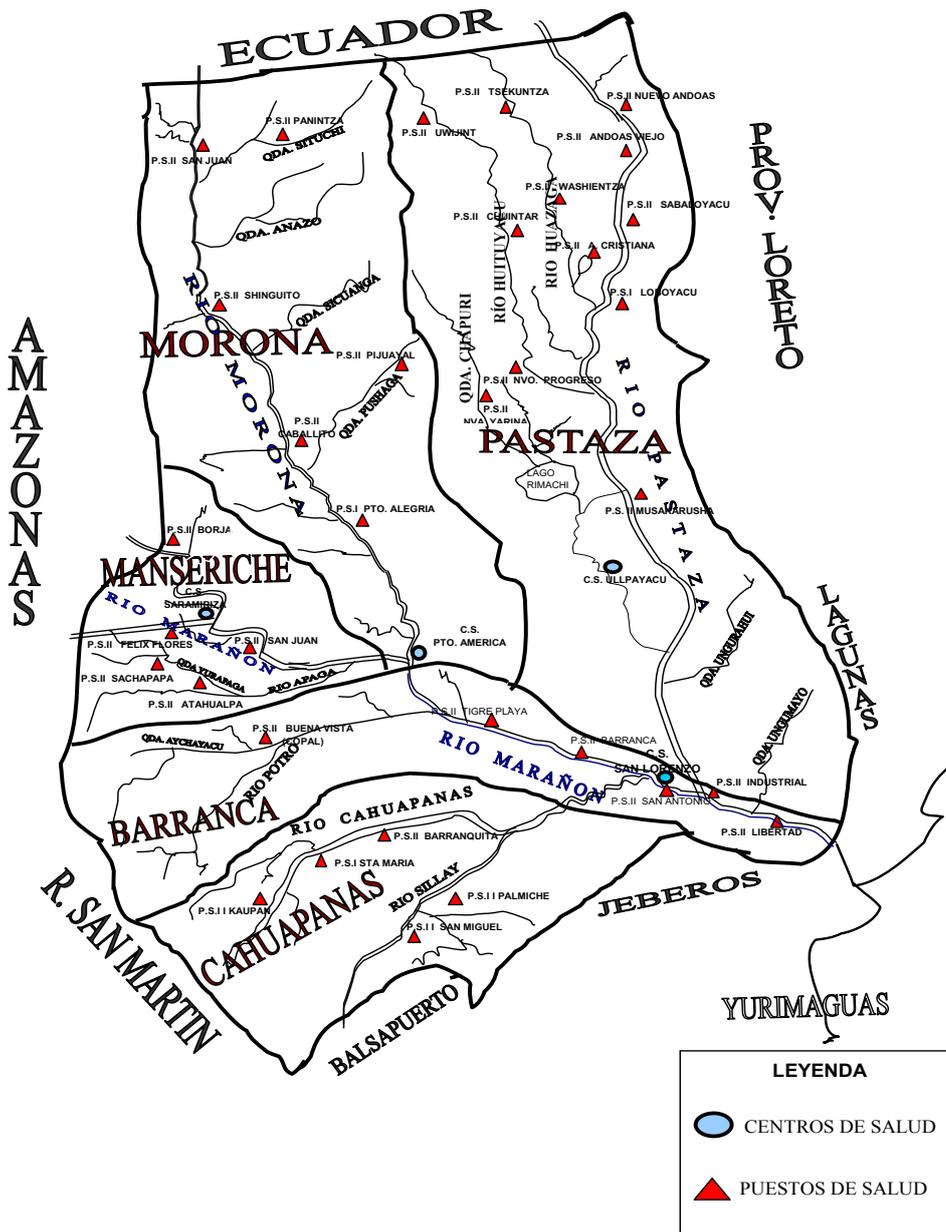


ÁRBOL DE OBJETIVOS



ANEXOS

MICRO RED ALTO MARAÑÓN



DISTRITO MORONA

