



**GOBIERNO REGIONAL
HUANCAVELICA**

Resolución Gerencial General Regional

Nro. 565 -2012/GOB.REG-HVCA/GGR

Huancavelica, 08 JUN 2012

VISTO: El Informe N° 080-2012/GOB.REG.HVCA/GRPPyAT con Proveído N° 458890-2012/GOB.REG.HVCA/GGR, el Informe N° 057-2012/GOB.REG.HVCA/GRPPyAT-SGPEyAT, el Informe N° 06-2012/GOB.REG.HVCA/GRPPyAT-SGPEyAT-eomp y el Informe N° 548-2012/GOB.REG.HVCA/GRDS-DIRESA, el Memorándum N° 367-2012/GOB.REG.HVCA/GGR, el Informe N° 067-2012/GOB.REG.HVCA/GRPPyAT y el Informe N° 490-2012/GOB.REG.HVCA/GRDS-DIRESA; y,

CONSIDERANDO:

Que, a tenor del Quinto Principio General de la Ley N° 28112 Ley Marco de Administración Financiera del Estado, los fondos públicos son asignados de acuerdo con los objetivos y prioridades de gasto determinadas en los Planes Estratégicos Institucionales;

Que, el Artículo 7° de la Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, establece que el Titular de la Entidad es responsable de lograr que los Objetivos y las Metas establecidas en el Plan Operativo Institucional y Presupuesto Institucional se reflejen en las Funciones, Programas, Subprogramas, Actividades y Proyectos que ejecuta, asimismo es responsable de concordar el Plan Operativo Institucional (POI) y su Presupuesto Institucional con su Plan Estratégico institucional;

Que, asimismo, el Artículo 71° de la citada Ley N° 28411, señala que las Entidades, para la elaboración de sus Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI) que debe ser concordante con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN), los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM), los Planes de Desarrollo Regional Concertados (PDRC), y los Planes de Desarrollo Local Concertados (PDLIC), según sea el caso;

Que, en este contexto, la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, como órgano desconcentrado del Gobierno Regional Huancavelica, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; a través de diversas reuniones sostenidas con los responsables de los órganos y unidades orgánicas de la DIRESA y organizaciones cooperantes, ha formulado consensuadamente el Plan Estratégico Institucional, que constituye un instrumento orientador de las acciones y prioridades sanitarias en materia de salud en la Región Huancavelica, formulado desde una perspectiva multianual, y que se enmarca en la búsqueda de la eficiencia en la gestión y la calidad de la prestación de los servicios públicos; asimismo constituye un elemento clave para la implementación de las Políticas Públicas de Salud (PPS) y el Plan Estratégico Sectorial de Salud (PES de Salud); en tal sentido, siendo de vital importancia, amerita su aprobación mediante el presente acto resolutivo;

Estando a lo informado; y,

Con la visación de la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, Gerencia Regional de Desarrollo Social, Oficina Regional de Administración, Oficina Regional de Asesoría Jurídica y la Secretaría General;

En uso de las atribuciones conferidas por la Constitución Política del Perú, Ley N° 27783: Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867: Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales,





GOBIERNO REGIONAL
HUANCAVELICA

Resolución Gerencial General Regional

Nro. 565 -2012/GOB.REG-HVCA/GGR

Huancavelica, 08 JUN 2012

modificado por la Ley N° 27902.

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, el Plan Estratégico Institucional de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica Periodo 2012 – 2016, documento de gestión que rubricado en ciento sesenta y uno (161) folios, forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- La Dirección Regional de Salud de Huancavelica, a través de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Gestión Institucional, será la encargada de efectuar el Seguimiento y Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016, con el propósito de dar continuidad al proceso del planeamiento estratégico y velar por su sostenibilidad en el tiempo

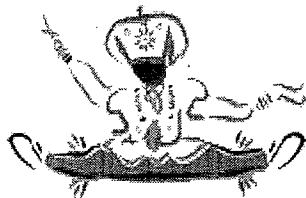
ARTICULO 3°.- NOTIFICAR el presente Acto Administrativo a la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, Órganos competentes del Gobierno Regional de Huancavelica y la Sub Gerencia de Desarrollo Institucional e Informática para su publicación en la página web institucional.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

GOBIERNO REGIONAL
HUANCAVELICA

Miguel Ángel García Ramos
GERENTE GENERAL REGIONAL





Gobierno Regional
HUANCAVELICA
Trabajamos para todos...

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE HUANCAVELICA

**PLAN ESTRATEGICO
INSTITUCIONAL DE LA
DIRECCION REGIONAL DE
SALUD DE HUANCAVELICA**

PERIODO 2012 - 2016

Huancavelica, Diciembre 2011

MACISTE ALEJANDRO DÍAZ ABAD
Presidente Regional

JUAN CARLOS ALEJANDRO SAENZ FEIJOO
Gerente General Regional

VICTOR PUBLICIO MANZUR SUAREZ
Gerente Regional de Desarrollo Social



HIPÓCRATES ROJAS EGOAVIL
Director Regional

FREDY ALBERTO MUÑOZ TORRES
Director Ejecutivo de Salud de las Personas

LEONARDO LEYVA YATACO
Director Ejecutivo de Inteligencia Sanitaria

CONSULTORES:

Walter Bedriñana Carrasco

Edgar Américo Quispe Quintana

Amadea Huamaní Palomino

María Felicitas Paniagua Segovia



Participantes en la elaboración del Plan de Desarrollo Institucional de la DIRESA de Huancavelica:

GOBIERNO REGIONAL

Víctor Manzur Suárez
Jaime Huerta Tarazona

DIRESA HUANCAVELICA

Fredy Alberto Muñoz Torres
Leonardo Leyva Yataco
Yadira Retamozo Espinoza
Fredy Carrera Querzola

Liz Alejandro Orihuela
Ailar Santoyo Gómez
Emma Ruth Poma Salinas

Alfredo Ochoa Muñoz
Alfredo Quispe Chuchón
Jaime Valencia Gonzáles
Oscar Luis Chagua Pariona

William Montes Escobar
Gelly Izarra Espeza
Patricia Chapoñan Quispe
Wilder Ayuque Ancasi

Héctor Mamani Vargas
Elsa Benavente Salazar
Rosal Rubén Paytan Espinoza
Santos Teodoro Castro Huamán
Betsy Urruchi Rey Sanchez

Valerio Aguirre Segura
Fredy Rodríguez Canales
Dora Muñoz Buendía
Rosa Elizabeth Vilcapoma Bustamante
Gladys Sedano Chávez

Juan Chanchas Quinto
Pablo Salas Gamarra
Obdulia Iraida Quinte Soto
Belén María Toro Sosa

Jorge Girón Cordero
Alejandro León Gaspar Carbajal

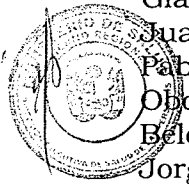
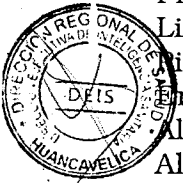
Richard Villa Riveros
Zaida Ramírez Llanovarced
Renee Rivera Victoria
Carlos Maldonado Guevara
Doris Marlene Llanconi Merino

HOSPITAL REGIONAL DE HUANCAVELICA

José Antonio Cano Dávila
Enrique Ecos Lima
Angelo Cayetano Gómez

RED DE SALUD HUANCAVELICA

Lorena Quispe Huamán
Isabel Rivera Victoria



RED DE SALUD HUAYTARA

Juan Pablo Quispe Cavero
Rolando Mendoza Retamozo

UORS ANGARAES

Exy Jabby López Zalarar
Chistian Delgado Dávila
Zulema Vargas Venegas

UORS TAYACAJA

Javier Maravi Arana

UORS ACOBAMBA

Abel Guevara Ruiz

UORS CHURCAMPA

Carlos Luis García Perales
Beatriz Liliana Aguilar Cervantes
Daniel Eusebio Espinoza Agüero

UORS CASTROVIRREYNA

Oscar Rafael Huaroto Salvatierra
Luis Alberto García Gonzalo
Ricardina Ponce Carrasco

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

Benjamina Sósima Ortiz Espinar
Raúl Ureta Jurado
Lina Yubana Cárdenas Pineda
Tula Susana Guerra Olivares

OTRAS INSTITUCIONES

Pompeyo Prado Bellido
Elsa Riveros Bujaico
Franny Silvera Malpartida
Fernanda Loayza Condori
Nancy Jurado Condori
Edy Rocío Palomino Arango
Doris Zubilete Guerreros
Jhonatan Dueñas Santiago
Rubén Retamozo Ayuque
José Luis Torpoco Taipe
Luciano Taipe Huayra
Aurea Ccora de Ayuque
Maritza Jorge Chahuayo
Rubén Huamán Curo

Índice General

PRESENTACIÓN	08
CAPÍTULO 1	10
ANTECEDENTES Y MARCO LEGAL	
1.1. Antecedentes	11
1.2. Marco Legal del Plan de Desarrollo Institucional	20
CAPÍTULO 2	22
DIAGNÓSTICO GENERAL	
Marco Institucional	
2.1. Marco Institucional de la Dirección Regional de Salud Huancavelica	23
2.1.1. Naturaleza de la Institución	23
2.1.2. Funciones Generales de la DIRESA Huancavelica	23
2.1.3. Estructura Orgánica de la DIRESA Huancavelica	26
2.2. Diagnóstico General	29
2.2.1. Características Geográficas	29
2.2.2. Relieve y Geología	29
2.2.2.1. Clima	32
2.2.2.2. Hidrografía	34
2.2.2. División política	36
2.2.3. Superficie territorial y límites	38
2.2.3.1. Características topográficas	39
2.2.3.2. Altitud.	40
2.2.4. Referencia y vías de acceso.	41
2.2.5. Zonas de Emergencia	43
2.2.6. Características demográficas	44
2.2.6.1. Población	45
2.2.6.2. Composición y estructura de la población	50
2.2.7. Determinantes Sociales	58
2.2.7.1. Esperanza de vida al nacer	58
2.2.7.2. Tasa Global de Fecundidad (Hijos por mujer)	60
2.2.7.3. Madres adolescentes al primer hijo.	62
2.2.8. Determinantes Socioeconómicos	63
2.2.8.1. Acceso a agua	63
2.2.8.2. Desagüe	64
2.2.8.3. Acceso a Luz	66
2.2.8.4. Tasa de analfabetismo	66
2.2.8.5. Tasa de analfabetismo en las mujeres	67
2.2.8.6. Idioma Castellano	68
2.2.8.7. Religión	70
2.2.8.8. Índice de desarrollo humano	71
2.2.8.9. Pobreza	72
2.2.8.10. Pobreza Extrema	73
2.2.8.11. Ingreso económico	73
2.2.9. Determinantes ambientales relacionados a la salud	74
2.2.10. Determinantes del Sistema de Salud	78
2.2.10.1. Disponibilidad de establecimientos de salud	78
2.2.10.2. Intensidad de Uso de servicios de Salud	78

2.2.10.3. Extensión de uso de los servicios de Salud.	79
2.2.10.4. Cobertura pentavalente en niños menores de 5 años.	80
2.2.10.5. Cobertura de sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) en niños de 1 año.	82
2.2.10.6. Cobertura de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños < de 01 año.	84
2.2.10.7. Cobertura de lactancia materna exclusiva	85
2.2.10.8. Bajo peso al nacer	86
2.2.10.9. Cobertura de control prenatal.	87
2.2.10.10. Cobertura de parto institucional	88
2.2.10.11. Cobertura de parejas protegidas	89
2.2.11. Análisis del Estado de Salud.	90
2.2.11.1. Análisis de la mortalidad	90
2.2.11.2. Principales causas de mortalidad en población general	93
2.2.11.3. Principales causas de mortalidad por género	94
2.2.11.4. Principales causas de mortalidad por etapas del ciclo de vida	96
2.2.11.5. Análisis de la morbilidad	104
2.2.11.6. Principales causas de consulta externa por género	108
2.2.11.7. Principales causas de consulta externa por etapas del ciclo de vida	111
2.3. Prioridades Sanitarias Regionales	118
2.3.1. Prioridades en la Atención Sanitaria Regional	118
2.3.2. Prioridades en los Determinantes de la Salud	118
2.3.3. Prioridades en el Sistema de Salud Regional	118



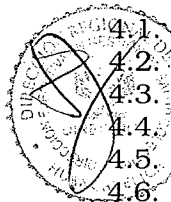
CAPÍTULO 3
ROL ESTRATÉGICO DE LA INSTITUCIÓN
 Marco de Estratégico del PEI

3.1. Rol Estratégico de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica	127
3.2. Marco Referencia del Plan de Desarrollo Institucional (PEI):	127
3.3. Principios y valores para la implementación del PEI de la DIRESA de Huancavelica	135



CAPÍTULO 4
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES
 Acciones Estratégicas de Desarrollo Institucional

4.1. Objetivo Estratégico Institucional N° 1	138
4.2. Objetivo Estratégico Institucional N° 2	141
4.3. Objetivo Estratégico Institucional N° 3	144
4.4. Objetivo Estratégico Institucional N° 4	147
4.5. Objetivo Estratégico Institucional N° 5	149
4.6. Objetivo Estratégico Institucional N° 6	152
4.7. Objetivo Estratégico Institucional N° 7	155



CAPÍTULO 5
ESTRATEGIAS SELECCIONADAS
 Para la Implementación del PEI

PRESENTACIÓN

La Dirección Regional de Salud Huancavelica, como órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional Huancavelica, es la responsable de formular y proponer las Políticas Regionales de Salud; así como, dirigir, normar y evaluar el funcionamiento de los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas nacional y planes sectoriales.

En el Perú y en muchas regiones del país, como es el caso de Huancavelica, se han desarrollado importantes avances en materia de salud, sin embargo, aún existen grandes retos que superar por que persiste la inequidad en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de vida de la mayoría de ciudadanos, relacionadas a las nuevas necesidades de salud que todavía no están siendo atendidas y porque la respuesta del sistema de salud está desarticulada incluso en el propio sector. A esto se añade el proceso de descentralización que genera nuevas necesidades y nuevos retos que enfrentar.

En este escenario es imprescindible la formulación de políticas claras y una planificación de largo plazo, porque se necesita asignar los recursos de forma más eficiente y porque la salud está ligada al bienestar y desarrollo social; por lo tanto, la salud no sólo depende del sector, sino también de las acciones que se hacen o dejan de hacer en los otros sectores.

Por esta razón el Gobierno Regional de Huancavelica y la DIRESA de Huancavelica, han iniciado un proceso de planificación técnico, político y social para elaborar las Políticas Públicas de Salud (PPS), el Plan

Estratégico Sectorial Regional (PESR) y el Plan Estratégico Institucional (PEI).

Se espera que estos documentos constituyan un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud sobre el cual quedarán plasmados los acuerdos entre la sociedad civil y el Estado, respecto a las prioridades sanitarias de la región y las principales intervenciones que permitirán lograr, en un horizonte futuro, metas sanitarias que evidencien que la situación de salud ha logrado avanzar en la visión concertada de desarrollo, principalmente de la población menos favorecida.

En tal sentido, en el proceso de planificación se ha desarrollado esfuerzos concertados, porque participen todos los sectores a nivel regional, la sociedad civil organizada y el propio ciudadano para decidir sobre las prioridades sanitarias y las intervenciones más importantes a implementar; a fin de concertar compromisos institucionales y sociales que favorezcan su implementación y participen en la evaluación de las mismas.

La formulación del Plan Estratégico Institucional, es un elemento clave para la implementación de las Políticas Públicas de Salud (PPS) y Plan Estratégico Sectorial de Salud (PES de Salud); de tal forma que articule los esfuerzos de todos los actores al logro de propósitos y metas definidas, en estos documentos orientadores y conductores de la gestión sanitaria regional.



CAPÍTULO 1

**Antecedentes y
Marco Legal**

1.1. Antecedentes

El Gobierno Regional de Huancavelica, a través de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, ha elaborado las Políticas Públicas en Salud y Plan Estratégico Sectorial Regional de Salud de Huancavelica 2012 -2016 y para implementar de manera adecuada es necesario la formulación del Plan Estratégico Institucional de la DIRESA de Huancavelica (en Adelante PEI de la DIRESA Huancavelica); de manera participativa con las autoridades, personal del sector salud, Redes de Salud, Micro Redes, organizaciones cooperantes y la sociedad civil organizada. Para ello se empleo una metodología participativa de planificación que integró procesos técnicos, políticos y sociales. El PEI de la DIRESA Huancavelica responde a las necesidades priorizadas en talleres de amplia participación.

El PEI de la DIRESA Huancavelica, es la propuesta de desarrollo de la función de gobierno en salud, que orienta la gestión en el periodo 2012 – 2016, a través de este se propone mejorar la efectividad de la acción de la DIRESA Huancavelica, para afrontar las prioridades sanitarias, a través de la mejora de la atención integral de la salud, prevención y promoción de la salud y mejoramiento del desempeño del sistema sanitario regional.

El planeamiento estratégico institucional de la DIRESA Huancavelica, debe permitir alcanzar los resultados propuestos en las Políticas Públicas de Salud y el PESR de Salud, aprovechando las oportunidades que se presente.

Es sumamente útil porque obliga a la organización a vincular su proceso de toma de decisiones con sus valores y su finalidad; rediseñando los procesos clave de la organización, para lograr una gestión institucional efectiva que sirva decididamente al desarrollo socio sanitario.

Por otro lado, el Estado ha iniciado desde el año 2002 un proceso de Modernización y Reforma, por lo que se está realizando esfuerzos para la implementación de la "Nueva Gestión Pública" (NGP), que si bien, es una corriente gestada en la década de 1970 por los países desarrollados que promueve la incorporación de una perspectiva gerencial en la administración del Estado, propone reemplazar el modelo tradicional de organización y entrega de servicios públicos, basado en los principios de la jerarquía burocrática, la planificación, la centralización y el control directo, por una gerencia pública basada en una racionalidad económica que busca eficiencia y eficacia. En otras palabras, promueve ir de la administración pública a la gerencia pública. No obstante, conviene aclarar que la NGP no es una corriente homogénea de pensamiento monolítico. Se observan por lo menos dos corrientes no necesariamente contrarias, pero tampoco coincidentes: la primera enfatiza los aspectos gerenciales de la reestructuración del Estado mientras que la segunda prioriza la introducción de mecanismos propios del mercado que estimulan la competencia. (Larbi, 1999).

Entre los múltiples instrumentos y enfoques generados por la NGP en la perspectiva de fortalecer la capacidad del Estado para promover el desarrollo, se encuentra la "gestión para resultados", que es un marco de referencia cuya función es la de facilitar a las organizaciones públicas la dirección efectiva e integrada de su proceso de creación de valor público (resultados) a fin de optimizarlo, conlleva tomar decisiones sobre la base de información confiable acerca de los efectos de la acción gubernamental, asegurando la máxima eficacia y eficiencia de su desempeño, la consecución de los objetivos de gobierno y la mejora continua de sus instituciones" (BID y CLAD, 2007). Por ello a nivel nacional se viene implementando el Presupuesto por Resultados (PpR) desde el año 2008 y mediante los Programas Presupuestales Estratégicos ha venido logrando resultados alentadores a nivel nacional y departamental como es el caso de Huancavelica y los documentos de gestión desarrollados de manera

participativa como el PESR de Salud, requiere de la incorporación de la Gestión por Resultados (GpR), como modelo central de la gestión sanitaria regional, el mismo que necesita innovaciones sustantivas en la gestión del sector público. Estas innovaciones pueden requerir modificaciones de los documentos de gestión institucional (ROF; MOF; CAP; MAPRO; etc.), capacitación permanente de los funcionarios públicos, alineación de los distintos componentes del ciclo de gestión y nuevas estructuras organizacionales que fomenten la coordinación y el trabajo conjunto, en lugar de la competencia y el trabajo aislado. Asimismo, es necesario establecer un ambiente político e institucional en el que los resultados sean el centro del debate público; en el que se juzgue a las autoridades por los cambios que han promovido en la sociedad; en el que los servidores públicos tengan incentivos para cumplir de manera eficiente su trabajo. Por estas razones, la implementación de la GpR debe verse no sólo como el reto de un gobierno en particular sino como un compromiso del Estado Regional y aún más en la DIRESA Huancavelica, si queremos lograr las metas sanitarias establecidas en las Políticas y el PESR de Salud.

Por otro lado, la GpR promueve que los directivos asuman responsabilidades por el logro de resultados y no por el mero cumplimiento de funciones, lo que promueve una rendición de cuentas más sólida y sustantiva, fundamentada en evidencias que pueden ser verificadas por parte de la opinión pública y la sociedad civil. Esto supone un giro importante en la manera tradicional de administrar y, por lo tanto, requiere una voluntad política explícita al más alto nivel, así como entidades abanderadas del cambio con poder de influencia en el conjunto del sector público.

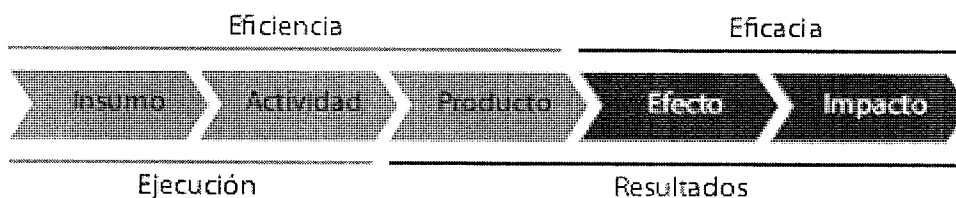
Tomando en consideración la cadena de resultados explicada en el gráfico N° 01 y en el gráfico 1.2.1 (Banco Mundial y OCDE 2005) el gran cambio que propone la GpR es poner en primer lugar los resultados que se desea alcanzar y, en función de estos, definir la mejor combinación de insumos,

actividades y productos para lograrlo. Este enfoque difiere fundamentalmente del tradicional burocrático, en donde se parte de los insumos (físicos y financieros) con los que se cuenta, las actividades o los procesos actuales o conocidos y, en función de estos, se definen los resultados.

Grafico N° 01
La GpR y la Cadena de Resultados

"La gestión basada en resultados se centra en una clara noción de la causalidad. La teoría es que diversos insumos y actividades conducen lógicamente a órdenes mayores de resultados (productos, efectos e impacto). Estos cambios generalmente se muestran en una "cadena de resultados" o "marco de resultados" que ilustra claramente las relaciones de causa y efecto. Los resultados de desarrollo por lo general se comprenden como secuenciales y restringidos por el tiempo, y los cambios se vinculan a una serie de pasos de gestión dentro del ciclo de programación de cualquier iniciativa de desarrollo (proyecto o programa). La gestión basada en resultados les pide a los gerentes que analicen de forma regular el grado en que sus actividades de implementación y resultados tienen una probabilidad razonable de lograr los resultados deseados y hacer ajustes continuos según sea necesario para asegurar el logro de los resultados."

GRÁFICO 1.2.1 Cadena de resultados



Fuente: Banco Mundial y OCDE (2005).

Aunque la GpR es principalmente una estrategia gerencial y, como tal, son las autoridades públicas y los directivos los responsables primarios de implantarla, los resultados institucionales no son posibles sin el concurso de los encargados de la provisión de los servicios públicos, sean estos médicos, enfermeras, obstetras, técnicos de enfermería, Administrativos, obreros, porteros, etc. Es por ello que en el ámbito de la administración de los servicios, la GpR promueve un enfoque de abajo hacia arriba, en el que

prime la consideración de las demandas de los usuarios y clientes. Por tanto, la GpR es una estrategia de cambio institucional que vincula la gerencia con el usuario, el responsable de tomar decisiones con el que será afectado por esas decisiones.

Como hemos manifestado este proceso en el Perú, viene desarrollándose desde el año 2007; sin embargo, aun todavía hay mucho camino por recorrer, aun no se logra consolidarse en un instrumento de gestión que promueva una provisión adecuada de los bienes públicos y el logro de efectos positivos y permanentes a favor de la población a la que sirve. Entre las principales limitaciones aun continúan: la débil articulación entre el planeamiento y el presupuesto; la rigidez para gestionar como consecuencia de una normatividad abundante, desarticulada y contradictoria; el marcado énfasis en la gestión financiera, a pesar de los avances en identificación y seguimiento de productos, hay todavía débil desarrollo de mediciones del desempeño que permitan determinar si se logran o no los objetivos; la carencia de evaluaciones significativas que retroalimenten los procesos de toma de decisiones, entre otras.

Con el fin de superar estas limitaciones y consolidar un sistema de gestión sanitaria capaz de contribuir al logro de los propósitos planteados en las Políticas Regionales de Salud y el PESR de Salud, se plantea el PEI de la DIRESA Huancavelica, partiendo de nuestra visión y misión podamos trazar el rumbo de cómo mejorar los procesos y la estructura organizacional de la organización, para lograr mejores resultados y optimizar procesos. Toda vez que la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, somos agentes de cambio en un escenario regional que transita - con desgarradoras expresiones sociales, pero también con inéditas oportunidades en cuanto al dinamismo del potencial humano y social regional y progresos en la ciencia y la tecnología - hacia una nueva era en la cual la creatividad, el conocimiento y la información son los nuevos factores estratégicos del desarrollo.

De ahí que la DIRESA de Huancavelica, como organización sanitaria de carácter regional; trabaje no sólo en los temas de pobreza caracterizada por la mala situación nutricional, sanitaria y un medio ambiente insalubre, sino también en la promoción de valores como la Solidaridad; el Respeto afirmando la dignidad, el potencial y la contribución de las personas; la Integridad, actuando consistentemente con nuestro objetivo social, siendo honestos y transparentes en lo que hacemos y decimos, así como haciéndonos responsables de nuestras acciones individuales y colectivas; rescatamos el compromiso, trabajando para servir a la comunidad local y regional; buscamos la excelencia, retándonos continuamente para lograr los niveles más altos de aprendizaje y desempeño con la finalidad de lograr un mayor impacto en los procesos que facilitemos y; promoviendo la Sustentabilidad del Medio Ambiente.



La DIRESA de Huancavelica trabaja en el marco, de las Políticas Públicas de Salud y el PESR de Salud; para ello, impulsara procesos regionales y estrategias para mejorar la organización y diseños institucionales multisectoriales, con el fin de potenciar su contribución en la tarea de movilizar las energías regionales y locales. Así mismos asume un rol facilitador de procesos sociales y el mandato de enmarcar nuestras intervenciones en una lógica de derechos, equidad y género. A lo anterior se añade el ejercicio de la incidencia política, con el fin de influir para que en las políticas sociales y sanitarias regionales se produzcan cambios orientados sobre la base de nuestras propias experiencias y aprendizajes, así como los de otros actores involucrados. Asimismo, la DIRESA de Huancavelica considera imperativo establecer una gestión que vincule costo-eficacia-efectividad - eficiencia a la amenaza permanente que surge de los cambios en las actuales fuentes y volúmenes de financiamiento en nuestro país.



En este sentido el PEI de la DIRESA Huancavelica orienta su rumbo, organizada alrededor de dos componentes centrales que requieren la

participación y contribución del equipo de gobierno y de todos los participantes en los procesos que impulse:

- a. Gestión Organizacional: vinculada con la eficiencia y competitividad de nuestra organización.
- b. Movilización de Recursos: referida a la estrategia de movilización de recursos financieros y no financieros.

Reconociendo la interdependencia de estos dos componentes, éstas se apoyan en procesos de gestión organizacional eficientes y en la seguridad de una movilización de recursos adecuada, para el logro de los objetivos propuestos en los documentos en las Políticas Públicas y el PESR de Salud.

Con relación a la Gestión Organizacional, la DIRESA de Huancavelica enfatiza el mandato de desarrollar y/o fortalecer procesos y sistemas administrativos de alta eficiencia, a costos razonables y competitivos. En esta orientación, reconoce la importancia de desarrollar las competencias y habilidades del equipo de gobierno en salud, así como de utilizar su experiencia y conocimiento acumulado. Identifica, además, el carácter estratégico que tiene para la DIRESA, fortalecer la estructura de gobierno en salud y las estructuras de las redes y micro redes, para el mejor desarrollo de procesos integradores amplios con la asistencia técnica de agencias de cooperación internacional. Entendemos que esta decisión no sólo es necesaria para alcanzar crecientes niveles de eficiencia, efectividad y eficacia, sino que también se ajusta al análisis de las oportunidades que se derivan del proceso de descentralización política por el que atraviesa el Perú.

En cuanto a la movilización de recursos, la DIRESA Huancavelica reconoce el cambio en los paradigmas tradicionales sobre los cuales se sostienen las estrategias destinadas a asegurarle recursos. Este riesgo nos obliga a diversificar las fuentes de financiamiento, no basándonos únicamente en la

espera de los recursos tradicionales de fuente estatal, ni manteniendo una dependencia frente al financiamiento externo. La DIRESA amplía el enfoque de captación de recursos a través de contratos de donaciones, añadiéndole la dimensión de generar recursos propios (inversiones de contrapartida) y de movilizar recursos no financieros. La DIRESA movilizara recursos (financieros y no financieros) de los gobiernos locales, la cooperación internacional, la sociedad civil, los sectores privados y propios para la mejor atención sanitaria, la reducción de la pobreza, la inequidad y la exclusión.

Finalmente, las tres orientaciones estratégicas planteadas en este documento buscan continuar explorando modelos de evolución organizacional y construir un modelo de gestión estratégica, competitiva e innovadora que facilita la evolución organizacional y la suma de esfuerzos en mejoramiento de los niveles de salud, la erradicación de la pobreza, la inequidad y la exclusión.

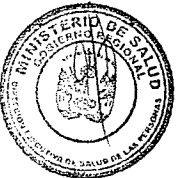


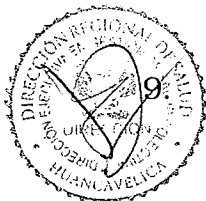
Grafico Nº 02
Alineamiento del PEI de la DIRESA Huancavelica y las Ideas Rectoras, Políticas y PESR de Salud



1.2. Marco Legal del Plan de Desarrollo Institucional

La formulación del PEI de la DIRESA Huancavelica ha estado enmarcada en el siguiente marco legal:

1. Constitución Política del Perú.
2. Acuerdo Nacional
3. Ley N° 26842 Ley General de Salud.
4. Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización.
5. Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
6. Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades.
7. Mediante la ley N° 27658, en enero 2002 se declara al Estado peruano en proceso de modernización, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano
8. Decreto Supremo N° 002-2003-PCM, que aprobó el documento "Bases para la estrategia de superación de la pobreza y oportunidades económicas para los pobres".
9. Decreto Supremo N° 064-2004-PCM, Plan Nacional para la Superación de la Pobreza.
10. Decreto Supremo N° 055-2007-PCM



11. RM N° 589- 2007 – MINSA, de fecha 20 de julio del año 2007; Aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
12. En abril de 2009, se aprueba la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
13. Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, del 14 de junio del 2011, Aprueba el Documento técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad”.
14. Resolución Ministerial N° 258 – 2011 / MINSA, del 4 de abril del 2011, aprueba el documento Técnico “Política nacional de salud Ambiental 2011 – 2020”, que es de cumplimiento obligatorio para la Autoridad nacional de salud en sus niveles Nacional, Regional y Local; así como, por las entidades públicas y privadas vinculadas al sector.



CAPÍTULO 2

**Diagnóstico
General**

Marco Institucional

2.1. Marco Institucional de la Dirección Regional de Salud Huancavelica

2.1.1 Naturaleza de la Institución

La Dirección Regional de Salud Huancavelica, es un órgano desconcentrado de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Huancavelica, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; así como, dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales. La Dirección Regional de Salud Huancavelica tiene a su cargo, como órganos desconcentrados, a las Redes de Servicios de Salud y Hospitales de mayor capacidad resolutiva.

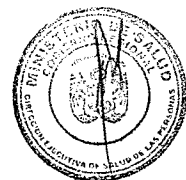


2.1.2 Funciones Generales de la Dirección Regional de Salud Huancavelica

La Dirección Regional de Salud Huancavelica, directamente o a través de las entidades competentes deberán cumplir las siguientes funciones en su respectiva jurisdicción:



a. Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales.



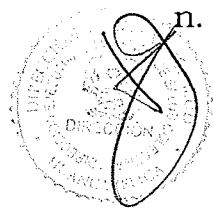
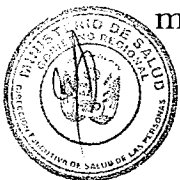
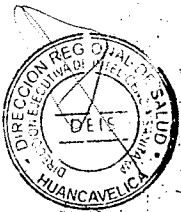
b. Formular y ejecutar, concertadamente, el plan de desarrollo regional de salud.



c. Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.

d. Participar en el Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.

- e. Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de salud .
- f. Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brinda servicios en la región, en coordinación con los gobiernos locales
- g. Organizar, Implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales
- h. Supervisar y Fiscalizar los servicios de salud públicos y privados
- i. Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres
- j. Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.
- k. Promover y preservar la salud ambiental de la región.
Planificar, Financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.
- m. Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector así como de la oferta de la infraestructura y servicios de salud
- n. Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección hacia la comunidad.



- o. Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.
- p. Ejecutar en Coordinación con los Gobiernos Locales de la región acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.
- q. Normar, conducir, regular, implementar y controlar el funcionamiento del Sistema Regional de Salud, en cumplimiento a la política regional y nacional de salud, enmarcada en la visión, misión y objetivos estratégicos, dentro de la normatividad vigente
- r. Brindar asistencia técnica y administrativa a la gestión de las Direcciones de Red de Salud y del Hospital, bajo su dependencia y jurisdicción.
- s. Regular complementariamente, en materia de salud y evaluar el cumplimiento de las normas de salud por las entidades públicas y privadas en su jurisdicción.
- t. Impulsar el cumplimiento de los derechos, deberes y responsabilidades en la protección de la salud de la persona humana, de la familia y comunidad.
- u. Lograr la oportuna regulación, supervisión, inspección y control del cumplimiento de las normas y procedimientos, por las personas jurídicas y naturales, en la promoción de la salud, la prevención de riesgos y daños, la atención de la salud de las personas, la salud ambiental, el control sanitario de la producción, comercialización, dispensación y expendio de medicinas insumos y drogas y la participación en la prevención y control de emergencias y desastres.



2.1.3 Estructura Orgánica de la Dirección Regional de Salud Huancavelica

La estructura orgánica de la Dirección Regional de Salud Huancavelica, hasta el segundo nivel organizacional y es la siguiente:

2.1.3.1 Órgano de dirección

- Dirección Regional

2.1.3.2 Órgano consultivo

- Consejo Regional de Salud



2.1.3.3 Órgano de control

- Órgano de Control Institucional



2.1.3.4 Órganos de asesoría

Oficina de de Asesoría Jurídica.

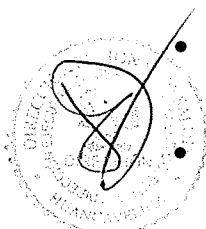


- Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Gestión Institucional.



2.1.3.5 Órganos de apoyo

- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina de Gestión de Recursos Humanos



2.1.3.6 Órganos de línea

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.

- Dirección de Atención Integral de Salud
- Dirección de Servicios de Salud y Gestión de la Calidad
- Dirección de Seguros Públicos y Privados
- Dirección de Investigación y Capacitación
- Dirección de Laboratorio de Salud Pública



Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud

- Dirección de Promoción de Vida Sana y Participación Comunitaria



Dirección de Educación para la Salud

Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas.

- Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria
- Dirección de Acceso y Uso Racional de Medicamentos



Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria.

- Dirección de Epidemiología
- Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres
- Dirección de Estadística e Informática



Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental

- Dirección de Ecología, Protección del Ambiente y Salud Ocupacional
- Dirección de Saneamiento Básico, Higiene Alimentaria y Zoonosis

Órganos desconcentrados



- Hospital Departamental de Huancavelica.
- Dirección de Red de Salud Huancavelica.



Órganos descentralizados

- Dirección de Red de Salud Acobamba.



Dirección de Red de Salud Angaraes.

Dirección de Red de Salud Castrovirreyna

- Dirección de Red de Salud Huaytará.



Dirección de Red de Salud Tayacaja.

- Dirección de Red de Salud Churcampa



2.2 Diagnóstico General

2.2.1 Características Geográficas.

Si compartimos la concepción de la vida como una lucha continúa de los organismos para adaptarse al medio ambiente, tendremos que admitir que las características del entorno que rodea al individuo aparece como un factor productor de salud y/o de enfermedad. Las características del ambiente, manifestadas en las condiciones sanitarias, geográficas, ambientales e incluso climáticas, son factores que condicionan el estado de salud.

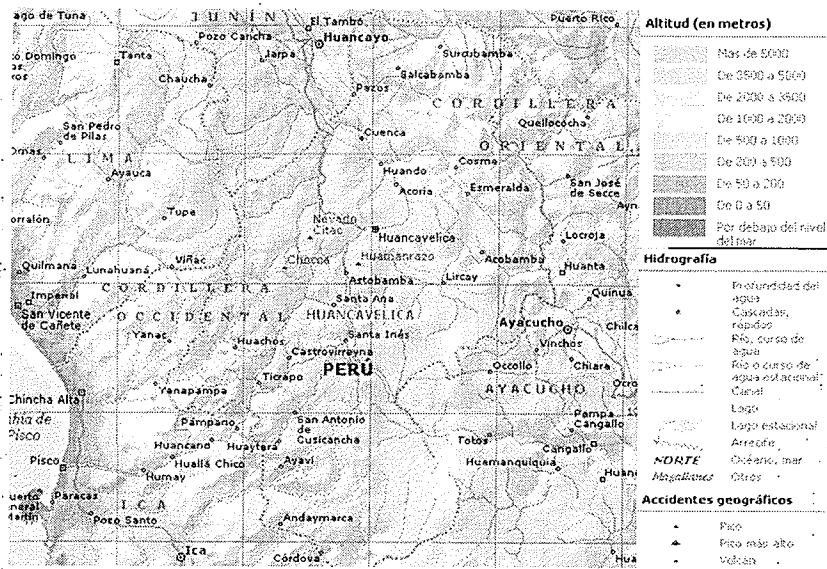
2.2.2 Relieve y Geología:

Huancavelica está ubicada en la sierra central del Perú, simboliza el reto de una naturaleza agreste cuyo imponente relieve y el vértigo de sus aguas hacen que sea uno de los territorios de más difícil acceso. Pero representa también la posibilidad de desarrollo en uno de los escenarios de mayor belleza, contraste y recursos energéticos de nuestro País.

Localizado en el corazón de los andes, Huancavelica tiene una superficie de 22'131,47Km² y una población según el censo del 2007 de 454,797 habitantes. Su territorio abarca el 1.72% del espacio peruano y su población representa el 1.66% del total nacional. Limita al norte con el departamento de Junín; al Este con el departamento de Ayacucho; por el oeste, con los departamentos de Lima e Ica, y por el sur, con los departamentos de Ayacucho e Ica.

Basta un acercamiento ya sea vivencial o bibliográfico, para descubrir que Huancavelica es un espacio difícil y complejo.

Mapa N° 1
Ubicación Física y Política del Departamento de Huancavelica



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Huancavelica 2008.

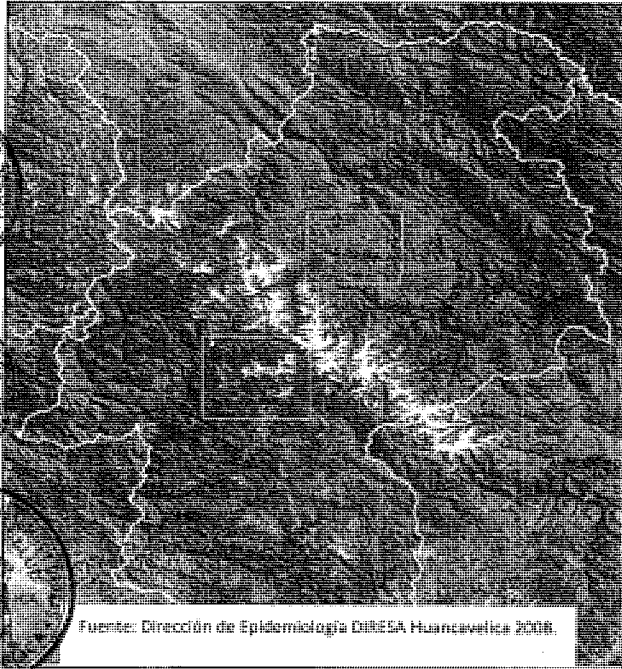
Los Grandes Cadenas de Montañas:

La Occidental Andina y la Central Andina, que atraviesan el territorio de Huancavelica y definen tres grandes conjuntos:

El primero: Está referido a las cadenas de montañas andinas, éstas se localizan tanto en el centro como en el norte del departamento. La primera de ellas es parte de la Cordillera Occidental de los Andes del Perú, que en este sector es conocida como la cordillera de Chonta, el cual define la personalidad y el perfil físico de la Región. La cual se ubica por encima de los 5,000 metros, formando las máximas altitudes del departamento, como el nevado Citac, de 5,328 m.s.n.m., y el Huamanraza, de 5,298 m.s.n.m. La cordillera occidental, al atravesar de NO a SE la parte central de Huancavelica, define también la división continental que lleva las aguas de las lluvias y deshielos a los ríos que se dirigen a la costa del departamento de Ica, así como aquellos que enrumban a la Amazonía. La cordillera Central Andina se localiza en el extremo nororiental. Debido a la antigüedad de los procesos andinos, al tipo de material y a la acción erosiva y demoledora de los ríos, entre ellos el Mantaro, esta cordillera presenta menor altitud,

aunque su punto extremo llega a alcanzar los 4,791m.s.n.m. en el cerro Yanasayhua.

Mapa Nº 2
Huancavelica Vista Desde el espacio

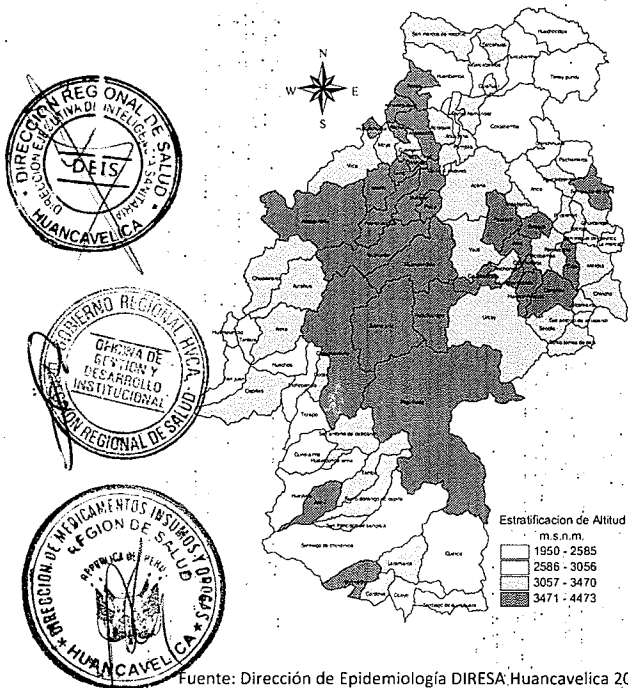


El segundo: Corresponde a la puna alto andina, sobre una altitud promedio de 4,000 m.s.n.m. Este conjunto por estar bajo la influencia erosiva de los afluentes del Mantaro y estar constituida por material calcáreo erosionable, ha configurado un relieve en forma de llano ondulado compuesto por pampas interrumpidas violentamente por cursos de agua estrechos y

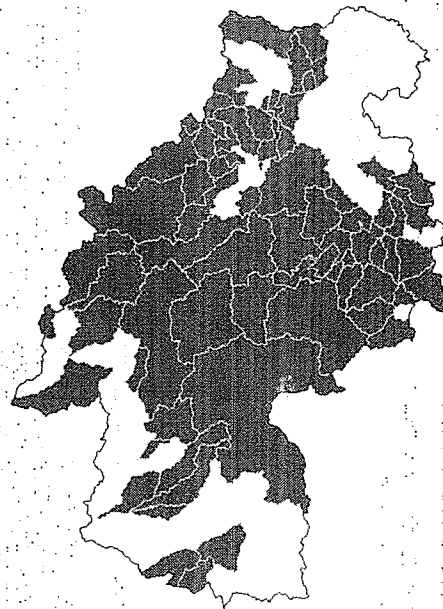
profundos.

El tercero: La vertiente occidental andina, está constituido por la porción de territorio localizada al oeste de la divisoria continental de aguas y que desciende de manera rápida en dirección al departamento de Ica. Aunque una parte significativa del departamento se localiza en este conjunto (aproximadamente un 25%), es, sin embargo uno de los espacios de menor densidad demográfica. Abarca parte de las provincias de Castrovirreyna y Huaytará donde tiene su límite inferior alrededor de los 1,000 m.s.n.m., constituyéndose así en uno de los de mayor altitud promedio del territorio peruano.

Mapa Nº 3
Altitud m.s.n.m. por Distritos,
Huancavelica



Mapa Nº 4
Distritos Ubicados a Mas de 3,000 msnm Afectados
por Temporada de Frio, Huancavelica



2.2.2.1 Clima:

Huancavelica es un departamento de climas variados donde el espacio central, que corresponde a los conjuntos de cadenas montañosas andinas y punas alto andinas, se caracteriza por sus bajas temperaturas, que presentan extremos negativos de temperatura de -16°C en algunas noches y madrugadas de los meses de junio, julio y agosto. Este clima frío y seco hace muy difícil el desarrollo de actividades económicas, salvo aquellas que están ligadas a la extracción de minerales, uno de los potenciales con que cuenta Huancavelica.

Pero por el contrario los espacios más cálidos están situados en los extremos Nor-orientales y Sur-occidentales del departamento, donde el sector nor oriental está marcado por el rápido descenso que el río Mantaro genera en el extremo norte de la provincia de Tayacaja, posee, de acuerdo a la

clasificación de Koppen, la categoría de “clima templado moderado lluvioso”, y el límite con el departamento de Junín, la categoría de “clima de sabana”, es decir lluvioso húmedo, pero con estación seca.

El sector suroccidental, en el límite con el departamento de Ica, a pesar de tener un clima semicálido, siente la influencia del desierto costero peruano, con una categoría de “clima estepa”, con lluvias escasas en el verano. Su paisaje es más bien árido y rocoso, la precipitación también muestra una marcada diferencia en función de la vertiente en la que se registren las mediciones: El promedio general de precipitaciones en la zona sur oeste del departamento, en la vertiente occidental andina, se sitúa por debajo de los 300 mm³ al año, mientras que en la vertiente oriental andina, en la zona noreste, el promedio de precipitaciones se sitúa alrededor de 600mm³ al año.

Un análisis de la capacidad de usos de mayores suelos nos indica que la altitud, la conformación del relieve y humedad constituyen factores limitantes para el desarrollo de suelos fértiles. Así más del 50% del suelo del departamento no tiene aptitud agrícola, solo en el eje central del departamento, en los valles localizados entre la Cordillera Occidental y Central, se puede encontrar áreas con aptitud para pastos naturales, los cuales son ampliamente utilizados, aunque cuentan con problemas asociados a la salinidad y al clima.

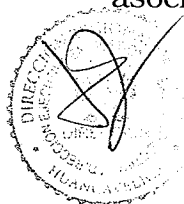
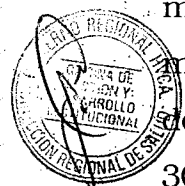


Grafico Nº 3
Promedio Multianual de Temperatura Máxima y
Mínima, Huancavelica 1963-1980

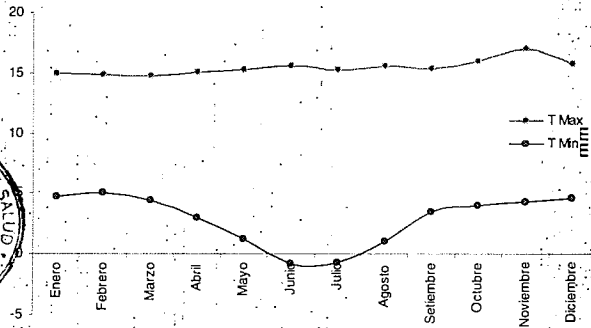
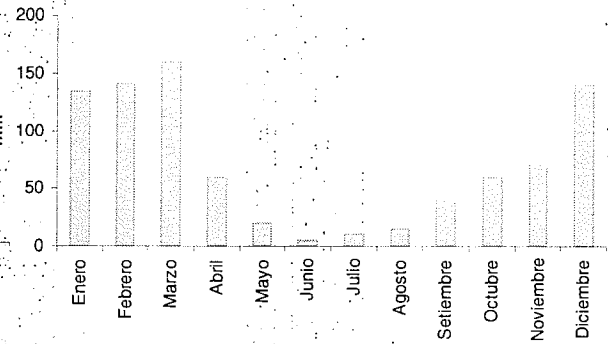


Grafico Nº 4
Promedio Multianual de Precipitación Acumulada
Mensual, Huancavelica 1963-1980



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Huancavelica 2008.

2.2.2 Hidrografía:

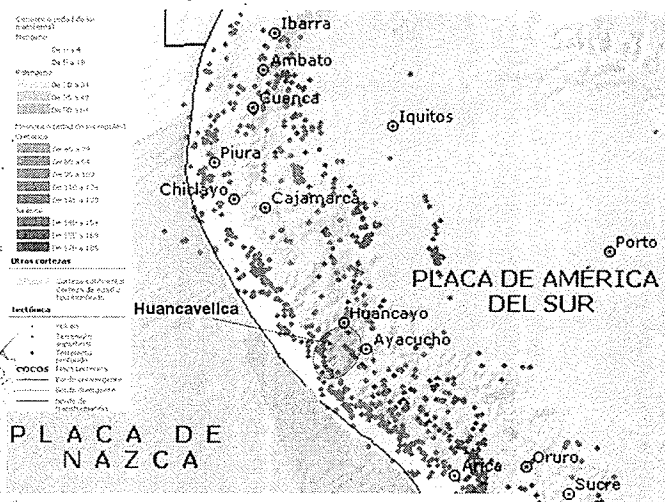
El Departamento de Huancavelica cuenta con más de una veintena de lagos y lagunas que se localizan principalmente en las provincias de Castrovirreyna y Huaytara. La mayor de ellas es la de Choclococha sobre los 4,605 m.s.n.m. que cuenta con una capacidad de 138 millones de m³.

Desde 1959, parte de las aguas de esta laguna son desviadas hacia la vertiente del pacífico en los meses de estiaje, en un recorrido de 43Km. de canales y 9Km. de túneles que atraviesan la cordillera, para llevarlas hasta la laguna de Pariona, desde donde desembocan en el río Ica, permitiendo de esta forma amenguar la marcada irregularidad del régimen hídrico de este importante río de la costa. Otras lagunas de importancia son Pacococha, de 12 millones de m³, y San Francisco, de 5 millones de m³. Este sistema de lagunas da origen al río pampas, que pertenece a la vertiente oriental.

En términos generales, una lucha constante entre un relieve accidentado en permanente dinámica y el agua ha traído como resultado el desarrollo de dos redes hídricas diferenciadas. Por un lado, la cabecera de cuenca de los ríos que se dirigen al Pacífico, orientadas de noroeste a sureste: San Juan, Pisco,

Ica y Grande, los cuales descienden paralelos desde la misma divisoria, alimentados tanto por los deshielos de los nevados como por la gran cantidad de pequeñas y medianas lagunas existentes en un territorio de altitud es uno de los mayores del Perú. El espacio, soporte de estas cuencas es de una marcada aridez y conforma ríos torrentosos de régimen irregular. Al otro lado de la divisoria se localizan las cuencas de los ríos Pampas, Vilca, Huachu y Urubamba, así como el río Mantaro. Como uno de los más caudalosos, es el más importante de los ríos que surcan el espacio de Huancavelica, no solo por su altitud de 724 kilómetros, que lo convierte en el séptimo río del país, sino por acoger a lo largo de su curso a una densa población que aprovecha tanto sus aguas como el valle que en ciertos tramos forma. En su recorrido por Huancavelica, este río traza un curso fuertemente caprichoso, debido tanto a la dominancia que el relieve impone como a la fuerte capacidad de erosión de sus aguas.

Mapa Nº 5
Mapa Tectónico Huancavelica



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Huancavelica 2008.

Como se aprecia en el mapa tectónico, el departamento de Huancavelica está en constante peligro por su proximidad a la placa de nazca, este mapa de placas tectónicas indica la distribución de las placas que forman la corteza

terrestre, la ubicación de los volcanes y terremotos, y la edad del fondo marino.

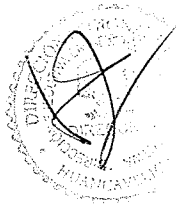
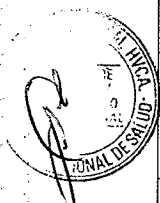
2.2.2 División política:

Está dividida política y administrativamente en 7 provincias y 94 distritos, la capital del departamento es el distrito de Huancavelica, ubicada en la provincia de Huancavelica, con una altitud de 3,660 m.s.n.m.

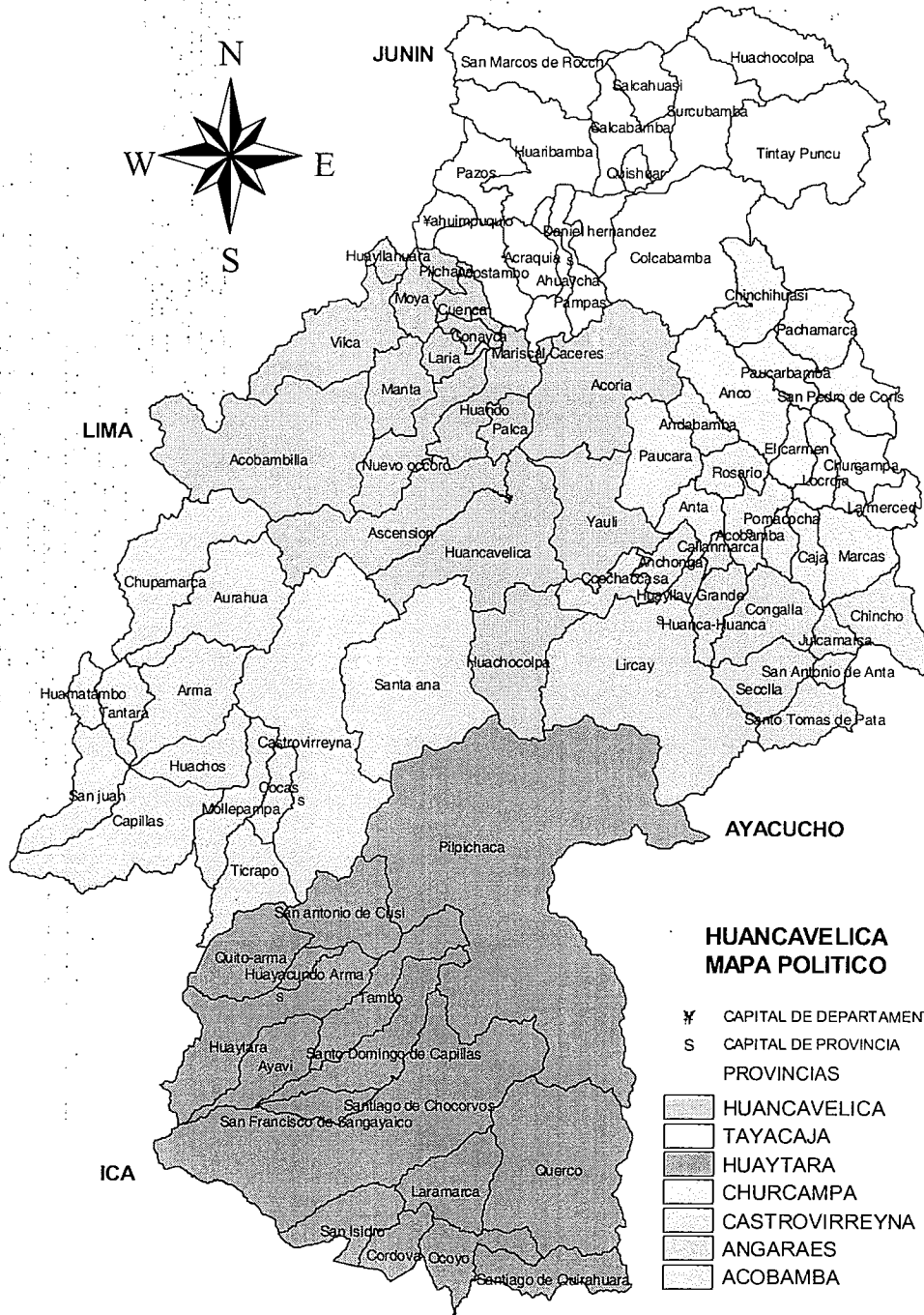
Cuadro Nº 1
Capitales de Provincia, Huancavelica

Provincia	Fecha de Creación	Superficie km ²	Capital de Provincia	
			Nombre	Altitud m.s.n.m
Dep. Huancavelica	Reglamento de 26-IV-1822	22131.47	Huancavelica	3660
Huancavelica	Decreto de 21-VI-1825	4021.66	Huancavelica	3660
Acobamba	Ley 9718, de 15-I-1943	910.82	Acobamba	3423
Angaraes	Decreto de 21-VI-1825	1959.03	Lircay	3278
Castrovirreyna	Decreto de 21-VI-1825	3984.62	Castrovirreyna	3956
Churcampa	Ley 24056, de 28-XII-1984	1232.45	Churcampa	3262
Huaytara	Ley 23934, de 26-IX-1984	6458.39	Huaytara	2658
Tayacaja	Decreto de 21-VI-1825	3564.5	Pampas	3276

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2010.



Mapa N° 6
Mapa Político del Departamento de Huancavelica

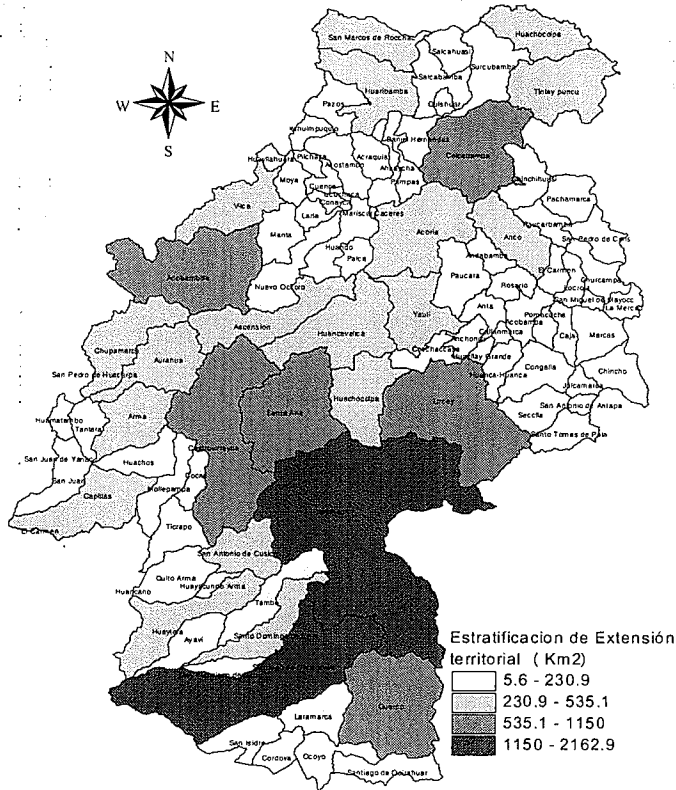


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2010.

2.2.3 Superficie territorial y límites:

El departamento de Huancavelica tiene una superficie territorial de 33, 182.4 Km²; representando el 2.6% del territorio nacional y viven el 2% de la población del país; 24 distritos tiene mayor extensión territorial y están ubicados en el cuartil 4 de la estratificación, los distritos con mayor extensión territorial son Pilpichaca y Santiago de Chocorvos de la provincia de Huaytara; Castrovirreyna en la provincia del mismo nombre y Lircay en Angaraes estos distritos representan el 15% de la superficie territorial. Al otro lado tenemos a los distritos con menor extensión, los cuales son Mariscal Cáceres e Izcuchaca en la provincia de Huancavelica.

Mapa N° 7
Estratificación de superficie territorial, según distritos
DIRESA - Huancavelica 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2010.

El departamento de Huancavelica se encuentra ubicado en plena sierra sur-central del Perú. Sus coordenadas se encuentran entre los paralelos 11°16'10" y 14°07'43" de latitud sur y los meridianos de 74°16' y 75°47' de longitud oeste del Meridiano de Greenwich. Su altitud oscila entre los 1,950 y los 4,500 msnm; tiene como límites los siguientes departamentos:



Por el Norte, con el departamento de Junín;



Por el Este, con el departamento de Ayacucho;

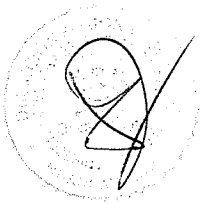
Por el Sur, con Ica; y por el



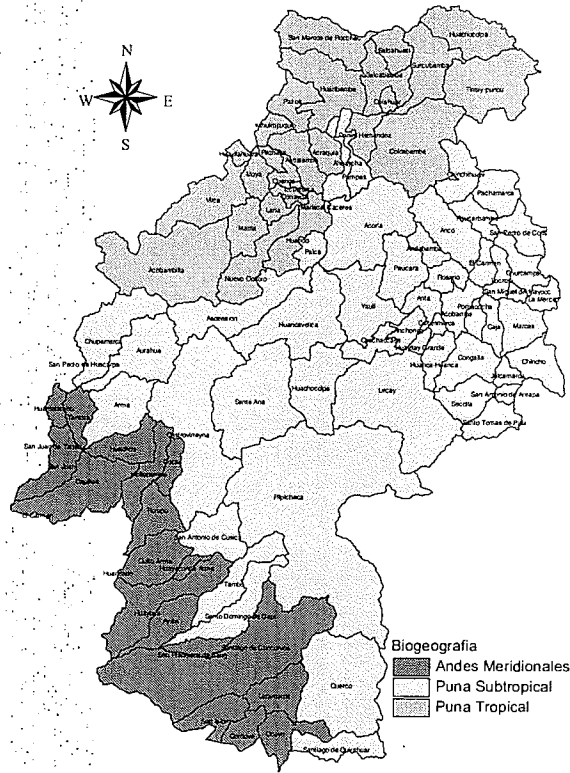
Por el Este con Lima, Ica y Junín.

2.3.1 Características topográficas:

El territorio del departamento de Huancavelica, tiene un relieve accidentado, constituido básicamente por zonas de sierra (94 distritos); Según sus características biogeográficas, presenta los ecosistemas de Andes meridionales (18 distritos), Puna sub tropical (50 distritos) y Puna tropical (26 distritos).



Mapa N° 8
Región natural y biogeografía del departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2010

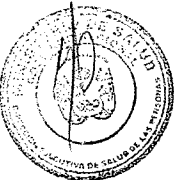
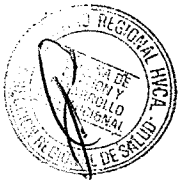


Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Huancavelica 2008.

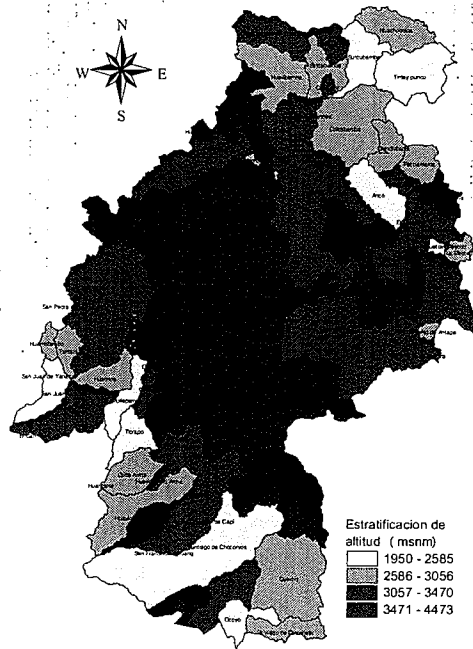
2.2.3.2 Altitud.

La altura del territorio Huancavelicano oscila entre los 1950 y 4500 m.s.n.m., siendo las localidades de Ocoyo en Huaytara y Ticrapo en Castrovirreyna ubicados a 1950 y 2184 m.s.n.m. los de menor altitud y los mayor altitud corresponde a los distritos de Santa Ana (4473 m.s.n.m), en Castrovirreyna seguido de Ccochaccasa (4150 m.s.n.m), Pilpichaca (4092 m.s.n.m), Huachocolpa (3956 m.s.n.m) de la provincia de Huancavelica, Castrovirreyna (3956 m.s.n.m), Huayllahuara (3896 m.s.n.m), Laria(3861 m.s.n.m), Pazos (3840 m.s.n.m), Nuevo Occoro (3825

m.s.n.m), Paucara (3806 m.s.n.m), así como el distrito de Acobambilla (3795 m.s.n.m).



Mapa N° 9
Estratificación de altitud según distritos
DIRESA - Huancavelica 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

2.2.4 Referencia y vías de acceso.

Las principales vías de comunicación del departamento son sus carreteras, construidas en primer lugar con la finalidad de abarcar la producción minera de Huancavelica. Por esta razón casi excluyente, muchas zonas del interior no están conectadas entre sí, ni con la capital provincial. Además de lo accidentado del terreno, Huancavelica es una región bastante fragmentada y con difíciles comunicaciones con el exterior. Buena parte de la red vial se concentra en la provincia de

Huancavelica. En el resto del departamento las vías son más escasas: no existen carreteras pavimentadas y la mayor parte de las vías presentan problemas de mantenimiento. La capital departamental, Huancavelica, está conectada con Huancayo (Junín) por una vía ferroviaria. No existen aeropuertos.

La forma de acceso a Huancavelica es:

Partiendo por carretera desde la ciudad de Lima hacia la ciudad de Huancayo (300 Km. aproximadamente); luego una segunda etapa que dura unas 5 horas, esto es por vía férrea (128 Km. aproximadamente), partiendo de la estación de Chilca en Huancayo, va por la quebrada del río Mantaro, encontrándose con la carretera en el pintoresco pueblo de Izcuchaca, famoso por su puente sobre el Mantaro y que es una reliquia de nuestra historia. La ruta sigue verdeante, pasando por La Mejorada, Acoria y Yauli, para finalmente culminar en Huancavelica.

Otra de las rutas es por carretera, Lima-Huancayo-Huancavelica, con una distancia de 457 Km, los que los hace en 13 horas en ómnibus. De Lima hasta Huancavelica la carretera es asfaltada la cual no se encuentra en muy buenas condiciones hasta llegar a Huancavelica.

Otra es de Lima-Pisco-Huancavelica, por la Panamericana Sur hasta el Km 231, donde se toma la variante por el puente Huamali, en una carretera afirmada de 268 Kms. hasta Huancavelica, gran parte de este recorrido se hace por Vía los Libertadores, hasta Rumichaca por una carretera asfaltada; de allí por adelante es una carretera afirmada la cual une Castrovirreyna con Huancavelica, esta ruta no hace llegar a Huaytará, interesante sede arqueológica; también podremos apreciar el hermoso manto de lagunas.

Otra de las rutas de acceso a Huancavelica es de Ayacucho, el viaje por carretera dura aproximadamente 5 horas pasando por Rumichaca, Santa Inés y Lachocc.

Estas dos últimas rutas pasan por la cordillera de Chonta y bordeando las Lagunas de Choclococha, Pultocc, Orcococha, San Francisco, etc., también se divisan algunos nevados como el famoso Huamanrazo de 5,303 metros de elevación.



2.2.5 Zonas de Emergencia



La Región presenta zonas de riesgo principalmente referentes a fenómenos geodinámicas externos, siendo de la siguiente manera:



Zonas de huaycos: Investigaciones realizadas por el CISMID estiman que en el Perú, periodo 1925 - 1982, murieron 46,280 personas y pérdidas económicas ascendientes a 2,000 millones de dólares por acción de huaycos, deslizamientos, aluviones e inundaciones. Probablemente el caso más claro de la capacidad destructiva de estos eventos, es la destrucción total de la ciudad de Yungay y el poblado de Ranrahirca el 31 de mayo de 1970, debido al aluvión que se generó en el Callejón de Huaylas como evento secundario al terremoto de esa fecha, que originó 35,000 muertos.



Los deslizamientos representan la primera amenaza natural en Huancavelica ya que se han registrado 70 eventos de esta naturaleza dejando 525 damnificados en las fechas de ocurridos los eventos. Siendo la provincia de Churcampa la que ha registrado mayor cantidad de eventos en el presente año, seguida de Huancavelica y Angaraes con 26 y 9 eventos respectivamente.

- ✓ Zonas de inundaciones: En el Perú, la mayoría de las inundaciones son de carácter estacional: en el periodo diciembre-abril, con el

incremento de las lluvias, se producen crecimiento significativo del caudal de los ríos de la cuenca del Amazonas, produciéndose desbordes frecuentes en las zonas bajas de la selva baja (riberas de los ríos Madre de Dios, Ucayali, Marañón, Amazonas y sus respectivos afluentes, entre otros).

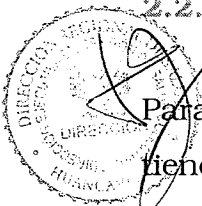
En Huancavelica solo se registraron 14 eventos en el presente año, sin embargo se registraron mayor cantidad de damnificados teniendo registrados 228 damnificados en los momentos de registrados los eventos, En la provincia de Huancavelica se registraron 3 eventos y se registraron 96 damnificados por estos eventos, en la provincia de Taycaja de igual manera se registraron 6 inundaciones y se tiene 88 damnificados.

✓ Sismos: Huancavelica está ubicado dentro de las cuatro zonas con fallas geológicas del país, El terremoto de agosto del 2007 fue uno de los más violentos ocurridos en el Perú en los últimos años teniendo en Huancavelica las zonas de Castrovirreyna y Huaytara los que presentan mayor vulnerabilidad.

2.2.6 Características demográficas.

2.2.6.1 Población

Para el cálculo de los indicadores se han tomado datos disponibles que tienen la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud Huancavelica.

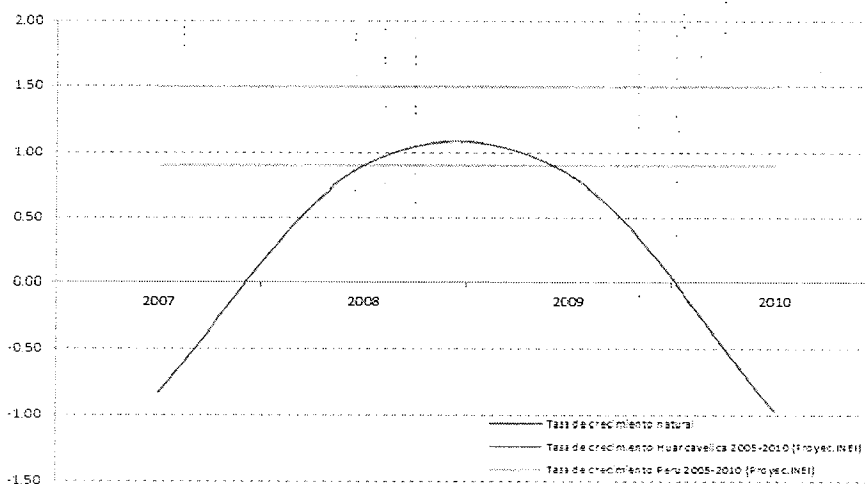


Cuadro Nº 2
Tasa de Crecimiento Poblacional
Según Provincias, Huancavelica 1981, 2007, 2007, 2008, 2009 y 2010

Provincia	Tasa de crecimiento anual		Tasa de crecimiento natural			
	1981-1993	1993-2007	2007	2008	2009	2010
Huancavelica	2.09	2.03	-5.32	1.33	1.25	-3.33
Acobamba	0.92	2.95	31.63	2.85	2.76	11.06
Angaraes	0.11	1.82	4.70	1.14	1.05	1.15
Castrovirreyna	-2.5	-0.08	7.41	-0.31	-0.39	11.97
Churcampa	0.48	0.62	17.92	-0.43	-0.51	5.58
Huaytara	0.2	-0.01	9.04	1.13	1.05	2.83
Tayacaja	-0.5	-0.25	11.09	-0.36	-0.44	1.24
Dep. Huancavelica	1.37	1.17	-0.83	0.90	0.83	-0.97

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1981, 1993, 2007" ; Perú: Proyecciones de Población por Años Calendario, Según Departamentos, Provincias y Distritos, 2006 - 2009"
 Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvca

Grafico Nº 5
Tasa de Crecimiento Promedio Anual,
Huancavelica 2007-2010



Fuente : Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1981, 1993, 2007"
 : Perú: Proyecciones de Población por Años Calendario, Según Departamentos, Provincias y Distritos, 2006 - 2009"
 Elaboración : Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvca

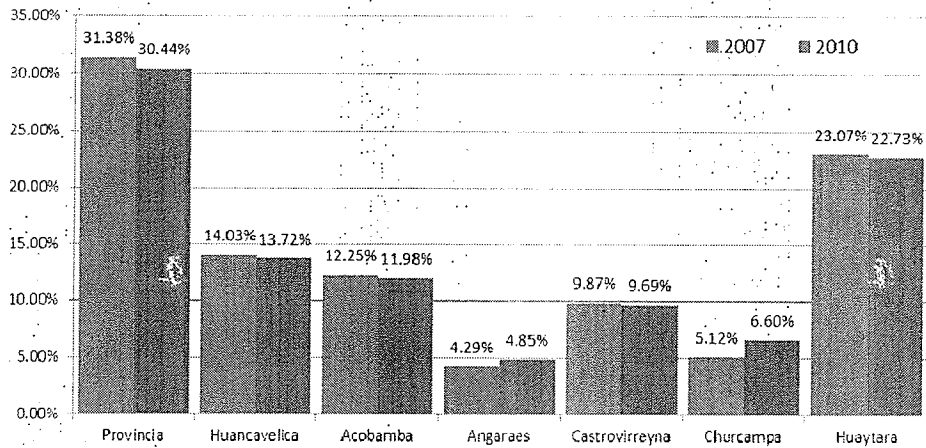
Cuadro Nº 3
Población Censada y Estimada Según Provincias,
Huancavelica 1981, 1993, 2007, 2007, 2008, 2009 y 2010

Provincia	Población Censada (INEI)			Población Estimada (DIRESA Hvca)			
	1981	1993	2007	2007	2008	2009	2010
Huancavelica	87004	111188	142723	145879	147836	149691	144784
Acobamba	39325	43435	63792	68938	70934	72920	65285
Angaraes	44399	44908	55704	55096	55725	56314	56965
Castrovirreyna	28064	20515	19500	20661	20598	20517	23057
Churcampa	40505	42962	44903	44027	43838	43613	46118
Huaytara	25905	24195	23274	29844	30184	30503	31380
Tayacaja	96346	113173	104901	107627	107242	106767	108104
Dep. Huancavelica	361548	400376	454797	472072	476357	480325	475693

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1981, 1993, 2007" - Perú: Proyecciones de Población por Años Calendario, Según Departamentos, Provincias y Distritos, 2007 - 2009" : Dirección de Estadística e Informática -DIRESA Hvca Población Estimada 2007-2009
 Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvca

De acuerdo al censo de 2007 la población Huancavelicana llegaba a 454,797 habitantes, para el año 2010 se estima una población de 475,693 habitantes, con respecto a la poblacional nacional solo representa el 1.7%. Es necesario ajustar las cifras reales de la población Huancavelicana por distritos y los diferentes grupos de edad, ya que en muchos casos la población está subestimada o sobrestimada. Según el tamaño poblacional de los departamentos del país se ha estratificado de acuerdo a la cantidad de habitantes, donde Huancavelica se ubica el cuarto estrado con menos de 500 mil habitantes, representando 1.7% de la población total del Perú.

Grafico N° 6
Porcentaje de la Población por Provincias,
Huancavelica 2007(censo) y 2010



Fuente : Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1972, 1981, 1993"
 : Perú: Proyecciones de Población por Años Calendario, Según Departamentos, Provincias y Distritos, 1990 - 2004"
 Elaboración : Oficina de Epidemiología-DIRESA HUCA

El departamento de Huancavelica para el censo del año 2007 tenía una población de 454,797 habitantes y dentro de las proyecciones para el año 2010 se tiene 475,693 habitantes esto quiere decir un aumento de 20,896 habitantes; en cuanto a la provincia de Huancavelica en el periodo 2007-2010 ha tenido un incremento de 2061 habitantes aproximadamente, en el mismo periodo, la provincia de Huaytara registra el mayor aumento a nivel del Departamento ya que se tiene un aumento de 8106 habitantes. El departamento de Huancavelica presenta territorios con gran potencial minero, los que determinan la existencia de poblaciones que dependen directamente de la actividad minera, la provincias de Churcampa es la que tiene menor crecimiento ya que registra 1,215 habitantes menos en comparación al 2007

Cuadro Nº 4
Población total por grupos de edad y provincias
DIRESA - Huancavelica 2007

Provincia	Grupo de edad en años				
	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 a mas	Total
Huancavelica	35,371	35,313	63,800	8,239	142,723
Acobamba	16,788	16,231	27,419	3,354	63,792
Angaraes	15,850	13,357	23,254	3,243	55,704
Castrovirreyna	4,294	3,910	9,393	1,903	19,500
Churcampa	12,044	10,565	19,371	2,923	44,903
Huaytara	5,056	4,362	11,249	2,607	23,274
Tayacaja	27,294	25,483	45,771	6,353	104,901
Dpto. Huancavelica	116,697	109,221	200,257	28,622	454,797

Fuente: Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda

La población del departamento de Huancavelica, está distribuida en forma heterogénea en relación a sus características socio-geográficas, los que constituyen importantes focos de atracción poblacional, para el desarrollo económico y social, siendo las provincias más pobladas: Huancavelica con 31.38% (142,723 habitantes) y Tayacaja con 23.07% (104,901 habitantes); conformando algo más de la mitad de la población total. En el otro extremo se ubican las provincias menos pobladas y de menor desarrollo: Castrovirreyna y Huaytara con una proporción de 4.29% (19,500 habitantes) y 5.12% (23,274 habitantes); respectivamente.

Índice de masculinidad.

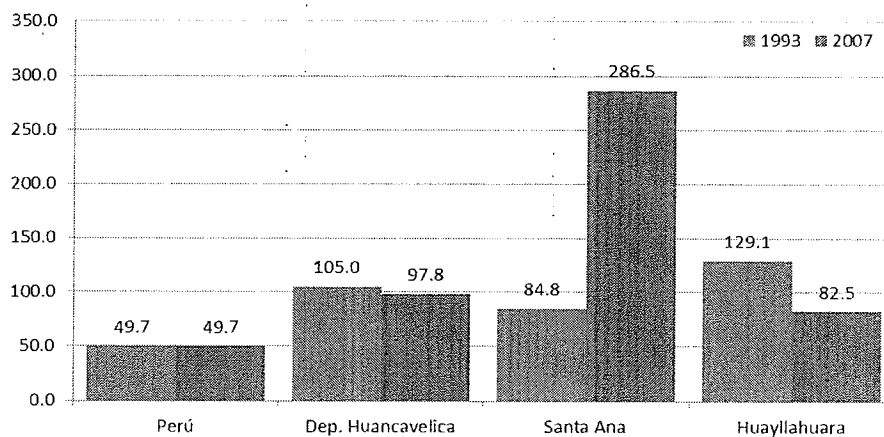
Según resultados del Censo nacional 2007: XI de vivienda y XI de población del año 2007, los adolescentes de 10 a 14 años de edad, representan el 14.05%, de los cuales el 14.53% son hombres y 13.58% son mujeres y, los mayores de 80 años representan el 0.8%, por lo que el desarrollo de intervenciones sanitarias deben contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional mediante la adopción de estilos de vida que mejoren su salud.



El índice de masculinidad al nacer es de 97.8%, es decir nacen 98 varones por cada 100 mujeres; y esto representa 49.5% de la población de nacidos. A medida que la población envejece, este índice desciende a partir de los 20 años de edad, hasta por debajo del 90,0%; el grupo de 80 años a más tiene un índice de 76.7%; comportamiento producido debido a patrones de mortalidad y migraciones en la población masculina, en busca de mejoras económicas, observándose incremento del índice de masculinidad a partir de los 40 años de edad hasta los 49 años.



Grafico Nº 7
Índice de Masculinidad Departamento y distritos, Huancavelica 1993 – 2007



Fuente: Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda

En el año 2007, Huancavelica tenía un índice de masculinidad de 97.8% y a nivel nacional, esta cifra era de 49.7%; es decir, el nivel nacional el índice de masculinidad es 2 veces menos que el departamento de Huancavelica y en 1993 el índice de masculinidad fue igual que el 2007 (49.7).

Al interior del departamento observamos grandes diferencias, por ejemplo: el distrito de Santa Ana tiene un índice de masculinidad de 286.5, mientras que el distrito de Huayllahuara sólo el 82.5, es decir Ascensión tiene 3.5 veces menos que Santa Ana.



2.2.6.2 Composición y estructura de la población.

La estructura por sexo y edad tiene importantes consecuencias demográficas, económicas y sociales, porque define las posibilidades de reproducción de una sociedad. Un primer rasgo saltante de la estructura demográfica por sexo de la Región Huancavelica es que presenta un índice de masculinidad (IM) de 97 varones por cada 100 mujeres.



La población Huancavelicana se caracteriza por presentar una población eminentemente joven, el grupo de edad de 0 a 19 años tiende en el últimos año a aumentar, pasando de 50.80% en el 2008 a 52.38% en el 2010, esto implica que la población Huancavelicana se mantiene en el proceso de envejecimiento gradual. La proporción de jóvenes menores de 19 años con respecto a los adultos mayores de 65 años es de 9 jóvenes por cada adulto mayor, mientras que la razón de dependencia, nos indica que de 85.18 personas son dependientes por cada 100 habitantes.

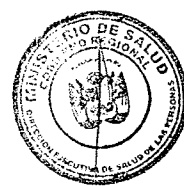
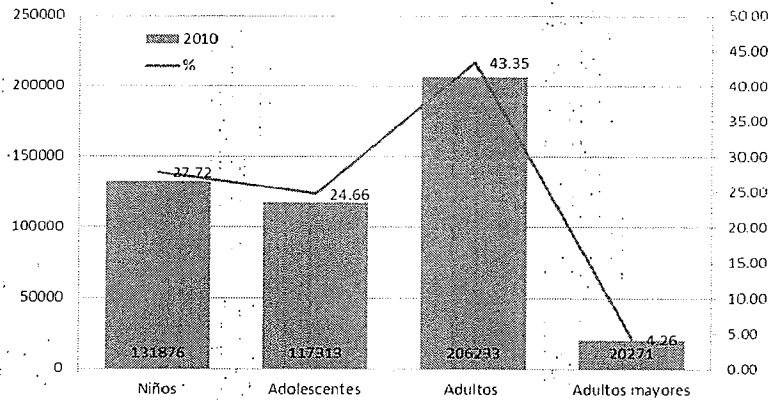


Grafico Nº 8
Población por Etapas de Vida,
Huancavelica 2010



Fuente: Dirección de Estadística e Informática -DIRESA Hvca
 Elaboración: Oficina Epidemiología-DIRESA Hvca

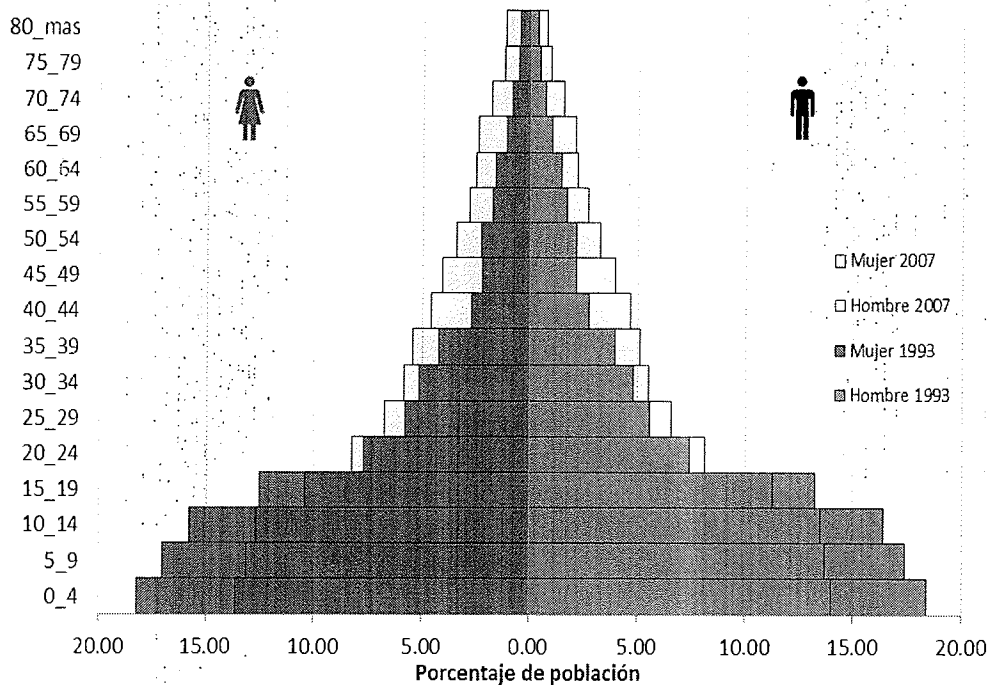
De acuerdo a las proyecciones de población a nivel nacional para el quinquenio 2000-2005, el 11.37% de la población son niños de menores de 5 años (Dep. de Huancavelica 14.28%), en el departamento de Huancavelica para el año 2010 la población de niños menores de 9 años es del 27.72%, en adolescentes que comprende de a la población de 10 a 19 años es de 24.66% y como vemos en el grafico la población adulta es la más alta que llega al 43.35% y siendo la población pequeña la de los adultos mayores que es solo de 4.26%.

Pirámide Poblacional.

La Pirámide Poblacional del año 1993 se observa una base muy ancha y vértice estrecho, lo que indica mayor población juvenil e infantil, por tanto, mayores tasas de natalidad y fecundidad, sin embargo para en los resultados del censo del 2007 observamos que la base se ha reducido considerablemente, esto quiere decir que la población está envejeciendo, esta forma de la pirámide refleja la composición cambiante de la población durante los últimos años, asociada a modificaciones de la mortalidad en cada grupo de edad. Esos cambios demográficos significaran para la región Huancavelica, la necesidad de adaptar la oferta de los servicios de

salud a los nuevos perfiles epidemiológicos resultantes de esos cambios, es decir mayores enfermedades crónicas, así como a un incremento de las muertes y lesiones resultantes por causas externas.

Grafico Nº 9
Pirámide Poblacional Según Sexo y Grupos de Edad,
Huancavelica 1993 - 2007



Fuente: Dirección de Estadística e Informática -DIRESA Hvca
 Elaboración: Oficina Epidemiología-DIRESA Hvca

Densidad poblacional.

Para el año 2007 la densidad de la población en el Perú es de 21.80 hab/Km², mientras que Huancavelica presenta una población heterogénea con una densidad de 20.55 hab/Km². Huaytara la provincia de mayor extensión, es la de menor densidad con 3.60 hab/km², seguida de Castrovirreyna con 4.89 hab/Km² y en el otro extremo figuran Acobamba con 70.04 hab/Km² y Churcampa con 36.43 hab/Km².

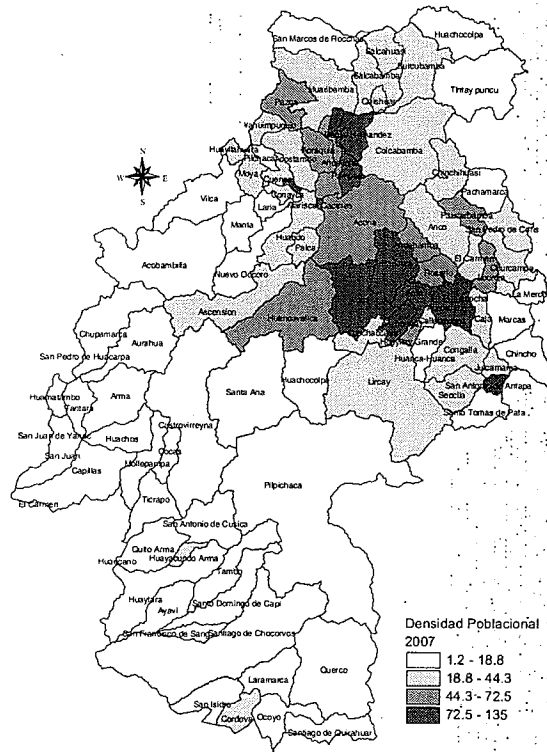
Cuadro Nº 5
Superficie Territorial y Densidad Poblacional por Provincias, Huancavelica 2005-2009

Provincia	Superficie Territorial Km2	Densidad Poblacional (habitantes por Km2)				
		2005	2006	2007 *	2008	2009
Huancavelica	4215,56	35.92	36.50	33.86	35.07	35.51
Acobamba	910,82	54.83	55.16	70.04	77.88	80.06
Angaraes	1959,03	24.58	26.83	28.43	28.45	28.75
Castrovirreyna	3984,62	5.18	4.82	4.89	5.17	5.15
Churcampa	1232,45	42.54	42.73	36.43	35.57	35.39
Huaytara	6458,38	3.99	4.22	3.60	4.67	4.72
Tayacaja	3370,6	35.55	35.67	31.12	31.82	31.68
Dep. Huancavelica	22131,46	21.15	21.51	20.55	21.52	21.70

Fuente: Dirección de Estadística e Informática - DIRESA Hvca
 * Fuente: INEI - CPV2007
 Elaboración: Oficina Epidemiología-DIRESA Hvca

En el mapa podemos observar la estratificación en 4 quintiles y su densidad población por distrito; la gran mayoría del territorio es muy poco poblada, especialmente al sur del departamento, ubicándose mayoritariamente en la zona norte del departamento; el área más poblada es la que se extiende siguiendo el recorrido del río Mantaro. En el 2002, en las cinco provincias norteñas, que constituyen el 52.81% del total del territorio, vivían el 89.97% de la población del departamento, esta configuración nos señala que el norte del departamento no solamente es de mayor concentración poblacional sino el que muestra mayores niveles de desarrollo económico relativo. Al nivel de distritos, los que tienen mayor densidad poblacional son Paucara, Pampas, Anchonga, Izcuchaca, Daniel Hernández, Yauli, Mariscal Cáceres, Acobamba y Huancavelica.

Mapa N° 10
Estratificación de la Densidad Poblacional por Distritos, Huancavelica 2007

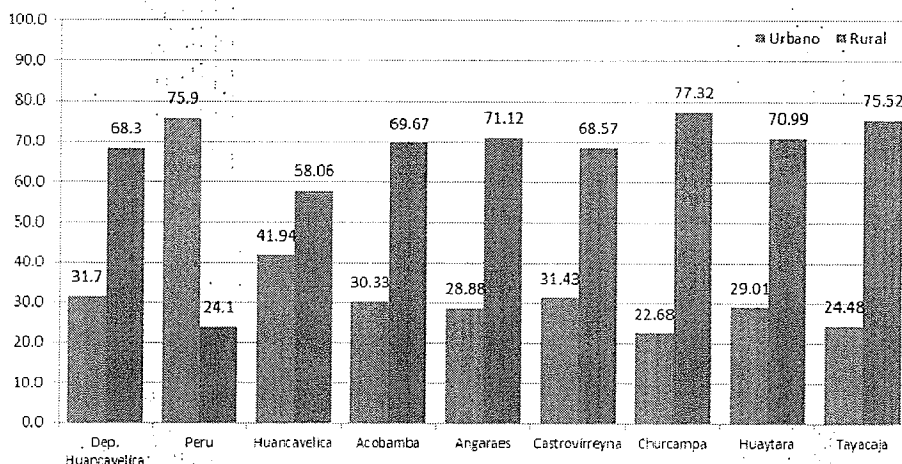


Fuente: INEI - CPV2007
 Elaboración: Oficina Epidemiología-DIRESA Hvc

Población urbana y rural.

En el mapa podemos observar la estratificación en quintiles y su población total por distrito; la gran mayoría del territorio es muy poco poblada, especialmente al sur del departamento, ubicándose mayoritariamente en la zona norte del departamento; el área más poblada es la que se extiende siguiendo el recorrido del río Mantaro. En el 2002, en las cinco provincias norteñas, que constituyen el 52.81% del total del territorio, vivían el 89.97% de la población del departamento, esta configuración nos señala que el norte del departamento no solamente es de mayor concentración poblacional sino el que muestra mayores niveles de desarrollo económico relativo. Al nivel de distritos, los más poblados son Huancavelica, Acoria, Lircay, Yauli y Colcabamba.

Gráfico N° 10
Distribución Porcentual de la Población Urbana y Rural por Provincias, Huancavelica 2007



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1981, 1993, 2007"
 Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvca.

Cuadro N° 6
Incremento y Tasa de Crecimiento Intercensal por
Área Urbana y Rural, Huancavelica 1940-1961-1972-1981-1993- 2007

Años	Total	Urbana		Rural		Tasa de Crecimiento Intercensal (promedio anual)	
		Absoluta	%	Absoluta	%	Urbana	Rural
1940	244595	37843	15	206752	85	--	--
1961	302817	57736	19	245081	81	2	0,8
1972	331629	79628	24	252001	76	3	0,3
1981	346797	85775	25	261022	75	0.8	0.4
1993	385162	100439	26	284723	74	1.3	0.7
2007	454797	144022	42	310775	58		

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1972, 1981, 1993"
 ; Perú: Proyecciones de Población por Años Calendario, Según Departamentos, Provincias y Distritos, 1990 - 2004"
 Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvca

En el cuadro anterior se muestra que en el año 1940 el 15% de la población vivía en el área urbana y se ha incrementado para el año 1993 a 26%, y para el año 2007 a 42%; mientras que la población que vive en áreas rurales disminuye de 85% en el año 1940 a 74% para el año 1993. y

para el 2007 a 58%.*esto indica el alto grado de movimiento migratorio del campo a la ciudad de la población en busca de mejoras de sus condiciones de vida.

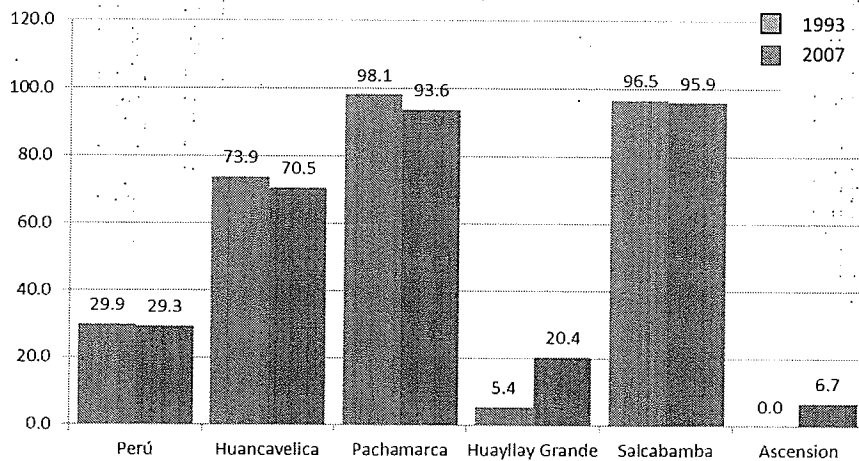
En el año 2007(29.3%), la ruralidad en el departamento de Huancavelica fue de 70.5%, mostrando 2.4 veces más que el nivel nacional

Del año 1993 (73.9%) al año 2007 (70.52%), en Huancavelica, la ruralidad ha disminuido 3.38 puntos porcentuales.

El distrito que mayor ruralidad presento para el año 1993, fue el Distrito de Pachamarca con 98.1%, siendo con la menor ruralidad el Distrito de Huayllay Grande 5.4%. Para el año 2007, el Distrito de mayor ruralidad fue el Distrito de Salcabamba y el distrito de menor ruralidad para este año fue el Distrito de Ascensión 6.7%.

Grafico N° 11

RURALIDAD POR DISTRITOS DEPARTAMENTO HUANCAMELICA COMPARATIVO PERU AÑOS 1993-2007



Fuente: Oficina Fuente: INEI - CPV 1993 - 2007
Elaboración: Oficina Epidemiología-DIRESA Hvca

Migración.

Huancavelica es el departamento que proporcionalmente expulsa más habitantes. En el quinquenio 1988-1993, abandonaron el territorio Huancavelicano aproximadamente 54,105 personas, la mayoría se dirigió a la capital de la república, pero una cifra importante emigro a los departamentos colindantes como Junín, Ica y Ayacucho. La emigración en el Departamento se incrementó durante la etapa de la violencia, pero una de las razones fundamentales son las condiciones económicas del poblador Huancavelicano, quien se ve obligado a trabajar en otros departamentos mucho más productivos y de mayor polo de desarrollo donde se ofrecen mayores oportunidades.

El movimiento migratorio de la región Huancavelica, nos muestra que hay más huancavelicanos que se van de la zona que personas que ingresan, y son los varones que emigran más que las mujeres. Son de las provincias de Castrovirreyna y Huaytará que emigran mas llegando hasta un 57.9% de la población.

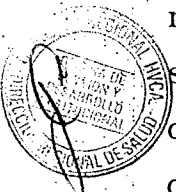
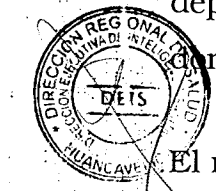
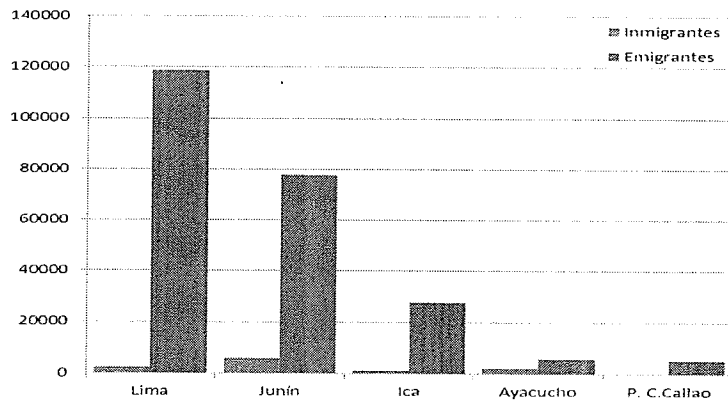


Grafico Nº 12
Inmigración y Emigración de la Población Huancavelicana de Cinco Años a Más, 1993 - 2007



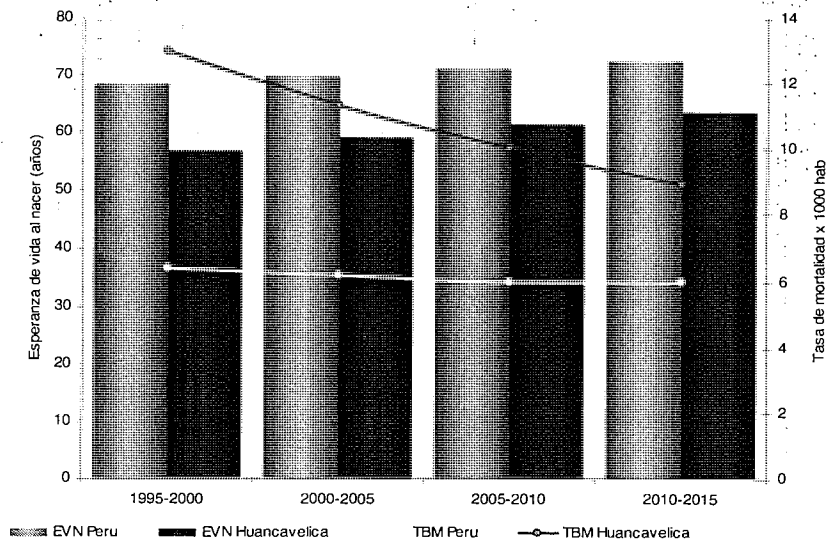
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1993, 2007"
Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvc

2.2.7 Determinantes Sociales

2.2.7.1 Esperanza de vida al nacer.

Durante el quinquenio 1995-2000, una mujer Huancavelicana al nacer, podía esperar vivir 12 años menos que una mujer promedio del Perú; en caso de los hombres, esa diferencia era de 11.2 años menos. Sin embargo con respecto a Lima, los Huancavelicanos tenían una menor esperanza de vida de 20 años menos a la esperanza de vida en Lima.

Grafico Nº 13
Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y Tasa Bruta de Mortalidad x 1000 hab. por Quinquenios, Perú - Huancavelica 1995-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1972, 1981, 1993, 2007" ; Proyecciones de Población por Años Calendario, Según Departamentos, Provincias y Distritos, 1990 - 2010"
Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvca

El incremento de la esperanza de vida esconde tras los promedios nacionales y regionales, una marcada heterogeneidad en el comportamiento y respuesta de los servicios y la dinámica del proceso salud-enfermedad, las brechas que se evidencian en las probabilidades de tener salud, tienen su base posiblemente en los diferentes patrones de reproducción social, organización económica y desarrollo que le son propios a estas distintas formaciones sociales.

La esperanza de vida al nacer, es uno de los indicadores que resume mejor el nivel de vida de la población. Para el quinquenio 2010 - 2015 las proyecciones de esperanza de vida al nacer será de 70 años, con mayor supervivencia en las mujeres (71,1 años) en promedio vivirán 5 años más que los varones (64,4).

La duración media de vida está aumentando apreciablemente y la tasa bruta de mortalidad va en descenso; relacionado con la expansión de los servicios de salud y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población que condicionan el desarrollo de la población.

Este indicador sintetiza una multiplicidad de variables tales como: situación nutricional, niveles de sanidad ambiental, calidad de los programas de salud pública, política de vacunación y prevención de enfermedades epidémicas, ampliación progresiva de aplicación de estrategias integradas e integradoras a población pobre y excluida, desarrollo de la infraestructura sanitaria, mejora de la capacidad resolutoria de los servicios de salud, que implica equipamiento, financiamiento y presencia de Médicos, Enfermeras, Obstetras, odontólogos, Biólogos, otros profesionales y Técnicos; capacitados acorde a cada realidad del departamento por sus características de pluriculturalidad.

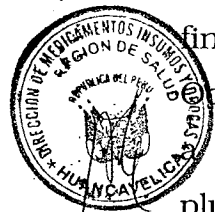
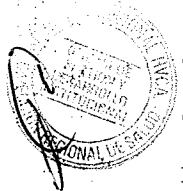
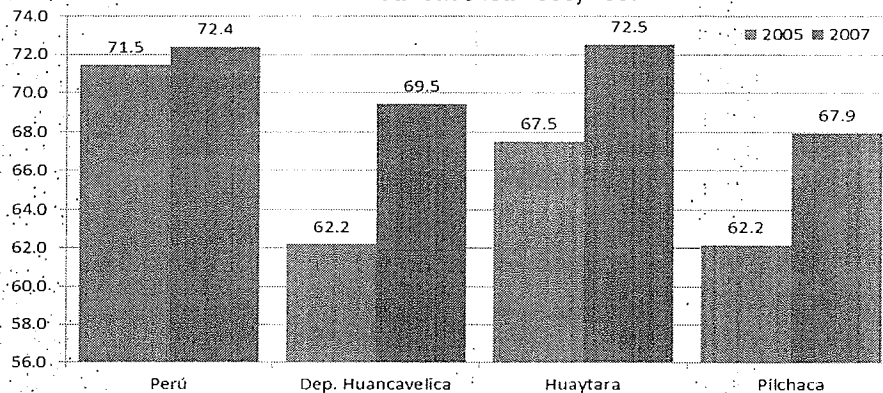


Grafico N° 14
Estratificación de la esperanza de vida al nacer según distritos
DIRESA - Huancavelica 2005, 2007



Fuente: IDH 2005 PNUD.

En el distrito de Huancavelica, la esperanza de vida al nacer es 68.5 años de edad, correspondiéndole a Perú 72.4 años, en el año 2007; siendo menor que Huaytara (72.2 años) y mayor que Pilchaca (67.9 años); respecto del 2005 se incrementó en 4.18 años. Le siguen los distritos de Cuenca y Nuevo Occoro con 68 años en ambos casos, relacionado con las pobres condiciones de vida de sus pobladores, existiendo una diferencia de tasas de 4.4 años, en la misma región.

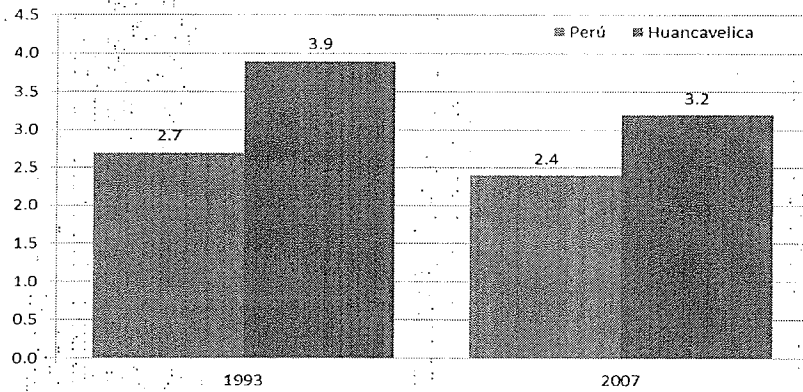
La población del distrito de Huancavelica tiene una esperanza de vida de 68.5 años, mientras que Pilchaca alcanza solo 67.9 años; es decir, la población de Huancavelica tiene 1.0 veces más que el distrito de Pilchaca.

2.2.7.2 Tasa Global de Fecundidad (Hijos por mujer).

Según el censo de INEI 1993-2007 La población Huancavelicana tuvo 3.9% hijos por mujer. Disminuyendo en 0.7 puntos porcentuales para el año 2007 que representan 1.2 veces más hijos por mujer, en la región Huancavelica.

A nivel nacional el año 1993 fue de 2.7% hijos por mujer disminuyendo 0.3 puntos porcentuales el año 2007 que representa 1.1 veces más hijos por mujer observando un decremento vertiginoso. A nivel nacional.

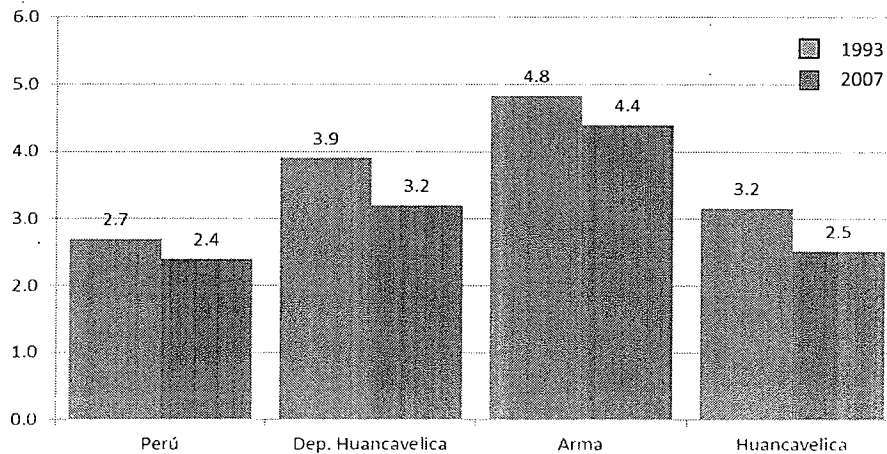
Grafico Nº 15
Hijos por mujer en el departamento de Huancavelica
DIRESA – Huancavelica 1993- 2007



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1993, 2007"
 Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvc

Huancavelica, mientras en el interior del departamento el distrito de Chincho tenía, 5.4 % hijos por mujer y el distrito de El Carmen 4.2 % disminuyendo en 1.2 puntos porcentuales.

Grafico Nº 16
Hijos por mujer en el departamento de Huancavelica
DIRESA – Huancavelica 1993- 2007



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1993, 2007"
 Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvc

2.2.7.3 Madres adolescentes al primer hijo.

En el departamento de Huancavelica, el 8.8% de las mujeres eran adolescentes cuando nació su primer hijo y en el nivel nacional fue el 18.4%, lo que significa que el Huancavelica tiene 2.09 veces menos que el nivel nacional de madres que tuvieron su primer hijo cuando eran adolescentes.

En el distrito de San Francisco de Sangayaico, el 87.9% de las mujeres adolescentes tuvieron su primer hijo en el año y en el distrito de Huancavelica, sólo el 0.8% de las mujeres; lo que indica que San Francisco de Sangayaico tiene 111 veces más madres adolescentes que Huancavelica.

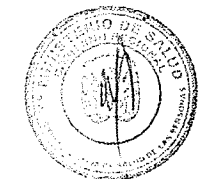
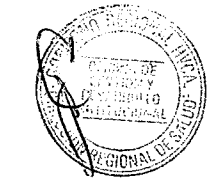
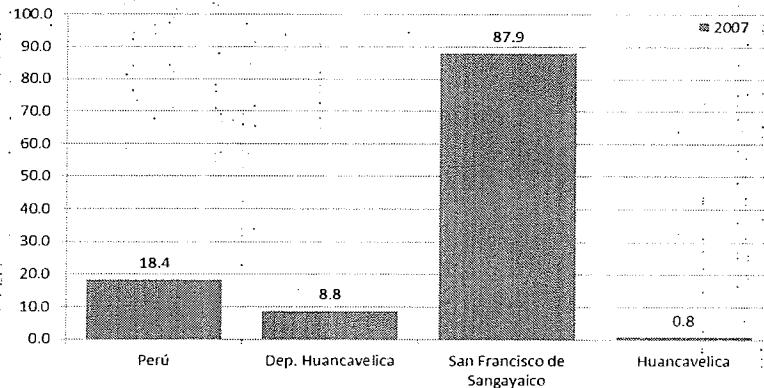


Grafico Nº 17
Porcentaje de madres adolescentes al primer hijo en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007



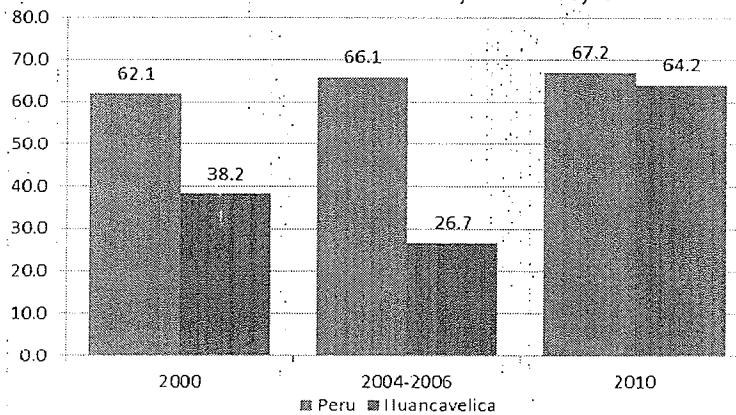
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – "Censos Nacionales de Población y Vivienda 1993, 2007"
 Elaboración: Oficina de Epidemiología-DIRESA Hvc

2.2.8 Determinantes Socioeconómicos

2.2.8.1 Acceso a agua.

La población con acceso de agua en el departamento de Huancavelica en el año 2010 fue de 64.2%, lo cual fue 1.3 veces menor que el promedio nacional (85.2%)¹. En el año 2000 era 38.2%, es decir 1.8 veces menor que el promedio nacional (69.1%)², observando una incremento en los últimos 10 años de 26 puntos porcentuales.

Grafico Nº 18
Población con acceso a agua en el departamento de Huancavelica
DIRESA HUANCVELICA 2000,2004-2006,2010



FUENTE: ENDES 2000,2004-2006,2010.

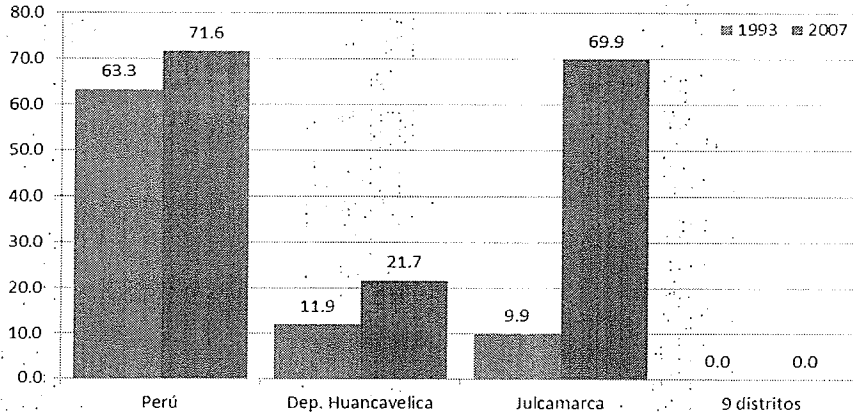
Según el censo poblacional del 2,007 existen grandes brechas al interior del departamento, siendo la población del distrito de Julcamarca que tiene un acceso de agua de 69.9% mientras que existen 09 distritos que no cuenta con este servicio básico siendo estos (Andabamba, Chincho, Cuenca, Huamatambo, Manta, Quito-Arma, San Antonio de Cusicancha, San Juan y Santa Ana). Cabe resaltar que 87 distritos del departamento tienen un porcentaje menor del 50%³ de la población con acceso de agua.

¹ ENDES 2010

² ENDES 2000

³ Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

Grafico Nº 19
Población con acceso de agua en el departamento de Huancavelica
DIRESA HUANCAVELICA 1993-2007



Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.



2.2.8.2 Desagüe.



Para el año 2007, el 11.01% de la población tenía acceso a desagüe, a nivel nacional fue de 80.9%, con una diferencia de tasas de 69.89% y en el año 1993, el acceso a este servicio fue de 4.96%, con un avance de 6.5 puntos porcentuales al año 2007.



La población del distrito de Huancavelica tiene acceso al servicio de desagüe en un 48.85%, mientras que Huaribamba solo el 2.69%; es decir, la población de Huánuco tiene 18.16 veces más que el distrito de Huaribamba.

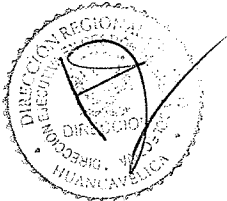
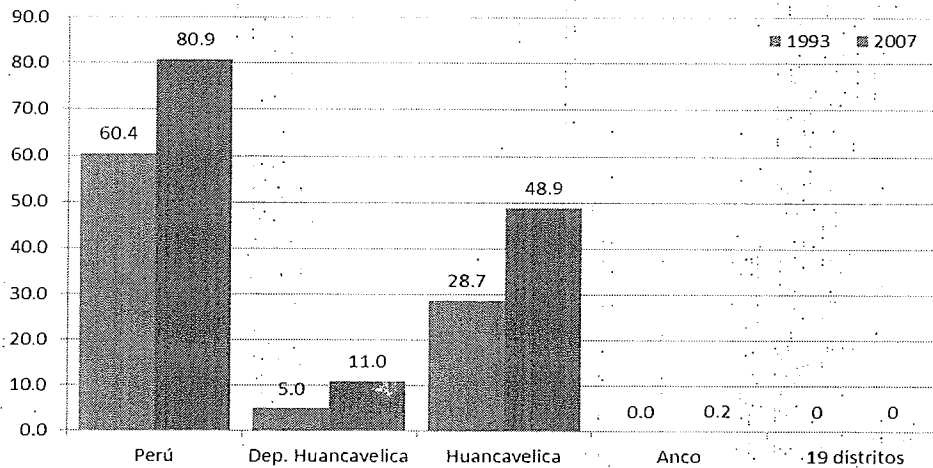
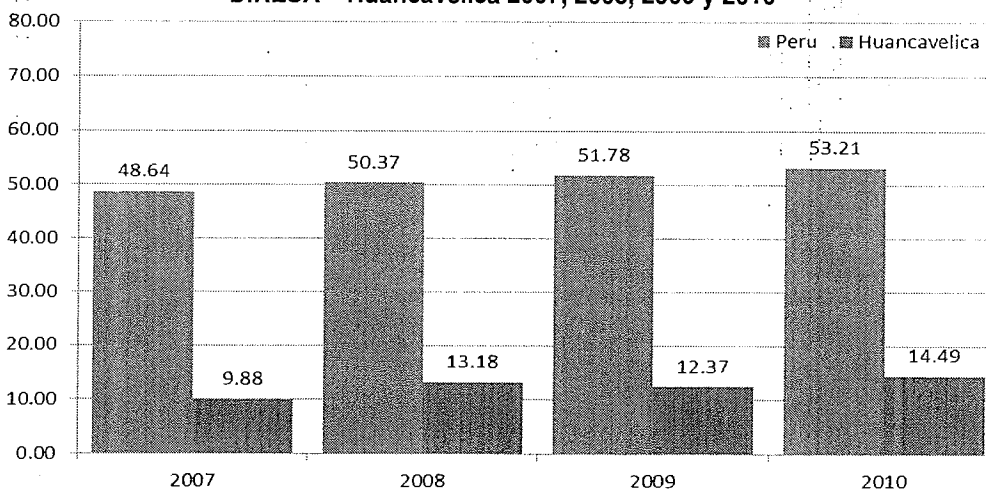


Grafico Nº 20
Población con acceso a desagüe en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 1993 y 2007



Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

Grafico Nº 21
Población con acceso a desagüe en Perú y el departamento de Huancavelica
DIRESA – Huancavelica 2007, 2008, 2009 y 2010



Fuente: ENAHO 2007 - 2010

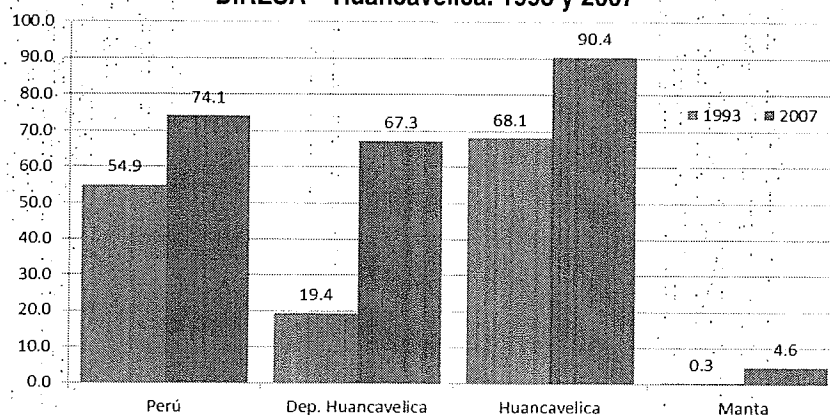
Según el ENAHO 2007 – 2010, Huancavelica como Región (14.49%) su diferencia de tasa es 4.51%, respecto al año 2007. En el año 2010, el promedio de Huancavelica, está lejos del nacional que tiene 3.7 veces más acceso al servicio de desagüe que Huancavelica.

2.2.8.3 Acceso a Luz.

El acceso a luz eléctrica en el departamento de Huancavelica para el año 2007 fue de 55.85% existiendo una diferencia de 1.3 veces menos que el promedio nacional (74.1%). Para el año 1993, el valor de este indicador era de 19.43%, habiéndose avanzado en 36.42 puntos porcentuales.

El 90.38% de la población del distrito de Huancavelica accede a luz eléctrica, mientras que solo el 4.64% de los habitantes del distrito de Manta tienen acceso a luz eléctrica.

Gráfico N° 22
Porcentaje de población con acceso a luz en el departamento de Huancavelica
DIRESA – Huancavelica. 1993 y 2007



Fuente: Censo Nacional 2007.

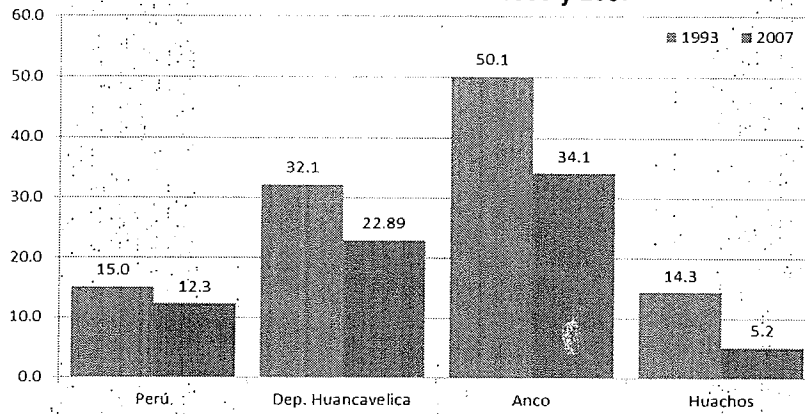
2.2.8.4 Tasa de analfabetismo

La tasa de analfabetismo en el departamento de Huancavelica en el año 2007 fue de 22.89%, lo cual fue 1.8 veces mayor que el promedio nacional (12.3%). En el año 1993 era de 32.1%, siendo esto 2.14 veces mayor que el promedio nacional (15.00%), observando una reducción considerable en los últimos 14 años de 10 puntos porcentuales.

Al análisis según el censo poblacional 2007 existen brechas de inequidades dentro del departamento de Huancavelica entre los distritos,

observando que Anco tiene una tasa de analfabetismo de 34.1% siendo esta 5.4 veces más que Huachos (6.6%)⁴.

Grafico Nº 23
Porcentaje de analfabetismo en mujeres en el departamento de Huancavelica
DIRESA – HUANCAVELICA 1993 y 2007



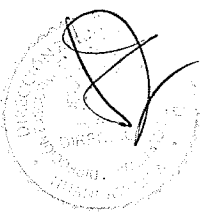
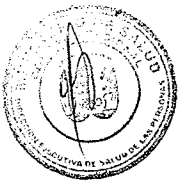
Fuente: Censo Nacional 2007.



2.2.8.5 Tasa de analfabetismo en las mujeres



La tasa de analfabetismo en las mujeres en el departamento de Huancavelica en el año 2010 fue de 16%, lo cual fue 2.4 veces mayor que promedio nacional (5.8%)⁵. En el año 2000 era de 18.1%, siendo esto 2.1 veces mayor que el promedio nacional (5.8%)⁶, observando una reducción mínima en los últimos 10 años de 2.1 puntos porcentuales.



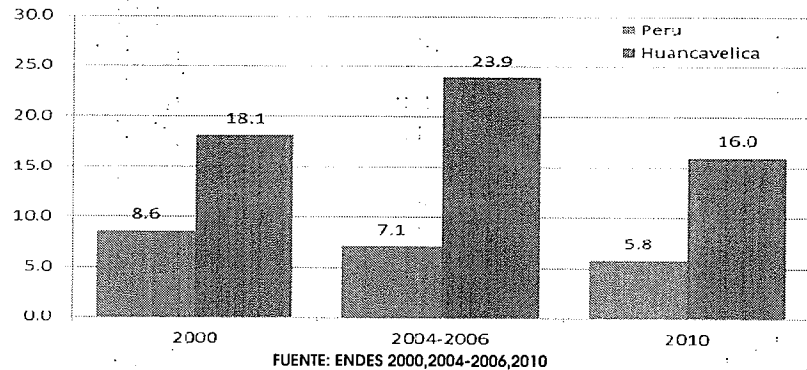
⁴ Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

⁵ FUENTE.ENDES 2010

⁶ FUENTE.ENDES 2010

Grafico Nº 24

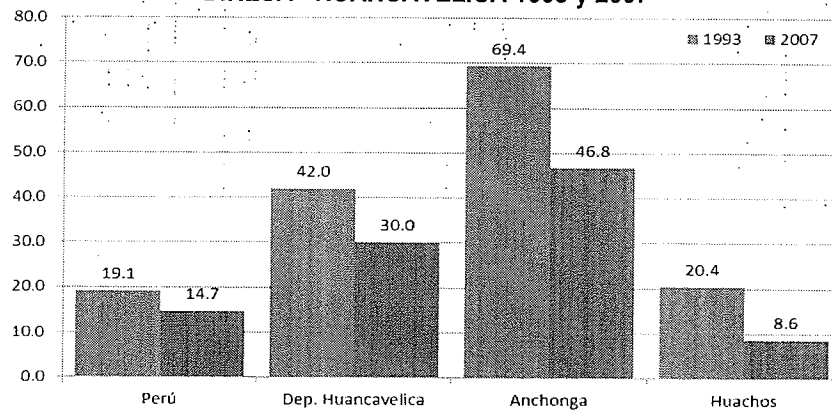
Porcentaje de analfabetismo en mujeres en el departamento de Huancavelica
DIRESA – HUANCVELICA 2000,2004- 2006,2010



Al análisis según el censo poblacional 2007 existen brechas de inequidades dentro del departamento de Huancavelica entre los distritos, observando que Anchonga tiene una tasa de analfabetismo de 46.8% siendo esta 5.4 veces más que Huachos (8.6%)⁷.

Grafico Nº 25

Porcentaje de analfabetismo en mujeres en el departamento de Huancavelica
DIRESA - HUANCVELICA 1993 y 2007



2.2.8.6 Idioma Castellano

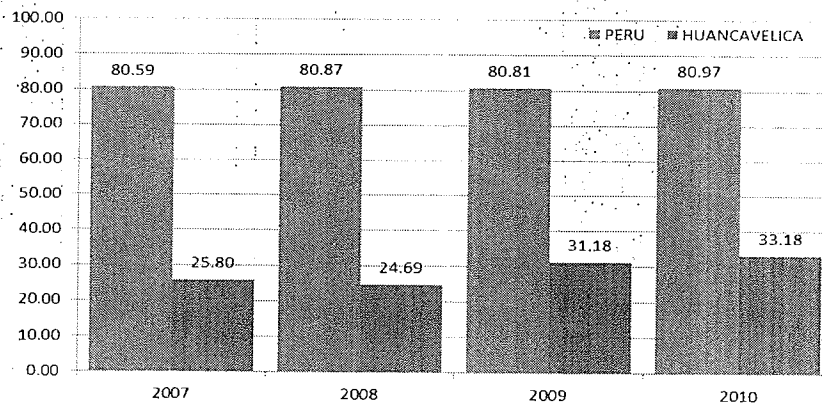
El 33.18% de la población huancavelicana tiene por lengua materna el castellano. A nivel nacional esta cifra es de 80.1%⁸, lo cual fue 2.4 veces menor que el promedio nacional. En el año 2007, el porcentaje de la

⁷ Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

⁸ FUENTE: ENAHO 2010

población con lengua materna castellano era de 25.8%⁹, siendo esto 3.1 veces menor que promedio nacional, lo que significó que hubo una mínima reducción en 7.4 puntos porcentuales en los últimos 4 años, siendo todavía un problema para la comunicación adecuada con la población.

Grafico N° 26
Porcentaje de población con lengua materna castellano
en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007-2010



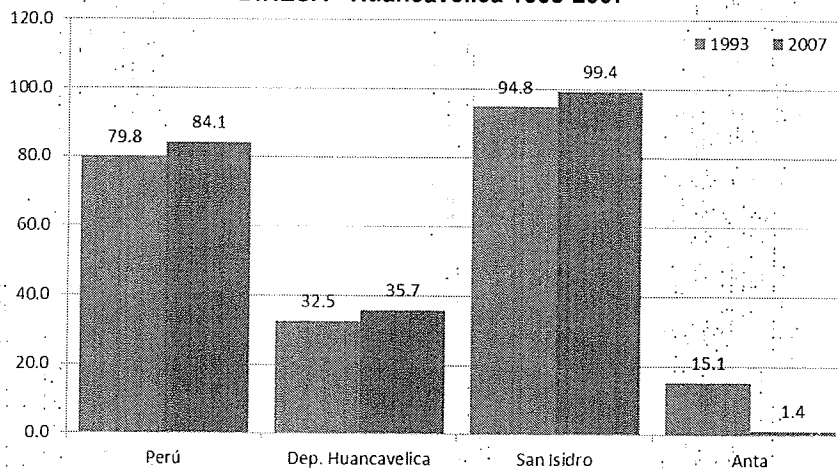
Fuente: ENAHO 2007-2010.

Según el censo poblacional 2,007 el 99.4% de la población del distrito de San Isidro tiene como lengua materna el castellano, mientras que en el distrito de Anta, solo el 1.4%¹⁰, existiendo una brecha de 71 mas veces que San Isidro, evidencia la diversidad cultural de nuestra región.

⁹ FUENTE: ENAHO 2010

¹⁰ Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.

Grafico N° 27
Porcentaje de población con lengua materna castellano
en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 1993-2007



Fuente: Censos Nacionales 1993 y 2007.



2.2.8.7 Religión



Según el Censo Nacional 2007, el 76.6% de la población huancavelicana profesaba la religión católica. A nivel nacional esta cifra es de 81.3%. En el año 1993, el porcentaje de la población con religión católica era de 89.3, que significó una reducción en 8 puntos porcentuales.



El año 2007, el 98.3% de la población del distrito de Pilchaca de la provincia de Huancavelica tenía como religión la católica, mientras que en el distrito de Anco de la provincia de Churcampá, sólo el 52.63%; existiendo una brecha de 45.87 puntos porcentuales, lo que evidencia la diversidad de religiones que profesan en nuestra región.

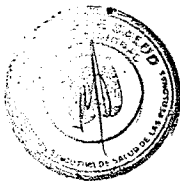
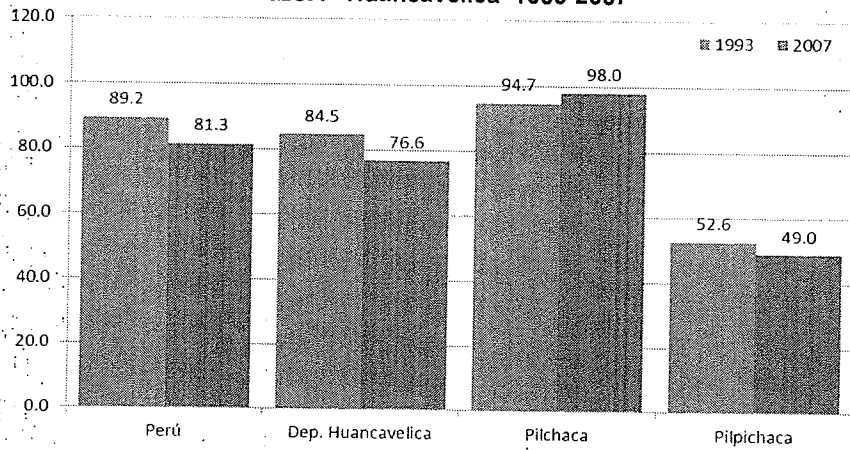


Grafico N° 28
Porcentaje de población con religión católica en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 1993-2007



Fuente: Censo Nacional 2007.



2.2.8.8 Índice de desarrollo humano

El año 2007 el índice de desarrollo humano (IDH) en el departamento de Huancavelica fue de 0.5393, mientras que para el nivel nacional (0.6323), observándose que fue de 1.698 veces más.

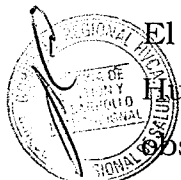
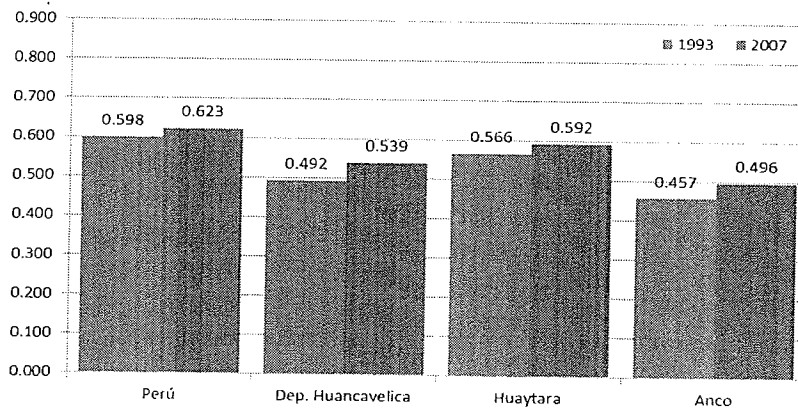
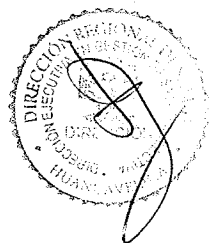
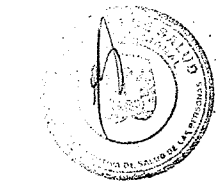


Grafico N° 29
INDICE DE DESARROLLO HUMANOS COMPARATIVO PERU-HUANCAMELICA-DISTRITOS -2007



FUENTE: CVP2007



El año 2005 el índice de desarrollo humano (IDH) en el departamento de Huancavelica fue de 0.4924, mientras que para el nivel nacional (0.5976), observándose que fue de 1.698 veces más.

El distrito de Huaytará tiene un IDH de 0.5921, mientras que el distrito de Anco fue de 0.5, lo cual indica que Huaytara tuvo un índice de desarrollo humano de 0.135 veces más que Anco.

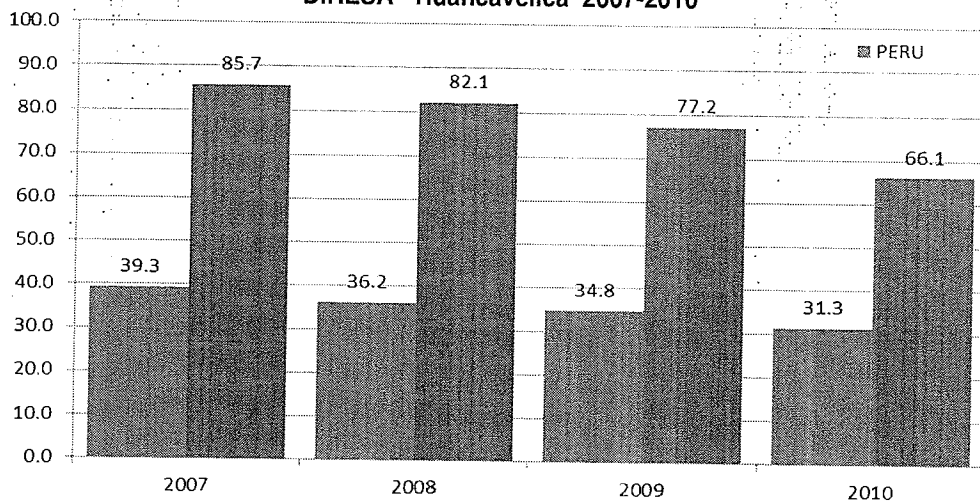
2.2.8.9 Pobreza



Según los indicadores del ENAHO del año 2010, la pobreza en el departamento de Huancavelica fue 66.1% mientras a nivel nacional fue de 31.3% por lo que incrementa en un 34.8 puntos porcentuales. la brecha de pobreza a nivel nacional es de 1.2 veces más. Pobre el departamento de Huancavelica.



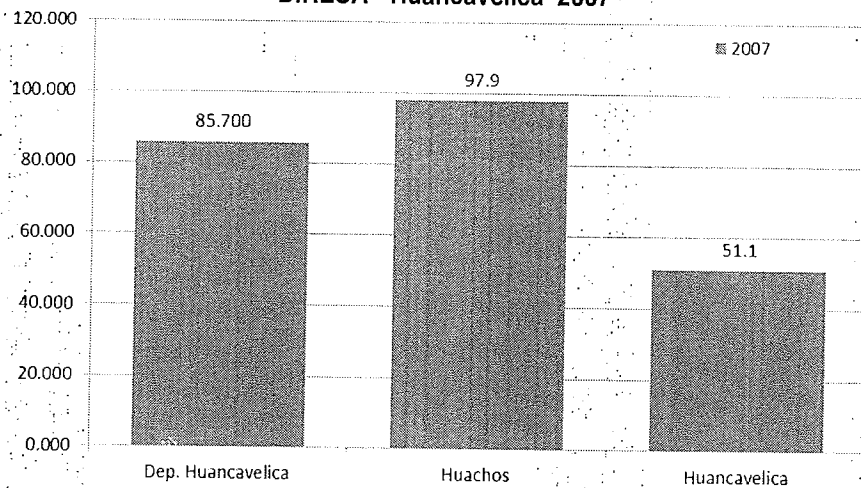
Grafico N° 30
Pobreza total en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007-2010



Fuente: ENAHO 2010.

Según el censo poblacional del 2,007 existen grandes brechas al interior del departamento. La pobreza en el distrito de Huachos era de 97.9%, Acobamba con 97%, Paucara 96.5% mientras en el distrito de Huancavelica era 51.1%.

Grafico N° 31
Pobreza total en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007

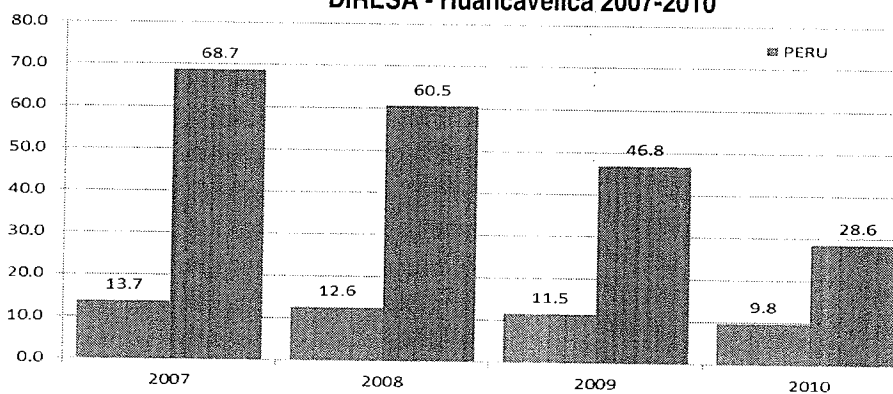


Fuente: Censo Nacional 2007.

2.2.8.10 Pobreza Extrema

Según los indicadores del ENAHO entre los años 2007-2010. La extrema pobreza en el departamento de Huancavelica era 28.6% mientras a nivel nacional el 9.8% la pobreza extrema ha disminuido en 0.34 observando una reducción mínima en la región Huancavelica.

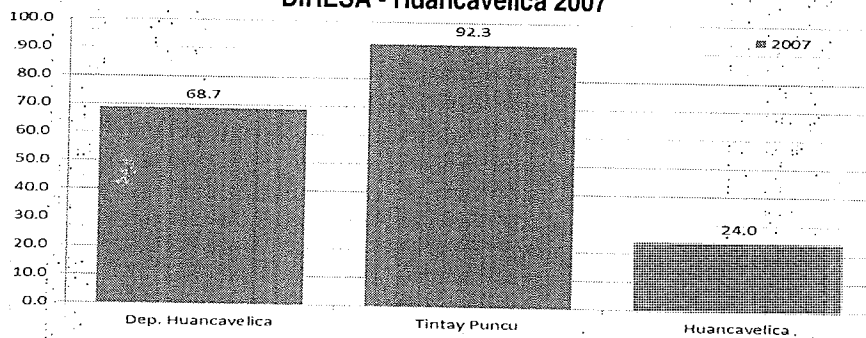
Grafico N° 32
Pobreza extrema en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007-2010



Fuente: ENAHO 2007-2010.

Según el censo poblacional del 2,007 existen grandes brechas al interior de la región Huancavelica. la pobreza extrema en el distrito de Yauli era de 92.3 % , y en el distrito de Huancavelica 91.7% mientras en el distrito de Acobamba era 24% decreciendo en un 2.8 veces menor que el departamento de Huancavelica.

Grafico N° 33
Pobreza extrema en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007



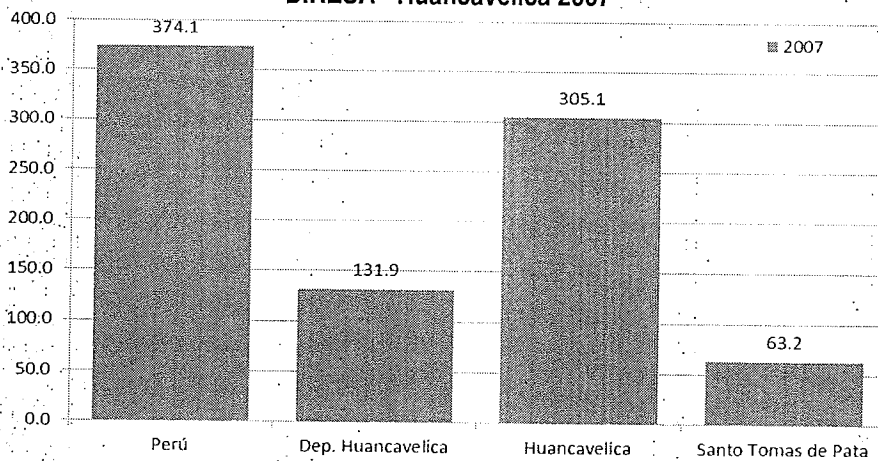
Fuente: Censo Nacional 2007.

2.2.8.11 Ingreso económico

El ingreso familiar per cápita (n. s. mes) de la población huancavelicana es de 131.90 soles. A nivel nacional esta cifra es de 374.1 soles lo cual fue 2.83 veces menor que el promedio nacional. Existiendo brechas de inequidades dentro del departamento de Huancavelica entre los distritos, donde Santo Tomas de Pata (63.2 soles) tiene ingreso familiar per cápita de 5 veces menor que el distrito Huancavelica (305.1 soles)¹¹. Cabe resaltar que el 100% distritos del departamento tiene un ingreso familiar per cápita menor de promedio nacional.

¹¹ FUENTE:CPV 2007

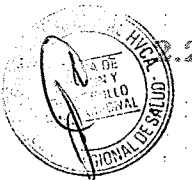
Grafico Nº 34
Porcentaje de población con Ingreso familiar per cápita (n.s. /mes)
Departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007



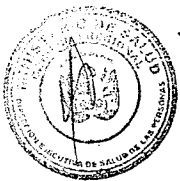
Fuente: Censo Nacional 2007.



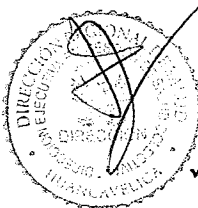
2.2.9 Determinantes ambientales relacionados a la salud



✓ El Departamento de Huancavelica tiene 1499 sistemas de agua, que abastecen al 72% de la población; el 32% de la población consume agua bacteriológicamente segura porque es tratada en forma adecuada con cloro; y el 40 % de la población consume agua entubada sin cloración adecuada.



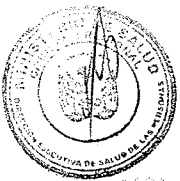
✓ El 28 % de la población del Departamento de Huancavelica, no tiene sistemas de agua,

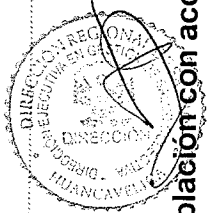


✓ En solo 95 sistemas de agua se ha realizado análisis de metales pesados, y se ha encontrado arsénico en el 235 de los sistemas evaluados. Falta analizar 1,404 sistemas de agua.

✓ Hay 65 pasivos ambientales registrados, 49 empresas mineras formales en actividad, pero hay aproximadamente 1,878 derechos mineros otorgados y en trámite (hay minería informal)

- ✓ Cuenta con 1,499 manantiales y 185 recursos hídricos (ríos, lagunas). Hay 27 ríos y lagunas, que se monitorea.
- ✓ De los 30 Distritos priorizados, por ser de mayor pobreza extrema, solo se monitorea sus ríos y lagunas en 03 de ellos





Cuadro N° 07. Población con acceso a agua bacteriológicamente segura - Huancavelica - Primer semestre 2011

PROVINCIA	POBLACION DIRESA	N° SISTEMAS DE AGUA	POBLACION SERVIDA	POBLACION SIN SERVICIO (SIN SISTEMAS DE AGUA)	% POBLACION SIN SISTEMAS DE AGUA	POBLACION CON ACCESO A AGUA BACTERIOLÓGICAMENTE SEGURA	% DE POBLACION CON ACCESO A AGUA BACTERIOLÓGICAMENTE SEGURA	N° SISTEMAS DE AGUA CON ANALISIS METAL PESADOS	PARAMETROS QUE EXCEDEN EL ECA EN LOS SISTEMAS CON ANALISIS METALES PESADOS	SISTEMAS DE AGUA SIN ANALISIS METAL PESADOS	PASIVOS AMBIENTALES registrados	EMPRESAS MINERAS LEGALES	DERECHOS MINEROS OTORGADOS Y EN TRAMITE aproximado	TOTAL RECURSOS HIDRICOS (RIOS, LAGUNAS, QUEBRADAS)
ACOBAMBA	71,482	130	47,737	23,745	33	14,083	20	8		122	0	0	41	8
CHURCAMPA	45,343	144	29,352	15,991	35	10,502	23	11		133	1	2	99	16
CASTROVIRREYNA	19,601	87	10,676	8,925	46	6,269	32	13		74	24	6	395	32
ANGARAES	59,990	210	45,579	14,411	24	21,072	35	12		198	10	3	91	22
HUAYTARA	23,462	145	18,642	4,820	21	11,565	49	16		129	12	5	435	17
TAYACAJA	107,654	390	88,486	19,168	18	25,278	23	16		374	8	12	355	18
HUANCVELICA	152,109	393	103,991	48,118	32	64,669	43	19		374	10	21	462	72
TOTAL	479,641	1,499	344,463	135,178	28%	153,438	32%	95		1,404	65	49	1,878	185

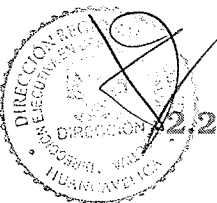
Elaborado. ECBS Dirección Ecología Protección del Ambiente y salud Ocupacional. / DESA - DIRESA. Fuentes: DREM HUCA, Programa Vigilancia Agua Consumo Humano / DVCRS-DESA- DIRESA, Programa Vigilancia Calidad Recursos Hídricos. /DPMASO., E-catastro INGENMIMET

2.2.10 Determinantes del Sistema de Salud

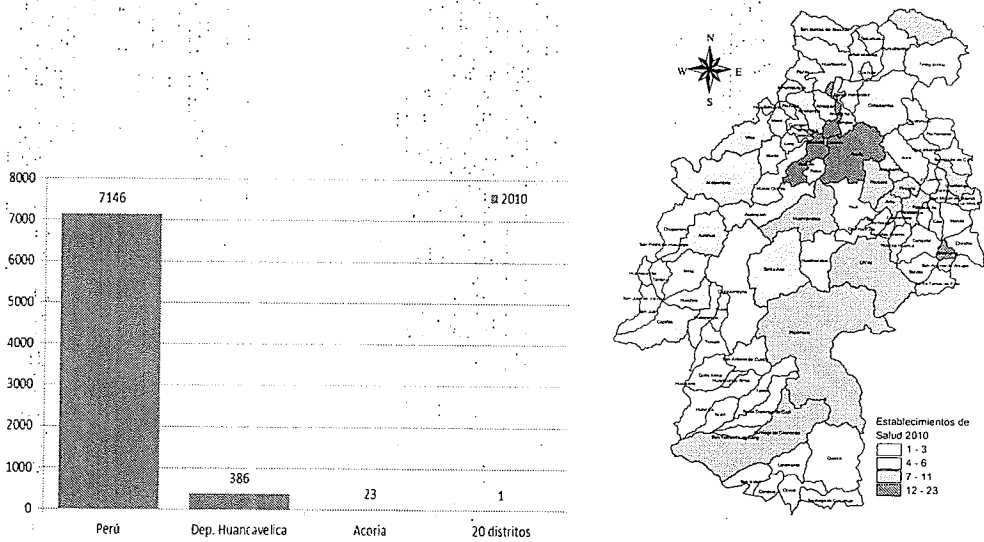
2.2.10.1 Disponibilidad de establecimientos de salud

En el ámbito de la región de Salud Huancavelica existen 2 hospitales, 54 Centros de Salud y 330 Puestos de Salud.

La disponibilidad de Hospitales en Huancavelica es de 2 por 500,000 hab. El nivel nacional es 4 por 500,000 hab., es decir, el nivel nacional tiene una disponibilidad de Hospitales 2 veces más que Huancavelica.



Mapa N° 11
Disponibilidad de establecimientos de salud en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2010



Fuente: Oficina de Planificación – DIRESA Huancavelica 2010.

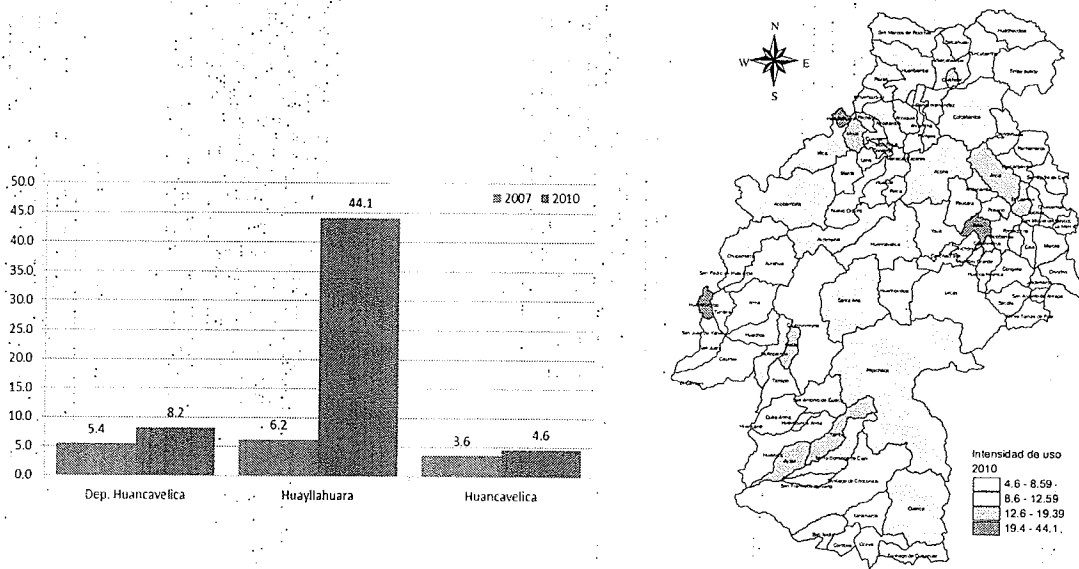
2.2.10.2 Intensidad de Uso de servicios de Salud

Para el año 2010 la intensidad de uso en el departamento de Huancavelica fue de 8.2 atenciones por cada paciente atendido.

En el año 2007 fue de 5.4, es decir que en el último año se atendieron 2,8 puntos porcentuales más que el año 2007.

En el distrito de Huayllahuara (44.1) tuvo una intensidad de uso de 9.6 veces más que el distrito de Huancavelica (4.6)

Mapa N° 12
Intensidad de uso de servicios de salud en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007 y 2010



Fuente: OITE - DIRESA Huancavelica 2010

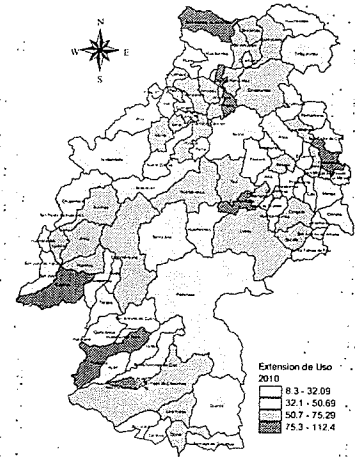
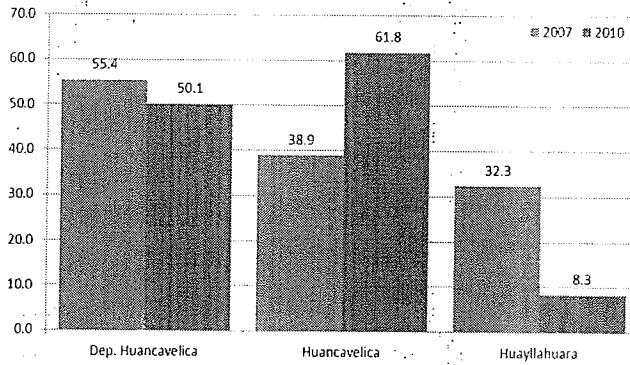
2.10.3 Extensión de uso de los servicios de Salud.

Para el año 2010 en el departamento de Huancavelica se atendió al 50.1% de la población de la jurisdicción, cifra menor en 5.3% que el año 2007 (55.4%).

En el distrito de La Huancavelica se atendió a más del 61.8% de la población del otro lado en el distrito de Huayllahuara se atendió sólo al 8.3%, lo que significa que en Huancavelica se atiende 7.5 más veces a la población que en Huayllahuara.

Mapa Nº 13

Extensión de uso de los servicios salud de salud en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007 y 2010



Fuente: OITE - DIRESA Huancavelica 2010

2.10.4 Cobertura pentavalente en niños menores de 5 años.

Según las ENDES en el año 2010 en Huancavelica se ha alcanzado una cobertura de 92.1% con vacuna pentavalente en niños < de 1 año, cifra mayor que el promedio nacional (73.1%), lo cual fue 1.2 veces más que el promedio nacional. En el año 2000 fue de 74.2% de cobertura en Huancavelica, siendo esto 1.1 veces menos que el nivel nacional (84.7%). Siendo un incremento de 17.9 puntos porcentuales en los últimos 10 años esto debido a estrategias de seguimiento estricto de niños a vacunar y evitar oportunidades perdidas.

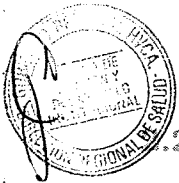
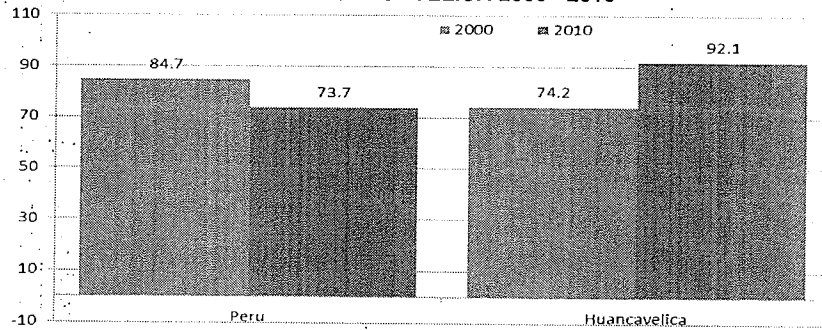


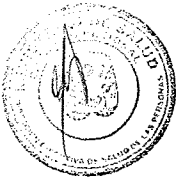
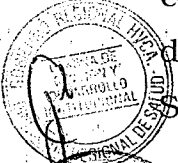
Grafico N° 35
Cobertura de vacuna pentavalente en < de 1 año en el departamento de Huancavelica
DIRESA - HUANCVELICA 2000 - 2010



FUENTE: ENDES 2000,2010

Al interior de los distritos de Huancavelica hay coberturas hasta más del 100% siendo estos 03 (tal el caso de Quishuar, El Carmen y Salcahuasi (> 100%)¹², teniendo una relación a la atención de población de distritos cercanos y migración de 15 a 20% de población de los distritos entre distritos y a otros departamento durante los meses de Mayo a Junio y Setiembre - Diciembre.

Así mismo se observa bajas coberturas, como por ejemplo de 17.1 a 8.6%¹³ en el distrito de Pilchaca durante los últimos 4 años y al comparar con Salcahuasi tiene una cobertura de 100%¹⁴ en el mismo periodo, siendo esto 12 veces más que Pilchaca.



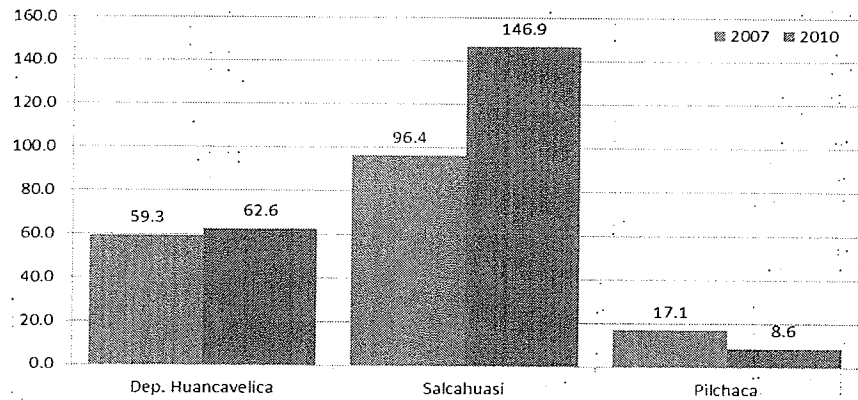
¹² FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007-2010.

¹³ FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007-2010.

¹⁴ FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007-2010.

Grafico N° 36
 Cobertura de vacuna pentavalente en < de 1 año en el departamento de Huancavelica

DIRESA - HUANCAVELICA 2007 - 2010



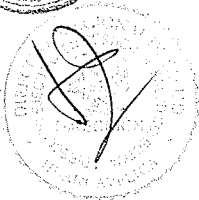
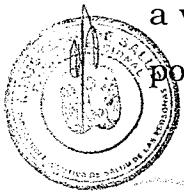
FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007 y 2010.



2.2.10.5 Cobertura de sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) en niños de 1 año.



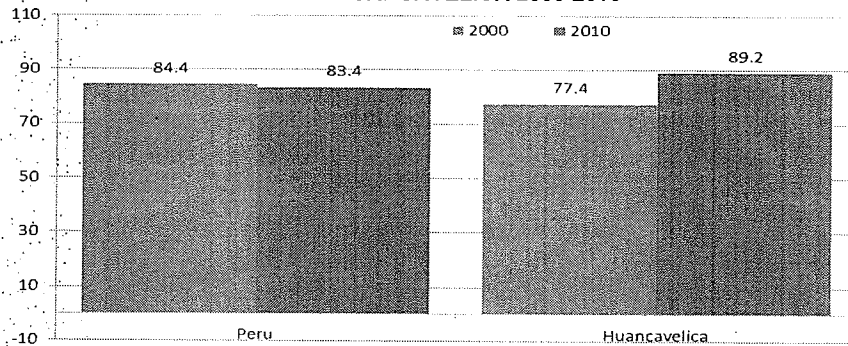
Según las ENDES en el año 2010 en Huancavelica se ha alcanzado una cobertura de 89.2% con Sarampión, rubeola y parotiditis en niños de 01 año, cifra mayor que el promedio nacional (83.4%)¹⁵, lo cual fue 1.1 veces más que el promedio nacional. En el año 2000 fue de 77.4% de cobertura en Huancavelica, siendo esto 1.1 veces menos que el nivel nacional (84.4%).¹⁶ Teniendo un incremento de 11.8 puntos porcentuales en los últimos 10 años esto debido a estrategias de seguimiento estricto de niños a vacunar, evitar oportunidades perdidas y la facilidad de abrir un frasco por niño a vacunar.



¹⁵ FUENTE: ENDES 2000, 2010

¹⁶ FUENTE: ENDES 2000, 2010

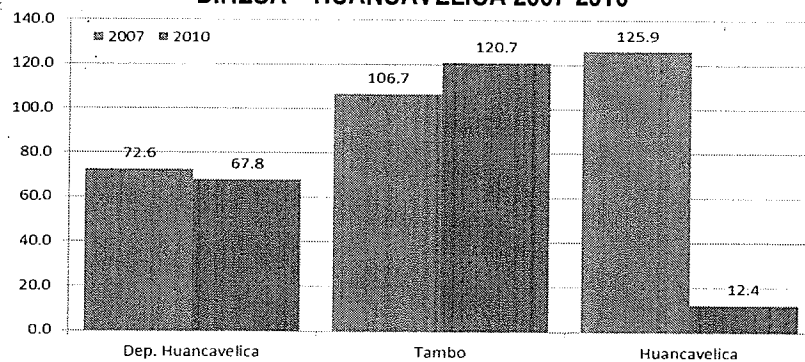
Grafico Nº 37
Cobertura de SRP en niños de 1 año en el departamento de Huancavelica
DIRESA – HUANCAVELICA 2000-2010



FUENTE: ENDES 2000,2010

Al interior del departamento de Huancavelica existen grandes diferencias de coberturas entre los distritos, como es el caso de Tambo (121%)¹⁷ y Huancavelica (12.4%)¹⁸, donde este tiene una cobertura de 8.1 veces menos que Tambo.

Grafico Nº 38
Cobertura de SRP en niños de 1 año en el departamento de Huancavelica
DIRESA – HUANCAVELICA 2007-2010



FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007-2010.

¹⁷ FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007-2010.

¹⁸ FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007-2010.

2.2.10.6 Cobertura de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños < de 01 año.

En el departamento de Huancavelica en el año 2007, alcanzó una cobertura de control de crecimiento y desarrollo (CRED) de 56.2%¹⁹ en niños < de 01 año, teniendo un incremento paulatino hasta el año 2009 logrando un 73.1%²⁰ estas coberturas fueron evaluado con 6 controles al año. Cabe resaltar que a partir de Octubre del 2009 se ordena a nivel nacional el incremento de controles en el menor de año siendo este 11 controles por año, observando en el año 2010 una disminución siendo esta un 58.4%.

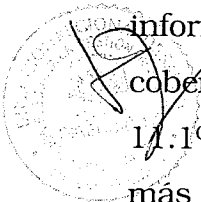
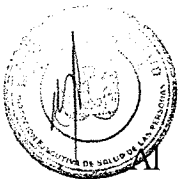
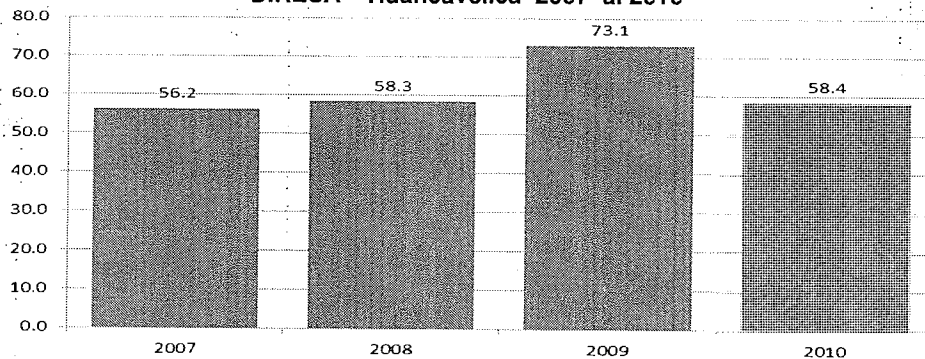


Grafico Nº 39
Cobertura de CRED en niños < de 1 año en el departamento de Huancavelica
DIRESA – Huancavelica 2007 al 2010



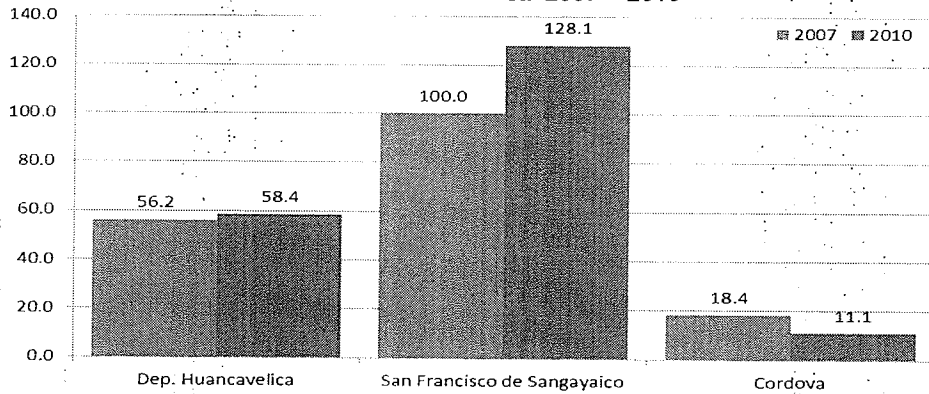
FUENTE: OITE DIRESA HVCA 2007-2010.

Al interior del departamento existe diferencias de coberturas según la información estadística e informática en el año 2010, se observa una cobertura 128.1% en el distrito de San Francisco de Sangayaico hasta 11.1% en Córdova, es decir San Francisco de Sangayaico tiene 11.5 veces más niños controlados en CRED que Córdova, como se muestra en el grafico siguiente:

¹⁹ FUENTE: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA -DIRESA HVCA 2007-2010.

²⁰ FUENTE: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA -DIRESA HVCA 2007-2010.

Grafico N° 40
Cobertura de CRED en niños < de 1 año en el departamento de Huancavelica
DIRESA – Huancavelica 2007 - 2010



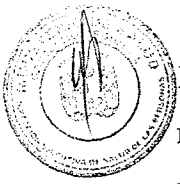
FUENTE: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA -DIRESA HVCA 2007-2010.



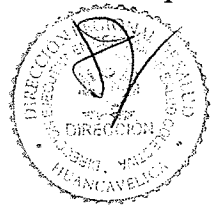
2.2.10.7 Cobertura de lactancia materna exclusiva



Según la información de Estadística e Informática de la DIRESA Huancavelica la cobertura de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses fue de 47.2% en el año 2007, teniendo un incremento hasta el 2009, donde se observa una disminución en el 2010 con un 54.3% siendo esto 0.9 más veces que el año 2007.

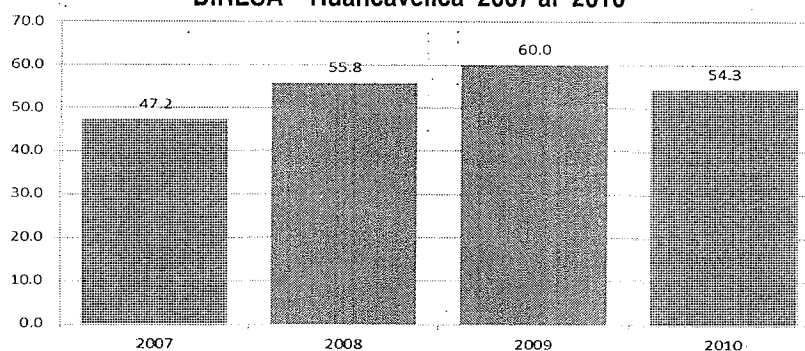


En el 2010, la cobertura de lactancia materna exclusiva en niños < de 6 meses es 54.3%²¹ a nivel departamental, superior en 7.1 puntos porcentuales en relación al año 2005 siendo esta de 47.2%.



²¹ Fuente: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA -DIRESA HVCA 2007-2010

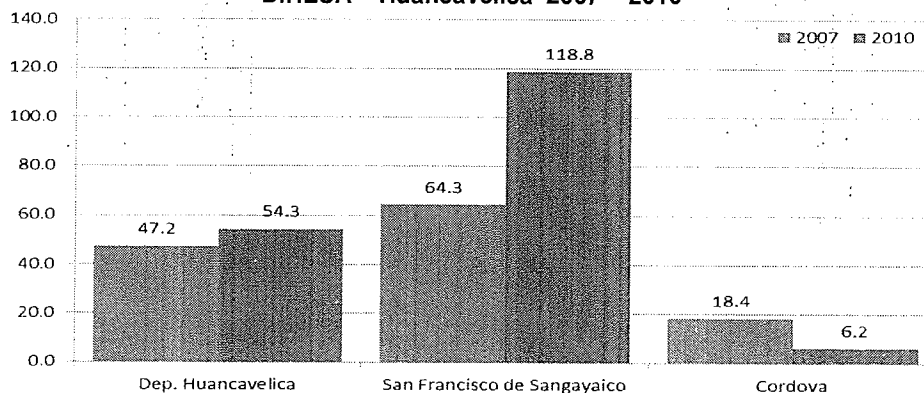
Grafico Nº 41
Cobertura de lactancia materna exclusiva en el departamento Huancavelica
DIRESA – Huancavelica 2007 al 2010



Fuente: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA - DIRESA HVCA 2007-2010

El distrito de mayor cobertura en este rubro es San Francisco de Sangayaico con 118.8 %, es decir 19.2 veces más que Córdova (6.2%)²².

Grafico Nº 42
Cobertura de lactancia materna exclusiva en el departamento Huancavelica
DIRESA – Huancavelica 2007 - 2010



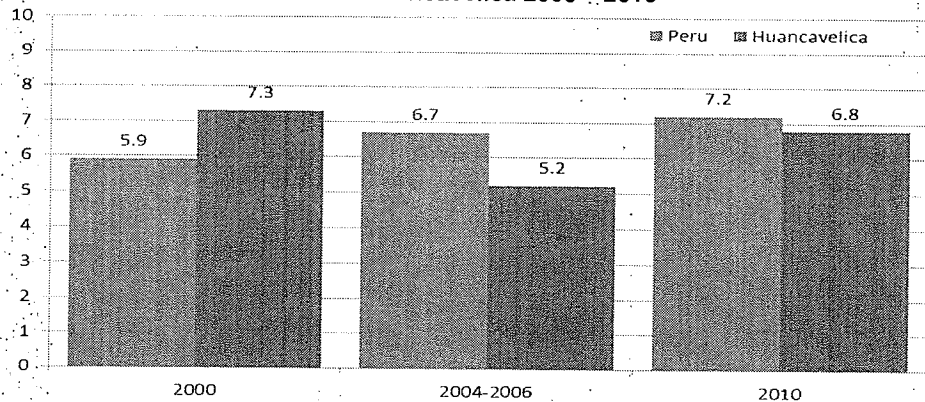
Fuente: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA -DIRESA HVCA 2007-2010

2.2.10.8 Bajo peso al nacer

Según el ENDES 2010 los recién nacidos con peso menor de 2.5 Kg a nivel departamental fue de 6.8%, comparado con el nivel nacional es 0.4 puntos porcentuales menos. Huancavelica al compararse el promedio de niños con peso menos de 2.5 kg., el año 2010 tuvo 6.8% mientras en el 2000 fue 7.3% observando una disminución de 0.5 puntos porcentuales.

²² Fuente: Dirección de Estadística e informática – DIRESA Hvca

Grafico Nº 43
Porcentaje de Bajo peso al nacer en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2000 – 2010



FUENTE: ENDES 2000-2010

Al comparar los recién nacidos con peso menor de 2.5 kg en el año 2010 a nivel de distritos existen grandes brechas observando 39 distritos que no registran recién nacidos con peso menor de 2.5kg., siendo el distrito con mayor porcentaje Ocoyo con 200% evidenciando un problema de salud grave en la concepción.

Cuadro Nº 8
Recién Nacidos con peso menor de 2.5 Kg en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007 - 2010

AÑO	% de Recién nacidos con peso menor de 2.5 KG.	DISTRITOS CON MENOR PORCENTAJE		DISTRITOS CON MAYOR PORCENTAJE	
		Nº DISTRITOS	%	Nº DISTRITOS	%
2007	1.3	69 DISTRITOS	0	ÑAHUIMPUQUIO	100
2008	2.9	56 DISTRITOS	0	CAJA	40
2009	3.5	43 DISTRITOS	0	MOLLEPAMPA	57.1
2010	3.9	39 DISTRITOS	0	OCOYO	200

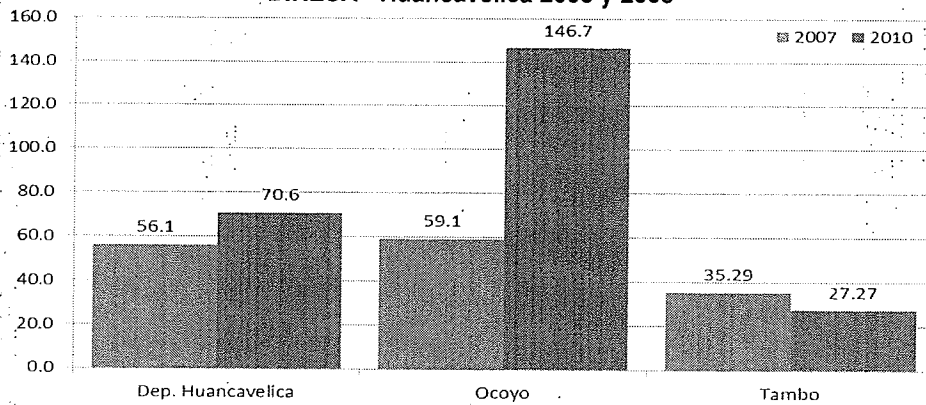
Fuente: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA - DIRESA HVCA 2007-2010

2.2.10.9 Cobertura de control prenatal.

La cobertura de control prenatal en el 2010 fue de 70.6%, comparado con el 2007(56.1), se incrementó en 4.5%.

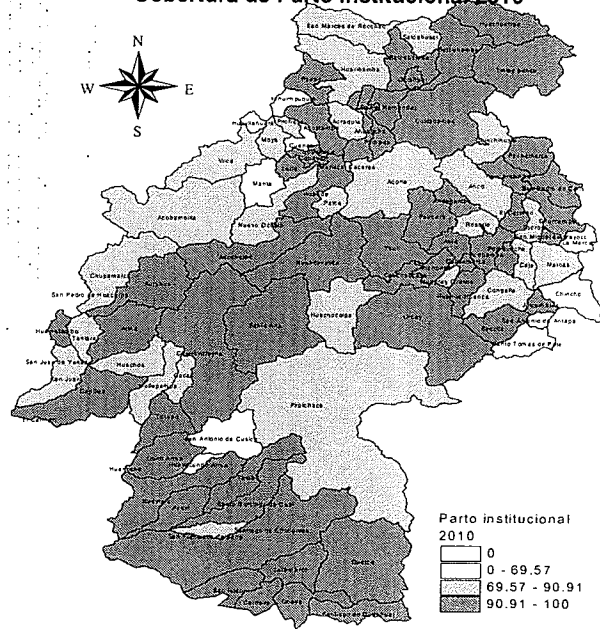
El distrito con mayor cobertura de control prenatal en el año 2010 fue Ocoyo con 146.7%, y el distrito con menor control de gestantes fue Tambo con 27.27%, que al ser comparados, se obtiene una razón de tasas de 5.3 veces más gestantes controladas en Ocoyo en relación al distrito de Tambo.

Grafico N° 44
Cobertura de control prenatal en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2003 y 2008



Fuente: OITE - DIRESA Huancavelica 2008.

Mapa N° 14
Cobertura de Parto Institucional 2010



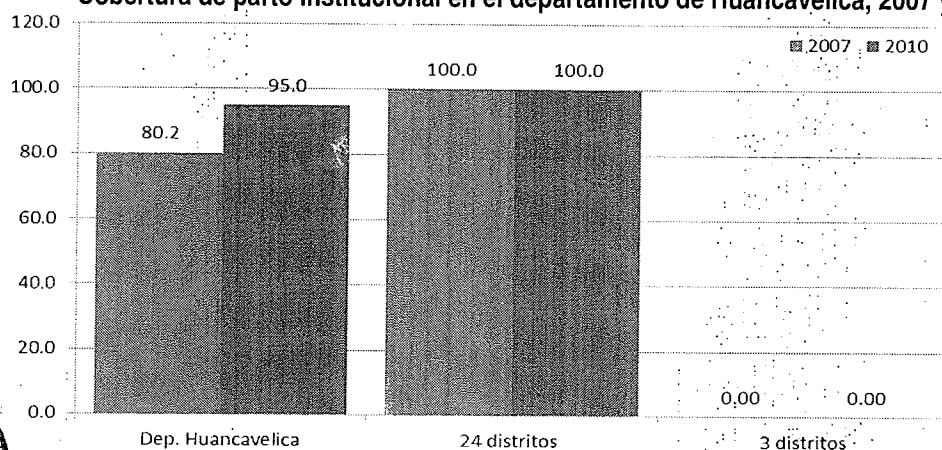
2.10.10 Cobertura de parto institucional

La cobertura de parto institucional en Huancavelica, para el año 2010 fue de 95% y para el año 2007 fue de 80.2%, con un avance de 14.8 puntos porcentuales.

El en el departamento de Huancavelica existen 24 distritos entre ellos podemos mencionar a Izcuchaca, Pomacocha, Callanmarca, Julcamarca y Seclla entre otros, en el otro extremo tenemos a tres distritos que no se registró partos institucionales Mariscal Caceres en la

provincia de Huancavelica, La Merced en Churcampa y Nahuinpuquio en Tayacaja, las cuales pueden estar relacionadas al acceso ya que estos establecimientos no cuentan con funciones obstétricas básicas. Las coberturas bajas de parto institucional no significan que las gestantes de esos distritos no recibieron atención sino que fueron atendidos en EESS de mayor capacidad resolutive como es el caso de estos tres distritos.

Grafico Nº 45
Cobertura de parto institucional en el departamento de Huancavelica, 2007 y 2010



Fuente: DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA - DIRESA HUANCVELICA.

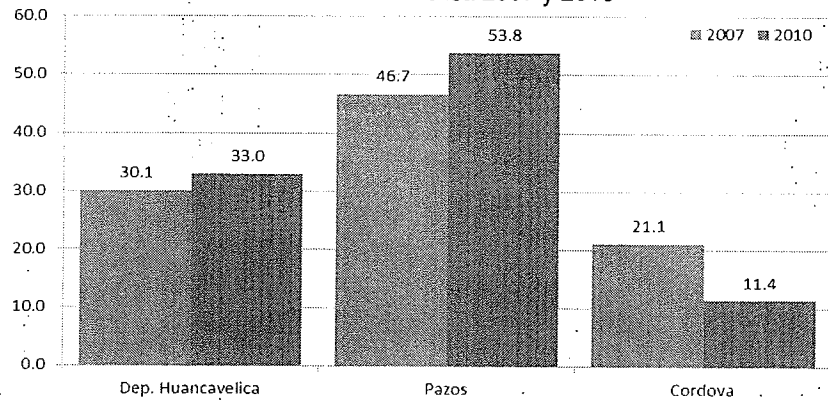
2.2.10.11 Cobertura de parejas protegidas

La cobertura de parejas protegidas en Huancavelica en el año 2010 fue de 33% y para el 2007 fue de 30.1%, registrándose un aumento de 2.9 puntos porcentuales.

Al interior del departamento, Pazos de la provincia de Tayacaja alcanza la mayor cobertura en este indicador, con 53.8%, mientras que el distrito de Córdova en la provincia de Huaytara tiene la menor cobertura de 11.4%. Siendo la cobertura de parejas protegidas de Pazos 4.7 veces más que Córdova.

Grafico Nº 46

Cobertura de control prenatal en el departamento de Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2007 y 2010



Fuente: DIRECCION DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - DIRESA HUANCVELICA.



2.1.1 Análisis del Estado de Salud.

2.2.1.1.1 Análisis de la mortalidad



Tasa de mortalidad general

La Tasa de Mortalidad General en el año 2010, en el departamento de Huancavelica, fue de 6.1 defunciones por mil habitantes, mientras que las estimaciones a nivel de país para ese año fueron de 5.4²³; es decir que Huancavelica tiene 1.1 veces más mortalidad que el nivel nacional.



Si observamos los distritos, encontramos que Querco tiene una tasa de mortalidad general de 16.8, 33.5 veces más que la tasa de mortalidad general del distrito de Acobambilla (0.5 defunciones por 1000 hab.)



²³ Estimaciones

Tasa de mortalidad neonatal

En Huancavelica en el 2010, la tasa de mortalidad neonatal fue de 14 muertes neonatales por 1000 nacidos vivos. En el año 2010, a nivel nacional esta tasa fue de 9, existiendo una diferencia al promedio nacional 5 puntos.

El distrito de mayor mortalidad neonatal fue Acraquia (142.9 muertes neonatales x 1000 NV), lo cual es 51 veces más que el distrito de Colcabamba que tiene una tasa de mortalidad neonatal de 2.8 x 1000 NV. 61 distritos no notificaron muertes neonatales en el año 2007.



Mortalidad infantil

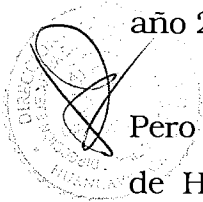
En el 2010, la tasa de mortalidad infantil en el departamento de Huancavelica fue de 29 muertes en niños menores de 01 año por 1000 nacidos vivos; en ese mismo año, a nivel nacional la tasa fue de 18.5; lo cual indica que Huancavelica tiene 1.6 veces más mortalidad infantil que el nivel nacional.



La reducción de la tasa de mortalidad infantil ha sido uno de los logros más importantes en materia de salud pública en la Región Huancavelica, pues en el año 2001 esta tasa era de 70; habiéndose obtenido como resultado una reducción de 2.4 veces la mortalidad infantil desde 2001 al año 2010.



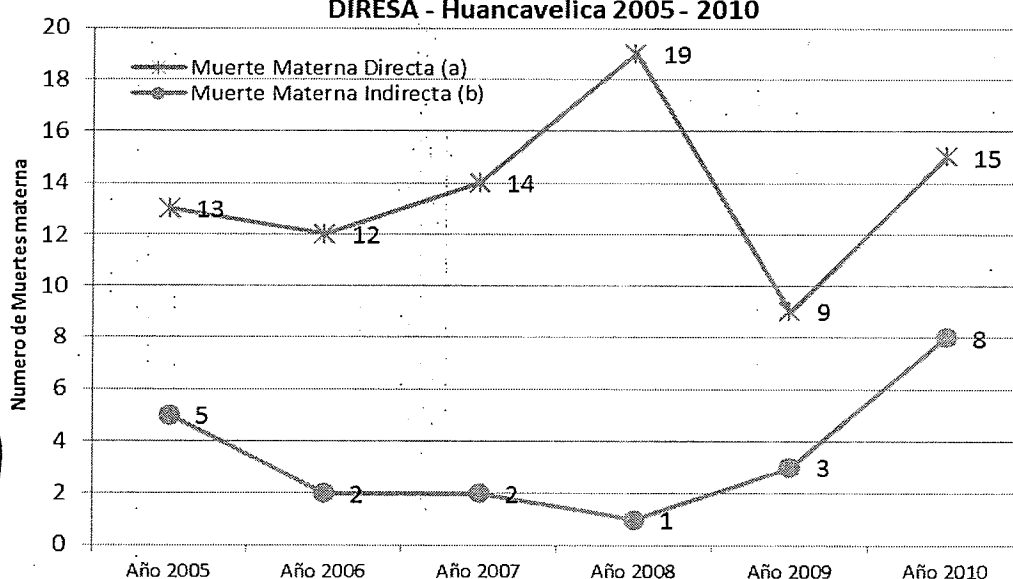
Pero todavía persisten grandes inequidades al interior del departamento de Huancavelica, pues, mientras en el distrito de Pilchaca, la tasa de mortalidad infantil es de 36.6, en el distrito de Huaytara es de 20.3, es decir, Pilchaca tiene una tasa de muertes infantiles 1.8 veces más que Huaytara.



Mortalidad materna

En 6 años de análisis de la ocurrencia de muertes maternas se observa una tendencia de leve crecimiento, en el 2009 se tuvo una reducción considerable sin embargo para el 2010 subió notablemente, las muertes maternas directas e indirectas tienen casi la misma tendencia, siendo las indirectas en menor cantidad tal como se muestra en el gráfico.

Gráfico N° 47. Tendencia de la mortalidad materna en Huancavelica
DIRESA - Huancavelica 2005 - 2010



Fuente: Dirección de Epidemiología - DIRESA Huancavelica.

Las principales intervenciones implementadas en el ámbito regional son el mejoramiento de las coberturas de parto institucional, implementación del sistema de referencia y contra referencia, disponibilidad de medicamentos, sangre segura, incremento de recursos humanos capacitados, promover los cuidados de la gestante en la familia y la comunidad, vigilancia epidemiológica de riesgos maternos, investigación clínica - epidemiológica de las defunciones maternas con la finalidad de adoptar estrategias que reduzcan el riesgo de ocurrencia de muertes maternas en el contexto similar.

2.2.11.2 Principales causas de mortalidad en población general

En el año 2010, en el departamento de Huancavelica, las primeras causas de mortalidad en la población en general fueron: Infecciones respiratorias agudas (9.6%), Accidentes que obstruyen la respiración (6.8%), Tumor maligno del estomago (6.6%), Accidentes de transporte terrestre (6.3%) y Resto de enfermedades del sistema digestivo (5.9%), incluye Enfermedades del sistema urinario (5.1%), notándose que en el 2010 se muestra un incremento de los Accidentes que obstruyen la respiración y los Accidentes de transporte terrestre.



En el año 2005, en el departamento de Huancavelica, las primeras causas de mortalidad en la población en general tenemos: Infecciones respiratorias agudas (12.45%), tumor maligno de estómago (6.74%), Enfermedades del sistema urinario (6.63%), Resto de enfermedades del sistema digestivo (5.19%), Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (4.02%)



Cuadro Nº 9
Primeras causas de mortalidad general en el departamento de Huancavelica. 2005

Cuadro Nº 10
Primeras causas de mortalidad general en el departamento de Huancavelica. 2010

Nº	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	353	12.45
2	Tumor maligno de estómago	191	6.74
3	Enfermedades del sistema urinario	188	6.63
4	Resto de enfermedades del sistema digestivo	147	5.19
5	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	114	4.02
6	Accidentes de transporte terrestre	109	3.84
7	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	103	3.63
8	Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	96	3.39
9	Enfermedades isquémicas del corazón	91	3.21
10	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	86	3.03
	Las demás causas	1357	47.87
	Total	2835	100.00

Nº	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	279	9.58
2	Accidentes que obstruyen la respiración	199	6.83
3	Tumor maligno de estómago	192	6.59
4	Accidentes de transporte terrestre	182	6.25
5	Resto de enfermedades del sistema digestivo	172	5.91
6	Enfermedades del sistema urinario	149	5.12
7	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	128	4.40
8	Resto de enfermedades	92	3.16
9	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	82	2.82
10	Eventos de intención no determinada	77	2.64
	Las demás causas	1360	46.70
	Total	2912	100.00

Fuente: Sistema de hechos vitales. DEI.DIRESA Hvca
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

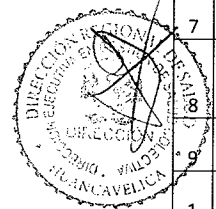
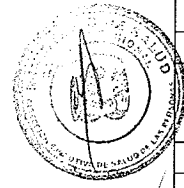
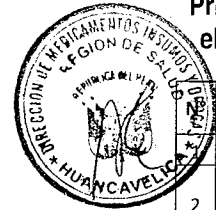
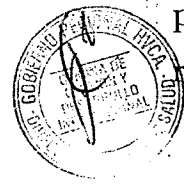
Fuente: Sistema de hechos vitales. DEI.DIRESA Hvca
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

2.2.11.3 Principales causas de mortalidad por género

Mortalidad en varones

Los accidentes de transporte terrestre (9.16%), Infecciones respiratorias agudas (8.95%), Accidentes que obstruyen la respiración (8.67%), tumor maligno de estomago(6,98%), constituyen las principales causas de mortalidad en los varones en el departamento de Huancavelica en el año 2010, notándose el incremento de los casos de accidentes de trasporte terrestre y tumor maligno del estomago entre los años 2005 y 2010.

Para el año 2010 se observa nuevas causas como las principales daños entre ellos podemos mencionar Accidentes de trasporte terrestre como la primera causa de mortalidad y pasando al segundo lugar las infecciones respiratorias agudas.



Cuadro N° 11
Primeras causas de mortalidad en varones en el departamento de Huancavelica. Año 2005

Causa	Frecuencia	%
Infecciones respiratorias agudas	172	11.26
2 Enfermedades del sistema urinario	91	5.96
3 Resto de enfermedades del sistema digestivo	87	5.69
4 Tumor maligno de estómago	85	5.56
5 Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	65	4.25
6 Los demás accidentes	64	4.19
7 Accidentes de transporte terrestre	63	4.12
8 Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	62	4.06
9 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	61	3.99
10 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	61	3.99
Las demás causas	717	46.92
Total	1528	100.00

Fuente: Sistema de hechos vitales. DEI.DIRESA Hvca
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

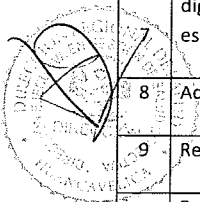
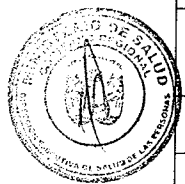
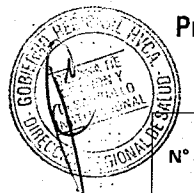
Cuadro N° 12
Primeras causas de mortalidad en varones en el departamento de Huancavelica. Año 2010

N°	Causa	Frecuencia	%
1	Accidentes de transporte terrestre	130	9.16
2	Infecciones respiratorias agudas	127	8.95
3	Accidentes que obstruyen la respiración	123	8.67
4	Tumor maligno de estómago	99	6.98
5	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	95	6.69
6	Enfermedades del sistema urinario	75	5.29
7	Eventos de intención no determinada	59	4.16
8	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	51	3.59
9	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	48	3.38
10	Caídas	46	3.24
	Las demás causas	566	39.89
	Total	1419	100.00

Fuente: Sistema de hechos vitales. DEI.DIRESA Hvca
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

Mortalidad en mujeres

Las Infecciones respiratorias agudas (13.55%), el tumor maligno de estómago (8.29%), accidentes que obstruyen la respiración (6,77%), Enfermedades del sistema urinario (6.60%), se encuentran entre las causas más importantes de mortalidad en mujeres en el departamento de Huancavelica en el año 2010. En el año 2005 se observa un patrón semejante al perfil de mortalidad del año 2010, con la diferencia de que las deficiencias nutricionales, anemias nutricionales y las enfermedades del embarazo, parto y puerperio ya no están entre las 10 primeras causas para el año 2010.



Cuadro Nº 13

Primeras causas de mortalidad en mujeres en el departamento de Huancavelica. Año 2005

Nº	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	181	13.85
	Tumor maligno de estómago	106	8.11
	Enfermedades del sistema urinario	97	7.42
4	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	60	4.59
5	Resto de enfermedades del sistema digestivo	60	4.59
6	Enfermedades isquémicas del corazón	49	3.75
	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	46	3.52
8	Accidentes de transporte terrestre	46	3.52
9	Resto de enfermedades	45	3.44
10	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	42	3.21
	Las demás causas	575	43.99
Total		1307	100.00

Fuente: Sistema de hechos vitales. DEI DIRESA Hvca
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

Cuadro Nº 14

Primeras causas de mortalidad en mujeres en el departamento de Huancavelica. Año 2010

Nº	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	152	13.55
2	Tumor maligno de estómago	93	8.29
3	Accidentes que obstruyen la respiración	76	6.77
4	Enfermedades del sistema urinario	74	6.60
5	Accidentes de transporte terrestre	52	4.63
6	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	51	4.55
7	Enfermedades hipertensivas	44	3.92
8	Enfermedades isquémicas del corazón	38	3.39
9	Insuficiencia cardíaca	35	3.12
10	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	33	2.94
	Las demás causas	474	42.25
Total		1122	100.00

Fuente: Sistema de hechos vitales. DEI DIRESA Hvca
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

2.2.11.4 Principales causas de mortalidad por etapas del ciclo de vida

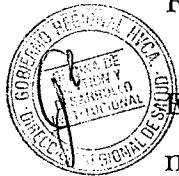
En menores de 05 años

Etapa neonatal

En el año 2010, el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, son las primeras causas de muerte neonatal en la Región Huancavelica.

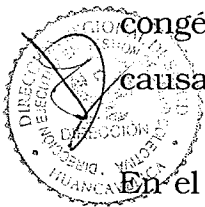
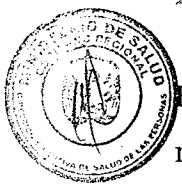


En el año 2005, se evidencia que dentro de las primeras causas de mortalidad se tiene 3 causas distintas a las que se encuentran el 2010 que son, Sepsis bacteriana del recién nacido, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.



Etapa de la infancia

En esta etapa, en el año 2010, los accidentes que obstruyen la respiración, las infecciones respiratorias agudas y Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, son las primeras causas de muerte en la Región Huancavelica.



En el año 2005, 2 de las causas son similares existiendo algunas causas que no se encuentran el 2010 como son, Resto de enfermedades del sistema respiratorio, Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis.

Etapa pre escolar

En esta etapa, las Infecciones respiratorias agudas; accidentes que obstruyen la respiración y las enfermedades infecciosas intestinales, son las primeras causas de muerte en el año 2010, en la Región Huancavelica.

Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, Resto de enfermedades del sistema respiratorio y Caídas son las causas adicionales que se encuentran dentro de las 05 primeras causas de muerte en el 2005 pero no en el 2010.



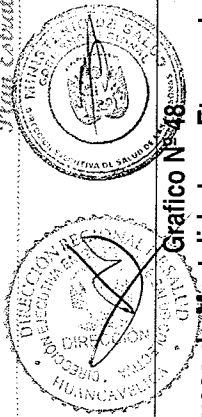


Gráfico N° 48

Principales Causas de Mortalidad por Etapas de Vida (Menores de 5 años).
Región de Salud Huancavelica, Año 2005

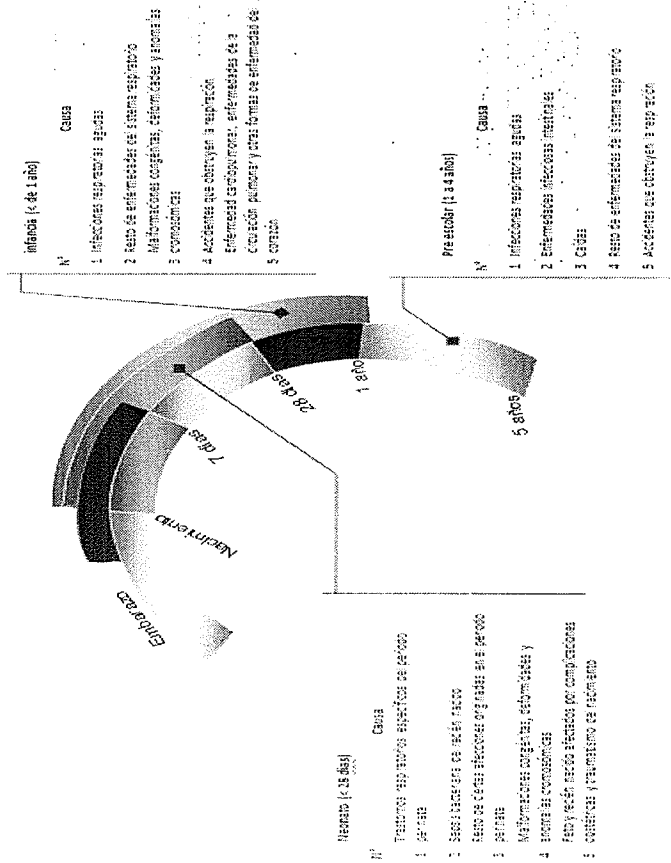
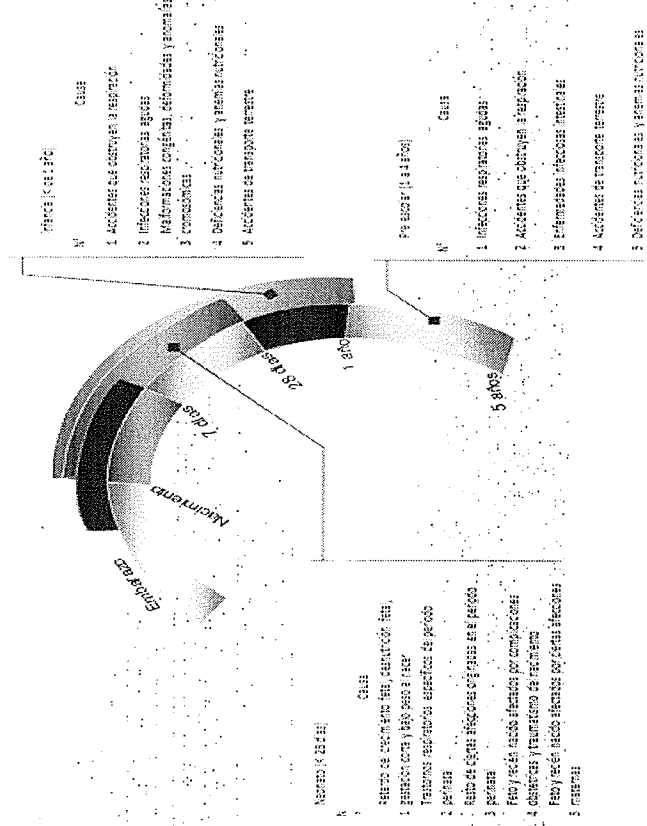


Gráfico N° 49

Principales Causas de Mortalidad por Etapas de Vida (Menores de 5 años).
Región de Salud Huancavelica, Año 2010



En mayores de 05 años

Etapa de 05 a 09 años

En la región de Huancavelica, en el año 2010, los ahogamientos y sumersión accidentales, accidentes de transporte terrestre y caídas, constituyen las principales causas de muerte.



En el año 2005, las infecciones respiratorias agudas, Accidentes de transporte terrestre, Enfermedades infecciosas intestinales y Los demás accidentes son las causas que se encuentran, adicionales a las del 2010.

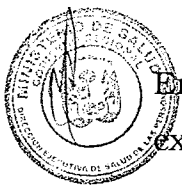


En el 2010 aparece la exposición a humos, fuego y llamas, como una causa nueva de muerte, la cual no se encontraba el 2005.



Etapa escolar

En esta etapa, las primeras causas de muerte en el año 2010 fueron: ahogamiento y sumersión accidental, los accidentes que obstruyen la respiración, Accidentes que obstruyen la respiración y Los accidentes de transporte terrestre.



En este último año, se incluye la causa de envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas, la cual no se encontraba el año 2005.



Infecciones respiratorias agudas, los demás accidentes y enfermedades infecciosas intestinales, son las causas adicionales que se encuentran el año 2005 pero no se encuentra en el año 2010.

Etapa adolescente

En el 2010, en la Región de Huancavelica, los principales motivos de muerte en la etapa de vida de los y las adolescentes fueron: accidentes que

obstruyen la respiración, accidentes de transporte terrestre, ahogamiento y sumersión accidentales.

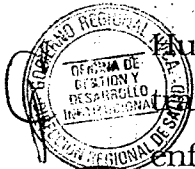
En el 2005, observamos causas similares pero se encuentra adicional las infecciones respiratorias y los demás accidentes.

En el año 2010 se encuentra una causa de muerte que es muy importante, que es el embarazo y puerperio, la cual no se encuentra el 2005.

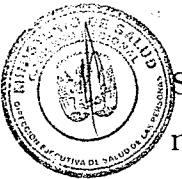


Etapa adulta

En esta etapa para el año 2010, se han registrado en la Región Huancavelica, entre las principales causas de muerte a: los accidentes de transporte terrestre, resto de enfermedades del sistema digestivo y enfermedades que obstruyen la respiración.



Comparando con el año 2005, observamos que accidentes de transporte terrestre es la única causa que coincide con las del 2010, encontrando otros factores que causan muerte como envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas y el tumor maligno de estomago.



Se observa que existe una gran diferencia entre las causas principales de muerte entre los años 2005 y 2010.



Etapa de las mujeres en edad reproductiva

Las mujeres en edad fértil (MEF) de la Región Huancavelica, tuvieron como principales causa de muerte el año 2010 los accidentes de transporte terrestre; embarazo parto y puerperio; resto de enfermedades del sistema digestivo.

En el año 2005 se registraron causas similares a las del 2010 a este año se considero como una de las principales causas el envenenamiento accidental por ingesta de sustancias nocivas y demás accidentes.

El año 2010 se adicono caídas como una de las principales causa de muerte.

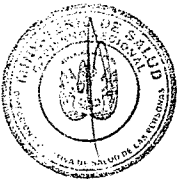
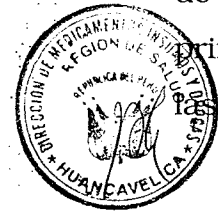
Etapa del adulto mayor



En la Región Huancavelica, en el 2010, se registraron dentro de las principales causas de muerte en los adultos mayores a las Infecciones respiratorias agudas; Tumor maligno de estómago y las Enfermedades del sistema urinario.



En el 2005, la cirrosis y ciertas enfermedades crónicas del hígado y resto de enfermedades del sistema digestivo no se encuentra dentro de las principales causas de muerte en relación al año 2010, resto de causas son las mismas.



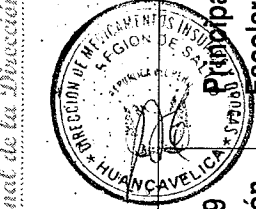
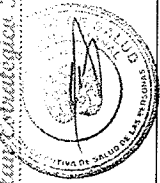


Gráfico Nº 50

Principales Causas de Mortalidad por Etapas de Vida, Niños de 5 a 9 años, Escolares de 5 a 17 años y Adolescentes de 10 a 19 años, Región de Salud Huancavelica Año 2005

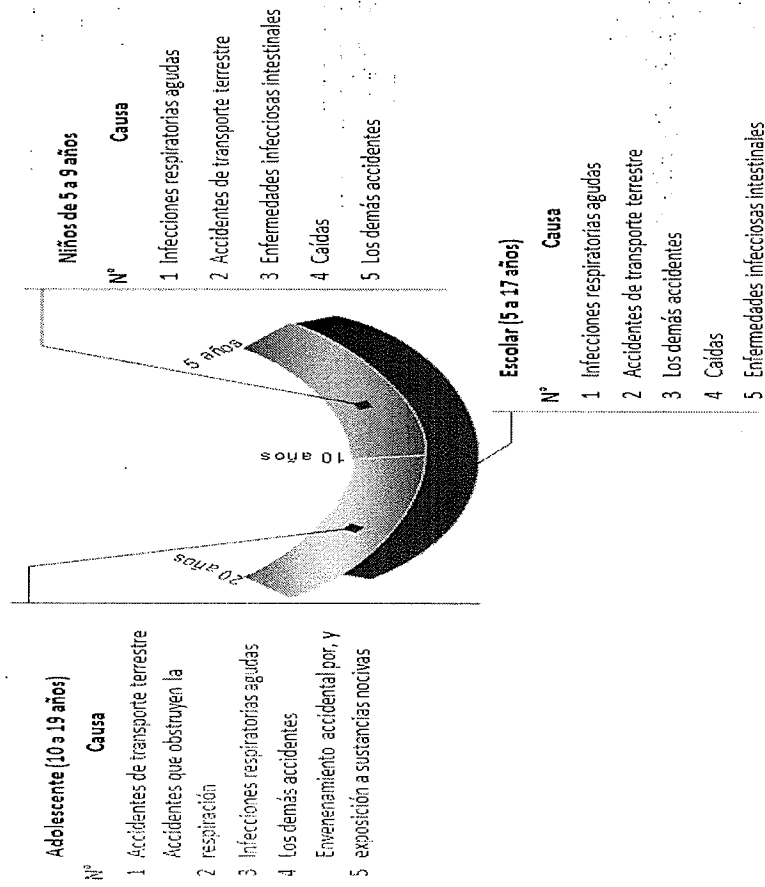
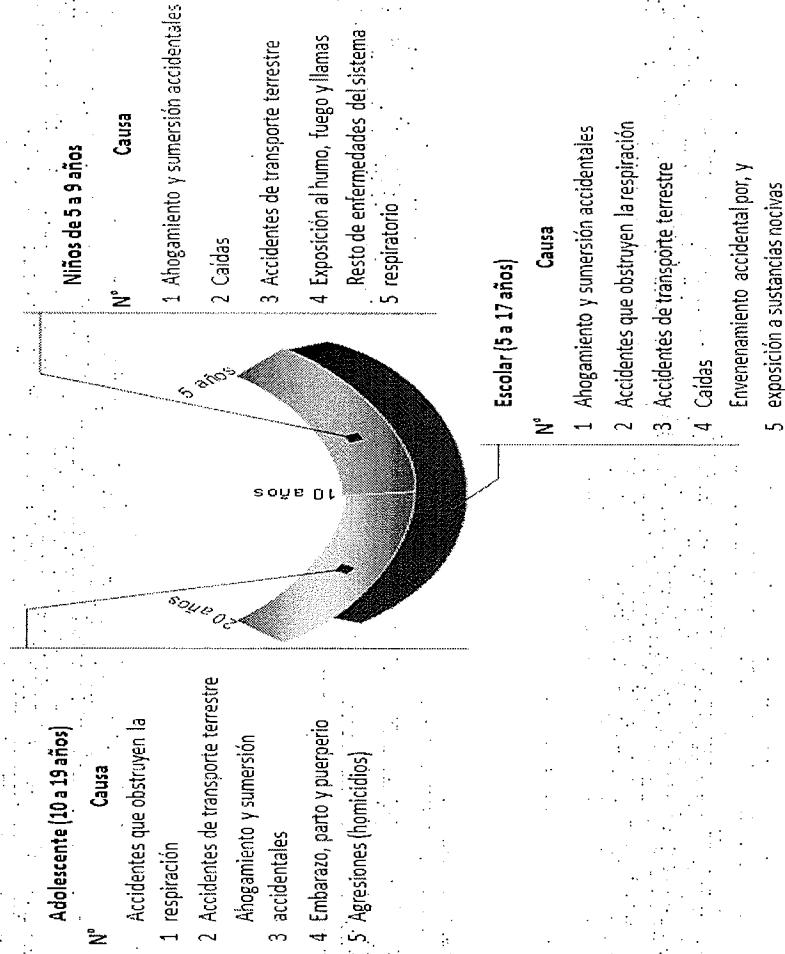


Gráfico Nº 51

Principales Causas de Mortalidad por Etapas de Vida, Niños de 5 a 9 años, Escolares de 5 a 17 años y Adolescentes de 10 a 19 años, Región de Salud Huancavelica Año 2010



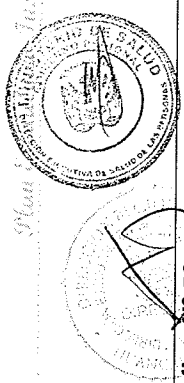


Gráfico N° 52

Principales Causas de Mortalidad por Etapas de Vida, Adultos de 20 a 64 años, Adultos Mayores de 65 a más años y MEF de 15 a 49 años, Región de Salud Huancavelica Año 2005

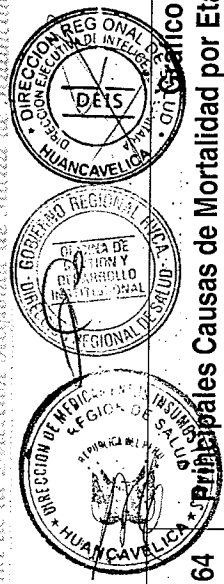
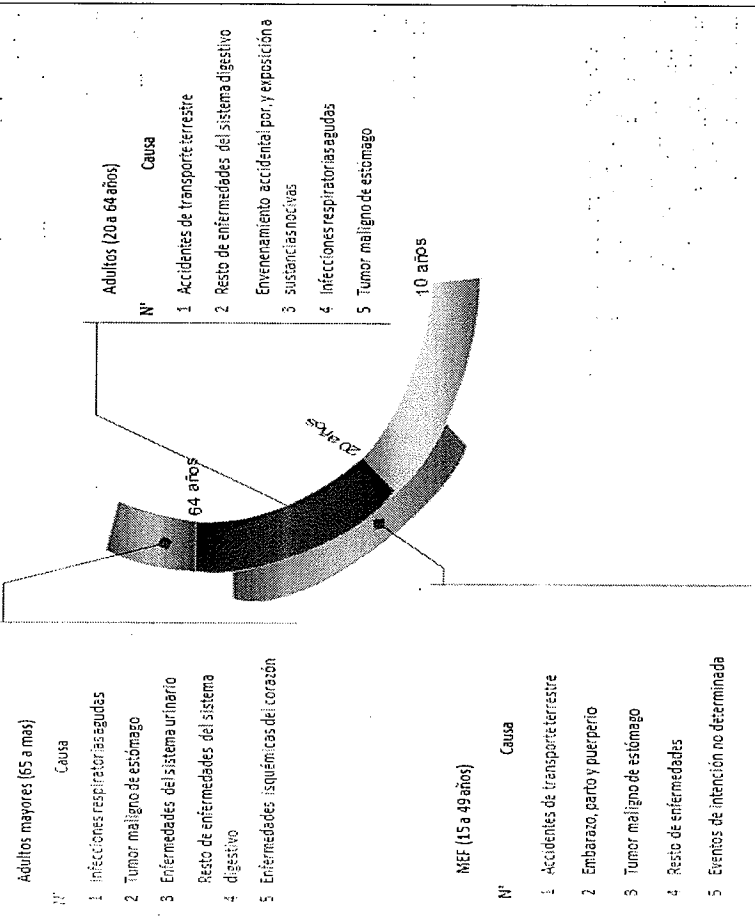
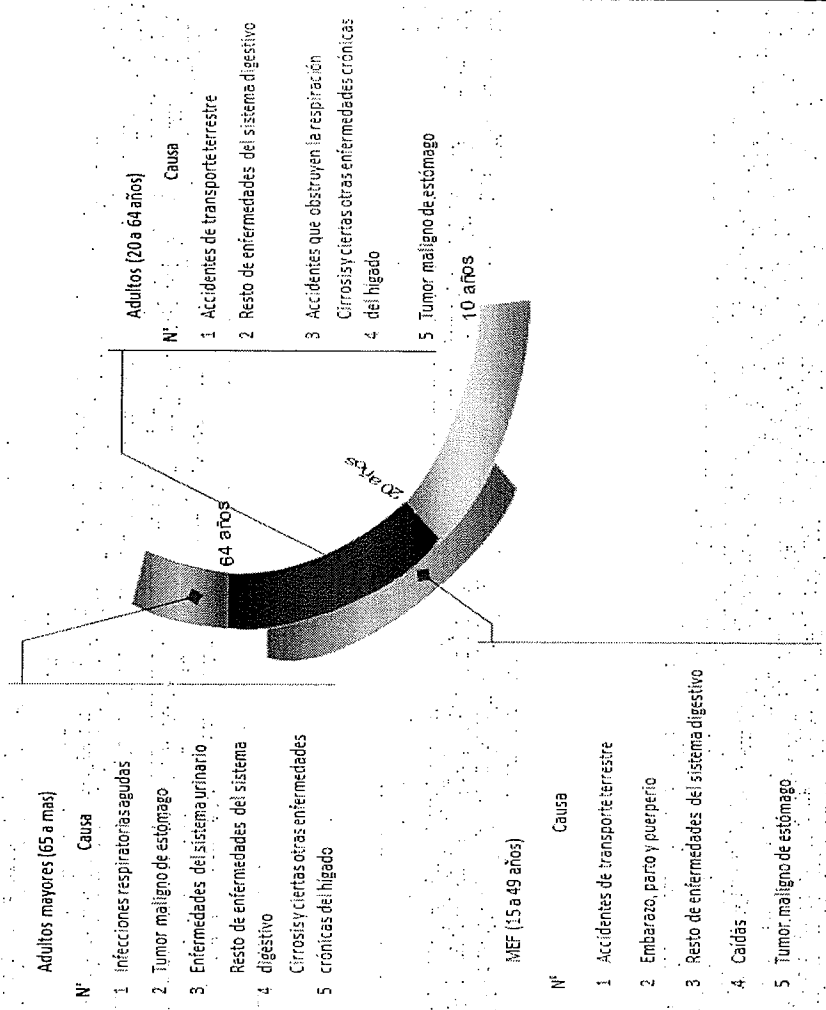


Gráfico N° 53

Principales Causas de Mortalidad por Etapas de Vida, Adultos de 20 a 64 años, Adultos Mayores de 65 a más años y MEF de 15 a 49 años, Región de Salud Huancavelica Año 2010



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Huancavelica 2008.

2.2.11.5 Análisis de la morbilidad

Tasa Infecciones respiratorias agudas (IRAs) en menores de 05 años

En el año 2007, la tasa de infecciones respiratorias agudas en el Departamento de Huancavelica fueron de 1466.3 casos por 10000 habitantes; en el año 2010 fue de 1196.2, es decir, que en el año 2007 existe una tasa de 1.2 veces más que en el 2010.

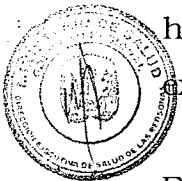


El distrito de Pilpichaca en el 2010 tuvo la mayor tasa de morbilidad de infecciones respiratorias agudas en Huancavelica (2672.2 x 10000 hab.), a su vez San Antonio de Antaparco tuvo sólo 418.9 Al comparar ambos distritos, vemos que Pilpichaca tiene una tasa de IRAS de 6 veces más que San Antonio de Antaparco en niños y niñas menores de 5 años.

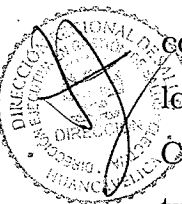


Enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 05 años

En el año 2007, la tasa de EDAS en niños menores de 5 años en el Departamento de Huancavelica fueron de 244.0 casos por 10000 habitantes; en el año 2010 fue de 220.2, es decir, que en el año 2007 existe una tasa de 1.1 veces más que en el 2010.



El distrito con mayor tasa de morbilidad por EDAS, en el 2010 fue Manta, con 444.0, mientras que el distrito con menor tasa fue: Córdova con 59.7; lo que significa que Manta tiene una tasa de EDAS de 7 veces más que Córdova, siendo uno de las determinantes el acceso a agua potable o tratada.

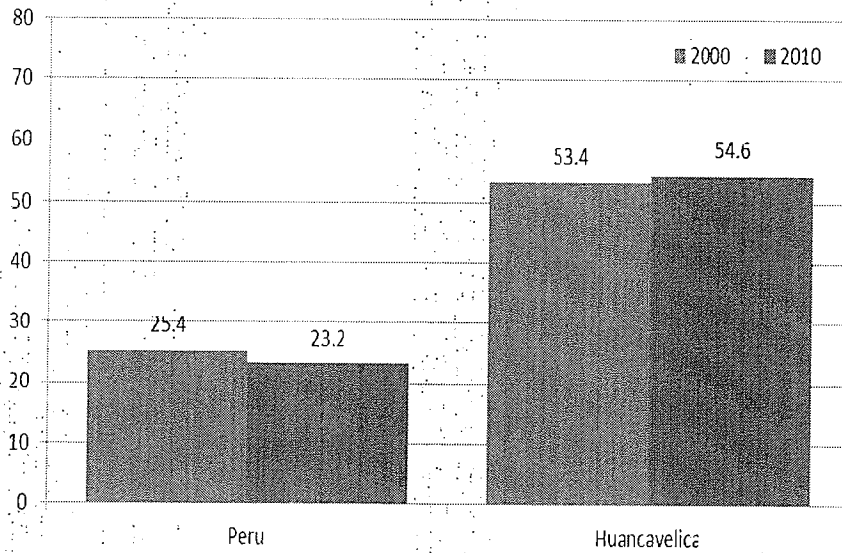


Desnutrición crónica menor de 5 años

En el año 2010, la tasa de desnutrición crónica en el niño menor de 5 años en el departamento de Huancavelica fue de 54.6%, mientras que el

promedio Nacional fue de 23.3%, es decir que Huancavelica tiene 2.4 veces más casos de desnutrición crónica que el promedio Nacional.

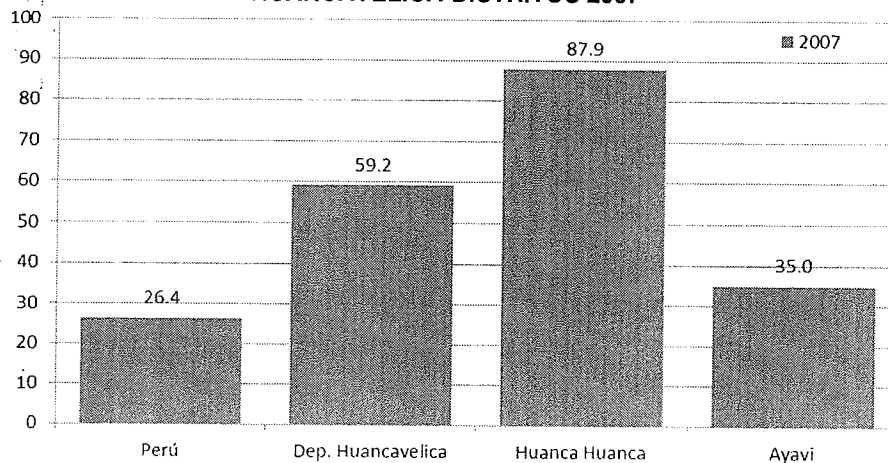
Grafico Nº 54
DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS COMPARATIVA PERU-HUANCAVELICA 2010



FUENTE: ENDES 2010

El distrito con mayor desnutrición crónica en niños menores de 5 años, en el año 2007 fue Huanca Huanca (87.9%), mientras que el distrito con menor tasa de desnutrición fue el distrito de Ayavi (35. %). Es decir Huanca Huanca tiene 2.5 veces más desnutrición que Ayavi.

Grafico Nº 55
CASOS DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS COMPARATIVO PERU-HUANCAVELICA-DISTRITOS 2007



FUENTE: Censo Poblacional 2007.

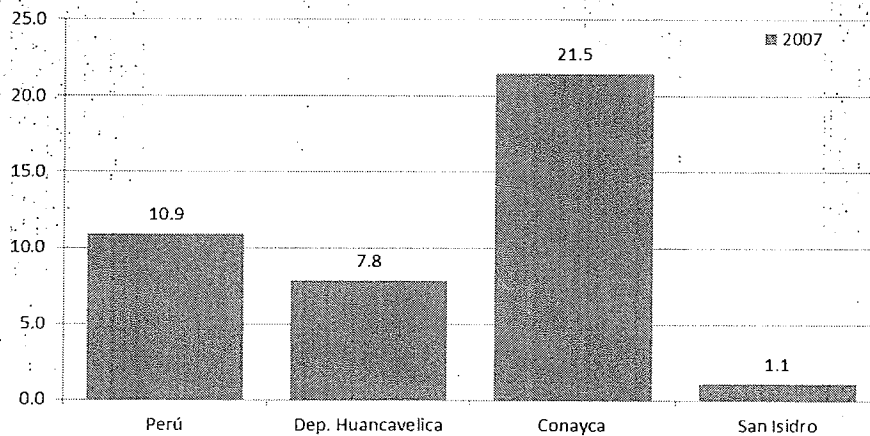
Discapacidad

El 7.8% de la población huancavelicana tiene alguna discapacidad. A nivel nacional esta cifra es de 10.9%²⁴, lo cual fue 1.4 veces menor que el promedio nacional. Existiendo brechas de inequidades dentro del departamento de Huancavelica entre los distritos, donde Conayca tiene población con alguna discapacidad de 19.5 veces más que San Isidro (1.1%)²⁵. Cabe resaltar que la población de 27 distritos del departamento tiene alguna discapacidad con porcentaje por encima del promedio nacional.



Grafico Nº 56

Porcentaje de población con discapacidad en el departamento de Huancavelica DIRESA - Huancavelica 2007



FUENTE: Censo Poblacional 2007.

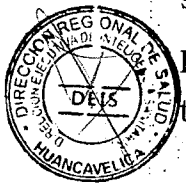
Principales causas de consulta externa a nivel general

Las primeras causas de consulta externa en la población en general fueron las infecciones de las vías respiratorias agudas con 37.42% para el año 2005 y 33.36% para el año 2010, como se aprecia existe un descenso de alrededor de 5 puntos porcentuales, esto se debería a que hacia el año 2007 se introduce la vacuna contra el neumococo teniendo en cuenta que

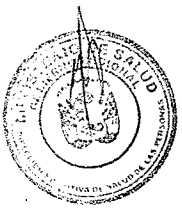
²⁴ FUENTE:CPV 2007

²⁵ FUENTE:CPV 2007

la mayor proporción de casos de IRAs (según etapas de vida) son en menores de 5 años. La segunda causa de morbilidad son las afecciones dentales y periodontales con el 13.58% en el 2005 y 13.6% en el 2010, en este caso es a predominio de las caries dentales, en este caso se observa una mínima disminución. En tercer lugar de importancia están las Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas con 6.63% para el 2010 y como vemos en los cuadros esta causa no está en el 2005. Le sigue en orden importancia las otras enfermedades infecciosas y parasitarias con 6.09% en el 2005 y 5.48% en el 2010, observándose también una disminución de alrededor de un punto porcentual.



Podemos indicar que la presentación de las primeras causas de morbilidad descritas ocurren principalmente en las primeras etapas de vida y su disminución también estaría condicionada a que en la región se viene incrementando el gasto público en el área niño orientado a la dotación de equipos materiales e insumos necesarios para la atención de las personas además de la dotación de profesionales de la salud en todos los EESS desde el año 2009, esto habría condicionado el incremento en el número de atenciones por morbilidad en la población objetivo.



Cuadro N° 15
Primeras causas de consulta externa en el
departamento de Huancavelica 2005

N°	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	176005	37.42
2	Afecciones dentales y periodontales	63866	13.58
3	Deficiencias de la nutrición	36468	7.75
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitar	28625	6.09
5	Enfermedades infecciosas intestinales	21426	4.56
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	12625	2.68
7	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	12052	2.56
8	Infecciones de transmisión sexual	10277	2.18
9	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	9058	1.93
10	Trastornos del ojo y sus anexos	7825	1.66
	Las demás causas	92129	19.59
Total		470356	100.00

Fuente: HIS - DEI DIRESA. Hvca.
 Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca.

Cuadro N° 16
Primeras causas de consulta externa en el
departamento de Huancavelica 2010

N°	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	239798	33.36
2	Afecciones dentales y periodontales	97734	13.60
3	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	47690	6.63
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	39406	5.48
5	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	29032	4.04
6	Enfermedades infecciosas intestinales	26508	3.69
7	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	23414	3.26
8	Otras enfermedades del aparato respiratorio	19040	2.65
9	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	17764	2.47
10	Trastornos del ojo y sus anexos	15662	2.18
	Las demás causas	162768	22.64
Total		718816	100.00

Fuente: HIS - DEI DIRESA. Hvca.
 Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca.

2.2.11.6 Principales causas de consulta externa por género

Consulta externa en varones

En los varones la primera causa de morbilidad son las infecciones de vías respiratorias agudas con el 40.21% en el 2005 y con el 36.74% en el 2010, lo que significa un descenso de 4 puntos porcentuales, en el segundo lugar de importancia están las afecciones dentales y periodontales con el 12.99% el 2005 y 13.31% en el 2010, en el tercer lugar están las

Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas 8.34%, le sigue en orden de importancia las otras enfermedades infecciosas y parasitarias y sus secuelas de un 6.57% en el 2005 y con 6.30% en el 2010, en este caso a predominio de las helmintiasis sin otra especificación.

Cuadro Nº 17
Primeras causas de consulta externa en varones en el Dpto. de Huancavelica. 2005

Nº	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	81646	40.21
2	Afecciones dentales y periodontales	26382	12.99
3	Deficiencias de la nutrición	17565	8.65
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitar	13350	6.57
5	Enfermedades infecciosas intestinales	10922	5.38
6	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	5997	2.95
7	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	4335	2.13
8	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3705	1.82
9	Trastornos del ojo y sus anexos	3637	1.79
10	Traumatismos de la cabeza y cuello	3308	1.63
	Las demás causas	32211	15.86
	Total	203058	100.00

Fuente: HIS - DEI DIRESA. Hvca.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

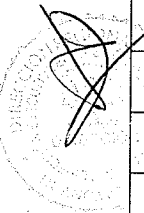
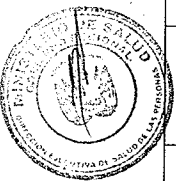
Cuadro Nº 18
Primeras causas de consulta externa en varones en el Dpto. de Hvca. 2010

Nº	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	102817	36.74
2	Afecciones dentales y periodontales	37251	13.31
3	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	23335	8.34
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	17630	6.30
5	Enfermedades infecciosas intestinales	12584	4.50
6	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	9999	3.57
7	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	7908	2.83
8	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	7277	2.60
9	Trastornos del ojo y sus anexos	6667	2.38
10	Otras enfermedades del aparato respiratorio	6412	2.29
	Las demás causas	47982	17.14
	Total	279862	100.00

Fuente: HIS - DEI DIRESA. Hvca.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA Hvca

Consulta externa en mujeres

En las mujeres las primeras causas de morbilidad están las infecciones de vías respiratorias agudas con 35.30% en el 2005 y 31.21% en el 2010, esto significa un descenso de alrededor de 4 puntos porcentuales, en el segundo lugar están las afecciones dentales y periodontales con el 14.02% en el 2005 y 13.78 en el 2010, en este caso es a predominio de la necrosis pulpar; le sigue en el tercer lugar están las Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas con 5.55% en el 2010, se observa una mayor disminución porcentual en este género en relación al masculino; le sigue en orden de importancia las otras enfermedades infecciosas y sus secuelas con 5.71% en el 2005 y 4.96% en el 2010. En general se observa una tendencia a la disminución de los porcentajes.



Cuadro N° 19
Primeras causas de consulta externa en mujeres en el dpto. de Huancavelica 2005

	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	94359	35.30
2	Afecciones dentales y periodontales	37484	14.02
3	Deficiencias de la Nutrición	18903	7.07
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitar	15275	5.71
5	Enfermedades infecciosas intestinales	10504	3.93
6	Infecciones de transmisión sexual	10249	3.83
7	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	7717	2.89
8	Enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo	6628	2.48
9	Enfermedades del aparato urinario	5462	2.04
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5353	2.00
	Las demás causas	55364	20.71
	Total	267298	100.00

Fuente: HIS - DEI DIRESA. HUCA.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA HUCA

Cuadro N° 20
Primeras causas de consulta externa en mujeres en el dpto. de HUCA. 2010

N°	Causa	Frecuencia	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	136981	31.21
2	Afecciones dentales y periodontales	60483	13.78
3	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	24355	5.55
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	21776	4.96
5	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	19033	4.34
6	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	16137	3.68
7	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio	14136	3.22
8	Enfermedades infecciosas intestinales	13924	3.17
9	Enfermedades del aparato urinario	12764	2.91
10	Infecciones de transmisión sexual	12735	2.90
	Las demás causas	106630	24.29
	Total	438954	100.00

Fuente: HIS - DEI DIRESA. HUCA.
Elaborado por: Oficina de Epidemiología. DIRESA HUCA

2.2.11.7 Principales causas de consulta externa por etapas del ciclo de vida

En menores de 05 años

Etapa neonatal

En los neonatos para el año 2005 se registra como primera causa de morbilidad las infecciones de las vías respiratorias agudas y representa el 47.141% en el 2005 y el 41.49% en el 2010, en segundo lugar están las ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal que es el 22.45% en el 2005 y el 30.92% para el 2010, le siguen en orden de importancia las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo que hace el 9.81% en el 2005 y el 14.44% en el 2010.



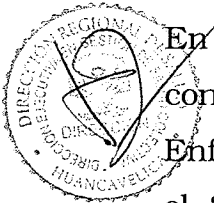
Etapa de la infancia

Al igual que ocurre en la etapa anterior son las infecciones de las vías respiratorias agudas con 63.65% en el 2005 y 64.42% en el 2010, le sigue en orden de importancia las enfermedades infecciosas intestinales con 10.77% en el 2005 y 10.82% en el 2010, en este caso es a predominio de las EDAs.



Etapa pre escolar

En esta etapa también son las infecciones de las vías respiratorias agudas con 44.67% en el 2005 y 44.30% en el 2010, en seguida están las Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas con 12.34% en el 2010; luego están Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 8.51% en el 2005 y 9.10% para el 2010; también están las Enfermedades infecciosas intestinales 9.97% en el 2005 y 8.52% en el 2010. Como se aprecia las causas de morbilidad tienen una tendencia descendente.



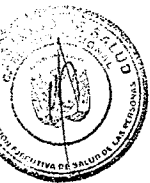
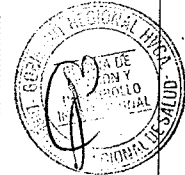


Grafico Nº 57

Primeras causas de Consulta Externa por ciclos de vida en menores de 05 años, en el departamento de Huancavelica - 2005

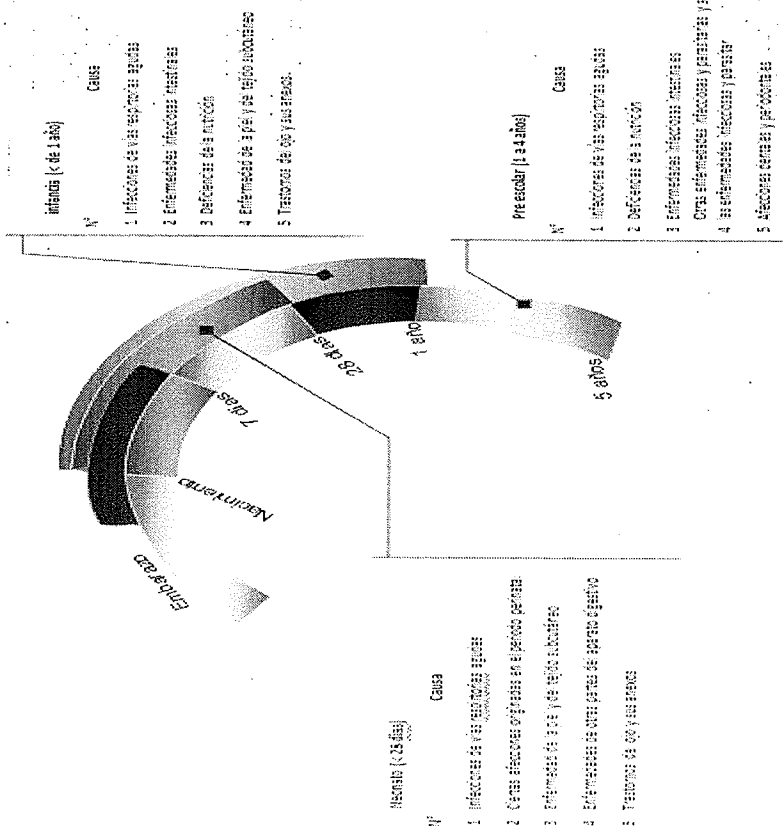
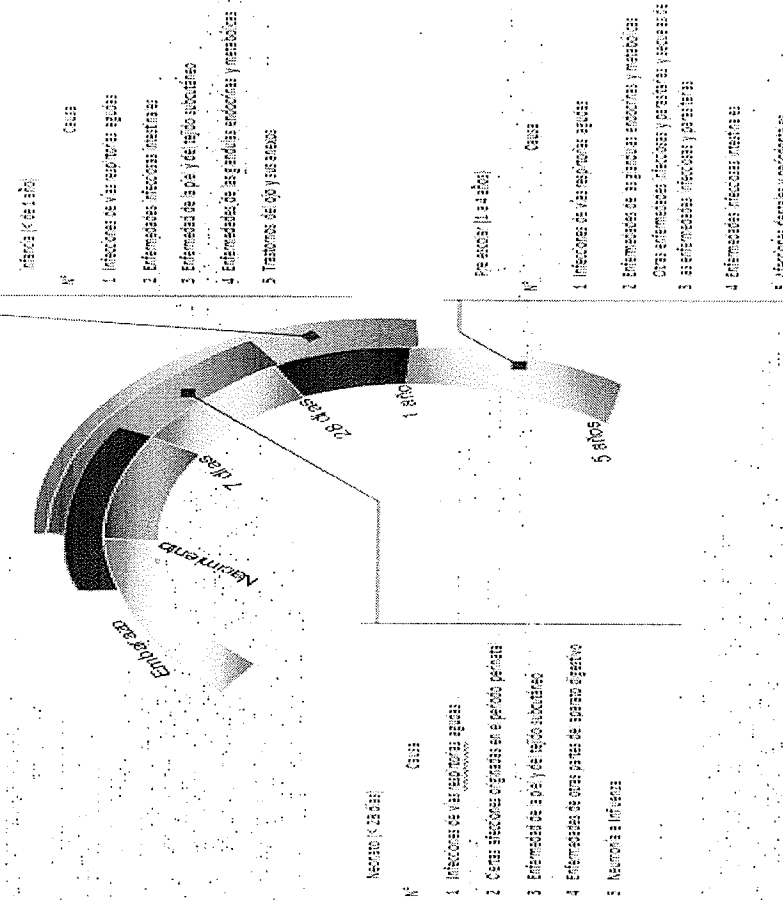


Grafico Nº 58

Primeras causas de Consulta Externa por ciclos de vida en menores de 05 años, en el departamento de Huancavelica. 2010



Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Huancavelica 2008.

En mayores de 05 años

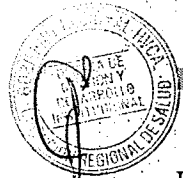
Etapa de 05 a 09 años

Al igual que ocurre en las etapas anteriores, son las infecciones de las vías respiratorias agudas son las que ocupan el primer lugar con el 39.28% para el año 2005 y el 37.44% para el 2010, en seguida están las afecciones dentales y periodontales con 20.74% en el 2005 y 21.93% en el 2010 en esta etapa este grupo de daños comienza a tomar importancia ya que se indica una inadecuada fijación de los hábitos de higiene dental principalmente.



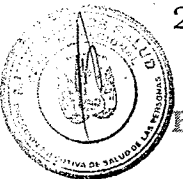
Etapa escolar

En los escolares una de las primeras causas de consulta externa, en el departamento de Huancavelica son las Infecciones de vías respiratorias agudas con 37.27% en el año 2005 y 34.73% en el 2010, le siguen en orden de importancia las afecciones dentales y periodontales con 20.93% en el 2005 y 21.68% en el 2010; en seguida están las Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas con 12.20% para 2010, en el año 2005 no se registra esta enfermedad dentro de las principales causas.



Etapa adolescente

En esta etapa y al igual que ocurre con las etapas anteriores son las infecciones de las vías respiratorias agudas son las que ocupan el primer lugar de importancia con un 34.56% en el 2005 y 31.77% en el 2010; en segundo lugar de importancia están las afecciones dentales y periodontales teniendo un 20.39% para el 2005 y 21.02% en el 2010; en seguida están las Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas con un 10.99% en el 2010, en el año 2005 no se registra esta enfermedad dentro de las principales causas.



Etapa adulta

En el adulto las infecciones de vías respiratorias agudas son las que ocupan el primer lugar teniendo un 22.55% en el 2005 y un 25.78% en el 2010; en segundo lugar de importancia aparecen las afecciones dentales y periodontales con un 17.05% en el 2005 y con 12.00% en el 2010.

Etapa de las mujeres en edad reproductiva



En las MEF y al igual que ocurre en las otras etapas de vida son las infecciones de las vías respiratorias agudas que son la principal causa de morbilidad con el 23.35% en el 2005 y un 24.80% en el 2010, le siguen en orden de importancia las afecciones dentales y periodontales con el 17.80% en el 2005 y un 14.75% en el 2010, otra de las afecciones principales son las infecciones de transmisión sexual con un 11.22% en el 2005; como tercera causa en el 2010 son Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo con un 7.96%.



Etapa del adulto mayor

En los adulto mayores las Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo es la principal causa de morbilidad con 19.89% en el año 2010 y 16.43% en el 2005, seguidamente aparece las infecciones de las vías respiratorias agudas con un 18.95% en el 2010 y un 18.95% para el 2005, aparecen también las Enfermedades de otras partes del aparato digestivo con un 7.99% en el 2010 y el 7.94 en el 2005.



Gráfico Nº 59

Primeras causas de Consulta Externa por ciclos de vida en mayores de 05 años, en el departamento de Huancavelica 2005

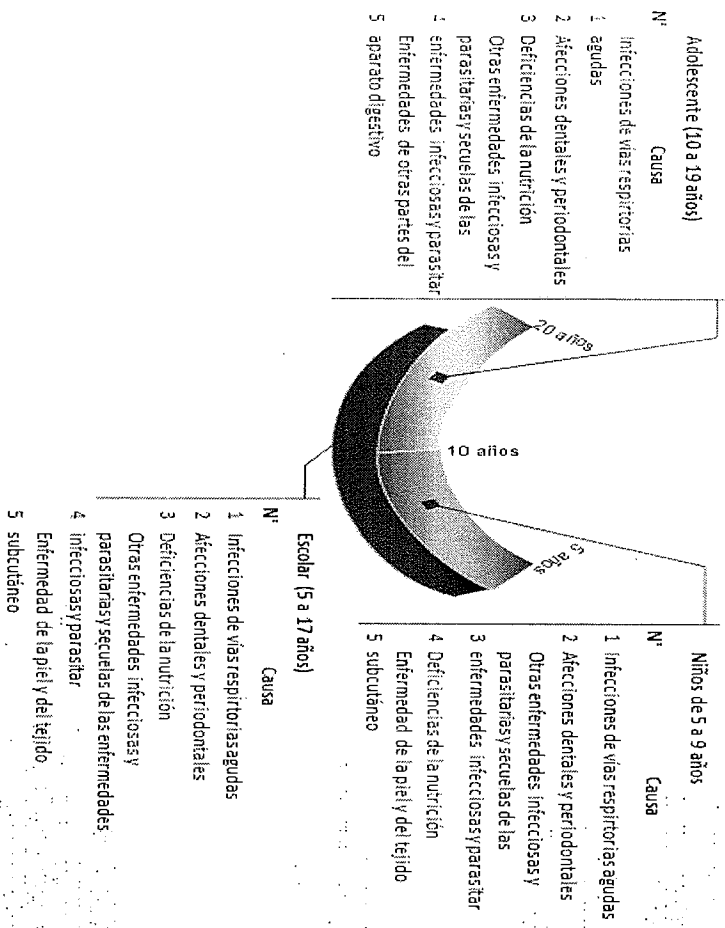
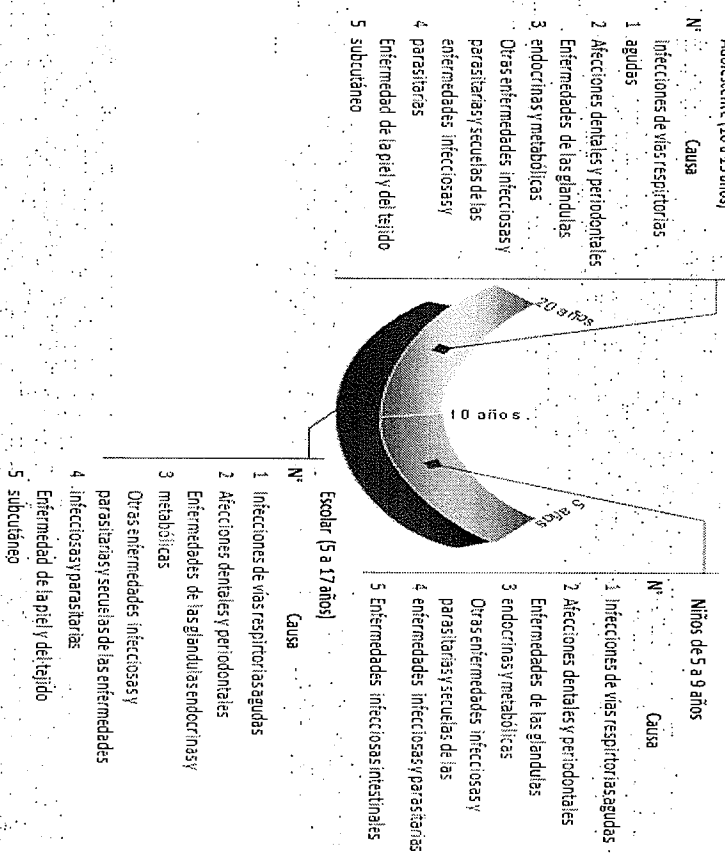


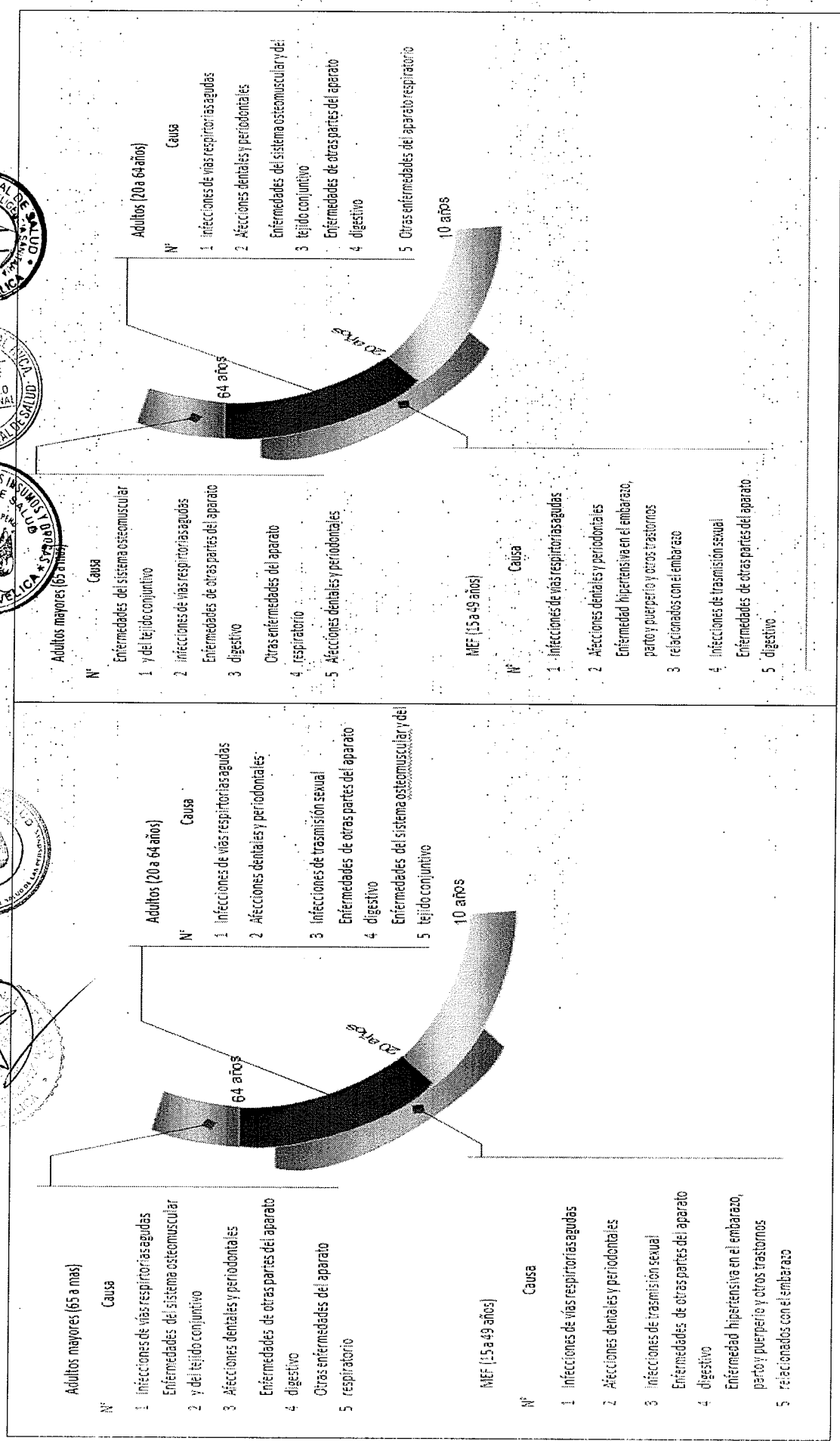
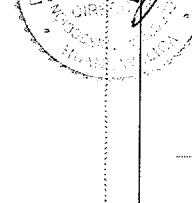
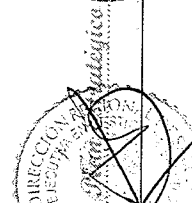
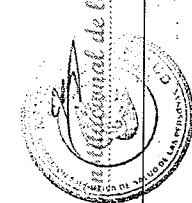
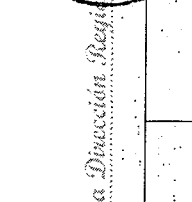
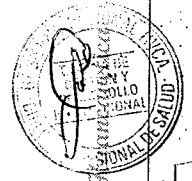
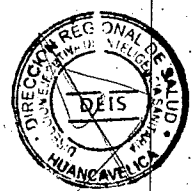
Gráfico Nº 60

Primeras causas de Consulta Externa por ciclos de vida en mayores de 05 años, en el departamento de Huancavelica. 2010

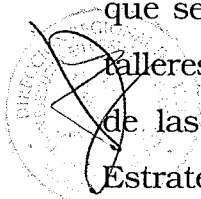
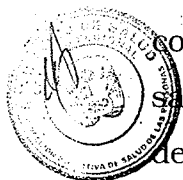


Fuente: Dirección de Epidemiología DIRESA Huancavelica 2008.





Como podemos ver la problemática de salud de la población que vive en la Región de Huancavelica, ámbito de intervención de la Dirección Regional de Salud, tiene sus raíces de los problemas básicos sanitarios a los que se tiene que hacer frente, los mismos que se encuentran fuertemente insertos a los problemas estructurales de la sociedad regional y local. De allí, que la prevalencia e incidencia de muchas enfermedades, asociadas a la pobreza e indigencia, al ingreso familiar precario, a los bajos niveles educativos de su población principalmente rural y urbano marginal, calidad del medio ambiente y las condiciones de seguridad ciudadana. De los principales problemas priorizados como prioridad sanitaria a intervenir, corresponden problemas estrictamente sanitarios; problemas en determinantes de la Salud y problemas que se derivan del sistema de salud regional; expresados en los lentos procesos de descentralización y modernización del Sector Salud, limitados recursos que inciden en la insuficiente oferta de servicios de calidad, poca participación de la ciudadanía en el desarrollo de propuestas y compromisos del quehacer sanitario, reduciéndose la responsabilidad de la salud solamente a las instancias sanitarias de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica. Los problemas básicos de la situación de Salud a la que la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, tiene que hacer frente son las que se describen a continuación, las mismas que han sido priorizados en talleres regionales con participación amplia, para el proceso de formulación de las políticas Públicas regionales de Salud de Huancavelica, y el Plan Estratégico Sectorial Regional de Salud de Huancavelica.



2.3 Prioridades Sanitarias Regionales

2.3.1 Prioridades en la Atención Sanitaria Regional

1. Desnutrición Crónica y anemia en menores de 3 años



Mortalidad Materna, Neonatal y Perinatal

2. Enfermedades Transmisibles (ITS, VIH-SIDA y TBC)



Embarazo en Adolescente

3. Enfermedades de Salud Mental

4. Enfermedades no Transmisibles



2.3.2 Prioridades en los Determinantes de la Salud

5. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

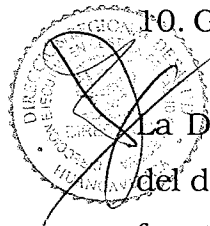
6. Salud Ambiental



2.3.3 Prioridades en el Sistema de Salud Regional

7. Calidad de la Atención de Salud

8. Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud



La Dirección Regional de Salud de Huancavelica, como órgano responsable del desarrollo de la salud de la población regional, norma, dirige, y evalúa las funciones esenciales de la salud pública. Para lo cual cuenta con documentos de gestión institucional, Reglamento de Organización de Funciones (ROF), Manual de Organización y Funciones (MOF) y los Planes Operativos Anuales. Así mismo, su operatividad se organiza en una estructura funcional de servicios de Salud, organizada en Redes y Micro redes, territorialmente bien definidos, aspecto que contribuye a la descentralización de los servicios, dentro del territorio que comprende las 07 provincias.

El trabajo multidisciplinario y la delegación de funciones, es una característica que le ha permitido lograr avances significativos a nivel regional en la gestión de los servicios de salud, promoción, prevención y control de enfermedades. Aunque aún existen grandes retos para mejorar los resultados mostrados en el diagnóstico de salud, como son los indicadores críticos de mortalidad neonatal, mortalidad materna, mortalidad infantil, entre otros.

Un aspecto importante que debemos desarrollar para mejorar resultados es el trabajo interinstitucional sectorial y con instituciones privadas y la Sociedad Civil, siempre tendiendo puentes con instituciones de Cooperación Internacional. En esta línea de gestión interinstitucional de salud, debe subrayarse que debemos mejorar la capacidad de coordinación con los Alcaldes Provinciales y Distritales, no sólo en la búsqueda de financiamiento para la ejecución de proyectos de inversión, sino también, de compartir programas y actividades relacionadas al desarrollo de políticas públicas saludables, de entornos y espacios saludables; así como de fomento a la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud, en el marco del proceso de descentralización de los servicios de salud.

Es importante señalar sobre la actual gestión institucional, se desarrolla en el marco del proceso de descentralización y reformas del Sector Público, que se viene realizando en nuestro país. La lentitud de este proceso y los problemas estructurales de la administración pública generan algunas limitantes a la gestión. Así, uno de estos problemas es la falta de articulación y coordinación de las funciones que en materia de salud se realiza en la región de Huancavelica, gobiernos locales, ONGs, EsSalud, Sanidad Policial y el MINSA si bien es cierto formalmente ha concluido con la transferencia de 16 funciones y 125 facultades, esta transferencia se ha dado sin los recursos humanos y financieros, sin embargo se viene

implementando los procesos de evaluación de los resultados del ejercicio de las funciones y facultades transferidas. Los otros problemas se derivan de la inflexibilidad de los procesos burocráticos al interior de la DIRESA y Redes de Servicios de Salud, sobre todo, las dificultades de cambiar algunas actitudes poco constructivas de un sector del personal que labora en la institución.

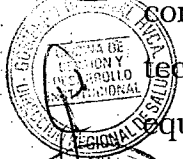
En el plano de la eficiencia de los resultados de la gestión, aún falta mejorar el sistema de monitoreo y supervisión de salud; así como superar la insuficiente implementación del control de la calidad sanitaria de cara hacia los usuarios pacientes; los mecanismos de control se han centrado básicamente en aspectos administrativos.

De igual modo debe remarcarse que el proceso de implementación de Redes aún un proceso inconcluso e insuficiente, sobre todo en los aspectos de desconcentración administrativa, que socavan la capacidad resolutoria de los EESS, así como el proceso de acreditación de los establecimientos de salud de la Región de Huancavelica y el proceso de categorización y re categorización de establecimientos de salud requiere ser actualizada.

Otro aspecto importante a señalar, el tema del recurso humano en salud, cuya gestión y necesidad de contar con profesionales en cantidad y calidad suficiente sigue siendo un grave problema a superar.

En cuanto a los recursos materiales, La Dirección Regional de Salud de Huancavelica, cuenta con disponibilidad de infraestructura y equipamiento básico para los servicios de salud, pero la mayoría de la infraestructura y equipamiento tiene una antigüedad superior a los 10 años, a pesar de estas limitaciones, cumple una función importante e imprescindible en la prestación de los servicios salud a la población. Se requiere de una evaluación sobre la situación de la infraestructura y equipamiento de salud,

que permita estructurar un programa de intervención y financiamiento para el corto y mediano plazo (Plan Maestro de Inversiones Multianual), de esta manera poder intervenir en forma ordenada con la construcción y equipamiento de los establecimientos de salud en la Región de Huancavelica.



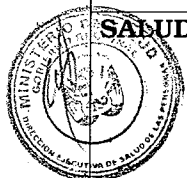
Con relación al equipamiento de los establecimientos de salud, a pesar de muchos esfuerzos, en muchos de nuestros Establecimientos de Salud, esta ha devenido mayormente en obsoleta, por lo que se requiere la renovación con equipos biomédicos, mobiliario de acuerdo a los nuevos avances de la tecnología médica. Sobre la situación, condiciones y antigüedad de los equipos que en promedio tienen una antigüedad superior a los 10 años, de acuerdo a la normatividad vigente estos equipos ya no estarían en condiciones para recibir el mantenimiento, sin embargo por la necesidad de seguir contando con estos equipos, se hace el esfuerzo de ponerlas operativas.

OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DEL AMBIENTE EXTERNO



	OPORTUNIDAD	AMENAZA
POLÍTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Políticas de gobierno con tendencia a la atención con equidad y atención del capital humano. ✓ Lineamientos de Políticas que promueven espacios saludables. ✓ Huancavelica es considerado zona de extrema pobreza lo cual le da ventajas de priorización a nivel nacional y organismos internacionales ✓ Implementación del Proceso de descentralización ✓ Identificación de los Gobiernos Locales con el sector salud 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inestabilidad política. ✓ Corrupción ✓ La Cooperación Internacional, no intervienen las zonas priorizadas según análisis de la situación de salud. ✓ Falta de fiscalización por los entes reguladores en materia de salud ambiental.
ECONÓMICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crecimiento económico y Estabilidad macro económica. ✓ Recursos proveniente de cooperación internacional ✓ Recursos adicionales Apoyo económico del nivel central con estrategias como PPR y EUROPLAN. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de los índices de pobreza. ✓ Inequidad en la distribución del crecimiento económico. ✓ Inequidad del sistema de recaudación tributaria. ✓ Ausencia de impuesto a la riqueza.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convenio comunidad compañías mineras 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta tasa de subempleo y desempleo ✓ Mayor pobreza (Quintil IV y V)
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor presencia de organizaciones de base. ✓ Mayor participación de mujeres en asuntos del estado. ✓ Mayor interés de la sociedad por buscar igual de oportunidades entre mujeres y varones. ✓ Participación voluntaria de los ACS ✓ Alianzas estratégicas con los diferentes actores sociales ✓ Presencia de Programas Sociales (JUNTOS, CRECER) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflictos sociales reivindicativos y ambientales. ✓ Persistencia de la exclusión de comunidades. ✓ Profunda desigualdad social. ✓ Poca participación ciudadana en temas de salud ✓ Migración y emigración estacional. ✓ Incremento de violencia Familiar, Presencia de pandillaje ✓ Pérdida de valores ✓ Continuidad del asistencialismo
CULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diversidad cultural. ✓ Existencia de la medicina tradicional. ✓ Planes con enfoque intercultural (parto vertical). ✓ Trabajo mancomunado voluntario (minka, ayni, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Influencia negativa de los medios de comunicación en temas de salud. ✓ Persistencia de índices de analfabetismo. ✓ Profesionales de la salud sin conocimiento de la cultura y el idioma quechua.
SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presencia de entidades prestadoras de servicios de Salud, ESSALUD, sanidad de las FFAA y otros ✓ Tecnología sanitaria existente en el mercado. ✓ Lineamientos de política nacional y regional definidos con metas y recursos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poca Coordinación entre las instituciones prestadoras de salud ✓ Proliferación de charlatanes que promocionan productos medicinales de dudosa procedencia. ✓ Condiciones de saneamiento básico inadecuado, ✓ Alta demanda insatisfecha y poco accesible.
INTERSECTORIALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instalación de espacios de concertación y posibilidad de articular actividades de los sectores a través de la gerencia de desarrollo social. ✓ Posibilidad de acciones multisectoriales mediante la descentralización. ✓ Articulación y fortalecimiento de Organizaciones Sociales de Base. ✓ Existencia de un sistema comunal de salud. ✓ Gobiernos Locales con apoyo del Plan de Incentivos Municipales y Presupuesto Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Débil compromiso de los sectores al trabajo articulado. ✓ Desconocimiento de los sectores, a cerca de las políticas y programas de Salud. ✓ Escasa sensibilización por los problemas regionales de Salud. ✓ Conflictos políticos entre los 3 niveles de gobierno

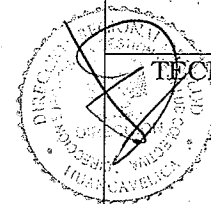
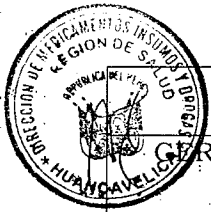






INSTITUCIONES COOPERANTES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervención de ONGs en la región, que ayudan el trabajo en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Débil articulación del trabajo de ONGs con el sector Salud. ✓ Intervenciones temporales de las ONGs; y poco sostenibles del sector Salud.
GEOGRÁFICAS CLIMÁTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creciente aumento de la accesibilidad y ampliación de la red vial (Carreteras rurales y asfaltados) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creciente contaminación ambiental (desastre ecológico) y Calentamiento global. ✓ Bajas temperaturas (friaje). ✓ Incremento de desastres naturales (deslizamientos, huaycos, contaminación de los recursos naturales. Etc.) ✓ Población Dispersa y con escasa accesibilidad



FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL AMBIENTE INTERNO

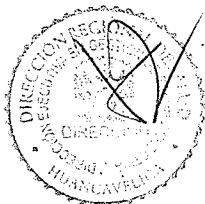
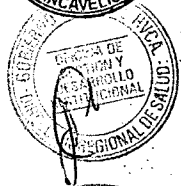
	FORTALEZA	DEBILIDAD
GERENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor interés por mejorar las competencias de los recursos humanos en la región por la modernización gerencial. ✓ Contar con el apoyo político. ✓ Gobierno Regional de Huancavelica comprometido con el sector salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deficiente capacidad de gestión en la administración pública. ✓ Actores administrativos no involucrados con la gestión. ✓ Inestabilidad de los cargos de confianza ✓ La DIRESA no tiene injerencia directa sobre las Redes de Salud (Es a través de la Gerencia Subregional).
TECNICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de tecnología administrativa virtual (SIGA, SIAF, Etc.) ✓ Proceso de implementación de la Atención integral con enfoque de familia y comunidad. MAIS ✓ Se creó el área de investigación en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poco conocimiento de las nuevas tecnologías de administración. ✓ Constante cambio de las versiones de tecnología. ✓ Falta de asistencia técnica a la Unidades Operativas. ✓ Sistema de información débil. ✓ Deficiente seguimiento, monitoreo y evaluación de intervenciones sanitarias. ✓ Deficiente sistema de referencia y contra referencia. ✓ Funciones asignadas sin considerar el perfil profesional ✓ Débil implementación del proceso de reestructuración por el Gobierno Regional. ✓ Débil implementación del SIGA ✓ Ausencias de Puntos del SIAF



		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Débil implementación del Sistema de Telecomunicaciones
 <p>RECURSOS HUMANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor interés, por parte del personal en actividades de capacitación. ✓ Mayor interés, por parte del Gobierno Regional de Huancavelica y la DIRESA de Huancavelica en cerrar las brechas en RRHH 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal desmotivado por inestabilidad laboral y bajas remuneraciones. ✓ Gestión de recursos humanos con escasa efectividad y no favorece a los trabajadores. ✓ No política de incentivos y ascensos. ✓ Débil trabajo en equipo ✓ Profesionales de la salud, formados con enfoque asistencial.
  <p>INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor interés en cerrar la brecha en infraestructura y equipamiento por parte del Gobierno Regional de Huancavelica. ✓ Mayores adquisiciones de unidades móviles para el fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia. ✓ Mayor cantidad de personal de salud conocedor de la realidad local, originaria de la zona y habla el idioma local (Quechua) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Persistencia de establecimientos con edificaciones precarias. ✓ Persistencia de comunidades sin servicios básicos. ✓ Débil inversión en mantenimiento y reparación de equipos y unidades móviles. ✓ Falta de competencias técnicas y no equipos para diagnosticar intoxicación por metales pesados y monitoreo de la calidad de agua.
 <p>RECURSOS FINANCIEROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Administración regional de los convenios de apoyos presupuestarios de la comunidad internacional (EUROPAN). ✓ Mayores recursos para los programas estratégicos ✓ Implementación del la gestión por resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poca fiscalización de los recursos en el sector salud. ✓ Dificultades en la ejecución del presupuesto.

Por estas razones antes expuestas, es una prioridad para toda autoridad sanitaria prestar atención adecuada a toda la población, con mayor énfasis en las poblaciones excluidas y promover el acceso universal a los servicios de salud; puesto que aun existen comunidades extremadamente pobres y excluidas con un débil desarrollo comunal y condiciones sanitarias inadecuadas que tienen difícil acceso a los servicios de salud integral y débil corresponsabilidad en el cuidado de su salud debido a un débil trabajo

intersectorial, servicios inequitativos, con limitada ineficacia y no adecuados culturalmente lo que conlleva a una exclusión social y sanitaria de las poblaciones que más lo necesitan.



CAPÍTULO 3

**Rol Estratégico de la
Institución**

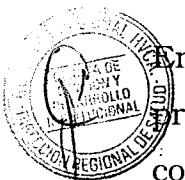
Marco de Estrategico del PEI

3.1 Rol Estratégico de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica

Consecuente con los retos del nuevo milenio y los nuevos contextos internacionales y nacionales, el reto inmediato e ineludible del desarrollo de la Región de Huancavelica, es la superación de la pobreza y la creación de las condiciones básicas para el pleno ejercicio de las capacidades de su población.



En este contexto, la DIRESA de Huancavelica, tiene un rol estratégico, la de preservar el capital humano desde la concepción hasta el límite de la vida, con especial énfasis en los primeros años de la vida y la salud de las madres.



En este sentido la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, cumple con la función de promover, recuperar y rehabilitar la salud de la población, contribuyendo efectivamente a que las personas tengan la oportunidad de desarrollar sus capacidades y el ejercicio de sus derechos ciudadanos.



3.2 Marco Referencia del Plan de Desarrollo Institucional (PEI):

El marco político-sectorial en la que se inscribe el Plan de Desarrollo Institucional 2012-2016 de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica lo constituyen:



Objetivos del Milenio

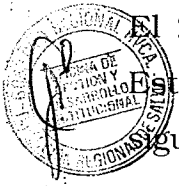
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la educación primaria universal
3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil



5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo



Acuerdo Nacional



El 22 de julio del 2002, en el AN aprobaron un conjunto de políticas de Estado, dirigido a alcanzar cuatro grandes objetivos, en cada uno con los siguientes compromisos relacionados a la salud de la población:



✓ Primera Política: Fortalecimiento del Régimen Democrático y del Estado de Derecho.

✓ Cuarta Política: Institucionalización del Diálogo y la Concertación



✓ Octava Política: Descentralización Política, Económica y Administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

✓ Décima Política: Reducción de la Pobreza



✓ Décimo Primera: Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación

✓ Décimo Tercera: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

✓ Décimo Quinta: Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición

✓ Décimo Sexta: Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud

✓ Vigésimo Cuarta: Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente

Lineamientos de política de salud 2007-2020 del Plan Nacional Concertado de Salud



- ✓ Atención integral de salud a la mujer y el niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención.

Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.



Aseguramiento Universal en Salud.

Descentralización de la función de salud a nivel del Gobierno Regional y Local.



Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.

Desarrollo de los Recursos Humanos.



- ✓ Medicamento de calidad para todos / as.

Financiamiento en función de resultados.

Desarrollo de la rectoría del sistema de salud



Participación Ciudadana en salud

Mejora de los otros determinantes de la salud

**Plan estratégico de Desarrollo Regional Concertado de Huancavelica
2008-2016. Sector Desarrollo Humano, Sub Sector Salud:**

- ✓ Desarrollar programas de Salud Preventiva y extensiva a la población de la región.



- ✓ Promover la organización y fortalecimiento de Programas de Apoyo Nutricional Infantil

- ✓ Fomentar la educación de padres en temas de higiene y nutrición.



- ✓ Implementar Programas de Capacitación de Personal de Salud para medico y médico



- ✓ Implementar sistemas de servicios de salud de calidad e integral a nivel de la región.

- ✓ Desarrollar programas integrales de saneamiento ambiental.



- ✓ Implementar programas integrales de saneamiento básico a nivel de la región.

- ✓ Implementar programas integrales de salud ambiental a nivel de la región.

Como hemos manifestado en líneas anteriores, es también ineludible, no mencionar, de tener en cuenta de manera permanente la **visión y misión** construidas de manera participativa en el proceso de formulación de la Políticas Públicas de Salud de la Región de Huancavelica 2012 -2016 y el Plan Estratégico Sectorial Regional de Salud de Huancavelica 2012 -2016, que detallamos a continuación:

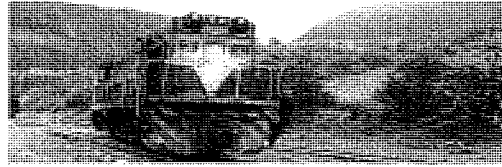
**Visión de la
Dirección
Regional de
Salud de
Huancavelica**



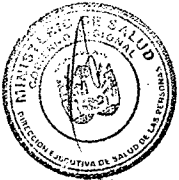
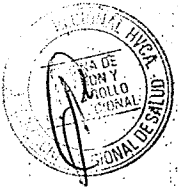
Para el año 2016, la DIRESA Huancavelica, será una organización que garantice servicios de salud de calidad, con acceso universal a la atención integral, basado en familia y comunidad; generando entornos saludables, con participación multisectorial y de la sociedad civil; en el marco de la descentralización y la gestión por resultados.



**Nuestra
Razón de ser
Misión**



Tenemos la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes de la Región de Huancavelica basado en la familia y comunidad, organizando y conduciendo la gestión sanitaria en forma transparente, efectiva y descentralizada.




Políticas Públicas de Salud de Huancavelica

Las Políticas Públicas de Salud para la Región Huancavelica son:

Prioridades Sanitarias	Lineamientos Generales
Eje N° 1. Atención Sanitaria Regional	
Desnutrición Crónica y anemia en menores de 3 años	Atención integral y articulada de la salud del niño y niña, para disminuir la desnutrición crónica y anemia, en < de 3 años de edad
2. Mortalidad Materna, Neonatal y Perinatal	Promoción de la sexualidad responsable, maternidad segura y saludable, para reducir la mortalidad materna, neonatal y perinatal.
3. Enfermedades Transmisibles (ITS, VIH-SIDA y TBC)	Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles (ITS, VIH-SIDA y TBC)
Embarazo en Adolescente	Atención y educación sexual integral de calidad, que responda a las necesidades de desarrollo de los y las adolescentes, manteniéndolos saludables.
5. Enfermedades de Salud Mental	Prevención y control de la violencia familiar, social y otros problemas prevalentes de salud mental, desarrollando estrategias que fomenten estilos vida y ambientes saludables.
6. Enfermedades Transmisibles no	Control, prevención y vigilancia de las enfermedades no transmisibles.
Eje N° 2. Determinantes de la Salud	
7. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Desarrollo de entornos saludables y Promoción de estilos de vida saludables, concertada y con participación social.
8. Salud Ambiental	Gestión en saneamiento ambiental, previniendo la exposición a factores de riesgos sanitarios y ambientales.
Eje N° 3. Sistema de Salud Regional	
9. Calidad de la Atención de Salud	Atención de salud segura, efectiva, oportuna e intercultural; respetuosa del derecho y dignidad de las personas; a través del mejoramiento continuo de la calidad.
10. Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud	Gestión descentralizada de Recursos Humanos en Salud, que promueva el desarrollo de capacidades eficaces, eficientes y equitativas del personal de salud.

Objetivos Estratégicos y lineamientos correspondientes a las prioridades sanitarias Regionales:

Objetivos Estratégicos correspondientes a las prioridades sanitarias Regionales de la Región Huancavelica	
 Objetivo Estratégico 1. Garantizar la Atención Integral de Salud priorizando la población pobre y vulnerable, universalizando la afiliación del seguro integral de salud, mediante la implementación del modelo de la Gestión por Resultados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención integral y articulada de la salud del niño y niña, para disminuir la desnutrición crónica y anemia, en < de 3 años de edad 2. Promoción de la sexualidad responsable, maternidad segura y saludable, para reducir la mortalidad materna, neonatal y perinatal. 3. Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles (ITS, VIH-SIDA y TBC) 4. Atención y educación sexual integral de calidad, que responda a las necesidades de desarrollo de los y las adolescentes, manteniéndolos saludables. 5. Prevención y control de la violencia familiar, social y otros problemas prevalentes de salud mental, desarrollando estrategias que fomenten estilos vida y ambientes saludables. 6. Control, prevención y vigilancia de las enfermedades no transmisibles.
Lineamientos	
Objetivo Estratégico 2. Implementación de la Promoción de la Salud, y reducción de los riesgos ambientales relacionados a la salud, que permita a la gente aumentar el control sobre su salud, mejorar su calidad de vida y equidad social..	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de entornos saludables y Promoción de estilos de vida saludables, concertada y con participación social. 2. Gestión en saneamiento ambiental, previniendo la exposición a factores de riesgos sanitarios y ambientales.
Lineamientos	
Objetivo Estratégico 3. Fortalecer el desempeño del Sistema Regional de Salud, a través del mejoramiento de la calidad con enfoque de interculturalidad y la gestión adecuada de recursos humanos de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de salud segura, efectiva, oportuna e intercultural; respetuosa del derecho y dignidad de las personas; a través del mejoramiento continuo de la calidad. 2. Gestión descentralizada de Recursos Humanos en salud, que promueva el desarrollo de capacidades eficaces, eficientes y equitativas del personal de salud.
Lineamientos	

3.3 Principios y valores para la implementación del PEI de la DIRESA de Huancavelica

El logro de una visión y de objetivos comunes, implica la práctica consensuada de reglas de convivencia o principios, tales como:



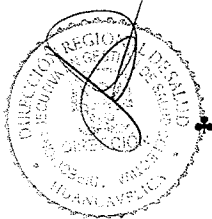
HUMANIDAD

- Reafirmamos la dignidad, valía y potencial de cada persona.
- Ser solidarios con los demás.
- Respetar las ideas y opiniones de otros.
- Ser equitativos y facilitar el acceso a las oportunidades de distribuir y redistribuir los recursos de acuerdo a sus necesidades.



HONESTIDAD

- Integridad en nuestra conducta para proteger la imagen institucional y crear una nueva cultura.
- Demostramos transparencia en nuestras acciones individuales y colectivas.
- Cultura de acceso a la información y rendición de cuentas como un acto comunicacional con la población.
- Generamos confianza en los demás.



IDENTIDAD

- ❖ Personal con mística y voluntad de trabajo
- ❖ Sentirse identificado con la institución con la que uno trabaja



RESPONSABILIDAD

- ❖ Cumplimos con las tareas encomendadas
- ❖ Respondemos de los actos que realizamos



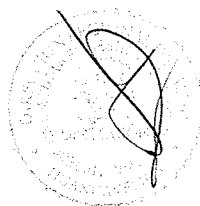
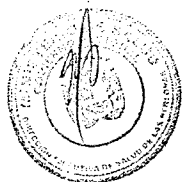
PERSEVERANCIA

- ❖ No cesamos en nuestros intentos a pesar de las dificultades
- ❖ Desafiamos los retos



PARTICIPACIÓN

- ❖ Derecho de la ciudadanía para formar parte de la toma de decisiones
- ❖ Actuación coordinada y articulada para asegurar el desarrollo de acciones integradas, armónicas y sinérgicas
- ❖ Conjunción de esfuerzos de las instituciones públicas, privadas y la sociedad civil y compartir responsabilidades en la mejora de la salud.



CAPÍTULO 4

**Objetivos
Estratégicos
Institucionales**

**Acciones Estratégicas de Desarrollo
Institucional**

4.1 Objetivo Estratégico Institucional N° 1

Fortalecer la rectoría y autoridad sanitaria Regional, para conducir, orientar, dirigir e implementar las políticas y el PESR de salud, de manera concertada e intersectorial.

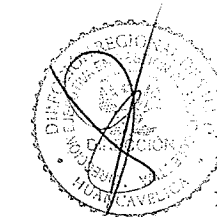
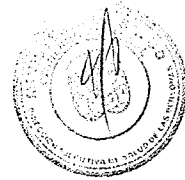


Es imperativo fortalecer el rol rector de la DIRESA Huancavelica, al interior y fuera del sector ejerciendo funciones de regulación, control y vigilancia. Así como asumir el liderazgo del sector en su conjunto dentro de la región, para abogar por la salud y negociar con otros sectores; orientada a reducir inequidades para el desarrollo humano.



Acciones y actividades priorizadas

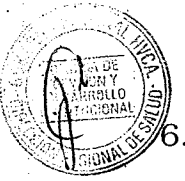
1. Reconstituir y Fortalecer el Consejo Regional de Salud presididos por la Gerencia Regional de Desarrollo Social y la Dirección regional de Salud de Huancavelica, como instancias de conducción e implementación de las políticas sanitarias y sociales a nivel regional.
2. Contar con un diseño de propuesta de Redes Funcionales de Salud (Sistema Regional de Salud) articulado por todos los subsectores del sector salud (GRH, EsSalud, Sanidad FF.PP, Privados, otros); con principios básicos, objetivos, componentes, funciones, relaciones y mecanismos de relación entre los sub sectores.
3. Fortalecimiento de las competencias del Equipo de Gestión de la Dirección Regional de Salud Huancavelica para ejercer su rol de rectoría y gestión sanitaria regional, incluido el de autoridad sanitaria; mediante la capacitación y el asesoramiento de acuerdo a las necesidades.



4. Fortalecimiento en desarrollo de normas técnicas regionales, mecanismos de seguimiento y monitoreo regional de la gestión en los niveles locales.



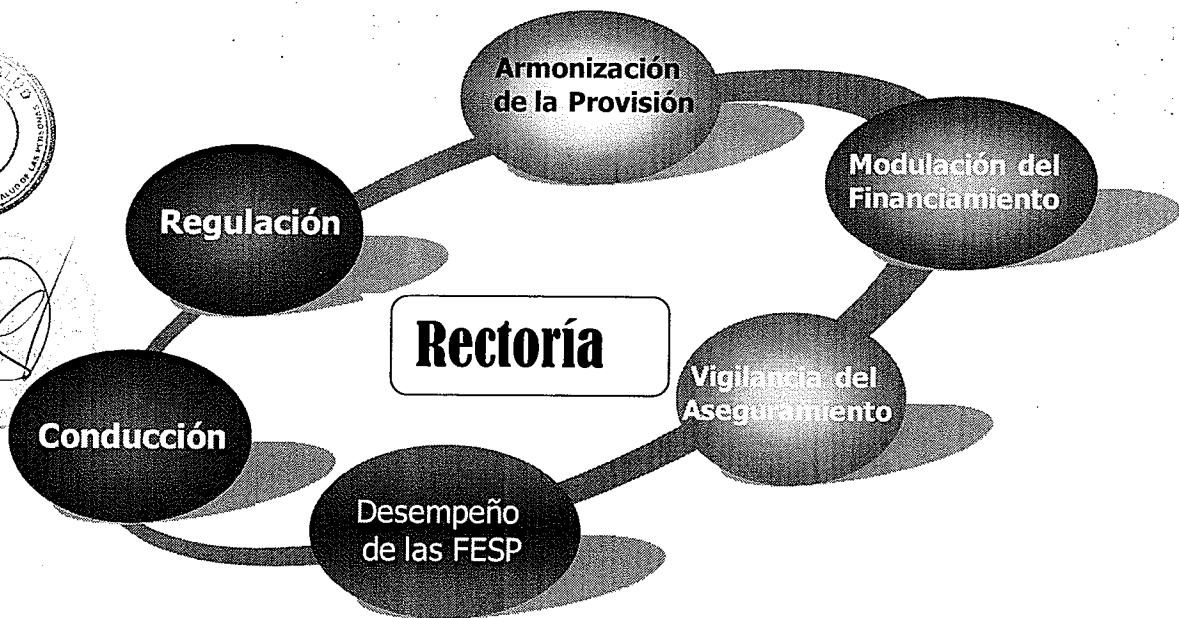
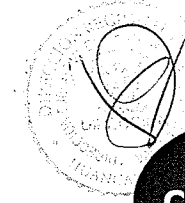
5. Conformación de colectivos Técnico-académicos como instancias de generación y debate de propuestas para el desarrollo sanitario regional e inducir la conformación de redes sociales que permitan su intercambio y enriquecimiento con experiencias similares a nivel nacional e internacional.



6. Desarrollar la evaluación de las funciones esenciales de la salud pública (FESP), en la región.



Dentro de las tareas que conforman la rectoría y debemos esforzarnos en la DIRESA de fortalecerlo son:



ARTICULACION DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2016



OBJETIVO ESTRATEGICO 1	Resultado Esperado
Fortalecer la rectoría y autoridad sanitaria Regional, para conducir, orientar, dirigir e implementar las políticas y el PESR de salud, de manera concertada e intersectorial.	Desempeño medio superior de las Funciones Esenciales de Salud Publica (FESP) a nivel Regional.
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
	Aprobación de las Políticas Regionales de Salud
Garantizar la operatividad del equipo de gestión para el cumplimiento de las políticas públicas, plan regional sectorial, PEI y POI en función a la misión visión de la región.	95% de Cumplimiento del Plan Estratégico Institucional 2012-2016.
	70% de Trabajadores Administrativos de la DIRESA y Redes de salud competentes en las funciones que desempeñan.
Garantizar un adecuado y actualizado análisis situacional de salud Regional y Local	Análisis Situacionales de Salud 01 regional y 07 locales por año.

4.2 Objetivo Estratégico Institucional N° 2

Reestructuración y modernización de la gestión sanitaria regional que responda a las necesidades de salud de la población, garantizando la calidad y transparencia de la gestión pública.

Acciones y actividades priorizadas

1. Formulación e implantación del diseño Organizacional para la DIRESA, Redes de Salud, Microrredes y Hospitales, acorde a las políticas y el PESR de Salud, en el marco de la descentralización y los desafíos sectoriales e institucionales del Sistema Regional de Salud
2. Formulación o actualización de los documentos de gestión regional como: ROF, MOF, CAP, PAP, CNP, MAPRO, TUPA y otros, de acuerdo a las Políticas de Salud y el PESR de Salud.
3. Implementar un sistema de inteligencia sanitaria regional, con un sistema de información integrado, de manera que sean verdaderas instancias proveedoras de información inteligente para el planeamiento y la toma de decisiones de la gestión sanitaria, en lógica de gestión por resultados.
4. Modernizar los Sistemas administrativos, para que sean parte activa y eficiente del engranaje necesario para cumplir las funciones de gestión por resultados, el mismo que debe estar plenamente articulado con la prestación de Servicios de Salud.
5. Mejorar los procesos de la gestión de medicamentos para garantizar su dotación oportuna, adecuada y accesible.

6. Impulso de la participación ciudadana en la planificación y evaluación de los servicios y rendición de cuentas del proceso de la gestión de manera permanente, para fortalecer y consolidar espacios de control social de la gestión en salud.



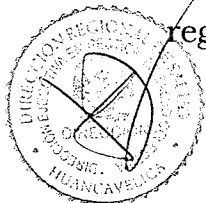
7. Fortalecimiento del Equipo de Gestión de la Dirección Regional de Salud; en el contexto de la implementación de la Gestión por Resultados, como necesidad de una dirección conjunta y articulada de las diferentes Direcciones y unidades, para que las energías individuales se armonicen en el logro de las metas sanitarias; por tanto



es necesario reconstituir y fortalecer el "Equipo de Gestión" de la DIRESA Huancavelica, con la participación completa de los funcionarios de Niveles de decisión, como un espacio permanente de comunicación y trabajo conjunto



8. Elaboración del Plan Maestro de desarrollo de infraestructura sanitaria regional a largo plazo en la Región de Huancavelica y sus respectivas fichas de proyectos de inversión concertados, destinado a lograr el fortalecimiento, ordenamiento y racionalización de la oferta sanitaria regional (Programación Multianual de Programas y Proyectos)



ARTICULACION DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2016




OBJETIVO ESTRATEGICO 2	Resultado Esperado
Reestructuración y modernización de la gestión sanitaria regional que responda a las necesidades de salud de la población, garantizando la calidad y transparencia de la gestión pública.	DIRESA, REDES y Hospitales; cuentan con resoluciones de la estructura orgánica y funcional actualizada.
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
Formular e implantar el diseño Organizacional para la DIRESA, Redes de Salud, Microrredes y Hospitales, acorde las políticas y el PESR de Salud, en el marco de la descentralización y los desafíos sectoriales e institucionales del Sistema Regional de Salud	DIRESA, REDES y Hospitales cuentan con todos los documentos de gestión institucional actualizados y aprobados (ROF, MOF, CAP, PAP, MAPRO, PEI, POI)
Conducir, Monitorear y Evaluar el desempeño de la gestión sanitaria a nivel regional.	95% de cumplimientos en los indicadores regionales de salud
Conducir y ejecutar la gestión de riesgos y daños de salud para el control de epidemias, emergencias y desastres	95% de cumplimiento de los indicadores de monitoreo del Sistema de vigilancia en salud pública, para identificar oportunamente amenazas y daños a la salud.
	Prevención, Reducción y Control permanente de los factores de Riesgos de Desastres en un 90%
	Mapa de amenazas, vulnerabilidad y riesgos de emergencias y desastres de la Región Huancavelica.


4.3 Objetivo Estratégico Institucional N° 3

Implementar el Modelo de Gestión por Resultados (GpR), y Aseguramiento Universal, para la mejorar la atención integral por etapas de vida.


Acciones y actividades priorizadas



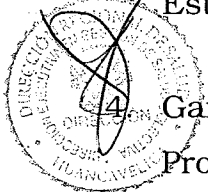
Fortalecimiento y articulación de los procesos de planificación, presupuesto, logística y prestación de los servicios de salud, en todas las Unidades Ejecutoras de salud; vinculando de manera sistémica entre las distintas fases de la gestión pública: RESULTADOS - PRODUCTOS - RECURSOS



Mejorar los procesos de programación de metas físicas de acuerdo a los padrones nominados y presupuesto de acuerdo a las definiciones operacionales de los Programas estratégicos.



3. La Planificación Operativa, debe estar estrechamente ligada a las específicas de gasto del PIM (MP - SIAF) de la Unidad ejecutora; los mismos deben corresponder con las específicas de gasto del Cuadro de Necesidades del SIGA (SIP PpR), para cada finalidad de los Programas Estratégicos.



4. Garantizar ejecución adecuada de los recursos asociados a los Programas Presupuestales Estratégicos y de manera coherente y alienado entre lo programado y lo desplegado en el modulo presupuestal del SIAF.

5. Desarrollar un sistema de adquisiciones adecuado y ágil de las UEs, a fin de proveer a los EE.SS. bienes y servicios de calidad, a tiempo y a

un costo razonable para garantizar la eficiencia, la eficacia y la transparencia de la gestión pública.

6. Gestionar, para pasar de poner el eje en las Instituciones, a poner el eje en lo que valora y necesita el ciudadano como resultados (las instituciones – la DIRESA y Redes, se adecúan y priorizan)



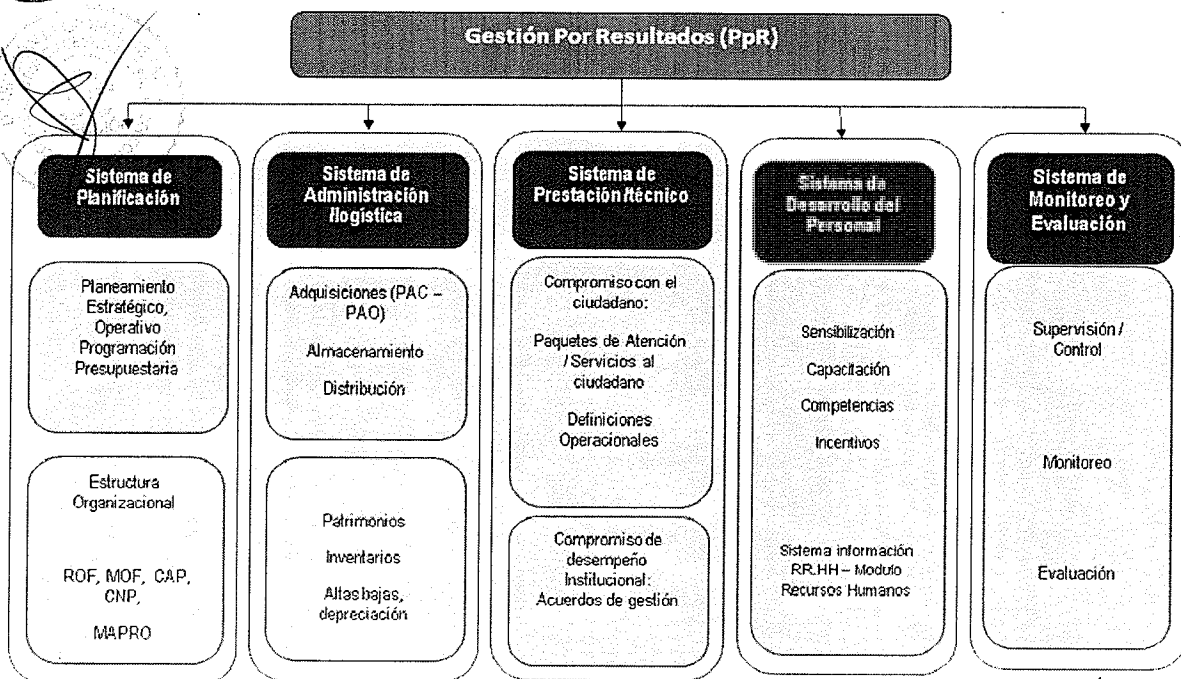
7. Pasar de la atención centrada en los insumos, a la atención en los productos (el servicio que efectivamente llega al ciudadano – vacunas, agua potable, etc.) su estructura de costos y relación con los resultados.



8. Pasar del seguimiento puramente financiero (ejecución presupuestal) al seguimiento de la articulación entre insumo – producto – resultado.


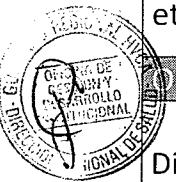
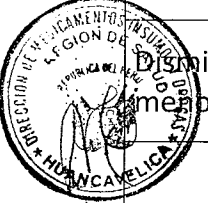


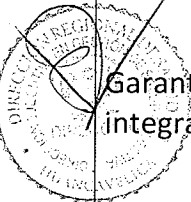


La implementación del Modelo de la gestión por resultados debe ser un tema sistémico en todos los sistemas administrativos, es decir deben reorientar todos en lógica de resultados, anteponiendo siempre primero a las personas que son nuestra razón de ser:



Fuente: Elaboración propia

ARTICULACION DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2016

OBJETIVO ESTRATEGICO 3	Resultado Esperado
 <p>Complementar el Modelo de Gestión por Resultados (GpR), y aseguramiento Universal para la mejorar la atención integral por etapas de vida</p>	<p>La DIRESA ha cumplido con ejecutar el 100% de las metas de los objetivos que se encuentran considerados en el presupuesto por resultados.</p>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
 <p>Disminuir de la Muerte Materna y perinatal</p>	<p>Disminución de la Razón de Mortalidad Materna a menos de 140 x 100,000 n.v. a nivel regional</p>
 <p>Disminuir de la desnutrición crónica en menores de 5 años</p>	<p>Disminución de la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años a 34.7% a nivel regional</p>
<p>Disminuir y controlar las enfermedades transmisibles</p>	<p>Disminución de la incidencia de VIH/SIDA a menos 2 por 100,000 hab.</p>
 <p>Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles</p>	<p>Disminución de la incidencia de TBC a 18 por 100,000 hab.</p>
 <p>Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles</p>	<p>Reducir en 10% los AVISA causado por enfermedades no transmisibles</p>
 <p>Garantizar la entrega del paquete de atención integral por etapas de vida</p>	<p>Atención integral al 100% de los niños y niñas</p>
	<p>Atención integral al 40% de los adolescentes</p>
	<p>Atención integral al 40% de los adultos</p>
	<p>Atención integral al 60% de los adultos mayores</p>
<p>Desarrollar e implementar las normas sub procesos y procedimientos orientados a la gestión y control del aseguramiento publico en salud en el ámbito regional.</p>	<p>100 % de EE.SS I-3 y I-4, han implementado el PEAS y las garantías explícitas en el marco del AUS</p>
<p>Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos y dispositivos médicos y productos sanitarios seguros en los servicios de salud sin discriminación y de calidad; así como el uso racional de medicamentos y la fármaco vigilancia en establecimientos públicos y privados.</p>	<p>95 % de Disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos por nivel de atención en los EESS</p>


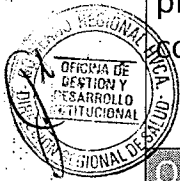

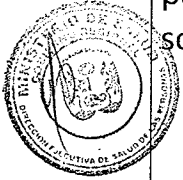

4.4 Objetivo Estratégico Institucional N° 4

Desarrollar entornos saludables y promoción de estilos de vida de vida saludable concertada y con participación social

Acciones y actividades priorizadas

1. Implementar nuevas formas de organización de servicios de salud que incorporen el enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extramural.
2. Desarrollar competencias entre el personal de los servicios para que brinde atención con priorizando la promoción y prevención de la salud.
3. Fortalecer el trabajo de los promotores de salud/agentes comunitarios de salud, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales.
4. Fortalecer la participación comunitaria en la gestión sanitaria y los planes de salud locales.
5. Fortalecer las relaciones entre los servicios de salud y todos los actores sociales relevantes al nivel local.
6. Promover el ejercicio de corresponsabilidad social en el desarrollo de la comunidad.

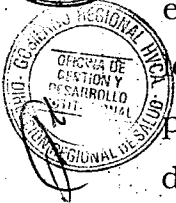

ARTICULACION DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2016

OBJETIVO ESTRATEGICO 4	Resultado Esperado
 <p>Desarrollar entornos saludables y promoción de estilos de vida saludable, concertada y con participación social</p>	<p>10% de Municipios, Comunidades, Familias e Instituciones Educativas de la misma jurisdicción han calificado y acreditado como saludable respectivamente.</p>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
  <p>Fortalecer la gestión en los escenarios de promoción de la salud con participación intersectorial y actores sociales</p>	<p>25% de Municipios califican como saludables</p> <p>25% de Comunidades califican como saludables</p> <p>25% de Familias califican como saludables</p> <p>25% de Instituciones Educativas del nivel primaria y secundaria Acreditadas como saludables.</p>
 <p>Desarrollar y conducir Planes Estratégicos de Comunicación Educativa en Salud</p>	<p>Escenarios de promoción de la salud con Planes Estratégicos de Comunicación Educativa (PECES) implementados al 50%</p>
 <p>Reorientar los Servicios de Salud Regional, para implementar Estrategias de Promoción de la Salud.</p>	<p>100% de Estrategias sanitarias y programas articuladas con promoción de la salud en el marco de PpR</p>

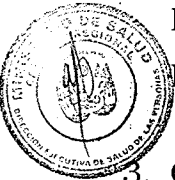
4.5 Objetivo Estratégico Institucional N° 5

Fortalecer la organización de los servicios de Salud, estructural y funcionalmente; así como la Salud Ambiental y Ocupacional en la región

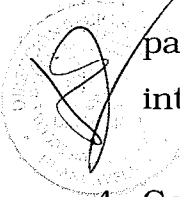
Acciones y actividades priorizadas



Implementar y fortalecer los "Equipos de Gestión de Redes" como espacios de una dirección conjunta, con la participación completa de los funcionarios de la Red de Salud y de las Micro Redes de Salud; promoviendo la necesidad de trabajar en equipo, como un estilo de dirigir y gestionar el desarrollo institucional en forma concertada buscando siempre la participación activa de todos sus representantes; así como evaluar y monitorear los procesos de la gestión y prestación de salud e implementar supervisiones permanentes.



2. Desarrollar procesos de redefinición de Redes, Micro Redes de Salud, para mejorar y optimizar la entrega de los servicios de salud a la población.



3. Categorizar los establecimientos de salud de la región Huancavelica, para garantizar la atención de una cartera de servicios de salud integrales por ciclos de vida

4. Garantizar atención a las poblaciones excluidas y dispersas, a través del Seguro Integral de Salud y diversas estrategias, como oferta móvil y otros.

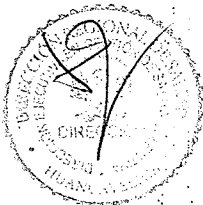
5. Mejoramiento de la capacidad resolutive de los servicios a nivel regional (infraestructura y equipos), para garantizar la cobertura de atención






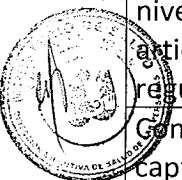
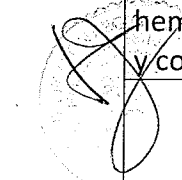
6. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención; desde el nivel comunal de salud como primer escalón de la atención sanitaria.



7. Fortalecimiento de las Gerencias de las redes de servicios de salud en su rol de planificación (Plan operativo), producción y negociación de servicios de salud, mediante la capacitación y el asesoramiento técnico



ARTICULACION DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2016

OBJETIVO ESTRATEGICO 5	Resultado Esperado
 <p>Fortalecer la organización de los servicios de salud, estructural y funcionalmente, así como la salud ambiental y ocupacional en la región.</p>	<p>100% de establecimientos de salud que cumplen con la categoría asignada.</p> <p>50% de la Población con acceso a agua bacteriológicamente segura</p>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
 <p>Conducir, y organizar los servicios públicos y privados en la región</p>	<p>100% de establecimientos de salud con categoría verificados en el RENAES</p>
 <p>Normar y Regular la organización, los procesos y procedimientos administrativos - asistenciales del sistema de referencia y contrareferencia en los diferentes niveles de atención para garantizar la continuidad de la atención de salud</p>	<p>90% de Establecimientos de salud realizan referencias de acuerdos a las normas vigentes</p>
 <p>Conducir la Gestión Tecnológica en Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento de los establecimientos de Salud del sector a nivel regional en forma descentralizada, articulada y directa. A través de la normalización, regulación, supervisión y asistencia técnica.</p>	<p>Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos biomédicos y transporte de la DIRESA Huancavelica ejecutado al 100%.</p>
 <p>Consolidar un Sistema Regional que garantice la captación, provisión, obtención, preparación, distribución y administración de sangre y/o hemocomponentes de manera oportuna, segura y con calidad</p>	<p>Bancos de Sangre implementados y operativos al 100%</p>
<p>Impulsar y fortalecer la gestión a nivel sectorial e intersectorial para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud ambiental y ocupacional en el ámbito regional, en coordinación con los gobiernos locales.</p>	<p>60% de la población consume alimentos sanos.</p> <p>20 % Centros laborales con adecuada seguridad e higiene para sus trabajadores</p> <p>50% de Municipalidades con Gestión de residuos sólidos de riesgo sanitario regular</p> <p>60 % de las aguas de los cursos naturales de las cuencas de la región tienen niveles permisibles de contaminantes biológicos y físico-químicos según estándares nacionales de acuerdo al tipo de uso.</p>

4.6 Objetivo Estratégico Institucional N° 6

Desarrollar un sistema de gestión de la calidad en los hospitales, redes, micro redes y establecimientos de salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Implementar un sistema de gestión de la calidad en hospitales y redes de salud. (Control, evaluación, monitoreo y supervisión), como: "el conjunto de procesos que dirigen y controlan a la Red de Servicios de Salud de la DRESA de Huancavelica":

Acciones y actividades priorizadas

1. Formular e implementar la Política de Calidad en Salud, como un documento de Dirección, que define los Objetivos de la Calidad de la atención, que oriente, regule, dirija la implementación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en Salud a nivel regional. Asimismo, emitir las normas y directivas institucionales para su eficaz operación (Normas Institucionales en Calidad, Planificación de la Calidad, Gestión Directiva de la Calidad, Coordinación y Concertación por la Calidad)

2. Implementar los procesos de Operación de la Calidad; definiendo, adecuando e implementando las normas y estándares institucionales de calidad. Asimismo, gestionar los procesos de garantía y mejora de la calidad de la atención para el logro de los objetivos de la calidad, por medio de las tecnologías de la calidad: (i) auditoria para la calidad, (ii) acreditación, (iii) estandarización (iv) mejora continua en el nivel local y hospitalario.

3. Desarrollar e implementar el Control y Vigilancia Social de la calidad; para realizar el análisis y control de los procesos, productos, resultados, requisitos de los usuarios y de la organización; para determinar las no conformidades y proponer a la Dirección las acciones

para elevar su desempeño. De igual manera facilitar la información requerida por los organismos constituidos por la ciudadanía para ejercer la vigilancia de la calidad de atención.



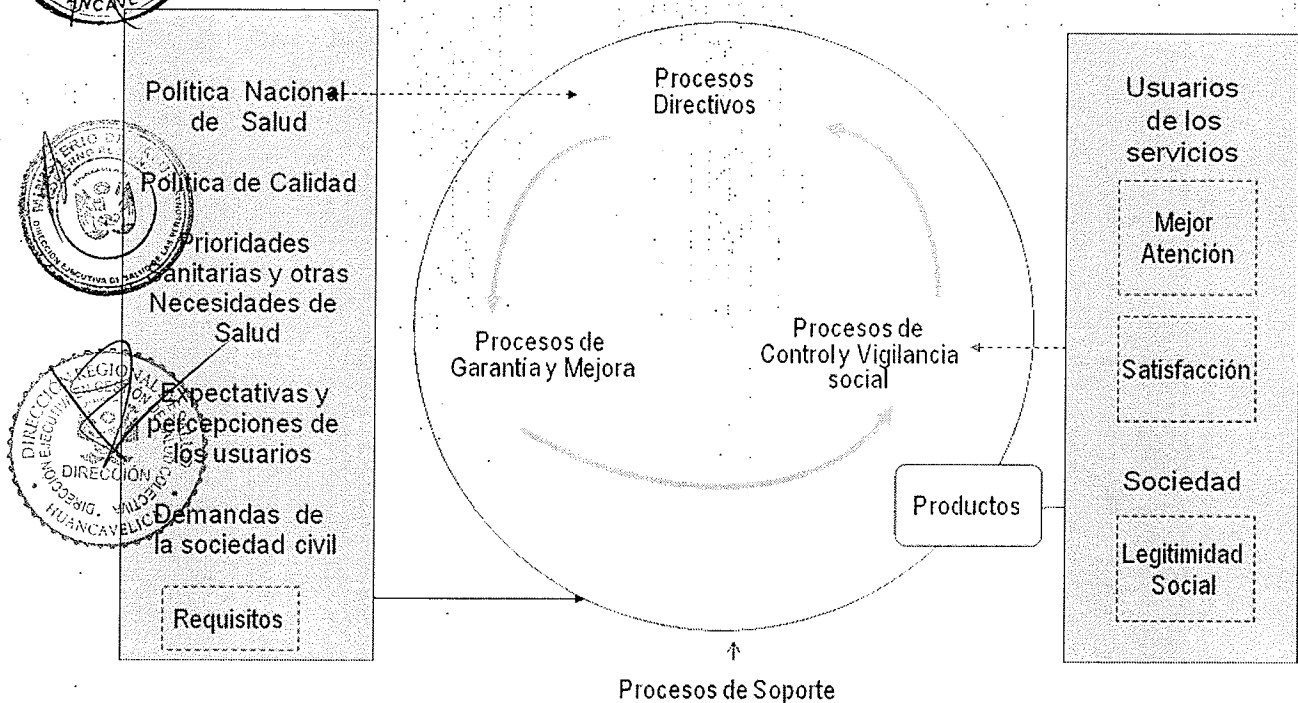
Desplegar los procesos de Soporte al Sistema de Gestión de Calidad en Salud: (i) Proceso de generación de capacidades e incentivos para la calidad, (ii) Proceso de información y registro para la calidad, (iii)



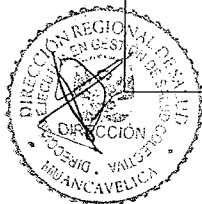
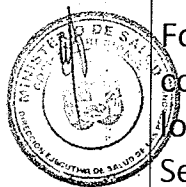
Proceso de suministro de medicamentos e insumos críticos para la atención, (iv) Proceso de asignación de recursos financieros para las intervenciones en calidad, como elementos que garanticen la atención de salud de calidad.



El siguiente gráfico debe guiar el desarrollo de una gestión de calidad en la región de Huancavelica:



ARTICULACION DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2016



OBJETIVO ESTRATEGICO 6	Resultado Esperado
<p>Desarrollar un Sistema de Gestión de la Calidad en los Hospitales, Redes, Micro redes y establecimientos de salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud</p>	<p>100% de Establecimientos de salud I3 y I4 acreditados</p>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
<p>Fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo a través de la implementación de una Política Regional de calidad en salud.</p>	<p>100% de los establecimientos de salud FON cumplen con las Funciones Obstétricas y Neonatales.</p>
	<p>100% de EE.SS. realizan auditoria de la calidad de atención en salud a través del comité de auditoria</p>
	<p>Índice de insatisfacción del usuario externo menor al 5%</p>

4.7 Objetivo Estratégico Institucional N° 7

Implementar la gestión y desarrollo de los recursos humanos en la región Huancavelica en el marco de la descentralización en salud

Acciones y actividades priorizadas



1. Iniciar con el proceso de planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil epidemiológico, demográfico y sociocultural; así como las necesidades de salud de la población y particularmente de las zonas más excluidas de la región.



2. Identificar perfiles de competencias laborales, a fin de organizar los puestos de trabajo en la región.



3. Normalizar los procesos de reclutamiento, selección, incorporación, inducción, movilidad y salida del personal, de acuerdo al planeamiento estratégico.



4. Implementar de programas eficaces, eficientes y equitativos de desarrollo de competencias del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y resultados en la atención de salud de la población, promoviendo el enfoque de educación permanente en salud y la evaluación de competencias.



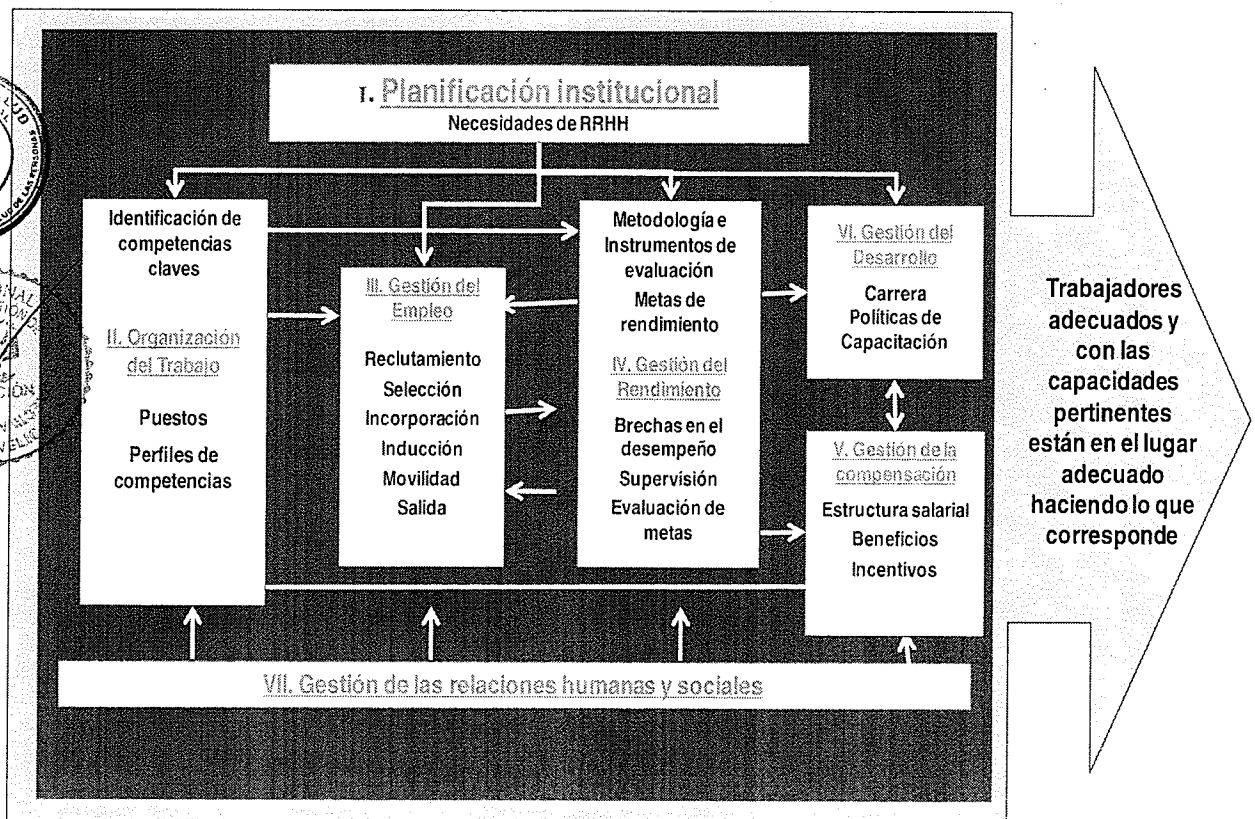
5. Implementar mecanismos de supervisión y evaluación de recursos humanos y generar mecanismos de beneficios e incentivos.

6. Implementar un sistema información gerencial de recursos humanos como instrumentos de gestión y toma de decisiones; que incluya mecanismos sencillos de seguimiento automatizado de jornada anual, altas, bajas, enfermedades profesionales y laborales, retribuciones,


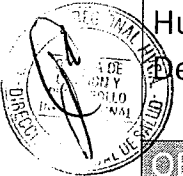

beneficios sociales, procesos de evaluación y otros que se considere necesarios.

7. Implementar de estudios de clima organizacional (mediciones, análisis y planes de acción para el mejoramiento) a fin de efectuar intervenciones tanto a nivel de diseño o rediseño de estructuras organizacionales, cambios en el entorno organizacional interno, gestión de programas motivacionales, gestión de desempeño, mejora de sistemas de comunicación interna y externa, mejora de procesos productivos, mejora en los sistemas de retribuciones, etc.

La propuesta del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, debe implementarse de manera integral y articulada entre su diversos sub procesos; de tal forma que tengamos personal adecuado y con las capacidades pertinentes, que estén en el lugar adecuado, haciendo lo que corresponde, como se muestra en el siguiente grafico:



ARTICULACION DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2016

OBJETIVO ESTRATEGICO 7	Resultado Esperado
 <p>Implementar la gestión y el Desarrollo de los Recursos Humanos en la Región Huancavelica en el marco de la descentralización en salud</p>	<p>100% de las Políticas en Recursos Humanos en salud Implementadas</p>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	
 <p>Implementar y conducir el proceso de gestión institucional de RRHH promoviendo políticas y documentos normativos; así como la obtención, utilización, mantenimiento, desarrollo del personal de salud con el propósito de garantizar el adecuado desempeño institucional.</p>	<p>Políticas de Recursos humanos en Salud Aprobadas a nivel regional</p>
 <p>Conducir en forma descentralizada el desarrollo de habilidades y capacidades eficaces, eficientes y equitativas del personal de salud, en la región de Huancavelica.</p>	<p>100% de Ejecución del plan para el fortalecimiento de competencias de RHUS</p> <p>5 Investigaciones en Salud Realizadas</p>

CAPÍTULO 5

**Estrategias
Seleccionadas**

Para la Implementación del PEI

Como producto del análisis estratégico FODA, se identificó estrategias principalmente para convertir las debilidades en fortalezas y las amenazas en oportunidades.

1. Liderazgo de la Dirección Regional de Salud Huancavelica, adecuando la estructura de la DIRESA y redes de salud descentralizada.

Para dotar a la DIRESA la capacidad de liderazgo, fortaleciendo su capacidad operativa y modernizando su funcionamiento, y gestionar un sistema de redes para garantizar una mayor capacidad de decisión en los niveles locales.

2. Compromiso de los Recursos Humanos con los objetivos institucionales.

Para que el sector salud pueda cumplir con su misión, requiere desarrollar los recursos humanos y mejorar el perfil de los servidores; capacitándolos permanentemente e impulsar políticas de incentivos para mejorar el clima y cultura organizacional.

3. Intersectorialidad y desarrollo de alianzas.

El desarrollo de acciones intersectoriales y el fortalecimiento de alianzas estratégicas mediante la articulación de redes sociales que potencien el logro de resultados.

4. Participación social y control ciudadano.

Busca que los usuarios puedan ejercer sus derechos y responsabilidades. Se fomentará la vigilancia de la calidad de los servicios de salud y mecanismos de rendición de cuentas.

5. Agenda compartida con los diversos niveles de gobierno nacional, regional y local; así, como con la cooperación externa.


Se buscará articular los recursos ordinarios de los niveles nacional, regional y local; además de la cooperación externa para implementar el desarrollo del modelo de atención Regional, impulsando en forma conjunta el financiamiento que garanticen la sostenibilidad.

6. Ciudadanía, Participación y Empoderamiento Social




Construir ciudadanía en salud implica contribuir a la consolidación de una cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos, en la que cada actor social participe responsablemente en favor del mantenimiento de la salud y del bienestar individual y colectivo. Ciudadanía en salud se construye sobre la base de una auténtica participación que propicie el desarrollo de iniciativas autónomas, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad.

La mayor participación de los ciudadanos incide también en la consolidación de mecanismos de control social y corresponsabilidad social. Este proceso de atribución y reconocimiento mutuo de derechos y responsabilidades, así como la generación de mecanismos que permitan ejercerlo, contribuye enormemente al empoderamiento de la población. Una población empoderada actuará proactivamente a favor de su salud y bienestar, no solo demandando derechos, sino

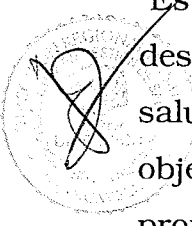
principalmente, porque será motor principal de las acciones orientadas a actuar sobre los determinantes de su salud.



El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La promoción de la salud abarca no sólo las acciones dirigidas a fortalecer las básicas habilidades para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud.



Advocacy o abogacía



Es una estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. La abogacía es hacer pública una idea o propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o tema de importancia, para ponerlo en agenda y actuar sobre éste y sus soluciones.