

Resultados

Octubre – Diciembre 2016

Brigadas Móviles Amazónicas



Subvención VIH Fondo Mundial
13 de febrero de 2017



¿POR QUÉ SE INCLUYERON LAS POBLACIONES INDÍGENAS EN ESTE PROYECTO?

Por su mayor vulnerabilidad con relación al VIH, lo cual se traduce en mayores tasas de notificación y mortalidad asociada al VIH. El acceso a los servicios de prevención y tratamiento es limitado, por ello urge que puedan ser intervenidas con un mayor énfasis y con estrategias culturalmente adecuadas para controlar el avance de la epidemia y evitar que estas poblaciones sean diezmadas y su forma de vida desaparezca.

(Fuente: Nota Conceptual VIH)

Las **Brigadas Móviles Amazónicas (BMA)** constituyen una alternativa más realista y viable para llegar a las poblaciones indígenas con evidencia epidemiológica de impacto por el VIH. Estas poblaciones son consideradas como excluidas y dispersas al carecer de una oferta fija de salud y encontrarse ubicadas a más de 4 horas por vía fluvial u otro medio de transporte del ES más cercano ubicado en la ciudad y a más de 2 días por vía fluvial en las zonas más alejadas. Las BMA proporcionarán



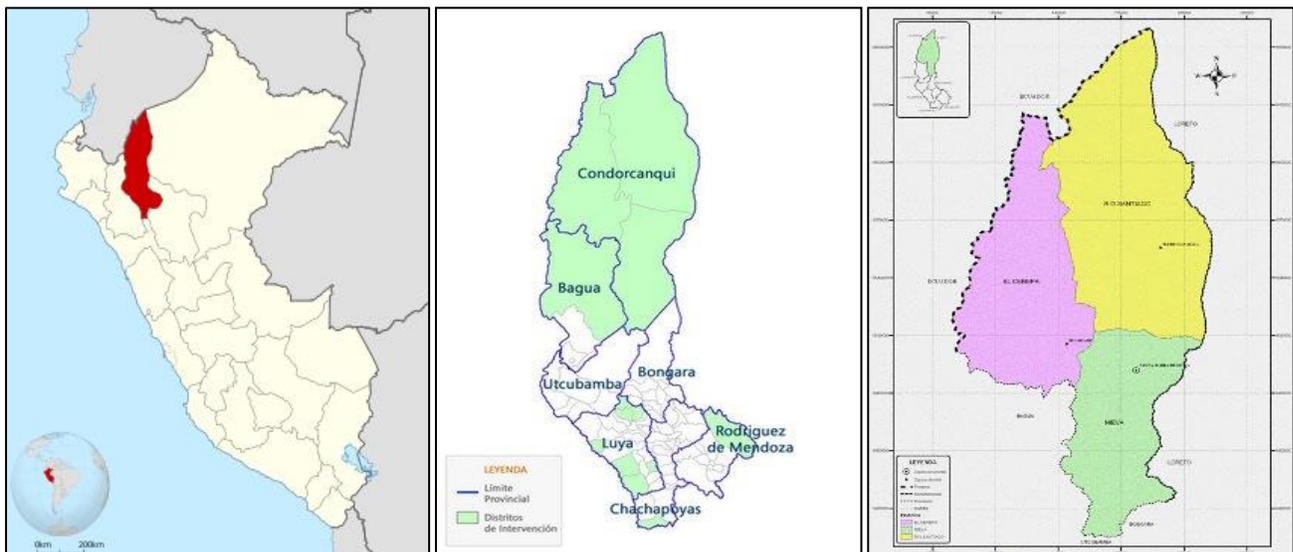
cuidados y atención sostenida de prevención del VIH y atención en salud con un enfoque de pertinencia intercultural y un abordaje multisectorial de los determinantes sociales de la salud. Incluye la oferta de pruebas rápidas, información, condones y consejería, así como servicios de atención integral con pertinencia cultural para la PVV que será complementado con el diagnóstico y tratamiento de las ITS, TB y otras que durante la experiencia puedan ser deter-

minadas (incluyendo la atención a gestantes e inmunizaciones). La validación de estas intervenciones, permitirá incrementar la inversión existente en los niveles políticos nacionales, regionales y locales. (Fuente: Nota Conceptual VIH).

A continuación, presentamos los resultados obtenidos durante el periodo octubre – diciembre 2016 de la intervención de las Brigadas Móviles Amazónicas que se ejecuta en el marco de la subvención “*Expansión de la Respuesta Nacional al VIH en Poblaciones Clave y Vulnerables de Ámbitos Urbanos y Amazónicos del Perú*”, proyecto financiado por el Fondo Mundial.

CONDORCANQUI:

La provincia de Condorcanqui fue creada mediante la Ley N° 23832 el 18 de mayo de 1984. Constituye una de las siete provincias que conforman la región Amazonas. Limita por el noroeste con el Ecuador; por el este con la región de Loreto; por el sur con las provincias de Bongara y Utcubamba; y, por el suroeste con la provincia de Bagua.



RESEÑA DE LA RED DE SALUD CONDORCANQUI:

La Red de Salud Condorcanqui fue creada el 11 de octubre de 2005 (Resolución N° 343-2005-GOB.REG.Amaz/PR) y tiene como ámbito de acción la provincia de Condorcanqui que cuenta con 54,103 habitantes y 246 comunidades indígenas. La distribución porcentual de la población indígena en sus tres distritos es la siguiente: Nieva (81.05%), El Cenepa (100%) y Río Santiago (76.30%).

Los servicios de salud de la provincia han crecido mayoritariamente en el distrito de Nieva, debido a que los profesionales mayormente aceptan trabajar en lugares aledaños a Nieva. En cuanto a la infraestructura, este distrito cuenta con mejores establecimientos, siendo los distritos de El Cenepa y Río Santiago los menos favorecidos (limitada asignación de recursos humanos profesionales, medicamentos y logística) lo que ha repercutido negativamente en los indicadores sanitarios. Pese a que la población mayoritariamente es indígena pocos EESS brindan atención con adecuación cultural en toda su magnitud, que es una de las características de la calidad.

Las condiciones socioculturales y geográficas dificultan el acceso de los usuarios a los servicios de salud, la situación de pobreza extrema dificulta el traslado de los pacientes de un lugar a otro.

La Red de Salud Condorcanqui se encuentra dividida en 5 Micro Redes (Huampami, Nieva, Galilea, Putuyakat, Kigkis) y tiene bajo su responsabilidad a 72 establecimientos de salud, de los cuales uno es el Hospital I Santa María de Nieva, 8 Centros de Salud de Referencia (Nieva, Huampami, Galilea, Putuyakat, Kigkis, Urakusa, Pagkintsa y CS Candungos) y 63 Puestos de Salud. La Red de Salud Condorcanqui funciona como una Unidad Operativa con dependencia administrativa de la Gerencia Sub Regional Condorcanqui pero que depende administrativamente de la RS Bagua.

BRIGADAS MÓVILES AMAZÓNICAS:

Existen 3 BMA en Condorcanqui: BMA Nieva, BMA El Cenepa y BMA Río Santiago, una por cada distrito que componen la provincia. Los resultados que presentamos están basados en la revisión de la Base de Datos enviada por las 3 BMA y la revisión de los consentimientos informados.

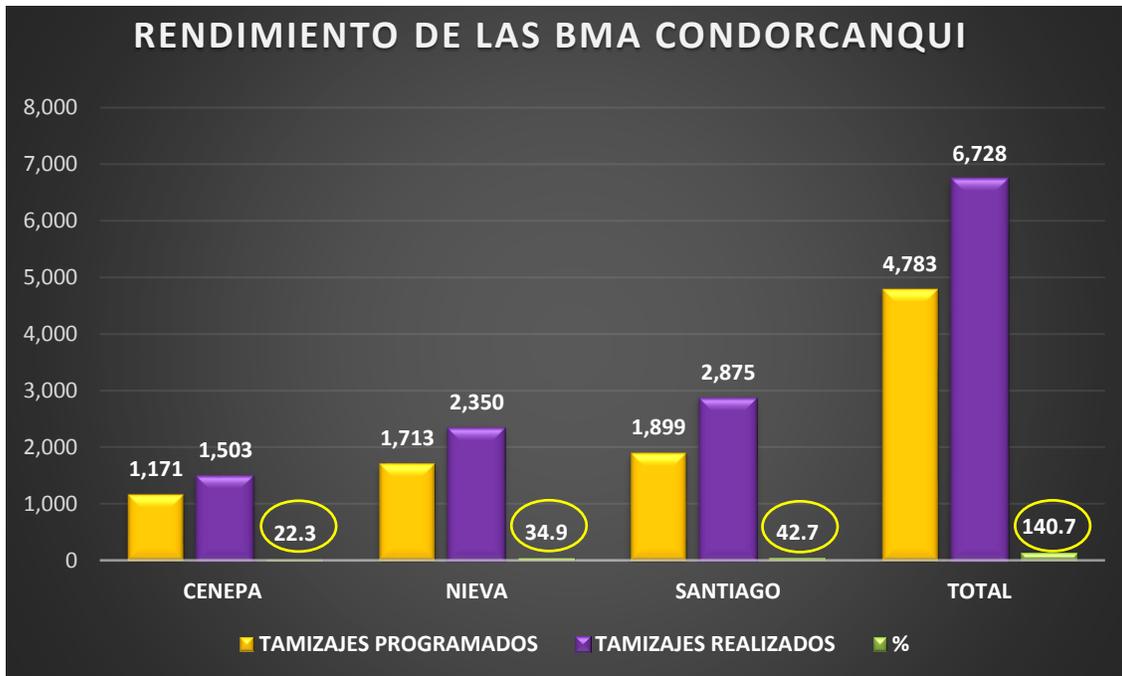
RESUMEN		
Total Pruebas Programadas VIH	Total Pruebas Realizadas VIH	Rendimiento
4,783	6,728	140.7%

La efectividad de la intervención es producto de una serie de factores que se han complementado durante estos 3 meses de trabajo (octubre – diciembre 2016) y que pasamos a enumerar:

- Dinámica de trabajo colaborativo entre los Equipos de Diálogo Intercultural y la Oficina de Lima con las autoridades de salud de la Región a todo nivel: DIRESA, redes, micro redes de salud y EESS: presentación de la subvención, plan de intervención, rutas, insumos, etc.
- Trabajo participativo con los líderes indígenas en la planificación de la intervención: diseño de rutas, difusión del cronograma en las comunidades, apoyo con traductores, entre los aspectos más resaltantes.
- Un alto nivel de aceptación de la intervención de parte de las comunidades con necesidad de información y atención en salud.
- El trabajo previo realizado desde el año 2013 por el MINSA que permitió que los procesos de intervención fuesen aceptados por las autoridades de salud, líderes indígenas y población en general.
- La experiencia del personal seleccionado para las brigadas, con amplia experiencia en brigadas AISPED.

a) RENDIMIENTO DE LAS BRIGADAS:

El rendimiento de las BMA compara las metas establecidas (tamizajes programados) en el Marco de Desempeño de la subvención VIH y el número de tamizajes realizados



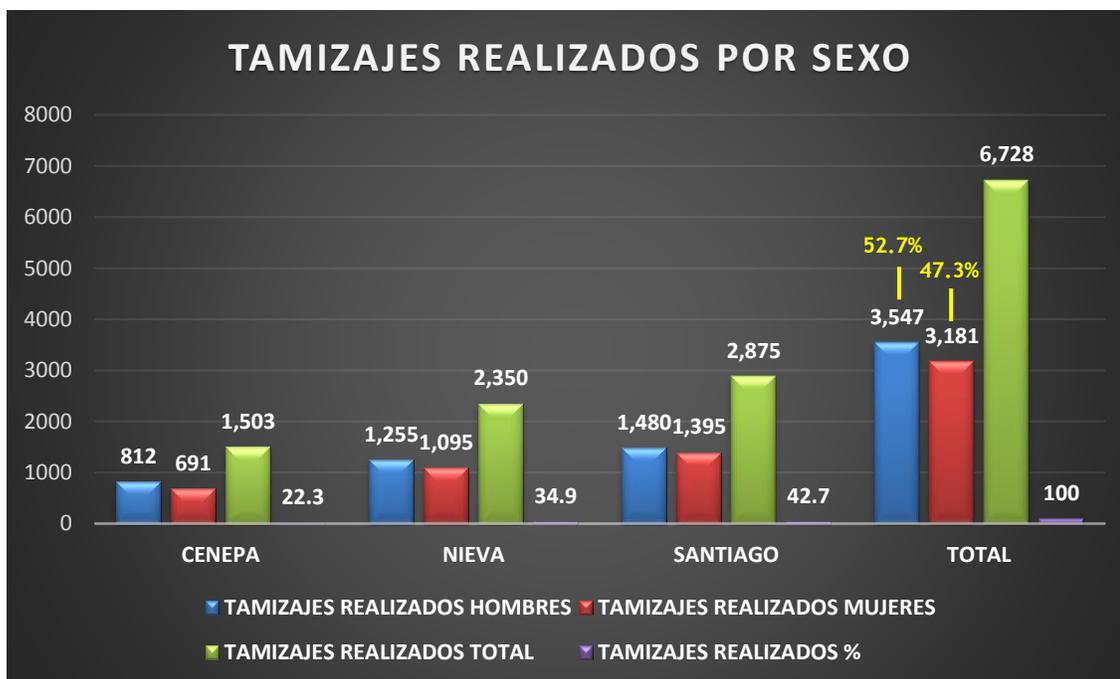
En líneas generales se observa un rendimiento bastante parejo, y muy por encima de lo programado, de las BMA de Condorcanqui, superando considerablemente las metas establecidas para el trimestre octubre – diciembre 2016 en casi un 141%.

Los tamizajes se realizan en base al protocolo de intervención, es decir, se llega a una determinada comunidad que tiene conocimiento del cronograma de trabajo de las BMA, se coordina con el EESS y con los Apus para explicar las acciones a realizar: información, tamizajes y atención integral. La información se brinda en espacios comunitarios (locales comunales, escuelas, iglesias), los tamizajes se llevan a cabo en espacios comunitarios y mediante la estrategia casa por casa, mientras que la atención se realiza principalmente en el EESS. Los tamizajes se realizan voluntariamente y la persona llena para ello un consentimiento informado.

b) TAMIZAJES DE VIH POR DISTRITO Y SEXO:

Es pertinente señalar que cada BMA tiene como campo de acción un distrito de la provincia, de esta manera puede observarse en el gráfico que la BMA de Río Santiago ha realizado el mayor número de tamizajes (2,875) lo cual representa el 42.7% del total realizado, seguidamente se encuentra la BMA Nieva con 2,350 (34.9%) y en tercer lugar la BMA de El Cenepa con 1,503 (22.3%), distrito de menor población, mayor dispersión poblacional y menor accesibilidad.

En cuanto al sexo, el número de varones tamizados es ligeramente superior al de mujeres, así tenemos que de los 6,728 tamizajes realizados en Condorcanqui, 3,547 (52.7%) fueron realizados en varones versus 3,181 (47.3%) realizados en mujeres.



c) TAMIZAJES DE VIH POR EDAD:

En la tabla siguiente observamos que el 34.1% de las personas tamizadas tiene entre 25 y 54 años, mientras que el 61.4% de tamizados se encuentra entre los 10 y 24 años.

	< 10 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 24 años	25 - 54 años	55 - 64 años	> 65 años	TOTAL
MUJERES	20	771	781	346	1,143	91	29	3,181
HOMBRES	18	819	1097	318	1,151	104	40	3,547
TOTAL	38	1,590	1,878	664	2,294	195	69	6,728
%	0.6	23.6	27.9	9.9	34.1	2.9	1.0	100.00

d) TAMIZAJES DE VIH POR ETNIA:

En Condorcanqui existen dos etnias: Awajún y Wampis. Como podemos observar en la tabla, el 76.7% de las personas tamizadas pertenece a la etnia Awajún, mientras que el 17.8% a la etnia Wampis.

Las etnias son identificadas por el auto reconocimiento de la persona de su grupo étnico, además de la zona geográfica en la que reside.

La población mestiza representa el 5.5% y son descendientes de un poblador indígena con un no indígena.

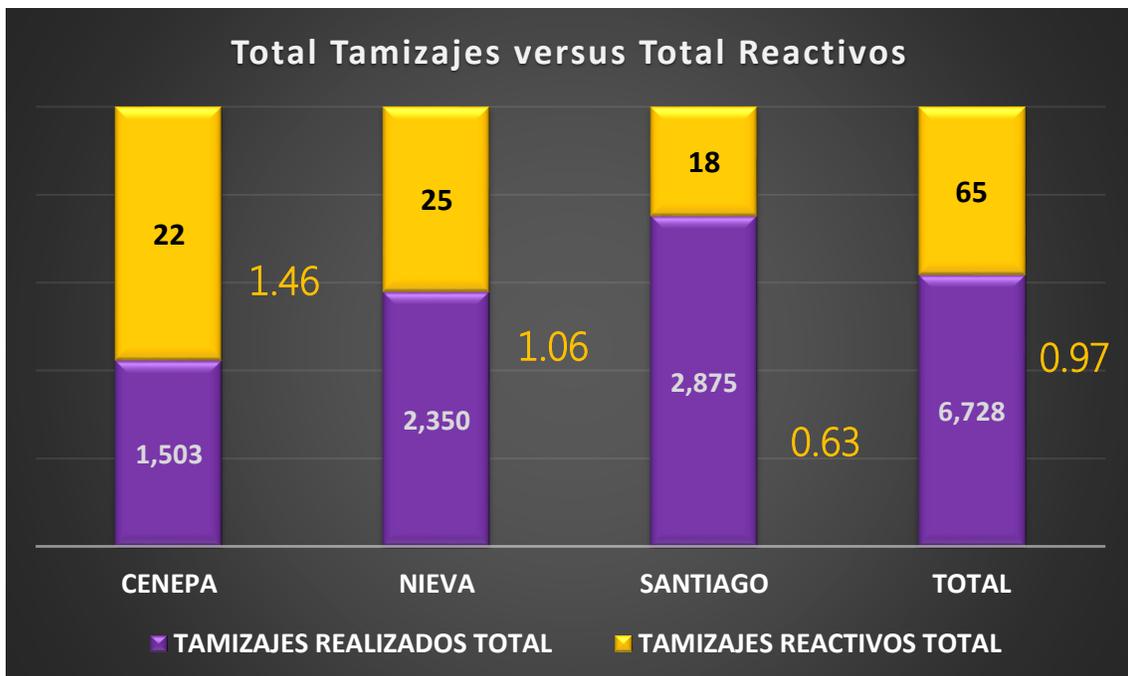
ETNIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
AWAJUN	2,416	2,746	5,162	76.7
WAMPIS	615	581	1,196	17.8
MESTIZO	150	220	370	5.5
TOTAL	3,181	3,547	6,728	100.00

e) REACTIVOS A VIH:

Con relación a las pruebas reactivas podemos señalar que de los 6,728 tamizajes realizados 65 resultaron reactivos lo que representa el 1% del total tamizado.

En cuanto a su distribución por distritos tenemos que El Cenepa tiene el mayor porcentaje de reactividad con 1.46% (22/1,503), le sigue Nieva con 1.06% (25/2,350) y, finalmente, Río Santiago con 0.63% (18/2,875).

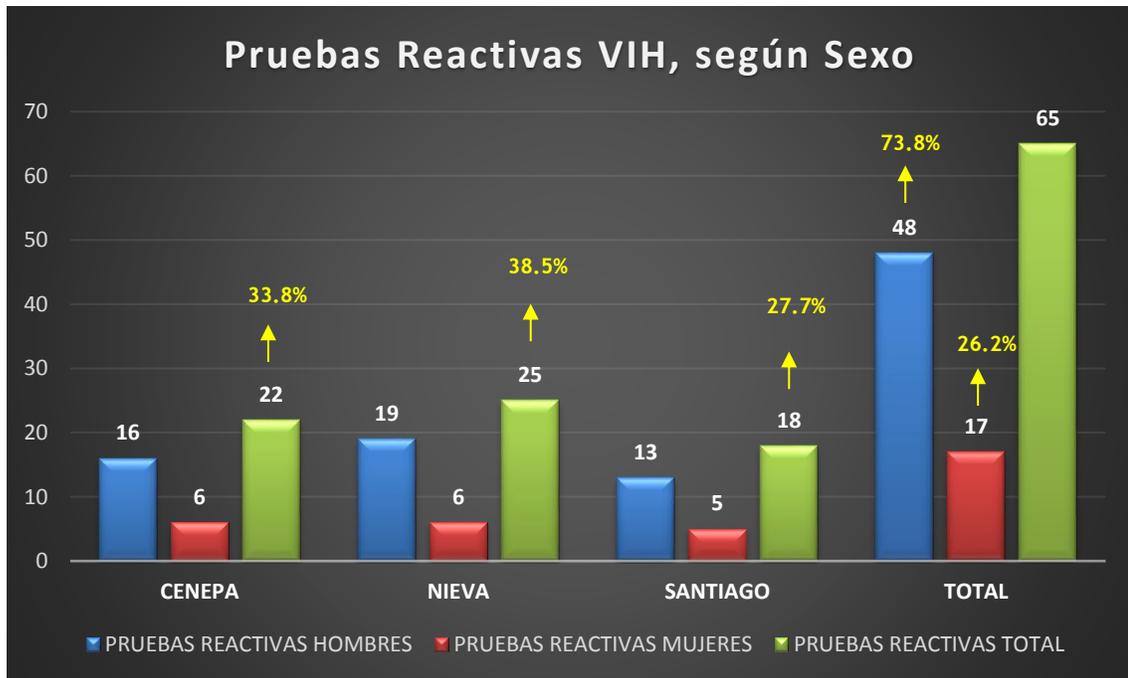
Todos los casos reactivos han sido notificados a las Micro Redes respectivas y a la Red de Salud Condorcanqui.



Los 65 tamizajes reactivos están distribuidos de la siguiente manera, según distrito: Nieva 25 (38.5%), El Cenepa 22 (33.8%) y Río Santiago 18 (27.7%).

POR DISTRITO Y SEXO:

Con relación al sexo, de los 65 tamizajes reactivos, 48 tamizajes fueron en hombres (73.8%), mientras que los restantes 17 en mujeres (26.2 %).



POR SEXO Y EDAD:

Con relación a la edad, el promedio general es 22.8 años, en los hombres el promedio es 22.6 años (el menor de 11 años y el mayor de 55 años), mientras que en las mujeres el promedio es 23.5 años (la menor de 14 años y la mayor de 61 años). El 77% de los reactivos (50) tiene menos de 24 años.

	< 10 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 24 años		25 - 54 años		55 - 64 años		> 65 años		M	F	Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
REACTIVOS VIH	0	0	2	2	27	6	10	3	6	6	1	1	1	0	47	18	65

POR ETNIA:

En cuanto a las etnias afectadas por el VIH tenemos que la población Awajún presenta el 92.3% (60/65) del total de casos reactivos de VIH, en la etnia Wampis el 6.2% (4/65) y la población mestiza el 1.5% (1/65).

Comparando los reactivos con el total de tamizajes realizados en una etnia tenemos que en la población Awajún los casos reactivos representan el 1.25% del total tamizados (60/5,162). En el caso de la etnia Wampis representa el 0.3% (4/1,196) al igual que en la población mestiza (1/370).

ETNIA	TOTAL TAMIZAJES	TOTAL REACTIVOS	%
AWAJUN	5,162	60	1.2
WAMPIS	1,196	4	0.3
MESTIZO	370	1	0.3
TOTAL	6,728	65	1%

f) RELACION DE COMUNIDADES QUE PRESENTAN CASOS DE VIH:

El siguiente listado enumera las comunidades que presentan al menos un caso de VIH:

DISTRITO	TOTAL CASOS	COMUNIDAD	NÚMERO DE CASOS
El Cenepa	22	Tunin	6
		San Antonio	4
		Kusu Kubain	3
		Nuevo Canaán	2
		Achu	1
		Kusu Chico	1
		Paisa	1
		San Rafael	1
		Shamatak	1
		Kumpin	1
		Bashuig	1
Nieva	25	Pagkintsa	9
		Ciro Alegría	4
		Seasme	2
		Juan Velasco	2
		Héctor Peas	1
		Nueva Esperanza	1
		Ideal	1
		Paraíso	1
		Shajján	1

		Atsakus	1
		Bajo kanampa	1
		Urakusa	1
Río Santiago	18	Yutupis	7
		Galilea	2
		La Poza	1
		Soledad	1
		Villa Gonzalo	1
		Chiriaco	3
		Imacita	2
		Mesones Muro	1
		TOTAL	65

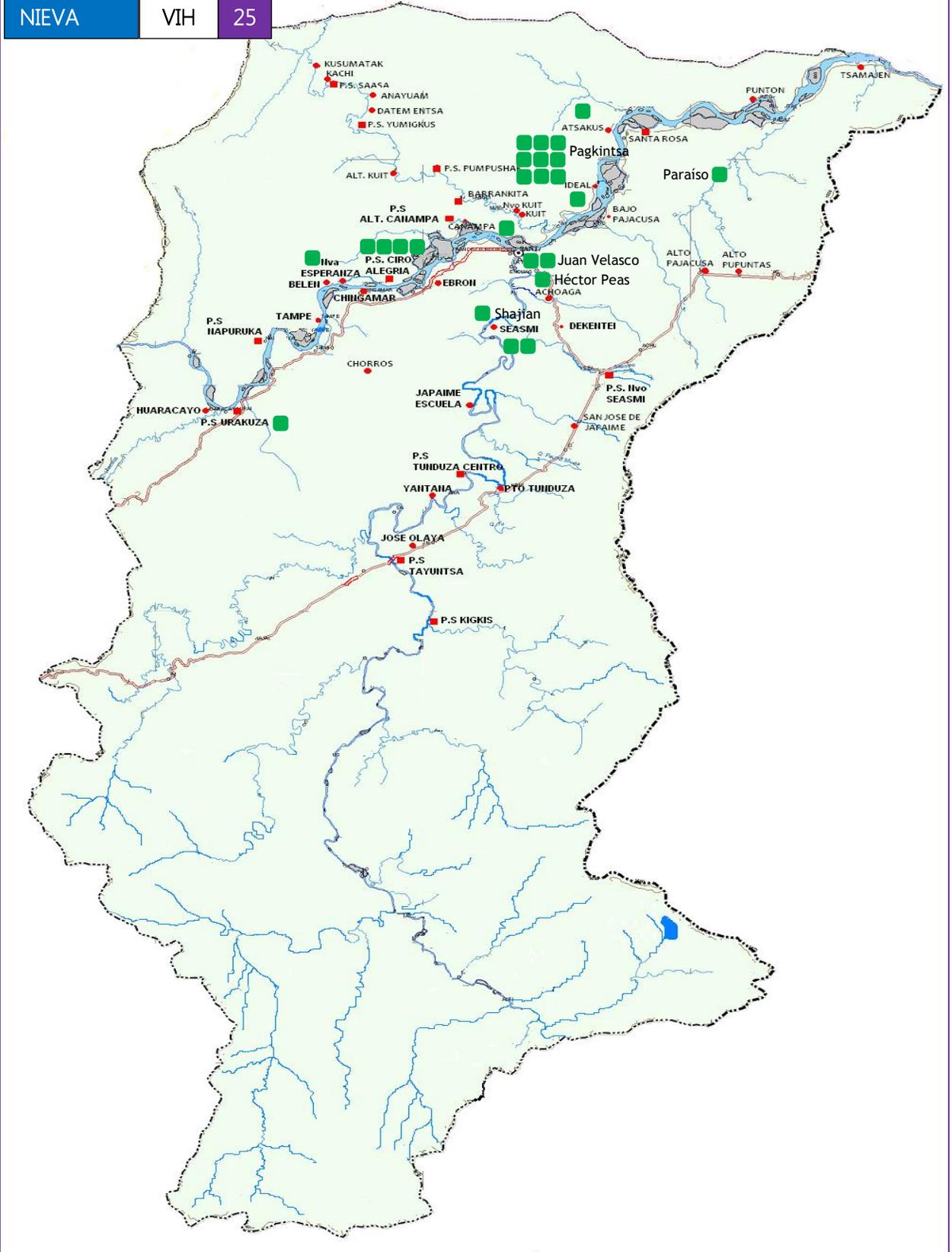


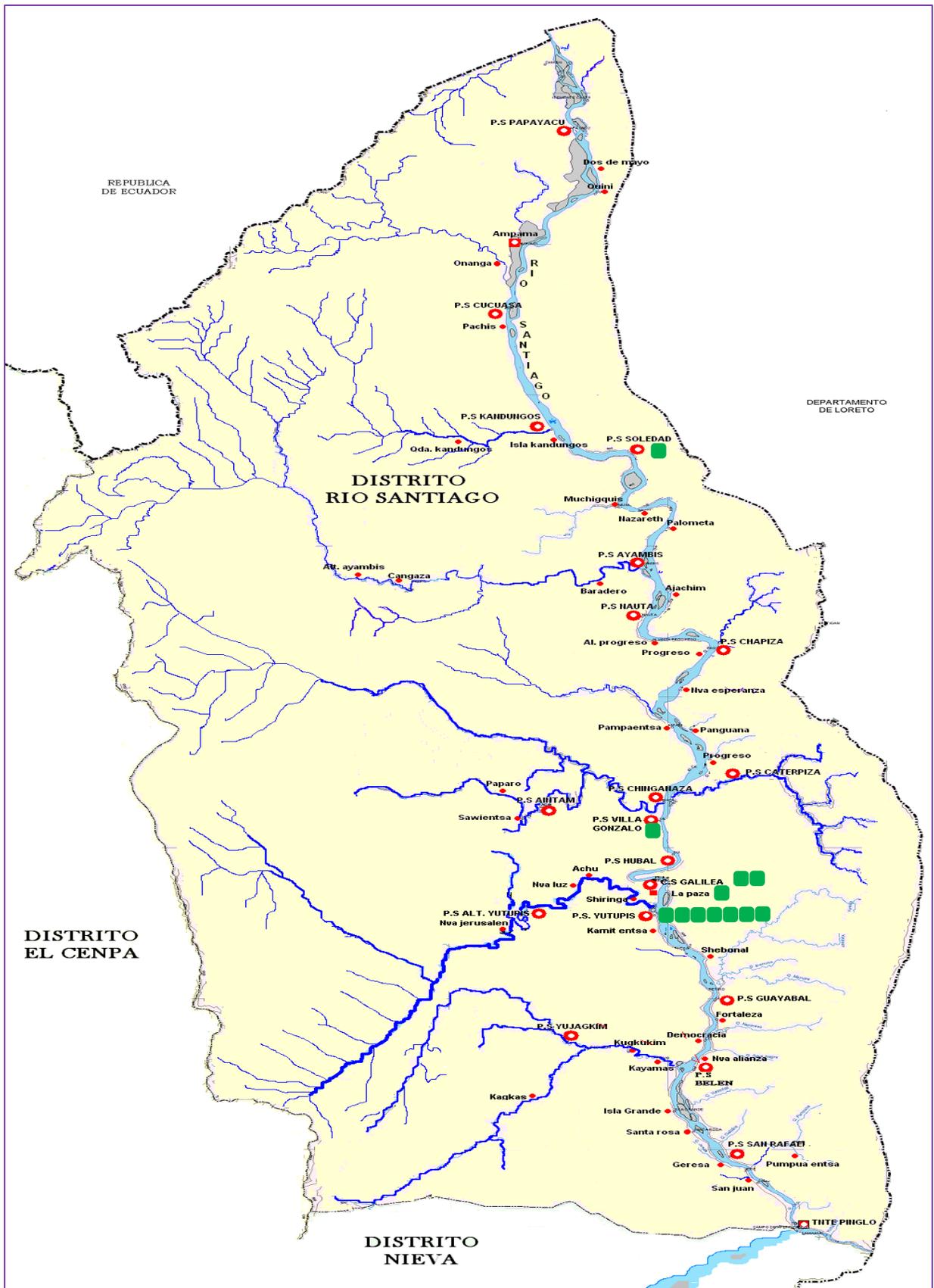
Realización de Tamizajes
Distrito de Nieva - Condorcanui



GEORREFERENCIACIÓN
CASOS REACTIVOS DE VIH POR DISTRITO

CONDORCANQUI





g) REACTIVOS SÍFILIS:

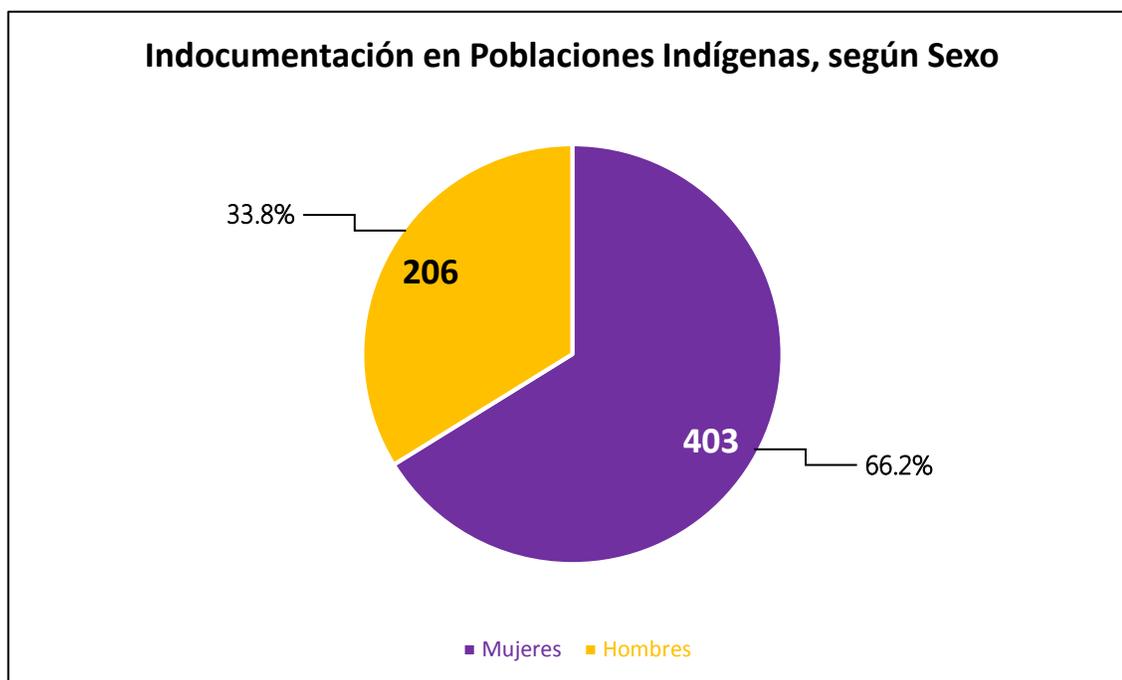
Las BMA realizaron 1,670 tamizajes de sífilis, el total de pruebas reactivas fue 74, lo que representa el 4.4% del total realizado. Los hombres reactivos representan el 60.8% (45) y las mujeres constituyen el 39.2% (29).

En el distrito de El Cenepa se detectaron 70 de los 74 tamizajes reactivos, lo que representa casi el 95% del total de casos detectados.

Con relación a las etnias, todos los casos fueron detectados en la población Awajún debido a que la BMA de Río Santiago – lugar de la etnia Wampis – no contó con pruebas para sífilis.

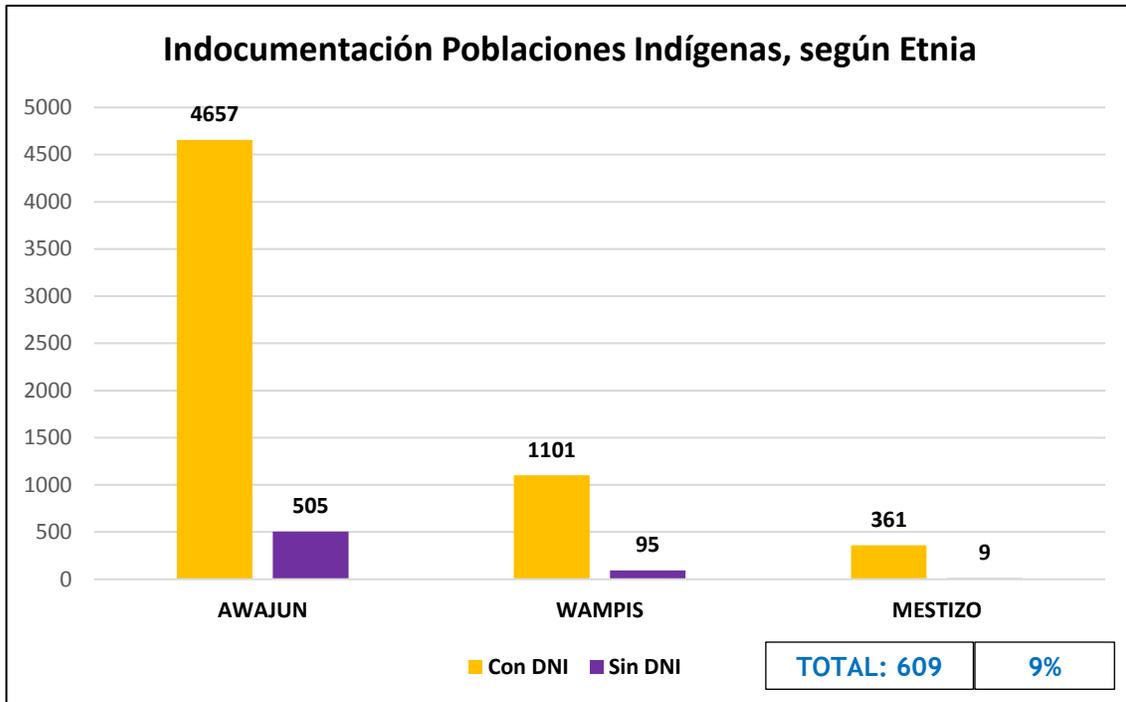
INDOCUMENTACIÓN:

De las 6,728 personas tamizadas en Condorcanqui, 609 (9%) no cuenta con documento nacional de identidad. Esta carencia de documentación se encuentra en 403 mujeres (66.2%) y en 206 hombres (33.8%).



De todos los casos de indocumentación es la etnia Awajún la que presenta un mayor porcentaje con 82.9% (505), seguido por la etnia Wampis con 15.6% (95) y, finalmente, la población mestiza con 1.5% (9).

Ahora, si comparamos la población indocumentada con relación a su propia etnia tenemos que el 9.8% de las personas de la etnia Awajún (505/5,162) no cuenta con DNI, en el caso de la etnia Wampis es el 7.9% (95/1,196) y en la población mestiza el 2.5% (9/370).

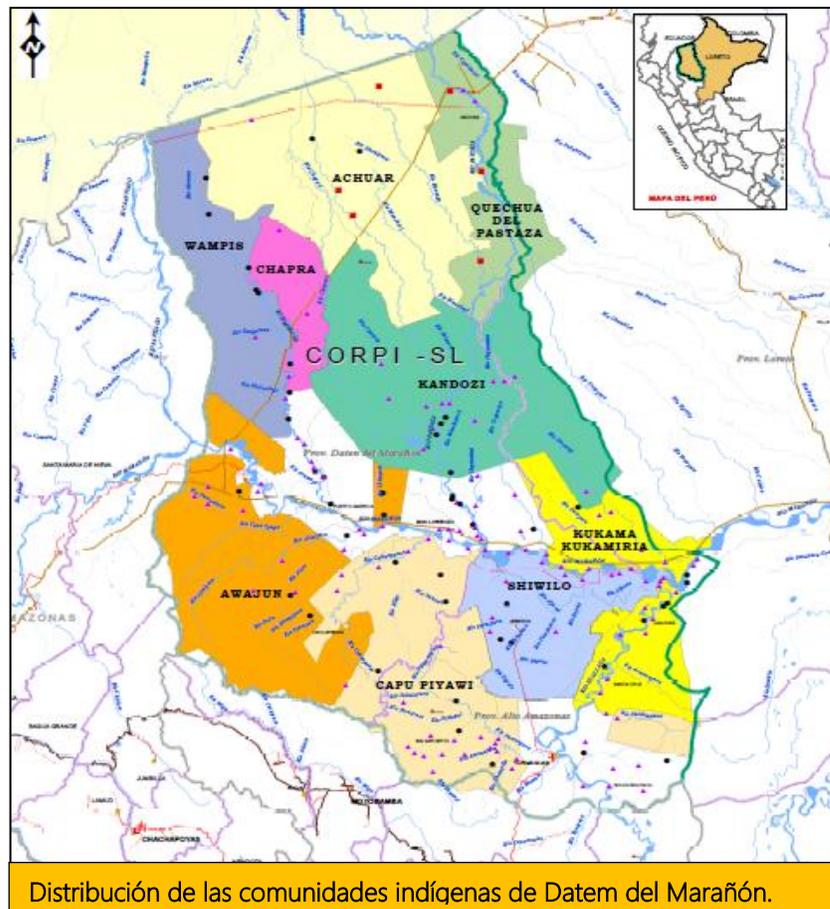


La importancia del Traductor
Distrito de Río Santiago - Condorcanqui

DATEM DEL MARAÑÓN:

La Provincia de Datem del Marañón fue creada mediante Ley N° 28593 el 2 de agosto de 2005, el nombre tiene como origen dos vocablos: *Datem*, palabra aguaruna (Awajún) empleada para denominar a la ayahuasca, y *Marañón* nombre del principal río que cruza la provincia.

Datem del Marañón constituye una de las ocho provincias que conforman la región Loreto. Cuenta con 6 distritos: Barranca, Andoas, Pastaza, Manseriche, Cahuapanas y Morona. Limita con el Ecuador al norte, con las provincias de Loreto y Alto Amazonas el este, y con las regiones de San Martín por el sur y Amazonas al oeste.



RESEÑA DE LA RED DE SALUD DATEM DEL MARAÑÓN:

La Red Salud Datem del Marañón inició sus actividades como Unidad Ejecutora el 28 de abril del año 2011. Está conformada por 6 Micro Redes y 49 Puestos de Salud en la jurisdicción del Datem del Marañón y atiende a una población de 65,234 habitantes (Fuente: www.redsaludatem.gob.pe/index.php/seccion/institucional/historia).

Datem del Marañón representa una parte del país en la que aún no ha ocurrido el fenómeno de transición epidemiológica, el mismo que se encuentra en un estado de acumulación epidemiológica, por lo que las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan siendo las principales causas de

mortalidad, siendo endémica para la transmisión del virus de la hepatitis B y malaria y desde solo unos años, como enfermedad emergente la presencia del VIH, seguido de los altos índices de anemia y desnutrición infantil.

El alto grado de vulnerabilidad de los pueblos originarios del Datem del Maraón se ve expresada por su pobreza extrema, carencia de servicios básicos en el 99% de sus comunidades (agua segura, eliminación de excretas y energía eléctrica), barreras socio culturales, geográficas y económicas que dificultan el acceso a los servicios de salud, educación, nutrición y comunicación.

BRIGADAS MÓVILES AMAZÓNICAS:

Existen 3 BMA en Datem del Maraón que cubren 5 de los 6 distritos de la provincia. El ingreso al distrito Cahuapanas queda postergado hasta octubre 2017. Los resultados que presentamos están basados en la revisión de la Base de Datos enviada por las 3 Brigadas y la revisión de los medios de verificación (consentimientos informados).

RESUMEN		
Total Pruebas Programadas VIH	Total Pruebas Realizadas VIH	Rendimiento
7,749	6,396	82.5%

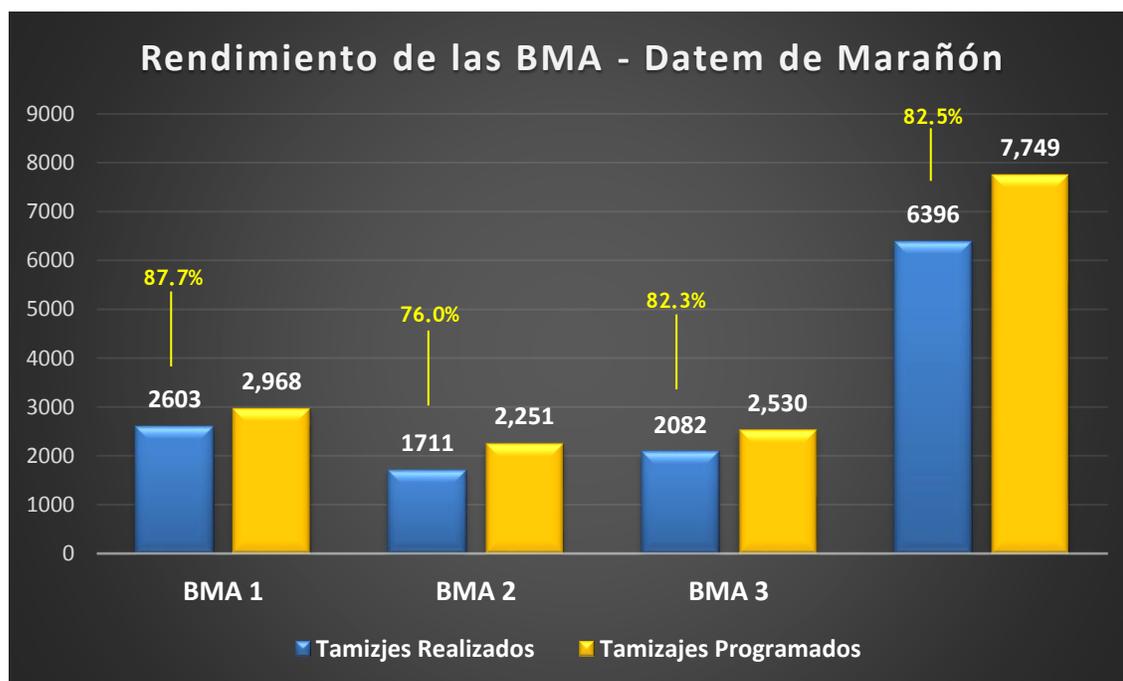
Si bien el rendimiento de las BMA alcanzó el 82.5%, dicho porcentaje no resulta nada desdeñable ya que al inicio de sus actividades tuvo que enfrentar una serie de situaciones externas y adversas que pasamos a detallar:

- En principio esta provincia es bastante extensa y sus poblaciones se encuentran más dispersas (aislamiento geográfico).
- Las BMA no pudieron operar en el mes de octubre debido a que el traslado de las embarcaciones desde Pucallpa demoró más del tiempo calculado debido a que el paso por Saramiriza (Datem del Maraón) fue bloqueado por los pobladores indígenas, a manera de protesta por el derramamiento de petróleo en esa parte de la Amazonía.
- Estas BMA recién pudieron iniciar sus operaciones el 4 de noviembre, por lo que su tiempo operativo fue de un mes y medio.
- La Red de Salud Datem del Maraón ha brindado todas las facilidades para lograr realizar la atención integral a las comunidades con medicamentos, vacunas, pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B, insumos de laboratorio y enfermería. Ello ha permitido a las BMA dedicar una parte del tiempo operativo en atender a las comunidades: atención integral de salud (atención del adulto, niño y gestante), urgencias, entre otros.
- Pese al poco tiempo de intervención de las BMA (del 4 de noviembre al 22 de diciembre), el alto nivel de aceptación al trabajo de las BMA de las organizaciones indígenas como CORPI y de las propias comunidades permitió que en un corto plazo se haya alcanzado un rendimiento bastante aceptable.

a) RENDIMIENTO DE LAS BRIGADAS:

El análisis del rendimiento de las BMA Datem del Maraón es diferente al de Condorcanqui debido a que en esta última provincia existe una BMA por distrito, en cambio en Datem del Maraón, por el número de distritos y extensión de las rutas de intervención, las 3 BMA fueron distribuidas para cubrir los 5 distritos. Ello implica que la denominación sea numérica BMA 1, BMA 2 y BMA 3, una BMA cubre más de un distrito, por lo que el análisis será solo referencial.

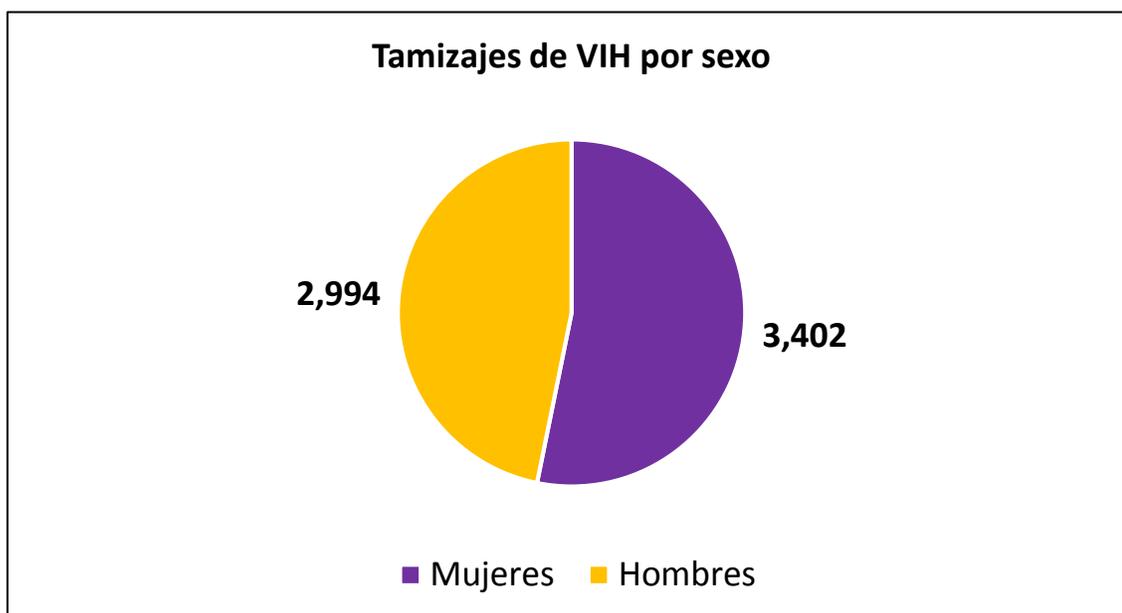
El rendimiento de las BMA compara las metas establecidas (tamizajes programados) en el marco de desempeño y el número de tamizajes realizados.



Así tenemos que la BMA 1 está por encima del promedio global con un rendimiento del 87.7%, la BMA 3 mantiene el promedio (82.3%), mientras que la BMA 2 es la única que tiene un porcentaje menor debido a que fue la BMA que tuvo áreas de intervención más dispersas, por lo que la atención integral y tamizaje tuvieron mayores dificultades.

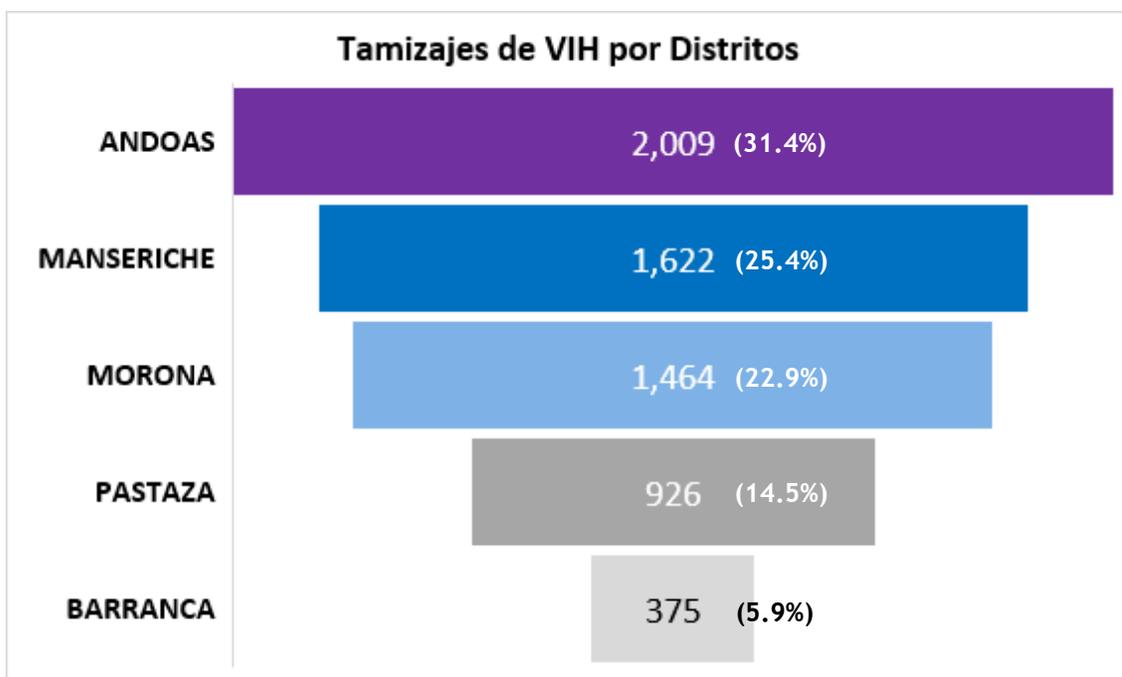
b) TAMIZAJES DE VIH POR SEXO:

En cuanto al sexo, el número de mujeres tamizadas es ligeramente superior al de hombres, así tenemos que de los 6,396 tamizajes realizados en Datem del Maraón, 3,402 (53.2%) fueron realizados en mujeres versus 2,994 (46.8%) realizados en hombres.



c) TAMIZAJES DE VIH POR DISTRITO:

Datem del Maraón tiene 6 distritos, aunque solo se ha intervenido en 5 de ellos, la intervención en Cahuapanas será a partir de octubre 2017 por disposición del FM.



Como podemos observar en el gráfico se ha realizado un mayor número de tamizajes en el distrito de Andoas con 2,009 personas tamizadas lo que representa el 31.4% con relación al total, mientras que los distritos de Manseriche y Morona le siguen con 1,622 (25.9%) y 1,464

(22.9%) personas tamizadas. En estos 3 distritos el tamizaje representa casi el 80% del total realizado en la intervención de las BMA.

d) TAMIZAJES DE VIH POR ETNIA:

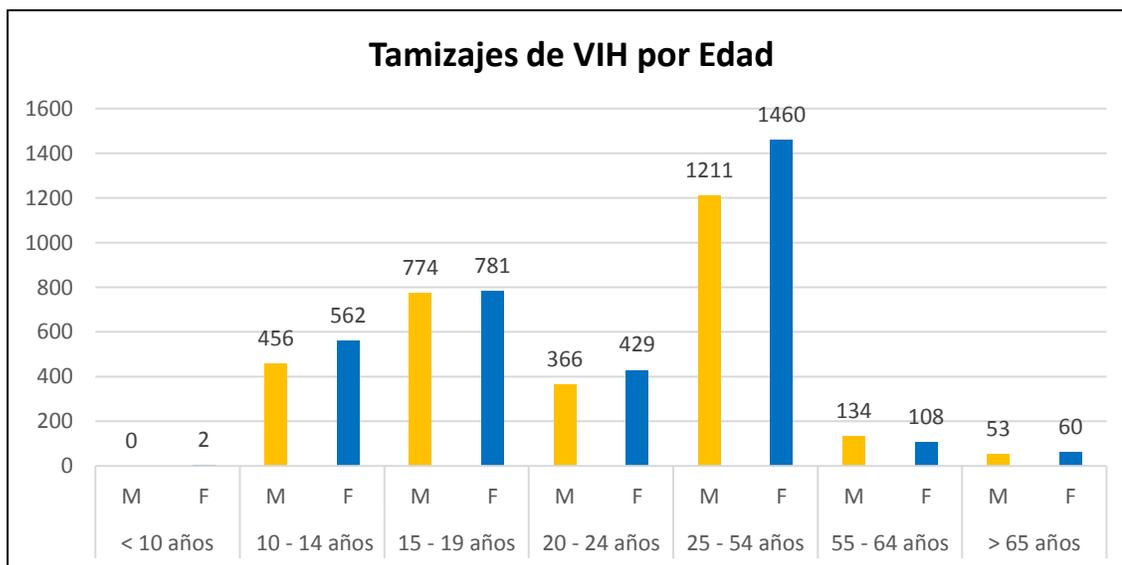
Datem del Maraón tiene 8 etnias: Awajún, Kandozi, Achuar, Quichuas, Wampis, Chapra, Shawi y Cocama. La intervención de 2016 ha abordado a 7 de las 8 etnias como podemos observar en la tabla siguiente:

ETNIA	TOTAL	%
AWAJUN	1,751	27.4
KANDOZI	1,197	18.7
ACHUAR	998	15.6
QUICHUAS	831	13.0
WAMPIS	729	11.4
MESTIZO	447	7.0
CHAPRA	441	6.9
SHAWI	2	0.0
TOTAL	6,396	100.00

De las 6,396 personas tamizadas, el 27.4% pertenece a la etnia Awajún, el 18.7% a la etnia Kandozi y el 15.6% a la Achuar. Estas 3 etnias representan el 61% del total tamizado.

e) TAMIZAJES DE VIH POR EDAD:

Una primera observación es que, en casi todos los grupos etarios, son las mujeres las que han accedido mayormente al tamizaje. Una segunda observación es que hay un porcentaje importante de población joven que se ha realizado la prueba. Así tenemos que el grupo poblacional menor de 25 años representa el 52.7% del total de personas tamizadas.

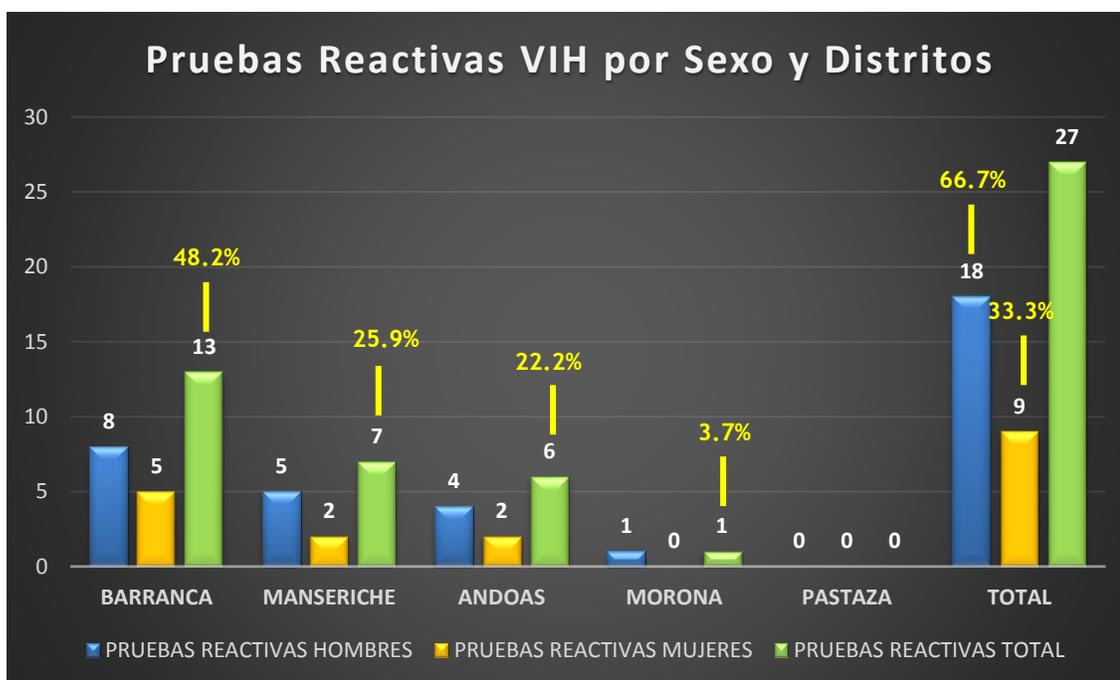


f) REACTIVOS A VIH:

POR SEXO Y DISTRITOS:

De los 6,396 tamizajes realizados 27 resultaron reactivos lo que representa el 0.42% del total. En cuanto a los tamizajes según sexo, se encontró 18 pruebas reactivas en hombres (66.7%) y 9 en mujeres (33.3%).

La distribución por distritos la podemos observar en el gráfico de abajo, así tenemos que en Barranca se ha detectado el mayor número de casos, 13 (8 hombres y 5 mujeres) en total que representa el 48.2% del total de casos VIH +, le sigue Manseriche con 7 (25.9%) y Andoas con 6 (22.2%). El distrito Pastaza no registra casos.

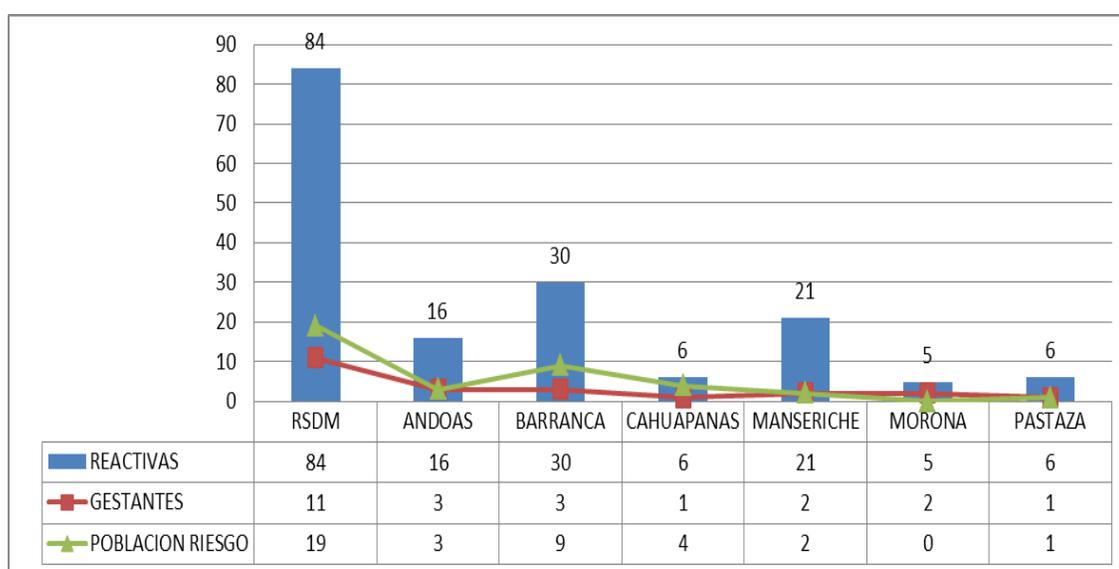


Todos los casos reactivos han sido notificados a las Micro Redes respectivas y a la Red de Salud Datem del Marañón.

Con relación a las pruebas reactivas versus la cantidad de tamizajes realizados podemos señalar que de los 6,396 tamizajes realizados 27 resultaron reactivos lo que representa el 0.42%. En cuanto a los distritos tenemos que Barranca (comunidad nativa Nueva Esperanza) tiene el mayor porcentaje de reactividad con 3.5% pese a un número bajo de tamizajes realizados.

ETNIA	TOTAL TAMIZAJES	TOTAL REACTIVOS	%
BARRANCA	375	13	3.5
MANSERICHE	1,622	7	0.4
ANDOAS	2,009	6	0.3
MORONA	1,464	1	0.1
PASTAZA	926	0	0.0
TOTAL	6,396	27	0.42

La Red de Salud durante todo el 2016 ha detectado un total de 84 casos reactivos de VIH que sumado a los 27 de las BMA haría un total de 111 casos. A continuación mostramos la distribución de los casos reportados de VIH por la Red de Salud.



POR EDAD:

La edad promedio del total de las personas reactivas es 23.8 años, el promedio de las mujeres es 18.7 años (la menor 2 años y la mayor 32 años) y el de los hombres es 25 años (el menor 15 años y el mayor 49 años).

POR ETNIA:

La etnia Awajún es la más afectada por el VIH, de los 27 casos 20 se han encontrado en dicho grupo poblacional.

ETNIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
AWAJUN	7	13	20	74.1
QUICHUAS	2	2	4	14.9
KANDOZI	0	1	1	3.7
ACHUAR	0	1	1	3.7
MESTIZO	0	1	1	3.7
TOTAL	9	18	27	100.00

g) RELACION DE COMUNIDADES QUE PRESENTAN CASOS DE VIH:

El siguiente listado enumera las comunidades que presentan al menos un caso de VIH:

DISTRITO	NÚMERO DE CASOS	COMUNIDAD	NÚMERO DE CASOS
Barranca	13	Nueva Esperanza	13
Manseriche	7	Nuevo Jerusalén	2
		Saramiriza	2
		Chapis	1
		Nuevo Alegría	1
		Pijuayal	1
Andoas	6	Huagramona	2
		Nuevo Andoas	2
		Soplin	1
		Hortensia cocha	1
Morona	1	Yamacay	1
TOTAL	27		27

h) SEGUIMIENTO DE PVV:

Como parte de las actividades de las BMA está realizar el seguimiento de las PVV y personas con hepatitis B diagnosticados por la Red de Salud en periodos anteriores a la intervención. A continuación, presentamos el consolidado del seguimiento realizado a 22 personas.

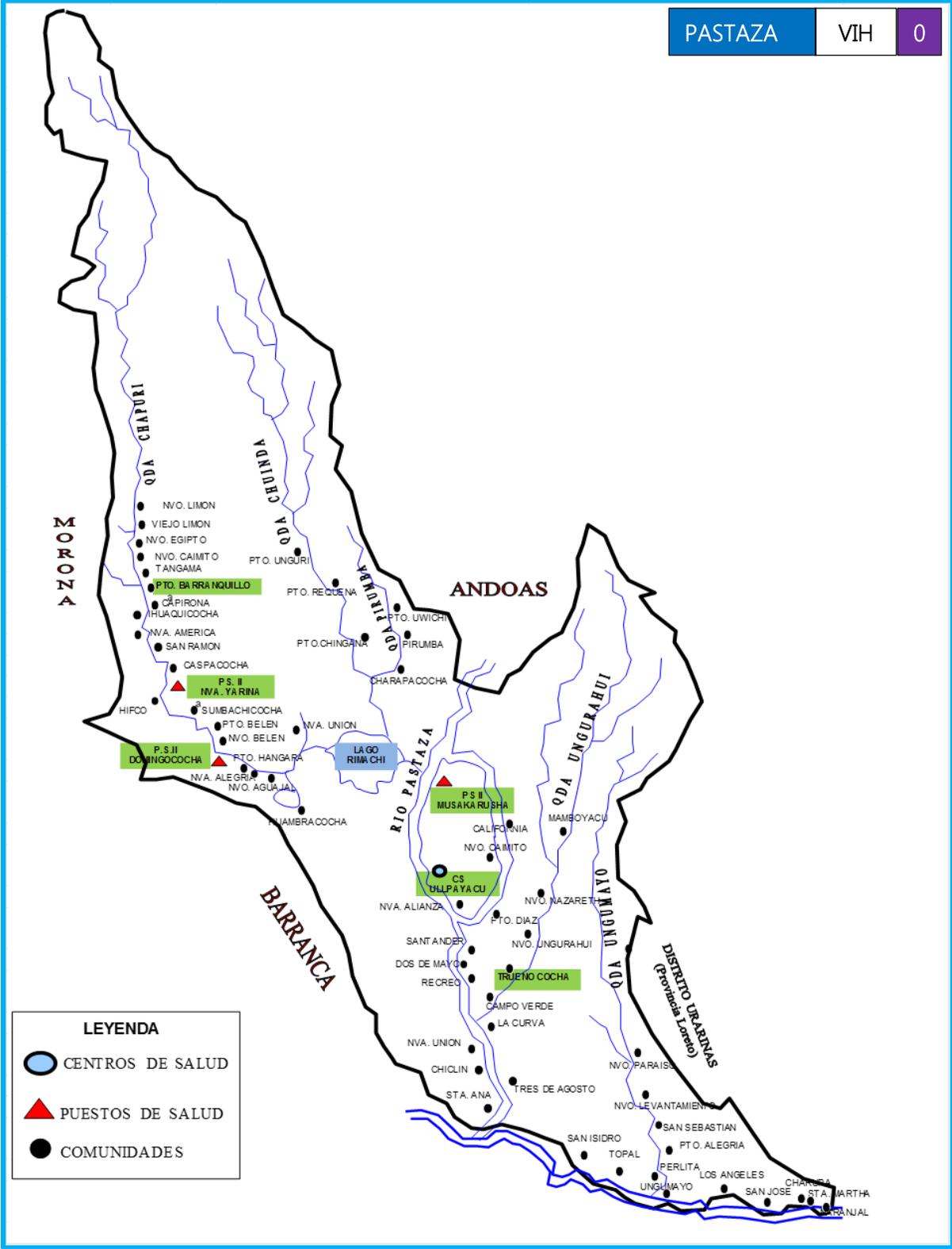
EESS	CÓ-DIGO	SEXO		PROCEDENCIA	ETNIA	DX	N° CONTROL	OBSERVACIONES
		F	M					
PS I-1 UWJIN	MSTO	37		CN UWJINT	ACHUAR	PAREJA SERO-DISCORDANTE	1°	PAREJA PVVS FALLECIDO
PS I-1 INCARROCA	TC S	X		CN INCARROCA	SHAPRA	HEPATITIS B CRONICA	1°	SIN TTO, ASINTOMATICO
PS I-1 CABALLITO	NPM		X	CN CONSUELO	SHAPRA	HEPATITIS B CRONICA	1°	SIN TTO, ASINTOMATICO
PS I-1 PIJUAYAL	G ML		X	UNANCHAY	SHAPRA	HEPATITIS B CRONICA	1°	SIN TTO, ASINTOMATICO

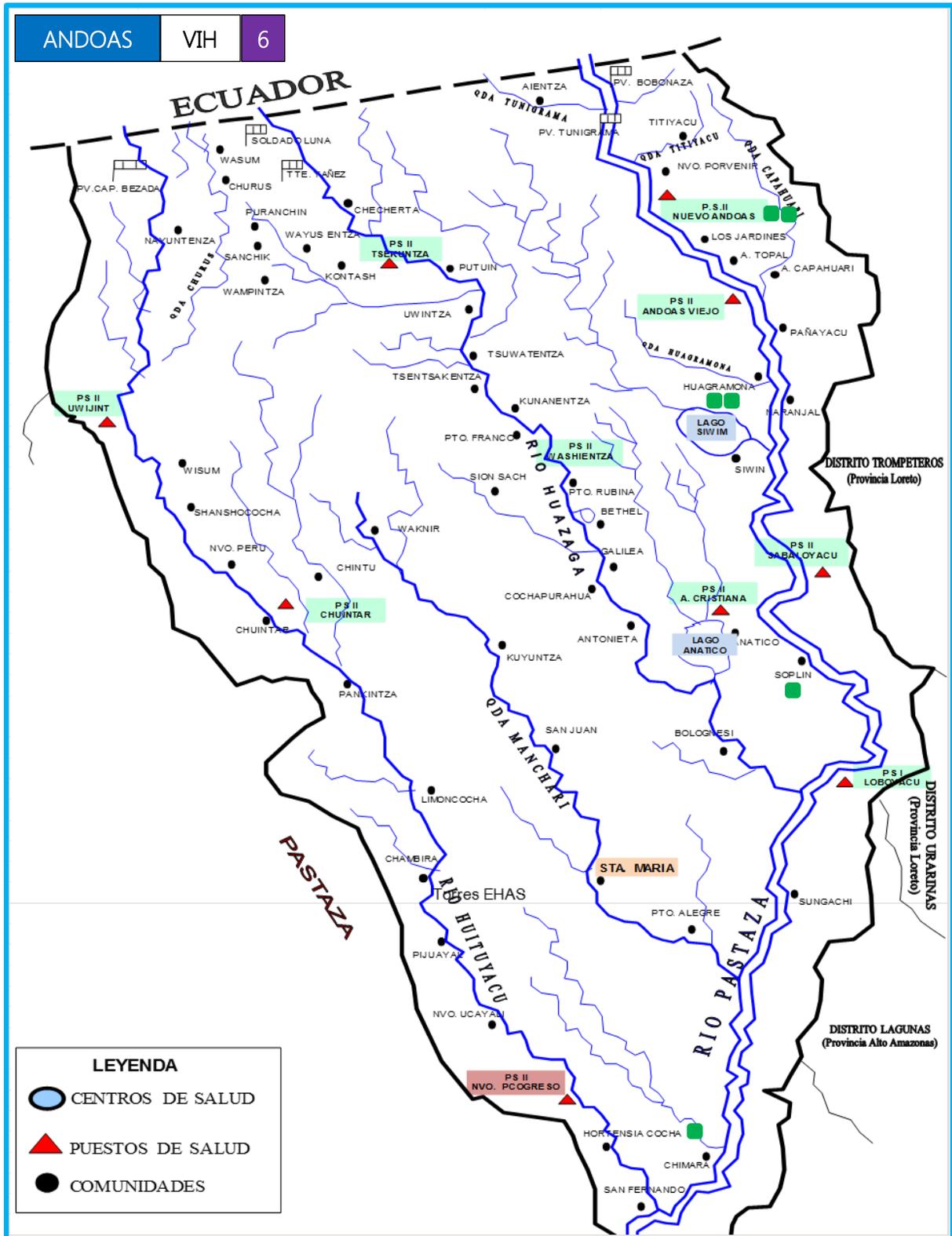
	TSN	X		PIJUAYAL	SHAPRA	HEPATITIS B CRO- NICA	1°	SIN TTO, ASINTO- Matico
PS I-1 SHOROYA NUEVO	B SJ		X	SHOROYA NUEVO	SHAPRA	HEPATITIS B CRO- NICA	1°	SIN TTO, ASINTO- Matico
PS I-1 ATAHUA- LLPA	IOS		29	CN SOLEDAD	AWAJUN	VIH	1°	PAREJA PVVS SIN TARGA
	TTA	27		CN SOLEDAD	WAJUN	VIH	1°	PAREJA PVVS SIN TARGA
	TPY	18		ATAHUALLPA	AWAJU M	VIH	1°	SIN TARGA
PS I-1 SINCHI ROCA	JBM	22		SINCHI ROCA	AWAJU M	VIH	1°	SIN TARGA
	TYE		19	SINCHI ROCA	AWAJUN	VIH	1°	SIN TARGA
	TRV		15	SINCHI ROCA	AWAJUN	VIH	1°	SIN TARGA
PS I-1 NUEVO JERUSALEN	AYJ		40	PROGRESO	AWAJUN	VIH	1°	TARGA IRREGU- LAR
	YSER		23	KUJI	AWAJUN	VIH	1°	TARGA IRREGU- LAR
	YSY		17	KUJI	AWAJUN	VIH		SIN TARGA
	SSSS		26	JERUSALEN	AWAJUN	VIH	1°	SIN TARGA PAREJA DE PVVS
	FJL	20		JERUSALEN	AWAJUN	VIH	1°	GESTANTE, INDI- CACION INICIO TARGA
	CTS	29		KUJI	AWAJUN	VIH		SIN TARGA
PS I-1 NUEVO PROGRESO	IMI	24		NVO. PROGRESO	KAN- DOZI	HEPATITIS B	1°	FALLECIDO JUNIO 2015. COMPLICA- CIONES HEPATI- TIS B
	GYM		29	SAN FERNANDO	MESTIZO	HEPATITIS B	1°	ASINTOMATICO, SIN TTO
	YMJL		47	SAN FERNANDO	QUI- CHUA	HEPATITIS B	1°	ASINTOMATICO, SIN TTO
	YAR		32	SAN FERNANDO	QUI- CHUA	HEPATITIS B	1°	ASINTOMATICO, SIN TTO

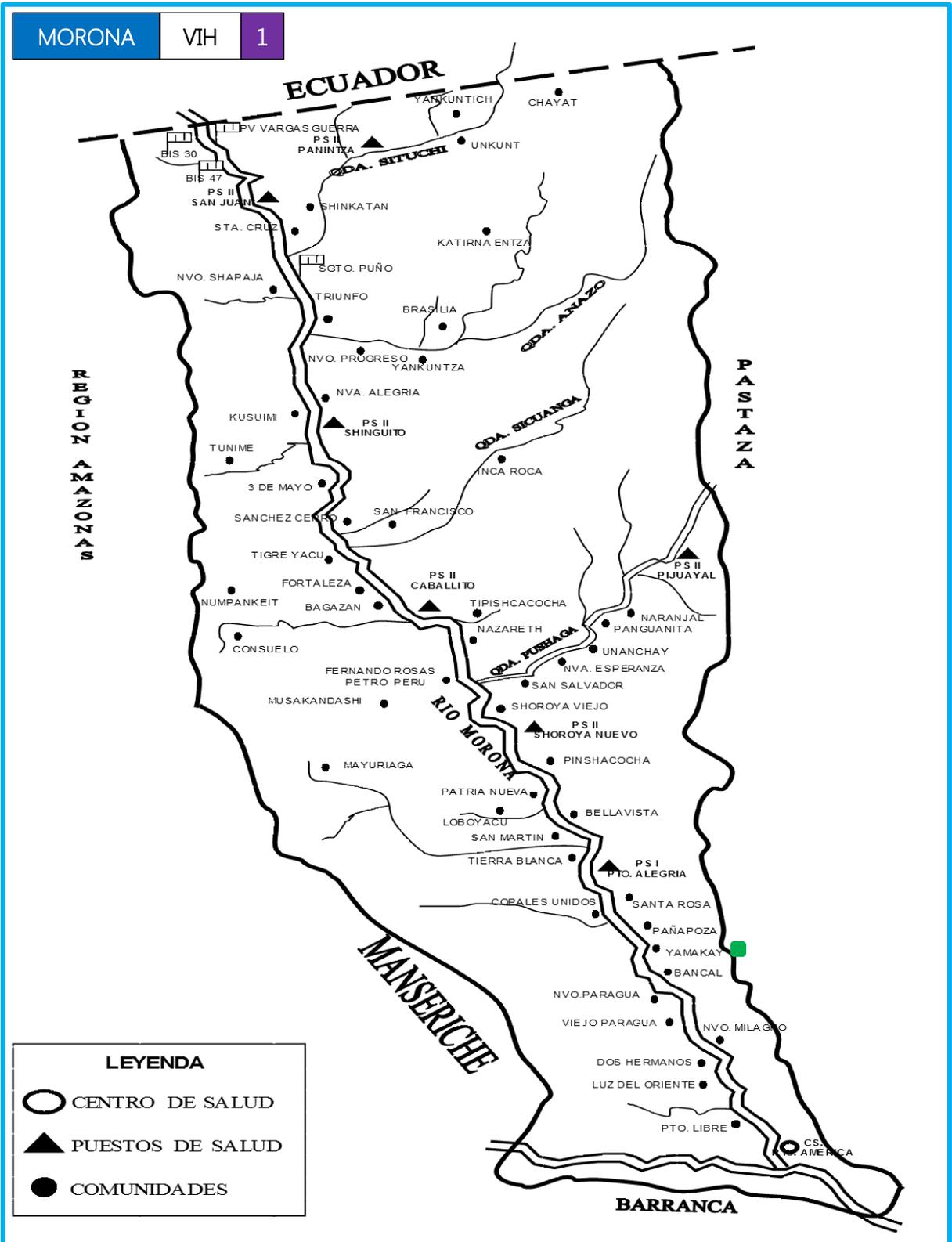


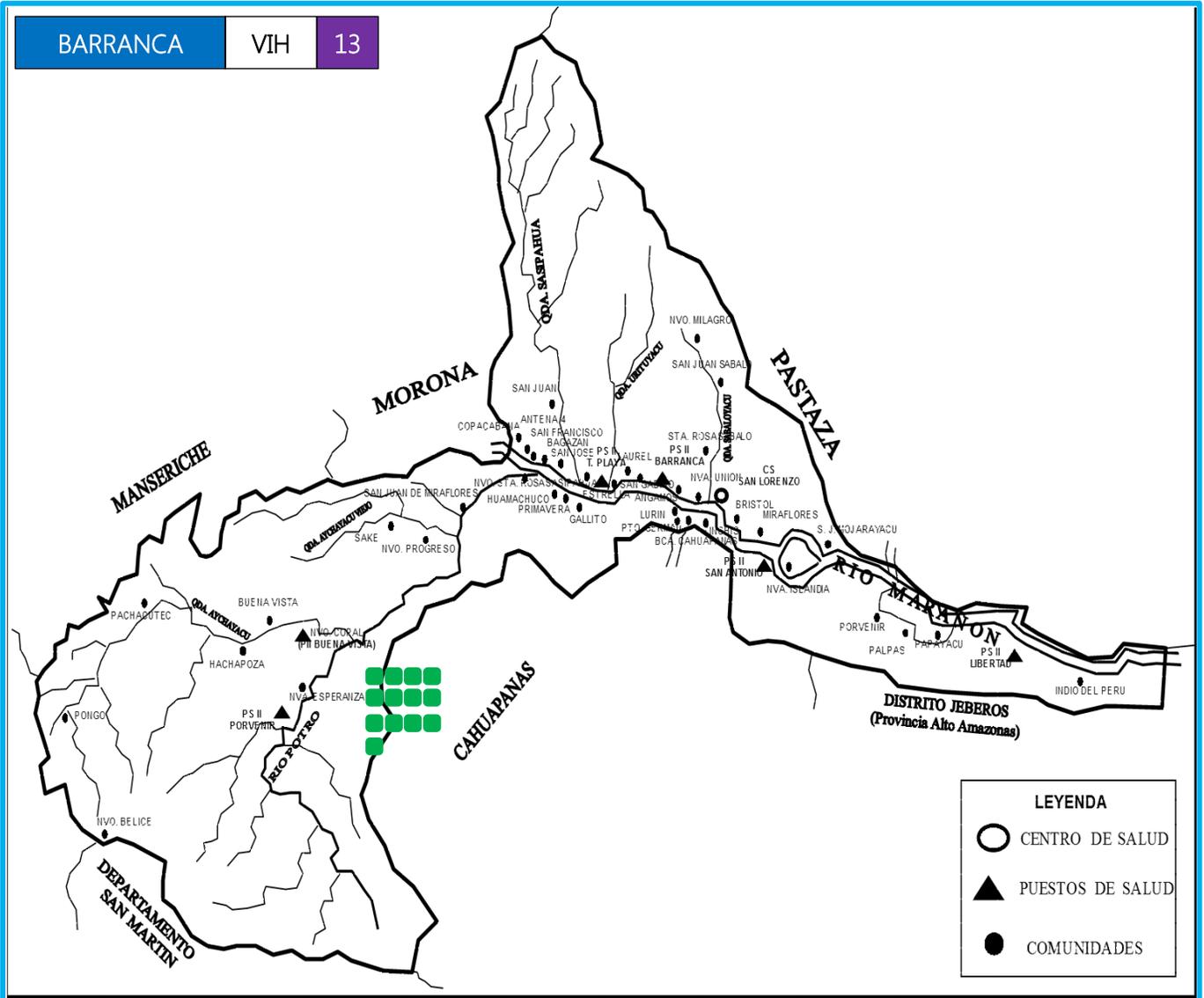
GEORREFERENCIACIÓN
CASOS REACTIVOS DE VIH POR DISTRITO

DATEM DEL MARAÑÓN









h) REACTIVOS SÍFILIS:

Con relación a las pruebas de sífilis se realizaron 6,391 tamizajes obteniéndose 234 reactivos, lo cual representa el 3.66% del total realizado. 131 casos reactivos se presentaron en hombres (56%) y 103 en mujeres (44%).

Por etnias observamos que la población Awajún presenta el mayor número de casos con 121 (51.7%), le sigue la etnia Achuar con 43 (18.4%) y Quichua con 34 (15.4%). Estas 3 etnias engloban el 84% de los casos de sífilis en la provincia.

ETNIAS	REACTIVO SÍFILIS	%
AWAJUN	121	51.7
ACHUAR	43	18.4
QUICHUA	34	14.5
KANDOZI	13	5.6
WAMPIS	13	5.6
MESTIZO	8	3.4
CHAPRA	2	0.9
SHAWI	0	0.0
TOTAL	234	100.0%

Al comparar los casos reactivos con el total de tamizajes realizados encontramos que el porcentaje de reactividad a sífilis es del 3.6%. La etnia Awajún presenta el mayor porcentaje con 6.9%, le sigue la etnia Achuar con 4.3% y la comunidad Quichua con 4.1%. Estas 3 etnias están por encima del porcentaje global.

ETNIAS	TOTAL TAMIZAJES	REACTIVOS SIFILIS	TOTAL
AWAJUN	1,750	121	6.9
ACHUAR	996	43	4.3
QUICHUA	831	34	4.1
KANDOZI	1,197	13	1.1
WAMPIS	727	13	1.8
MESTIZO	447	8	1.8
CHAPRA	441	2	0.5
SHAWI	2	0	0.0
TOTAL	6,391	234	3.66

Del total de casos reactivos, 54 no fueron tratados por falta de medicamentos, se notificó al EESS para que realicen el tratamiento.

i) REACTIVOS HEPATITIS B:

Con relación a las pruebas de hepatitis se realizaron 2,612 tamizajes, obteniéndose 32 reactivos lo cual representa el 1.2% del total realizado. 19 casos reactivos se presentaron en hombres (59.4%) y 13 en mujeres (41.6%).

Por etnias observamos que la población Kandozi presenta el mayor número de casos con 10 (31.2%), le sigue la etnia Wampis con 8 (25%) y Achuar y Chapra con 5 (15.6%). Estas 4 etnias representan cerca del 90% de casos hepatitis.

ETNIAS	REACTIVO SÍFILIS	%
KANDOZI	10	31.2
WAMPIS	8	25.0
ACHUAR	5	15.6
CHAPRA	5	15.6
QUICHUA	2	6.2
MESTIZO	1	3.2
AWAJUN	1	3.2
SHAWI	0	0.0
TOTAL	32	100.0%

Al comparar los casos reactivos con el total de tamizajes realizados encontramos que el porcentaje de reactividad a hepatitis es del 1.2%. La etnia Achuar presenta el mayor porcentaje con 4.3%, le sigue la etnia Kandozi con 2.3%, la comunidad Wampis con 1.4% y los Chapra con 1.3%. Estas 4 etnias están por encima del porcentaje global.

ETNIAS	TOTAL TAMIZAJES	REACTIVOS HEPATITIS	TOTAL
ACHUAR	118	5	4.3
KANDOZI	435	10	2.3
WAMPIS	556	8	1.4
CHAPRA	382	5	1.3
MESTIZO	142	1	0.7
QUICHUA	394	2	0.5
AWAJUN	583	1	0.2
SHAWI	2	0	0.0
TOTAL	2,612	32	1.2



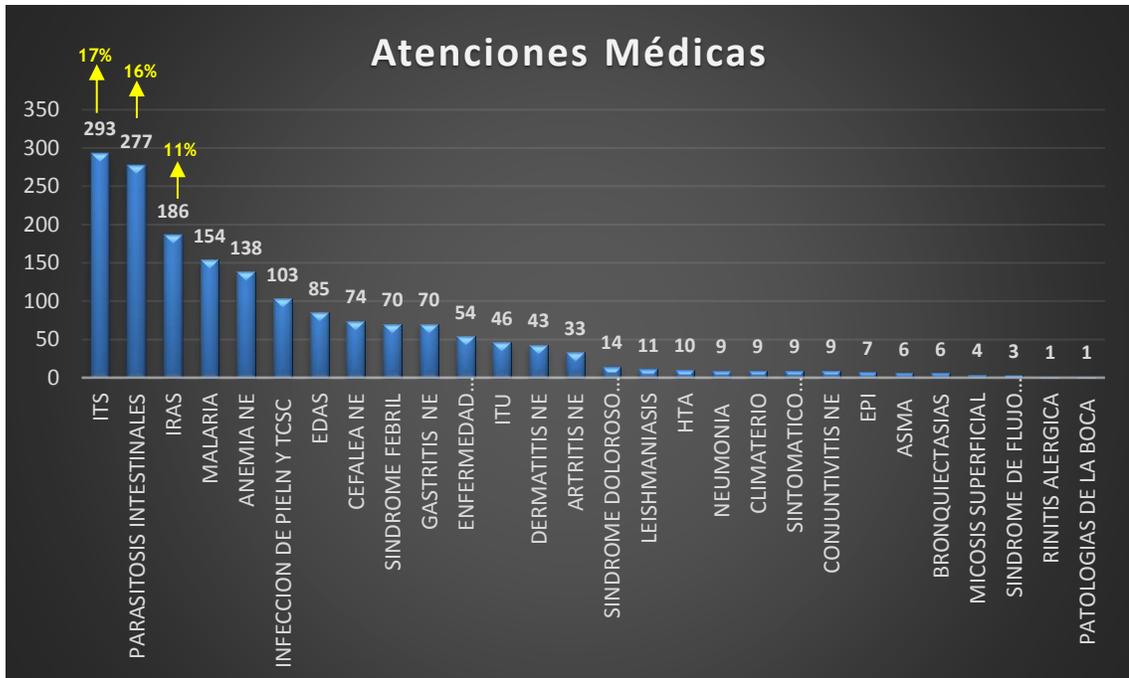
Puesto de Salud Musakarusha
 Datem del Marañón
 Personal de Salud, EDI y Brigadistas

j) ATENCIÓN INTEGRAL:

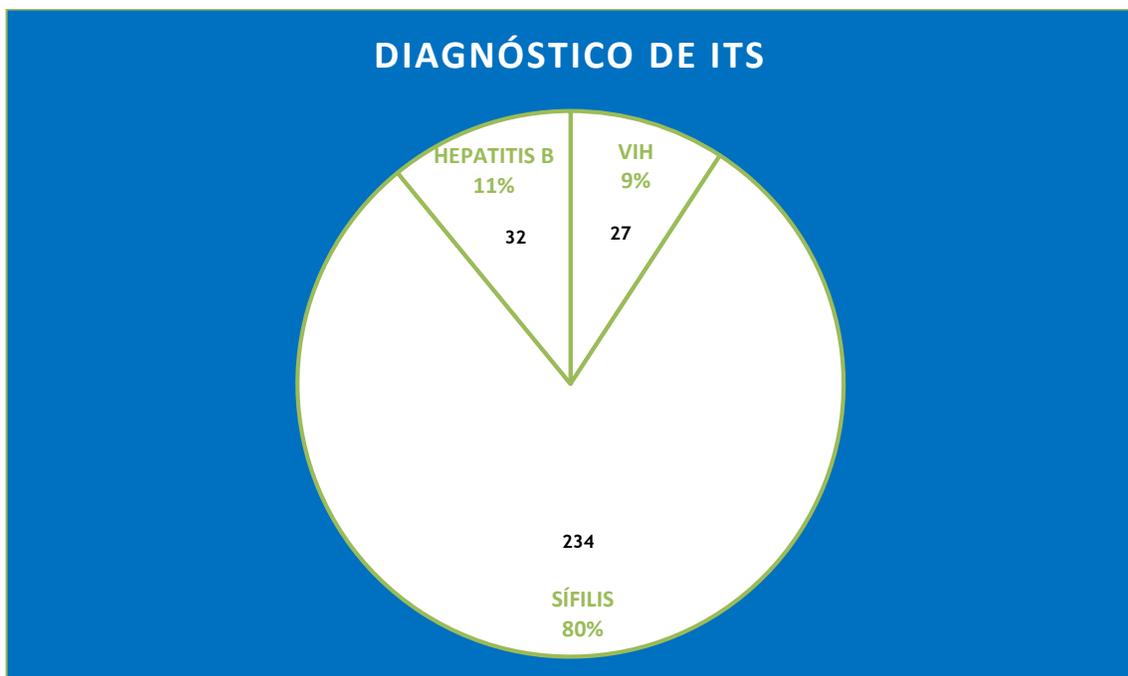
Las BMA de Datem del Marañón han realizado 2,143 atenciones las cuales se dividen de la siguiente manera:

DETALLE			SUB TOTAL
Medicina General			1,725
Obstetricia	Captadas	46	139
	Controladas	61	
	Puérperas	7	
	Planificación Familiar	22	
	Partos	3	
Otros	Emergencias/Urgencias	17	21
	Casos Especiales	4	
Inmunizaciones	Niños	201	258
	Gestantes	38	
	Adultos	19	
TOTAL			2,143

Con relación a las 1,725 atenciones médicas, los principales diagnósticos son: 1. ITS con 293 casos (17%), 2. Parasitosis con 277 casos (16%) y 3. IRA con 186 casos (11%). La Malaria y la Anemia con 154 y 138 casos respectivamente se ubican entre las 5 principales morbilidades en las comunidades indígenas intervenidas.



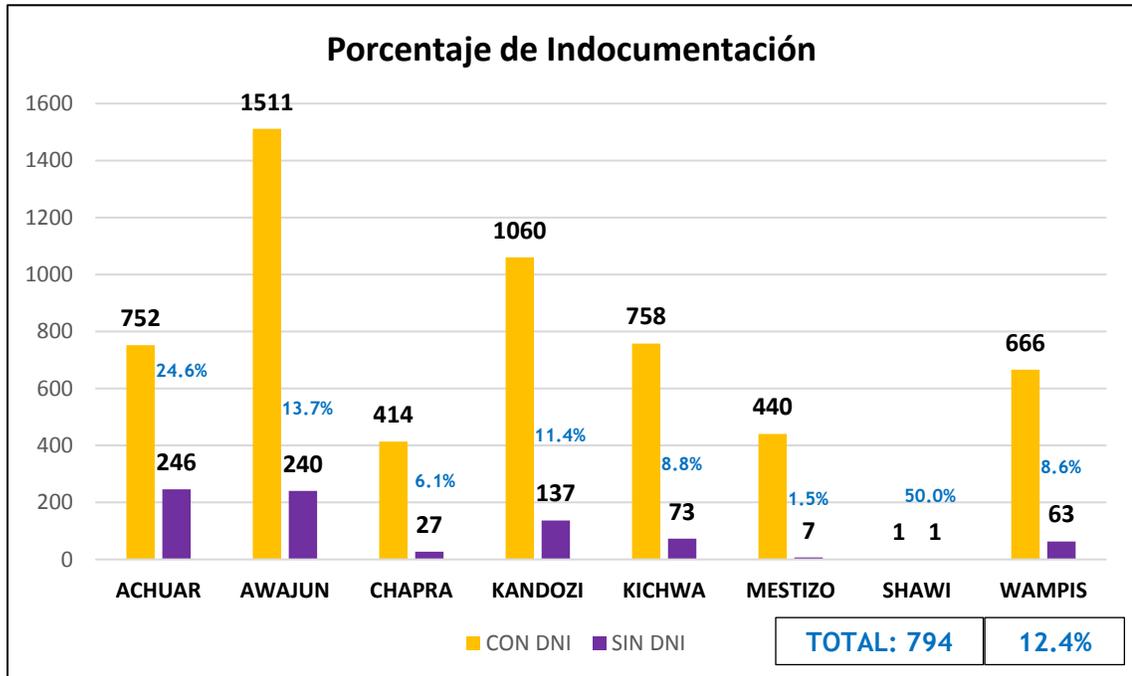
Las ITS han sido diagnosticadas a través de pruebas de sangre y en la siguiente gráfica se observa su distribución:



INDOCUMENTACIÓN:

De las 6,396 personas tamizadas en el Datem del Marañón 794 (12.4%) no cuenta con documento nacional de identidad. Esta carencia de documentación se encuentra en 460 mujeres (58%) y en 334 hombres (42%).

Las etnias Achuar con 24.6% (246) y Awajún con 13.7% (240) se encuentran por encima del promedio global.



Y un día la Prevención se hizo Música...



ANDOAS VIEJO

En Datem del Maraón, la información preventiva sobre VIH y temas diversos de salud es transmitida por las BMA a través de canciones.

Esta práctica ha sido muy aceptada por la comunidad, la cual se involucra activamente.

Comunidad Nativa Andoas Viejo
Distrito Andoas
Datem del Maraón



Camino se hace al andar...

En Condorcanqui, se implementó la estrategia casa por casa para la realización de tamizajes.

Esta práctica ha sido muy aceptada por la comunidad, la cual se involucra activamente.

Comunidad Nativa Tunin
Distrito El Cenepa
Condorcanqui



Cuando el castellano no alcanza para comunicarnos...



Somos un país multiétnico, multicultural y multilingüe.

En nuestro país actualmente existen 47 lenguas indígenas, cuatro de ellas son andinas y 43 amazónicas.

Traductores indígenas al servicio de la comunidad.



LOGROS DE LA INTERVENCIÓN:

Organizacionales:

- 1) Eficiente respuesta sanitaria de los brigadistas. El proceso de selección fue extenso y se realizó por etapas. Se inició con el diseño de perfil fue presentada a la ESNITSS y MINCUL para su revisión. La realización de la convocatoria y los procesos de selección de cada uno de los miembros de las BMA fue un proceso cooperativo entre el RP y diversas instituciones.

En Amazonas participó la DIRESA, la Red de Salud Condorcanqui y Pathfinder International (EDI y oficina central) para la selección del personal profesional, mientras que la selección del personal técnico y motoristas fueron realizadas por la RS Condorcanqui y el EDI.

En Loreto, el GORE ayudó en la difusión de la convocatoria, mientras que el proceso de selección fue realizado entre la RS Datem del Marañón, EDI y oficina central.

La convocatoria, en términos de postulantes, fue exitosa, siendo el proceso de evaluación amplio y riguroso para asegurar al mejor recurso humano.

PLAZAS	N° DE POSTULANTES	
	CONDORCANQUI	DATEM DEL MARAÑÓN
MEDICO	21	16
OBSTETRA	9	8
ENFERMERA	19	13
TECNICO	15	5
MOTORISTAS	14	6
SUB TOTAL	78	48
TOTAL	126	

Se priorizó que el recurso humano sea procedente de las zonas de intervención. A las Redes de Salud se les involucró en todo el proceso de selección.

Operativización de las BMU:

- 2) En el ámbito de intervención del Datem del Marañón durante el periodo Octubre – Diciembre 2016 se contó con 3 equipos de BMA con capacidad móvil instalada, las mismas que realizaron intervenciones en los distritos de Andoas, Pastaza, Morona, Barranca y Manseriche, mejorando el acceso a los servicios de salud de las etnias originarias que viven en dispersión y aislamiento geográfico de muy difícil y costosa accesibilidad, con la oferta de atención integral, actividades de promoción de la salud, medidas preventivas, tamizaje y tratamiento de VIH de las poblaciones indígenas.

- 3) En el ámbito de la intervención de Condorcanqui durante el mismo periodo y con el mismo número de BMA se realizaron principalmente tamizajes de VIH en los distritos de Nieva, El Cenepa y Río Santiago, con un rendimiento superior al 140% con relación a la meta establecida.
- 4) En el ámbito de Datem del Marañón se realizaron 2,143 atenciones integrales de salud. Esto pone en evidencia la importancia del equipo multidisciplinario en lugares donde los puestos de salud solo cuentan con técnicos de salud o donde los EESS no existen.
- 5) Se ha elaborado un protocolo de intervención en comunidades indígenas que contempla tres fases: a) planificación a la preparación de la logística necesaria como los insumos necesarios para la intervención (pruebas de tamizaje, medicamentos, vacunas); b) intervención comunitaria que contempla las coordinaciones con los EESS de las localidades visitadas y líderes indígenas, así como la organización de las acciones preventivas y asistenciales y c) reporte de las atenciones con todas las etapas del control de la calidad. Este protocolo ha sido validado en las entradas a las comunidades y ha tenido la aceptación de los pobladores.
- 6) Se ha logrado una gran aceptación por parte de las comunidades gracias a acciones comunicacionales previas y a la experiencia de los brigadistas, entre otros factores.
- 7) Las acciones comunicacionales basadas en la música para la transmisión de mensajes relacionados a la sensibilización del problema del VIH y medidas preventivas tienen amplia aceptación comunitaria.
- 8) Se han empezado a implementar estrategias que han mejorado el acceso a la prueba del VIH, como el tamizaje casa por casa, lo cual se viene constituyendo en una buena práctica.

Coordinación con Redes de Salud:

- 9) Se ha creado un mecanismo de coordinación con todas las instancias regionales: DIRESA, Redes de Salud Condorcanqui y Datem del Marañón, Micro Redes y establecimientos de salud.
- 10) La provisión de insumos brindadas por las Redes de Salud fue vital para la realización de tamizajes y para la atención integral.

Coordinación con Redes de Salud:

- 11) Interacción adecuada con líderes y organizaciones indígenas a quienes se les involucró desde el inicio de la intervención: reunión de presentación de la subvención, elaboración del plan de intervención, incluidas las rutas, difusión del cronograma de visitas a las comunidades a través de radiofonía.

12) Aceptación comunitaria a la intervención de las BMA. El acercamiento con pertinencia cultural que la brigada ha establecido con las comunidades nativas ha facilitado la realización de tamizajes, sesiones informativas y atención integral. La comunidad se organizó para recibir a las BMA y facilitó espacios comunales para la realización de las actividades.

DIFICULTADES DE LA INTERVENCIÓN:

1. Un resultado no esperado fue el no cumplimiento de la meta para el periodo 2016 en el Datem del Marañón, debido a las siguientes circunstancias:
 - Inicio tardío de las actividades de las BMA Datem del Marañón debido a que el paso de las embarcaciones fue obstaculizado por pobladores indígenas debido al derramamiento de petróleo.
 - Desplazamiento o movimiento poblacional por factores económicos generados por derrame de petróleo en la cuenca del Morona (distrito Morona).
 - Sub abastecimiento de algunos insumos, entre ellas las PDR para VIH.
 - Poco compromiso del personal de salud en algunas de las zonas intervenidas.
 - La programación de actividades integrales de salud reduce el tiempo para los tamizajes.
 - Organizaciones indígenas de la parte alta de la cuenca Pastaza (distrito de Andoas), no afiliados a CORPI, no apoyaron a la BMA para su intervención en esta jurisdicción, la cual es una zona complicada, con muchos conflictos generados por la presencia de las empresas petroleras.
2. Algunas autoridades locales (APUS) no cumplieron con proporcionar traductores, labor que fue asumida por un miembro del equipo de ascendencia Awajún. Asimismo, hubo una socialización deficiente del programa a nivel de organizaciones indígenas que no pertenecen a CORPI en el Datem del Marañón.
3. Dificultad en la atención integral SIS por falta de DNI en una proporción de usuarios (13% en el Datem del Marañón y 9% en Condorcanqui no cuentan con DNI).
4. La intervención durante el año 2016 tuvo limitaciones logísticas que poco a poco vienen siendo solucionadas:
 - Falta de Equipos de Protección Personal (EPP) para las BMA.
En proceso: Una vez que el FM apruebe la reprogramación de la subvención se realizará dicha implementación.
 - No se cuenta con equipo de refrigeración y/o conservación adecuada para el transporte de muestras en el caso de pacientes reactivos a VIH.
En proceso: Una vez que el FM apruebe la reprogramación de la subvención se realizará la compra de coolers.
5. Algunas limitaciones a nivel de Redes de Salud que pueden ser mejoradas en las intervenciones del año 2017:

- Mejora de la provisión de insumos y medicamentos para las actividades de las BMA.
- Acompañamiento por parte del personal de salud de los EESS.
- Estandarización de los procesos de diagnóstico de laboratorio para el diagnóstico confirmatorio de VIH.
- Más EESS que ofrezcan tratamiento ARV como mínimo en todos los distritos del ámbito de la intervención.
- Abastecimiento de medicamentos básicos, penicilina benzatínica (para tratamiento de sífilis), antimaláricos y sueros anti ofídicos para las BMA.
- Transporte de muestras de suero para prueba confirmatoria y mal funcionamiento del flujo-grama de envío de muestras.
- Definición respecto a las referencias en las que las BMA podrían participar de manera activa.
- Equipamiento para atención de pacientes de manera adecuada y medidas de bioseguridad.

RETOS FUTUROS:

1. Asegurar compromiso de las autoridades regionales a través de la firma del convenio con GORE de Loreto y Amazonas para la sostenibilidad del programa.
2. Asegurar la provisión adecuada de insumos y medicamentos por parte de la Dirección Regional de Salud y la Red de Salud para el trabajo óptimo de las BMA.
3. Fortalecimiento de las competencias de las Redes de Salud para la programación presupuestal 2018 que asegure la sostenibilidad de las actividades.
4. Realizar incidencia ante las autoridades sanitarias para la descentralización del tratamiento en EESS como Galilea en Condorcanqui y Andoas, Morona, Pastaza y Manseriche en Datem del Marañón.
5. Colaborar con el seguimiento de los casos reactivos y los abandonos para la mejora en el continuo de la atención de las PVV.
6. Proceso de sensibilización y socialización de la intervención – en el Datem del Marañón - con organizaciones indígenas que no pertenecen a CORPI y que están incluidos en la ruta de intervención.
7. Coordinación con otros sectores del Estado: RENIEC, MIDIS, MIMP, entre otros para establecer sinergia y trabajo complementario.
8. Coordinación con organizaciones indígenas (CORPI, ODECOFROC), líderes indígenas y dirigentes para asegurar participación comunitaria con el programa, entre ellos afianzar el compromiso de la participación de intérpretes locales.

9. Avanzar el en proceso de intervención incorporando la participación de los agentes comunitarios de salud locales que hacen salud como parteras, promotores, entre otros.
10. Desarrollar estrategia de intervención BMA del Datem del Maraón y Condorcanqui para contrarrestar el fenómeno de migración poblacional y bloqueo de ríos como consecuencia de posibles derramamientos de petróleo.



Los Kandozi son algo más de **2,000** personas y los Shapra **800**... Por tanto, se encuentran en peligro de extinción.