

CONSEJO REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA



PLAN REGIONAL CONCERTADO DE SALUD

**HUANCAVELICA
AGOSTO- 2007**

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA
Presidente Rvdo. Padre. SALVADOR ESPINOZA HUAROCC
GERENTE REGIONAL DEL GOBIERNO REGIONAL
Ing. JULIO CESAR TAPIA SILGUERA
GERENTE REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
Lic. ALFREDO WALTER AYALA CARDENAS
SUG GERENTE DE SALUD, VIVIENDA, TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO
Dr. MARCO ANTONIO BARTOLO MARCHENA
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD HUANCABELICA
PRESIDENTE DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD
Dr. ALDO CESAR BENEL CHAMAYA
SECRETARIO DE COORDINACIÓN CRS
Dr. BERNARDO AMAO PALOMINO

AUTOR: FACILITADOR
Dr. BERNARDO AMAO PALOMINO

PARTICIPANTES:

Dr. WASHINGTON CABANILLAS CASTRO
GERENTE DEPARTAMENTAL ESSALUD.
Dr. JORGE CANAZAS PIZARRO
DECANO CMP - CR XXIV HVCA.
Mag. MANUEL JESÚS BASTO SAEZ
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL -HVCA.
Dr. JUAN HILARIO SUELDO
JEFE DE LA SANIDAD-PNP.
Lic. JUAN HUAYLLANI MOSCOSO
DIRECTOR REGIONAL DE EDUCACION.
Dr. EDGAR RUIZ QUISPE
ALCALDE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL HVCA.
Lic. FERNANDA LOAYZA CONDORI
REPRESENTANTE DE ONG'S HVCA.
Sr. JHONNY JURADO BOZA
FEDIJANH, JÓVENES ÁREA URBANA
Sr. PABLO ESCOBAR REYMUNDO
CID CHOPCCA, JÓVENES ÁREA RURAL
Sr. SOLÍS CHAHUAYO AMPA
FENUTSSA, TRABAJADORES SALUD.
Sra. NOLA ROMERO JURADO
RNPM, MUJERES ÁREA URBANA.
Sra. INOCENTA PADILLA LEÓN
FECACONH, MUJERES ÁREA RURAL.
Dr. JUAN FLORES VERGARAY
CONSEJO PROVINCIAL DE ACOBAMBA

CONSEJO PROVINCIAL CASTROVIRREYNA

Dr. MIGUEL SUCAPUCA SÁNCHEZ

CONSEJO PROVINCIAL DE CHURCAMP

Dr. DANIEL EZEQUIEL BENÍTEZ TACANGA

CONSEJO PROVINCIAL DE ANGARAES

Dra. TEONILA GUERRA CHOMBA

CONSEJO PROVINCIAL DE PAMPAS

Dr. JULIO CESAR YANYACHI PAJUELO

CONSEJO PROVINCIAL DE HUAYTARA

Dr. GILDER RENJIFO SAAVEDRA

PRESENTACIÓN

El Consejo Regional de Salud de Huancavelica es uno de los espacios de concertación donde las distintas instituciones y la sociedad civil pueden al fin lograr que la sociedad Huancavelicana en su conjunto asuma la responsabilidad de su salud y pueda manejar los determinantes del bienestar con miras a mantener la salud de la población.

Debemos entender la salud desde el paradigma del bienestar considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que influyen en la conservación de la salud y que permiten lograr el anhelado bienestar y la calidad de vida de la población en su conjunto y el mejoramiento del índice de desarrollo humano.

Para lograr este objetivo es menester la unión de todos los actores sociales realizar el Diagnostico, identificar problemas y elevar propuestas específicas de solución.

Uno de estos esfuerzos es el presente Plan Regional De Salud donde los principales actores sociales involucrados en la conservación de la salud y en el mejoramiento de las condiciones que permiten el bienestar, realizan un análisis exhaustivo de los indicadores de salud y plantean alternativas de solución para la generación de una cultura de salud, donde prime el autocuidado en busca de una mejor calidad de vida.

Este plan contempla las prioridades de salud que refleja los problemas álgidos que tiene como región con elevadas necesidades básicas insatisfechas, con una geografía accidentada que limita el acceso a los servicios básicos de salud y con una población culturalmente arraigada en sus costumbres y creencias y donde aun no se conjugan las estrategias adecuadas que logren superarlo.

Esta propuesta, acogido por el Gobierno Regional de Huancavelica a través de la Gerencia De Desarrollo Social, contribuirá al mejoramiento de las condiciones de vida, al desarrollo humano, social, económicas y políticas de nuestra región.

Dr. Aldo Cesar Benel Chamaya
Presidente del Consejo Regional de Salud

Dr. Bernardo Amao Palomino
Secretario de Coordinación

CONTENIDO

I. ANÁLISIS DEL ENTORNO.....	7
1.1. ENTORNO POLÍTICO NACIONAL.....	7
1.1.1. ACUERDO NACIONAL.....	7
1.1.2. POLÍTICA NACIONAL EN SALUD.....	7
1.2. ENTORNO POLÍTICO REGIONAL.....	8
1.2.1. ACUERDO DE GOBERNABILIDAD REGIONAL DE HUANCAVELICA: Compromisos relacionados con salud (30 de Octubre del 2002)8	
1.2.2. MARCO REGIONAL.....	10
1.2.3. POLÍTICA INSTITUCIONAL DEL GOBIERNO REGIONAL (GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL).....	11
II. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD.....	12
2.1 ENTORNO GEOGRÁFICO.....	12
2.1.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS:.....	12
2.1.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA DINÁMICA POBLACIONAL.....	15
2.1.3 ANÁLISIS DEL PERFIL EDUCACIONAL.....	19
2.1.4 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PERFIL SOCIAL Y ECONÓMICO.....	21
III. ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.....	26
3.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD.....	26
3.1.1 MORBILIDAD GENERAL.....	26
3.1.2 MORBILIDAD POR ETAPAS DE VIDA:.....	27
3.1.3 MORBILIDAD MATERNA.....	31
3.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.....	32
3.2.1 MORTALIDAD GENERAL:.....	32
3.2.2 MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD:.....	33
3.2.3 MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE HUANCAVELICA.....	36
3.2.4 OTROS CONDICIONANTES QUE AFECTAN LA SALUD.....	43
A) NIVELES DE DISTRÉS EN CONSULTORIOS EXTERNOS HDH.....	43
B) CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIO DE MEDICINA HDH.....	44
C) LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA.....	45
D) NECESIDADES DE SALUD MENTAL, DEMANDA DE LAS FAMILIAS Y COMUNIDAD: NECESIDAD DE ACCIONES PREVENTIVO PROMOCIONALES	46
E) PROBLEMAS QUE AFRONTAN LOS JÓVENES EN HUANCAVELICA SEGÚN SU PROPIA PERCEPCIÓN:.....	47
LOS ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY.....	48
F) INEQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA EN HUANCAVELICA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES.....	49
G) ESTRÉS LABORAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	51
IV. RESPUESTA SOCIAL FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	56
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS.....	56
4.1.1 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO:.....	56
4.1.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE SOPORTE:.....	57
4.1.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RECURSOS HUMANOS:.....	58
4.1.4 ANÁLISIS DE LA ACCESIBILIDAD.....	59

4.1.4 OFERTA OPTIMIZADA.....	59
4.1.5 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	62
4.2 EVALUACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS.....	64
4.2.1 MATERNO PERINATAL I.....	64
4.3 EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN COMUNAL.....	65
4.3.1 ACTORES SOCIALES IMPLICADOS EN LA SOLUCIÓN O PERSISTENCIA DE UN PROBLEMA DE SALUD.....	65
V. PRIORIZACIÓN CONCERTADO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	70
VI. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS EN SALUD Y RESULTADOS ESPERADOS	
¡Error! Marcador no definido.	
Específicos de Salud para el 2006.....	¡Error! Marcador no definido.
VII. ESTRATEGIAS A DESARROLLAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN CONCERTADA Y PARTICIPATIVA DEL PLAN REGIONAL DE SALUD CONCERTADO.....	75

I. ANÁLISIS DEL ENTORNO

1.1. ENTORNO POLÍTICO NACIONAL

El Gobierno Regional tiene la responsabilidad de la conducción de la Región Huancavelica hacia un nuevo contexto social y económico de una economía de mercado globalizado y el proceso de desarrollo regional descentralizado.

En este nuevo proceso, el entorno político nacional compromete al Gobierno Regional en el compromiso de garantizar la participación plena y el ejercicio de los derechos constitucionales de hombres y mujeres como un aspecto esencial para lograr un clima de paz, seguridad y el desarrollo de la región, priorizando acciones y políticas regionales en salud, para que en el mediano plazo la población de la región tenga acceso a una salud integral de calidad, en forma continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud con seguridad social, fortaleciendo la familia, protegiendo y promocionando la salud de la población huancavelicana con énfasis en grupos vulnerables como la niñez, adolescencia y la juventud, discapacitados, víctimas de violencia política, adultos mayores.

La decisión política del gobierno regional y los sectores involucrados será la clave para el logro de los objetivos y metas trazadas en este plan, reflejado en el cumplimiento del ACUERDO NACIONAL que se encuentran señalados en los Lineamientos de Política Sectorial en Salud.

1.1.1. ACUERDO NACIONAL

- Democracia y Estado de Derecho: Gobernabilidad
- Equidad y Justicia social:
- Competitividad del País
- Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

1.1.2. POLÍTICA NACIONAL EN SALUD

Principios Básicos

- Solidaridad
- Universalización del Acceso a la salud
- La Familia como unidad básica de salud
- Integralidad de la persona y de la atención.
- Eficacia y Eficiencia
- Calidad de la atención
- Equidad

Lineamientos de Política Sectorial en Salud

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud
- Suministro y uso racional de medicamentos
- Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad
- Creación del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud
- Nuevo modelo de atención integral de salud
- Adecuación de la organización del Ministerio de Salud y fortalecimiento de su rol rector del sector
- Financiamiento interno y externo orientado a los sectores de mas bajos recursos
- Democratización en salud

1.2. ENTORNO POLÍTICO REGIONAL

El Gobierno Regional a través de la Gerencia de Desarrollo Social, ha enfatizado su rol de facilitador del desarrollo humano, sostenible y descentralizado, para lo cual ha comprometido a todos los sectores gubernamentales de la región a unir fuerzas y aunarse las manos con la sociedad civil comprometida en el fortalecimiento de la gobernabilidad de manera concertada en la lucha contra la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida en la región de Huancavelica.

1.2.1. ACUERDO DE GOVERNABILIDAD REGIONAL DE HUANCAVELICA: Compromisos relacionados con salud (30 de Octubre del 2002)

➤ POLÍTICOS

- ✓ Impulsar una distribución ordenada y gradual de las materias de competencia, funciones y ejercicio de poder, en coordinación con el Consejo Nacional de Descentralización y normatividad de la Ley de Bases de la Descentralización, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley Orgánica de Municipalidades y sus modificatorias
- ✓ Promover una adecuada relación y articulación entre los niveles de gobierno nacional, regional y local, respetando sus competencias y funciones.
- ✓ Adoptar políticas que garanticen el goce y respeto de los derechos fundamentales, el principio de democracia representativa directa, el respeto irrestricto de los poderes del Estado enmarcados dentro de la Constitución Política.
- ✓ Desarrollar las medidas pertinentes que contribuyan al fortalecimiento institucional de la sociedad civil, gobiernos regionales y locales.

- ✓ Aceptar la participación y fiscalización de la sociedad civil organizada en la gestión del Gobierno Regional.

➤ **CONCERTACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

- ✓ Promover el respeto, la participación y la institucionalidad de los espacios de concertación regionales, provinciales y distritales, como instancias de participación y promoción del desarrollo integral.
- ✓ Respetar, asumir y dinamizar el Plan de Desarrollo Departamental Concertado y los planes de desarrollo de las provincias y distritos, formulados mediante procesos participativos y concertados; entre la sociedad civil, gobierno regional y gobiernos locales, así como los presupuestos participativos.
- ✓ Comprometerse a gobernar en estrecha relación con los espacios de concertación regional y local representativa, con participación multisectorial, involucrando a la población organizada en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas sociales integrales y articuladas.
- ✓ Reconocer los mecanismos efectivos de vigilancia y control diseñados por los entes representativos de la sociedad civil.

➤ **DESARROLLO SOSTENIBLE CON EQUIDAD**

- ✓ Asumir compromiso de luchar por la reducción de la pobreza y extrema pobreza, mediante la implementación efectiva de políticas integrales y mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales, políticas, y culturales para todos los ciudadanos y ciudadanas.
- ✓ Fortalecer las capacidades humanas mediante el acceso a la información y conocimientos científicos y tecnológicos, con la finalidad de promover la generación de empleo competitivo.
- ✓ Desarrollar políticas para el impulso agropecuario y la preservación del medio ambiente de la región.
- ✓ Desarrollar políticas de articulación vial intra y extra regional
- ✓ Impulsar la equidad social y de género y la interculturalidad regional y local.
- ✓ Promover el acceso equitativo a la educación gratuita y de calidad, con valores éticos y morales, y que contribuyan a un desarrollo competitivo regional y nacional
- ✓ Luchar contra todo mecanismo de discriminación y exclusión social
- ✓ Crear mecanismos de reparación integral para las poblaciones afectadas por la violencia política.

- ✓ Promover el acceso a los servicios de salud y a la seguridad social en forma gratuita, continua, oportuna, de calidad y calidez, con prioridad en la población más vulnerable: niños, madres y ancianos.
- ✓ Socializar la información pública, asegurando el derecho ciudadano a una información veraz, objetiva y de calidad.
- ✓ Impulsar el fortalecimiento de la familia como núcleo básico de la sociedad; mediante la protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud, promoviendo su desarrollo integral.

➤ **ÉTICA Y JUSTICIA**

- ✓ Promover la ética y la transparencia en el ejercicio del poder.
- ✓ Velar por la paz, justicia social y la defensa de los derechos humanos.
- ✓ Respetar los compromisos suscritos en los diferentes espacios con la sociedad civil organizada.

➤ **POR LOS GOBIERNOS LOCALES Y LA DESCENTRALIZACIÓN:**

- ✓ Fortalecer la autonomía y la competencia de las Municipalidades como instituciones democráticas de gestión local, articulándolas a los Gobiernos Regional y Nacional.

El que sea elegido Presidente Regional asumirá los compromisos establecidos, bajo control y vigilancia de los demás firmantes, representantes de las fuerzas políticas y de la sociedad civil.

1.2.2. MARCO REGIONAL

A partir del año 2003 se da inicio a un nuevo proceso social, político, administrativo y legal en la vida democrática del país con la participación del Gobierno Regional, conforme a la Constitución y a la Ley de Bases de la Descentralización.

El Gobierno Regional Huancavelica, es persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa para la gestión dentro de su jurisdicción en el ámbito de la circunscripción territorial de la Región Huancavelica.

Tiene por finalidad esencial fomentar el desarrollo regional integral sostenible; promoviendo la inversión pública y privada y el empleo, así como garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de la población Huancavelicana de acuerdo con los planes y programas nacionales y locales de desarrollo.

1.2.3. POLÍTICA INSTITUCIONAL DEL GOBIERNO REGIONAL (GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL)

Es Política institucional del Gobierno Regional promover el desarrollo de nuestro principal recurso, el capital humano, en el propio proceso de lucha contra la pobreza y lograr mejores condiciones de vida y bienestar social para la población huancavelicana, para lo cual es menester promover la participación concertada e la sociedad civil, consolidar y afianzar una sociedad democrática, fomentando una cultura de ejercicio y respeto a los a los deberes, derechos, identidad, autoestima, formas de trabajo solidarios y de reciprocidad, erradicando el paternalismo y asistencialismo.

En este marco la Gerencia de Desarrollo Social es un órgano de línea del gobierno regional de Huancavelica con facultades y competencias sectoriales comprometido con el desarrollo social de la región. Es misión de esta gerencia formular y ejecutar políticas sociales para garantizar la adecuada gestión de los sectores públicos de su competencia, que conlleven al mejoramiento de las condiciones de vida de la población practicando participación ciudadana, promoviendo una cultura de paz, equidad e inclusión social fortaleciendo sus capacidades para construir la integración de la región.

II. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD

2.1 ENTORNO GEOGRÁFICO

2.1.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS:

TERRITORIO:

El departamento de Huancavelica tiene una superficie accidentada con profundas quebradas que hacen de ella uno de los territorios de más difícil acceso.

Atraviesan el territorio de Huancavelica dos grandes cadenas de montañas andinas, la Occidental y Oriental Andina, formando tres grandes conjuntos territoriales: El conjunto de las cadenas de montañas andinas localizadas al centro y norte del departamento; la puna alto andina, situado entre ellas; y finalmente la vertiente occidental andina, localizada al sur oeste del departamento.

Entre estos tres conjuntos territoriales se encuentran una variedad de regiones y subregiones con una diversidad climática, en cuyos pisos térmicos se levantan realidades ecológicas, culturales y ocupacionales diversas.

De Sureste a Noroeste es atravesado por la “Cordillera de Chonta” configurando una gran meseta con un suelo sumamente accidentado por las vertientes hidrográficas tanto del Pacífico y Mantaro, con picos temporalmente nevados que alimentan las lagunas de Choclococha, Orccococha y Pomacocha. Entre sus principales picos tenemos al nevado de Huamanraza (5,303mts), Ccocha (5,231mts), Rosario (5,148mts), y entre los que presentan menor altitud es Huayraccasa, San Francisco, Huancavelica y Santa Bárbara.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

El departamento de Huancavelica, está situado en la sierra central del Perú. Limita por el norte con Junín, por el sur con Ica, por el oeste con Ica y Lima, y por el este con Ayacucho.

SUPERFICIE TERRITORIAL:

La superficie total del territorio Peruano es 1'285, 216 Km², el Departamento de Huancavelica tiene una superficie de 22,131.47Km² que representa el 1.72% del territorio nacional.

SUPERFICIE TERRITORIAL POR PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA

TERRITORIO	SUPERFICIE	% DE SUPERFICIE TERRITORIAL
Huaytará	6,458.39	29.18
Huancavelica	4,215.56	19.05
Castrovirreyna	3,984.62	18.00
Tayacaja	3,370.60	15.23
Angaraes	1,959.03	8.85
Churcampa	1,232.45	5.57
Acobamba	910.82	4.12
DEPARTAMENTO	22,131.47	100.00

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – Hvca

ALTITUD:

La altitud de las diferentes localidades oscila entre los 1,950 m.s.n.m. a 4,500 m.s.n.m. siendo el distrito de Ocoyo el de menor altitud, mientras que el distrito de Santa Ana se encuentra a mayor altitud.

CLIMA Y TEMPERATURA:

El clima es variado, frío y glacial con gran sequedad de la atmósfera en zonas de cordillera alta, donde se encuentran las cumbres nevadas, y templado en los valles interandinos y las quebradas de los ríos. La temperatura promedio anual de la ciudad de Huancavelica es de 9.2 °C siendo la máxima absoluta de 20.8°C, mientras que las precipitaciones en la ciudad llegan hasta cerca de 750mm.

HIDROGRAFÍA:

Ríos: Pertenecen a dos cuencas.

* Cuenca del Pacífico:

Grande, Pacoya, Isjajota, Ica, Quebrada Concocha, Santiago, Olaya, Pisco, Huaytará, Chiris, San Juan, Huachoc, Chupamarca.

* Cuenca del Amazonas:

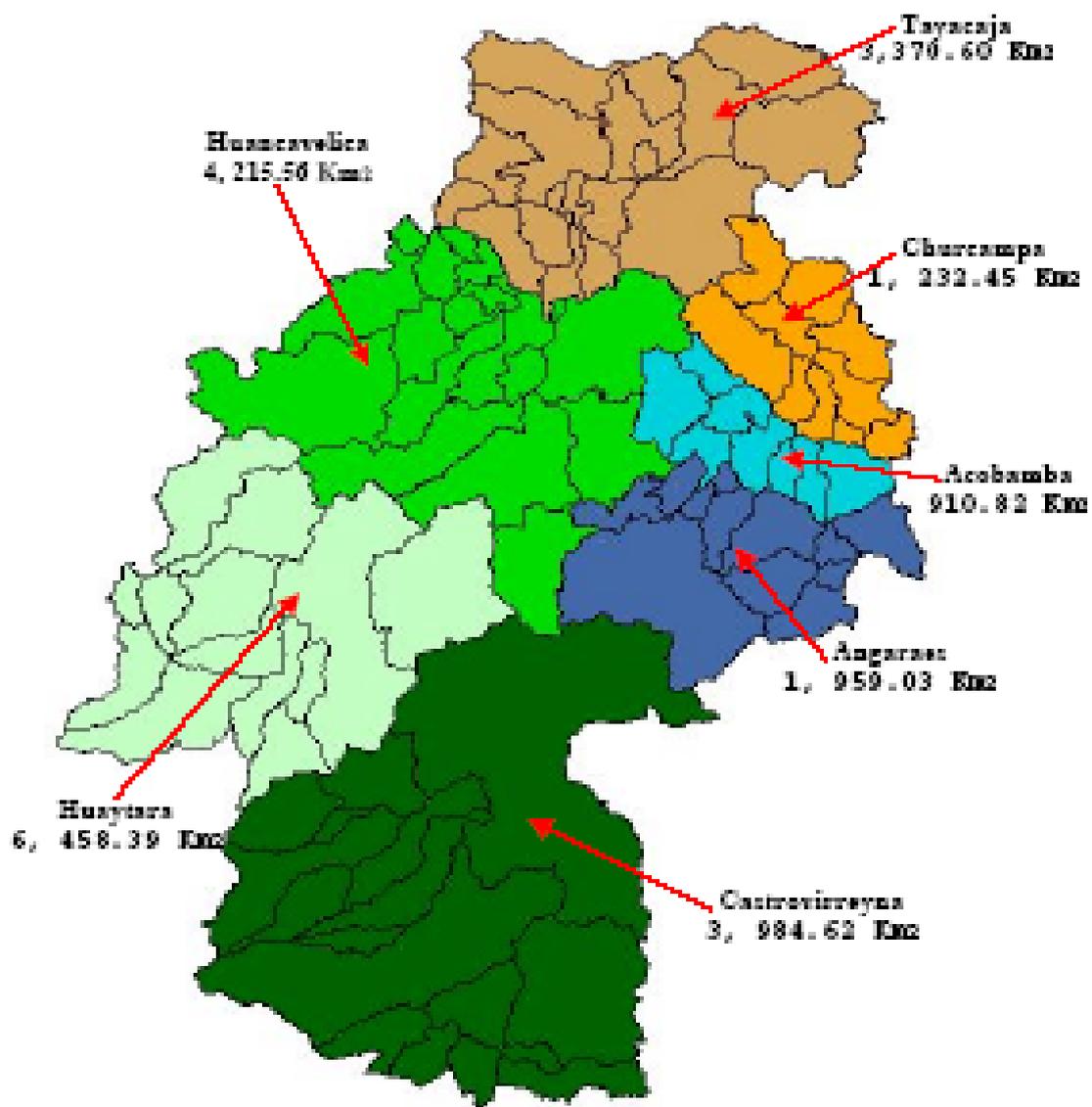
Mantaro, Vilca, Huarimayo, Huancavelica, Urubamba, Cachimayo, Opampa, Pampas.

Lagunas: Choclococha, Orcococha, San Francisco, Pacococha, Agnococha, Caracocha, Pocchala, Azulcocha, Papacocha, Turpo, Yauricocha, Torococha

DIVISIÓN POLÍTICA SEGÚN PROVINCIAS Y DISTRITOS 2003:

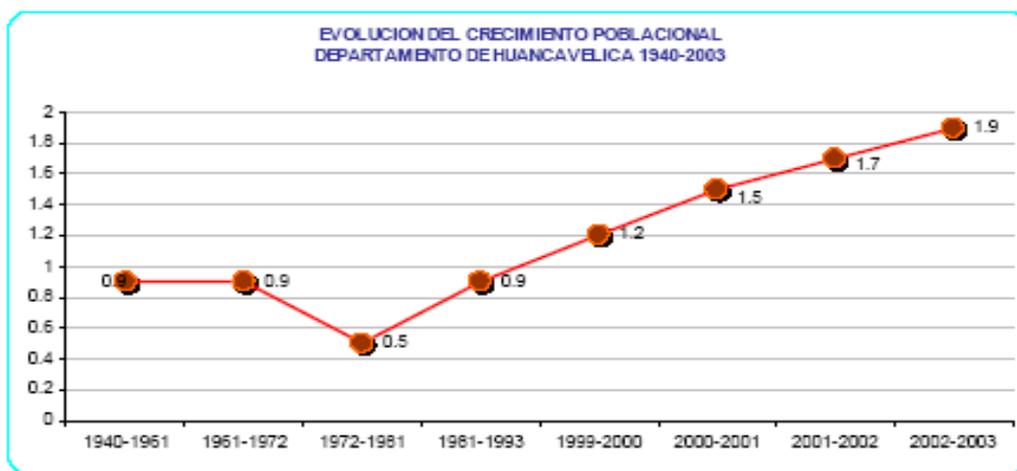
El departamento de Huancavelica, fue creado por Ley del Reglamento de Elecciones de fecha 28 de abril de 1,822, fundado el 04 de agosto de 1,571.

La división política actual es en 7 provincias y 94 distritos.



2.1.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA DINÁMICA POBLACIONAL

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO POBLACIONAL 1940 – 2003:



FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - HUANCAVELICA CENSOS NACIONALES 1940-1993

La población estimada para el Departamento de Huancavelica en el año 2003 es de **446,588** habitantes.

POBLACIÓN, SUPERFICIE Y DENSIDAD DE HUANCAVELICA 2,003

PROVINCIA	Nº DISTRITOS	POBLACIÓN ASIGNADA A ATENDER	SUPERFICIE (Km ²)	DENSIDAD (Hab/Km ²)
HUANCAVELICA	19	138590	4021.66	34.46
ACOBAMBA	8	48804	910.82	53.58
ANGARAES	12	52576	1959.03	26.84
CASTROVIRREYNA	13	20853	3984.62	5.23
CHURCAMP	10	49346	1072.39	46.01
HUAYTARA	16	27093	6458.39	4.20
TAYACAJA	16	109326	3724.56	29.35
DEPARTAMENTO HUANCAVELICA	94	446588	22131.47	20.18

FUENTE: DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – DIRESA HUANCAVELICA

POBLACIÓN ESTIMADA POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN PROVINCIAS DIRESA HUANCAVELICA 2003

PROVINCIA	TOTAL	ETAPAS DE VIDA														Adulto Mayor 65 +
		INFANTIL		ADOLESCENTE			ADULTO									
		0-4	5-9	10-14	15-17	18-19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	
HUANCAVELICA	138590	20454	20703	19544	9211	5962	11038	8959	8097	7089	5852	4851	4194	3560	2953	6123
ACOBAMBA	48804	7208	7015	6905	3299	2068	3828	3125	2843	2485	2131	1788	1521	1257	1041	2290
ANGARAES	52576	7954	7833	6731	3525	2278	3674	3075	2848	2579	2111	1801	1560	1386	1179	4042
CASTROVIRREYNA	20853	3004	3081	2721	1357	869	1613	1336	1209	1078	883	743	722	614	537	1086
CHURCAMP A	49346	7385	7352	6980	3370	2188	3952	3191	2877	2515	2070	1674	1472	1262	1015	2043
HUAYTARA	27093	3655	3656	3461	1809	1173	2009	1783	1638	1484	1257	1085	1010	905	716	1452
Tayacaja	109326	16016	16274	15202	7308	4698	8883	7158	6387	5640	4649	3881	3326	2845	2356	4703
DEPARTAMENTO DE HUANCAVELICA	446,588	65676	65,914	61,544	29,879	19,236	34,997	28,627	25,899	22,870	18,953	15,823	13,805	11,829	9,797	21,739

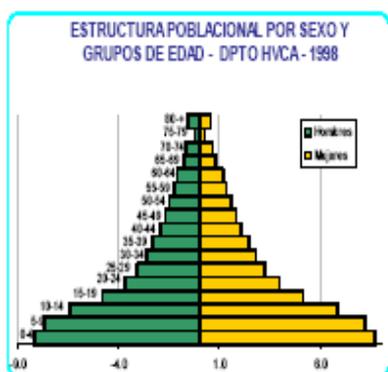
FUENTE: DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – DIRESA HUANCAVELICA

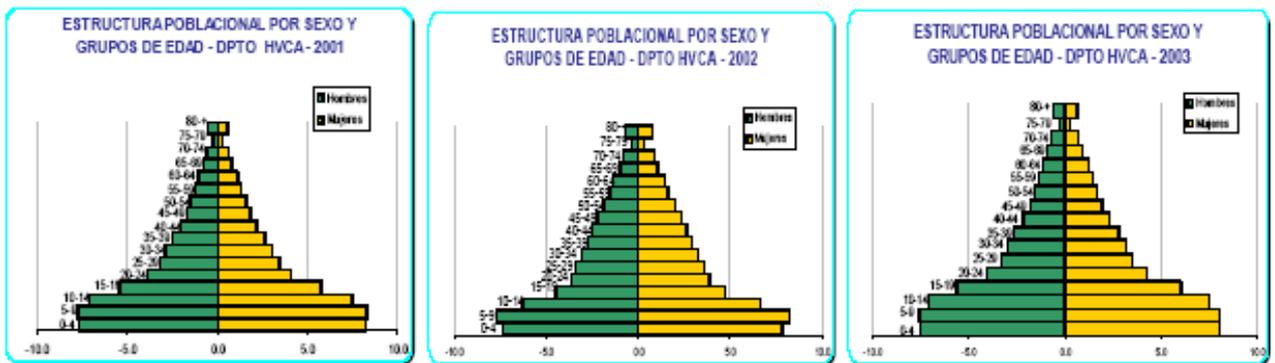
POBLACIÓN MEF, GESTANTES Y NACIMIENTOS ESTIMADA POR PROVINCIAS DIRESA HUANCAVELICA 2003

PROVINCIA	TOTAL	MEF 15 a 49	GESTANTES ESTIMADOS	NACIMIENTOS ESTIMADOS	POBLACIÓN	
					MASCULINO	FEMENINO
HUANCAVELICA	138590	32125	5619	4433	67041	71549
ACOBAMBA	48804	11189	1942	1532	23620	25184
ANGARAES	52576	13099	2025	1560	25448	27128
CASTROVIRREYNA	20853	5130	863	627	10040	10813
CHURCAMP A	49346	11430	2006	1585	23882	25464
HUAYTARA	27093	5554	946	696	13083	14010
TAYACAJA	109326	25135	4365	3376	52916	56410
DEPARTAMENTO HUANCAVELICA	446,588	103,662	17,766	13,809	216,030	230,558

FUENTE: DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – DIRESA HUANCAVELICA

EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS DE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD DEPARTAMENTO DE HUANCAVELICA 1998-2003





Las pirámides poblacionales, desde 1998 se mantienen con base ancha, con una tendencia a disminuir durante los dos últimos años.

La población huancavelicana es eminentemente joven, puesto que la población menor de 15 años es el 43.2% para el 2003.

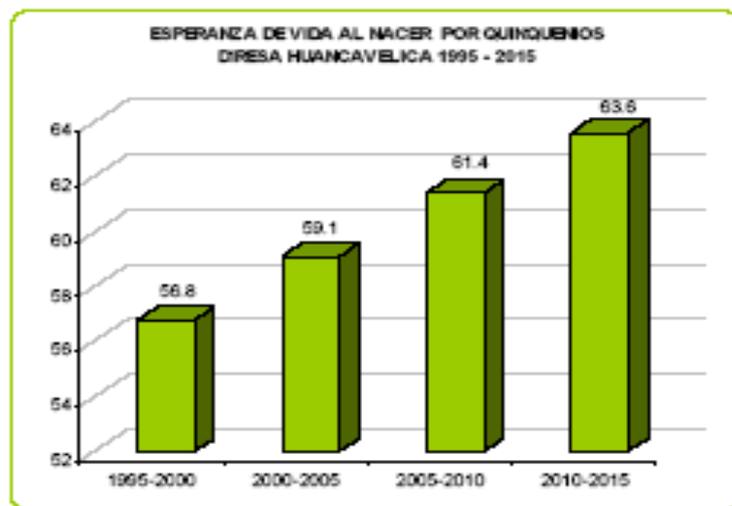
La etapa de vida del niño, conforma el 29.5% de la población total, uno de los más numerosos, debiéndose fortalecer su atención integral, proyectándose políticas adecuadas para su desarrollo puesto que pronto este grupo poblacional constituirá mas adelante la población económicamente activa del departamento.

Otro grupo importante es la etapa de vida del Adolescente, quienes conforman el 24.8% de la población total, debiéndose fortalecer la prevención del consumo de drogas, pandillaje así como enfermedades transmisibles, y a la vez promocionar la educación sexual y planificación familiar.

Mientras que el grupo de los adultos quienes actualmente conforman el PEA representa un 40.9% y el adulto mayor con un 4.9%

TASAS DEMOGRÁFICAS

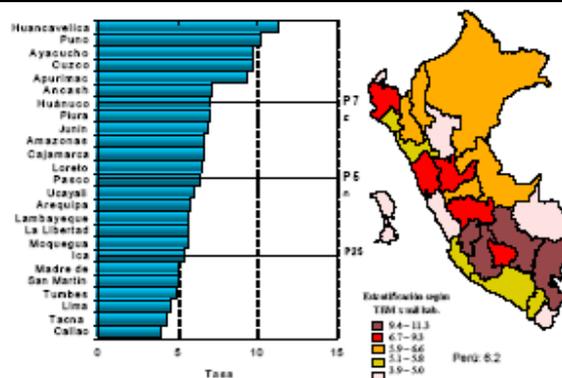
ESPERANZA DE VIDA AL NACER:



TASA DE FECUNDIDAD, NATALIDAD y MORTALIDAD 2003

PROVINCIA	2003																					
	TOTAL	MEF 15 a 49 años	N° NACIMIENTOS		POBLACION MASCULINO FEMENINO	TASA DE BRUTA DE NATALIDAD	TASA DE FECUNDIDAD GENERAL	ESPERANZA DE VIDA	Tasa de Mortalidad General x 1000 habitantes		Tasa de Mortalidad Masculina x 1000 habitantes		Tasa de Mortalidad Femenina x 1000 habitantes		Tasa de Mortalidad Materna x 100 000 N.V.		Tasa de Mortalidad Perinatal x 1000 N.V.		Tasa de Mortalidad en < 1 año x 1000 N.V.		Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años x 1000 N.V.	
			N°	TASA x 1000					N°	TASA x 1000	N°	TASA x 1000	N° (MD)	TASA x 100000	N°	TASA x 1000	N°	TASA x 1000	N°	TASA x 1000		
																					N°	TASA x 1000
ACOBAMBA	48804	11189	1005	23620	25184	20.59	89.82	171	3.50	72	3.05	99	3.93	2	199.0	22	21.89	36	35.82	9	8.96	
ANGARAES	52576	13059	1159	25448	27126	22.04	86.48	180	3.42	83	3.26	97	3.58	3	258.84	19	16.39	35	30.20	15	12.94	
CASTROVIRREYNA	20853	5130	280	10040	10813	13.43	54.58	64	3.07	32	3.19	32	2.96	0	0.00	6	21.43	12	42.86	2	7.14	
CHURCAMP	45346	11430	772	23882	25464	15.64	67.54	178	3.61	84	3.52	94	3.69	6	777.20	16	20.73	24	31.09	8	10.36	
HUANCVELICA	138590	32125	2990	67041	71549	21.50	92.76	553	3.99	237	3.54	316	4.42	10	335.57	55	18.46	102	34.23	29	9.73	
HUAYTARA	27093	5554	273	13083	14010	10.08	49.15	83	3.06	30	2.29	53	3.78	3	1098.90	1	3.66	3	10.99	3	10.99	
TAYACAJA	109326	25135	2258	52916	56410	20.65	89.83	346	3.16	170	3.21	176	3.12	11	487.16	31	13.73	63	27.90	23	10.19	
TOTAL DEPARTAMENTAL	446588	103662	8727	216030	230558	19.54	84.19	59.1	1575	3.53	708	3.28	867	3.76	35	401.05	150	17.19	275	31.51	89	10.20

TASA BRUTA DE MORTALIDAD PERÚ 2000 AL 2005



Fuente: "Proyecciones Departamentales de la Población 1996-2027" - INEL, Lima 1998

La tasa bruta de mortalidad del Dpto. de Huancavelica es la más elevada en el quinquenio del 2000 al 2005.

POBLACIÓN URBANA Y RURAL:

La mayoría de la población del departamento de Huancavelica se encuentra en el área rural que concentra en el año 1993 el 74% de la población total.

En el Departamento de Huancavelica la tasa de urbanidad se está incrementando considerablemente de 15% en el año 1940 a 26% para el año 1993, mientras que la tasa de ruralidad disminuye de 85% en el año 1940 a 74% para el año 1993, lo cual se ve afectado por uno de los factores que es la alta tasa de migración del campo hacia la ciudad.

ANÁLISIS DE MIGRACIÓN:

TASA DE MIGRACIÓN INTERNA POR PROVINCIAS DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA 2003

Provincia	Total		Hombre		Mujer	
	Inmigración	Emigración	Inmigración	Emigración	Inmigración	Emigración
Huancavelica	10.1	38.9	11.1	42	8.5	36
Acobamba	7.9	30.7	8.8	34.4	7.1	27.4
Angaraes	8.8	36.7	10.8	40.6	7	33.2
Castrovirreyrna	15.2	57.9	19.7	59.3	10.7	56.6
Churcampa	15.6	34.6	17.2	37.4	14.1	31.8
Huaytará	9	44.8	10.2	44.4	7.9	45.2
Tayacaja	9.7	24.8	10.9	26.2	8.6	23.5

Se observa que la migración en promedio es de 38.34 por mil habitantes, salen más personas del departamento en busca de trabajo y nuevas condiciones de vida. La población con mayor movimiento migratorio es a partir de los 15 años. La migración trae consigo diversos estilos de vida y a la vez problemas sociales y de salud.

Castrovirreyrna y Huaytará tienen una tasa de emigración más alta, y la provincia con menor tasa de emigración es Tayacaja.

2.1.3 ANÁLISIS DEL PERFIL CULTURAL EDUCACIONAL

IDIOMA

♦ POBLACIÓN

El idioma materno de la mayor parte de la población de Huancavelica es el quechua observándose un proceso de castellanización del quechua que ve incrementadas palabras prestadas del castellano en mayor proporción que en otras regiones como Ayacucho y Cusco.

En menor proporción se puede observar como idioma materno el castellano sobre todo en las ciudades con mayor acceso a la costa y en las de mayor población como son Huancavelica, Pampas, Lircay donde los jóvenes ya no hablan el quechua o solo lo entienden y no pueden hablarlo.

♦ PERSONAL DE SALUD

Los profesionales de la salud en su gran mayoría son emigrantes de otros lugares y tienen dificultades para la comunicación en quechua.

Los técnicos de enfermería son en su gran mayoría quechua-hablantes o entienden el quechua, solo unos pocos tienen dificultades para comunicarse en este idioma.

RELIGIÓN

La religión preponderante es la católica pero existen comunidades completas que tienden a asumir la religión evangelista.

INTERCULTURALIDAD

El proceso del encuentro intercultural entre las comunidades y el sistema occidental se puede apreciar en diferentes espacios del proceso político, económico, legal, salud y educación, en cada uno de estos el encuentro de las culturas es generalmente desfavorable para la cultura andina.

En el proceso de salud enfermedad, se ha observado un cambio sustancial en el trabajo de los prestadores de servicios quienes han interiorizado la necesidad de incrementar la calidad de la comunicación intercultural y adecuar los servicios a las necesidades culturales de los usuarios, se ha iniciado el proceso con la adecuación de los servicios de atención a la gestante, el parto y el puerperio.

TRANSCULTURIZACION

En Huancavelica la cultura sufre un proceso de transculturación con el continuo intercambio entre dos o más culturas como la occidental y la andina y se puede observar una mixtura que conlleva la presencia de influencias de las dos culturas en la generación de una nueva. Esto se puede observar en los jóvenes quienes adoptan nuevas formas de vestir y en sus canciones que contienen elementos de ambas culturas tanto en su lenguaje como en los instrumentos usados. Solo en las fiestas patronales se aprecia el uso de sus canciones y vestimenta típicas.

La migración de los jóvenes por motivos de trabajo a las grandes ciudades y a la selva influye grandemente en la adquisición de nuevas formas de comportamiento y nuevas formas de relación en sus comunidades lo que conlleva un proceso de aculturación con pérdida de muchos usos y costumbres propios de la cultura ancestral de estas comunidades.

CENTROS EDUCATIVOS

Para el año 2002 existe 2362 centros educativos, de los cuales 97.5% son públicas y solo el 2.5% son particulares.

ALUMNOS MATRICULADOS EN EL SISTEMA EDUCATIVO SEGÚN NIVEL DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA 1993 – 2002

Nivel	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2001
Total	145977	152406	155917	100363	163491	162381	167335	164984	160542
Escolarizado	137958	147176	146945	149818	152537	152580	157556	155087	151711
Educación inicial	11178	11138	11679	13113	13015	12619	12929	12739	11689
Educación primaria	98430	102032	105297	106009	105060	104166	104338	100988	96485
Primaria de menores	97807	101407	104690	105362	104463	103531	103804	100414	95959
Primaria de adultos	623	625	607	647	597	635	534	574	526
Educación secundaria	22150	23719	24309	25543	28034	30702	35489	36761	38763
Secundaria menores	21170	22729	23409	24542	26997	29570	33422	34515	36951
Secundaria adultos	980	990	900	1001	1037	1132	1390	1439	1410
Bachillerato							563	465	0
Secundaria a distancia							114	342	402
Ed Sup no universitario	4436	4524	3824	3593	4856	2767	2500	2514	2626
Otras modalidades	1764	1763	1836	1560	1572	2326	2300	2085	2148
No escolarizado	8019	9230	8972	10545	10954	9801	9779	9897	8831
Educación inicial	7980	9198	8972	10545	10954	9801	9779	9777	8794
Ed Secundaria adulto								26	
Educación ocupacional	39	32							
PRITE								94	37

ANALFABETISMO:

Huancavelica es uno de los departamentos con mayor tasa de analfabetismo, existen diversas ONGs y entidades públicas que intervienen en la disminución, es así que la tasa de analfabetismo se estimó 34.1% en el año 1993 y se espera reducir al 19.1% en el 2015.

El mayor nivel educativo contribuye a mejorar la atención y cuidado de la salud de la familia, tiende a evitar la maternidad y paternidad adolescente, también se encuentra asociado a mayores intervalos en el nacimiento de los hijos.

2.1.4 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PERFIL SOCIAL Y ECONÓMICO

CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA:

Huancavelica es el Departamento más pobre del país, ubicándose en el estrato V junto con Apurímac y Ayacucho, con una razón de dependencia de 102.2, la más alta del país (64.0)

De acuerdo al Mapa de Pobreza se conoce que el 15% de sus distritos están en extrema pobreza, 54% muy pobre, 30% pobre y solo San Miguel de Mayoc de la provincia de Churcampa tiene un nivel de vida regular (1%) del total de 94 distritos, por tanto el 99% de la población son pobres.

CARENCIA DE TECNOLOGIA

Uno de los principales limitantes del desarrollo de las comunidades agrícolas y ganaderas es la falta de tecnologías apropiadas para mejorar la producción y la falta de recursos hídricos y de pastos los cuales están siendo atendidas según la disponibilidad de las lluvias.

La actividad económica principal de agro y ganadería, están sujeta a las condiciones climáticas las cuales son cada vez más negativas para permitir la inversión a gran escala en estas actividades productivas.

ACTIVIDADES ECONÓMICAS DEL DEPARTAMENTO:

PRODUCTO BRUTO INTERNO:

El PBI en relación al año 1998 ha disminuido considerablemente porque la producción agrícola registra un comportamiento de involución que a partir del 1998 de 23.8 pasó a ser en el año 2002 -26.2, y en cuanto a la producción pecuaria se observa una ligera disminución, uno de los aspectos que influye para este comportamiento es la alta tasa de migración, siendo los campos de cultivo abandonados así como la poca asistencia técnica en cuanto a la tecnificación agrícola lo que genera sólo cultivos para autoconsumo y la poca inversión en este rubro.

Huancavelica está considerado entre los departamentos de bajo Desarrollo Humano, con un índice de 0.41 para 1997 (INE- Hvca). Mientras que el desempeño económico del país, expresado a través del Producto Bruto Interno (PBI) real por habitante fue de US\$ 800.6 en 1995, Huancavelica tenía un PBI US\$ 430.2, per capita, en ese mismo periodo Loreto presenta un PBI US\$ 1204,6 per capita.

DEPARTAMENTO DE HUANCAVELICA	
ESTRUCTURA PRODUCTIVA : 1995	
%	
PBI TOTAL	100.0
Agricultura, Caza y Silvicultura	14.7
Pesca	0.0
Explotación de Minas y Canteras	4.8
Industria Manufacturera	3.0
Construcción	43.9
Comercio, Restaurantes y Hoteles	5.8
Alquiler de Vivienda	0.1
Producción de Servicios Gubernamentales	9.4
Otros Servicios	18.3

DEPARTAMENTO DE HUANCAVELICA	
ESTRUCTURA DE LA CANASTA FAMILIAR	
(Año Base 1995 = 100,0)	
GRANDES GRUPOS DE CONSUMO	%
Alimentos y Bebidas	54.70
Vestido y Calzado	10.80
Alquiler de Vivienda	14.00
Muebles, Enseres y Mantenimiento de la Vivienda	6.20
Cuidado, Conservación de la Salud y Servicios Médicos	1.20
Transportes y Comunicaciones	2.80
Esparcimiento, Diversión, Servicios Culturales y de Enseñanza	4.10
Otros Bienes y Servicios	6.20

Fuente: INEI PERU

PRINCIPALES EMPRESAS:

a. COMPAÑÍA DE MINAS BUENAVENTURA S.A.A.: En 1956 inicia la explotación de la mina Huachocolpa en la Provincia de Huancavelica, conjuntamente con la explotación de la mina Julcani.

b. DOE RUN PERÚ: Explota la mina Cobriza, ubicada en el Distrito San Pedro de Coris provincia de Churcampa departamento de Huancavelica

SERVICIOS BÁSICOS:

PRODUCCIÓN DE AGUA POTABLE (METROS CÚBICOS) DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA 1996 – 2002

LOCALIDAD	Año 1996	Año 1997	Año 1998	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Año 2002
TOTAL	1965533	1895063	1777264	2249995	2198937	2399957	2657954
HUANCVELICA	1931214	1862446	1741233	2112697	2044808	2038764	2116935
IZCUCHACA	34319	32617	36031	137298	154129	131639	130846
ACOBAMBA	0	0	0	0	0	127180	252321
CASTROVIRREYNA	0	0	0	0	0	102374	157852

El aspecto más evidente de las restricciones materiales que padece la población pobre está relacionado con la vivienda y acceso a servicios básicos. Es conocida la estrecha relación existente entre estado de salud, acceso a servicios de provisión de agua y eliminación de excretas por la red pública. En este sentido se constata que en el año 2000 el 30.25% de 61 distritos no cuenta con agua potable, mientras que el 81.78% de 88 distritos no cuenta con desagüe y el 59.69% de las viviendas de 81 distritos no cuenta con servicio eléctrico.

SERVICIOS DE AGUA Y SANEAMIENTO

A nivel nacional se ha incrementado la cobertura de servicios de agua y saneamiento, siendo el promedio nacional 70.6% con acceso a agua potable y 63.5% a saneamiento; Sin embargo en Huancavelica el acceso de la población a servicios básicos sigue siendo deficitario, alcanzando solo 28.37% en agua y al 5.76% a sistema de desagüe. Esta situación es más grave en provincias como Churcampa y Huaytará, que tiene un fuerte componente de población rural.

ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS

Provincias	N° de Viviendas	Agua Potable		Desagüe		Electricidad	
		N° Viv.	%	N° Viv.	%	N° Viv.	%
Departamental	87619	24857	28.37	5045	5.76	17022	19.43
Huancavelica	22606	9186	40.64	2447	10.82	6616	29.27
Acobamba	9864	2901	29.41	387	3.92	772	7.83
Angaraes	10326	2506	24.27	676	6.55	1449	14.03
Castrovirreyna	5489	1242	22.63	262	4.77	847	15.43
Churcampa	9555	1924	20.14	167	1.75	1484	15.53
Huaytará	6125	1763	28.78	117	1.91	365	5.96
Tayacaja	23654	5335	22.55	989	4.18	5489	23.21

FUENTE : Huancavelica - Compendio Estadístico Departamental 1999 – 2000

El acceso a servicios básicos por provincias nos muestra que las viviendas ubicadas en la provincia de Huancavelica tienen mayor accesibilidad a contar con los servicios básicos, mientras que la provincia de Churcampa tiene menos posibilidad.

HACINAMIENTO

En las viviendas de las comunidades se puede observar la existencia de un solo cuarto para toda la familia existiendo elevados niveles de hacinamiento cohecho y cohabitación. Esto disminuye en las comunidades con mayor nivel de desarrollo y en las ciudades.

RECICLAJE DE DESECHOS Y BASURA

No se cuenta con sistemas de reciclaje en la Región.

SITUACIÓN LABORAL:

POBLACIÓN ECONÓMICA ACTIVA: POBLACIÓN MASCULINA Y FEMENINA EN EDAD A TRABAJAR DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA 2001 - 2002 **AÑO 2001 AÑO**

AÑO	TOTAL 2001	AÑO 2001		TOTAL 2002	AÑO 2002	
		HOMBRE	MUJER		HOMBRE	MUJER
TOTAL PERU	67.8	78.9	57.3	67.9	78.9	57.5
HUANCVELICA	81.9	82.6	81.2	85.0	86.5	83.6

FUENTE: INSTITUTO DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INVEA

TRANSPORTES Y COMUNICACIÓN:

El territorio de Huancavelica posee una de las redes viales con mas difícil transito, como se puede observar el 49% lo compone las trochas hacia los diversos distritos y comunidades, y el 23% las carreteras afirmadas y sin afirmar, y solo el 5% de carreteras asfaltadas, que la Dirección de Transportes y comunicación consideró. Por tanto la accesibilidad es deficiente por carácter de vías de comunicación.

FIESTAS SOCIALES Y RELIGIOSAS:

PRINCIPALES FESTIVIDADES DE HUANCVELICA:

6 DE ENERO: La adoración de los Reyes Magos.

15 DE ENERO: Fiesta del Niño Perdido.

2 DE FEBRERO: Fiesta de la Virgen de la Candelaria en Acobamba.

SEMANA SANTA: Culto a las procesiones del Señor del Desprendimiento, del Señor de la Columna, del Jesús Nazareno, La Virgen de los Dolores y del Santo Sepulcro. En Lircay hay una Feria del Domingo de Ramos mientras la Pascua de Resurrección reúne a gran cantidad de ganaderos y comerciantes en la capital.

MAYO: Fiesta de las Cruces. La más grande es la Cruz de Potocchi que mide más de 8 metros. Otras son Santa Cruz, Cruz del Espíritu, Cruz de Oropesa, Cruz de San Antonio,

Cruz Balcón Pata, Cruz Pata, Cruz de Puyhuan y Cruz Soltero. Los actos son presididos por mayores.

24 DE JUNIO: Fiesta de San Juan Bautista en Huaytará.

16 DE JULIO: Fiesta de la Virgen del Carmen en Angares, Acombamba y Lircay.

24 DE JULIO: Fiesta del Santiago.

4 DE AGOSTO: Aniversario de Huancavelica.

14 DE SETIEMBRE: Feria Regional en Acobamba.

15 DE SETIEMBRE: Fiesta del Señor Crucificado en Huayllay.

25 DE DICIEMBRE: Fiesta del Niño de Lachoc.

GASTRONOMÍA:

Huancavelica ofrece una serie de potajes típicos, entre los cuales tenemos, el Mondongo, Puchero, Pachamanca, Picante de cuy, Carnero al Palo, Chuñu pasi con cuchicanca, etc. Completándose con dulces tradicionales, como la Achita, Jullulla, Sararosca, Mantecado, Bizcochuelo, Tanta Wawa y otros. Además el picante de arvejita, es otro de los platos típicos de la Región, la arveja seca se condimenta con achiote y se prepara como segundo plato. Se acompaña de papas grandes y col. No lleva arroz.

TRUCHAS El departamento, especialmente la provincia de Huancavelica, cuenta con el abastecimiento de truchas. Es común comer a la parrilla o fritas.

Como aperitivos se elaboran licores a base de ayrampo eucaliptos, tuna, chicha de jora, maní y mole, así como el ponche de guindones y maní.

III. ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

3.1 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD

3.1.1 MORBILIDAD GENERAL

La morbilidad esta definida como la proporción de enfermos en una población determinada.

Los datos de morbilidad registrados en los servicios de salud corresponden a consulta externa, y expresan sólo la demanda manifestada en búsqueda de atención, sin embargo no dicen nada de la demanda que no llega a expresarse de ese modo, la cual puede ser de magnitud considerable, en el departamento de Huancavelica, donde los servicios de salud aún no tienen un adecuado registro de Historias Clínicas y la tasa de sub registro es alta.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL DIRESA HUANCAVELICA 2003

Nº	DESCRIPCIÓN	TOTAL
	TOTAL GENERAL	520092
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	146562
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	87256
3	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	39274
4	DESNUTRICIÓN	28337
5	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	16615
6	HELMINTIASIS	13873
7	INFECCIONES C/MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTE	11646
8	PEDICULOSIS, ACARIASIS Y OTRAS INFESTACIONES	9149
9	ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO, DEL ESTOMAGO	8756
10	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	7249
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	368717
	SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	48356
	TODAS LAS DEMÁS CAUSAS	103019

FUENTE: DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – DIRESA HVCA

**MORBILIDAD GENERAL AGRUPADOS POR CAPÍTULOS CIE X
DIRESA HUANCVELICA 2003**

DESCRIPCION	TOTAL	0d-28d	29d-11m	1a	2a	3a	4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-49a	50-64a	65a+
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias(A00-B99)	83297	186	11821	14482	7413	4493	3683	12172	6570	3298	16212	1629	1338
Tumores (neoplasias)(C00-D48)	339	3	21	5	6	8	5	17	29	44	122	37	42
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1080	2	16	10	6	8	3	10	19	17	262	277	450
Embarazo, parto y puerperio(O00-O99)	5348								20	1074	4254		
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas(S00-T98)	26420	90	613	1090	1146	992	1016	4244	3756	2583	7745	1881	1264
Total cinco grupos	116484	281	12471	15587	8571	5501	4707	16443	10394	7016	28595	3824	3094
Otras causas de morbilidad	403608	3439	38947	30607	20095	16501	14308	64473	53405	32593	96822	17557	14861
TOTAL	520092	3720	51418	46194	28666	22002	19015	80916	63799	39609	125417	21381	17955

3.1.2 MORBILIDAD POR ETAPAS DE VIDA:

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD NEONATAL (0- 28 DIAS)
DIRESA HUANCVELICA 2003**

N°	DESCRIPCION	TOTAL
	TOTAL GENERAL	3720
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	1393
2	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	455
3	DERMATITIS Y ECZEMA	365
4	TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION	253
5	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	121
6	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	103
7	TRASTORNOS HEMORRAGICOS Y HEMATOLOGICOS	92
8	TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	75
9	INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA	74
10	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO	45
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	2976
	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	268
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	476

Los Recién Nacidos (0-28 días) es la población vulnerable frente a los cambios bruscos de temperatura por tanto como primera causa de morbilidad en este grupo se tiene a las infecciones respiratorias agudas con 46.81% seguida de las infecciones específicas del periodo perinatal con un 15.29% de las 10 primeras causas de morbilidad.

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE UN AÑO
(29D - 11M) DIRESA HUANCVELICA 2003**

Nº	DESCRIPCION	TOTAL
	TOTAL GENERAL	51418
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	22677
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	10286
3	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	3509
4	DESNUTRICION	2288
5	DERMATITIS Y ECZEMA	2081
6	TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	911
7	INFLUENZA (GRUPE) Y NEUMONIA	710
8	PEDICULOSIS, ACARIASIS Y OTRAS INFESTACIONES	687
9	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	446
10	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	364
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	43969
	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	4427
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	3032

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCVELICA

En este grupo de edad las infecciones respiratorias agudas es de 51.59% con una tasa de prevalencia de 1.8, como segunda causa de morbilidad tenemos a las enfermedades infecciosas intestinales con 23.40%, esta última por razones de exposición a factores del nuevo medio ambiente del niño.

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD PRE- ESCOLAR (1-4 AÑOS)
DIRESA HUANCVELICA 2003**

Nº	DESCRIPCION	TOTAL
	TOTAL GENERAL	115877
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	36927
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	20458
3	DESNUTRICION	14164
4	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	5355
5	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	5115
6	HELMINTIASIS	4538
7	PEDICULOSIS, ACARIASIS Y OTRAS INFESTACIONES	3226
8	DERMATITIS Y ECZEMA	1727
9	TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	1504
10	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1425
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	94439
	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	12084
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	9354

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCVELICA

En la morbilidad del Pre escolar (1-4 años) el 39.10% corresponden a infecciones respiratorias agudas, el 21.66% a enfermedades infecciosas respiratorias, mientras que la desnutrición del pre escolar ocupa un 15% lo cual es preocupante por que es en ésta etapa

donde el niño tiene mayor capacidad de aprendizaje. Sin embargo hay estudios locales realizados en el año 2000, que demuestran que la desnutrición crónica infantil, la anemia y la parasitosis son altamente prevalentes y constituyen un verdadero problema de salud pública.

ENFERMEDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Desnutrición Crónica		
Normales	144	45.4%
Desnutridos	173	54.6%
Desnutrición Global		
Normales	240	75.7%
Desnutridos	77	24.3%
Desnutrición Aguda		
Normales	312	98.4%
Desnutridos	5	1.6%
Anemia		
Normales	97	30.6%
Anémicos	220	69.4%
Parasitosis		
Normales	98	30.9%
Parasitados	219	69.1%
TOTAL	317	100%

FUENTE: ESTUDIO DEL PCAGMR 2000 -DIRESA HUANCVELICA

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS DE 0 - 9 AÑOS DIRESA HUANCVELICA 2003

Nº	DESCRIPCION	TOTAL
	TOTAL GENERAL	251931
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	86124
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	33273
3	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	26942
4	DESNUTRICION	20599
5	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	12334
6	HELMINTIASIS	10061
7	PEDICULOSIS, ACARIASIS Y OTRAS INFESTACIONES	6455
8	DERMATITIS Y ECZEMA	4836
9	TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	3586
10	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	3072
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	207282
	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	21788
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	22861

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCVELICA

La morbilidad infantil está constituida principalmente por enfermedades comunes susceptibles de ser prevenidas a través de la prevención y promoción, así como estilos de vida saludables al individuo, familia y comunidad con un reordenamiento ambiental que permita mejores condiciones de vida y un mayor desarrollo social sostenido.

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN ADOLESCENTES (10 - 19 AÑOS)
DIRESA HUANCAVELICA 2003**

Nº	DESCRIPCION	TOTAL
	TOTAL GENERAL	103408
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	28548
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	27566
3	DESNUTRICION	7607
4	HELMINTIASIS	2945
5	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	2559
6	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1996
7	PEDICULOSIS, ACARIASIS Y OTRAS INFESTACIONES	1756
8	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	1522
9	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO	1452
10	TRAUMATISMOS	1164
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	77105
	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	8440
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	17863

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCAVELICA

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADULTO (20 - 64 AÑOS)
DIRESA HUANCAVELICA 2003**

Nº	DESCRIPCION	TOTAL
	TOTAL GENERAL	146758
1	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	30589
2	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	29407
3	INFECCIONES C/MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTE	10451
4	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO	5524
5	DORSOPATIAS	5069
6	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	4636
7	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	3177
8	TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS	3035
9	TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DE LOS ORGANISMOS	2802
10	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	2394
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	97084
	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	16054
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	33660

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCAVELICA

Esta etapa de vida constituye en la actualidad la población económicamente activa de Huancavelica, lo cual tiene como primera causa de morbilidad las enfermedades de la cavidad bucal con 31.51% estas determinadas por diversos factores de higiene. Como segunda causa de importancia tenemos a las infecciones de las vías respiratorias.

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADULTO MAYOR
(65 A + AÑOS) DIRESA HUANCVELICA 2003**

Nº	DESCRIPCION	TOTAL
	TOTAL GENERAL	17955
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	2483
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	2169
3	ARTROPATIAS	1971
4	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO	908
5	DORSOPATIAS	904
6	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	828
7	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	732
8	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	571
9	TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS	342
10	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	342
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	11250
	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES MAL DEFINIDAS	2074
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	4631

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCVELICA

El adulto mayor con una alta vulnerabilidad conjuntamente con el niño, tiene como principal causa de morbilidad a las infecciones de las vías respiratorias con un 22.07% y con un 19.28% para las enfermedades de la cavidad bucal.

3.1.3 MORBILIDAD MATERNA

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA
DIRESA HUANCVELICA - 2003**

Nº	CAUSAS DE MORBILIDAD	TOTAL
1	MORBILIDAD ODONTOLÓGICA EN GESTANTE	1189
2	INFECCIÓN NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	506
3	COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	329
4	HIPEREMESIS GRAVÍDICA LEVE O NO ESPECIFICADA	198
5	MASTITIS NO PURULENTO ASOCIADA CON EL PARTO	146
6	INFECCIÓN GENITAL EN EL EMBARAZO	110
7	PRE-ECLAMPSIA GRAVE	109
8	GESTANTE CON SEROLOGÍA POSITIVA	85
9	PRE-ECLAMPSIA NO ESPECIFICADA	64
10	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO NO ESPECIFICADO	59
	CAUSAS DE MORBILIDAD	251
	TOTAL	3046

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCVELICA

La morbilidad de la gestante como una de sus primeras causas en los años 2002 – 2003 son odontológicas con un 46% y el 43% respectivamente, pero la infección de la vías urinarias en el embarazo con un 14% en el 2002, incrementándose al 18% para el 2003; como tercera causa y una de las mas relevantes son las complicaciones durante el parto con el 14% en el año 2002 y con una ligera disminución de 12% en el 2003.

3.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

3.2.1 MORTALIDAD GENERAL:

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL DIRESA HUANCAVELICA 2003

Nº	CODIGO	DESCRIPCIÓN	TOTAL
1	J18.0	BRONCONEUMONÍA	121
2	X59.9	EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS	89
3	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	78
4	J18.9	NEUMONÍA	61
5	V48.6	OCUPANTE DE AUTOMOVIL LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE	53
6	K56.6	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	49
7	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	48
8	K74.6	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO	38
9	A41.9	SEPTICEMIA	37
10	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	37
		OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD	964
	TOTAL		1575

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCAVELICA

Las diez primeras causas de mortalidad general viene a constituir el 38.8% del total general registrado, la primera causa de mortalidad es por bronconeumonias, seguida por exposiciones a factores no especificados, tumor maligno del estomago, habiendo desplazado al cuarto lugar a las neumonías con un 10% del total.

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS:

GRUPO DE EDAD	EDAD MEDIA DEL GRUPO	70-EDAD MEDIA	NUMERO DE FALLECIDOS	AVPP
< 1 año	0.5	69.5	275	19113
1-4 años	2.5	67.5	89	6008
5-9 años	7	63	27	1701
10-13años	11.5	58.5	23	1346
14-19 años	16.5	53.5	53	2836
20-24 años	22	48	36	1728
25-49 años	37	33	219	7227
50-70 años	60	10	365	3650
> = 71 años			488	
TOTAL			1575	43607

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCAVELICA

Los años de vida potencialmente perdidos en el Departamento de Huancavelica es de 43607 años, los cuales son principalmente a causa de bronconeumonía, por causas desconocidas y como tercera causa de importancia a tumores malignos.

MORTALIDAD POR SITIO DE OCURRENCIA:

MORTALIDAD GENERAL POR SITIO DE OCURRENCIA DIRESA - HUANCAVELICA 2003

SITO DE OCURRENCIA	TOTAL
HOSPITAL	109
CENTRO DE SALUD	98
DOMICILIO	1121
OTRO	241
IGNORADO	6
TOTAL	1575

3.2.2 MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD:

MORTALIDAD GENERAL CLASIFICADOS POR GRUPO ETAREO DIRESA - HUANCAVELICA 2003

GRUPO ETAREO	TOTAL	%
0-7 días	94	6.0%
8-28 días	55	3.5%
1-11 meses	126	8.0%
1-4 años	89	5.7%
5-9 años	27	1.7%
10-13 años	23	1.5%
14-19 años	53	3.4%
20-24 años	36	2.3%
25-49 años	219	13.9%
50-64 años	233	14.8%
65 a más	620	39.4%
TOTAL	1575	100.0%

MORTALIDAD INFANTIL:

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL DIRESA - HUANCVELICA 2003

Nº	CODIGO	DESCRIPCION	PERINATAL		TOTAL
			FETAL	NEONATAL	
1	P20.9	HIPOXIA INTRAUTERINA	39	7	46
2	P07.3	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	6	7	13
3	Q89.9	MALFORMACION CONGENITA	8	2	10
4	P28.5	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	4	4	8
5	P36.9	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	3	4	7
6	P22.0	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	1	4	5
7	P24.1	ASPIRACION NEONATAL DE LIQUIDO AMNIOTICO Y DE MOCO	3	2	5
8	P24.0	ASPIRACION NEONATAL DE MECONIO	2	2	4
9	Q24.9	MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON	1	3	4
10	X59.9	EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS	2	2	4
		OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD	25	19	44
	TOTAL		94	56	150

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL (0 - 9 AÑOS) DIRESA HUANCVELICA 2003

Nº	CODIGO	DESCRIPCION	INFANTIL
1	X59.9	EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS	26
2	J18.9	NEUMONIA	24
3	J18.0	BRONCONEUMONIA	18
4	A41.9	SEPTICEMIA	17
5	J69.0	NEUMONITIS DEBIDA A ASPIRACION DE ALIMENTO O VOMITO	17
6	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	16
7	P20.9	HIPOXIA INTRAUTERINA	16
8	P36.9	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	16
9	P07.3	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	15
10	K56.6	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS	12
		OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD	214
	TOTAL		391

MORTALIDAD EN EL ADOLESCENTE:

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ADOLESCENTE (10 – 19 AÑOS)
DIRESA HUANCAVELICA 2003**

Nº	CODIGO	DESCRIPCION	ADOLESCENTE
1	V48.6	OCUPANTE DE AUTOMOVIL LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION	11
2	X49.9	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A OTROS PRODUCTOS QUIMICOS	7
3	X59.9	EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS	7
4	K56.6	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES	5
5	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3
6	K65.9	PERITONITIS	3
7	O72.0	HEMORRAGIA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO	3
8	X33.9	VICTIMA DE RAYO	3
9	J81	EDEMA PULMONAR	2
10	O15.9	ECLAMPSIA, EN PERIODO	2
		OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD	30
	TOTAL		76

MORTALIDAD EN EL ADULTO:

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ADULTO
DIRESA HUANCAVELICA 2003**

Nº	CODIGO	DESCRIPCION	ADULTO
1	V48.6	OCLUPANTE DE AUTOMOVIL LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE SIN COLISION	39
2	X59.9	EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS	37
3	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	32
4	K74.6	OTRAS CIRROSIS DEL HIGADO	24
5	J18.0	BRONCONEUMONIA	21
6	X49.9	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A OTROS PRODUCTOS QUIMICOS	21
7	K56.6	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES	16
8	F10.2	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALOOHOL	13
9	J18.9	NEUMONIA	13
10	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	10
		OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD	262
	TOTAL		488

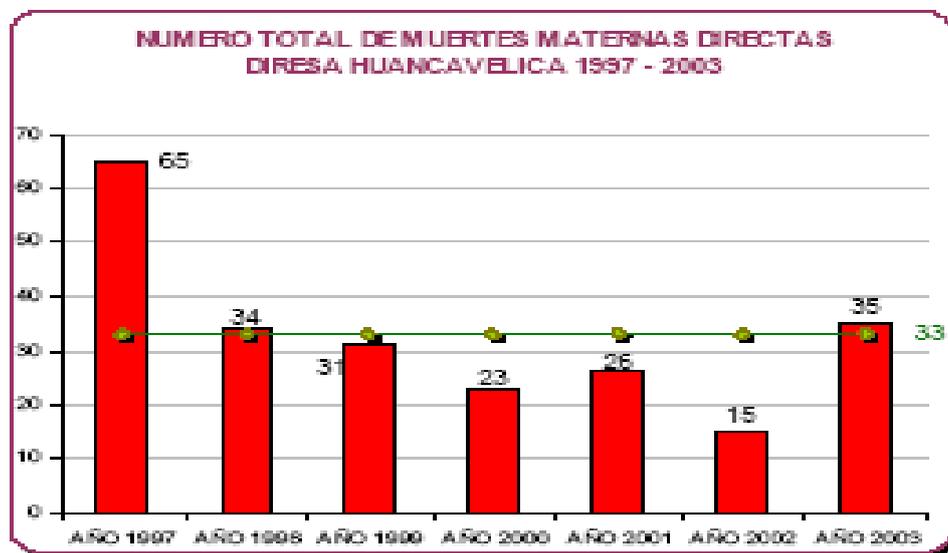
MORTALIDAD DEL ADULTO MAYOR:

**10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD ADULTO MAYOR
DIRESA HUANCVELICA 2003**

Nº	CODIGO	DESCRIPCION	ADULTO MAYOR
1	J18.0	BRONCONEUMONIA	81
2	C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	46
3	N18.9	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	39
4	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	31
5	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	23
6	J18.9	NEUMONIA	23
7	I50.0	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	20
8	X59.9	EXPOSICION A FACTORES NO ESPECIFICADOS	19
9	I46.9	PARO CARDIACO	18
10	K56.6	OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES	16
		OTRAS CAUSAS DE MORTALIDAD	304
	TOTAL		620

3.2.3 MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA

EL COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LOS REGISTROS OFICIALES:



MUERTES ENTRE DIRECTAS, INDIRECTAS Y NO RELACIONADAS.

AÑO	DIRECTA	INDIRECTA	NO RELACIONADA	TOTAL
2000	23		11	34
2001	26		5	31
2002	15	5	6	26
2003	35	7	3	45
TOTAL	99	12	25	136

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA – DIRESA HUANCVELICA

La mortalidad materna resulta ser la expresión mas palpable de un conjunto de inequidades en la que se desenvuelve la vida de las mujeres, pues a la base de la muerte materna al analfabetismo, el precario estado de salud de la mujeres, sus precarias posibilidades para la generación de ingresos, su falta de acceso a información y medios para la anticoncepción se suma el escaso poder que tienen las mujeres tanto en la vida familiar (violencia intrafamiliar) como comunitaria.

Este problema, es un indicador de la baja calidad de vida de la población y del bajo nivel de desarrollo social económico y cultural, así mismo es un indicador de la baja cobertura y calidad de los servicios de salud y del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

La mortalidad materna es enfrentada únicamente por el sector de salud sin concertar la participación de otras instituciones públicas, ni con el involucramiento de la población, ni organizaciones de la sociedad civil, lo que trae consigo que los planteamientos y estrategias no respondan a las necesidades de salud de las mujeres, ni a la realidad propia de sus costumbres, prácticas y concepciones de las mujeres sobre el embarazo parto y puerperio. Igualmente no se tiene en cuenta sus temores y expectativas al momento de la consulta.

CAUSAS DE LA MUERTE MATERNA:

De acuerdo con los registros del periodo 2000–2003 a nivel departamental ocurrieron 136 muertes maternas (Directas, Indirectas y No relacionadas).

a. **LAS MUERTES OBSTÉTRICAS DIRECTAS:** Resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, la mayoría (72.8% = 99) de las muertes maternas del periodo 2000 - 2003 se debían a causa obstétricas directas.

CAUSAS OBSTÉTRICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA DIRECTA DIRESA HUANCAVELICA 2000 – 2003

AÑO	ABORTO	HEMORRAGIA	HIPERTENSION	INFECCION	TOTAL
2000		16	7		23
2001		16	3	7	26
2002		11	3	1	15
2003	2	18	8	7	35
TOTAL	2	61	21	15	99

HEMORRAGIA (HEM): Es la causa más importante de la muerte materna con un 62% asociada a retención placentaria, atonía uterina y ruptura uterina.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (HPG): Esta es la segunda causa de muerte con un 21% debido a la elevación de la presión arterial durante el embarazo. Estas se pueden evitar mediante vigilancia estricta durante el embarazo, parto, puerperio y tratamiento relativamente sencillo.

INFECCIÓN: Con un 15% que se presenta de dos a cuatro días después del parto, como consecuencia de inadecuadas condiciones de higiene al momento del parto, ruptura prematura de membrana, parto prolongado u otros factores patológicos asociados al parto.

ABORTO: Inseguro y clandestino, que se relaciona con el alto porcentaje de embarazos no deseados que ocurren en nuestro departamento, de igual manera se tiene aún sub. Registros

debido a la clasificación errónea de la causa de la muerte (como suicidios) tales así que los abortos porcentualmente presentan un valor bajo de 2% del total de muertes por causa obstétrica directas en el periodo 2000 - 2003.

b. LAS MUERTES OBSTÉTRICAS INDIRECTAS: Son producto de enfermedades existentes desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debido a causa obstétricas, pero sí agravada por los efectos fisiológicos del embarazo representando un riesgo para la salud de la madre o la pérdida de la vida. En el periodo 2000 – 2003 constituyeron el 8.8% (12) del total de muertes maternas (136) y su comportamiento ha sido hacia el incremento pasando de 5 casos en el 2002 a 7 casos en el 2003. Las causas mas frecuentes que encontramos fueron; hemorragia pulmonar, ruptura de vesícula biliar, intoxicación, infarto agudo al miocardio, hemorragia encefálica, peritonitis aguda, neumonía y accidentes de tránsito.

¿CUÁNDO Y DONDE MURIERON?

a. EL MOMENTO DE LA MUERTE: Aún sabemos que estas muertes pueden ocurrir durante el embarazo, parto y puerperio, es así como tenemos que el año 2000 – 2003 un 28% de las mujeres murieron durante el embarazo, el 21% durante el parto y durante el puerperio 50%.

PERIODO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA DIRESA HUANCVELICA 2000 – 2003

AÑO	CAUSA	EMBARAZO	PARTO	PUERPERIO	NO DATO	TOTAL
2000	DIRECTA	3	7	13		23
	NO RELACIONADA	5	1	4	1	11
	TOTAL	8	8	17	1	34
2001	DIRECTA	4	8	14		26
	NO RELACIONADA	3	1	1		5
	TOTAL	7	9	15	0	31
2002	DIRECTA	2	2	11		15
	INDIRECTA	3		2		5
	NO RELACIONADA	6				6
	TOTAL	11	2	13	0	26
2003	DIRECTA	7	9	19		35
	INDIRECTA	2		5		7
	NO RELACIONADA	3				3
	TOTAL	12	9	24	0	45
TOTAL		38	28	69	1	136

b. EL LUGAR DE LA MUERTE: El lugar en donde ocurre la muerte materna, además de poder indicarnos la posibilidad del acceso a los servicios de salud por parte de la mujer,

también está influenciado por factores como los patrones culturales, la jerarquización del poder de decisión en las familias y la organización familiar y comunitaria.

AÑO	CAUSA	HOSP.	CS/PS	DOMIC.	OTROS	TOTAL
2000	DIRECTA	2	2	19		23
	NO RELACIONADA	2		7	2	11
	TOTAL	4	2	26	2	34
2001	DIRECTA	4	1	19	2	26
	NO RELACIONADA	1		2	2	5
	TOTAL	5	1	21	4	31
2002	DIRECTA	2		11	2	15
	INDIRECTA	1		4		5
	NO RELACIONADA		1	4	1	6
	TOTAL	3	1	19	3	26
2003	DIRECTA	13	1	18	3	35
	INDIRECTA	3	1	2	1	7
	NO RELACIONADA			2	1	3
	TOTAL	16	2	22	5	45
TOTAL		28	6	88	14	136

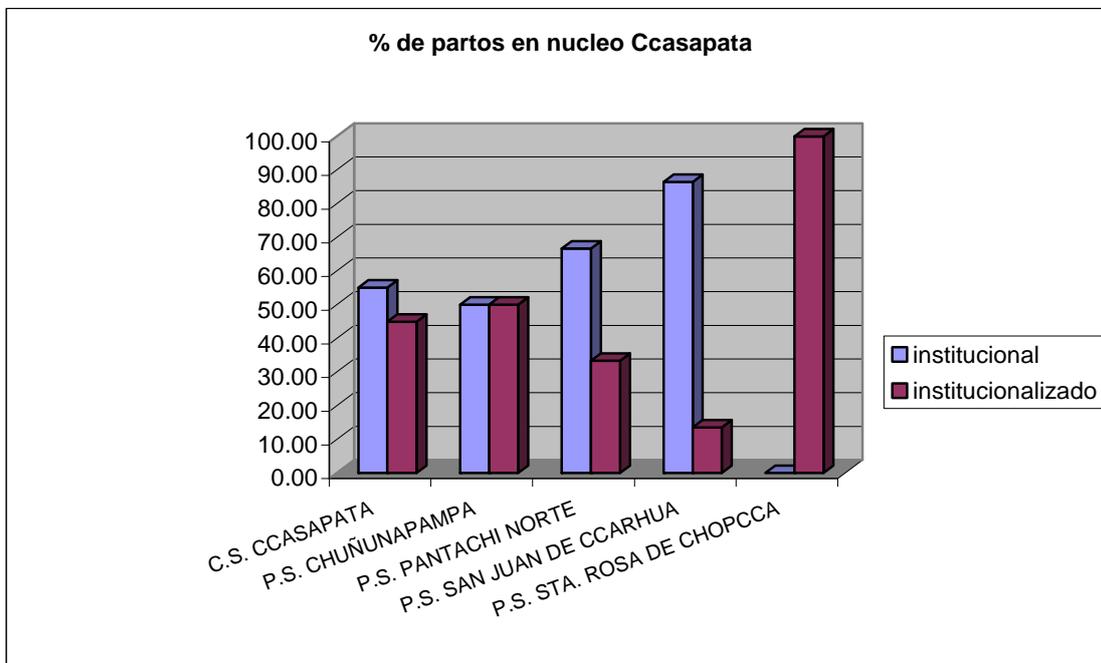
El 65% de las Muertes maternas directas ocurrieron en domicilio, el 21% ocurrieron en Hospitales, el 4% en Establecimientos de Salud.

ANÁLISIS DE LA MUERTE MATERNA DESDE LA CONCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL.

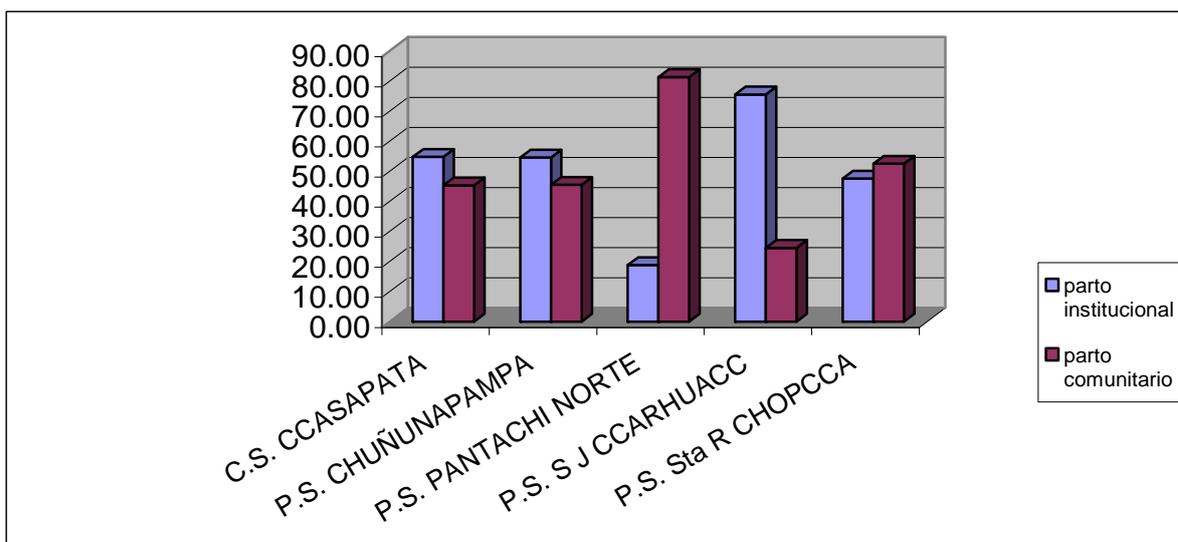
Al analizar las muertes domiciliarias esta se genera por la preferencia del parto en casa debido a que los establecimientos de salud no brindan un ambiente acogedor, calido, similar a su casa (permitir que la parturienta adopte la posición que considere más cómoda de cuclillas, de rodillas; permitir que tome mates y se haga sahumeros o reciba vapor de agua para mantener el calor que ella considera requiere su cuerpo, permitir la presencia del esposo, la partera u otro familiar de confianza, dejar que se amarren la cabeza con una tela, entregar la placenta si lo solicita, acondicionar el ambiente con pellejos y frazadas de lana de oveja). Muchas parturientas con experiencias negativas como extracción manual de placenta, episiotomías, etc., no quieren acudir a los establecimientos de salud por temor.

La red familiar influye para que no acudan al establecimiento de salud aduciendo que el parto es un evento natural que no requiere de atención especializada Médica.

INFLUENCIA DE LA SALA DE PARTO TRADICIONAL EN LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE PARTO NÚCLEO CCasapata 2003



El núcleo Ccasapata atiende población Chopcca, (muy tradicionalistas y muy arraigados en sus costumbres y creencias), en el Centro de Salud y en los puestos, de ellos solo dos cuenta con sala de parto tradicional Ccarhuacc y Pantachi Norte (desde el año 2001) en los que se puede apreciar que los partos institucionales sobrepasan el 66% del total de partos en comparación con los otros EESS de la misma zona.



El Puesto de Salud de Ccarhuacc cuenta con una sala de parto tradicional separada de los ambientes del puesto de salud muy semejante con las casas de las mujeres. El puesto de salud de Pantachi Norte en cambio implementó esta sala de parto tradicional en uno de sus ambientes lo que nos hace suponer que el parto domiciliario no se ha visto disminuido significativamente.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA MUERTE MATERNA 2000 – 2003:

a. **PROCEDENCIA DE LA MUJER:** La mortalidad materna sigue representando un problema social de salud relevante, que afecta en mayor medida a las mujeres originarias de áreas rurales y urbanas. Del total de las muertes maternas registradas en el periodo analizado procedieron de áreas rurales. Por tanto las mujeres tienen el derecho de sobrevivir al embarazo, parto o puerperio.

Pero aún así la posibilidad de morir a causa de las complicaciones es 40 veces mayor en la zona rural, ya que estas mujeres se encuentran afectadas por factores que hacen que su embarazo sea de alto riesgo, incluyendo la pobreza, desnutrición, escasa y limitada educación, el sistema social patriarcal y la inaccesibilidad geográfica hacia los servicios de salud.

b. **LA EDAD DE LA MUJER:** Las mujeres en edades extremas, menores de 19 años y mayores de 35 años representaron cerca del 44% de las defunciones, presentándose un aumento en relación a los años anteriores. Dentro de este grupo tenemos 19 casos de mujeres de 40-49 años, edad a partir de la cual el riesgo de morir por un embarazo es 10 veces mayor comparado con las de 20 a 24 años, según diferentes factores.

GRUPO DE EDAD

La muerte materna de las adolescentes (< 19 años) es preocupante, ya que durante estos tres años aportaron el 16% (22) del total de defunciones. Durante los cuatro años analizados se tiene casi estable la proporción de casos que aportan las adolescentes en relación al total de muertes maternas.

c. **CONTROL PRE NATAL (CPN):** Todos sabemos que el control pre natal se realiza con el propósito de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad de las mujeres, lo cual debe ser precoz, periódico, completo y gratuito con la finalidad de hacerlo accesible a toda mujer embarazada. En el periodo estudiado el 15% de las mujeres no tuvieron ningún control pre natal. El 81% de las fallecidas si tuvieron al menos una consulta pre natal. A pesar de que el CPN significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 48.4% de mujeres embarazadas con mas de un control sin embargo al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que los establecimientos de salud se encuentren preparada para brindar cuidados obstétricos de emergencia y de calidad.

d. **CONTROL DE FECUNDIDAD:** El derecho de la mujer a decidir el número de hijos que quiere tener ha sido reconocido por el estado Peruano. La muerte de una mujer causada

de un embarazo que no fue planeado ni deseado por la falta de acceso a los métodos anticonceptivos, es una clara violación de los derechos humanos. En consecuencia es imprescindible organizar los servicios de salud para que los métodos anticonceptivos se encuentren disponibles de forma permanente, por esto es muy importante brindar a las usuarias información completa y veraz, asegurándonos que estén completamente claras las condiciones al iniciar su administración.

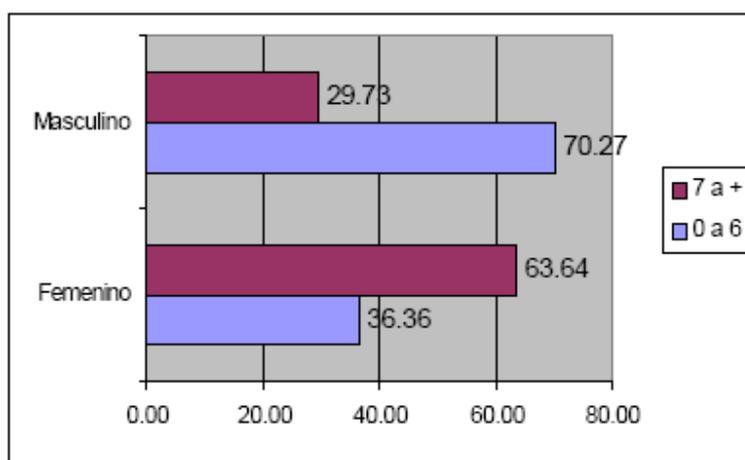
3.2.4 OTROS CONDICIONANTES QUE AFECTAN LA SALUD

A) NIVELES DE DISTRÉS EN CONSULTORIOS EXTERNOS HDH

En el Hospital de Huancavelica se realizó un tamizaje del nivel de distrés que presentaban las personas que acudían a los servicios de medicina durante el mes de Septiembre del 2002, teniendo los siguientes hallazgos.

El instrumento utilizado es la escala de salud personal validada en nuestro medio por el Dr. J. E. Mezzich, G. Mazzotti, et al, que consta de 10 preguntas los cuales se califican con una escala de 0 a 2. El punto de corte encontrado por los investigadores es de 7 a más indicaría la presencia de elevados niveles de distrés y debería recibir atención especializada.

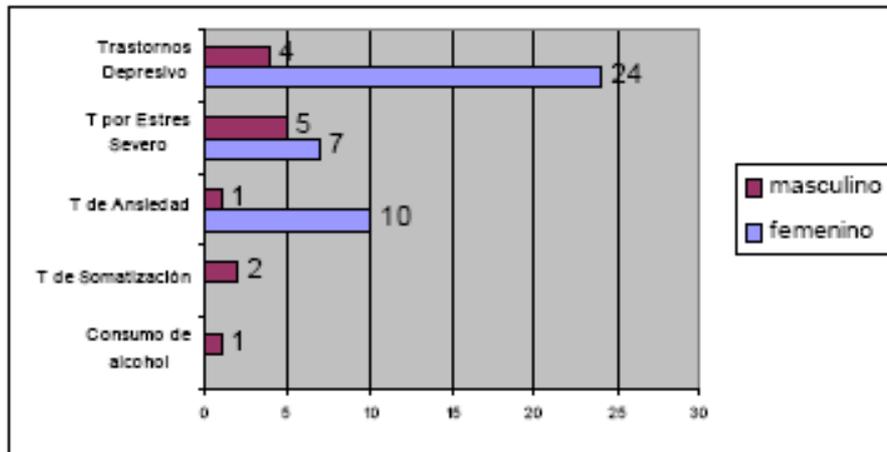
% DE PERSONAS CON DISTRÉS QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DE MEDICINA HDH 2002



Hospital Departamental de Huancavelica - Unidad de Salud Mental - Dr. Amao - Set 2002

Como se aprecia el 63% de mujeres y el 30% de varones presentan elevados niveles de distrés.

% TRASTORNOS MENTALES ENCONTRADOS EN PERSONAS CON DISTRÉS QUE ACUDEN A CONSULTORIOS EXTERNOS DE MEDICINA HDH 2002

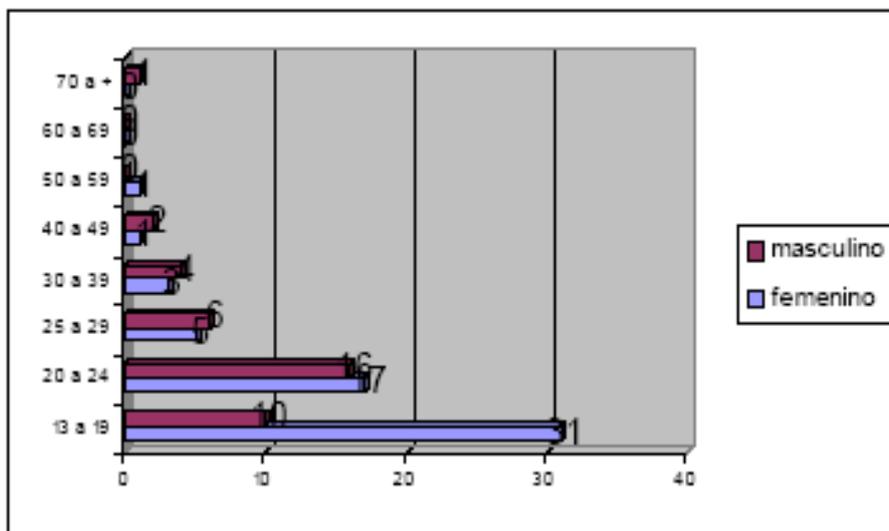


Hospital Departamental de Huancavelica - Unidad de Salud Mental - Dr. Amao - Set 2002

Estas personas recibieron una entrevista diagnóstica encontrándose problemas de ansiedad y depresión sobre todo en mujeres.

B) CONDUCTA SUICIDA EN SERVICIO DE MEDICINA HDH

CONDUCTA SUICIDA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA DEL 2000 AL 2003 % INTENTOS DE SUICIDIO HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA HDH 2000 AL 2003



Se puede apreciar que las edades de los intentos de suicidio fluctúan desde los 13 años hasta los 71 años y que **la mayoría de los casos corresponden a adolescentes y jóvenes**, hasta un 80% de casos entre los 13 y 25 años.

Uno de los principales problema de salud mental es como los jóvenes de Huancavelica recurren como ultimo recurso para la solución de sus problemas al suicidio, lo cual demuestra cuan difícil es para ellos el futuro, probablemente sin esperanzas ni aspiraciones de tal manera que deben recurrir al medio de solución de sus problemas.

C) LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA

Huancavelica es el segundo departamento afectado por la violencia política como se puede observar en el informe de la Comisión de la verdad.

COMUNIDADES Y PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA POLÍTICA HUANCAVELICA POR NIVEL DE AFECTACIÓN

NIVEL DE AFECTACION	COMUNIDADES	N° PERSONAS
BAJA	179	57347
MEDIA	75	21339
ALTA	117	42936
MUY ALTA	61	26665
TOTAL	432	148287

NUMERO DE COMUNIDADES AFECTADA POR PROVINCIAS

PROVINCIA	MUYALTA	ALTA	MEDIA	BAJA	TOTAL	%
ACOBAMBA	2	5	6	22	35	7.6
ANGARAES	26	17	4	7	54	11.48
CASTROVIRREYNA	7	15	6	3	31	4.63
CHURCAMPA	10	21	20	16	67	13.32
HUANCAVELICA	13	29	16	63	121	39.08
HUAYTARA	2	9	8	5	24	3.79
TAYACAJA	1	21	15	63	100	20.10
TOTAL	61	117	75	179	432	100.00

Los victimas de la violencia política sufrieron diferentes formas de afectación como las personas desplazadas, muertas, desaparecidas, discapacitadas, torturadas, viudas(os), huérfanas, indocumentadas muchas de estas familias has sufrido más de una forma de afectación, sin haber recibido ningún tipo de atención.

SECUELAS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA:

ÁMBITO INDIVIDUAL

- ✓ Estado de desconfianza, temor, inseguridad, parálisis y dolor generado por la violencia que aun persiste en personas y comunidades.

ÁMBITO COLECTIVO

- ✓ Agudización de conflictos intracomunales preexistentes

- ✓ Aparición de nuevos conflictos (perpetradores que viven al lado de las víctimas; conflictos entre residentes y retornantes; ocupación o despojo de tierras, etc.).
- ✓ Daño en los vínculos Interpersonales y los lazos de solidaridad.
- ✓ Familias sufrieron aislamiento, marginación y padecieron rupturas que en muchos casos duran hasta la actualidad.
- ✓ La identidad cultural quedó mellada dificultando la socialización y el soporte emocional de las generaciones siguientes.
- ✓ Muchas comunidades silenciaban lo ocurrido al resquebrajarse el tejido social que permitían y facilitaban el intercambio de recursos y el apoyo en las dimensiones económica, cultural, informativa, afectiva, etc.,
- ✓ Se limitó la cohesión cultural y disminuyeron la participación social, la organización, la recreación de su cultura, y en general, el desarrollo colectivo.
- ✓ Los conflictos no fueron procesados y se perpetuó por años.

EL DAÑO EN SALUD MENTAL

- ✓ Se expresó en una serie de problemas que afectaron el funcionamiento social y limitan sus posibilidades de una vida digna.
- ✓ Se encuentran específicamente problemas psicosomáticos, depresión, duelo alterado o no completado, sentimientos de desamparo, pérdida de confianza en sí mismo y en los demás, dificultades de aprendizaje, angustia generalizada, hipervigilancia, insomnio, pesadillas, temores y fobias, impulsividad, agresividad.

SECUELAS PISCOSOCIALES:

- ✓ Agudización de alcoholismo tanto en hombres como en mujeres, y en adolescentes
- ✓ Incremento de violencia familiar
- ✓ Pandillaje infantil y juvenil,
- ✓ Problemas de aprendizaje,
- ✓ Incapacidad de proyectarse con visión de futuro
- ✓ Intentos de suicidio,
- ✓ Mantenimiento de una situación de violencia en sus comunidades, que limitan la recuperación individual y colectiva de la población afectada.

SECUELAS DE DISCAPACIDAD

- ✓ Por condiciones de vida infrahumanas que tuvieron que asumir para defenderse, abusos y detenciones arbitrarias e incursiones torturas maltratos, atentados a su integridad y violencia sexual.

D) NECESIDADES DE SALUD MENTAL, DEMANDA DE LAS FAMILIAS Y COMUNIDAD: NECESIDAD DE ACCIONES PREVENTIVO PROMOCIONALES

FAMILIA
PROBLEMAS EMOCIONALES
ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES
VIOLENCIA FAMILIAR
ALCOHOLISMO
MALTRATO INFANTIL

FALTA DE AUTOESTIMA
COMUNIDAD
EDUCACION Y COMUNICACIÓN DEFICIENTES
FALTA DE PARTICIACION COMUNITARIA
VIOLENCIA JUVENIL
FALTA DE SEGURIDAD CIUDADANA
FALTA DE OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE DE LOS ADOLESCENTES
DESEMPLEO JUVENIL
FALTA DE MAYOR PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS ACCIONES DE SALUD

E) PROBLEMAS QUE AFRONTAN LOS JÓVENES EN HUANCVELICA SEGÚN SU PROPIA PERCEPCIÓN:

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS Y JÓVENES

Niños y adolescentes con problemas de desnutrición

PROBLEMAS DE ALCOHOL Y VIOLENCIA

Jóvenes alcohólicos y drogadictos que traen drogas de la selva

Jóvenes delincuentes

Jóvenes que tienen que emigrar en busca de trabajo

FALTA DE OPORTUNIDADES DE ESTUDIO Y TRABAJO PAR LO JÓVENES

Jóvenes mujeres que tienen que trabajar en lima como domesticas

Algunas de ellas a veces son obligadas a tener relaciones con sus patrones porque si no les hacen caso ellos las maltratan y las despiden del trabajo y por temor a quedar en la calle tienen que hacer lo que sus patrones les piden.

Jóvenes varones que tienen que trabajar en la selva en la cosecha de coca, café

Algunos de ellos aprenden a usar las drogas y traen para vender aquí.

Adolescentes que desean superarse y mejorar su economía pero no pueden continuar sus estudios por falta de economía, debido a que aquí no hay universidades ni academias para prepararse.

VIOLENCIA FAMILIAR Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Violencia familiar sobre todo contra la mujer.

Alcoholismo de los varones que incrementa la violencia familiar

Adolescentes y niños con traumas psicológicos por violencia familiar que presentan conducta agresiva

Mujeres que no saben brindar cariño y comprensión a sus amigas o a sus hijos.

Mujeres que no saben aconsejar a las personas que lo necesitan.

Padres analfabetos que no apoyan a sus hijos en sus tareas del colegio.

EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES

Adolescentes embarazadas.

Adolescentes que forman familia antes de conocerse bien y terminan separándose.

Las jóvenes se ilusionan cuando tienen enamorado y salen embarazadas y desean formar familia pero después tiene problemas económicos y sus esposos las abandonan y se convierten en una carga para su madre.

Las jóvenes embarazadas que tienen apoyo de su familia pueden continuar estudiando pero en el colegio ya no son iguales, se sienten tristes, están aburridas, no se concentran bien en los estudios y se arrepienten de lo que han hecho.

AUSENCIA DE ORGANIZACIONES QUE APOYEN A LOS JÓVENES

Falta de organizaciones que agrupen jóvenes que brinden alternativas de solución a los problemas de los jóvenes.

Los jóvenes no están organizados sobre todo las adolescentes que tienen hijos que si se organizan podrían hacer algún negocio, un restaurante, venta de abarrotes, producción de tejidos, podrían apoyarse unos a otros porque se sienten solos y podrían aconsejarse para que pongan de su parte porque muchos piensan que la vida ya no les importa.

JÓVENES AFECTADOS POR LA VIOLENCIA POLÍTICA.

Los jóvenes que tienen familiares que han sido afectados por la violencia política escuchan las cosas que han pasado y ellos también tienen miedo de que estas cosas ocurran de nuevo es como una huella que ha quedado y que no puede borrarse, algunos adultos dicen también que si esto ocurriese de nuevo sería mejor morir, por que la comunidad se queda sola se pasa hambre y miseria ya no se puede criar ganado ni se puede cosechar, los campos quedan abandonados, la gente está triste y con miedo no pueden quedarse en sus casas siempre se escapan al campo a esconderse.

Los militares que habían venido a protegerlos también cometieron abuso con las jovencitas y los terroristas también hacían lo mismo se llevaban a las jóvenes y abusaban de ellas, por eso las personas tienen miedo todavía.

EN LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Falta de especialistas que atiendan los problemas de los jóvenes.

A veces los hacen esperar mucho

Otras veces los tratan mal no todos tratan bien a los jóvenes sobretodo.

Establecimientos de salud no bien equipados

Falta de equipos

Falta de baños públicos.

LOS ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY

Los jóvenes de Huancavelica se han agrupado en grupos de pares en los cuales encuentran un lugar donde ser acogidos lo que no ocurre en sus hogares.

Los jóvenes que no tienen la posibilidad de integrarse en grupos de desarrollo personal se reúnen en las calles en las cantinas y discotecas de la ciudad y en estado etílico fomentan desordenes y conductas vandálicas con agresiones entre ellos y agresiones a transeúntes y a la propiedad privada, muchas veces presentan conducta delictiva como asalto, robo y en varias oportunidades asesinatos.

En Huancavelica la Policía ha detectado hasta un total de **58 pandillas** y la ha clasificado por el nivel de conducta delictiva y reincidencia siendo la mayoría de sus integrantes adolescentes **calificados como infractores de la ley**.

Los adolescentes infractores de la ley presentan como principal característica la falta de apoyo socio familiar pues pertenecen a familias deterioradas y desintegradas.

Al igual que estos adolescentes existen otros grupos de pares que se forman muchas veces por afinidad en las actividades que realizan como por ejemplo los grupos juveniles de arte folklórico y los grupos de animación urbana, en los que practican la poesía y el teatro, facilitadas por organizaciones no gubernamentales que tienen un trabajo limitado en el tiempo y en el área geográfica de sus proyectos, y no se puede observar la continuidad de los logros pues un proyecto tiene un comienzo y un final.

La integración de las propuestas y experiencias en el quehacer diario de las instituciones públicas garantizará que estas poblaciones de adolescentes reciban el tratamiento psicosocial que los reintegre adecuadamente en la sociedad y se convierta la adolescencia en una oportunidad en vez de un riesgo.

“La falta de un espacio adecuado para fortalecer las capacidades de los adolescentes solo perpetuará estas condiciones en las que los adolescentes recurren a conductas violentas contra las personas y contra si mismo.”

F) INEQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA EN HUANCAVELICA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES.

- ✓ Los hombres toman decisiones en el manejo del dinero para gastos importantes (compra de casa, ganado, etc.)
- ✓ Decisiones sobre cuando tener relaciones sexuales y uso de anticonceptivos
- ✓ Deciden con quien la mujer mantiene relaciones de amistad.

Motivo de la diferencia

- ✓ Fuerza muscular del varón
- ✓ Disminución de la fuerza de la mujer por los partos

Caracteres de género valorados por la pareja

- ✓ En el hombre se valora su resistencia para el trabajo físico
- ✓ En la mujer su capacidad reproductiva.

Roles y responsabilidades

- ✓ La mujer se encarga de las labores domesticas (lavar, cocinar, limpiar la casa, criar animales menores, pastorear animales, cuidado de los hijos e hijas, hilado y tejido de prendas para ellos y para venta, hacer labores de chacra en épocas de siembra y cosecha)
- ✓ Las hijas mujeres desde los 8 años o antes se dedican a ayudar en los quehaceres del hogar, crianza de sus hermanos menores.

- ✓ Los hombres se dedican exclusivamente al trabajo de la chacra y se encargan de proporcionar dinero mediante trabajos fuera de su comunidad (selva central).

Violencia contra la mujer

- ✓ Es un problema de todos los días y afecta su vida y su salud.
- ✓ “Solo las cuatro paredes de mi casa, saben lo que yo sufro”
- ✓ Producto de los celos y el consumo de alcohol.
- ✓ “Por no cumplir sus “quehaceres y ordenes”, no querer tener relaciones sexuales, por amigueras o chismosas (pertenecer a clubes de madres).

Salud reproductiva

- ✓ Regla blanca o flor blanca que se produce por el frío o el calor o después del parto cuando toman leche o comen queso o por las heridas de su interior por el mal parto, golpe o maltrato de la matriz, caídas o maltrato físico del esposo. La flor blanca puede cambiar de color el amarillo es el más peligroso y apesta como perro muerto o pescado podrido y puede convertirse en rojo cuando se convierte en cáncer y puede llegar a morir.
- ✓ Cuando nos enfermamos y no podemos hacer nada ni cocinar ni traer agua ni tejer ni caminar ni sentarnos bien, el esposo se aburre de nosotras nos deprecia y dice que no valemos para nada por que no podemos hacer nada en la chacra.
- ✓ “Sufrimiento en el parto” con complicaciones en el parto o puerperio inmediato, parto difícil, con mucho dolor, con la posibilidad de morir.
- ✓ Sufren más las mujeres débiles mal alimentadas.
- ✓ Wicso o mala posición producida por esfuerzo físico y caídas durante el embarazo por el trabajo que realizan y que no pueden dejar de hacer.
- ✓ Retención de placenta por susto o exposición al calor del sol o la cocina (cuando comen la comida pegada en el fondo de la olla) que pega la placenta a la madre (útero).
- ✓ Tapka (trabajo de parto prolongado) por la bulla, muchas personas o ladrido del perro. Otras causas son el movimiento del útero a la muerte del bebe o a que el cordón enredado en el bebe no permita el nacimiento de este.
- ✓ El cordón enredado se debe a que la madre teje pasándose la lana en el cuello.
- ✓ Ser muy joven produce parto cerrado que no permite nacer al bebe.
- ✓ Ser muy mayor
- ✓ Relaciones sexuales durante el último periodo del embarazo que no pueden evitar pues son consideradas infieles por sus esposos.

Prácticas culturales durante el parto

- ✓ Calentar el ambiente de la parturienta con sahumeros con hierbas y bosta, se cubren con mantas y se protegen del viento, toman sus mates calientes.
- ✓ El frío puede dificultar el nacimiento, podría congelarse su sangre y el bebe encogerse o la mujer perder fuerza
- ✓ Tener a su lado personas de su confianza (esposo, madre o partera).
- ✓ Posición de cucullas, arrodilladas semisentadas, en cueros de oveja sujetándose de la cama o de una soga que cuelga de la viga de la casa, que no exponer sus genitales y se sienten mas cómodas.
- ✓ Se amarran la cabeza para que se cierre la cabeza que se abrió con el esfuerzo del parto.

- ✓ La partera que les atiende cuando el esposo o la madre no están disponibles para brindar atención.

La atención de salud.

- ✓ En el hospital te calatean, te ponen con sabanas, y te estiran y te ponen inyección para dar a luz, te estiran las piernas en maquinas.
- ✓ La mujer tiene mayor uso de los servicios de salud que el hombre por los procesos reproductivos y la planificación de actividades preventivas a favor de la mujer y el niño.
- ✓ El costo para mantener la salud de la mujer es más elevado que la del varón.
- ✓ El Seguro Integral de Salud cubre parcialmente estas necesidades de atención por el proceso de gestación, parto y puerperio pero no cubre sus otras necesidades de atención como las producidas por la violencia familiar (depresión, ansiedad)

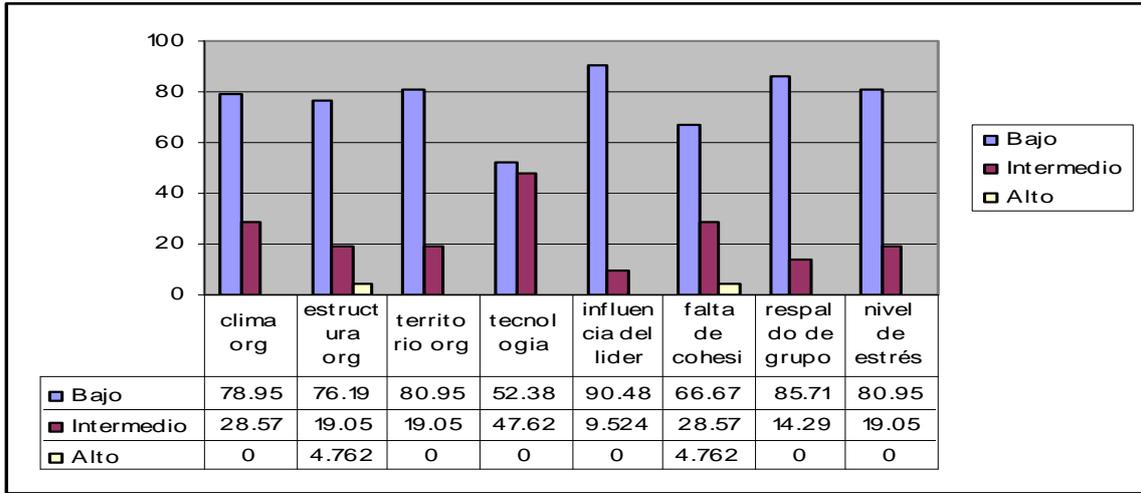
La mujer vive situación de inequidad en la relación con su pareja que le produce mayores necesidades de servicios de salud sin embargo el sistema no está dirigido a atender todas sus necesidades y el costo para mantener su salud es más elevado que la que el varón necesita.

G) ESTRÉS LABORAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

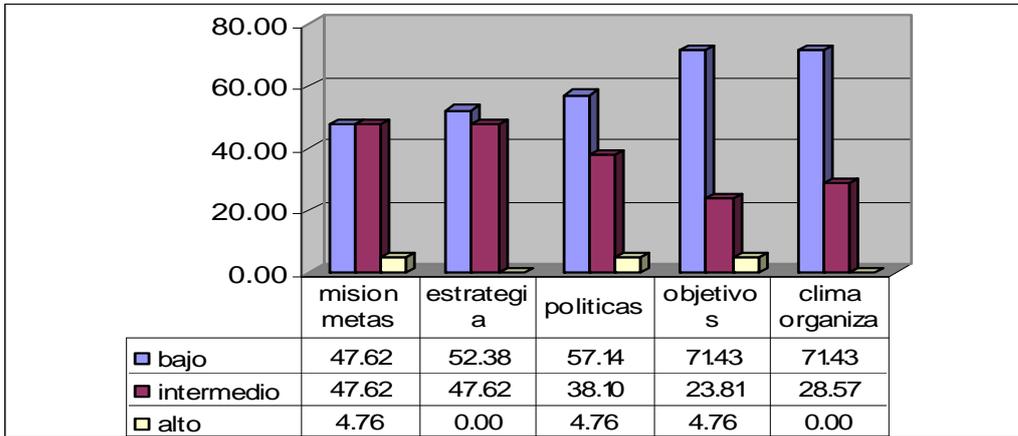
Se realizó un estudio de los niveles de estrés que están presentes en el personal de salud del Centro de Salud de Lircay. Teniendo como MUESTRA 13 mujeres y 8 varones teniendo la mayoría entre 30 a 40 años de edad.

Los niveles de estrés encontrados con este cuestionario fueron bajo nivel de estrés 0%, moderado nivel de estrés 62% y elevado nivel de estrés 38%.

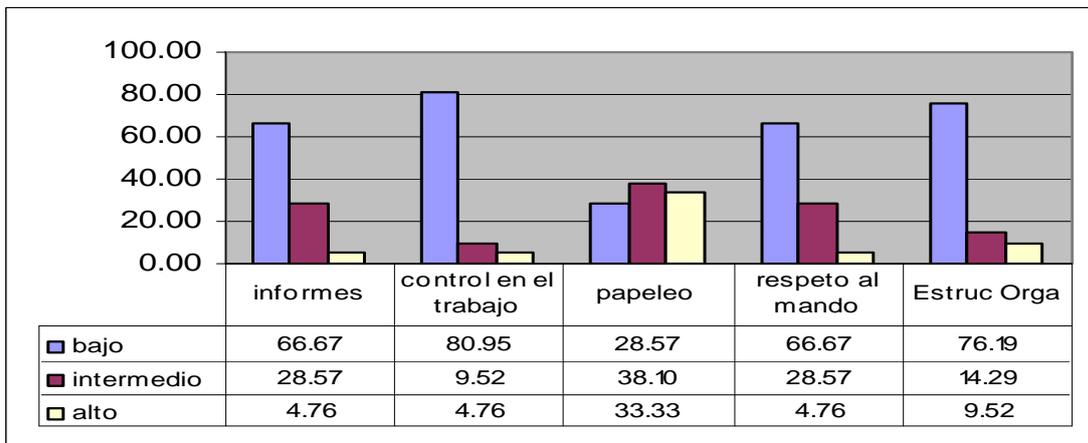
Con el Cuestionario de Estrés Laboral – Aspectos Organizacionales (OIT-OMS); se encuentra que los niveles generales de estrés laboral son bajos en el 81%, intermedios en el 19%. Los componentes del estrés laboral producen niveles de estrés diferentes como la estructura organizacional y la falta de cohesión en el grupo producen mayores niveles de estrés elevado y el uso de tecnología produce mayores niveles de estrés que los otros componentes aunque en un nivel moderado.



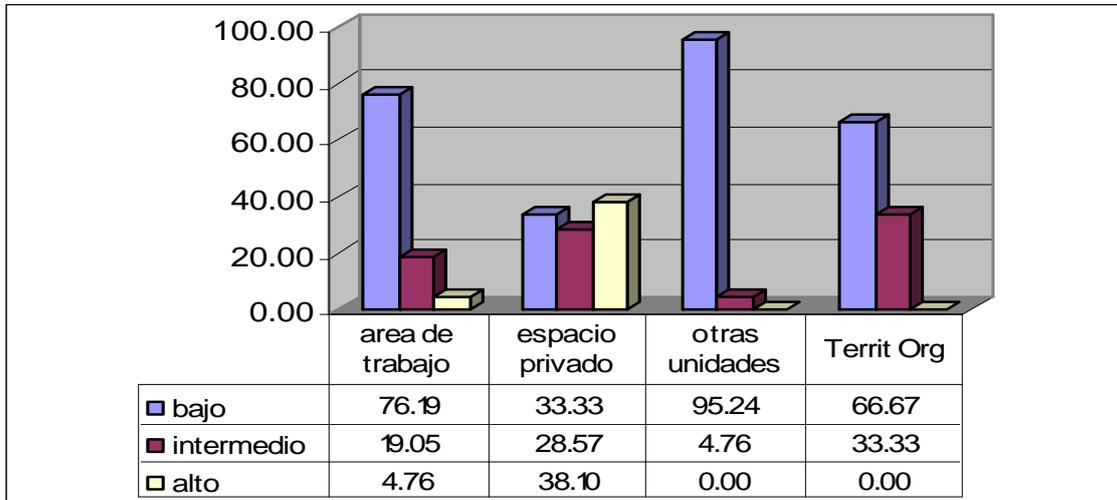
CLIMA ORGANIZACIONAL por componentes



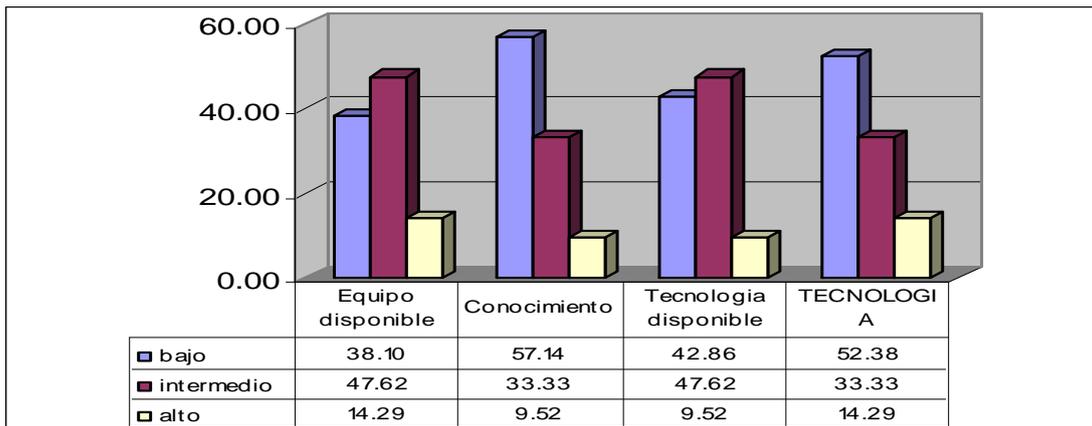
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL por componentes



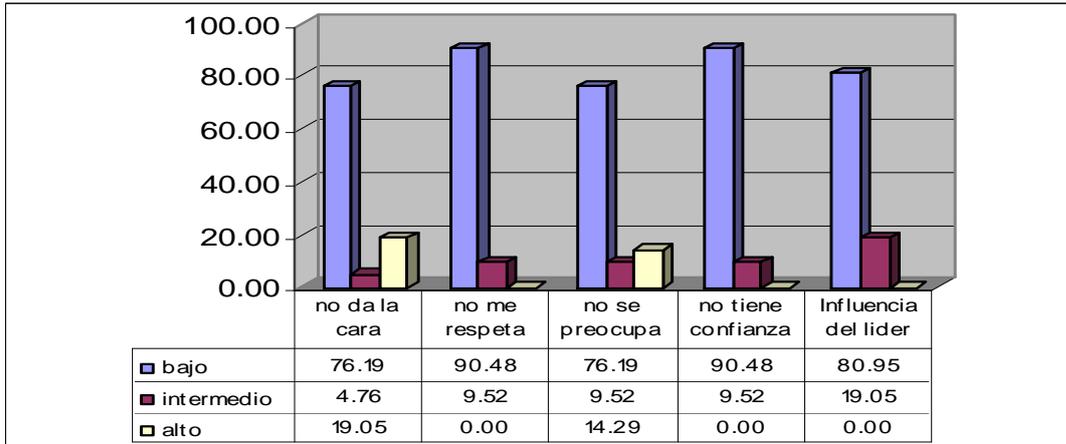
TERRITORIO ORGANIZACIONAL por componentes



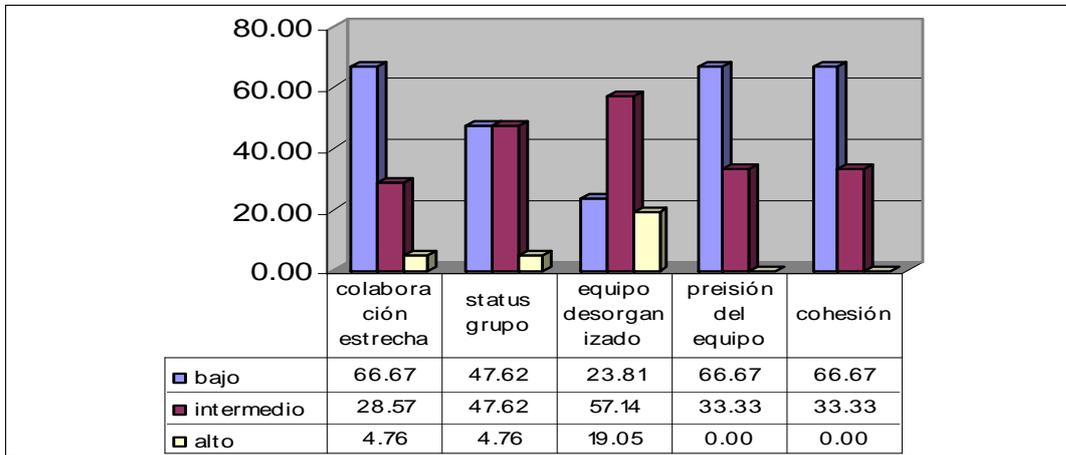
TECNOLOGIA por componentes



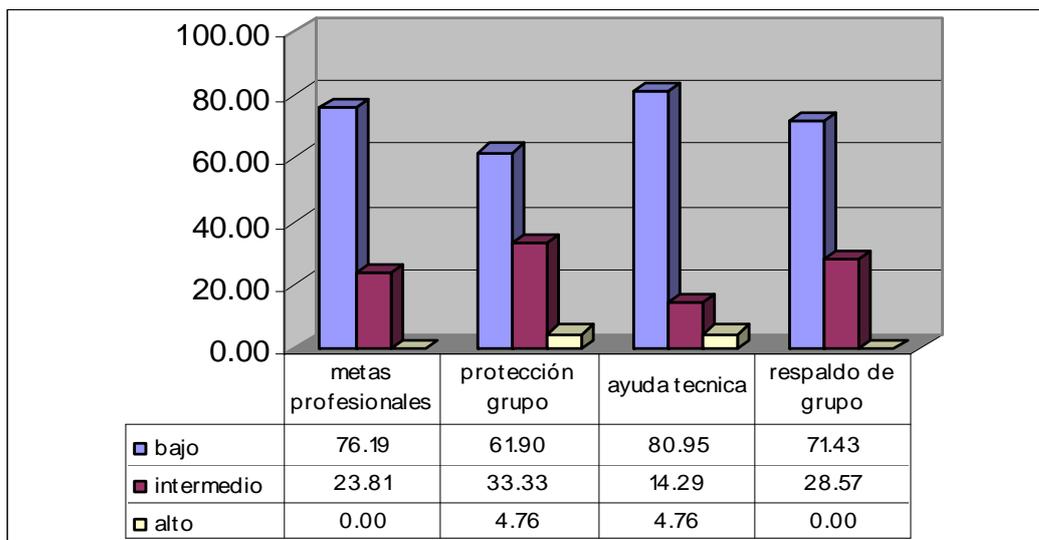
INFLUENCIA DEL LIDER por componentes



FALTA DE COHESIÓN por componentes



RESPALDO DEL GRUPO por componentes



TASAS DE VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL DE HOMBRE Y MUJER

La violencia familiar en Huancavelica esta muy subregistrada, no se cuenta con datos estadísticos que demuestren la prevalencia de la violencia familiar. En un estudio realizado por el Psic Rodríguez Canales, Fredy Fernando, titulado **CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LOS TRABAJADORES DE LA REGIÓN DE SALUD HUANCAVELICA FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR** se encontró que de 334 trabajadores de salud entrevistados el 39% aceptaba que existen violencia familiar en el seno de su familia.

El ENDES 2000, encontró un total de 29% de mujeres con unión conyugal sufrían violencia por sus cónyuges. Siendo mayor entre las que estaban casadas, en mayores de 35 años y en mujeres con menores niveles educativos, igualmente se puede apreciar que además del compañero sus victimarios son el padre o la madre de las agredidas.

No se conocen los datos de violencia familiar contra el hombre el cual es mucho menor que contra la mujer, tampoco se tienen datos sobre el maltrato infantil.

El Centro de Emergencia Mujer del MINDES ha atendido desde marzo del 2004 un total de 315 casos de violencia familiar y sexual lo cual es un incremento significativo del total de casos denunciados en años anteriores, de los cuales el 1.27% corresponde a niños menores de 5 años; 4.44% niños entre los 6 a 11 años; 7.30% corresponde a los 12 a 17 años; el 22.86% a los 18 a 25 años; 25.71% a los 26 a 35 años, el 25.08% a los 36 a 45 años, 10.79% entre los 46 a 59 años y 2.54% de 60 a más años.

El 89.22% de casos son mujeres y el 10.78% son casos de hombres.

IV. RESPUESTA SOCIAL FRENTE A LOS PROBLEMAS DE SALUD

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

4.1.1 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO:

La oferta de servicios en la región de salud Huancavelica está dada principalmente por el MINSA que cuenta con 279 establecimientos de salud del primer nivel, divididos en 1 Hospital de apoyo, 44 Centros de Salud y 234 Puestos de Salud.

ESSALUD cuenta con 7 establecimientos de salud de los cuales 1 es hospital de apoyo y 6 postas médicas en capitales de provincia.

SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA ORGANIZACIONES QUE BRINDAN ATENCIÓN DE SALUD HUANCVELICA

ORGANIZACIÓN	Nº EESS
MINSA	279
ESSALUD	7
SANIDAD FF PP	1
CONSULTORIOS PARTICULARES	6
ONGS	44
PARROQUIALES	7
FARMACIAS	54
MEDICINA TRADICIONAL	43

FUENTE: DEPI HVCA

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRESA HUANCVELICA 2003

EESS de la DIRESA Hvca.	Nº
TOTAL Establecimientos de Salud DIRESA Hvca	279
Hospital Departamental	1
Centros de Salud	44
Puestos de Salud	234
Laboratorios de Referencia	1

FUENTE: DEPI HVCA

4.1.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE SOPORTE:

INFRAESTRUCTURA FÍSICA:

CONDICIÓN DE TENENCIA DE LOS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD DIRESA HUANCVELICA 2002

Los establecimientos de Salud que vienen funcionando cuya infraestructura es estable, se observa que el 89% son locales propios, de los cuales el 50% aproximadamente carecen de saneamiento físico legal.

TIPO DE MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LOS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

Por otra parte si analizamos el tipo de construcción de los establecimientos, se aprecia que el 32% es de material noble, el 63% son de adobe y el 6% son de material rustico y/o madera.

Respecto a la instalación de servicios básicos en los establecimientos del primer nivel de atención, se aprecia que solo el 62% cuenta con instalación de Agua y el 25% de instalación de desagüe, así mismo el 51% de los establecimientos cuentan con energía eléctrica.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE:

El 42% de los EESS cuenta con radio, el 58% de los EESS no cuenta con este medio de comunicación, ocasionando limitaciones en el sistema de referencia y contrarreferencia. Solo 6 establecimientos de salud cuentan con teléfono instalado, sin embargo 221 EESS tienen acceso a teléfonos públicos o comunitarios.

En la Región de Salud Huancavelica el número de unidades de transportes no cubren las necesidades de los Establecimientos para la prestación de servicios de salud, solo el 12% cuenta con ambulancia, 5% con camioneta y 22% con moto cuatrimoto.

FINANCIAMIENTO:

Los recursos financieros que dispone la DIRESA Huancavelica son principalmente del tesoro público, que es transferido como recursos ordinarios a través del gobierno regional.

También como fuente la transferencia de recursos por encargos de los diferentes proyectos del Ministerio de Salud.

Las principales fuentes de encargos en los años 1999 al 2001 han sido el Programa de Acuerdos de Gestión, el Proyecto 2000, el Instituto Nacional de Salud. Desde el año 2002 también se tiene como fuente de financiamiento al Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PAR Salud.

4.1.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RECURSOS HUMANOS:

CUADRO RESUMEN DE RECURSOS HUMANOS POR REDES Y ESTABLECIMIENTOS 2004

RED	NOMBRADOS							CONTRATADOS							FERUM CONTRATADOS							FERUM EQUIVALENTE							TOTAL
	MÉDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRIZ	ODONTÓLOGO	TEC. ENFERM.	OTROS	SUB TOTAL	MÉDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRIZ	ODONTÓLOGO	TEC. ENFERM.	OTROS	SUB TOTAL	MÉDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRIZ	ODONTÓLOGO	TEC. ENFERM.	OTROS	SUB TOTAL	MÉDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRIZ	ODONTÓLOGO	TEC. ENFERM.	OTROS	SUB TOTAL	
Hcvca	1	3	3	6	122	20	155	23	31	31	5	72	5	168	17	8	2	0	2	0	29	4	12	0	1	0	0	17	369
ACOB	2	3	4	0	56	15	80	12	13	12	2	36	1	78	10	4	5	1	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	178
TAYAC	3	9	2	2	76	23	115	14	19	20	3	47	18	122	7	3	5	1	0	1	17	2	0	1	0	0	3	257	
TOT	6	15	9	8	254	58	350	49	63	63	10	155	24	368	34	15	12	2	2	1	66	6	12	1	1	0	20	804	

FUENTE: DIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD - ELABORACIÓN CONSULTOR PAR SALUD

CUADRO RESUMEN DE LA RELACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL POR HABITANTE SEGÚN REDES 2004

RED	TOTAL MEDICOS	TOTAL ENFERMERAS	TOTAL OBSTETRICES	TOTAL POBLACION
HUANCAVELICA	45	54	36	170801
ACOBAMBA	24	20	21	106878
TAYACAJA	26	31	28	158399
TOTAL	95	105	85	458916

FUENTE: DIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD - ELABORACIÓN CONSULTOR PARSALUD

TASA DE PERSONAL DE SALUD x 10000 HABITANTES

RED	TASA MEDICOS	TASA ENFERMERAS	TASA OBSTETRICES
HUANCAVELICA	2.63	3.16	2.11
ACOBAMBA	2.25	1.87	1.96
TAYACAJA	1.64	1.96	1.77
TOTAL	10.30	6.70	

FUENTE: DIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD - ELABORACIÓN CONSULTOR PARSALUD

Entonces podemos decir que en la región de Salud contamos con 2 médicos por cada 10000 habitantes, 2.3 enfermeras por 10000 habitantes y 1.7 obstetrices por 10000 habitantes, reflejándose la necesidad de contar con profesionales médicos y no médicos, para cubrir las diferentes actividades preventivos, promocionales y asistenciales y así lograr el objetivo de la institución.

Se nota la ausencia de profesionales especialistas en la mayoría de los establecimientos de salud existiendo las cuatro especialidades básicas únicamente en el Hospital Departamental de Huancavelica

4.1.4 ANÁLISIS DE LA ACCESIBILIDAD

Indicadores de Accesibilidad:

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA: El 70 % de los establecimientos de Huancavelica son poco accesibles, mientras que el 30 % se ubica entre moderadamente accesible y accesible.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD CULTURAL:

Desde el punto de vista de la comunidad, el 35 % de los pobladores son analfabetos, siendo una de las tasas más altas del país.

Desde el punto de vista de los servicios de salud, según el Análisis de la Situación de Salud del 2002, solo el 1.2 % de los trabajadores de salud habla el idioma quechua. Sin embargo, según información de los 44 jefes de centros de salud, aproximadamente el 50% de los técnicos de enfermería hablan o entienden el quechua. Queda pendiente la confirmación de esta información para estudios posteriores. Sin embargo, esta situación sigue siendo una limitante para facilitar el acceso a los servicios de salud.

4.1.4 OFERTA OPTIMIZADA

Para evaluar la oferta optimizada se ha tomado en cuenta el recurso humano destinado a cada ciclo de vida y los estándares de producción, tales como el tiempo de duración de una consulta médica, obstetricia y enfermería, es decir la capacidad de producción con las horas disponibles para cada recurso humano.

OFERTA OPTIMIZADA DE RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ETAPA DE VIDA NIÑO

Terapia de Rehabilitación											
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OFERTA OPTIMIZADA DE RECURSOS DISPONIBLE PARA LA ETAPA DE VIDA ADULTO

Tipo de servicio	RECURSOS DISPONIBLES					ESTÁNDARES DE PRODUCCIÓN					Oferta optimizada
	Camas	Horas medico	Horas enfermera	Horas obstetriz	Horas otros prof. Salud	Camas	Horas medico	Horas enfermera	Horas obstetriz	Horas otros prof. Salud	
Adulto	195					27477					27477
Prevención											
Consulta Externa		20423	16140	75983	7164		40846	32280	151966	14328	239420
Promoción											
Sesiones Educativas		2817	6456	27630	6269		2817	6456	27630	6269	43172
Recuperación											
Consulta Externa		34086	0	0	6269		136344	0	0	25076	161420
Emergencia y Urgencia		2817	1614	0	448		5634	3228	0	896	9758
Egresos	2340	2817	1614	0	448	6600	2817	1614	0	448	6600
Partos		5634	3228	27630	896		2817	1614	13815	448	18694
Rehabilitación											
Terapia de rehabilitación											

El 50% del tiempo de la obstetriz y el 25% del tiempo del medico son dedicados a la atención de esta etapa de vida. La atención principalmente esta dirigido a las mujeres en edad fértil.

OFERTA OPTIMIZADA DE RECURSOS DISPONIBLE PARA LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR

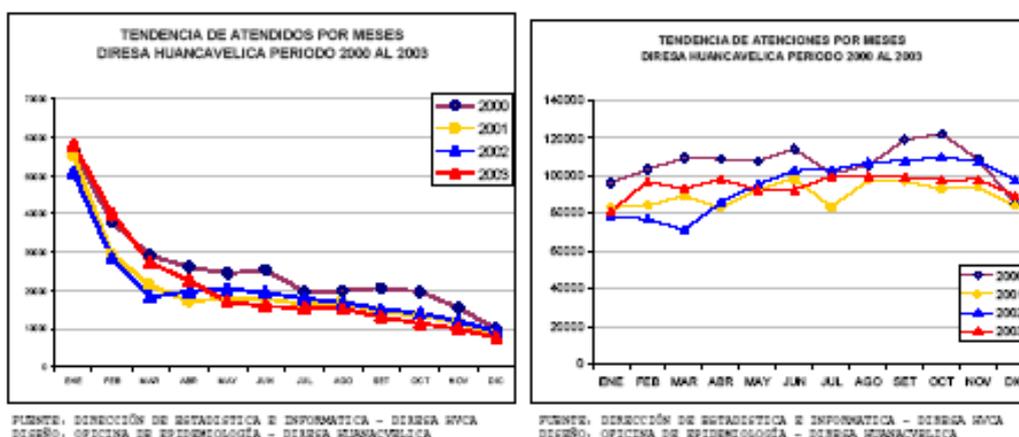
Tipo de servicio	RECURSOS DISPONIBLES					ESTÁNDARES DE PRODUCCIÓN					Oferta optimizada
	Camas	Horas medico	Horas enfermera	Horas obstetriz	Horas otros prof. Salud	Camas	Horas medico	Horas enfermera	Horas obstetriz	Horas otros prof. Salud	
Adulto Mayor	15					2114					2114
Prevención		3437	0	0	0		6874	0	0	0	6874
Promoción											
Sesiones Educativas		3437	0	0	0		3437	0	0	0	3437
Recuperación											
Consulta Externa		4169	0	0	448	0	16676	0	0	1792	18468
Emergencia y Urgencia		1409	1614	0	448		2818	3228	0	896	6942
Egresos		1409	1614	0	448	0	1409	1614	0	448	0
Rehabilitación											
Terapia de rehabilitación		0	0	0	0						

El 5% del tiempo del medico esta orientado a la atención de esta etapa de vida, cabe resaltar que la demanda de servicios en este grupo etáreo es menor por que el tamaño de la población es menor.

Como se observa en el cuadro no existe horas disponibles para la terapia de rehabilitación para este grupo vulnerable, porque este servicio no es ofertado en el hospital de Huancavelica.

4.1.5 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ATENDIDOS Y ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA:



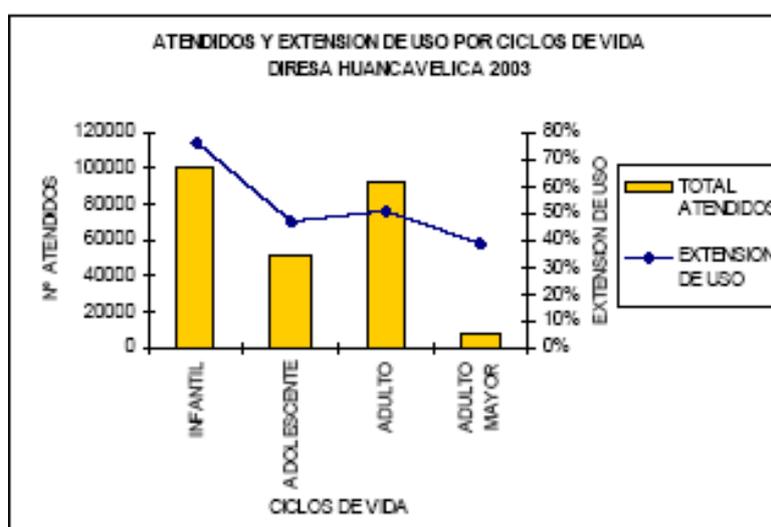
EXTENSIÓN DE USO Y CONCENTRACIÓN EN CONSULTA EXTERNA DIRESA HUANCAVELICA 2000 – 2003

AÑOS	ATENDIDOS		ATENCIONES	
	NUMERO	EXTENSIÓN DE USO	NUMERO	CONCENTRACIÓN
AÑO 2000	305084	70.70%	1279518	4.19
AÑO 2001	240156	55.00%	1077857	4.49
AÑO 2002	242192	54.64%	1143847	4.72
AÑO 2003	253035	56.66%	1136720	4.49

La extensión de uso para el Departamento en el año 2002 fue el 54.64%, mientras que para el año 2003 56.66% teniendo un ligero ascenso sin embargo aun se tiene que el 43.34% de la población total no lograron los servicios de salud para el año 2003. De igual manera si comparamos la concentración observaremos que tienden a estabilizarse.

ATENDIDOS ATENCIONES EN EL ESTABLECIMIENTO POR CICLOS DE VIDA DIRESA HUANCVELICA 2003

CICLOS DE VIDA	GRUPO	ATENDIDOS			ATENCIONES			POBLACION	EXTENSION DE USO	CONCENTRACION
		TOTAL ATENDIDOS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL ATENCIONES	FEMENINO	MASCULINO			
INFANTIL	0 - 09 Años	100019	50186	49833	488392	244354	244038	131590	76.01%	4.88
ADOLESCENTE	10 -19 Años	51859	20327	31532	213875	70785	143090	110659	46.86%	4.12
ADULTO	20 -64 Años	92713	25418	67295	409922	70402	339520	182600	50.77%	4.42
ADULTO MAYOR	65 - más	8444	3523	4921	24531	10218	14313	21739	38.84%	2.91
TOTAL GENERAL		253035	99454	153581	1136720	395759	740961	446588	56.66%	4.49



NUMERO DE ATENDIDOS Y ATENCIONES POR SERVICIO DIRESA HUANCVELICA 2002-2003

Servicio	Atendidos		Atenciones	
	2002	2003	2002	2003
Medicina general	71298	65955	161668	135018
Laboratorio	2530	1339	4680	2232
Pediatría general	1201	1202	2021	1874
Gimeno obstetricia	923	898	1831	1845
Cirurgía general	684	596	1759	1245

4.2 EVALUACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

4.2.1 MATERNO PERINATAL I

AÑO	Gestación									Aborto			
	CAPTACIÓN GESTANTES	Bajo Riesgo obstétrico			Alto Riesgo Obstetrico		Gestantes Adolescentes			ATENIDAS	TOTAL	INFECT.	ADOLESC
		ATEND.	ATENC.	CONTROL	ATEND.	ATENC.	CONTROL	10 a 14 años	15 a 19 años				
1998	8999	13979	23320	5422	7082	11287	2169	61	4061	4122	433	43	7
1999	9373	7752	16261	5486	6478	14499	3389	74	3636	3710	309	61	26
2000	8603	6427	25612	5628	6372	29389	4258	64	2851	2915	319	33	31
2001	7742	5567	24481	4997	6005	30018	4115	81	3275	3356	351	38	53
2002	7415	5437	24582	4645	5830	29906	3951	116	3188	3304	424	38	72
2003	6178	4542	23591	3494	5708	31871	3730	42	2427	2469	386	44	51

FUENTE: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - MAT. PERI.

DISEÑO: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCVELICA

AÑO	GEST. TTOX. TETANICO	GEST.ATT. ADONTOL	GEST. ANEMIA	GEST. DESNUTRID	GEST. TBC	GEST. PRE CELAM	GEST ECLAMTICA
1998	6943	5277	0	216	49	0	0
1999	5466	2921	861	358	18	217	45
2000	6171	3885	766	212	3	230	13
2001	5640	3801	1142	169	9	289	35
2002	5257	4668	1003	325	13	304	24
2003	4418	5047	789	120	3	364	24

FUENTE: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - MAT. PERI.

DISEÑO: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - DIRESA HUANCVELICA

NACIMIENTOS POR PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Y SITIO DE OCURRENCIA DIRESA HUANCVELICA - AÑO 2003

SITIO DE OCURRENCIA	TOTAL NACIDOS	PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO						
		MEDICO	OBSTETRIZ	OTRO PROFESIONAL	PERSONAL TÉCNICO	PROMOTOR DE SALUD	PARTERA EMPÍRICA	OTRO
TOTAL GENERAL	8,851	972	3,056	300	1,039	287	581	2,616
TOTAL DEP. HUANCVELICA	8,727	927	2,998	297	1,038	286	579	2,602
HOSPITAL O CLÍNICA	650	207	443	0	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD	1,797	362	1,392	29	14	0	0	0
PUESTO DE SALUD	1,165	194	552	103	316	0	0	0
DOMICILIO	5,099	162	607	165	708	284	578	2,595
OTRO	16	2	4	0	0	2	1	7
OTROS DEPARTAMENTOS	124	45	58	3	1	1	2	14

FUENTE: DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - DIRESA Hvca

4.3 EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN COMUNAL

4.3.1 ACTORES SOCIALES IMPLICADOS EN LA SOLUCIÓN O PERSISTENCIA DE UN PROBLEMA DE SALUD

INSTITUCIÓN

Actores	HALLAZGOS MAS RELEVANTES			
	Características del actor	Recursos de poder	Discursos (racionalidades)	Interacciones claves
Gobierno Regional	Decisor político, ámbito regional	Poder político y económico	Dentro del marco legal, poco ejecutivo, impulsar polos de desarrollo (corredores viales y económicos, turismo, integración política)	CND, Gobierno central, entes cooperantes nacionales y bilaterales
DIRESA	Decisor en materia de salud	Poder técnico normativo	Disminuir los indicadores negativos en salud y mejorar la calidad de vida del poblador	MINSA, Gobierno regional –gerencia de desarrollo social, CRS y CPS
Gerencia de Desarrollo Social	Nuevo	Poder técnico	Ideológico	Direcciones regionales de Educación y salud, organizaciones sociales
Iglesias	Ideológico y dogmático	Poder normativo	Inculcan estilos de vida acorde con sus ideales	Coordinan con diversos actores dependiendo de la aceptación del mismo
CARE	ONG fomenta el desarrollo social	Poder económico según demanda	Derechos en salud , cadenas productivas	Gobierno regional, DIRESA, financiamiento extranjeros
Municipalidades	Político económico con responsabilidad social	decisión político, normativo y económico	Inversión mediante la participación ciudadana (presupuesto participativo)	Gobierno regional, organizaciones sociales de base
FEDECLUMA	Organización social de mujeres de ingerencia regional, divergente con la organización de comedores populares	Poder social	Mejoramiento de la alimentación de la población de extrema pobreza	PRONAA, vaso de leche y ONGs
RNPM (red nacional de promoción de la mujer)	Organización de mujeres del área urbana, involucra a representantes de OSB y ONGs.	Poder social	Vigilancia ciudadana de la problemática social de la mujer, salud integral	CDN, ONGs y financieros
Manuela Ramos	ONG dedicado a mejorar la salud sexual y reproductiva	Poder económico social	La experiencia de trabajo con mujeres, en enfoque de genero, interculturalidad participación comunitaria y derechos humanos	OSB de mujeres, DIRESA y gerencia de desarrollo social de la Región.
Colegio Medico del Perú	Organización de la sociedad civil que agrupa a los profesionales médicos	Poder gremial	Bienestar del profesional médico y Salud pública	CRS, DIRESA Es Salud, Sanidad FF.PP
Red social MUSOQ PUNCHAW	Red social que agrupa a instituciones	Poder social, ente de gestión	Contribuye a la erradicación de la violencia familiar en al región Huancavelica	Coordina con instituciones publica y privadas, financieras.

	públicas y privadas y personas naturales que trabajan la problemática de la violencia familiar	colectiva		
REPEHUPAN	Organización de la sociedad civil con enfoque intercultural de humanización del parto y nacimiento	Poder social	Interculturalidad, derechos humanos, genero y salud integral de la mujer	DIRESA, ONGs, Es Salud y OSB.
MIMDES (CEM)	Acciones de prevención y tratamiento de la violencia familiar	Poder jurídico y social	Intervención multidisciplinaria a victimas de la violencia familiar	Poder judicial, DIRESA, Policía nacional
Foro Salud	Organización de las instancias de la sociedad civil	Poder social	Propone políticas en salud desde la sociedad civil	DIRESA, DESA E Salud, Gobierno Regional, instituciones publica y privadas
Consejo Regional de Salud	Institución descentralizada del CND	Poder normativo social	Formulación de políticas en salud y las base de la descentralización	CND, Gobierno regional,
FEDECCH	Organización social	Poder social	Búsqueda del desarrollo integral de la región	Instituciones públicas y privadas, Organizaciones sociales, regionales, nacionales e internacionales

ANÁLISIS INTERNO DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD

FORTALEZAS

1. Apertura de un espacio de concertación interinstitucional y la sociedad civil para el tema de salud.
2. Consejo Regional de salud constituido y operativo.
3. Consejos provinciales de salud constituidos e instalados.
4. Comités regionales de salud conformados de acuerdo a prioridades sanitarias.
5. Cuenta con un marco legal y político para su funcionamiento
6. Existencia de potencial humano, instituciones públicas y privadas predisuestas para una acción coordinada en salud.
7. Proceso de descentralización regional y local con apertura a las instituciones, las organizaciones sociales de base, la sociedad civil y la comunidad en general.

8. Existencia de modelos participativos pilotos de escuelas, comunidades y municipios saludables fomentados participativamente con el Gobierno Regional de Salud, la Dirección Regional de salud, la Dirección Regional de Educación, las ONG's y las municipalidades.
9. Participación amplia de las diferentes instancias de la sociedad civil en el CRS.
10. Los pilotos CLAS vienen desarrollando acciones participativas en salud en la jurisdicción de Huancavelica.
11. Existencia de un marco legal y normativo que fundamenta las acciones del CRS y los CPS.
12. Cuenta con Reglamento interno para su operatividad.

DEBILIDADES

1. Presupuesto exiguo y no descentralizado por parte del nivel central para los procesos administrativos y operativos del Consejo Regional y los Consejos Provinciales de Salud.
2. Débil participación y compromiso de las instituciones y la sociedad civil en las acciones de salud sobre todo en el análisis de los problemas de salud y la implementación conjunta de estrategias.
3. Participación limitada en los espacios de concertación pues requiere un esfuerzo especial en horas fuera de los horarios de trabajo lo que limita la participación de los representantes de los sectores especialmente.
4. Débil liderazgo y posicionamiento del CRS y los CPS frente a los actores de la sociedad civil, falta de difusión de las normas.
5. Función consultiva y de asesoramiento del CRS y los CPS poco desarrollada en la región
6. La participación de los sectores esta limitada al cumplimiento de objetivos sanitarios relacionados con las actividades recuperativas fundamentalmente, mas no preventivas.
7. La participación de las organizaciones sociales es punitiva y genera conflictos entre los actores sociales. Aun no se ha desarrollado actitudes propositivas y participación responsable.
8. Instituciones no organizadas para favorecer la mayor participación de las organizaciones sociales.

9. Limitada capacidad de gobierno gestión, gerencia y rendición de cuentas de las instituciones publicas y privadas.
10. La operatividad administrativa a nivel de los CPS es débil.
11. No se operativiza los instrumentos de disciplina y normatividad.

ANÁLISIS EXTERNO DEL CONSEJO REGIONAL DE SALUD

OPORTUNIDADES

1. El gobierno regional brinda las facilidades para la amplia participación de todos los actores sociales y ha preparado un plan de desarrollo de las organizaciones sociales con miras a reforzar su participación propositiva en los espacios de concertación.
2. Decisión política para priorizar las zonas pobres y extremadamente pobres en la mayoría de instituciones públicas y privadas.
3. Apoyo de la cooperación técnica internacional con apertura a convenios nacionales e internacionales para mejora los niveles de salud y educación.
4. Existencia de medicina tradicional alternativa en las comunidades locales.
5. Ejercicio de presupuestos participativos.
6. Se cuenta con un Plan Integral de Desarrollo Regional que incorpora el Enfoque de Desarrollo Humano.
7. Suscripción del Estado Peruano a Acuerdos y Convenios Internacionales de Derechos Humanos y de Salud.
8. Sistematización de distintos enfoques, metodologías y paradigmas de intervención en salud.

AMENAZAS

1. Los espacios de concertación creados por ley multiplican las reuniones a las que deben asistir los representantes de las instituciones lo que no permite una adecuada coordinación interinstitucional.
2. Servicios de salud en cantidad y calidad deficientes con elevados niveles de insatisfacción, que no brindan información al usuario y no respetan los patrones culturales.

3. Personal de salud subempleados, mal distribuidos, poco motivados, con una formación que no esta de acuerdo con la realidad local, sin incentivos que no garantizan una atención integral y continua.
4. Condiciones de pobreza, analfabetismo, violencia y pobres oportunidades de desarrollo humano sobre todo para los adolescentes y jóvenes.
5. Patrones nutricionales y de higiene alimentaria inadecuados.
6. Ausencia de políticas locales a favor de la conservación de medio ambiente control de bares y restaurantes locales.
7. Barreras de acceso a los servicios de salud múltiples.
8. Medios de comunicación poco comprometidos y con escasa participación en las actividades de salud.

V. PRIORIZACIÓN CONCERTADO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

En base al diagnóstico de la situación de salud de la Región de Huancavelica y contando con la participación de Instituciones Públicas, Privadas, Sociedad Civil se concertaron en priorizar problemas de salud y de servicios de salud, las que fueron revisadas al elaborarse el POA 2006 por el Consejo Regional de Salud quedando estructurado en los siguientes lineamientos de políticas Regional de Salud y sus correspondientes estrategias.

PROBLEMAS PRIORIZADOS

1. Insuficiente información comunicación y educación en salud, especialmente en Salud Materna, Perinatal e Infantil.
2. Deficiente Salud Ambiental
3. Elevada Morbilidad y Mortalidad Materna Peritanal e Infantil
4. Desinformación en temas de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes.
5. Problemas de salud mental generados por la Violencia Familiar, Violencia Política – social y la Discriminación a las Personas con Discapacidad.
6. Inequidad en el acceso a los servicios de salud – SIS.
7. Persistencia de la Desnutrición Crónica Y Anemia Infantil.
8. Débil conducción en el Proceso De Descentralización De Salud A Los Gobiernos Locales.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Mejorar y articular el sistema de Información, Educación y Comunicación en Salud Materna, Perinatal e Infantil a los sectores Públicos, Privados y Sociedad Civil.
2. Sensibilizar y Concientizar a las Autoridades Regionales, Locales y la sociedad Civil a fin de priorizar y asignar presupuesto y otros recursos para la conservación del medio ambiente y la inversión en saneamiento básico.
3. Mejorar el acceso de la madre y el niño a Servicios de Salud con calidad, enfoque intercultural, género y derechos.

Sensibilizar a las Autoridades Regionales, Locales y Comunales en la responsabilidad compartida para mejorar la salud materna, perinatal e infantil.

4. Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes en la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual, promoviendo el desarrollo de capacidades en proveedores de salud.
5. Visibilizar el problema de violencia familiar y discriminación por discapacidad, incorporando el tema en la agenda de las autoridades Regionales y Locales.

Fortalecer el tema de Salud Mental en los Proveedores de salud con intervención multisectorial y de la Sociedad Civil.

6. Garantizar el acceso de la población excluida a los servicios de salud, optimizando el proceso de afiliación al SIS, de las personas con Discapacidad, afectados por las secuelas de la Violencia Política y Social, Adulto Mayor en indigencia y Agentes Comunitarios de Salud activos.
7. contribuir en la disminución significativa de la Desnutrición Crónica y Anemia en niños menores de cinco años, trabajando multisectorialmente con enfoque de Seguridad Alimentaria.
8. Lograr que el Consejo Regional de Salud lidere y conduzca los procesos para la Descentralización de la Salud a los Gobiernos Locales, con enfoque de derechos y deberes en Salud, donde las autoridades Regionales, Locales y Sociedad Civil vigilan y se involucran en la problemática de Salud.

POLÍTICAS REGIONALES DE SALUD

1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con énfasis en salud materna, perinatal e infantil
2. Formación de la conciencia ecológica y ambiental responsable, con participación de todos los sectores.
3. Fortalecimiento de los servicios de salud materno perinatal e infantil, para una atención de calidad; con participación de las Autoridades Regionales, Locales, Comunales y de la Sociedad Civil.
4. Promoción de la Salud integral de los adolescentes y jóvenes.
5. Promoción de la mejora y la garantía de los servicios de salud mental dirigida a personas afectadas por las secuelas de la violencia política y social, asimismo a las víctimas de la violencia familiar y discriminación por discapacidad.
6. Fortalecimiento de la Extensión y Universalización del aseguramiento en salud para la población mas vulnerable (personas con discapacidad, afectados por la violencia política y social, adulto mayor en indigencia y agentes comunitarios de salud activos).

7. Promoción de conductas alimentarias saludables en las familiar con enfoque de seguridad alimentaria, donde el sector salud ejerce vigilancia activa y sostenible con articulación multisectorial.
8. Fortalecimiento de la modernización del sector salud en la Región Huancavelica y su rol de conducción sectorial, articulado al Gobierno Regional, Gobiernos Locales y la Sociedad Civil.

VI. PROBLEMAS PRIORIZADOS DE SALUD, OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y LINEAMIENTOS DE POLITICAS REGIONALES DE SALUD.

N. o	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	POLÍTICAS REGIONALES DE SALUD
1.	Insuficiente información comunicación y educación en salud, especialmente en Salud Materna, Perinatal e Infantil.	Mejorar y articular el sistema de Información, Educación y Comunicación en Salud Materna, Perinatal e Infantil a los sectores Públicos, Privados y Sociedad Civil.	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con énfasis en salud materna, perinatal e infantil
2.	Deficiente Salud Ambiental	Sensibilizar y Concientizar a las Autoridades Regionales, Locales y la sociedad Civil a fin de priorizar y asignar presupuesto y otros recursos para la conservación del medio ambiente y la inversión en saneamiento básico.	Formación de la conciencia ecológica y ambiental responsable, con participación de todos los sectores.
3.	Elevada Morbilidad y Mortalidad Materna Perinatal e Infantil	Mejorar el acceso de la madre y el niño a Servicios de Salud con calidad, enfoque intercultural, género y derechos. Sensibilizar a las Autoridades Regionales, Locales y Comunales en la responsabilidad compartida para mejorar la salud materna, perinatal e infantil.	Fortalecimiento de los servicios de salud materno perinatal e infantil, para una atención de calidad; con participación de las Autoridades Regionales, Locales, Comunales y de la Sociedad Civil.
4.	Desinformación en temas de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes.	Fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes en la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual, promoviendo el desarrollo de capacidades en proveedores de salud.	Promoción de la Salud integral de los adolescentes y jóvenes.
5.	Problemas de salud mental generados por la Violencia Familiar, Violencia Política – social y la Discriminación a las Personas con Discapacidad.	Visibilizar el problema de violencia familiar y discriminación por discapacidad, incorporando el tema en la agenda de las autoridades Regionales y Locales. Fortalecer el tema de Salud Mental en los Proveedores de salud con intervención multisectorial y de la Sociedad Civil.	Promoción de la mejora y la garantía de los servicios de salud mental dirigida a personas afectadas por las secuelas de la violencia política y social, asimismo a las víctimas de la violencia familiar y discriminación por discapacidad.
6.	Inequidad en el acceso a los servicios de salud – SIS.	Garantizar el acceso de la población excluida a los servicios de salud, optimizando el proceso de afiliación al SIS, de las personas con Discapacidad, afectados por las secuelas de la Violencia Política y Social, Adulto Mayor en indigencia y Agentes Comunitarios de Salud activos.	Fortalecimiento de la Extensión y Universalización del aseguramiento en salud para la población mas vulnerable (personas con discapacidad, afectados por la violencia política y social, adulto mayor en indigencia y agentes comunitarios de salud activos).

N°	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	POLÍTICAS REGIONALES DE SALUD
7.	Persistencia de la Desnutrición Crónica Y Anemia Infantil.	Contribuir en la disminución significativa de la Desnutrición Crónica y Anemia en niños menores de cinco años, trabajando multisectorialmente con enfoque de Seguridad Alimentaria.	Promoción de conductas alimentarias saludables en las familiar con enfoque de seguridad alimentaria, donde el sector salud ejerce vigilancia activa y sostenible con articulación multisectorial.
8.	Débil conducción en el Proceso De Descentralización De Salud A Los Gobiernos Locales.	Lograr que el Consejo Regional de Salud lidere y conduzca los procesos para la Descentralización de la Salud a los Gobiernos Locales, con enfoque de derechos y deberes en Salud, donde las autoridades Regionales, Locales y Sociedad Civil vigilan y se involucran en la problemática de Salud.	Fortalecimiento de la modernización del sector salud en la Región Huancavelica y su rol de conducción sectorial, articulado al Gobierno Regional, Gobiernos Locales y la Sociedad Civil.

VII. ESTRATEGIAS A DESARROLLAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN CONCERTADA Y PARTICIPATIVA DEL PLAN REGIONAL DE SALUD CONCERTADO

Para poder garantizar que se alcancen los resultados esperados a través del cumplimiento de las actividades programadas, se realizarán lo siguiente:

Incrementar la coordinación e participación entre el sector salud y educación para una mejora de la educación para la salud y la formación del personal de salud técnico y profesional acorde a las necesidades locales de salud.

Apertura a los integrantes de la sociedad civil para su participación activa en el logro de los objetivos trazados

Reforzar las actividades de los comités regionales de salud para garantizar la atención integral de salud de toda la población de Huancavelica, preferentemente para los más pobres, excluidos y vulnerables.

1. Comité Regional De Promoción De La Salud
2. Comité Regional de Salud Ambiental
3. Comité Regional de Salud Materno Perinatal e Infantil
4. Comité Regional de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescente y Jóvenes
5. Comité Regional de Salud Mental
6. Comité Universalización de Seguridad Social en Salud y Medicamentos
7. Comité Regional de Nutrición Infantil Seguridad Alimentaria
8. Comité Regional de Descentralización en Salud

El logro de todas estas actividades requiere contar con un recurso humano eficiente y que trabaje en armonía con todos los sectores sociales, motivo por el cual se ha considerado importante la adscripción al Consejo Regional de Salud de un nuevo comité.

9. Comité Regional de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos

Todos los grupos de trabajo serán oficializados mediante una Resolución Directoral.