

SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO HUMANO EN LA REGIÓN

EN EL CONTEXTO DE LA
AMAZONÍA PERUANA



 **ALUMNI
EDITORA**
2026

PRIMERA EDICIÓN



SALUD
PARA TODOS



EQUIDAD



DESARROLLO
HUMANO



AMAZONÍA
SOSTENIBLE




ACCESO Y
CALIDAD

Salud pública y desarrollo humano en la región Loreto en el contexto de la Amazonía peruana

Autores

Percy Solano Vargas Dávila

- Médico Cirujano
- Maestro en Administración Estratégica de Empresas (MBA)
- Maestría en Salud Pública

 <https://orcid.org/0009-0001-9446-9349>

 pvargas@geresaloreto.gob.pe

Salud pública y desarrollo humano en la región Loreto en el contexto de la Amazonía peruana

Catalogación Bibliográfica

Autores

- Percy Solano Vargas Dávila

Título

Salud pública y desarrollo humano en la región Loreto en el contexto de la Amazonía peruana

Descriptorios

Salud pública, Epidemiología comunitaria, Desarrollo sostenible, Salud amazónica, Políticas sanitarias

Dewey

614.4

Thema

MBNH1

Publicación

Junio 2026

Edición

Primera

ISBN

978-9942-7465-6-6

DOI

<https://doi.org/10.70625/alumned/29>

Editorial

Alumni Editora

Pais - Ciudad

Ecuador - Atuntaqui

Formato

Adobe Acrobat Reader

Páginas

113

Cámara Ecuatoriana del Libro



Todo el contenido de este libro tiene una licencia de Creative Commons Attribution License.

Reconocimiento-No Comercial-No Derivados 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

El contenido del texto y sus datos en su forma, corrección y confiabilidad son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente la posición oficial de Alumni Editora. Se permite descargar la obra y compartirla siempre que se den los créditos al autor, pero sin posibilidad de alterarla de ninguna forma ni utilizarla con fines comerciales.

Salud pública y desarrollo humano en la región Loreto en el contexto de la Amazonía peruana

Editor en Jefe

Santiago Andrés Otero, PhD., Alumni Editora, Ecuador

Equipo Editorial

- Óscar Gómez Jiménez, PhD., Universidad Internacional de Valencia (VIU), España
- Shashi Kant Gupta, PhD., Eudoxia Research University, Estados Unidos
- Anabell Fondón Ludeña, PhD., Universidad Rey Juan Carlos, España
- Edwin Ricardo Flores Hernández, PhD., Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, El Salvador
- Gopi Devarajan, PhD., SRM Institute of Science and Technology, India
- Flérida Moreno Alcaraz, PhD., Universidad Autónoma de Sinaloa, México
- J. Suresh Kumar, PhD., St. Joseph University, India
- Mauricio Lima Narváez, PhD., Universidad Técnica del Norte, Ecuador
- Héctor Luis López López, PhD., Universidad Autónoma de Sinaloa, México
- Samuel Helena Tumbula, PhD., Universidad Católica de Angola, Angola
- Carlos Bolivar Sarmiento Chugcho, PhD., Universidad Técnica de Machala, Ecuador
- Savier Fernando Acosta Faneite, PhD., Universidad del Zulia, Venezuela
- Mirian Alexandra Valeriano Meneses, PhD., Instituto Superior Tecnológico Liceo Aduanero, Ecuador
- Sivabalan Settu, PhD., CSE SoCI Vignan University Guntur, India
- Lorena Elizabeth Casanova Imbaquingo, MSc., Instituto Universitario Cotacachi, Ecuador
- Gladys Magdalena Paredes, MSc., Ministerio de Educación, Ecuador
- Henri Emmanuel López Gómez, MSc., Universidad Peruana Los Andes, Perú



El contenido del texto y sus datos en su forma, corrección y confiabilidad son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente la posición oficial de Alumni Editora. Se permite descargar la obra y compartirla siempre que se den los créditos al autor, pero sin posibilidad de alterarla de ninguna forma ni utilizarla con fines comerciales.



Revisión de Pares

Este libro ha sido evaluado mediante un proceso de revisión por pares externos bajo el formato de doble ciego. En consecuencia, la investigación presentada en esta obra cuenta con el respaldo de expertos en la materia, quienes han emitido un juicio imparcial basado en criterios científicos, garantizando así la solidez académica del contenido.

Peer Review

This book has undergone a peer review process by external academics using a double-blind system. Consequently, the research presented in this work has the endorsement of subject matter experts, who have provided an impartial assessment based on scientific criteria, ensuring the academic rigor of the content.



Declaración del Editor

Alumni Editora declara para todos los efectos legales, que:

Esta publicación implica únicamente una cesión temporal de los derechos de autor y de publicación, sin que ello constituya responsabilidad solidaria en la creación de los manuscritos publicados en conformidad con la Ley de Propiedad Intelectual y las normativas legales aplicables.

Autoriza y fomenta que los autores firmen acuerdos con repositorios institucionales con el fin exclusivo de difundir la obra, siempre que se reconozca adecuadamente la autoría y la edición, y que no existan fines comerciales involucrados.

Todos los libros electrónicos publicados son de acceso abierto y, por lo tanto, no se venden en el sitio web de Alumni Editora, ni en plataformas asociadas, de comercio electrónico u otros medios virtuales o físicos, eximiéndose de la transferencia de derechos de autor a los autores.

Todos los miembros del consejo editorial cuentan con el grado académico de cuarto nivel y están vinculados a instituciones de educación superior, conforme a las recomendaciones de las entidades de evaluación académica nacionales e internacionales para la obtención de estándares de calidad editorial.

Alumni Editora no transfiere, comercializa, ni autoriza el uso de los nombres, correos electrónicos u otros datos personales de los autores para fines distintos a la difusión de esta obra.

Declaración del Autor

El autor de la obra declara: 1. No poseer ningún interés comercial que pueda representar un conflicto de interés en relación con el presente documento publicado; 2. Asegura haber participado activamente en la elaboración del manuscrito, específicamente en la concepción del estudio, la obtención de datos y/o su análisis e interpretación; la redacción o revisión del documento para garantizar su relevancia intelectual y la aprobación final del manuscrito antes de su envío; 3. Certifica que el contenido publicado está libre de datos o resultados fraudulentos; 4. Confirma que todas las citas y referencias de datos e interpretaciones de investigaciones previas son correctas; 5. Reconoce haber declarado todas las fuentes de financiamiento recibidas para la investigación; 6. Autoriza la publicación de la obra, que incluye su inclusión en catálogos, asignación de ISBN, DOI, otros índices, diseño visual, portada, maquetación interior, y su posterior difusión según lo dispuesto por Alumni Editora.

Prólogo

La obra constituye una contribución de singular valor para la comprensión de la inequidad sanitaria en territorios amazónicos. Con rigor académico y sensibilidad territorial, el libro analiza la salud pública en la región Loreto desde una perspectiva que trasciende la provisión de servicios médicos para situarse en el campo de los determinantes estructurales: pobreza, saneamiento, conectividad fluvial, interculturalidad y desarrollo humano.

Organizado en seis capítulos articulados con coherencia temática, el texto recorre la construcción histórica de la salud pública amazónica, los determinantes sociales, la estructura del sistema sanitario regional, el perfil epidemiológico marcado por una doble carga de enfermedades infecciosas tropicales y crónicas no transmisibles, la salud intercultural de los pueblos indígenas, y un ejercicio comparado con otras unidades territoriales amazónicas de Perú y Colombia. Esta arquitectura refleja una visión epistemológica que entiende la salud como fenómeno social complejo.

El aporte conceptual central es la noción de *territorio sanitario complejo*, donde convergen dimensiones geográficas, ecológicas, socioculturales y estructurales inseparables. La obra demuestra, con evidencia sistemática, que ninguna política sectorial revertirá sosteniblemente los indicadores adversos de Loreto sin intervención sobre las causas de fondo. El tratamiento de la salud intercultural indígena articulación entre medicina tradicional y occidental, pertinencia cultural, derechos de los pueblos originarios resulta especialmente valioso por su escasez en la literatura científica peruana.

Percy Solano Vargas Dávila

Tabla de contenido

Introducción.....	7
Capítulo I: La construcción histórica de la salud pública en la Amazonía peruana	9
1.1 La Amazonía peruana como territorio sanitario complejo	10
1.2 Historia de las políticas de salud en la Amazonía.....	12
1.3 Las epidemias históricas en la región amazónica	15
1.4 El impacto sanitario del ciclo del caucho	17
1.5 Expansión del sistema de salud en el siglo XX	19
Capítulo II: Determinantes sociales de la salud en la región loreto	22
2.1 La salud más allá de los servicios médicos.....	23
2.2 Pobreza y desigualdad territorial.....	25
2.3 Educación y salud pública.....	27
2.4 Nutrición, anemia infantil y desarrollo humano.....	30
2.5 Agua potable, saneamiento y salud ambiental	32
2.6 Transporte fluvial y acceso a servicios de salud	35
2.7 Hacia un enfoque integral de salud y desarrollo humano.....	38
Capítulo III: Sistema de salud en loreto: estructura, cobertura y limitaciones estructurales	41
3.1 El sistema de salud en territorios amazónicos.....	42
3.2 Organización del sistema de salud en el Perú	44
3.3 La Dirección Regional de Salud Loreto	47
3.4 Infraestructura sanitaria en la región.....	49
3.5 Recursos humanos en salud.....	52
3.6 Cobertura sanitaria y acceso a servicios de salud.....	54
Capítulo IV: Perfil epidemiológico y situación sanitaria en la región loreto	57
4.1 La importancia del análisis epidemiológico.....	58
4.2 Enfermedades infecciosas y tropicales en la Amazonía	60
4.3 Malaria y dengue: enfermedades transmitidas por vectores	63
4.4 Tuberculosis y enfermedades respiratorias.....	65
4.5 Enfermedades diarreicas y saneamiento básico.....	68
4.6 Enfermedades crónicas no transmisibles	71
4.7 Mortalidad materna e infantil.....	73

4.8 Retos epidemiológicos y perspectivas futuras.....	76
Capítulo V: Salud intercultural y pueblos indígenas amazónicos.....	79
5.1 Diversidad cultural y salud pública en la Amazonía	80
5.2 Pueblos indígenas de la Amazonía peruana	82
5.3 Sistemas tradicionales de medicina amazónica	85
5.4 Medicina tradicional y medicina occidental	88
5.5 Salud materna y prácticas tradicionales	90
5.6 Políticas de salud intercultural en el Perú	93
Capítulo VI: Salud pública comparada en la Amazonía	97
Referencias	107

Introducción

La región Loreto representa, en el panorama sanitario peruano, un territorio de desafíos estructurales singulares. Con más de 368 mil kilómetros cuadrados de extensión, alta dispersión poblacional y dependencia casi exclusiva del transporte fluvial, esta región concentra algunos de los indicadores de salud más adversos del país: elevada mortalidad materna e infantil, prevalencia sostenida de enfermedades infecciosas tropicales, tasas críticas de anemia infantil y brechas profundas en acceso a agua potable y saneamiento básico. Comprender esta realidad exige ir más allá de los datos clínicos y adentrarse en los determinantes históricos, sociales, culturales y territoriales que la producen.

Este libro surge de la convicción de que la salud pública en la Amazonía peruana no puede abordarse desde enfoques estandarizados ni desde modelos diseñados para realidades urbanas o costeras. La Amazonía es un *territorio sanitario complejo* donde interactúan, de manera inseparable, la geografía, el ecosistema, la diversidad cultural de los pueblos indígenas y las desigualdades socioeconómicas históricamente acumuladas. Ignorar cualquiera de estas dimensiones condena las intervenciones a ser parciales, ineficientes o culturalmente inapropiadas.

La presente obra tiene como propósito central ofrecer un análisis integral, riguroso y territorialmente situado de la salud pública en la región Loreto. Para ello, se estructura en seis capítulos que recorren: la construcción histórica de las políticas sanitarias en la Amazonía, los determinantes sociales de la salud, la organización y limitaciones del sistema de salud regional, el perfil epidemiológico actual, la salud intercultural y los derechos de los pueblos indígenas amazónicos, y una perspectiva comparada con otras regiones amazónicas de Perú y Colombia. Este recorrido busca articular el conocimiento científico disponible con las evidencias empíricas locales, a fin de nutrir tanto la investigación académica como la formulación de políticas públicas.

El enfoque adoptado articula la teoría de los determinantes sociales de la salud con la perspectiva intercultural y el enfoque de derechos, reconociendo que garantizar la salud en la Amazonía implica también garantizar territorio, identidad cultural y desarrollo humano sostenible. Se espera que esta obra contribuya a visibilizar una realidad históricamente postergada y a impulsar

respuestas intersectoriales que coloquen a la población loretana en el centro de las prioridades del Estado peruano.

CAPÍTULO I

La construcción histórica de la salud pública en la Amazonía peruana



1.1 La Amazonía peruana como territorio sanitario complejo

La Amazonía peruana representa uno de los territorios de mayor complejidad con el fin de establecer, poner en marcha y evaluar políticas de sanidad pública dentro de Latinoamérica. No resulta factible comprender su complejidad solo partiendo del punto de vista geográfico, sino también se debe al intercambio constante de elementos de cultura, del entorno, socioeconómicos, así como de instituciones. Estos crean un panorama sanitario que se distingue notablemente de diferencias áreas de la nación.

La Amazonía, en su visión territorial, constituye un lugar que se distingue por tener una gran extensión, una reducida densidad de población y una amplia distribución de los asentamientos humanos. Loreto, particularmente ejemplifica tales circunstancias de forma severa: es la región peruana más grande, con una superficie mayor a los 368 mil kilómetros cuadrados, y también una de las poco habitadas (INEI, 2023). Dicha disposición espacial sugiere que extensos tramos de la población están situados en poblaciones rurales remotas, a las que se puede acceder solamente por aire o medio fluvial. Esto crea barreras significativas para que las prestaciones sanitarias puedan ser cubiertas de manera efectiva.

No obstante, la dimensión geográfica no es capaz de disminuirse al desafío de salud de la Amazonía. Según Dourojeanni (2018) y el Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana - IIAP (2020), la región amazónica resulta un mecanismo socio ecológico con gran interdependencia, en el que los factores ecológicos que resultan la biodiversidad, el estado climático tropical y la actividad hidrológica tienen un impacto directo sobre las tendencias epidemiológicas. El hecho de que existan ecosistemas húmedos, temperaturas altas y una gran cantidad de reservorios de agua promueve la expansión de vectores que transmiten afecciones como malaria, dengue leishmaniasis y diversas infecciones, lo cual crea una estructura epidemiológica concreta.

A esta dimensión ecológica se suma la complejidad social y cultural del territorio. La Amazonía peruana alberga una significativa diversidad de pueblos indígenas con cosmovisiones, sistemas de conocimiento y prácticas de salud propias. Como sostiene Santos-Granero (2010), estos sistemas culturales no solo configuran formas distintas de entender la salud y la enfermedad, sino que también influyen en la relación de las comunidades con los servicios de salud

formal. En este sentido, la salud pública en la Amazonía debe incorporar un enfoque intercultural que reconozca la coexistencia de múltiples sistemas médicos y promueva su articulación.

Por otro lado, las condiciones socioeconómicas de la región refuerzan las desigualdades sanitarias. La pobreza, la informalidad económica, la limitada infraestructura básica y las brechas en educación y conectividad constituyen factores estructurales que afectan directamente el estado de salud de la población. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, las regiones amazónicas presentan indicadores de desarrollo humano inferiores al promedio nacional, lo que se traduce en mayores niveles de vulnerabilidad frente a enfermedades prevenibles (PNUD, 2022).

Un elemento central en la configuración de este territorio sanitario es la forma en que se organiza la movilidad. A diferencia de las regiones costeras o andinas, donde predomina la conectividad vial, en la Amazonía el transporte fluvial constituye el principal medio de desplazamiento. Esta característica introduce una variable crítica en el acceso a los servicios de salud: el tiempo. En muchos casos, el traslado hacia un establecimiento de salud puede implicar varias horas o incluso días de viaje, lo que limita la atención oportuna, especialmente en situaciones de emergencia. Como advierte el Banco Mundial (2020), esta barrera geográfica se traduce en profundas desigualdades territoriales en el acceso a servicios esenciales como salud, educación y saneamiento.

Asimismo, la organización del sistema sanitario enfrenta limitaciones institucionales derivadas de la centralización histórica de las políticas públicas y de la insuficiente adaptación de los modelos de atención a las realidades amazónicas. Los esquemas tradicionales de provisión de servicios de salud, diseñados principalmente para contextos urbanos, resultan insuficientes en territorios donde la dispersión poblacional y la diversidad cultural exigen enfoques flexibles, descentralizados y territorialmente diferenciados.

En este contexto, la Amazonía peruana y particularmente Loreto puede ser comprendida como un territorio sanitario complejo, en el cual convergen múltiples dimensiones de análisis:

- Una dimensión geográfica, marcada por la dispersión y el aislamiento;
- Una dimensión ecológica, que condiciona la aparición de enfermedades;

- Una dimensión sociocultural, caracterizada por la diversidad de sistemas de conocimiento;
- Una dimensión estructural, vinculada a desigualdades económicas e institucionales.

La interacción de estos factores genera un escenario donde la salud pública no puede abordarse desde enfoques homogéneos o estandarizados. Por el contrario, se requiere un modelo de intervención que reconozca la especificidad territorial, incorpore la interculturalidad como eje central y articule políticas sanitarias con estrategias de desarrollo humano sostenible.

1.2 Historia de las políticas de salud en la Amazonía

La elaboración de políticas sanitarias en la Amazonía peruana ha estado marcada por una trayectoria histórica desigual, caracterizada por la limitada presencia estatal, la intervención fragmentada de actores externos y una tardía institucionalización de los servicios sanitarios. Esta evolución no puede entenderse al margen de los procesos políticos, económicos y territoriales que han configurado la relación entre el Estado peruano y sus regiones periféricas, particularmente la Amazonía.

En el transcurso del siglo XIX y de las iniciales épocas del XX, la presencia del Estado en materia de salud fue incipiente en los territorios amazónicos. En este periodo, la provisión de atención sanitaria estuvo fundamentalmente a cargo de misiones religiosas, iniciativas privadas y campañas puntuales frente a brotes epidémicos. Como señala Cueto (2004), la salud pública en el Perú republicano se desarrolló inicialmente con un fuerte sesgo urbano y costero, dejando a las regiones amazónicas en una situación de abandono relativo.

En el marco del crecimiento del caucho, que tuvo lugar a últimos años del siglo XIX y principios del XX, la Amazonía adquirió relevancia económica, pero no necesariamente se tradujo en una mejora sustantiva de las condiciones sanitarias. Por el contrario, este periodo estuvo marcado por condiciones precarias de vida, explotación laboral y la propagación de enfermedades infecciosas. La intervención sanitaria en este contexto fue reactiva y orientada principalmente a proteger la productividad económica más que el bienestar de las poblaciones locales.

Un punto de inflexión en la institucionalización de la sanidad estatal en Perú fue la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social en 1935. Este hito marcó el inicio de una mayor presencia estatal en la gestión sanitaria; sin embargo, su alcance en territorios amazónicos fue limitado y progresivo. La expansión del mecanismo sanitario enfrentó obstáculos de estructura del cuales incluyen la ausencia de infraestructura, cierta escasez de profesionales y las dificultades logísticas propias del territorio amazónico (Cueto, 2004).

Durante la segunda mitad del siglo XX, el Estado peruano impulsó campañas de salud pública orientadas principalmente al control de enfermedades transmisibles. Programas contra la malaria, la tuberculosis, la fiebre amarilla y las enfermedades parasitarias fueron implementados con la ayuda de entidades mundiales, entre ellas la Organización Panamericana de la Salud. Estas iniciativas representaron avances importantes en términos de control epidemiológico; sin embargo, su impacto en la Amazonía fue desigual debido a la limitada continuidad de las intervenciones y a la falta de adaptación a las condiciones locales.

En las décadas de 1960 y 1970, la expansión de los servicios de salud estuvo vinculada a procesos más amplios de modernización del Estado y de integración territorial. No obstante, la Amazonía continuó siendo considerada una región periférica dentro de las políticas públicas nacionales. Como advierte Lossio (2017), la historia de la salud pública en el Perú revela una persistente brecha entre el diseño centralizado de políticas y su implementación en territorios con características geográficas y culturales distintas.

Un cambio conceptual importante se produjo a partir de la década de 1970 con la promoción del enfoque de Atención Primaria de Salud (APS), impulsado globalmente tras la Declaración de Alma-Ata en 1978. Esta perspectiva propuso que se necesitarán mecanismos sanitarios sumamente justos, de prevención y dirigidos a las colectividades. En Perú, la APS brindaba un marco apropiado para actuar en las zonas amazónicas; no obstante, su puesta en práctica fue incompleta y se topó con restricciones institucionales.

Desde el período del 1990, las reformas del ámbito sanitario en Perú se enfocaron en aumentar la cobertura y optimizar la eficacia del sistema de salud. La elaboración del Seguro Integral de Salud (SIS) en 2002 fue un progreso

importante para el acceso a los servicios sanitarios desde el punto de vista financiero, principalmente para las comunidades que viven en condiciones de pobreza extrema. No obstante, tal como indican Cotlear (2013) y Francke (2013), en situaciones en las que se mantienen obstáculos de estructura y geográficos, como en la Amazonía, acceder a recursos económicos no asegura sin duda un acceso real.

La descentralización que comenzó en el Perú desde 2000 delegó a las autoridades gubernamentales regionales las responsabilidades en el ámbito sanitario, lo cual abarca la administración de las prestaciones sanitarias. Este procedimiento ofreció posibilidades con el fin de adecuar las normas sanitarias al hecho de lugares como Loreto. Sin embargo, también se evidencian restricciones vinculadas con la facultad de las instituciones, la accesibilidad de fondos y la coordinación entre los grados gubernamentales.

La interculturalidad, la igualdad territorial y la perspectiva de factores comunitarios del ámbito sanitario son algunas de las nuevas perspectivas que se ha añadido a las directrices de sanidad pública en los últimos años. La aceptación de la variedad cultural de la Amazonía ha llevado a que se establezcan normativas que busquen incorporar el mecanismo oficial sanitario con la medicina convencional. No obstante, la puesta en práctica de estos métodos todavía afronta obstáculos significativos.

El Ministerio de Salud admite que en los territorios amazónicos se siguen reportando cifras sanitarias más graves que la media nacional, sobre todo en lo que respecta a la mortalidad infantil, la falta de hemoglobina, los padecimientos infecciosos y la accesibilidad a prestaciones elementales (MINSA, 2022). Esta circunstancia muestra que, pese a los progresos en términos de normas e instituciones, continúan existiendo obstáculos de estructura que restringen la repercusión de las directrices estatales en cuanto al ámbito sanitario.

A partir de una perspectiva analítica, el progreso de las directrices sanitarias en la Amazonía peruana se es posible entender a modo de un desarrollo de cambio desde un modelo de atención fragmentada hasta uno más completo, aunque todavía no del todo. La centralización del Estado, la exclusión territorial de la Amazonía y la escasa coordinación dentro de políticas sectoriales son elementos cronológicos que han influido en esta etapa.

1.3 Las epidemias históricas en la región amazónica

La historia sanitaria de la Amazonía peruana está profundamente marcada por la recurrencia de epidemias que han moldeado no solo las condiciones de salud de sus poblaciones, sino también sus dinámicas demográficas, sociales y culturales. Estos episodios epidémicos no pueden entenderse como eventos aislados, sino como procesos estructurales vinculados a la expansión colonial, la integración económica del territorio y las transformaciones ambientales propias de la región.

Desde el periodo colonial, la Amazonía fue escenario de la introducción de enfermedades infecciosas exógenas frente a las cuales las poblaciones indígenas no poseían inmunidad biológica. Enfermedades como la viruela, el sarampión, la gripe y otras infecciones respiratorias se propagaron rápidamente a través de rutas comerciales, misiones religiosas y procesos de contacto forzado. Tal como documenta Santos-Granero (2010), estas epidemias tuvieron efectos devastadores, provocando reducciones drásticas de la población indígena en diversas zonas de la Amazonía entre los siglos XVIII y XIX.

La propagación de estas enfermedades se vio facilitada por múltiples factores estructurales. En primer lugar, la falta de inmunidad previa de las poblaciones indígenas generó tasas de mortalidad excepcionalmente altas. En segundo lugar, las condiciones de movilidad y contacto asociadas a la colonización —como el desplazamiento forzado, la concentración en misiones y la explotación laboral— intensificaron la transmisión de enfermedades. Finalmente, la ausencia de sistemas sanitarios organizados limitó cualquier capacidad de respuesta frente a estos brotes.

Durante el auge del caucho a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, las epidemias adquirieron una nueva dimensión. La intensificación de las actividades económicas en la Amazonía generó un aumento significativo del flujo de personas, lo que facilitó la circulación de patógenos en territorios previamente aislados. Además, las condiciones laborales precarias, la desnutrición y la violencia estructural incrementaron la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas y trabajadores amazónicos frente a enfermedades infecciosas.

En el siglo XX, el perfil epidemiológico de la Amazonía estuvo dominado por enfermedades transmitidas por vectores, particularmente la malaria. Esta enfermedad se consolidó como uno de los principales problemas de salud pública

en la región debido a las condiciones ecológicas favorables para la proliferación del mosquito *Anopheles*. La abundancia de cuerpos de agua, las altas temperaturas y la humedad constante configuran un entorno ideal para la transmisión de esta enfermedad.

La Amazonía, conforme a la Organización Panamericana de la Salud, sigue resultando una de las áreas con más alto número de afecciones de origen tropical dentro de Latinoamérica, como el dengue, malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla (OPS, 2021). Dichas afecciones no solamente constituyen un reto para la salud, sino que igualmente obstaculizan el progreso colectivo y económico de las poblaciones al disminuir el desempeño y producir elevados gastos en servicios médicos.

El dengue, que se transmite a través del mosquito *Aedes aegypti*, ha tenido un aumento considerable en los últimos años debido a la urbanización desorganizada y a las variaciones en las tendencias de clima. La acumulación de agua en circunstancias no apropiadas, sumada al crecimiento de asentamientos humanos en áreas periurbanas, ha propiciado que las colonias de vectores aumenten.

Por otro lado, la leishmaniasis, asociada a prácticas forestales y ambientes campestres, es un desafío constante en las colectividades rurales de la Amazonía. Esta afección muestra el vínculo cercano que existe dentro de la labor humana, los hábitats y la manifestación de afecciones virales.

El intercambio dentro de los elementos sociales y los ecológicos resulta un componente esencial para la evaluación de las epidemias en la Amazonía. Según lo indicado por Patz et al. (2005), la transformación de los ecosistemas, que abarca la deforestación, el crecimiento agrícola y los cambios climáticos, tiene el potencial de cambiar los modelos de propagación de afecciones a través del ajuste en las relaciones entre vectores, hospedadores e individuos. Las epidemias en la Amazonía, por tanto, no son solamente sucesos biológicos; también resultan de cambios socioeconómicos y de territorio.

Pese a los progresos en sanidad pública a lo largo del siglo XX y XXI, los eventos epidemiológicos siguen presentándose con frecuencia en la región. Para controlar las infecciones, ha sido necesario llevar a cabo iniciativas de salud, establecer planes de monitoreo epidemiológico, distribuir fármacos y desarrollar técnicas de tratamiento comunitario. No obstante, la eficacia de estas acciones se

ve restringida por elementos de estructura, tales como la accesibilidad reducida a las prestaciones sanitarias, la infraestructura de salud insuficiente y la división de la población.

La pandemia de COVID-19 también demostró que en la Amazonía continúan existiendo debilidades de estructura. Las colectividades de la Amazonía tuvieron problemas con el fin de obtener asistencia especializada, prestaciones sanitarias y evaluaciones diagnósticas; esto evidenció que era necesario reforzar los mecanismos sanitarios en áreas rurales y con diversidad de cultura.

A partir de un punto de vista histórico, resulta posible entender los eventos epidemiológicos en la Amazonía peruana a modo de un suceso que ocurre de manera reiterada y que muestra cómo interactúan la disparidad social, los cambios del entorno y fragilidad biológica. Esta tendencia histórica hace posible entender que la sanidad pública en la zona no logra restringirse a medidas reactivas ante brotes epidémicos, sino que necesita una perspectiva holística, territorial y de prevención.

1.4 El impacto sanitario del ciclo del caucho

Uno de los procedimientos económicos más influyentes en la trayectoria de la Amazonía peruana fue el auge del caucho, que tuvo lugar entre el cierre del período XIX y las etapas iniciales del XX. No solamente se modificó la estructura económica y metropolitana de la región durante este lapso, al transformar a ciudades como Iquitos en enclaves de dinamismo comercial, sino que asimismo se produjeron efectos comunitarios, demográficos y sanitarios de gran calado cuyas huellas perduran todavía hoy.

Partiendo de un punto de vista económico, el ciclo del caucho incorporó a la Amazonía en los circuitos del capitalismo mundial, fomentando la explotación prolongada de bienes ecológicos para la producción mundial. No obstante, este aumento económico se basó en un esquema extractivo muy desiguales, marcado por el abuso en el trabajo, la carencia de control del Estado y las circunstancias de vida deficientes tanto para los empleados como para las comunidades nativas.

El ciclo del caucho creó un ambiente epidemiológico muy vulnerable desde el punto de vista de salud. Las labores extractivas se llevaban a cabo en áreas distantes, sin disponibilidad de prestaciones sanitarias, agua potable ni

mecanismos de saneamiento, y que además carecían de infraestructura básica. La difusión de afecciones virales tales como fiebre amarilla, malaria, afecciones gastrointestinales y de problemas respiratorios fue propiciada por los refugios caucheros, en los que se agrupaban obreros en circunstancias de hacinamiento

El movimiento de las personas en la Amazonía se incrementó gracias a la extensión del sistema de caucho, lo que permitió que los patógenos circularan en terrenos antes apartados, como apuntan Cueto (2004) y Taussig (1987), Dicha movilidad, combinada con la ausencia de acciones de manejo y precaución sanitaria, causó manifestaciones del virus que se repitieron y que impactaron a las colectividades nativas y a los empleados.

La afectación insuficiente de las comunidades nativas fue una de las características más críticas de la repercusión en la salud del ciclo del caucho. La incorporación forzada de estas poblaciones al sistema extractivo, mediante mecanismos de coerción y violencia, incrementó su exposición a enfermedades para las cuales no tenían inmunidad. Tal como documenta Santos-Granero (2010), la combinación de explotación laboral, desplazamiento territorial y epidemias provocó una drástica reducción demográfica en diversas comunidades amazónicas.

El informe conocido como El Libro Azul, elaborado por Roger Casement en 1912, constituye una de las fuentes más relevantes para comprender las condiciones sociales y sanitarias de este periodo. Este documento evidenció no solo las violaciones sistemáticas de derechos humanos en la Amazonía, sino también las condiciones de extrema precariedad en las que vivían los trabajadores, incluyendo desnutrición, enfermedades no tratadas y ausencia total de atención médica (Casement, 1912). La salud, en este contexto, no era una prioridad dentro del modelo económico, sino un elemento subordinado a la lógica de explotación productiva.

Desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, el ciclo del caucho puede interpretarse como un periodo en el que factores estructurales —como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la exclusión institucional— generaron condiciones propicias para el deterioro sanitario. La ausencia del Estado en la regulación de las condiciones laborales y sanitarias contribuyó a la consolidación de un sistema donde la enfermedad y la mortalidad eran parte del funcionamiento cotidiano de la economía extractiva.

Asimismo, este periodo evidenció la falta de articulación entre desarrollo económico y bienestar social. A pesar del crecimiento económico generado por la exportación del caucho, los beneficios no se tradujeron en mejoras en la calidad de vida de la población local ni en la creación de sistemas de salud sostenibles. Esta desconexión entre crecimiento económico y desarrollo humano constituye una de las principales lecciones históricas del ciclo cauchero.

Desde una perspectiva territorial, el impacto sanitario del ciclo del caucho también estuvo vinculado a la transformación del paisaje amazónico. La apertura de rutas fluviales, el establecimiento de campamentos y la explotación intensiva de recursos naturales alteraron los ecosistemas locales, lo que pudo haber influido en la dinámica de transmisión de enfermedades, particularmente aquellas asociadas a vectores.

En términos históricos, el ciclo del caucho dejó una doble herencia en la Amazonía peruana. Por un lado, impulsó procesos de urbanización e integración económica; por otro, consolidó patrones de desigualdad, exclusión y vulnerabilidad sanitaria que aún persisten en la región. La debilidad institucional evidenciada durante este periodo marcó un precedente en la limitada presencia del Estado en territorios amazónicos, situación que ha influido en la evolución posterior de las políticas de salud pública.

1.5 Expansión del sistema de salud en el siglo XX

A lo largo del siglo XX, el Estado peruano inició un proceso progresivo de expansión del sistema de salud hacia territorios históricamente marginados, entre ellos la Amazonía. Este proceso formó parte de un esfuerzo más amplio de construcción estatal y de integración territorial, mediante el cual se buscó extender la presencia institucional en regiones periféricas y garantizar el acceso de la población a servicios básicos.

En sus primeras etapas, la expansión del sistema sanitario estuvo marcada por la creación de establecimientos de salud en centros urbanos estratégicos de la Amazonía, como Iquitos. La instalación de hospitales regionales y centros médicos representó un avance significativo en la provisión de servicios curativos; sin embargo, esta expansión inicial tuvo un carácter predominantemente urbano, reproduciendo el modelo centralizado del sistema de salud nacional.

Durante la segunda mitad del siglo XX, el Estado peruano impulsó reformas orientadas a ampliar la cobertura sanitaria en zonas rurales. En este marco, la perspectiva de Atención Primaria de Salud (APS) se volvió relevante, y fue consolidado globalmente después de la Declaración de Alma-Ata en 1978. Esta perspectiva fomentaba un esquema sanitario que se enfocaba en la precaución, la accesibilidad justa a los servicios esenciales y la involucración de la comunidad, sobre todo en comunidades desfavorecidas.

La puesta en marcha de la APS en la Amazonía peruana propició que se constituyera una red de servicios sanitarios de alta calidad, integrada por entidades y puestos sanitarios esparcidos por poblaciones rurales. Además, se implementaron tácticas como unidades médicas móviles, programas de vacunación y acciones para controlar las afecciones virales. Estas medidas posibilitaron que las comunidades que, por razones históricas, se encontraban apartadas del mecanismo sanitario se acercaran a prestaciones sanitarias.

Sin embargo, el sistema de salud en la Amazonía tuvo que lidiar con restricciones de estructura que afectaron su eficacia. La asistencia continuada se vio dificultada por una infraestructura de movilidad restringida, la división territorial de los habitantes y los obstáculos para acceder. Además, la falta de personal sanitario, sobre todo de doctores y profesionales en disposición de laborar en áreas rurales y con escaso acceso, contribuyó a ese hecho.

El mecanismo sanitario peruano ha lidiado, a lo largo de la historia, con dificultades de segregación y distribución inequitativa de medios, tal como indican Francke (2013) y Cotlear (2013). Estas restricciones son más marcadas en las zonas amazónicas, en las cuales se necesitan tácticas diversas y una mayor factura logística para proveer las prestaciones.

La continuidad de un método principalmente curativo dentro del mecanismo de salud resultó otro factor significativo durante este procedimiento. Aunque la asistencia básica ha mejorado, una proporción significativa del capital estatal siguió enfocándose en centros médicos más complejos situados en áreas urbanas. Esta circunstancia provocó una inestabilidad en la distribución de fondos, lo que impidió mejorar las prestaciones sanitarias comunitarias en zonas rurales.

En las décadas finales del siglo XX, la administración del sistema sanitario empezó a incluir métodos novedosos, entre los que se encuentran la

descentralización administrativa y la implementación de proyectos dirigidos a colectivos de vulnerabilidad. El objetivo de tales modificaciones era aumentar la eficacia del mecanismo y ajustar las directrices de salud a las circunstancias locales. No obstante, su ejecución en la Amazonía fue dispar y estuvo muy influida por la habilidad organizacional de las instituciones gubernamentales locales.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), las zonas amazónicas todavía muestran diferencias importantes en cuanto a indicadores que miden la accesibilidad de infraestructura, la entrada a las prestaciones sanitarias y dotación de trabajadores sanitarios (2022). Estas disparidades no solamente muestran restricciones tácticas, sino asimismo inequidades históricas en el progreso regional de la nación.

La distribución territorial de los recursos sanitarios evidencia un patrón de concentración en las principales ciudades, especialmente en la costa. Mientras estas áreas cuentan con hospitales especializados, equipamiento avanzado y mayor inversión pública, muchas comunidades amazónicas dependen de establecimientos de salud de baja complejidad, con recursos limitados y capacidad restringida de resolución.

Desde una perspectiva crítica, la expansión del sistema de salud en el siglo XX puede interpretarse como un proceso necesario pero insuficiente para garantizar la equidad sanitaria en la Amazonía. Si bien se lograron avances importantes en cobertura y presencia institucional, no se abordaron de manera integral los determinantes estructurales que condicionan el acceso a la salud en territorios amazónicos.

En esta línea, la vivencia del siglo XX enseña a la sanidad pública actual una instrucción esencial: el crecimiento físico de las prestaciones sanitarias, si bien es crucial, no basta para eliminar las disparidades en términos de salud. Para que estas intervenciones sean efectivas, se requieren directrices holísticas que traten aspectos como la infraestructura básica, el ámbito educativo, el progreso del territorio, la involucración de las comunidades y la interculturalidad.

CAPÍTULO II

Determinantes sociales de la salud en la región loreto



2.1 La salud más allá de los servicios médicos

La interpretación actual de la salud pública ha cambiado de manera notable partiendo de perspectivas que solo se enfocan en el cuidado médico a visiones más extensas que admiten que las condiciones económicas, comunitarias, de cultura y del medio ambiente tienen un impacto decisivo en la salud poblacional. En este contexto, el bienestar ya no es considerada solamente como el efecto de operaciones médicas; en cambio, se entiende en calidad de una construcción social compleja que está íntimamente ligada a las circunstancias de vida de los individuos.

En la discusión académica y en el diseño de políticas gubernamentales en todo el mundo, la noción de determinantes comunitarios de la salud ha cobrado un papel central. La OMS (Organización Mundial de la Salud) describe estos determinantes como el contexto en el que los individuos nacen, se desarrollan, residen laboran y llegan a una edad avanzada, además de los sistemas económicos, sociales y gubernamentales que tienen impacto en la repartición del poder, las posibilidades y los medios (WHO, 2010). Este concepto subraya que el bienestar es el producto de procedimientos de estructura y no simplemente de las resoluciones adoptadas a nivel personal o de cómo funciona el mecanismo sanitario.

Bajo este enfoque, las inequidades sanitarias no constituyen eventos del entorno o inevitables, sino que constituyen la manifestación de disparidades comunitarias más extensas. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud indica que las disparidades en términos de enseñanza, residencia, el ingreso a las prestaciones básicas, circunstancias de trabajo e ingresos originan marcadas discrepancias en los índices médicos entre diversos conjuntos poblacionales (Marmot et al., 2008). Por lo tanto, tratar la salud pública significa intervenir sobre dichos determinantes estructurales con el fin de disminuir las desigualdades y optimizar el confort de la población.

En Loreto, la perspectiva de determinantes comunitarios resulta particularmente importante gracias a la combinación de diversos elementos que crean una situación de salud altamente vulnerable. La Amazonía peruana tiene rasgos territoriales singulares, como la escasa conectividad, el apego a los medios

acuáticos y la división de la población, que impactan de forma directa en la accesibilidad a prestaciones sanitarias y el bienestar de las colectividades.

Adicionalmente, las circunstancias económicas y sociales del área ayudan a que se mantengan las disparidades en el ámbito sanitario. Las posibilidades de los individuos con el fin de lograr un estado de salud apropiado se ven limitadas por la informalidad económica, la pobreza y las restricciones en la accesibilidad a trabajo y enseñanza. La falta de cobertura adecuada de prestaciones elementales, como agua potable, suministro eléctrico y saneamiento, complica estas circunstancias. Estos elementos aumentan la vulnerabilidad a las afecciones virales y deterioran la condición de vida.

La dimensión ambiental constituye otro determinante clave en la región amazónica. El vínculo estrecho entre los hábitats y las poblaciones significa que las alteraciones en el medio ambiente, como la polución de ríos, la deforestación o el calentamiento global, afectan directamente al bienestar de los habitantes. En este sentido, la salud en la Amazonía no puede analizarse de manera aislada del entorno natural, sino como parte de un sistema socio ecológico interdependiente.

Por otra parte, la evaluación de los determinantes sociales de la salud incluye un aspecto más debido a la variedad cultural de la zona. La existencia de comunidades nativas que poseen mecanismos de información propia hace necesario incluir perspectivas interculturales en las directrices de salud. Si las prestaciones sanitarias no son culturalmente apropiadas, pueden surgir obstáculos para la accesibilidad y restringir la eficacia de las acciones sanitarias.

Los determinantes comunitarios de la salud son capaces de clasificar en varios grados partiendo de un punto de vista analítico. En el plano estructural, se incluyen elementos como la repartición del dominio, las directrices públicas y el esquema económico. Las circunstancias de vida, que incluyen el aprendizaje, el trabajo, la residencia y la accesibilidad a prestaciones elementales, están en un grado intermedio. Por último, en un grado más cercano, están los elementos personales y sociales que afectan la conducta sanitaria.

En la región Loreto, el intercambio de dichos grados da lugar a una tendencia continua de disparidad en términos de salud. Por ejemplo, la falta de infraestructura básica (nivel intermedio) está vinculada a decisiones de inversión pública y planificación territorial (nivel estructural), lo que a su vez condiciona la exposición de la población a riesgos sanitarios (nivel inmediato).

En este contexto, la salud pública no puede limitarse a la provisión de servicios médicos. Si bien estos servicios son fundamentales, su impacto es limitado si no se abordan simultáneamente los determinantes sociales que influyen en la salud. Como sostiene Sen (1999), el desarrollo humano implica la ampliación de las capacidades de las personas para vivir una vida larga y saludable; esto requiere intervenir sobre las condiciones estructurales que limitan dichas capacidades.

2.2 Pobreza y desigualdad territorial

Uno de los determinantes sociales más influyentes en la salud de las poblaciones es la pobreza, entendida no solo como la insuficiencia de ingresos, sino como una condición multidimensional que limita el acceso a oportunidades, servicios básicos y condiciones de vida adecuadas. La literatura de sanidad pública ha registrado extensamente la asociación con respecto a afección y pobreza, poniendo de manifiesto que los conjuntos empobrecidos tienen una expectativa de vida más baja, experimentan más problemas con el fin de acceder a prestaciones sanitarias y muestran grados de morbilidad más altos.

Según Amartya (1999), la pobreza tiene que comprender, partiendo de la perspectiva del progreso humano, a modo de la falta de habilidades esenciales para vivir con dignidad. En esta línea, la sanidad es un elemento del confort y a la vez una vía destinada al avance de diversas habilidades. Cuando las condiciones económicas restringen el acceso a alimentación adecuada, vivienda segura, educación y servicios de salud, las personas enfrentan mayores riesgos de enfermedad y limitaciones en su desarrollo integral.

En la región Loreto, la pobreza presenta características particulares que la diferencian de otras regiones del país. No se trata únicamente de una pobreza monetaria, sino de una pobreza territorialmente condicionada por factores geográficos, logísticos y estructurales. El aislamiento relativo de la región, su limitada integración a los mercados nacionales y la dependencia del transporte fluvial generan restricciones significativas para el desarrollo económico y el acceso a bienes y servicios.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la pobreza monetaria en la región amazónica se mantiene por encima del promedio nacional, con una incidencia más alta en zonas rurales y comunidades indígenas

(INEI, 2023). Estas áreas presentan condiciones de mayor vulnerabilidad debido a la limitada presencia del Estado, la baja cobertura de servicios básicos y las dificultades de acceso a oportunidades económicas.

La salud se ve afectada por la pobreza mediante diversos sistemas interconectados. En primer lugar, las familias con recursos más bajos tienen obstáculos económicos para acceder a prestaciones sanitarias, aun en situaciones en las que hay sistemas de garantía como el Seguro Integral de Salud. Los gastos indirectos, como el tiempo dedicado a acceder a las prestaciones, los hábitos alimentarios en el camino y la movilidad representan barreras importantes, particularmente en regiones amazónicas donde viajar resulta extenso y costoso.

En siguiente lugar, la calidad de la comida se ve afectada de forma directa por la pobreza. La accesibilidad a suministros saludables se encuentra limitada por las restricciones económicas, lo que genera dificultades como la anemia en los niños y la falta de nutrición continua, muy comunes en esa área. Estos obstáculos alimentarios producen un impacto duradero en el progreso mental y corporal de la población, lo que hace que los ciclos de pobreza se mantengan durante varias generaciones.

En tercer lugar, las condiciones de vivienda asociadas a la pobreza incrementan la exposición a riesgos sanitarios. Viviendas sin acceso a agua potable, con sistemas de saneamiento precarios o inexistentes, y ubicadas en zonas vulnerables a inundaciones o contaminación ambiental, favorecen la aparición de enfermedades infecciosas, particularmente enfermedades diarreicas, parasitarias y vectoriales.

A estos factores se suma la desigualdad territorial, que constituye una dimensión clave en el análisis de la salud en la Amazonía. La distribución de recursos, infraestructura y servicios públicos no es homogénea en el territorio. Mientras que centros urbanos como Iquitos concentran hospitales, especialistas y mayor inversión pública, muchas comunidades rurales dependen de establecimientos de salud de baja complejidad, con limitaciones en equipamiento, medicamentos y personal.

Esta desigualdad territorial se traduce en diferencias significativas en los indicadores de salud entre poblaciones urbanas y rurales. Las comunidades más alejadas presentan mayores tasas de enfermedades infecciosas, menor acceso a servicios de salud y mayores dificultades para recibir atención oportuna. Como

señalan Marmot et al. (2008), las inequidades en salud están estrechamente vinculadas con la distribución desigual de recursos en el territorio, lo que genera diferencias sistemáticas en las oportunidades de vivir una vida saludable.

Desde una perspectiva estructural, la pobreza y la desigualdad territorial en la región Loreto reflejan procesos históricos de marginalización y limitada integración al desarrollo nacional. La concentración de inversiones en zonas costeras y urbanas ha dejado rezagadas a regiones amazónicas, generando brechas persistentes en infraestructura, educación y servicios básicos.

En este escenario, no resulta posible tratar la sanidad pública en la Amazonía sin considerar el crecimiento del territorio. Para disminuir las disparidades de salud, se necesitan medidas públicas holísticas que conecten acciones sanitarias con tácticas para disminuir la pobreza, optimizar la infraestructura básica, potenciar la enseñanza y fomentar la expansión económica a nivel local.

Adicionalmente, resulta esencial que al crear normativas públicas se adopte un método territorial que tenga en cuenta las características de cultura y geográficas propias de la selva amazónica. Esto supone la creación de esquemas de asistencia sanitaria que se ajusten a la división de la población, el fortalecimiento de la logística de salud y el fomento del involucramiento comunitario en la administración de las prestaciones.

2.3 Educación y salud pública

La enseñanza, por su potencial con el fin de influir en las conductas personales y en las posibilidades de progreso estructural, forma parte de los factores colectivos que más afectan el bienestar de las comunidades. Se ha comprobado en múltiples investigaciones de sanidad pública que grados más altos de educación se relacionan con hallazgos médicos más favorables, como una mejor esperanza de vida, una disminución en la mortalidad infantil y un descenso en la frecuencia de afecciones evitables.

A partir de un enfoque analítico, la instrucción es un factor transversal que afecta a diversas dimensiones del ámbito sanitario. Primero optimiza la habilidad de los individuos con el fin de entender los datos sanitarios, lo que permite adoptar actividades precautorias, utilizar correctamente las prestaciones sanitarias y tomar resoluciones fundamentadas. Posteriormente, la educación

brinda más posibilidades económicas, lo que hace posible mejorar las circunstancias de vida, nutrición y residencia. En última instancia, potencia la involucración de los ciudadanos y el capital social, elementos que igualmente tienen un impacto en el bienestar de la población.

La enseñanza constituye una de las tres dimensiones esenciales del progreso humano, en compañía de la integración y el bienestar, según lo admite el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2022). Esta relación es bidireccional y dinámica: las personas con mayor nivel educativo tienden a tener mejores condiciones de salud, mientras que una buena salud favorece la permanencia y el rendimiento en el sistema educativo. Así, el bienestar y la enseñanza se fortalecen de manera mutua en un núcleo beneficioso de progreso.

La conexión respecto a enseñanza y bienestar tiene una importancia particular en la región de Loreto a causa de las disparidades de estructura que impactan el ámbito educativo. La carencia de infraestructura pedagógica, la complicación para acceder a colectividades rurales y la división de la población a nivel geográfico producen demoras en el rendimiento educativo, sobre todo en los grados de secundaria. En numerosas ocasiones, los alumnos tienen que trasladarse a grandes distancias o mudarse a áreas urbanas con el fin de seguir con su educación, lo que eleva el índice de abandono académico.

Estas restricciones en la educación impactan de manera directa e indirecta en la salud de los ciudadanos. La ausencia de educación disminuye la habilidad para entender comunicaciones preventivas, restringe el entendimiento acerca de métodos de cuidado personal y alimentación, y obstaculiza la accesibilidad a datos sobre derechos en términos de salud. Por tanto, las comunidades con un grado de educación más bajo son más vulnerables a afecciones virales, desafíos relacionados con la nutrición y peligros de salud vinculados a su entorno.

El papel de la enseñanza en el fomento de conductas sanas es un elemento particularmente importante. Los individuos con un alto grado pedagógico suelen asumir costumbres que benefician su salud, como mantener una alimentación equilibrada, utilizar prestaciones sanitarias preventivos y seguir los esquemas de vacunación. Además, la educación fomenta que disminuyan los comportamientos de peligro, como el uso de componentes dañinos o actividades peligrosas en lo que respecta a la salud sexual y de reproducción.

La enseñanza se vuelve un recurso esencial con el fin de prevenir afecciones en el área amazónica, en la cual factores comunitarios y del medio ambiente aumentan el contacto con peligros sanitarios. El fomento de la educación sanitaria, en el entorno social y académico, favorece el fortalecimiento de las habilidades locales con el fin de hacer frente a los desafíos sanitarios y optimizar el bienestar.

Uno de los elementos más decisivos en el bienestar de los niños es la educación materna. Varios estudios han evidenciado que un grado educativo más alto de las madres está fuertemente vinculado con hallazgos superiores en términos de alimentación, vacunación y sobrevivencia de los niños. Conforme a Victoria et al. (2011), las mujeres con una educación más alta poseen más posibilidades de utilizar prestaciones prenatales, asegurar protocolos de vacunación integrales y asumir actividades apropiadas para cuidar a los niños y alimentarlos.

Con el fin de optimizar la sanidad pública en Loreto, en el cual los índices de afecciones virales y anemia infantil aún son altos, reforzar la formación de las mujeres constituye una estrategia esencial. La educación del sexo femenino tiene un efecto, no únicamente en el bienestar de sus vástagos, sino igualmente en la involucración comunitaria y en la adopción de decisiones domésticas.

La relevancia cultural de la educación constituye otro factor relevante. La existencia de poblaciones nativas que poseen cosmovisiones y hablas únicas en la Amazonía hace necesario el desarrollo de esquemas pedagógicos interculturales que incorporen saberes tradicionales junto con materiales formales. La enseñanza intercultural bilingüe no solamente favorece la preservación de la identidad cultural, sino que además posibilita que se transmitan saberes acerca del bienestar en escenarios que son culturalmente apropiados.

A partir de una óptica de estructura, las disparidades académicas en la región de Loreto son un reflejo de inequidades territoriales más extensas. La insuficiente inversión en infraestructura pedagógica, la carencia de profesores en áreas rurales junto con la accesibilidad a internet reducida son obstáculos que inciden sobre la accesibilidad a una formación de excelencia. Estas circunstancias prolongan períodos de fragilidad de salud y pobreza, creando disparidades entre generaciones.

Dentro de esta situación, resulta crucial que las regulaciones sanitarias y pedagógicas se articulen. El fomento de proyectos educativos relacionados con la salud, la incorporación de temas como la higiene, la alimentación y el cuidado de afecciones dentro del plan de estudios, así como el refuerzo de la educación a nivel comunitario, tienen el potencial de aportar considerablemente a optimizar los indicadores sanitarios dentro de la región.

2.4 Nutrición, anemia infantil y desarrollo humano

La nutrición constituye uno de los indicadores más sensibles del bienestar social y del desarrollo humano, porque expresa de manera directa la calidad de vida de los hogares, el acceso a alimentos nutritivos, la eficacia de los servicios de salud y las condiciones sanitarias del entorno. En contextos de vulnerabilidad territorial, como la región Loreto, los problemas nutricionales —especialmente la anemia infantil— no deben interpretarse como un fenómeno aislado, sino como la manifestación de desigualdades estructurales asociadas a pobreza, inseguridad alimentaria, deficiente acceso a agua segura y limitada cobertura de servicios básicos (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2024).

En el Perú, la anemia infantil sigue siendo uno de los problemas de salud pública más persistentes. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en 2024 la anemia afectó al 35,3% de los niños de 6 a 35 meses a nivel nacional (INEI, 2024). Sin embargo, la situación es considerablemente más grave en la Amazonía. En Loreto, la prevalencia alcanzó 50,9%; en Amazonas, 46,4%; y en Ucayali, 42,8% (INEI, 2024). Esto implica que Loreto supera el promedio nacional en más de 15 puntos porcentuales, evidenciando una situación crítica en comparación con otras regiones amazónicas.

Si se amplía el análisis a niños de 6 a 59 meses, las brechas territoriales persisten. En 2024, Loreto registró una prevalencia de anemia de 50,8%, mientras que Ucayali presentó 38,7% y Amazonas 38,5% (INEI, 2024). Este patrón confirma que Loreto concentra una mayor carga nutricional negativa, lo que se asocia a factores estructurales como el acceso limitado a servicios básicos, la dispersión geográfica y las debilidades en la provisión de servicios de salud (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC Perú], 2024).

La persistencia de la anemia en Loreto responde, en primer lugar, a restricciones en la calidad de la dieta. Aunque la Amazonía posee una amplia biodiversidad alimentaria, esta no siempre se traduce en dietas diversificadas o adecuadas en micronutrientes. Factores como los altos costos de transporte, la limitada conectividad territorial y la dependencia de mercados locales con oferta restringida condicionan el acceso a alimentos ricos en hierro (INEI, 2024). En términos de desarrollo humano, esto evidencia que la riqueza natural del territorio no se transforma automáticamente en bienestar nutricional.

En segundo lugar, las brechas en agua potable y saneamiento básico explican en gran medida las diferencias regionales. En 2024, solo el 22,4% de las viviendas en Loreto accedía a agua por red pública para consumo, frente al 28,3% en Ucayali y 79,9% en Amazonas (INEI, 2024). En cuanto al acceso a servicios higiénicos conectados a red pública, Loreto registró 39,9%, Ucayali 38,2% y Amazonas 51,6% (INEI, 2024). Estas diferencias son relevantes, ya que la exposición a agua contaminada y condiciones sanitarias deficientes incrementa el riesgo de infecciones intestinales, afectando la absorción de nutrientes y agravando la anemia (Organización Mundial de la Salud [WHO], 2017).

Un tercer factor está vinculado al nivel educativo y las prácticas de cuidado infantil. La anemia no depende únicamente de la disponibilidad de alimentos, sino también del conocimiento sobre lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación con hierro. Diversos estudios han demostrado que la educación materna influye directamente en la salud infantil y en la reducción de enfermedades prevenibles (Victora et al., 2011). En contextos donde la educación sanitaria es limitada, aumentan las probabilidades de prácticas alimentarias inadecuadas.

Desde una perspectiva de desarrollo humano, las consecuencias de la anemia infantil son profundas. Esta condición afecta el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y la productividad futura de las personas, limitando sus capacidades para participar en la vida económica y social (Sen, 1999). En regiones como Loreto, donde existen brechas estructurales en educación, infraestructura y servicios, la persistencia de la anemia contribuye a la reproducción de ciclos de pobreza intergeneracional.

La comparación con otras regiones amazónicas permite reforzar este análisis. Mientras Amazonas presenta niveles elevados de anemia, cuenta con

mejores condiciones de acceso a agua potable y saneamiento, lo que contribuye a mitigar algunos factores de riesgo. Por su parte, Ucayali presenta indicadores intermedios, aunque también enfrenta limitaciones en infraestructura básica. Loreto, en cambio, combina una alta prevalencia de anemia con mayores brechas en servicios básicos, lo que evidencia un problema estructural más profundo (INEI, 2024).

En este contexto, la reducción de la anemia infantil en Loreto requiere un enfoque integral que articule intervenciones en salud, nutrición, educación, saneamiento y desarrollo territorial. No es suficiente implementar programas aislados; se requiere una estrategia multisectorial que aborde los determinantes sociales de la salud y promueva condiciones de vida dignas. Solo mediante este enfoque será posible transformar la nutrición infantil en una base sólida para el desarrollo humano sostenible en la Amazonía peruana.

2.5 Agua potable, saneamiento y salud ambiental

El acceso a agua potable y a sistemas adecuados de saneamiento constituye uno de los determinantes más críticos de la salud pública, especialmente en territorios con alta vulnerabilidad estructural como la región Loreto. La evidencia internacional ha demostrado de manera consistente que las condiciones de agua, saneamiento e higiene conocidas como el enfoque WASH (Water, Sanitation and Hygiene) influyen directamente en la carga de enfermedades infecciosas, el estado nutricional infantil y la calidad de vida de las poblaciones (World Health Organization [WHO], 2017).

En el Perú, las brechas en acceso a servicios básicos siguen siendo significativas y presentan marcadas diferencias territoriales. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en 2024 solo el 22,4% de los hogares en Loreto accedía a agua por red pública para consumo, mientras que en regiones amazónicas comparables como Ucayali este indicador alcanzaba 28,3% y en Amazonas 79,9% (INEI, 2024). Estas cifras evidencian que Loreto presenta una de las situaciones más críticas en acceso a agua segura a nivel nacional y regional.

De manera similar, en el acceso a saneamiento básico se observan desigualdades relevantes. En Loreto, apenas el 39,9% de las viviendas cuenta con servicio higiénico conectado a red pública, cifra inferior a regiones como Amazonas (51,6%) y cercana a Ucayali (38,2%), pero aún muy por debajo de

estándares adecuados de salubridad (INEI, 2024). Estas limitaciones estructurales crean condiciones propicias para la transmisión de enfermedades infecciosas, particularmente en contextos rurales e indígenas.

La ausencia de agua segura y de sistemas adecuados de eliminación de excretas y residuos sólidos favorece la propagación de enfermedades como diarreas, parasitosis intestinales, infecciones cutáneas y otras patologías asociadas a entornos insalubres. Estas enfermedades afectan de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables, especialmente a los niños menores de cinco años, quienes presentan mayor riesgo de deshidratación, malnutrición y mortalidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En la región amazónica, las condiciones de acceso al agua presentan características particulares que reflejan desigualdades territoriales históricas. En muchas comunidades de Loreto, el abastecimiento depende de fuentes naturales como ríos, quebradas o pozos artesanales. Si bien estos recursos forman parte del entorno natural, su uso sin tratamiento adecuado expone a la población a contaminantes biológicos como bacterias, virus y parásitos, así como a contaminantes químicos derivados de actividades extractivas (CDC Perú, 2024).

La cercanía entre fuentes de agua y actividades domésticas, productivas o extractivas incrementa significativamente el riesgo de contaminación. La disposición inadecuada de residuos sólidos, la falta de alcantarillado y la persistencia de prácticas como la defecación al aire libre contribuyen a un ciclo de transmisión de enfermedades difícil de interrumpir. En este contexto, la relación entre agua, saneamiento y salud es directa y acumulativa.

Según la OPS (2021), las afecciones gastrointestinales siguen representando un de las razones primordiales de morbilidad de los infantes en áreas donde la accesibilidad a agua potable y la limpieza básica queda restringida. Estas afecciones, además de causar repercusiones inmediatas en el bienestar, igualmente generan repercusiones por mucho tiempo. Esto se debe a que la recurrencia de incidentes diarreicos perjudica la asimilación de nutriciones, lo cual facilita a la anemia infantil y a la desnutrición persistente (WHO, 2017).

La accesibilidad a agua potable y limpieza, partiendo del punto de vista de la sanidad pública, constituye un factor que configura la calidad de vida. La existencia de agua limpia hace más fáciles actividades primordiales con el fin de

prevenir afecciones virales, tales como la higiene de las manos, la protección de los niños y la correcta preparación de comida. En esta línea, la inversión en la instalación de agua y saneamiento genera un impacto incrementador en el progreso de las personas y en el ámbito sanitario.

El contraste a nivel regional ayuda a comprender de forma más precisa la intensidad del conflicto. A pesar de que regiones como Amazonas han alcanzado niveles más altos de cobertura de agua potable, lo cual favorece la mejora de los servicios sanitarios, Loreto presenta una combinación con respecto a una cobertura reducida en prestaciones y un índice elevado de afecciones virales. Esto evidencia un vínculo directo entre la infraestructura básica y los logros sanitarios (INEI, 2024). Ucayali, por su parte, presenta una situación intermedia, aunque también enfrenta desafíos importantes.

El análisis igualmente incluye una dimensión del medio ambiente, que es esencial. La Amazonía es un entorno muy susceptible a las acciones humanas, y prácticas como la polución de los ríos, la tala de árboles y la extracción de petróleo tienen un impacto directo en la condición del agua. Esto afecta el bienestar humano y asimismo la sustentabilidad de los mecanismos de vida de las colectividades nativas que se apoyan de su medio natural con el fin de sobrevivir.

A partir de la perspectiva de los determinantes sociales sanitarios, la accesibilidad a agua apta con el fin del consumo y al saneamiento representa una de las medidas más rentable para disminuir las disparidades de salud. La OMS ha indicado que el progreso en estos servicios tiene el potencial de disminuir considerablemente el peso de afecciones virales y ayudar a disminuir la mortalidad de los infantes. (WHO, 2017).

Sin embargo, las acciones en este campo no tienen que restringirse a la infraestructura tangible, Es indispensable incluir elementos de instrucción en salud, involucramiento comunitario y sostenibilidad en la administración de las prestaciones. Para asegurar la operación de los mecanismos de agua y saneamiento por mucho tiempo, es fundamental que la comunidad se apropie de ellos, sobre todo en las zonas rurales y amazónicas.

Además, la aplicación de estas políticas debe incluir una perspectiva intercultural que reconozca los usos clásicos del agua y fomente alternativas acordes con las circunstancias locales. Si se unen la tecnología adecuada, la

información local y la implicación de la comunidad, es posible lograr acciones sumamente eficaces y duraderas.

En ese sentido, el acceso a agua potable y saneamiento debe ser entendido no solo como un servicio básico, sino como un derecho fundamental y un componente esencial del desarrollo humano. En la región Loreto, avanzar en este ámbito representa una de las estrategias más efectivas para mejorar la salud pública, reducir desigualdades estructurales y promover el bienestar sostenible de la población amazónica.

2.6 Transporte fluvial y acceso a servicios de salud

La geografía amazónica constituye uno de los factores estructurales más determinantes en la organización del sistema de salud en la región Loreto. A diferencia de otras regiones del país donde predomina la conectividad terrestre, en la Amazonía el transporte fluvial representa el principal medio de movilidad entre comunidades, centros poblados y ciudades intermedias. Esta característica territorial no solo define la dinámica económica y social de la región, sino que también condiciona de manera directa el acceso a los servicios de salud.

Loreto es la región más extensa del Perú, con más de 368 mil km², y presenta una de las densidades poblacionales más bajas del país, con aproximadamente 2,8 habitantes por km², lo que refleja una alta dispersión territorial (INEI, 2023). En este contexto, gran parte de la población se encuentra asentada a lo largo de ríos y afluentes, dependiendo casi exclusivamente del transporte fluvial para su desplazamiento. Esta realidad contrasta significativamente con regiones como Lima o La Libertad, donde más del 90% de la población tiene acceso a redes viales terrestres y transporte continuo.

La dependencia del transporte fluvial implica que el acceso a los establecimientos de salud está condicionado por múltiples factores: distancia, tiempo de navegación, condiciones climáticas y disponibilidad de embarcaciones. En comunidades rurales de Loreto, los traslados hacia centros de salud de primer nivel pueden tomar entre 2 y 6 horas, mientras que el acceso a hospitales de mayor complejidad como el Hospital Regional de Loreto en Iquitos puede requerir entre 12 y 48 horas o más de viaje fluvial, dependiendo de la ubicación geográfica (MINSA, 2022). En áreas como Arequipa o Lambayeque, en las que la

duración media para acceder a centros médicos referenciados no excede las dos horas, la condición es diferente.

La accesibilidad geográfica es uno de los obstáculos más importantes del mecanismo de salud, y esta situación es la que la determina. Según la Organización Mundial de la Salud (2010), para que exista una accesibilidad eficiente a las prestaciones sanitarias, no solamente es necesaria una cobertura financiera, sino asimismo que estos estén disponibles y sean accesibles en términos físicos. En territorios amazónicos como Loreto, esta capacidad de acceso está gravemente restringida, lo que causa disparidades en la accesibilidad al servicio médico.

El efecto de estas barreras es especialmente grave en circunstancias de urgencia. La demora en la asistencia forma parte de los elementos clave relacionados con la mortalidad materna en situaciones de emergencia obstétrica. El Ministerio de Salud (MINSA, 2022) señala que las áreas amazónicas tienen tasas de mortalidad materna más altas que la media nacional, en gran medida a causa de los obstáculos para acceder a prestaciones centrados en el momento adecuado. Las tasas son mucho más bajas en áreas con elevada conexión, como Lima, gracias a que los servicios obstétricos están disponibles de inmediato.

De igual forma, los contratiempos en la accesibilidad a la atención médica podrían empeorar afecciones graves, accidentes y epidemias. En regiones donde las enfermedades infecciosas tienen una alta prevalencia, como el dengue y la malaria, la rapidez de reacción es un elemento crucial para prevenir dificultades. La facilidad de acceso geográfica se vuelve un elemento crucial para la eficacia de las acciones sanitarias en Loreto, en el cual se agrupan más de 90% de los incidentes de malaria a nivel nacional (OPS, 2021).

El precio de la movilidad fluvial, parte del período que toma el recorrido, es un obstáculo económico importante. En numerosas comunidades, la renta de un barco podría suponer un gasto alto en comparación con las ganancias de la familia, lo cual retarda o evita la búsqueda de servicios médicos. Este componente demuestra que la retarda o evita la búsqueda de servicios médicos. Este componente demuestra que la capacidad de acceso no solo es geográfica, sino igualmente económica, o cual agudiza las disparidades en el acceso sanitario.

A partir del punto de vista estructural, la movilidad mediante la vía fluvial es capaz de ser visto como un factor cívico del bienestar porque influye de forma

directa los indicadores médicos de la población y determina el acceso a servicios indispensables. La escasa conectividad afecta no solamente la asistencia sanitaria, sino igualmente el suministro de fármacos, la entrega de suministros y la retención del equipo médico en áreas campestres.

En comparación con otras regiones amazónicas, como Ucayali y Amazonas, Loreto presenta mayores desafíos debido a su extensión territorial y menor conectividad relativa. Mientras que Ucayali cuenta con una mayor articulación vial en su capital (Pucallpa), Loreto depende casi exclusivamente de rutas fluviales, lo que incrementa las brechas de acceso. Amazonas, por su parte, presenta mejores niveles de conectividad terrestre en varias provincias, lo que facilita el acceso a servicios de salud en comparación con Loreto.

En respuesta a estos desafíos, el Estado ha implementado estrategias adaptadas al contexto amazónico, como brigadas médicas itinerantes, campañas de atención integral y el uso de embarcaciones como unidades móviles de salud. Además, las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS) han hecho posible que la atención pública y los de salud se acerquen a poblaciones distantes por medio de operaciones multisectoriales.

No obstante, dichas tácticas, a pesar de ser significativas, tienen restricciones en cuanto a su persistencia y sostenibilidad. Debido a su naturaleza temporal, no es posible solucionar dificultades de entrada estructurales; por lo tanto, es crucial potenciar el nivel inicial de asistencia en las colectividades, dándole una superior habilidad para solucionar.

La innovación tecnológica también ofrece oportunidades relevantes. Como muestra, la telemedicina facilita la accesibilidad a asistencia centrada y disminuye la demanda de desplazamientos largos. Sin embargo, su aplicación en la Amazonía se ve limitada por problemas con la conectividad digital, que sigue siendo escasa en las áreas rurales de Loreto.

A partir de la perspectiva de las políticas públicas, optimizar la conexión fluvial y crear mecanismos de movilidad de salud eficaces es una propiedad estratégica. Esto significa no solamente invertir en equipo e infraestructura, sino asimismo desarrollar mecanismos de logística que aseguren una asistencia apropiada a tiempo, particularmente en circunstancias de urgencia.

Por lo tanto, el desplazamiento fluvial no solamente debe considerarse un recurso de circulación, sino también como una parte esencial del mecanismo

sanitario en la Amazonía. La habilidad de incorporar las circunstancias territoriales en la formulación de normativas públicas será una variable fundamental con el fin de disminuir las disparidades sanitarias en la región Loreto, ya que la accesibilidad geográfica es esencial con el fin de asegurar el derecho de salud.

2.7 Hacia un enfoque integral de salud y desarrollo humano

La prueba científica que se ha recopilado en los últimos años ha probado de forma sostenida que el crecimiento sostenible del bienestar poblacional no es posible solo a través de la ampliación de las prestaciones médicas. Aunque es crucial mejorar el sistema de salud, su efecto queda restringido si no se tratan al mismo tiempo los elementos de estructura que establecen las circunstancias de vida de la gente. Con este propósito, la sanidad pública del presente se ha desarrollado en direcciones holísticas que aceptan la interrelación entre el bienestar, el progreso social, la economía, la enseñanza y el entorno natural.

La perspectiva sobre los factores sociales del bienestar ha hecho posible que se vea que las inequidades sanitarias constituyan, fundamentalmente, la manifestación de disparidades comunitarias más extensas. Según lo indica la OMS (Organización Mundial de la Salud), las circunstancias en las que los individuos nacen se desarrollan, habitan y laboran son factores fundamentales para el bienestar sanitario (WHO, 2010). Por esta razón, las políticas públicas enfocadas en el mejoramiento de la salud necesitan combinarse con acciones en áreas como la vivienda, la infraestructura, el trabajo, la formación y la salvaguardia del medio ambiente.

En este contexto, la visión holística del paradigma de crecimiento humano ayuda a entender que el bienestar es un aspecto esencial de la calidad de vida. Según Amartya Sen (1999), el progreso debe ser visto como una expansión de las habilidades de los individuos para vivir la vida que aprecian. En estas circunstancias, la salud no solamente constituye un objetivo en sí misma, sino que igualmente constituye una vía a fin de ejercer diversas habilidades, entre las cuales se encuentran la instrucción, el involucramiento en la sociedad y la eficiencia económica.

Este método, cuando se emplea a la región Loreto, supone que no resulta factible tratar los desafíos sanitarios sin tener en cuenta el ámbito territorial. La

anemia en los infantes, las enfermedades infecciosas y las desigualdades en la accesibilidad a prestaciones básicas son factores críticos que continúan presentes debido a la interrelación de varias condiciones de estructura, como por ejemplo la pobreza, la inestabilidad medioambiental, la escasa infraestructura y la inequidad territorial.

En consecuencia, con el fin de incrementar la salud en la Amazonía, resulta crucial integrar las normativas públicas. Esto supone coordinar medidas en diversas áreas para evitar la división institucional que, a lo largo de la historia, ha hecho menos efectivas las medidas. Como muestra, para reducir la anemia en los niños es necesario no solamente establecer a agua potable, instrucción sobre alimentación, prestaciones sanitarias básicas y protección alimentaria.

Asimismo, la accesibilidad auténtica a las prestaciones sanitarias en la zona de Loreto no solamente se basa en que haya centros de salud disponibles, sino asimismo en otros elementos como la conexión territorial, el transporte marítimo, las instalaciones logísticas y cómo está repartido el equipo sanitario. Esto demuestra que la sanidad pública necesita ser entendida partiendo de un punto de vista territorial, que incorpore las cualidades de cultura y geográficas de la Amazonía.

La inclusión de la dimensión medioambiental resulta otra característica esencial de una perspectiva holística. En zonas amazónicas, la salud tiene una relación directa con la condición de los hábitats. El bienestar de las poblaciones se ve afectada de forma directa por la polución de los ríos, el calentamiento global y la devastación forestal, lo cual crea nuevos peligros de salud y empeora dificultades preexistentes. Por ello, la protección ambiental debe ser considerada como parte de las estrategias de salud pública.

Asimismo, la diversidad cultural de la región exige la incorporación de un enfoque intercultural en las políticas sanitarias. Para que los sistemas biomédicos y convencionales de información puedan coexistir, resulta necesario contar con esquemas de asistencia que integren e identifiquen ambas perspectivas, fomentando la colaboración de las poblaciones en el manejo de su bienestar.

A partir del punto de vista del manejo público, para que se construyan mecanismos de salud justos en las regiones amazónicas es necesario optimizar la distribución de fondos, perfeccionar la gobernanza e implementar competencias a escala local y regional. Aunque la descentralización ha posibilitado que las

prestaciones sanitarias se gestionen con más autonomía, asimismo ha puesto de manifiesto que es necesario robustecer las habilidades de gestión y técnicas para hacer frente a los retos territoriales.

En esta coyuntura, para progresar en Loreto en dirección a una perspectiva holística de bienestar y progreso humano es necesario asumir un punto de vista sistémico que conecte varias dimensiones:

- Dimensión social: el refuerzo del capital humano, la disminución de la pobreza y el avance del ámbito educativo.
- Dimensión territorial: optimización de la infraestructura, la accesibilidad a las prestaciones básicas y la conexión.
- Dimensión sanitaria: potenciación del inicial grado de asistencia y mitigación de patologías.
- Dimensión ambiental: disminución de peligros ecológicos y salvaguarda de los hábitats.
- Dimensión cultural: incluir la interculturalidad en las normativas sanitarias.

La inclusión de estas dimensiones posibilita la creación de un esquema de progreso más justo, en el que la salud no sea solo una consecuencia, sino además un eje articulador de la prosperidad social.

Por lo tanto, el reto destinado a la región de Loreto no es simplemente optimizar los índices de salud, sino también cambiar las circunstancias de estructura que crean inequidad. Para esto, resulta necesario que las colectividades participen activamente, que haya cooperación entre sectores y normativas públicas sustentadas.

En última instancia, asumir un enfoque holístico de progreso humano y sanidad conlleva aceptar que el bienestar es una facultad esencial y un elemento clave para el progreso sostenible. Esta perspectiva resulta no solo factible, sino también esencial con el fin de edificar un porvenir sumamente equitativo, integrador y resistente en las regiones amazónicas, en las cuales las disparidades son mayores.

CAPÍTULO III

**Sistema de salud en Loreto:
estructura, cobertura y limitaciones
estructurales**



3.1 El sistema de salud en territorios amazónicos

El sistema sanitario en la región Loreto afronta retos de estructura que lo distinguen notoriamente de diversos entornos territoriales peruanos. Estas características no se deben solamente a restricciones de financiación o institucionales, sino también a la compleja interacción entre elementos demográficos, comunitarios, de cultura y geográficos que dan forma a un ambiente de salud sumamente estricto.

A partir de un punto de vista territorial, la Amazonía peruana posee una gran área geográfica con escasa densidad de población y una notable división de los poblados. Loreto, que tiene más de 368 mil km² y una densidad cercana a 2,8 personas por km², es la región más amplia y una de las poco habitadas de la nación (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023). En comparación, regiones como Lima presentan densidades superiores a 250 habitantes por km², lo que facilita la provisión de servicios públicos, incluyendo salud.

Esta dispersión territorial implica que gran parte de la población vive en comunidades ubicadas a lo largo de ríos y afluentes, muchas de ellas en condiciones de aislamiento relativo. A diferencia de regiones costeras como La Libertad o Lambayeque, donde la infraestructura vial permite una conectividad permanente, en Loreto el transporte fluvial constituye el principal medio de desplazamiento, lo que condiciona directamente el acceso a los servicios de salud.

Esta dependencia introduce una variable crítica: la accesibilidad geográfica. Según la Organización Mundial de la Salud, el acceso efectivo a los servicios de salud no depende únicamente de la cobertura financiera, sino también de la disponibilidad y accesibilidad física de los servicios (World Health Organization [WHO], 2010). En Loreto, los tiempos de traslado hacia establecimientos de salud pueden extenderse entre varias horas y días, lo que limita la atención oportuna, especialmente en emergencias.

En términos comparativos, mientras en regiones como Arequipa o Lima el tiempo promedio de acceso a servicios hospitalarios es menor a 2 horas, en zonas rurales de Loreto el acceso puede superar las 12 a 24 horas, e incluso varios días en comunidades más alejadas (Ministerio de Salud [MINSA], 2022). Esta brecha territorial se traduce en desigualdades significativas en los resultados sanitarios.

Desde el punto de vista demográfico, la dispersión poblacional representa otro desafío estructural. La provisión de servicios en territorios con baja densidad implica mayores costos operativos y dificultades logísticas. Mientras que en regiones urbanas un establecimiento de salud puede atender a miles de personas en un radio reducido, en Loreto los establecimientos deben cubrir poblaciones pequeñas distribuidas en grandes extensiones geográficas, lo que reduce la eficiencia del modelo tradicional de atención sanitaria.

A estos factores se suma la dimensión sociocultural. Loreto alberga una alta diversidad de pueblos indígenas, lo que introduce la necesidad de enfoques interculturales en la prestación de servicios de salud. La falta de adecuación cultural como la ausencia de personal que hable lenguas originarias o la desconsideración de prácticas tradicionales puede generar barreras adicionales de acceso (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Desde una perspectiva epidemiológica, estas limitaciones territoriales se reflejan en indicadores sanitarios menos favorables. Por ejemplo, la región Loreto concentra más del 90% de los casos de malaria del Perú, lo que evidencia las dificultades para implementar estrategias de prevención y control en territorios de difícil acceso (OPS, 2021). Asimismo, indicadores como anemia infantil, enfermedades infecciosas y mortalidad materna tienden a ser más elevados en comparación con regiones costeras.

El Ministerio de Salud MINSA (2022) afirma que Loreto muestra una de las más grandes disparidades en lo respecta al acceso de sistemas de salud, recursos humanos sanitarios y equipo médico. Por otro lado, zonas como Lima agrupan la más alta cantidad de hospitales complejos y expertos, lo cual intensifica las disparidades en la accesibilidad a prestaciones de calidad según la región.

A partir de la perspectiva de los sistemas sanitarios, estas disparidades son una manifestación de dificultades de estructura que tienen que ver con la gobernanza, el financiamiento y la gestión del sector. Los programas de salud en América Latina tienen el reto de progresar hacia la cobertura global, asegurando no solamente acceso económico, sino igualmente calidad, disponibilidad e igualdad, según indican Frenk y Gómez-Dantés (2014).

La sanidad pública en regiones amazónicas necesita perspectivas distintas que vayan más allá de los métodos tradicionales, en este contexto. No es factible

reproducir modelos de ciudad en áreas rurales dispersas; es necesario una perspectiva territorial que incorpore la cultura, la geografía y las circunstancias sociales al crear normativas públicas.

En Loreto, el sistema de salud no se fortalece solamente con la ampliación de hospitales. Aunque los hospitales desempeñan un papel fundamental, su efecto queda restringido sin una robusta red de servicios primordiales. La asistencia básica resulta fundamental para que se detecten precozmente las afecciones, para el monitoreo de los enfermos y con el fin de fomentar el bienestar en poblaciones remotas.

Del mismo modo, resulta imprescindible fomentar alternativas novedosas que se ajusten al entorno amazónico, tales como:

- Brigadas médicas itinerantes
- Unidades fluviales de atención
- Telemedicina
- Agentes comunitarios de salud

Estas estrategias permiten reducir las brechas de acceso, aunque requieren fortalecimiento institucional para garantizar su sostenibilidad.

Este análisis permite comprender que el sistema sanitario en Loreto no solo enfrenta limitaciones, sino también oportunidades para desarrollar modelos de atención innovadores, interculturales y territorialmente pertinentes, orientados al desarrollo humano y la equidad en salud.

3.2 Organización del sistema de salud en el Perú

El sistema de salud peruano se caracteriza por una estructura fragmentada y segmentada, conformada por múltiples subsistemas que operan con distintos esquemas de financiamiento, cobertura poblacional y niveles de gestión. De manera histórica, uno de los retos más grandes con el fin de asegurar la igualdad, la eficiencia y la accesibilidad universal a las prestaciones sanitarias ha sido esta organización institucional.

En términos generales, el sistema de salud en el Perú está integrado por cuatro grandes componentes: el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, y el sector privado. Todo de dichos subsistemas se ocupa de distintos

sectores poblacionales, lo que crea disparidades en cuanto al acceso, la calidad y la persistencia del cuidado.

El Ministerio de Salud (MINSA) ejerce la función de autoridad del sistema sanitario del país. Entre sus funciones están la planificación sanitaria, el desarrollo de políticas públicas, la supervisión y regulación de los servicios sanitarios, y asegurar que la población en riesgo o sin seguro reciba atención. Bajo este contexto, el MINSA tiene la responsabilidad de poner en marcha estrategias que busquen la cobertura universal de salud, centrándose especialmente en la prevención de afecciones y la asistencia básica.

El Seguro Integral de Salud (SIS) es uno de los medios sumamente importantes en este procedimiento. Se estableció con el propósito de aumentar la disponibilidad de servicios médicos para las comunidades con recursos limitados. Este sistema ha posibilitado eliminar obstáculos económicos para acceder al cuidado sanitario, aunque todavía existen retos vinculados con la calidad de la atención, la capacidad resolutoria de las entidades y la accesibilidad a servicios.

EsSalud, de esta manera, ofrece cobertura a los empleados formales y sus seres queridos; se financia mediante contribuciones. Este subsistema posee una red exclusiva de centros de salud, que suelen tener un equipamiento superior al del MINSA. Esto provoca una diferenciación en la calidad de los servicios. A esto se añaden los servicios de salud de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas, que brindan atención a sus trabajadores en unidades cerradas, así como el sector privado, que funciona con criterios de mercado y está enfocado sobre todo en las personas con mayor capacidad para pagar.

Esta estructura segmentada del sistema de salud ha sido ampliamente analizada en la literatura especializada. Conforme a Francke (2013), la accesibilidad a las prestaciones sanitarias se ve afectado por la existencia de varios subsistemas que cuentan con diferentes grados de cobertura y financiamiento, lo que impacta sobre todo a las comunidades de mayor vulnerabilidad.

En el ámbito territorial, la organización del sistema sanitario se articula a través de niveles de gobierno. El Perú comenzó a descentralizarse en el inicio del siglo XXI y, como resultado, se delegó una cantidad importante de responsabilidades a los gobiernos regionales, especialmente en la administración de prestaciones sanitarias. En este marco, las Direcciones Regionales de Salud

(DIRESA) asumieron la responsabilidad de gestionar la red de centros sanitarios en toda región.

La DIRESA cumple un papel esencial en la planificación, administración y monitoreo de las prestaciones sanitarias en zonas como Loreto. Esto abarca la gestión de hospitales, establecimientos y puestos de salud, además de la puesta en marcha de iniciativas para prevenir y controlar las afecciones. No obstante, la administración regional se topa con serias restricciones vinculadas a la habilidad técnica, a las circunstancias geográficas y a los medios disponibles.

Se ha posibilitado que la adopción de decisiones esté más próxima a los territorios debido a la descentralización de la salud, lo cual es una posibilidad para adecuar las políticas sanitarias a las exigencias locales. Sin embargo, igualmente ha mostrado puntos débiles institucionales, especialmente en áreas con reducida habilidad gubernamental. La descentralización en la salud afronta retos relacionados con la fragmentación de funciones, la escasa coordinación entre gobiernos y las diferencias en la distribución de fondos, según indica Francke (2013).

En este escenario, la coordinación dentro de los gobiernos regionales, los locales y el nacional se vuelve un factor esencial para que el sistema de salud funcione. El gobierno nacional, por medio del MINSA, define políticas y directrices generales; los organismos regionales son responsables de la prestación de prestaciones; y los gobiernos locales se involucran en actividades relacionadas con el progreso social, el saneamiento básico y el fomento de la sanidad.

La complejidad geográfica y la dispersión de la población hacen que esta articulación sea aún más importante en áreas amazónicas como Loreto. Con el fin de asegurar la persistencia de las prestaciones, mejorar la utilización de los medios y reaccionar a tiempo a las demandas de la ciudadanía, es esencial que exista una cooperación eficiente dentro de los niveles gubernamentales.

Además, la estructuración del sistema de salud debe incluir una perspectiva intercultural y territorial que considere las singularidades de la Amazonía. Esto significa ajustar los esquemas de asistencia a las circunstancias geográficas, reforzar el nivel inicial de asistencia y fomentar la implicación de las colectividades en la administración sanitaria.

A partir de un punto de vista orientado al progreso, uno de los retos más importantes para Perú es la eliminación de la división del sistema sanitario. Con

el fin de optimizar la rectoría del MINSA, optimizar la coordinación dentro de subsistemas y asegurar que los medios se distribuyan de manera más justa, es necesario evolucionar hacia un modelo más estructurado, justo y eficaz.

3.3 La Dirección Regional de Salud Loreto

La Dirección Regional de Salud Loreto (DIRESA Loreto) es la entidad principal que gestiona el sistema de salud en términos regionales y tiene como responsabilidad poner en marcha las políticas sanitarias del país en el espacio amazónico y ajustarlas a las características geográficas, sociales y de cultura locales. La DIRESA, en el contexto del proceso de descentralización, juega un papel crucial como intermediario entre la entidad central el Ministerio de Salud y la prestación inmediata de prestaciones comunitarias.

A partir de un punto de vista institucional, las responsabilidades fundamentales de la DIRESA Loreto son: supervisar los centros sanitarios, gestionar recursos humanos y económicos, planificar la sanidad a nivel regional, poner en marcha programas de salud pública y llevar a cabo vigilancia epidemiológica. La diversidad territorial y la dispersión de la población hacen necesario que estas labores se realicen en un entorno sumamente complicado, disponiendo de una habilidad de administración que sea adaptable y flexible.

La DIRESA gestiona una red de centros sanitarios dispuestos en grados de asistencia. Esta red está compuesta por hospitales (de segundo y tercer nivel), así como también por establecimientos sanitarios y departamentos de salud (de nivel inicial). Esta red pretende asegurar la cobertura sanitaria en todo el territorio regional, brindando desde prestaciones básicas de asistencia básica hasta asistencia especializada en hospitales más complejos, situados mayoritariamente en Iquitos.

El nivel inicial de asistencia constituye el núcleo del sistema de salud a nivel regional. Los puestos y entidades sanitarias desempeñan un papel crucial en el fomento de la salud, la asistencia básica y el cuidado de afecciones. En zonas amazónicas, en numerosas ocasiones, estos centros constituyen el único vínculo entre la gente y el sistema de salud. No obstante, la escasez de equipo, medicamentos y personal calificado suele restringir su habilidad para resolver problemas.

Los hospitales de la región, en cambio, se enfocan en los servicios más complejos, que abarcan asistencia especializada, urgencias y hospitalización. Sin embargo, la centralización de dichas prestaciones en áreas urbanas causa que la accesibilidad sea complicada, debido a que numerosas poblaciones rurales tienen serios problemas para llegar hasta estos lugares.

Uno de los mayores retos para la DIRESA es la dispersión poblacional y el volumen territorial de Loreto, que es el área más grande del Perú. Las comunidades rurales están ubicadas a través de amplios sistemas de ríos, frecuentemente aisladas. En este marco, asegurar la cobertura sanitaria supone vencer obstáculos económicos, geográficos y logísticos que impiden la accesibilidad a tiempo a las prestaciones sanitarias.

Los pacientes, en numerosas ocasiones, tienen que viajar extensas distancias en medio de traslado marítimo para recibir servicios médicos, lo cual puede suponer horas o días de trayecto. Esta circunstancia impacta, en particular, la atención de emergencias, el monitoreo de afecciones crónicas y la posibilidad de acceder a prestaciones especializadas, lo que causa disparidades importantes en los resultados médicos.

Además de las limitaciones geográficas, la DIRESA Loreto enfrenta desafíos relacionados con la disponibilidad y distribución de recursos humanos. La escasez de profesionales de salud en zonas rurales y de difícil acceso constituye un problema estructural. Muchos establecimientos carecen de médicos permanentes, dependiendo de personal técnico o de visitas periódicas de brigadas de salud. Esta situación limita la capacidad del sistema para brindar atención continua y de calidad.

De acuerdo con informes del Ministerio de Salud, la región Loreto presenta brechas significativas en infraestructura sanitaria, equipamiento médico y disponibilidad de profesionales, especialmente en comunidades rurales e indígenas (MINSA, 2022). Estas brechas reflejan desigualdades históricas en la asignación de recursos y evidencian la necesidad de fortalecer la inversión pública en salud en la región.

En respuesta a estas limitaciones, la DIRESA ha implementado estrategias adaptadas al contexto amazónico, como brigadas itinerantes de salud, campañas integrales en comunidades alejadas y coordinación con programas multisectoriales. Asimismo, iniciativas como las Plataformas Itinerantes de

Acción Social (PIAS) han permitido acercar servicios básicos a poblaciones rurales mediante intervenciones móviles.

No obstante, estas estrategias, si bien relevantes, suelen tener un carácter temporal y no siempre logran garantizar una atención continua. Por ello, uno de los principales desafíos de la DIRESA Loreto es fortalecer el primer nivel de atención, dotándolo de mayor capacidad resolutive, recursos adecuados y personal capacitado para responder a las necesidades de la población.

Otro aspecto fundamental es la vigilancia epidemiológica. En una región caracterizada por la presencia de enfermedades infecciosas y vectoriales, la DIRESA cumple un rol clave en la detección temprana de brotes, el monitoreo de enfermedades y la implementación de medidas de control. Sin embargo, las limitaciones en conectividad y logística dificultan la recolección oportuna de información y la respuesta rápida ante emergencias sanitarias.

Desde una perspectiva de gestión pública, la DIRESA Loreto enfrenta el desafío de mejorar la eficiencia en el uso de recursos, fortalecer la planificación territorial y articular acciones con otros sectores, como educación, vivienda y saneamiento. La salud, en este contexto, debe ser abordada como un componente del desarrollo integral de la región.

Asimismo, la incorporación de un enfoque intercultural resulta esencial para mejorar la efectividad de las intervenciones sanitarias. La atención en salud debe considerar las prácticas tradicionales, los idiomas locales y las formas de organización comunitaria, promoviendo la confianza y la participación de la población en el sistema de salud.

3.4 Infraestructura sanitaria en la región

La infraestructura sanitaria constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud. No se limita únicamente a la existencia de establecimientos, sino que comprende el conjunto de recursos físicos, tecnológicos y logísticos que permiten la prestación de servicios en condiciones adecuadas. En territorios como la región Loreto, donde predominan la dispersión poblacional y las barreras geográficas, la infraestructura adquiere un rol aún más estratégico en la organización del sistema sanitario.

El sistema de salud en Loreto se estructura en tres niveles de atención, siguiendo el modelo establecido a nivel nacional:

- Primer nivel de atención: constituido por establecimientos sanitarios y departamentos de salud, enfocados en el tratamiento de afecciones, el cuidado primario y el fomento de la sanidad.
- Segundo nivel de atención: conformado por hospitales auxiliares que ofrecen prestaciones especializadas primarias y cuidado de sofisticación media.
- Tercer nivel de atención: ilustrado por centros médicos regionales de gran complejidad, que reúnen innovaciones médicas de vanguardia, prestaciones especializadas y la facultad sanitaria para tratar casos difíciles.

Este esquema tiene como objetivo asegurar una asistencia escalonada, en la cual el nivel inicial funcione como puerta de acceso al mecanismo y solucione la mayor parte de las dificultades sanitarias, mientras que los niveles superiores se ocupen de las situaciones más complejas.

La base del sistema de salud y el punto inicial de interacción con los ciudadanos en la región Loreto es el inicial grado de asistencia. Los establecimientos de salud y los cargos están repartidos por todo el territorio, abarcando también a las poblaciones nativas y campestres. No obstante, numerosos de estos locales tienen importantes restricciones en cuanto a infraestructura física, equipo, provisión de fármacos y accesibilidad de empleados capacitados. Estas restricciones disminuyen su habilidad para resolver problemas y crean una dependencia más alta de los grados elevados.

El segundo nivel de asistencia sanitaria, que está reflejado por hospitales de soporte en las capitales provinciales, desempeña un papel intermedio. Estos centros brindan prestaciones como cirugía básica, medicina general, asistencia a las mujeres y los niños, así como ciertas disciplinas médicas. Sin embargo, su habilidad está limitada por la falta de recursos humanos y equipo especializado, lo que complica el tratamiento de situaciones más complejas.

El Hospital Regional de Loreto, el centro médico más importantes de la región, se encuentra en Iquitos, por lo que la ciudad es el núcleo del tercer nivel de asistencia. En la atención de pacientes que necesitan tratamientos avanzados, internación complicada y prestaciones de emergencia con gran capacidad para

resolver problemas, este hospital cumple una función esencial. En calidad de referencia local, su función conlleva atender pacientes que vienen de varias provincias amazónicas, numerosas de las personas que tienen circunstancias de acceso difíciles.

No obstante, la centralización de las prestaciones de elevada complejidad en Iquitos produce serias disparidades territoriales. Acceder al Hospital Regional en el caso de numerosas poblaciones rurales significa trasladarse durante mucho tiempo por el río, pagar tarifas elevadas de movilidad y tener que hacer extensos viajes. Esta circunstancia restringe que se realicen las referencias de los pacientes a tiempo y, en numerosas ocasiones, empeora la salud debido a demoras en la asistencia.

La logística de salud y la conexión son elementos esenciales del sistema, aparte de la infraestructura tangible. La limitada disponibilidad de medios de comunicación, la falta de sistemas eficientes de referencia y contrarreferencia, y las dificultades en el transporte de pacientes e insumos médicos afectan la continuidad de la atención. En este contexto, la infraestructura sanitaria debe entenderse como un sistema integrado que incluye no solo establecimientos, sino también redes de transporte, comunicación y abastecimiento.

El Banco Mundial ha señalado que uno de los principales desafíos para los sistemas de salud en regiones amazónicas es garantizar la equidad territorial en la distribución de servicios, de modo que las poblaciones más alejadas puedan acceder a atención oportuna y de calidad (Banco Mundial, 2020). En el caso de Loreto, este desafío se traduce en la necesidad de fortalecer la red de establecimientos de primer nivel, descentralizar algunos servicios especializados y mejorar la conectividad entre los distintos niveles de atención.

La aptitud del organismo para reaccionar ante crisis de salud, como epidemias o catástrofes naturales, está también fuertemente relacionada con el estándar de la infraestructura de salud. En una zona con vulnerabilidad elevada a sucesos climáticos y afecciones virales, es fundamental tener instalaciones apropiadas, de operación y bien equipadas para resguardar el bienestar de los habitantes.

A partir del punto de vista de la administración pública, para optimizar el sistema de salud en Loreto es necesario un plan estratégico a nivel territorial que tome en cuenta dónde están situados los establecimientos sanitarios, cómo está

repartida la población y las vías para acceder. Esto significa no solo crear nuevas instituciones, sino asimismo mejorar la utilización de las que ya existen, fortalecer su capacidad para resolver problemas y asegurar que sigan siendo sostenibles en términos operativos.

Además, la inclusión de herramientas como la telemedicina es capaz de ayudar a disminuir los vacíos en la accesibilidad a prestaciones especializadas, haciendo posible que los centros menos complejos tengan asistencia técnica remota. No obstante, su aplicación se basa en que se realicen optimizaciones en la infraestructura tecnológica de la zona y en la conexión digital.

3.5 Recursos humanos en salud

El estándar, la disponibilidad y la repartición de los recursos humanos en el área sanitaria son uno de los elementos que más influyen en la operación eficaz de todo organismo de salud. En áreas difíciles, como la región Loreto, en la que las barreras geográficas y la división de la población limitan la accesibilidad a las prestaciones, el personal sanitario se vuelve un recurso clave para asegurar una administración apropiada que garantice asistencia adecuada y de calidad.

En el Perú, los recursos humanos en salud están conformados por médicos, enfermeros, obstetras, técnicos de salud, especialistas y otros profesionales que participan en la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, la distribución de este personal no es homogénea en el territorio. En la región Loreto, existe una marcada concentración de profesionales en zonas urbanas, especialmente en la ciudad de Iquitos, mientras que las áreas rurales y comunidades indígenas enfrentan una escasez significativa de personal sanitario.

Esta desigualdad en la distribución del recurso humano genera brechas importantes en el acceso a servicios de salud. En muchas comunidades rurales, la atención sanitaria recae principalmente en técnicos de enfermería o agentes comunitarios, quienes, si bien cumplen un rol fundamental en la atención primaria, no cuentan con la formación necesaria para resolver casos complejos o emergencias médicas. Como resultado, la capacidad resolutoria del sistema en estas zonas es limitada.

La escasez de especialistas constituye otro desafío relevante. La mayoría de los profesionales especializados, como médicos cirujanos, pediatras, ginecólogos y especialistas en salud pública, se concentran en hospitales urbanos,

lo que restringe el acceso a servicios especializados para la población rural. Esta situación obliga a los pacientes a desplazarse hacia Iquitos, incrementando los costos, los tiempos de atención y el riesgo de complicaciones.

La Organización Panamericana de la Salud ha señalado que uno de los principales desafíos para los sistemas de salud en América Latina es la escasez y la mala distribución del personal sanitario, particularmente en territorios rurales, amazónicos y de difícil acceso (OPS, 2021). Esta problemática no solo afecta la cobertura de los servicios, sino también la calidad de la atención y la continuidad del cuidado.

En la región Loreto, las dificultades para atraer y retener profesionales de salud en zonas rurales están asociadas a múltiples factores. Dentro de ellos sobresalen la infraestructura reducida de las instalaciones, el poco acceso a servicios básicos en las poblaciones, los escasos beneficios financieros, las condiciones adversas de trabajo y los obstáculos para acceder. Estos elementos disminuyen las ganas de los empleados de quedarse en estas áreas de forma prolongada.

En contestación a esta problemática, el Estado Peruano ha puesto en marcha el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), un proyecto que permite que los especialistas recién graduados sirvan por un tiempo en áreas rurales y de difícil acceso. En zonas como Loreto este proyecto ha ayudado a extender la cobertura de recursos humanos a lo largo del tiempo, posibilitando que haya profesionales de enfermería, doctores y diversos especialistas en poblaciones que no tendrían acceso a estas prestaciones de otra manera.

Sin embargo, el SERUMS tiene restricciones de estructura. Su naturaleza temporal conlleva una elevada rotación de empleados, lo que obstaculiza el mantenimiento de la asistencia y el establecimiento de vínculos confiables con las colectividades. Asimismo, numerosos profesionales no se quedan en la zona después de terminar su período de labor, lo que imposibilita la creación de equipos médicos fijos.

A partir del punto de vista de la administración del organismo de salud, el reto no es solo aumentar la cantidad de especialistas, sino también optimizar su rendimiento, reparto y duración. Esto exige la elaboración de directrices holísticas de recursos humanos que contengan estímulos financieros y no

financieros, posibilidades para capacitarse, circunstancias de trabajo apropiadas y sistemas para la identificación profesional.

Adicionalmente, resulta esencial consolidar del nivel inicial de asistencia a través de la formación continua del personal sanitario, la introducción de tecnologías que apoyen, por ejemplo, la telemedicina y la creación de equipos multidisciplinarios capaces de atender los requerimientos de los ciudadanos en su conjunto.

La colaboración de agentes comunitarios sanitarios es otra pieza clave; estos actores son cruciales para promover la salud y prevenir afecciones en áreas rurales. Tienen la capacidad de funcionar como enlace entre el sistema sanitario y la población gracias a su entendimiento del lenguaje, las costumbres culturales y el área, lo que hace más fácil aplicar acciones sanitarias.

La capacitación de recursos humanos en el ámbito sanitario, partiendo de una perspectiva intercultural, tiene que incluir habilidades que posibiliten un trato respetuoso hacia la diversidad cultural. Esto abarca la habilidad de construir vínculos de seguridad con las poblaciones, el entendimiento de actividades sanitarias convencionales y el dominio de idiomas indígenas.

Por lo tanto, los recursos humanos sanitarios constituyen uno de los retos de estructura más importantes para el organismo de salud en la región de Loreto. Es esencial su correcta administración con el fin de disminuir las disparidades en la accesibilidad, optimizar el nivel de la asistencia y robustecer el potencial del mecanismo para atender las demandas de la ciudadanía.

Con el fin de progresar en dirección a un sistema sanitario sumamente justo, con integración territorial y enfocado en el progreso humano en la Amazonía peruana, resulta indispensable reforzar el recurso humano.

3.6 Cobertura sanitaria y acceso a servicios de salud

Uno de los parámetros sumamente importantes con el fin de valorar el rendimiento de los sistemas sanitarios es la cobertura sanitaria, ya que muestra la posibilidad del Estado de asegurar que la población tenga acceso a prestaciones médicas fundamentales. En Perú, el acceso a la sanidad ha mejorado de manera importante en las últimas décadas, sobre todo luego de poner en marcha políticas que buscan extender el seguro sanitario, como el Seguro Integral de Salud (SIS).

El SIS ha resultado concebido en calidad de un sistema de salvaguardia financiera orientado, sobre todo, a las comunidades que están en estado de fragilidad y pobreza. A través de este sistema, millones de peruanos han podido acceder a consultas médicas, medicamentos, intervenciones quirúrgicas básicas y servicios preventivos sin incurrir en gastos directos elevados. En regiones como Loreto, donde predominan condiciones socioeconómicas adversas, el SIS representa el principal instrumento de financiamiento para la atención sanitaria de la población.

No obstante, expandir la cobertura financiera no asegura de manera autónoma la accesibilidad genuina a las prestaciones sanitarias. Para entender las restricciones de estructura del sistema de salud en regiones amazónicas, esta diferenciación es esencial. La accesibilidad efectiva conlleva la capacidad real de emplear prestaciones en circunstancias apropiadas, oportunas y elevadas, en tanto que la cobertura alude a la facultad formal de acceder a ellos.

La transformación de cobertura en entrada real está limitada por diversos motivos en la región de Loreto. En primer lugar, las barreras geográficas constituyen uno de los principales obstáculos. La dispersión poblacional, la dependencia del transporte fluvial y las largas distancias hacia los establecimientos de salud dificultan el acceso oportuno, especialmente para comunidades rurales y poblaciones indígenas.

En segundo lugar, la limitada infraestructura sanitaria reduce la disponibilidad de servicios. Muchos establecimientos de salud en zonas rurales carecen de equipamiento adecuado, medicamentos suficientes o capacidad resolutoria, lo que obliga a los pacientes a desplazarse hacia centros urbanos para recibir atención especializada. Esta situación genera sobrecarga en los hospitales regionales y limita la eficiencia del sistema.

En tercer lugar, la escasez y distribución desigual de recursos humanos en salud afecta la continuidad y calidad de la atención. La falta de profesionales en zonas rurales implica que, aun cuando exista cobertura financiera, los servicios no estén disponibles de manera permanente o adecuada.

Desde una perspectiva conceptual, la Organización Mundial de la Salud plantea que el acceso universal a la salud debe entenderse como un proceso integral que involucra cuatro dimensiones fundamentales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios (WHO, 2010). Estas

dimensiones permiten analizar de manera más precisa las brechas existentes en el sistema sanitario.

- Disponibilidad: existencia suficiente de establecimientos, personal y recursos sanitarios.
- Accesibilidad: posibilidad de acceder a los servicios sin barreras geográficas, económicas o culturales.
- Aceptabilidad: adecuación de los servicios a las características culturales y sociales de la población.
- Calidad: provisión de servicios seguros, efectivos y centrados en el paciente.

En el caso de Loreto, las brechas se manifiestan en cada una de estas dimensiones. La disponibilidad es limitada en zonas rurales; la accesibilidad se ve afectada por la geografía; la aceptabilidad enfrenta desafíos en contextos interculturales; y la calidad de los servicios varía significativamente entre áreas urbanas y rurales.

La persistencia de la asistencia constituye otro factor importante. En numerosas poblaciones amazónicas, la asistencia médica se lleva a cabo de forma esporádica por medio de brigadas o actividades periódicas. Esta modalidad representa un obstáculo para el monitoreo de pacientes con afecciones crónicas, la supervisión del desarrollo de los infantes y la puesta en marcha de proyectos de prevención prolongados.

Además, una dimensión esencial radica en la accesibilidad a innovaciones médicas y medicamentos. La escasez de terapias, que se debe a los problemas logísticos para el traslado y depósito de recursos médicos en áreas amazónicas, restringe la eficacia de las medidas sanitarias.

CAPÍTULO IV

**Perfil epidemiológico y situación
sanitaria en la región loreto**



4.1 La importancia del análisis epidemiológico

Con el fin de entender la condición sanitaria de un grupo poblacional y guiar estratégicamente el desarrollo, la ejecución y el análisis de normativas gubernamentales relacionadas con la salud, es esencial analizar el perfil epidemiológico. La epidemiología, en tanto que disciplina, posibilita el estudio de la frecuencia, repartición y determinantes de las afecciones, lo cual produce pruebas fundamentales para decidir en materia de sanidad pública.

A partir de un punto de vista práctico, el estudio epidemiológico no se restringe a detallar la aparición de afecciones; también posibilita el reconocimiento de patrones de salud con el paso del período, colectivos amenazados y factores de riesgo. Este estudio es fundamental en ámbitos como el peruano, en los que existen grandes disparidades de territorio, para distribuir los bienes de forma eficaz y dar prioridad a las medidas según las verdaderas necesidades de los ciudadanos.

La evaluación epidemiológica en la región Loreto tiene una importancia especial, por el intercambio que se produce entre los factores económicos, sociales y medioambientales que determinan la salud de sus poblaciones. La Amazonía peruana posee rasgos ecológicos particulares, siendo alta humedad, clima tropical, variedad biológica y una gran cantidad de cuerpos de agua, de los cuales contribuyen a la permanencia de afecciones virales, en particular las que son transmitidas por vectores como los mosquitos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

La propagación de afecciones como la leptospirosis, dengue, parasitosis y malaria se ve favorecida por estas circunstancias, que se combinan con restricciones de estructura como el acceso limitado a agua potable, prestaciones sanitarias y suministro primario. En efecto, en la zona de Loreto, Perú, se presenta más del 90% de los incidentes de malaria. Esto demuestra la magnitud del desafío comparado con otras zonas del país, donde la incidencia resulta prácticamente nula o escasa (Ministerio de Salud [MINSA], 2022).

Si se compara con regiones de la costa, como Lima o Arequipa, las diferencias son notorias. Mientras estas presentan una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y una menor incidencia de enfermedades infecciosas, en Loreto persiste una carga significativa de enfermedades transmisibles. Esta

diferencia responde a factores ambientales, pero también a desigualdades en infraestructura, acceso a servicios básicos y condiciones de vida.

Paralelamente, la región Loreto viene experimentando cambios sociales asociados a procesos de urbanización, migración interna y transformación de los estilos de vida. Estos cambios han favorecido la aparición progresiva de enfermedades no transmisibles, como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades representan actualmente una de las principales causas de mortalidad a nivel global, incluyendo países en desarrollo (WHO, 2021).

Este proceso se conoce como transición epidemiológica. Tal como plantea Omran (2005), las sociedades transitan de un predominio de enfermedades infecciosas hacia uno dominado por enfermedades crónicas. Sin embargo, esta transición no ocurre de manera uniforme. En regiones como Loreto, caracterizadas por desigualdades estructurales, se observa una coexistencia de ambos tipos de enfermedades.

En este contexto, la región presenta una doble carga de enfermedad, donde persisten enfermedades infecciosas propias de entornos vulnerables y, al mismo tiempo, emergen enfermedades crónicas asociadas a cambios en la alimentación, el sedentarismo y la urbanización. Esta situación también se observa en otras regiones amazónicas como Ucayali y Amazonas, aunque en Loreto la intensidad es mayor debido a sus condiciones geográficas y sociales.

La doble carga de enfermedad representa un desafío significativo para el sistema de salud, ya que requiere respuestas diferenciadas. Mientras el control de enfermedades infecciosas demanda acciones como vigilancia epidemiológica, control vectorial y mejora de las condiciones ambientales, la prevención de enfermedades crónicas exige intervenciones sostenidas en educación en salud, promoción de estilos de vida saludables y seguimiento continuo de pacientes.

Otro aspecto relevante del perfil epidemiológico en Loreto es la desigual distribución de la enfermedad. Las poblaciones rurales e indígenas presentan mayores niveles de morbilidad y mortalidad en comparación con las zonas urbanas. Esta situación refleja la influencia de los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, el nivel educativo y el acceso a servicios básicos (Marmot et al., 2008).

En comparación con regiones como Lima, donde los servicios de salud están más concentrados y la cobertura es mayor, en Loreto las brechas territoriales limitan el acceso a atención oportuna. Esto se traduce en diagnósticos tardíos, tratamientos incompletos y mayores complicaciones de enfermedades que podrían ser prevenibles.

Asimismo, la limitada disponibilidad de información oportuna constituye un desafío adicional. Las dificultades en la recolección de datos, la conectividad y la logística afectan la capacidad del sistema para detectar brotes y responder de manera eficiente. En contraste, regiones con mayor desarrollo tecnológico cuentan con sistemas de vigilancia epidemiológica más robustos.

Así, el análisis epidemiológico tiene que ser comprendido no solamente en calidad de una herramienta detallada, sino también a modo de un medio estratégico para la administración de la salud. Su inclusión en los procedimientos de planificación posibilita centrar las medidas, perfeccionar la utilización de recursos y valorar el efecto de las normativas públicas.

4.2 Enfermedades infecciosas y tropicales en la Amazonía

Las afecciones virales siguen representando uno de los retos sanitarios sumamente importantes en las regiones amazónicas, lo que representa una carga considerable para los sistemas sanitarios y tiene un impacto desproporcionado en los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad. En la zona de Loreto, estas patologías se encuentran íntimamente relacionadas con los contextos sociales, económicos y ecológicos de la Amazonía, lo cual requiere abordaje completo para su entendimiento y manejo.

A partir de la perspectiva medioambiental, existen circunstancias muy propicias en la Amazonía para que los vectores transmisores y los agentes patógenos se multipliquen. Las condiciones ideales para la multiplicación de mosquitos y otros vectores se dan gracias al ambiente tropical, caracterizado por tener temperaturas altas, elevada humedad y lluvias continuas. Además, la existencia de numerosas lagunas, ríos y áreas propensas a inundaciones contribuye a esta situación. Esta realidad distingue de manera precisa a la Amazonía de zonas costeras como Arequipa o Lima, en las que el clima restringe la propagación de una gran cantidad de afecciones virales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En este contexto, Loreto concentra una elevada incidencia de enfermedades tropicales como malaria, dengue, leishmaniasis, hepatitis virales y enfermedades diarreicas. Estas patologías no solo representan un problema sanitario, sino también un obstáculo para el desarrollo, debido a su impacto en la productividad, la calidad de vida y la presión sobre los servicios de salud.

La malaria constituye uno de los ejemplos más representativos. Según el Ministerio de Salud, más del 90% de los casos de malaria en el Perú se concentran en la región Loreto, lo que evidencia una marcada desigualdad territorial en la distribución de esta enfermedad (MINSA, 2022). En contraste, en regiones de la costa peruana la incidencia es prácticamente inexistente. Asimismo, si se compara con otras regiones amazónicas, como Ucayali o Madre de Dios, Loreto presenta una carga significativamente mayor de casos, asociada a su extensión territorial, condiciones ambientales y menor acceso a servicios de salud.

El dengue, por su parte, ha mostrado un crecimiento sostenido en las últimas décadas. De acuerdo con la OPS, el Perú ha experimentado incrementos importantes en brotes de dengue, concentrándose en regiones amazónicas y tropicales (OPS, 2021). Loreto se encuentra entre las regiones más afectadas, debido a factores como la urbanización no planificada, el almacenamiento de agua en recipientes y la acumulación de agua estancada, condiciones que favorecen la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*. En comparación, regiones altoandinas presentan una incidencia mucho menor debido a condiciones climáticas menos favorables para el vector.

La leishmaniasis también representa un problema relevante en la Amazonía. Esta enfermedad está asociada a zonas forestales y afecta principalmente a poblaciones rurales que realizan actividades como agricultura, pesca o extracción forestal. Aunque su incidencia es menor que la malaria o el dengue, su impacto es significativo debido a las dificultades en el diagnóstico y tratamiento oportuno, especialmente en comunidades alejadas.

Las hepatitis virales, particularmente las de tipo A y B, presentan mayor prevalencia en contextos con acceso limitado a agua segura y saneamiento básico. En regiones como Loreto, donde persisten brechas en servicios básicos, la transmisión de estas enfermedades sigue siendo un problema de salud pública (INEI, 2024). En comparación, regiones con mayor cobertura de agua potable, como Lima o Tacna, presentan menores tasas de incidencia.

Por otro lado, las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo una de las principales causas de morbilidad infantil. La Organización Mundial de la Salud señala que estas enfermedades están directamente relacionadas con el acceso a agua potable, saneamiento y prácticas de higiene (WHO, 2017). En Loreto, donde menos del 25% de los hogares accede a agua por red pública, la incidencia de estas enfermedades es significativamente mayor que en regiones con mejor infraestructura básica (INEI, 2024).

Un elemento central en el análisis epidemiológico es la distribución desigual de estas enfermedades. Las poblaciones rurales, indígenas y en situación de pobreza presentan mayor exposición a riesgos sanitarios debido a factores como el aislamiento geográfico, el limitado acceso a servicios de salud y las condiciones ambientales adversas. Esta desigualdad refleja la influencia de los determinantes sociales de la salud en la configuración del perfil epidemiológico (Marmot et al., 2008).

En comparación con regiones más desarrolladas del país, donde el sistema de salud tiene mayor capacidad de respuesta, en Loreto las limitaciones en infraestructura, personal y conectividad dificultan la implementación de estrategias sostenidas de prevención y control. Esto significa que las afecciones virales son más persistentes y que se repiten los brotes.

A partir del punto de vista de la sanidad pública, se necesita un abordaje holístico para controlar estas afecciones. No es suficiente con realizar medidas sanitarias independientes; se debe unir la supervisión epidemiológica, el control de vectores, la optimización del saneamiento, la instrucción en salud y el refuerzo del nivel inicial de asistencia. La involucración social también es fundamental para garantizar que las medidas sean sostenibles.

Otro aspecto relevante es el impacto del cambio climático. La variabilidad climática, la deforestación y las actividades extractivas están modificando los patrones de transmisión de enfermedades, ampliando la distribución de vectores y generando nuevos riesgos sanitarios. Este fenómeno es particularmente visible en la Amazonía, donde los cambios ambientales tienen efectos directos sobre la salud de la población.

4.3 Malaria y dengue: enfermedades transmitidas por vectores

La malaria y el dengue constituyen dos de las enfermedades transmitidas por vectores más relevantes en la región amazónica, configurando una carga significativa de morbilidad y representando un desafío persistente para la salud pública en territorios como Loreto. Su presencia no es casual: responde a la interacción entre condiciones ecológicas, climáticas y sociales propias de la Amazonía, que favorecen tanto la reproducción de los vectores como la continuidad de los ciclos de transmisión.

Desde una perspectiva epidemiológica, ambas enfermedades comparten un elemento central: su transmisión depende de mosquitos cuya proliferación está estrechamente ligada a ambientes tropicales húmedos, altas temperaturas y presencia de agua estancada. No obstante, presentan diferencias importantes. Mientras la malaria está asociada principalmente a zonas rurales y forestales, el dengue tiene una mayor presencia en áreas urbanas y periurbanas.

La malaria, transmitida por mosquitos del género *Anopheles*, continúa siendo una de las principales enfermedades endémicas en la Amazonía peruana. Según el Ministerio de Salud, más del 90% de los casos de malaria del país se concentran en la región Loreto, lo que evidencia la magnitud del problema en comparación con otras regiones (MINSA, 2022). En contraste, en regiones de la costa como Lima, Ica o La Libertad la incidencia es prácticamente nula debido a condiciones climáticas menos favorables para el vector.

Si se compara con otras regiones amazónicas, como Ucayali o Madre de Dios, Loreto presenta una mayor carga de casos, lo que se explica por su mayor extensión territorial, la abundancia de cuerpos de agua y las dificultades de acceso a servicios de salud. La transmisión de malaria está asociada a factores como la cercanía a ríos y zonas inundables, actividades laborales en áreas forestales y la movilidad poblacional entre comunidades.

Uno de los principales problemas en el control de la malaria es el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento. En comunidades rurales alejadas, los tiempos de traslado hacia establecimientos de salud pueden superar varias horas o incluso días, lo que retrasa la atención y favorece la transmisión continua de la enfermedad. Esta situación contrasta con regiones más urbanizadas, donde el acceso a diagnóstico es más rápido y la respuesta sanitaria más eficiente.

Por otro lado, el dengue, transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, ha experimentado un crecimiento sostenido en las últimas décadas. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, el Perú ha registrado incrementos significativos en casos de dengue, especialmente en regiones tropicales y amazónicas (OPS, 2021). Loreto se encuentra entre las regiones más afectadas, con brotes recurrentes que impactan tanto en zonas urbanas como periurbanas.

A diferencia de la malaria, el dengue está estrechamente vinculado a las condiciones de las viviendas y al entorno urbano. Factores como el almacenamiento de agua en recipientes sin protección, la acumulación de residuos y la urbanización no planificada favorecen la proliferación del vector. En este sentido, ciudades amazónicas como Iquitos presentan condiciones más propicias para la transmisión en comparación con ciudades costeras donde el abastecimiento continuo de agua reduce la necesidad de almacenamiento doméstico.

Las diferencias regionales son evidentes. Mientras en Loreto los brotes de dengue pueden alcanzar niveles epidémicos, en regiones altoandinas como Puno o Cusco la incidencia es significativamente menor debido a las condiciones climáticas que limitan la presencia del vector. Esto demuestra que la distribución de estas enfermedades está fuertemente determinada por factores ambientales.

Un elemento adicional que viene modificando la dinámica de estas enfermedades es el cambio climático. El aumento de temperaturas y las variaciones en los patrones de lluvia están ampliando las áreas de distribución de los vectores y prolongando las temporadas de transmisión. Este fenómeno plantea nuevos retos para los sistemas de salud, que deben adaptarse a escenarios epidemiológicos más complejos y cambiantes.

Desde una perspectiva de salud pública, la coexistencia de malaria y dengue en Loreto refleja la necesidad de estrategias diferenciadas pero complementarias. El dengue exige medidas exhaustivas en áreas urbanas; la malaria, por su parte, necesita medidas enfocadas en lugares rurales y de dificultad de acceso.

Para controlar estas afecciones de manera efectiva, resulta necesario tratar no solamente los elementos biológicos, sino igualmente aquellos que son comunitarios y ecológicos. Las siguientes estrategias son las más notables:

- La eliminación de criaderos de mosquitos mediante el control de agua estancada.
- La educación sanitaria para promover prácticas preventivas en la población.
- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para detectar brotes de manera temprana.
- La oportunidad de acceder a diagnóstico y terapia, sobre todo en las localidades rurales.
- Las acciones de manejo de vectores, que incluyen la fumigación y el empleo de mosquiteros compuestos.

En este procedimiento, la colaboración de la comunidad resulta fundamental. La conducta de los ciudadanos es determinante para numerosas medidas preventivas. Por lo tanto, la obligación compartida entre el Estado y las colectividades es esencial para asegurar que las medidas sean sostenibles.

Del mismo modo, es preciso robustecer los mecanismos de información sanitaria. Contar con información fiable y precisos posibilita la identificación de áreas de riesgo, la previsión de brotes y la conducción de las determinaciones en cuanto a políticas públicas. Este permanece a modo de un reto por resolver en lugares como Loreto, donde hay dificultades de enlace.

Por lo tanto, el dengue y la malaria no solamente son cuestiones sanitarias, sino igualmente señales de las circunstancias de estructura del terreno amazónico. Su permanencia muestra el intercambio de elementos sociales, económicos y ecológicos, lo que requiere soluciones holísticas que vayan más allá del campo sanitario.

La habilidad del sistema de salud para ajustarse a las particularidades de la zona, mejorar el cuidado preventivo y fomentar que las poblaciones se involucren en el manejo de su salud determinará si resulta posible controlar estas afecciones de manera sostenible.

4.4 Tuberculosis y enfermedades respiratorias

La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las enfermedades infecciosas de mayor relevancia en salud pública a nivel global y nacional, y representa un desafío persistente en contextos de vulnerabilidad social como la región amazónica. Se trata de una enfermedad transmisible por vía aérea, lo que facilita

su propagación en entornos donde predominan el hacinamiento, la ventilación inadecuada y el acceso limitado a servicios de salud.

En el Perú, la tuberculosis mantiene una incidencia importante, especialmente en áreas urbanas densamente pobladas como Lima Metropolitana y el Callao, que concentran más del 60% de los casos nacionales (Ministerio de Salud [MINSA], 2022). Sin embargo, en regiones amazónicas como Loreto, aunque la incidencia es menor en términos absolutos, la enfermedad presenta características particulares asociadas a condiciones estructurales de vulnerabilidad.

En Loreto, la tuberculosis está estrechamente vinculada a determinantes sociales como la pobreza, el hacinamiento y las limitaciones en el acceso a servicios básicos. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, las regiones amazónicas presentan mayores niveles de precariedad habitacional en comparación con la costa, lo que incrementa el riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias (INEI, 2023). En viviendas donde cohabitan varias personas en espacios reducidos y con ventilación limitada, el riesgo de contagio de TB se incrementa considerablemente.

Si se compara con otras regiones amazónicas como Ucayali o Amazonas, la situación es similar en términos de condiciones sociales; sin embargo, Loreto enfrenta mayores dificultades logísticas para el control de la enfermedad debido a su mayor dispersión territorial. En contraste, regiones como Arequipa o Lima, a pesar de tener mayor número de casos, cuentan con mejor infraestructura sanitaria y mayor capacidad diagnóstica, lo que facilita la detección temprana y el tratamiento oportuno.

Uno de los principales desafíos en el control de la tuberculosis en Loreto es el diagnóstico oportuno. La detección temprana es fundamental para interrumpir la cadena de transmisión, pero en comunidades rurales alejadas las limitaciones en infraestructura, equipamiento de laboratorio y personal capacitado retrasan este proceso. Mientras en zonas urbanas el diagnóstico puede realizarse en pocas horas, en territorios amazónicos puede tardar días debido a las dificultades de transporte y conectividad.

A ello se suma la complejidad del tratamiento. La tuberculosis requiere esquemas terapéuticos prolongados, generalmente de seis meses o más, cuya interrupción puede generar recaídas y resistencia a los medicamentos. La

adherencia a la terapia se ve obstaculizada en Loreto por causas como la distancia geográfica, el desplazamiento de los habitantes y las restricciones en el monitoreo. Esta circunstancia es diferente a la de las áreas urbanas, en las que la accesibilidad constante a los servicios sanitarios favorece la realización terapéutica.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), se necesita una supervisión eficiente de la tuberculosis, que abarque supervisión de la terapia, diagnóstico precoz y una monitorización epidemiológica más fuerte. En esta línea, la estrategia DOTS ha sido fundamental a escala mundial, pero su puesta en marcha tiene restricciones funcionales en la Amazonía.

La tuberculosis resistente a los fármacos constituye otro problema que está surgiendo e implica un reto cada vez mayor para los servicios sanitarios. En situaciones de vulnerabilidad elevada, como Loreto, la carencia de seguimiento de la terapia es más común y podría favorecer que estas manifestaciones de mayor complejidad de la afección se desarrollen.

En contraste, las enfermedades respiratorias agudas (ERA) son una de las fundamentales razones de morbilidad en la región, particularmente entre los infantes que tienen menos de cinco años y las personas de avanzada edad. Estas dolencias abarcan afecciones como neumonía, bronquitis e infecciones en el tracto respiratorio superior, y tienen una fuerte conexión con las circunstancias comunitarias y ecológicas.

En la Amazonía, factores como el uso de leña para cocinar, la ventilación limitada de las viviendas y las condiciones climáticas favorecen la aparición de estas enfermedades. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la contaminación del aire intradomiciliario es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades respiratorias en poblaciones rurales (WHO, 2021).

En comparación con regiones de la costa, donde el uso de combustibles limpios es más frecuente, en Loreto y otras regiones amazónicas la exposición al humo intradomiciliario sigue siendo alta. Esto incrementa la incidencia de infecciones respiratorias, especialmente en niños.

Asimismo, la interacción entre enfermedades respiratorias, desnutrición y anemia infantil agrava el panorama sanitario. Los niños con deficiencias nutricionales presentan mayor vulnerabilidad frente a infecciones, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad. Este fenómeno es más

frecuente en regiones amazónicas que en zonas urbanas con mejores condiciones de vida.

Desde una perspectiva epidemiológica, la coexistencia de tuberculosis y enfermedades respiratorias agudas refleja la influencia de los determinantes sociales de la salud. Tal como señalan Marmot et al. (2008), las condiciones de vida incluyendo vivienda, ingresos y acceso a servicios influyen directamente en la distribución de las enfermedades.

En este escenario, resulta necesario implementar medidas holísticas para controlar estas enfermedades. No basta con el tratamiento clínico; es necesario mejorar las condiciones de vivienda, reducir el hacinamiento, promover el uso de combustibles limpios y fortalecer el acceso a servicios de salud.

El fortalecimiento del primer nivel de atención resulta clave, especialmente en territorios dispersos como Loreto. Asimismo, la participación de agentes comunitarios puede mejorar la detección temprana de casos y el seguimiento de pacientes, reduciendo las barreras de acceso.

En consecuencia, la tuberculosis y las enfermedades respiratorias en la región Loreto deben entenderse como problemas de salud pública profundamente vinculados a las condiciones sociales y territoriales. Su abordaje requiere una combinación de intervenciones médicas, políticas públicas y acciones comunitarias orientadas a mejorar las condiciones de vida y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.

4.5 Enfermedades diarreicas y saneamiento básico

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los principales problemas de salud pública en la región amazónica, particularmente en contextos donde el acceso a agua potable, saneamiento básico y prácticas adecuadas de higiene es limitado. Estas enfermedades, causadas por bacterias, virus y parásitos, no solo reflejan condiciones sanitarias deficientes, sino que también constituyen un indicador directo del nivel de desarrollo social y ambiental de un territorio.

En el Perú, las enfermedades diarreicas afectan de manera desproporcionada a las poblaciones rurales y amazónicas. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en 2024 menos del 25% de los hogares en Loreto accede a agua por red pública para consumo, una de las coberturas más

bajas del país, mientras que regiones como Lima superan el 85% de acceso (INEI, 2024). Esta brecha evidencia una desigualdad estructural que influye directamente en la incidencia de enfermedades infecciosas.

Si se compara con otras regiones amazónicas, la situación presenta matices importantes. Amazonas, por ejemplo, alcanza niveles cercanos al 80% de acceso a agua por red pública, mientras que Ucayali presenta aproximadamente 28%, ubicándose en una posición intermedia. Loreto, en cambio, mantiene una de las coberturas más bajas, lo que explica en parte la mayor persistencia de enfermedades diarreicas en su población (INEI, 2024).

En la región Loreto, la incidencia de estas enfermedades está estrechamente vinculada a la dependencia de fuentes de agua no tratadas, como ríos, quebradas y pozos artesanales. Si bien estas fuentes forman parte del entorno natural amazónico, su uso sin tratamiento adecuado expone a la población a una alta carga de agentes patógenos. La contaminación del agua no solo responde a factores naturales, sino también a prácticas como la disposición inadecuada de residuos sólidos, la ausencia de sistemas de alcantarillado y la defecación al aire libre, fenómenos más frecuentes en zonas rurales y comunidades indígenas.

Las enfermedades diarreicas afectan principalmente a los niños menores de cinco años, quienes presentan mayor vulnerabilidad debido a su sistema inmunológico en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud señala que estas enfermedades siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en contextos con acceso limitado a agua segura y saneamiento (WHO, 2017). En comparación, en regiones urbanas con mayor cobertura de servicios básicos, la incidencia y gravedad de estas enfermedades es considerablemente menor.

La asociación con respecto a alimentación y afecciones diarreicas es un elemento fundamental. La recurrencia de episodios diarreicos afecta la absorción de nutrientes, contribuyendo al desarrollo de anemia y desnutrición crónica. En Loreto, donde la anemia infantil supera el 50% en menores de tres años, este vínculo se vuelve particularmente crítico (INEI, 2024). Esta interacción genera un círculo vicioso: la enfermedad debilita el estado nutricional, y la desnutrición incrementa la susceptibilidad a nuevas infecciones.

Desde una perspectiva epidemiológica, las enfermedades diarreicas no deben entenderse únicamente como un problema clínico, sino como el resultado de condiciones estructurales. La permanencia de la pobreza está de forma directa afectada por variables como la accesibilidad a prestaciones básicas, las circunstancias de residencia y el grado de educación. Tal como señalan Marmot et al. (2008), las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud, afectando con mayor intensidad a los grupos más vulnerables.

Las diferencias regionales son evidentes. Mientras en Lima, Arequipa o Tacna la cobertura de agua potable y saneamiento ha permitido reducir significativamente la incidencia de enfermedades diarreicas, en regiones amazónicas como Loreto y Ucayali estas enfermedades continúan siendo un problema relevante de salud pública. Esta situación refleja una brecha estructural que va más allá del sector salud.

Asimismo, los factores ambientales juegan un rol importante. En la Amazonía, las inundaciones estacionales son capaces de polucionar los manantiales de agua y potenciar la posibilidad de que surjan epidemias. Este fenómeno ocurre con menos frecuencia en las zonas costera, lo que demuestra la urgencia de implementar medidas diversas conforme al territorio.

A partir de la perspectiva de la sanidad pública, está demostrado que las medidas en agua, saneamiento e higiene (WASH) constituyen una de las tácticas más eficaces para disminuir el peso de las afecciones virales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), el avance en estas prestaciones tiene el potencial de disminuir notablemente tanto la incidencia de afecciones diarreicas como la mortalidad de los infantes.

Sin embargo, estas medidas necesitan ser complementadas con otras acciones. El aprendizaje sanitario, el tratamiento del agua destinada a consumo y la promoción de lavarse las manos son acciones esenciales, sin embargo, su eficacia está condicionada por las circunstancias culturales y materiales del pueblo.

Asimismo, en regiones amazónicas resulta imprescindible admitir una perspectiva intercultural. Las alternativas tienen que ser acordes a las prácticas locales e incentivar la implicación activa de las colectividades. El compromiso de la comunidad y la adaptación tecnológica al medio ambiente son factores que

determinan en gran parte la sostenibilidad de los mecanismos de saneamiento y agua.

4.6 Enfermedades crónicas no transmisibles

En las últimas décadas, la región Loreto ha experimentado un cambio progresivo en su perfil epidemiológico, caracterizado por el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y ciertos tipos de cáncer. Este fenómeno forma parte de un proceso más amplio conocido como transición epidemiológica, en el cual las enfermedades infecciosas tradicionales coexisten con patologías asociadas a cambios en los estilos de vida y en las condiciones socioeconómicas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han consolidado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global. La Organización Mundial de la Salud señala que estas enfermedades representan la mayor carga de enfermedad en el mundo, incluyendo países de ingresos medios y bajos (WHO, 2021). En este contexto, regiones como Loreto enfrentan el desafío adicional de una doble carga de enfermedad, en la que coexisten problemas sanitarios tradicionales con nuevas patologías emergentes.

El aumento de las ECNT en la región amazónica está estrechamente vinculado a procesos de transformación social y económica. La urbanización, la migración interna, la mayor disponibilidad de alimentos procesados y los cambios en los patrones de consumo han modificado los estilos de vida de la población. Estos cambios incluyen una disminución de la actividad física, el incremento del sedentarismo y el consumo de dietas con alto contenido de grasas, azúcares y sodio.

La transición nutricional constituye uno de los factores más relevantes en este proceso. En muchas comunidades amazónicas, la dieta tradicional basada en productos locales ha sido progresivamente reemplazada por alimentos industrializados de bajo valor nutricional. Este cambio ha contribuido al aumento de sobrepeso y obesidad, factores de riesgo clave para el desarrollo de enfermedades crónicas.

Asimismo, el consumo de tabaco y alcohol, aunque variable según el contexto cultural, representa otro factor de riesgo importante para el desarrollo

de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La exposición a estos factores, combinada con limitaciones en el acceso a servicios de salud, incrementa la vulnerabilidad de la población frente a enfermedades crónicas.

Uno de los principales desafíos en el abordaje de las ECNT en la región Loreto es la detección temprana. A diferencia de las enfermedades infecciosas, que suelen presentar síntomas agudos, muchas enfermedades crónicas se desarrollan de manera silenciosa durante años. La falta de diagnóstico oportuno implica que muchos pacientes acceden a los servicios de salud en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando las complicaciones son más difíciles de tratar.

El seguimiento continuo de los pacientes constituye otro reto significativo. Las enfermedades crónicas requieren atención médica sostenida, monitoreo periódico y adherencia a tratamientos a largo plazo. No obstante, en regiones amazónicas en las que es difícil acceder a servicios sanitarios, asegurar la continuidad del cuidado se vuelve complicado. El control apropiado de aquellas afecciones se ve obstaculizado por la división geográfica, la escasez de recursos humanos y los obstáculos en el transporte.

Partiendo de este punto de vista del sistema sanitario, el aumento de las ECNT conlleva una exigencia más alta de recursos financieros, fármacos y prestaciones especializadas. Esto supone un reto extra para un sistema de salud que ya se encuentra con restricciones en cuanto a infraestructura, financiación y recursos humanos.

En la región, la presencia simultánea de afecciones virales y crónicas establece un panorama epidemiológico de carga múltiple, lo cual requiere acciones que sean tanto integrales como diferenciadas. Las afecciones virales necesitan de medidas de supervisión inmediatas; en cambio, las crónicas exigen tácticas a largo plazo que se enfoquen en la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo constante del enfermo.

En este escenario, la prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) se vuelve una prioridad estratégica. Las políticas públicas tienen la obligación de incentivar hábitos saludables, estimular el ejercicio físico, elevar la calidad alimentaria y disminuir la ingesta de sustancias perjudiciales. Estas medidas tienen que llevarse a cabo en el sector educativo y en la comunidad

con el objetivo de producir transformaciones duraderas en los hábitos de los individuos.

Además, resulta esencial reforzar el nivel inicial de asistencia, proporcionándole instrumentos para la identificación temprana de factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión y las alteraciones metabólicas. La asistencia básica tiene un papel esencial en la prevención y el manejo de las afecciones crónicas, sobre todo en zonas donde no se puede acceder a prestaciones especializadas.

La incorporación de una perspectiva intercultural en las tácticas de prevención y tratamiento constituye otro elemento importante. Las intervenciones tienen que ajustarse a dichas circunstancias con el fin de resultar efectivas, ya que las costumbres alimentarias, los modos de vida y las impresiones sobre la salud difieren respecto a las poblaciones amazónicas.

4.7 Mortalidad materna e infantil

La mortalidad materna e infantil constituye uno de los indicadores más sensibles para evaluar el nivel de desarrollo sanitario y social de una población, ya que refleja no solo la calidad de los servicios de salud, sino también las condiciones de vida, el acceso a servicios básicos y las desigualdades estructurales existentes. En el caso del Perú, estos indicadores han mostrado una tendencia de mejora en las últimas décadas; sin embargo, persisten brechas importantes entre regiones, especialmente en territorios amazónicos como Loreto.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la razón de mortalidad materna en el Perú se sitúa alrededor de 60 a 70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, aunque con importantes diferencias territoriales (MINSA, 2022). Regiones con mayor desarrollo urbano, como Lima y Arequipa, presentan tasas más bajas debido a una mayor cobertura de servicios obstétricos y mejor accesibilidad. En contraste, regiones amazónicas como Loreto, Ucayali y Amazonas registran niveles más elevados, asociados a limitaciones en infraestructura, transporte y disponibilidad de personal especializado.

En Loreto, la mortalidad materna está estrechamente vinculada a factores territoriales. La dispersión geográfica de la población y la dependencia del transporte fluvial generan retrasos en el acceso a servicios de salud, especialmente en situaciones de emergencia obstétrica. En muchas comunidades

rurales, las gestantes deben recorrer varias horas o incluso días para llegar a un establecimiento de salud, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves como hemorragias, infecciones o trastornos hipertensivos del embarazo (MINSA, 2022).

Este problema puede analizarse a partir del modelo de las “tres demoras”: demora en la decisión de buscar atención, demora en llegar a un establecimiento de salud y demora en recibir atención adecuada. En regiones como Loreto, estas tres dimensiones se presentan con mayor intensidad en comparación con regiones costeras, donde la conectividad y la oferta de servicios permiten una respuesta más oportuna.

La atención prenatal constituye un elemento clave para reducir la mortalidad materna. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a nivel nacional más del 90% de las gestantes accede a al menos un control prenatal; sin embargo, la cobertura efectiva (cuatro o más controles) es menor en regiones amazónicas, donde las limitaciones de acceso y continuidad afectan la calidad de la atención (INEI, 2024). En comparación, en Lima la cobertura de controles prenatales completos es significativamente mayor, lo que se traduce en mejores resultados sanitarios.

En el caso de la mortalidad infantil, el Perú ha logrado reducir significativamente este indicador, alcanzando aproximadamente 12 a 15 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en los últimos años (INEI, 2024). No obstante, esta cifra oculta profundas desigualdades territoriales. Mientras en regiones urbanas los niveles son más bajos, en regiones amazónicas como Loreto la mortalidad infantil sigue siendo más elevada debido a factores como desnutrición, enfermedades infecciosas y limitado acceso a servicios de salud.

Los principales determinantes de la mortalidad infantil en Loreto incluyen las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y la desnutrición. Estas condiciones están directamente relacionadas con el acceso a agua potable, saneamiento y condiciones de vivienda. Por ejemplo, mientras en Lima más del 85% de los hogares cuenta con acceso a agua por red pública, en Loreto esta cifra no supera el 25% (INEI, 2024), lo que incrementa la exposición a enfermedades infecciosas.

La mortalidad neonatal, que ocurre en los primeros 28 días de vida, representa una proporción importante de la mortalidad infantil. Este indicador

está estrechamente vinculado a la calidad de la atención durante el parto y el cuidado inmediato del recién nacido. En regiones como Loreto, las limitaciones en equipamiento, personal especializado y condiciones de los establecimientos de salud incrementan el riesgo de complicaciones neonatales.

Si se compara con otras regiones amazónicas, como Ucayali y Amazonas, la situación de Loreto presenta mayores desafíos debido a su extensión territorial y menor conectividad. Mientras Amazonas ha logrado mejoras en cobertura de servicios básicos y acceso a salud, Loreto enfrenta mayores dificultades logísticas que afectan la continuidad de la atención.

A estos factores se suman elementos socioculturales. En algunas comunidades indígenas, las prácticas tradicionales de atención del parto y la desconfianza hacia los servicios institucionales pueden limitar el uso de los servicios de salud. Esto no implica un rechazo a la atención médica, sino la necesidad de enfoques interculturales que integren los saberes tradicionales con la medicina moderna.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ha señalado que la reducción de la mortalidad materna e infantil requiere intervenciones integrales, incluyendo el fortalecimiento de la atención prenatal, la garantía de partos seguros y el acceso a servicios de salud infantil de calidad (UNICEF, 2021). Estas intervenciones deben adaptarse a las características territoriales y culturales de cada región.

Desde una perspectiva de salud pública, la reducción de estos indicadores en Loreto exige un enfoque integral que combine intervenciones sanitarias con mejoras en los determinantes sociales. Entre las estrategias más relevantes se encuentran:

- Fortalecer el primer nivel de atención para garantizar controles prenatales oportunos.
- Mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en atención obstétrica y neonatal.
- Implementar sistemas de transporte sanitario adecuados al contexto fluvial.
- Promover la educación en salud materna e infantil.
- Incorporar un enfoque intercultural que respete las prácticas tradicionales.

4.8 Retos epidemiológicos y perspectivas futuras

El análisis del perfil epidemiológico de la región Loreto muestra un escenario sanitario complejo, caracterizado por la coexistencia de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas no transmisibles y marcadas desigualdades sociales. Esta configuración responde a la interacción de factores ambientales, territoriales y socioeconómicos que condicionan de manera directa el estado de salud de la población, evidenciando una dinámica epidemiológica distinta a la observada en regiones más urbanizadas del país.

En términos comparativos, Loreto presenta una carga significativa de enfermedades transmisibles. Por ejemplo, más del 90% de los casos de malaria del Perú se concentran en esta región, lo que refleja una distribución altamente desigual frente a regiones de la costa, donde la incidencia es prácticamente nula (Ministerio de Salud [MINSAL], 2022). Asimismo, los brotes de dengue se concentran principalmente en regiones amazónicas y tropicales, mientras que en regiones altoandinas como Puno o Cusco la incidencia es considerablemente menor debido a condiciones climáticas menos favorables para el vector (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Paralelamente, Loreto enfrenta un aumento progresivo de enfermedades crónicas no transmisibles. Aunque su prevalencia aún es menor que en regiones urbanas como Lima, donde predominan enfermedades como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, la tendencia es creciente debido a cambios en los estilos de vida, urbanización y transición nutricional (World Health Organization [WHO], 2021). Esta coexistencia configura lo que se conoce como una doble carga epidemiológica, típica de territorios en transición.

Otro elemento relevante es la persistencia de enfermedades asociadas a condiciones de vida precarias. Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias siguen siendo frecuentes, especialmente en niños. En Loreto, menos del 25% de los hogares accede a agua por red pública, mientras que en Lima esta cifra supera el 85%, lo que evidencia una brecha estructural que influye directamente en la incidencia de enfermedades infecciosas (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2024).

En este contexto, uno de los principales retos es el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. En territorios amazónicos, la dispersión geográfica y las limitaciones de conectividad dificultan la recolección de datos en tiempo real.

A diferencia de regiones con mayor infraestructura tecnológica, donde los sistemas de información permiten respuestas rápidas ante brotes, en Loreto la detección y el control pueden verse retrasados, lo que incrementa el riesgo de propagación de enfermedades.

Otro desafío crítico es el acceso efectivo a los servicios de salud. Si bien el Seguro Integral de Salud ha ampliado la cobertura financiera, esto no siempre se traduce en acceso real. En Loreto, los tiempos de traslado hacia establecimientos de mayor complejidad pueden superar las 12 o incluso 24 horas, especialmente en comunidades rurales. En contraste, en regiones como Lima o Arequipa el acceso a servicios especializados suele ser inmediato o dentro de pocas horas (MINSA, 2022). Esta diferencia condiciona los resultados sanitarios y explica, en parte, la persistencia de enfermedades prevenibles.

La reducción de enfermedades transmitidas por vectores continúa siendo un reto prioritario. Estas enfermedades están estrechamente vinculadas con las condiciones ambientales y sociales, por lo que su control requiere intervenciones integrales. En regiones amazónicas como Loreto y Ucayali, la combinación de clima tropical, abundancia de agua y limitaciones en saneamiento favorece la reproducción de vectores. En contraste, en regiones costeras o altoandinas, donde estas condiciones no están presentes, la incidencia es significativamente menor.

Por otro lado, el incremento de enfermedades crónicas plantea nuevos desafíos para el sistema de salud. La atención de estas patologías requiere continuidad, seguimiento y cambios en los estilos de vida, lo que implica un fortalecimiento del primer nivel de atención. En regiones urbanas, este proceso ha avanzado con mayor rapidez; sin embargo, en la Amazonía aún existen limitaciones en la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.

El fortalecimiento de la atención primaria se convierte, en este sentido, en un eje estratégico. En territorios dispersos como Loreto, la atención primaria no solo permite resolver problemas frecuentes, sino que también actúa como el principal vínculo entre el sistema de salud y la comunidad. Su consolidación es clave para reducir brechas y mejorar la cobertura efectiva.

Desde una perspectiva estructural, estos desafíos están profundamente relacionados con los determinantes sociales de la salud. Factores como la pobreza, el bajo nivel educativo, el limitado acceso a agua potable y las

CAPÍTULO V

Salud intercultural y pueblos indígenas amazónicos



Capítulo V: Salud intercultural y pueblos indígenas amazónicos

5.1 Diversidad cultural y salud pública en la Amazonía

La Amazonía peruana constituye uno de los territorios con mayor diversidad cultural del país y de América Latina. En esta vasta región habitan numerosos pueblos indígenas, cada uno con identidades culturales propias, sistemas de organización social diferenciados y una profunda relación con el entorno natural. Esta diversidad no solo se expresa en la multiplicidad de lenguas originarias, sino también en cosmovisiones particulares sobre la vida, la enfermedad, la salud y el equilibrio con la naturaleza.

A partir del punto de vista de la sanidad pública y la antropología, las comunidades nativas amazónicas han creado mecanismos de conocimiento sofisticados durante siglos, los cuales les han ayudado a adecuarse a entornos que requieren mucho. Dichos mecanismos abarcan actividades médicas convencionales, el uso de hierbas medicinales, rituales curativos y una concepción integral de la salud, donde lo físico, espiritual, comunitario y ecológico están íntimamente conectados.

No obstante, el intercambio dentro de estos mecanismos de información y el enfoque biomédico occidental ha permanecido caracterizada a lo largo de la historia por asimetrías, fricciones y procedimientos de segregación. El sistema sanitario contemporáneo, que se basa en la ciencia y la tecnología, ha mostrado una tendencia a dar prioridad a enfoques universalistas que no constantemente tienen en cuenta las cualidades de cultura de los grupos nativos. Por lo tanto, no solamente por motivos geográficos, sino igualmente por disparidades lingüísticas y culturales, numerosas poblaciones de la Amazonía han tenido que lidiar con obstáculos para acceder a las prestaciones sanitarias.

Estos obstáculos se presentan a varios grados. En primer lugar, las barreras comunicativas que surgen debido a la variedad lingüística dificultan el intercambio eficiente entre los trabajadores sanitarios y los pacientes nativos. En segundo lugar, las disparidades en el modo de concebir la salud y la afección podrían ocasionar inseguridad hacia los centros de salud establecidos, sobre todo si estos no aceptan o subestiman los métodos tradicionales. En tercer lugar, la entidad institucional de la atención sanitaria, que se fundamenta en horarios, procesos y reglas exteriores, rara vez se ajusta a las formas de vida de los pueblos amazónicos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), uno de los fundamentales impedimentos a fin de asegurar que las comunidades nativas tengan disponibilidad justa a la salud es el hecho de que la atención sanitaria no son culturalmente adecuados. En esta línea, la igualdad sanitaria no debe ser entendida solamente como una cuestión de disponibilidad o cobertura de los servicios, sino igualmente respecto a la relevancia cultural que tiene la asistencia.

Dentro de este contexto, la perspectiva de sanidad intercultural se presenta como una idea conceptual y funcional que tiene como objetivo disminuir las diferencias respecto al sistema sanitario formal y los sistemas de información indígena. Esta perspectiva acepta que las metodologías convencionales son legítimas y fomenta la conversación entre diversos modos de concebir la salud, con el fin de crear esquemas de asistencia sumamente eficaces, considerados e integradores.

La sanidad intercultural no supone reemplazar la ciencia con prácticas convencionales, ni al revés; más bien, consiste en articular los dos mecanismos dentro de un marco de consideración recíproco y complementariedad. Esto implica admitir que las comunidades nativas no son solo beneficiarias de normativas públicas, sino también participantes con conocimientos, vivencias y habilidades que podrían colaborar en el refuerzo de los sistemas sanitarios.

La aplicación de una perspectiva intercultural es particularmente significativa en la región Loreto, dado que allí viven diversas comunidades nativas, incluyendo a los Kukama-Kukamiria, Shipibo-Konibo, Awajún y Kichwa. La pobreza, el aislamiento geográfico y la falta de acceso a prestaciones básicas son factores que generan circunstancias de fragilidad de salud en estas poblaciones, lo cual hace más urgente la implementación de políticas sanitarias que se ajusten a su situación.

Además, el enfoque de derechos humanos se relaciona profundamente con el bienestar intercultural. La accesibilidad a prestaciones sanitarias que sean culturalmente relevantes es un derecho básico de las comunidades nativas, el cual está avalado por tratados internacionales como el Convenio 169 de la OIT y la Declaración de la ONU acerca de los derechos indígenas. Estos marcos normativos estipulan que es deber de los Estados asegurar prestaciones sanitarias que consideren las costumbres culturales y fomenten la implicación de las poblaciones en la adopción de resoluciones.

A partir de un enfoque de políticas públicas, transición hacia sistemas sanitarios interculturales conlleva no solamente la modificación de la atención de prestaciones, sino igualmente el cambio en la capacitación del personal sanitario, los procedimientos administrativos y los paradigmas de tratamiento en salud. Esto abarca el entrenamiento en habilidades interculturales. la inclusión de agentes indígenas comunitarios y la adecuación de las prestaciones a las costumbres y demandas de la región.

Por lo tanto, la diversidad cultural de la Amazonía no tiene que ser vista como un obstáculo para la salud pública, sino también como una posibilidad con el fin de mejorar las estructuras de asistencia y crear mecanismos sumamente sostenibles e integradores. Combinar saberes científicos y convencionales posibilita la creación de soluciones sumamente apropiadas a los retos de salud del área amazónica.

En consecuencia, optimizar la salud intercultural en Loreto resulta fundamental a fin de disminuir las disparidades en salud, optimizar la calidad de los servicios y fomentar el progreso humano de las comunidades nativas. Esta perspectiva no solamente ayuda a optimizar los índices de salud, sino que igualmente robustece la identidad cultural, la unión comunitaria y el mantenimiento de las acciones en la sanidad pública.

5.2 Pueblos indígenas de la Amazonía peruana

La Amazonía resulta el lugar en el que la variedad cultural de Perú resulta uno de los países latinoamericanos más diversos en este aspecto, se manifiesta con más fuerza. En esta zona residen muchas comunidades indígenas que han creado, durante siglos, métodos de organización comunitaria, mecanismos de estudio y tácticas de subsistencia íntimamente relacionadas con el medio natural. De acuerdo con el Ministerio de Cultura, el país reconoce más de 55 pueblos indígenas u originarios amazónicos, con al menos 48 lenguas vigentes, lo que refleja una diversidad cultural significativa en el territorio (Ministerio de Cultura, 2022).

En la región Loreto la más extensa del país se concentra una proporción importante de esta diversidad. Pueblos como los Kukama-Kukamiria, Awajún, Kichwa, Bora, Huitoto (Murui-Muinani), Achuar, Urarina, Yagua y Shawi habitan en distintas cuencas hidrográficas, territorios forestales y comunidades

ribereñas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, una parte relevante de la población de Loreto se autoidentifica como indígena o pertenece a comunidades nativas, lo que configura un territorio con alta heterogeneidad cultural en comparación con regiones costeras como Lima o Ica, donde la población indígena amazónica es prácticamente inexistente (INEI, 2017).

Esta diversidad no es solo demográfica, sino también epistemológica. Cada pueblo posee una cosmovisión particular que orienta su relación con la salud, la enfermedad y el entorno. Mientras el enfoque biomédico occidental entiende la salud como la ausencia de enfermedad, los pueblos indígenas amazónicos la conciben como un equilibrio integral entre dimensiones físicas, espirituales, sociales y ambientales. En este marco, la enfermedad puede interpretarse como una ruptura de la armonía entre el individuo, la comunidad y la naturaleza.

La relación con el entorno natural constituye un elemento central en la vida de estas poblaciones. Los ríos, bosques y especies animales no solo cumplen una función económica, sino también simbólica y espiritual. Esta relación se expresa en prácticas como el uso de plantas medicinales, los rituales de sanación y los sistemas de conocimiento transmitidos de generación en generación. Estudios etnobotánicos han documentado el uso de cientos de especies vegetales con fines medicinales en la Amazonía, muchas de ellas utilizadas como primera línea de atención en comunidades alejadas (Bussmann & Sharon, 2006).

En este contexto, los sistemas de medicina tradicional amazónica cumplen un rol fundamental. Los curanderos, chamanes o sabios comunitarios no solo brindan tratamiento, sino que también interpretan la enfermedad desde una perspectiva cultural y espiritual. En muchas comunidades de Loreto, estos sistemas constituyen el principal -y en ocasiones el único- acceso a atención en salud, especialmente en zonas donde la presencia del Estado es limitada.

Sin embargo, los pueblos indígenas amazónicos enfrentan condiciones de vulnerabilidad que afectan significativamente su salud. En comparación con la población no indígena, presentan mayores niveles de pobreza, menor acceso a servicios básicos y mayores barreras para acceder a servicios de salud. Según el INEI, las comunidades rurales amazónicas presentan niveles más bajos de acceso a agua potable, saneamiento y servicios de salud en comparación con regiones urbanas como Lima o Arequipa (INEI, 2024).

Estas desigualdades se reflejan en indicadores sanitarios. Por ejemplo, la anemia infantil, uno de los principales problemas de salud pública en el país, alcanza niveles superiores al 50% en regiones amazónicas como Loreto, mientras que en regiones urbanas los niveles son considerablemente menores (INEI, 2024). Asimismo, la prevalencia de enfermedades infecciosas como malaria, dengue y enfermedades diarreicas es más alta en territorios amazónicos, evidenciando una relación directa entre condiciones de vida y resultados en salud.

Las barreras culturales y lingüísticas son otro factor crucial. La comunicación con el personal de salud se complica debido a que en numerosas comunidades no se habla el español. La escasez de expertos que manejen idiomas indígenas y entiendan las costumbres locales puede provocar desconfianza en las prestaciones sanitarias. Por el contrario, en zonas urbanas, donde la diversidad cultural y lingüística es menor, estas barreras son menos marcadas.

A partir del punto de vista de la sanidad pública, estas restricciones demuestran que se requieren perspectivas diferentes. La puesta en marcha de políticas de salud sin tener en cuenta la diversidad cultural podría ser ineficaz. La Organización Panamericana de la Salud ha indicado que esencial implementar un enfoque intercultural para optimizar el rendimiento y la accesibilidad a las prestaciones sanitarias en las comunidades nativas (OPS, 2017).

También, instrumentos globales como el Convenio 169 de la OIT (1989) apoyan la validación de los derechos colectivos de las comunidades nativas, que abarcan el derecho a una salud culturalmente pertinente. Este marco impone l responsabilidad a los Estados de formular normativas públicas en colaboración con las poblaciones, teniendo en cuenta sus métodos de cultura y su independencia.

Perú todavía tiene que enfrentar dificultades con el fin de integrar de manera eficaz la medicina occidental y la medicina convencional, en contraste con otros países de la región, como Bolivia o Ecuador, en los cuales se han puesto en marcha modelos mejor desarrollados de salud intercultural. No obstante, en la política sanitaria se han logrado progresos significativos al incluir perspectivas interculturales.

Para Loreto, la transformación de su enfoque y la expansión de la cobertura de prestaciones son componentes necesarios para avanzar hacia un sistema sanitario intercultural. Esto comprende la capacitación de profesionales

en habilidades interculturales, la integración de miembros comunitarios nativos, el ajuste de las prestaciones a las costumbres de cultura y la colaboración con la medicina convencional.

Además, es esencial que las colectividades participen más en el manejo de su bienestar. La trayectoria internacional demuestra que los mecanismos sanitarios tienen más eficacia en el momento en que las comunidades colaboran de manera activa en su planificación y aplicación.

5.3 Sistemas tradicionales de medicina amazónica

A través de los siglos, las comunidades nativas de la Amazonía han creado mecanismos de medicina convencional que están fuertemente relacionados con su organización comunitaria, su cosmovisión y su medio ambiente. Estos mecanismos son un conglomerado complicado de convicciones, actividades y saberes que se transmiten de una generación a otra y han hecho posible que las comunidades enfrenten enfermedades, conserven el bienestar y se ajusten a circunstancias ecológicas muy exigentes.

La medicina convencional amazónica, en comparación al modelo biomédico occidental que se fundamenta en la evidencia científica, la especialización clínica y la tecnología, tiene como base una idea integral de la salud. En esta perspectiva, la afección no se limita a ser un conflicto biológico, sino que se comprende como una perturbación en el balance entre el cuerpo, la colectividad, el alma y el entorno. En escenarios como la Amazonía, donde los elementos sociales y ecológicos influyen directamente en la salud, es especialmente importante esta perspectiva holística.

El empleo de plantas medicinales es un eje central de estos mecanismos. Con miles de especies vegetales, varias de ellas tienen cualidades terapéuticas, la Amazonía es hogar de una de las más destacadas biodiversidades del mundo. Se ha registrado el empleo de más de 500 tipos de plantas medicinales en poblaciones amazónicas peruanas a través de investigaciones etnobotánicas, lo que demuestra la complejidad y profundidad de esta sabiduría. (Bussmann & Sharon, 2006).

Aquellas plantas se emplean con el fin de curar una gran diversidad de trastornos, entre ellos infecciones, afecciones intestinales, dificultades respiratorias, inflamaciones y dolores en los músculos. Asimismo, algunas

desempeñan funciones de prevención o robustecen el sistema inmunitario. En territorios amazónicos, la utilización de plantas medicinales sigue siendo una costumbre diaria y, en numerosas ocasiones, la alternativa de tratamiento inicial. Esto contrasta con regiones urbanas como Lima, donde hay un acceso más extenso a medicamentos farmacológicos.

No obstante, la medicina convencional amazónica no se restringe únicamente a la utilización de bienes naturales. Además, incluye actividades espirituales y rituales que tienen un rol fundamental en el procedimiento de sanación. Estas actividades tienen como objetivo restaurar la armonía entre la persona y su medio ambiente, teniendo en cuenta dimensiones espirituales, comunitarias y afectivas que la medicina occidental no trata siempre.

En este marco, los expertos convencionales, como chamanes, sanadores o astutos colectivos desempeñan una función esencial. Estos actores poseen conocimientos especializados que les permiten diagnosticar enfermedades desde perspectivas culturales propias y aplicar tratamientos que combinan elementos físicos y simbólicos. Su legitimidad se basa tanto en el conocimiento acumulado como en el reconocimiento social dentro de la comunidad.

El proceso de diagnóstico en estos sistemas puede incluir la observación del paciente, la interpretación de sueños, el uso de plantas específicas o la realización de rituales. Estas prácticas reflejan una concepción del mundo en la que lo físico y lo espiritual están interconectados, y donde la salud depende de múltiples dimensiones de la vida.

Los mecanismos convencionales son un medio estratégico, particularmente en situaciones en las que la accesibilidad a prestaciones formales es restringida, desde un punto de vista de salud pública. La medicina tradicional se utiliza como nivel inicial de asistencia en numerosas poblaciones de la región Loreto, en la que las distancias geográficas y las restricciones en la infraestructura obstaculizan la accesibilidad a los centros sanitarios.

Esta situación no es exclusiva del Perú. Según la Organización Mundial de la Salud, cerca del 80% de los habitantes de las naciones en progreso emplea medicina convencional para el cuidado primario sanitario, lo que demuestra su importancia a escala mundial (WHO, 2013). En Bolivia y Ecuador, la medicina convencional se ha incorporado en los programas de salud con mayor

sistematicidad que en Perú, donde todavía este procedimiento se está consolidando.

En la Amazonía se presenta una coexistencia de cada uno de los dos mecanismos, a diferencia de las zonas urbanas del país, en las que el mecanismo biomédico es el que prevalece. Esta convivencia no siempre ha resultado pacífica. En gran fracción del siglo XX, la medicina convencional fue menospreciada o vista como no compatible con la medicina científica. No obstante, su valor ha sido cada vez más reconocido en las últimas décadas.

Este ajuste ha sido favorecido por la perspectiva de salud intercultural. Este punto de vista fomenta la cooperación entre la medicina occidental y la medicina convencional, al reconocer que los dos sistemas son capaces de ser complementarios. Si bien la medicina moderna proporciona tratamientos farmacológicos, diagnósticos exactos y procesos particulares, la medicina tradicional brinda conocimientos locales, accesibilidad y relevancia cultural.

En Loreto, la incorporación de estos mecanismos tiene el potencial de disminuir las barreras de acceso, aumentar la credibilidad en las prestaciones sanitarias y robustecer la involucración de la comunidad. Tal como, si se incorporan a los agentes comunitarios nativos y se reconoce a los expertos convencionales, el lazo entre las poblaciones y el sistema de salud podría ser más fácil.

Sin embargo, esta incorporación presenta retos significativos. Una de las exigencias es producir prueba científica acerca del empleo de plantas medicinales, sin perder el contexto de los saberes convencionales. La regulación y la aceptación institucional de los expertos tradicionales, quienes a menudo no tienen un marco formal que justifique su trabajo, constituye otro de los retos.

Además, asegurar la salvaguardia de los saberes ancestrales es crucial. Las comunidades nativas corren el peligro de que se apropien indebidamente de sus bienes genéticos y conocimientos tradicionales. Por eso, se necesitan procedimientos que identifiquen la propiedad intelectual colectiva y fomenten el empleo ético de tales saberes.

A partir de un punto de vista comparativo, naciones como Brasil han progresado en la implementación de actividades integrativas y complementarias en sus servicios sanitarios, entre las que se incorpora la fisioterapia. En Perú, a

pesar de que se han logrado progresos en las políticas interculturales, todavía se presentan disparidades en su ejecución efectiva, sobre todo en zonas amazónicas.

5.4 Medicina tradicional y medicina occidental

La interacción entre la medicina tradicional y la medicina occidental constituye uno de los ejes centrales del debate contemporáneo en salud pública, particularmente en contextos multiculturales como la Amazonía peruana. Esta relación no solo expresa diferencias en prácticas médicas, sino también en formas de conocimiento, sistemas de valores y concepciones sobre la vida, la enfermedad y el bienestar. Históricamente, dicha interacción ha estado marcada por una asimetría estructural, en la cual el modelo biomédico occidental ha ocupado una posición dominante, mientras que los sistemas tradicionales han sido relegados o considerados secundarios.

Durante gran parte del siglo XX, los sistemas de salud en América Latina se estructuraron bajo un paradigma biomédico centrado en la racionalidad científica, la tecnificación y la estandarización de procedimientos clínicos. Este modelo permitió avances significativos en la reducción de enfermedades infecciosas y en la mejora de la esperanza de vida. Sin embargo, su implementación en territorios culturalmente diversos, como la Amazonía, se realizó sin considerar adecuadamente las particularidades socioculturales de las poblaciones indígenas.

Como resultado, los conocimientos médicos tradicionales fueron frecuentemente deslegitimados, lo que generó una brecha entre los servicios de salud institucionales y las comunidades locales. Esta desconexión tuvo consecuencias concretas: menor utilización de los servicios, retraso en la búsqueda de atención y persistencia de prácticas paralelas no articuladas con el sistema formal.

No obstante, en las últimas décadas se ha producido un cambio progresivo en este enfoque. El desarrollo de disciplinas como la antropología médica y la salud intercultural ha permitido reconocer que los sistemas tradicionales no solo tienen valor cultural, sino también funcional. La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor del 80% de la población en países en desarrollo recurre a la medicina tradicional como primera opción de atención primaria, lo que evidencia su relevancia en contextos rurales e indígenas (WHO, 2013).

En el caso peruano, esta realidad es especialmente visible en regiones amazónicas como Loreto, donde las limitaciones de acceso geográfico al sistema de salud formal refuerzan el uso de la medicina tradicional. Mientras en Lima más del 90% de la población accede a servicios de salud en establecimientos formales, en comunidades rurales amazónicas el acceso efectivo es significativamente menor, lo que incrementa la dependencia de sistemas tradicionales (INEI, 2024).

A diferencia de regiones urbanas, donde predomina el modelo biomédico, en la Amazonía se observa una coexistencia de ambos sistemas. Esta coexistencia, sin embargo, no siempre ha sido articulada. En países como Bolivia y Ecuador, se han desarrollado modelos más avanzados de salud intercultural, donde la medicina tradicional ha sido incorporada de manera formal en el sistema sanitario. En el Perú, aunque existen avances normativos, la implementación aún es parcial y desigual.

En este contexto, ha emergido la necesidad de avanzar hacia una relación de complementariedad entre ambos sistemas. La medicina occidental aporta herramientas clave como el diagnóstico clínico, la farmacología moderna y la cirugía especializada. Por su parte, la medicina tradicional ofrece accesibilidad, conocimiento del territorio, redes comunitarias de cuidado y una visión integral del proceso salud-enfermedad.

Desde la perspectiva de la salud pública, esta complementariedad no solo amplía la cobertura, sino que mejora la pertinencia cultural de las intervenciones. En territorios como Loreto, donde las barreras geográficas y culturales limitan el acceso a los servicios formales, la articulación con la medicina tradicional puede fortalecer la confianza de las comunidades en el sistema de salud.

La Organización Panamericana de la Salud ha señalado que la incorporación del enfoque intercultural es fundamental para reducir las desigualdades en salud en América Latina (OPS, 2017). Este enfoque implica reconocer la diversidad cultural como un elemento estructural y promover el diálogo entre diferentes sistemas de conocimiento.

Sin embargo, la integración entre medicina tradicional y medicina occidental enfrenta desafíos importantes. Uno de los principales es la diferencia en los marcos epistemológicos. Mientras la medicina occidental se basa en evidencia científica y validación experimental, la medicina tradicional incorpora

dimensiones simbólicas, espirituales y relacionales que no siempre pueden ser evaluadas con los mismos criterios.

Otro desafío relevante es el reconocimiento institucional de los especialistas tradicionales. En muchas regiones, los curanderos o sabios comunitarios no cuentan con reconocimiento legal ni con mecanismos formales de articulación con el sistema de salud. Esta situación limita su participación en políticas públicas y reduce la posibilidad de construir modelos integrados de atención.

A ello se suma la falta de protocolos claros para la interacción entre ambos sistemas. En algunos casos, esto puede generar duplicidad de tratamientos o descoordinación en la atención. En contraste, experiencias en países como Brasil han demostrado que la incorporación de prácticas integrativas como la fitoterapia puede mejorar la atención primaria cuando existe regulación adecuada.

A pesar de estas limitaciones, existen experiencias exitosas en América Latina que evidencian la viabilidad de modelos interculturales. Estas incluyen la incorporación de agentes comunitarios indígenas, la adaptación cultural de los servicios y la formación intercultural del personal de salud.

En el caso de Loreto, avanzar hacia un modelo intercultural implica implementar estrategias concretas, como:

- La formación de profesionales de salud en competencias interculturales.
- La incorporación de intérpretes y personal bilingüe en los establecimientos de salud.
- El reconocimiento formal de los especialistas tradicionales.
- La articulación entre medicina tradicional y atención primaria.
- La investigación científica sobre prácticas tradicionales y plantas medicinales.

5.5 Salud materna y prácticas tradicionales

La salud materna constituye uno de los ámbitos donde la interculturalidad en salud adquiere mayor relevancia, particularmente en territorios amazónicos donde las prácticas culturales están profundamente integradas en la vida comunitaria. El embarazo, el parto y el puerperio no son concebidos únicamente como procesos biológicos, sino como eventos sociales, culturales y espirituales que forman parte del ciclo de vida y de la continuidad de la comunidad.

En muchas comunidades indígenas de la Amazonía peruana, estos procesos están acompañados por prácticas tradicionales transmitidas de generación en generación. Estas incluyen cuidados durante la gestación, pautas alimentarias, restricciones culturales, rituales de protección y formas específicas de atención del parto. La comprensión de estas prácticas resulta clave para el diseño de servicios de salud que sean culturalmente pertinentes y efectivamente utilizados por la población.

Uno de los actores centrales en este contexto es la partera tradicional. En territorios donde el acceso a servicios de salud es limitado, las parteras constituyen un recurso fundamental para la atención del embarazo y el parto. Su conocimiento se basa en la experiencia acumulada, la observación y la transmisión oral dentro de la comunidad. Además de su función técnica, cumplen un rol social relevante al brindar acompañamiento emocional y generar confianza en las gestantes.

Desde una perspectiva comparativa, la importancia de las parteras es mayor en regiones amazónicas que en zonas urbanas. Mientras en Lima más del 90% de los partos son atendidos en establecimientos de salud por personal profesional, en regiones rurales amazónicas persisten porcentajes más elevados de partos domiciliarios o atendidos con apoyo tradicional, debido a barreras geográficas, culturales y económicas (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2024).

Estas diferencias territoriales están directamente relacionadas con el acceso a servicios de salud. En regiones costeras, donde la infraestructura sanitaria es más densa y la conectividad vial es mayor, las mujeres pueden acceder con mayor facilidad a servicios obstétricos. En cambio, en Loreto, los tiempos de traslado hacia establecimientos de mayor complejidad pueden superar varias horas o incluso días, lo que limita la atención oportuna, especialmente en casos de emergencia obstétrica (Ministerio de Salud [MINSA], 2022).

Esta situación se refleja en los indicadores sanitarios. Aunque el Perú ha reducido su razón de mortalidad materna a niveles cercanos a 60–70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, las regiones amazónicas presentan cifras más elevadas en comparación con Lima o Arequipa, donde la cobertura de servicios

es mayor (MINSA, 2022). En este contexto, la falta de acceso oportuno a atención especializada sigue siendo un factor determinante.

Históricamente, las políticas de salud han promovido el parto institucional como estrategia para reducir la mortalidad materna. Si bien esta medida ha contribuido a mejorar los indicadores a nivel nacional, en territorios amazónicos su implementación ha enfrentado limitaciones debido a barreras culturales y geográficas. En muchos casos, la imposición de modelos de atención sin adaptación cultural ha generado desconfianza hacia los servicios de salud.

En consecuencia, muchas mujeres continúan optando por prácticas tradicionales no solo por razones culturales, sino también por accesibilidad, cercanía y confianza. Este comportamiento no debe interpretarse como resistencia al sistema de salud, sino como evidencia de la necesidad de modelos más flexibles e inclusivos.

Diversas investigaciones han demostrado que la articulación entre parteras tradicionales y el sistema de salud puede mejorar significativamente los resultados en salud materna. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la capacitación e integración de parteras tradicionales puede contribuir a la detección temprana de riesgos, la referencia oportuna y la reducción de la mortalidad materna (WHO, 2015).

Experiencias en países como Bolivia y Ecuador han mostrado avances en la incorporación de enfoques interculturales, incluyendo el reconocimiento de parteras y la adaptación de los servicios de salud. En el Perú, si bien existen lineamientos en esta dirección, su implementación es aún desigual, especialmente en regiones amazónicas.

Desde un enfoque intercultural, la integración de prácticas tradicionales implica adaptar los servicios de salud a las características culturales de la población. Entre las principales estrategias destacan:

- Permitir posiciones de parto tradicionales, como el parto vertical o en cuclillas, ampliamente utilizadas en comunidades indígenas.
- Facilitar la presencia de acompañantes o parteras durante el proceso de parto.
- Incorporar el uso de lenguas originarias en la atención sanitaria.
- Respetar prácticas culturales relacionadas con el cuidado del recién nacido y el puerperio.

Estas medidas han demostrado incrementar la utilización de los servicios de salud y mejorar la experiencia de las mujeres durante el parto, especialmente en contextos rurales.

En la región Loreto, donde la dispersión geográfica limita la cobertura de servicios, la articulación con parteras tradicionales adquiere una importancia estratégica. Estas pueden actuar como el primer nivel de atención, identificando signos de riesgo y facilitando la derivación hacia establecimientos de salud. En comparación con regiones urbanas, donde el sistema formal cubre la mayor parte de la atención, en la Amazonía esta complementariedad resulta esencial.

No obstante, esta integración también plantea desafíos. Es necesario establecer mecanismos claros de coordinación entre parteras y personal de salud, definir protocolos de referencia y garantizar que las prácticas tradicionales se articulen con estándares de seguridad clínica. Asimismo, se requiere fortalecer la formación intercultural del personal sanitario para evitar prácticas discriminatorias o descontextualizadas.

Otro aspecto clave es el reconocimiento institucional de las parteras. Su inclusión en las políticas públicas no solo mejora la cobertura de los servicios, sino que también fortalece el respeto por la diversidad cultural y el rol de las mujeres en la comunidad.

Desde un enfoque de derechos humanos, la salud materna intercultural implica garantizar que las mujeres puedan acceder a servicios que respeten su identidad cultural, sus decisiones y sus prácticas. Esto incluye el derecho a un parto digno, seguro y culturalmente pertinente.

5.6 Políticas de salud intercultural en el Perú

En las últimas décadas, el Estado peruano ha avanzado de manera progresiva en la incorporación del enfoque intercultural dentro de sus políticas públicas de salud, reconociendo la diversidad étnica y cultural del país como un elemento estructural que debe ser considerado en la planificación y prestación de los servicios sanitarios. Este proceso responde tanto a compromisos internacionales en materia de derechos de los pueblos indígenas como a la necesidad de reducir las brechas de acceso y calidad en salud que afectan a estas poblaciones.

El Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector del sistema sanitario, ha desarrollado lineamientos y estrategias orientadas a promover la atención con pertinencia cultural, especialmente en regiones con alta presencia indígena como Loreto, Ucayali, Amazonas y Puno. Estas regiones concentran una proporción importante de población indígena y presentan, al mismo tiempo, mayores brechas en indicadores de salud en comparación con regiones urbanas como Lima o Arequipa (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2024).

En este marco, las políticas interculturales se sustentan en un enfoque de derechos, equidad y reconocimiento de la diversidad cultural, buscando transformar un modelo tradicionalmente homogéneo hacia uno más inclusivo y adaptado a las realidades territoriales. Este cambio es particularmente relevante si se considera que, según el INEI, las poblaciones indígenas presentan menores niveles de acceso a servicios de salud y mayores tasas de enfermedades infecciosas en comparación con la población no indígena.

Entre las principales estrategias implementadas por el Estado peruano destacan:

- La formación de recursos humanos en salud intercultural, orientada a desarrollar competencias en el personal sanitario para interactuar adecuadamente con poblaciones culturalmente diversas.
- La traducción y adaptación de materiales de salud a lenguas originarias, considerando que en el Perú existen más de 48 lenguas indígenas vigentes (Ministerio de Cultura, 2022).
- La adecuación cultural de los servicios de salud, incluyendo la incorporación de prácticas tradicionales y la flexibilización de protocolos de atención.
- La promoción de la participación comunitaria mediante la inclusión de líderes indígenas y agentes comunitarios en la gestión sanitaria.

Estas estrategias han permitido avances importantes en el reconocimiento de la diversidad cultural dentro del sistema de salud. Sin embargo, su implementación es desigual a nivel territorial. En regiones como Lima, donde la población indígena es menor, el enfoque intercultural tiene menor presencia, mientras que en regiones amazónicas su aplicación es más necesaria, aunque enfrenta mayores limitaciones.

Desde una perspectiva comparativa, países como Bolivia y Ecuador han avanzado de manera más sostenida en la institucionalización de la salud intercultural, incorporando la medicina tradicional en sus sistemas de salud y reconociendo formalmente a los especialistas tradicionales. En el Perú, si bien existen marcos normativos y lineamientos técnicos, su implementación efectiva aún enfrenta desafíos.

Uno de los principales problemas es la limitada disponibilidad de recursos financieros y logísticos. Las regiones amazónicas, como Loreto, presentan mayores costos operativos debido a la dispersión geográfica y la dificultad de acceso, lo que limita la expansión de servicios con enfoque intercultural. Esta situación contrasta con regiones urbanas, donde la infraestructura y los recursos están más concentrados.

Otro desafío relevante es la insuficiente formación del personal de salud. A pesar de los esfuerzos del MINSA, muchos profesionales no cuentan con capacitación en interculturalidad, lo que puede generar barreras de comunicación, prácticas poco pertinentes o incluso situaciones de discriminación. En comparación, países como Ecuador han incorporado de manera más sistemática la formación intercultural en el sistema educativo de salud.

Asimismo, persiste una débil articulación entre el sistema de salud formal y los sistemas de medicina tradicional. Aunque las políticas reconocen la importancia de esta integración, en la práctica su implementación es limitada. Esto reduce el potencial de complementariedad entre ambos sistemas, especialmente en territorios donde la medicina tradicional sigue siendo el principal recurso de atención.

La participación de las comunidades indígenas en la gestión sanitaria constituye otro aspecto crítico. Si bien las políticas públicas promueven la participación, en muchos casos esta es limitada o simbólica. La falta de mecanismos efectivos de participación y la escasa capacidad de incidencia de las comunidades dificultan la construcción de modelos verdaderamente interculturales.

En este contexto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe ha señalado que la incorporación de enfoques interculturales en las políticas públicas es clave para reducir las desigualdades en salud, pero advierte que estos

enfoques deben ir acompañados de reformas estructurales que fortalezcan la institucionalidad y la inversión pública (CEPAL, 2020).

En cuanto a la región Loreto en particular, poner en práctica políticas interculturalidades se vuelve táctica. Esta área es la que tiene una de las más grandes diversidades étnicas de la nación y enfrenta retos significativos con respecto a la accesibilidad a las prestaciones sanitarias. La formación de un mecanismo intercultural en esta circunstancia no solamente necesita la adecuación de las prestaciones, sino igualmente el refuerzo de las habilidades institucionales y la coordinación con las colectividades.

La perspectiva intercultural, partiendo del punto de vista de la sanidad pública, constituye una transformación del paradigma. Supone aceptar que el bienestar no es capaz de resultar tratada a partir de un enfoque singular, sino, en cambio es necesario tener en cuenta la variedad de ámbitos de cultura y territoriales. Esta perspectiva facilita que los ciudadanos acepten las prestaciones, mejora la calidad de la asistencia y optimiza el acceso.

El reto provenir consiste no solo en crear normativas, sino también en asegurar que se apliquen de manera eficiente dentro del territorio. Solo a través de un enfoque integral, que combine salud, desarrollo social y reconocimiento cultural, será posible construir sistemas de salud más inclusivos, accesibles y culturalmente pertinentes en la Amazonía peruana.

CAPÍTULO VI

Salud pública comparada en la Amazonía



La comparación entre Loreto, Amazonas y Ucayali en el Perú, junto con Putumayo en Colombia, permite observar que la salud pública amazónica comparte problemas estructurales: dispersión territorial, ruralidad, barreras geográficas, brechas en agua y saneamiento, alta carga de enfermedades transmisibles y coexistencia creciente de enfermedades no transmisibles. Sin embargo, la magnitud de estas brechas no es uniforme: Loreto y Ucayali muestran mayores rezagos en acceso domiciliario a agua por red pública, mientras que Amazonas exhibe mejores condiciones relativas en infraestructura básica. En Putumayo, aunque la conectividad terrestre es mayor que en Loreto, persisten brechas fuertes en acueducto, alcantarillado y acceso efectivo a servicios, sobre todo en áreas rurales.

Tabla N° 1: Salud pública en la Amazonia Peruana

Indicador / dimensión	Loreto (Perú)	Amazona s (Perú)	Ucayali (Perú)	Putumayo (Colombia)
Viviendas que usan agua por red pública para beber	22,4% (2024)	79,9% (2024)	28,3% (2024)	45,11% de cobertura de acueducto (2022)
Viviendas con servicio sanitario conectado a red pública	39,9% (2024)	51,6% (2024)	38,2% (2024)	45,04% de cobertura de alcantarillado (2022)
Viviendas sin servicio sanitario / con fuerte rezago sanitario	14,6% sin ningún servicio (2024)	5,0% sin servicio o río/acequia/canal (2024)	4,9% sin servicio sanitario (2024)	Brecha rural marcada: acueducto rural 19,96% y urbana 78,50% (2022)
Anemia infantil en niños de 6 a 59 meses	50,8% (2024)	38,5%–41,6% según directriz reportada por	38,7% (2024)	No se encontró en la fuente oficial consultada un indicador homologable de anemia infantil

		ENDES 2024		departamental reciente
Mortalidad infantil	El CDC Perú reporta que es significativamente mayor que el promedio nacional	El CDC Perú reporta rezagos materno-infantiles y mayor vulnerabilidad que el promedio nacional en varios indicadores	El CDC Perú reporta que es significativa mayor que el promedio nacional	11,2 por 1.000 nacidos vivos (2023)
Perfil epidemiológico dominante	Fuerte carga materno-infantil, anemia, brechas de saneamiento y alta vulnerabilidad territorial	Mejor base de agua y saneamiento, pero persisten anemia y vulnerabilidad rural	Problemas estructurales parecidos a Loreto, con menor anemia, pero bajo acceso a agua	Convivencia de transmisibles y no transmisibles; dengue, malaria, tuberculosis y barreras de acceso en zona rural
Barrera territorial principal	Extrema dispersión y dependencia fluvial	Ruralidad serrano-amazónica con dispersión, pero mejores servicios básicos	Dispersión rural amazónica y baja cobertura de red pública de agua	Barreras geográficas rurales, aunque con mayor soporte vial que Loreto; acceso desigual a servicios

Se presenta el siguiente análisis comparativo:

1.Loreto es el caso más crítico en agua, saneamiento y anemia infantil

El contraste más fuerte del cuadro está en Loreto. Solo 22,4% de las viviendas reportó agua por red pública para beber en 2024, frente a 79,9% en Amazonas y 28,3% en Ucayali. En anemia infantil, Loreto también presenta el peor resultado entre los tres departamentos peruanos comparados: 50,8% de niños de 6 a 59 meses, muy por encima de Amazonas y Ucayali. Esto indica que el problema sanitario loreetano no es solamente médico, sino profundamente estructural: combina precariedad del hábitat, desventaja logística y debilidad de los determinantes sociales de la salud.

2.Amazonas muestra la mejor base estructural dentro de las tres regiones peruanas comparadas

Amazonas sobresale por tener la mejor situación relativa en infraestructura básica domiciliaria: 79,9% de viviendas con agua por red pública para beber y 51,6% con servicio sanitario conectado a red pública. Aun así, sus niveles de anemia infantil siguen siendo altos, con cifras ENDES 2024 entre 38,5% y 41,6% según el cuadro reportado. Esto sugiere que mejorar infraestructura básica ayuda, pero no resuelve por sí sola la carga nutricional y materno-infantil; siguen siendo necesarias intervenciones de nutrición, controles prenatales y cuidado infantil temprano.

3.Ucayali comparte con Loreto la fragilidad amazónica, pero con un deterioro menos severo en anemia

Ucayali presenta una estructura sanitaria intermedia. Su acceso a agua por red pública para beber es bajo (28,3%), parecido más a Loreto que a Amazonas, y el acceso a red pública de saneamiento llega a 38,2%. Sin embargo, su anemia infantil (38,7%) es menor que la de Loreto. Esto permite inferir que Ucayali comparte la vulnerabilidad amazónica en servicios básicos, pero muestra un mejor desempeño relativo en nutrición infantil, probablemente por diferencias en cobertura programática, accesibilidad urbana y dinámica poblacional. Esa

hipótesis debe verificarse con estudios específicos, pero el patrón comparado es claro.

4. Putumayo tiene mejores conexiones territoriales que Loreto, pero mantiene brechas severas de acceso

En Putumayo, el ASIS departamental reporta una red vial de 1.640,54 km y una movilidad basada en transporte terrestre, fluvial y aéreo, con predominio del modo terrestre. Esa diferencia es importante frente a Loreto, donde la dependencia fluvial condiciona mucho más la accesibilidad. Sin embargo, Putumayo mantiene brechas estructurales severas: 45,11% de cobertura de acueducto, 45,04% de alcantarillado y una cobertura rural de acueducto de apenas 19,96%. Es decir, una mejor conectividad relativa no elimina automáticamente las desigualdades sanitarias si la infraestructura básica y la oferta de servicios siguen siendo insuficientes.

5. En Putumayo, además, el perfil epidemiológico es más claramente mixto

El caso de Putumayo evidencia una transición epidemiológica más explícita. Su ASIS señala que 76% de las consultas departamentales correspondieron a enfermedades no transmisibles, pero al mismo tiempo el departamento sigue reportando incidencia de dengue, malaria y tuberculosis, además de mortalidad infantil de 11,2 por 1.000 nacidos vivos y barreras geográficas de acceso en zona rural. En otras palabras, Putumayo no ha dejado atrás los problemas clásicos de salud pública territorial, pero ya convive con una fuerte carga de ENT. Ese patrón es particularmente útil para Loreto, porque anticipa el tipo de doble carga que también puede intensificarse allí.

6. La principal lección comparativa: la salud amazónica depende más de los determinantes territoriales que del gasto clínico aislado

La comparación muestra una regularidad muy clara: donde hay menor acceso a agua segura, saneamiento y conectividad efectiva, aparecen peores resultados en salud infantil y mayor vulnerabilidad general. Por eso, en la Amazonía la salud pública no puede entenderse solo como hospitales, medicamentos o campañas episódicas. Requiere una estrategia intersectorial

centrada en agua, saneamiento, nutrición, transporte sanitario, vigilancia epidemiológica y enfoque intercultural. Loreto, por sus resultados, es el territorio que más necesita esa visión integral; Amazonas ofrece un ejemplo de mejor base estructural; Ucayali representa una condición intermedia; y Putumayo muestra que, aun con mejor conectividad terrestre, las brechas rurales y la doble carga epidemiológica siguen siendo un desafío central.

En términos comparativos, Loreto es la unidad territorial más rezagada entre las cuatro observadas en variables críticas de salud pública básica, especialmente por su bajo acceso a agua por red pública y su muy alta anemia infantil. Amazonas presenta la mejor situación relativa entre los departamentos peruanos comparados. Ucayali comparte la fragilidad amazónica, aunque con un desempeño algo mejor en anemia. Putumayo, por su parte, confirma que la Amazonía transfronteriza enfrenta problemas comunes: ruralidad, población indígena, desigualdad territorial y coexistencia de transmisibles y no transmisibles. La lección para el libro es contundente: en la Amazonía, la salud pública debe pensarse como un problema de territorio, infraestructura social y desarrollo humano, no solo de atención médica curativa.

CAPÍTULO VII

Conclusiones



El análisis desarrollado a lo largo del presente libro permite afirmar que la salud pública en la región Loreto no puede ser comprendida ni abordada desde enfoques tradicionales centrados exclusivamente en la provisión de servicios médicos. Por el contrario, la evidencia expuesta demuestra que la salud en la Amazonía peruana es el resultado de una compleja interacción entre factores territoriales, sociales, culturales, económicos y ambientales, que configuran un escenario sanitario profundamente diferenciado respecto a otras regiones del país.

En primer lugar, la construcción histórica de la salud pública en la Amazonía ha estado marcada por una presencia estatal limitada, fragmentada y tardía. Esta situación ha generado brechas estructurales que aún persisten, especialmente en términos de infraestructura sanitaria, disponibilidad de recursos humanos y acceso efectivo a servicios de salud. La región Loreto, debido a su extensión territorial, dispersión poblacional y dependencia del transporte fluvial, enfrenta condiciones particulares que dificultan la implementación de modelos convencionales de atención sanitaria.

En segundo lugar, el análisis de los determinantes sociales de la salud evidencia que factores como la pobreza, la desigualdad territorial, el acceso limitado a agua potable, las brechas educativas y las condiciones de vivienda inciden de manera directa en los resultados sanitarios. En comparación con regiones urbanas como Lima o Arequipa, Loreto presenta indicadores menos favorables, lo que refleja una desigual distribución de oportunidades y recursos a nivel nacional. En este contexto, la salud pública debe ser entendida como parte integral del desarrollo humano y no como un sector aislado.

Asimismo, el estudio del sistema de salud en Loreto revela avances importantes en cobertura financiera, particularmente a través del Seguro Integral de Salud, pero también pone en evidencia limitaciones persistentes en acceso efectivo, calidad de los servicios y capacidad resolutive. Las barreras geográficas, la escasez de personal de salud y la limitada infraestructura continúan condicionando la atención, especialmente en comunidades rurales e indígenas.

Desde el punto de vista epidemiológico, la región enfrenta una doble carga de enfermedad caracterizada por la coexistencia de enfermedades infecciosas, como malaria, dengue y enfermedades diarreicas, y enfermedades crónicas no

transmisibles en aumento. Esta transición epidemiológica, combinada con condiciones sociales desfavorables, plantea desafíos complejos que requieren respuestas integrales y adaptadas al territorio.

Un elemento central del análisis es la importancia de la salud intercultural. La Amazonía peruana alberga una enorme diversidad de pueblos indígenas con sistemas de conocimiento propios, incluyendo prácticas de medicina tradicional que continúan desempeñando un papel fundamental en la atención en salud. La evidencia demuestra que la articulación entre medicina tradicional y medicina occidental no solo es posible, sino necesaria para mejorar la accesibilidad, la pertinencia cultural y la efectividad de los servicios sanitarios.

Sin embargo, la implementación de políticas interculturales en el Perú aún enfrenta desafíos significativos. La limitada formación intercultural del personal de salud, la débil articulación institucional y la escasa participación efectiva de las comunidades indígenas en la gestión sanitaria constituyen obstáculos que deben ser superados. La experiencia comparada con países como Bolivia, Ecuador o Brasil muestra que es posible avanzar hacia modelos más integrados, siempre que exista voluntad política y fortalecimiento institucional.

En este marco, el enfoque de derechos emerge como un eje transversal. Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas implica no solo ampliar la cobertura de servicios, sino asegurar su pertinencia cultural, accesibilidad territorial y calidad. Asimismo, requiere reconocer el vínculo entre salud, territorio y medio ambiente, especialmente en contextos donde las actividades extractivas y la degradación ambiental pueden afectar directamente el bienestar de las comunidades.

De cara al futuro, la salud pública en Loreto enfrenta el desafío de adaptarse a un entorno dinámico caracterizado por cambios epidemiológicos, transformaciones sociales y presiones ambientales. La incorporación de innovaciones como la telemedicina, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la mejora de los sistemas de información en salud representan oportunidades clave para superar las barreras geográficas.

No obstante, ninguna intervención será suficiente si no se abordan las causas estructurales de las desigualdades en salud. La reducción de brechas en acceso a agua potable, saneamiento, educación y desarrollo económico resulta fundamental para mejorar de manera sostenible los indicadores sanitarios. En

este sentido, la articulación intersectorial se convierte en un elemento indispensable para la construcción de políticas públicas efectivas.

En consecuencia, la principal conclusión que se desprende de este libro es que la salud pública en la región Loreto debe ser abordada desde un enfoque integral, territorial e intercultural, que reconozca la diversidad de la Amazonía y promueva la equidad en el acceso a oportunidades de bienestar. La construcción de un sistema de salud más inclusivo y resiliente no solo depende del sector sanitario, sino de la capacidad del Estado y de la sociedad para articular esfuerzos en torno al desarrollo humano sostenible.

Finalmente, el futuro de Loreto dependerá en gran medida de su capacidad para transformar sus condiciones estructurales en oportunidades de desarrollo, fortaleciendo sus instituciones, valorando su diversidad cultural y promoviendo políticas públicas orientadas al bienestar integral de su población. Solo mediante este enfoque será posible avanzar hacia una Amazonía más saludable, equitativa y sostenible.

Referencias

Bussmann, R. W., & Sharon, D. (2006). Traditional medicinal plant use in northern Peru: Tracking two thousand years of healing culture. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2(47). <https://doi.org/10.1186/1746-4269-2-47>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Salud y pueblos indígenas en América Latina: Hacia sistemas de salud interculturales*. CEPAL.

Cueto, M. (2004). *El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Instituto de Estudios Peruanos.

Francke, P. (2013). *Descentralización y salud en el Perú: Avances y desafíos*. Consorcio de Investigación Económica y Social.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017). *Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas*. INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2023). *Condiciones de vida en el Perú*. INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2024). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2024)*. INEI.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Ministerio de Cultura del Perú. (2022). *Base de datos de pueblos indígenas u originarios (BDPI)*. Ministerio de Cultura.

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2022). *Análisis de la situación de salud del Perú*. MINSA.

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2024). *Perfil epidemiológico del Perú*. MINSA.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1989). *Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. OIT.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Política sobre etnicidad y salud*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Salud en las Américas: Panorama regional. OPS.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2022). Informe sobre desarrollo humano. PNUD.

Santos-Granero, F. (2010). Indigenous peoples and the transformation of Amazonian society. *Journal of Latin American Studies*, 42(2), 263–289.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.

UNICEF. (2021). Estado mundial de la infancia 2021. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Victora, C. G., Barros, A. J., Axelson, H., Bhutta, Z. A., Chopra, M., França, G. V., Kerber, K., Kirkwood, B. R., Newby, H., Ronsmans, C., Boerma, J. T., & Bryce, J. (2011). How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries. *The Lancet*, 380(9848), 1149–1156.

World Health Organization (WHO). (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO.

World Health Organization (WHO). (2013). WHO traditional medicine strategy 2014–2023. WHO.

World Health Organization (WHO). (2015). WHO recommendations on maternal health. WHO.

World Health Organization (WHO). (2017). Guidelines on sanitation and health. WHO.

World Health Organization (WHO). (2021). Noncommunicable diseases. WHO.

World Health Organization (WHO). (2022). Global tuberculosis report. WHO.

SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO HUMANO EN LA REGIÓN

EN EL CONTEXTO DE LA
AMAZONÍA PERUANA



ALUMNI
EDITORIA

2026

PRIMERA EDICIÓN

ISBN: 978-9942-7465-6-6



SALUD
PARA TODOS



EQUIDAD



DESARROLLO
HUMANO



AMAZONÍA
SOSTENIBLE



ACCESO Y
CALIDAD