

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE ECONOMIA

ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMIA



**“LOS EFECTOS DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN LA SALUD
DE LA POBLACIÓN EN LA REGIÓN HUÁNUCO 2016 – 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ECONOMISTA

**TESISTA:
BACH. ECON. FILOMENA VERDE MALLQUI**

**ASESOR:
Dr. ENRIQUE CASTRO Y CESPEDES**

**HUÁNUCO – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

Dedico a Dios, por guiar mi camino, a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, a mi esposo Carlos y a mi hijo Yazid que son el motivo que alienta mi superación profesional.

Filomena

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial a los docentes, trabajadores y administrativos de la facultad de economía por su abnegado trabajo en la formación de jóvenes economistas de manera especial a mi Asesor de Tesis Dr. Enrique Castro y Céspedes, quien con paciencia y dedicación logro guiar mi esfuerzo para culminar mi tesis. A mis padres, quienes constituyen un soporte familiar en mi vida familiar y profesional.

RESUMEN

El Sistema de salud es un factor importante en el desarrollo social de un país y de manera específica de una región, constituye un indicador fundamental para el estudio, análisis y toma de decisiones en los diversos sistemas de gestión, por ello la presente investigación trata de describir la gestión integral de la Red de Salud y su relación con la salud pública de los habitantes de nuestra Región.

Describe los indicadores más importantes de la salud pública y la calidad de gasto en cuanto a su gestión, tomando como muestra referencial a la provincia de Huánuco, en ella mostraremos los principales indicadores de salubridad y de servicios que la Red de Salud brinda.

ABSTRACT

The Health System is an important factor in the social development of a country and in a specific way of a region, it constitutes a fundamental indicator for the study, analysis and decision making in the different management systems, for this reason the present research is about Describe the integral management of the Health Network and its relationship with the public health of the inhabitants of our Region.

It describes the most important indicators of public health and the quality of expenditure in terms of its management, taking as a reference sample the province of Huánuco, in it we will show the main indicators of health and services that the Health Network provides.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el sistema de salud ha sido cuestionado duramente tanto en su administración y gestión integral así como en la calidad de servicios que presta, los cuestionamientos vienen de la mayoría de los entes sociales, por otra parte tenemos al sector salud como una gran parte del estado que recibe presupuestos dentro del marco de la inversión pública del estado, a través del Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Dirección General de Inversión Pública con el propósito de superar los índices de la salubridad de nuestra población (Huánuco), todo ello en el marco de la eficiencia de la calidad de gasto.

La inversión pública en cuanto a la salud poblacional es un factor determinante para medir el proceso social y el crecimiento económico, con ello se busca garantizar la calidad de vida humana(salud), con el propósito de entregar a las fuerzas productivas y empresariales la fuerza laborar en óptimas condiciones, el mismo que incrementará la producción y por ende los niveles de ingreso de la población.

Con una investigación referente al gasto en la inversión pública dentro de los tres niveles de gobierno – Ministerial, Regional y local, en función del cual medimos los gastos de inversión en salud pública de la población en nuestra Región en los períodos 2016-2018, en función del cual medimos los efectos dentro de la salud poblacional determinando los principales

indicadores de inversión y de beneficiarios de la población de la Región Huánuco.

Nuestro estudio de la inversión pública en la salubridad de la población tiene el propósito de velar por la calidad y la eficiencia de la inversión pública, así como darle sostenibilidad y rentabilidad social de modo tal que los recursos que invierte el estado tengan efectos de eficiencia y calidad en cuanto a la población beneficiada, todo ello en el marco de transparencia y eficiencia del gasto público. La información oportuna y detallada respecto a la planificación, ejecución y evaluación de la inversión pública con respecto a la salud de la población constituye una herramienta fundamental en la toma de decisiones tanto a nivel estatal, regional y local. Constituyendo un factor fundamental para el desarrollo Regional.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1.1 Antecedentes del problema	11
Problema general	17
Problemas específicos	17
1.1.3 Justificación e importancia	17
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.2.1 Objetivo general	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÒRICA	19
1.3.1 Antecedentes de la investigación	19
Nacionales	19
1.3.2 Fundamentación teórica central	27
1.3.3 Conceptos fundamentales	73

1.4 HIPOTESIS, VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	75
1.4.1 Hipótesis general	75
1.4.2 Hipótesis específicas	75
1.4.3 Operacionalización de variables, dimensiones e indicadores	75
1.4.4 Operacionalización de variables	76
1.4.5 Modelo económico propuesto	77
1.5 UNIVERSO/POBLACIÓN Y MUESTRA	77
1.5.1 Universo/población de estudio	77
1.5.2 Muestra representativa	78

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	79
2.1.1 Tipo y nivel de investigación	79
2.1.2 Diseño de investigación	80
2.2 TECNICAS DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS	81
2.2.1 Fuente de datos	80
2.2.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	80
2.2.3 Procesamiento, análisis y presentación de datos	81

CAPITULO III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DEL ÀREA DE ESTUDIO	82
3.2 INVERSIÓN DEL ESTADO EN SALUD POBLACIONAL EN LA PROVINCIA DE HUÁNUCO	129
3.3 PRIORIZACIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL EN	

LOS PROBLEMAS DE SALUD POBLACIONAL EN LA REGIÓN HUÁNUCO 2016- 2018	134
CONCLUSIONES	139
RECOMENDACIONES	140
BIBLIOGRAFIA	141
ANEXOS	143

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes

Trujillo Cubas, Fabiola Evelín (2015), en su tesis titulado “LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD Y SUS EFECTOS EN LA COBERTURA DEL SERVICIO EN LA REGIÓN LA LIBERTAD, 2005-2011”. Para Optar la tesis de grado, quien llego a la siguiente conclusión: Mediante la presente investigación se realizó un análisis de los efectos que ha tenido la Inversión Pública del sector Salud en la cobertura del servicio en la Región La Libertad en el periodo 2005 -2011. Para ello se utilizó el diseño cuantitativo – descriptivo – correlacional con entrevistas personales a autoridades de la Gerencia Regional de Salud y recolección de información de la base de datos del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía y Finanzas, teniendo como muestra representativa a las Redes de Salud de Trujillo, Chepén y Santiago de Chuco. Como resultado se identificó un descenso en el grado de avance en la ejecución del gasto para el sector salud durante el periodo en estudio y ello permitió que la cobertura en atenciones sea baja y deficiente, es decir los efectos de la Inversión Pública en la cobertura del servicio han sido directas ya que han repercutido en el número de atenciones en salud que se han brindado en el Sistema Integral de Salud en la Región La Libertad, debido a la falta de recursos humanos especializados en la profesión médica; así mismo la

falta de infraestructura y equipos médicos modernos especialmente en la sierra liberteña.

Georgina July Campos Delgado (2018), en su tesis titulada “FACTORES ASOCIADOS A LA INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA REGIONAL DESCENTRALIZADA 2008-2015”. Para obtener el grado de maestro en Ciencias con mención en proyectos de inversión, llego a las siguientes conclusiones:

1. Los resultados del estudio indican que las brechas sociales son significativas, pero no son el principal factor determinante del crecimiento descentralizado de la inversión en infraestructura regional en el Perú. Ello se debe a que también existen muchas variables significativas dentro de las brechas económicas, que permiten una mayor expansión del gasto en infraestructura per cápita regional.
2. De este modo, los factores asociados al crecimiento de la inversión en infraestructura (per cápita) regional, desde las brechas sociales son: la densidad poblacional y tasa de urbanidad, la asistencia escolar, el acceso al agua y la tasa de formalidad de predios.
3. Mientras que, desde las brechas económicas, son: la tasa de ejecución de inversiones, la profundidad del mercado financiero, el acceso a energía, las líneas de telefonía fija, asimismo la carretera no pavimentada. Estas variables son significativas al 5% y explican el crecimiento de la infraestructura per cápita en un 76%, usando para

ello un modelo MCO equivalente a un panel de datos de efectos aleatorios.

4. De todas ellas, las que ocasionan más efecto en el crecimiento de la inversión son la tasa de ejecución de inversión por parte del gobierno y el acceso a energía por parte de los hogares, ambas variables provienen de brechas económicas. En el lado social, con menos impacto que las anteriores, la principal variable es el acceso al agua.
5. En el caso de las tasas de densidad, se encuentra que mayores niveles urbanos, generan un menor crecimiento de la infraestructura, contrario a nuestra hipótesis, esto se debe a que las zonas urbanas en general cuentan con menores dotaciones de infraestructura y por ende sus inversiones son menores en el tiempo.
6. La asistencia escolar también tiene un signo negativo contra lo esperado, lo que señala que mejoras de la cobertura ya no generan más demandas de infraestructura sino la reducen, esto supone que el problema en el caso educativo se traslada de la construcción de nuevos locales, hacia el gasto de mantenimiento que ahora es tan o más importante que la inversión en infraestructura misma. Así a medida que sube la tasa de asistencia (que ya presenta elevada cobertura) se exigen más gastos de mantenimiento y menores gastos de infraestructura básica.

1.1.2 Formulación del problema

En los últimos días se viene propalando noticias muy alarmantes con respecto a la salud pública específicamente el aumento de las deficiencias en cuanto a la atención de la salud en emergencia, así mismo en la carencia de material e implementación médica para atender casos de emergencia, especialmente en los niños. La noticia nos informa de hechos trágicos que desnuda toda la carencia en cuanto al sistema de salud pública del país, incluyendo la parte administrativa y la atención directa al usuario. Este problema nos hace reflexionar con respecto a cuáles son los efectos de la inversión pública en la Salud poblacional en nuestra región, si bien las noticias están centradas en los centros de salud de la capital, sin embargo, podemos decir que es la misma realidad en todos los establecimientos de salud del país, por ello vamos a centrar en nuestro problema en la inversión pública en salud poblacional de nuestra región.

La inversión pública tiene efectos positivos, cuando se realiza con eficiencia y calidad, y tiene efectos negativos cuando está plagado de actos burocráticos, atenciones ineficientes y hasta actos de corrupción.

En las dos ultima décadas de gobiernos democráticos el Perú ha realizado importantes avances en los indicadores de salud, en muchos casos las brechas deficitarias que se venían arrastrando han disminuido de manera progresiva, hoy podemos hablar de que la salud pública esta cobertura do en más de un 30% de nuestra población; se ha mejorado de manera positiva los servicios de emergencia, campañas de prevención,

construcción y equipamiento del centro de salud tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales, este marco de progreso no es suficiente en comparación a los países vecinos, seguimos arrastrando indicadores negativos en cuanto a la gestión de la salud pública poblacional de nuestro país.

A nivel nacional en el periodo trienal próximo pasado el país ha incrementado sus gastos en salud poblacional en un 0.03% con respecto al periodo anterior, los proyectos viabilizados de construcción de hospitales, equipamientos, mejora de suelos y salarios, así como la ampliación de contrato de servicios médicos han aumentado hasta en un 2%, estos dos indicadores nos demuestran que existe un leve aumento en cuanto a la inversión pública a nivel nacional.

En cuanto a la Región Huánuco comparativamente nos encontramos dentro de las últimas 5 regiones que ha recibido menor presupuesto por lo tanto los índices de salubridad de la población han decaído. Esta precarización de nuestra salud en la población se agrava más si tenemos en cuenta la gran población infantil que contamos cerca del 23% de nuestra población son menores de 18 años y de esta el 30% son menores; nuestra población tiene una tasa de desnutrición del 46% muy superior al promedio nacional. El 16% de los niños matriculados en nuestro periodo de estudio abandonaron las aulas en muchos casos por motivos de salud, este índice aumenta hasta el 22% en las zonas rurales de nuestra región. Las tasas de desnutrición en las niñas superan con respecto a los niños menores de 5 años y menores de 8 años.

El desempleo, el abandono escolar, la desnutrición y la exposición a peligros y riesgos es mayor en las mujeres, podemos decir que las mujeres de nuestra Región están expuestas a mayor vulnerabilidad de su salud con respecto a los varones.

De manera específica las primeras causas de mortalidad fueron las infecciones respiratorias agudas 11%, infecciones estomacales 13%, enfermedades cardiovasculares 6%, enfermedades al sistema urinario 5%, enfermedades infecto contagiosas adquiridas 7%. Cabe resaltar en los últimos años el incremento del cáncer al estómago en la población adulta de nuestra Región se ha incrementado hasta un 23% con respecto al trimestre anterior.

En cuanto a la asignación presupuestal para la Región Huánuco en el último trimestre ha experimentado mejoras con respecto al trimestre anterior, la unidad ejecutora de la Región Huánuco es un ente ejecutor estatal que mayor presupuesto maneja después del presupuesto para obras y mantenimiento del gobierno Regional, seguido del sector educación.

El movimiento poblacional de nuestra Región ha sufrido cambios por efectos de la migración del campo a la ciudad, la población urbana marginal se ha incrementado en el último periodo trianual, ello ha traído consigo la saturación de los centros asistenciales de salud en las zonas urbano marginales.

El presente trabajo de investigación pretende determinar los efectos de la inversión pública del estado en la salud pública poblacional de la Región de Huánuco y poder determinar de manera cualitativa y cuantitativa que

la inversión pública en salud tiene una relación determinante con la calidad y nivel de salubridad de la población y factor determinante para ver los índices de pobreza poblacional

A. Problema general

¿La salud de la población de la Región Huánuco es precaria debido a que la inversión pública en el sector es deficitaria en el período 2016-2018?

B. Problemas específicos

- 1) ¿La salud de la población de Huánuco tiene deficiencias y es de baja calidad?
- 2) ¿La inversión pública en el sector salud es deficitaria por lo que la salud de la población es cada vez más precaria?
- 3) ¿Cuál es el grado de incidencia entre la inversión pública para el sector salud y la salud poblacional de la región Huánuco para el periodo 2016-2018?

1.1.3 Justificación e importancia

El trabajo de por sí si se justifica solo, porque de lo que se trata es relacionar el incremento de las inversiones públicas Regionales, con las variaciones o cambios en salud y educación del poblador huanuqueño, el resultado determinará la importancia del incremento de las inversiones y su efecto en la educación y salud, a la vez que permitirá tener mayores elementos de juicio para mejorar las condiciones de salud y educación.

La existencia de abundante información de segunda mano, permite garantizar la viabilidad de la investigación. Asimismo, existe predisposición de autoridades y personas estrechamente vinculadas al tema de investigación con predisposición a apoyar desinteresadamente a través de su conocimiento y aportes.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo general

Contribuir a mejorar la salud poblacional de la Región Huánuco, a través del análisis cuantitativo y cualitativo del presupuesto de Inversión Pública para el sector salud en el periodo 2016 – 2018.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar las características deficitarias del sector salud en la Región Huánuco en el periodo 2016 -2018.
- Establecer la relación de causa y efecto entre la Inversión Pública y la calidad de salud de la población de la Región Huánuco en el periodo 2016 – 2018.
- Describir el grado de influencia de la Inversión Pública en el sector salud y los efectos en la calidad de salud poblacional de la Región Huánuco en el período 2016 – 2018

1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.3.1 Antecedentes de la investigación

a. Nacionales

FERRER VALVERDE, Juan Carlos (2010) analiza su trabajo de investigación: Inversión Pública y Crecimiento Económico del Perú 2000 – 2009. Expone que la inversión pública contribuye al crecimiento económico mediante la relación de complemento con la inversión privada y ha influido en el Perú en el periodo comprendido entre 2000 y 2009. El estudio tiene como objetivo principal contribuir con el desarrollo teórico práctico, así como a la operacionalidad del proceso de inversión pública en el Perú, tomando en cuenta la experiencia nacional e internacional. Una de las variables que condiciona el crecimiento económico de un país es la inversión en sus dos vertientes, pública y privada. La inversión privada se mueve por el criterio de rentabilidad y constituye quizá la variable de mayor relevancia para explicar el crecimiento económico. Por otro lado, la inversión pública que busca la rentabilidad social, constituye el aporte complementario a la inversión privada. Es imposible que la inversión privada cumpla con el rol dinamizador de la economía sin una inversión pública de calidad.

(Bonifaz, 2015). En dicho trabajo se analizan y se estiman las brechas en inversión en infraestructura de la economía peruana por sectores económicos para el período 2016-2025, las que alcanzarían los US\$ 160 mil millones, de las cuales, más del 40% se encontrarían referidas a infraestructura vial y energía con más de 42 mil millones. En cuanto a la

infraestructura física en el sector educación, se destaca que a pesar de que la asignación presupuestal ha venido mejorando en los últimos años, debido principalmente a la inversión en infraestructura de los gobiernos sub nacionales, la situación lejos de mejorar, ha mostrado un deterioro alarmante, lo que significaría que la inversión pública en educación no solo es insuficiente sino de baja calidad.

b1) Experiencia en el Perú

Gonzales de Olarte (2004) señala que las consideraciones espaciales - dependencia espacial - son un elemento importante del crecimiento regional en el Perú para el período que analiza (1978-1992). Regiones con altas tasas de crecimiento, por un lado, y áreas con bajo crecimiento por el otro tienden a aglomerarse en el espacio. Los departamentos no tienden a presentar sendas de crecimiento estables, pero sí parece haber una influencia de los departamentos colindantes con factores de impulso, que son contrarrestados por factores de retardo. En ese sentido, el autor se cuestiona si es necesario que se invierta en los departamentos con factores retardatarios, con lo cual el gasto público permite compensar las fuerzas impulsoras y retardatarias.

En los últimos cinco años se ha producido un marcado incremento de la inversión pública del Estado peruano, gracias al crecimiento sostenible de su economía. Los sectores más beneficiados por esta situación han sido los de infraestructura productiva y servicios sociales. De acuerdo a los

datos oficiales, la inversión pública en salud viene formando parte de este boom de inversiones.

Sin embargo, a pesar de contar con un panorama bastante favorable para su crecimiento continuado, la inversión pública en salud en el Perú presenta actualmente dos graves problemas: uno de carácter estructural y otro de tipo operativo. Debido al esquema descentralizado que poseen las inversiones públicas peruanas, tanto sociales como económico-productivas, no siempre los mayores montos de inversión se destinan a las regiones que presentan las máximas carencias. En salud, por ejemplo, los mayores volúmenes de inversión pública no necesariamente se planifican ni ejecutan en los lugares donde los principales indicadores de este sector son más preocupantes. Esta distribución de la inversión en salud marca una pauta de inequidad desde su propia concepción, sin que desde el Estado central se actúe para equilibrar dicha situación.

Ante esta situación, se presenta la paradoja de contar con un presupuesto suficiente para cerrar parte importante de la brecha de inversión existente, además de poseer, por lo menos en teoría, uno de los mejores sistemas de gestión y supervisión del gasto público en América Latina¹, pero al mismo tiempo, no poder cubrir satisfactoriamente las necesidades de inversión detectadas debido a una dramática falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa.

¹ May E, Shand D, Mackay K, Rojas F, Saavedra J. editores. **Hacia la Institucionalización de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación en América Latina y El Caribe**. Actas de una Conferencia del Banco Mundial / Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.: Banco Mundial / Banco Interamericano de Desarrollo; 2006.

La asignación de recursos para la inversión pública, a nivel regional y local en el Perú, no se rige por pautas equitativas de distribución de acuerdo a las necesidades existentes en cada población. Depende, en gran medida, de los propios recursos que cada una de las regiones, por sus propias potencialidades y recursos, es capaz de generar. Uno de los factores más distorsionadores de dichos criterios de asignación, es el llamado "Canon Minero", a través del cual, los gobiernos regionales y locales que se encuentran dentro del área de influencia directa o indirecta de las actividades extractivas de recursos naturales no renovables, reciben una transferencia periódica adicional por parte del gobierno nacional, que les permite participar del impuesto a la renta que pagan las empresas mineras por los beneficios que obtienen de la extracción y comercialización de los recursos explotados².

Una vez establecido el monto del presupuesto anual destinado a la inversión, la asignación específica de los recursos al interior de cada región y localidad, es decidida democráticamente en teoría, a través de los presupuestos participativos, instrumentos mediante los cuales la población participa en la decisión de priorización de los proyectos de inversión a nivel local. De esta forma, la población tiene la potestad de priorizar los proyectos de acuerdo a sus propios criterios y necesidades³.

² Baca E, Ávila G, Roncal N. **Vigilancia de las industrias extractivas**. Reporte Nacional No. 12. Programa de vigilancia ciudadana Lima: Grupo Propuesta Ciudadana. 2010.

³ Baca E, Coylo JJ. **Presupuesto Participativo**. Boletín de Vigilancia N° 2. Balance del presupuesto participativo regional. Lima: Grupo Propuesta Ciudadana. 2009.

A pesar de los incrementos significativos, en términos monetarios, de la inversión pública en salud de los últimos años realizada por el gobierno peruano, no ha habido mayor incidencia en reducir las serias inequidades en la asignación de recursos que afectan a las poblaciones más pobres de este país. Los modelos vigentes de gestión de la inversión pública, tanto nacional como regional y local, presentan graves ausencias que limitan muy seriamente su efectividad a nivel de logros sanitarios al no cumplir con los parámetros mínimos de suficiencia, calidad y solidaridad.

El gasto nacional en educación está constituido por los recursos asignados a este sector por el Estado, más los recursos de las familias y las empresas. Estas últimas gastan en la capacitación de su personal o en donaciones que se deben usar en educación. Las familias gastan en educación no solo dentro del país; también lo hacen fuera, cuando financian los estudios de sus miembros en instituciones educativas del exterior. El Estado también asigna recursos para financiar los estudios de peruanos en otros países. Este gasto nacional refleja el esfuerzo financiero de la sociedad peruana para desarrollar la educación en el país.

El gasto en educación que se efectúa dentro del territorio nacional se puede llamar gasto doméstico (o gasto interno), independientemente de si proviene del Estado, las familias o las empresas. No es posible identificar todos y cada uno de estos componentes del gasto en educación, pero sí se puede hacer un cálculo aproximado del gasto público y del gasto de las familias apelando a dos fuentes de información: primero, los presupuestos

del Estado, que permiten identificar cuánto se ha asignado, por un lado, y cuánto efectivamente se ha gastado, por otro lado; y segundo, las encuestas de hogares, en las que se recoge información sobre los gastos en educación que hacen las familias. En esta sección se utilizan ambas fuentes, para tener una aproximación del gasto nacional en educación, distinguiendo si este se financia directamente con recursos del Estado o de las familias⁴.

Una mirada a los últimos diecisiete años (1999 al 2015) muestra que, en el Perú, el volumen de los recursos financieros en el presupuesto público, en general, y para la función educación, en particular, creció en términos reales de manera significativa.

En el año 2002, el Acuerdo Nacional estableció como meta que el presupuesto asignado a educación se incrementase hasta llegar a representar el 6% del PBI. Para ello, se precisó que cada año el gasto en educación debía aumentar de manera que su porcentaje respecto al PBI se incrementara en un cuarto de punto porcentual (esto es, 0,25%); es decir, por ejemplo, si en el 2015 el gasto en educación representó el 3,70% del PBI, el año siguiente esta proporción debía ser de 3,95%.

⁴ Es importante mencionar que para procedimientos metodológicos internacionales como los que usan Unesco y la OCDE, el gasto en educación incluye todo aquello que se invierta en la institución educativa. Esto incluye no solo los gastos directos en educación, sino también los denominados gastos auxiliares o complementarios, que se ejecutan en —o a través de— las propias instituciones educativas. Teniendo esto en cuenta, hay dos importantes rubros de gasto que no se están considerando en este capítulo: por un lado, los gastos en alimentación que se financian y ejecutan a través del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social —esto es, el Programa Nacional de Alimentación «Qali Warma»— y, por otro lado, los gastos en las pensiones de los docentes.

Durante el periodo 2001-2015, e incluso antes, hubo un incremento sostenido del gasto real en educación en todos y cada uno de los años del periodo considerado. No obstante, la velocidad a la que creció el gasto no ha sido suficiente para acercarse a la meta del Acuerdo Nacional.

En el 2015 el Estado peruano asignó para la educación recursos equivalentes al 3,7% del PBI, lo que representa el 16,9% del total de los gastos no financieros. Es el valor más alto de los últimos años, considerando el periodo 2011 al 2016 inclusive. El volumen de estos recursos financieros ha crecido de manera sostenida, en términos reales, desde hace más de una década; y, a juzgar la tendencia se mantiene.

A pesar de este sostenido incremento, estamos lejos de la meta que el Acuerdo Nacional estableció en el 2002: asignarle un equivalente al 6% del PBI a la función educación. Si el PBI real crece a 4%, el gasto real en educación debería crecer 8% para alcanzar la meta en aproximadamente doce o trece años. Sin embargo, esto no sería suficiente para lograr lo que otros países de la región gastan por estudiante. Brasil, México, Chile y Colombia gastan dos —si no tres— veces por estudiante lo que el Perú. ¿Será esto suficiente para mejorar el sistema educativo? Si bien en las pruebas PISA ninguno de estos cuatro países resalta por lograr resultados equivalentes —o, menos aún, superiores— al promedio de los obtenidos en los países de la OCDE, si el umbral para dar un salto importante en la calidad de la educación es el gasto de los países más desarrollados, el camino por recorrer es mucho más largo.

Los recursos humanos y los recursos financieros son muy probablemente dos de las más importantes restricciones que enfrenta el desarrollo del sistema educativo peruano para lograr la capacidad que permita empezar a resolver los problemas centrales de la educación básica. No está claro que se puedan esperar grandes cambios en el corto plazo; pero lo que no se puede perder es el apoyo político, ni la iniciativa ni la creatividad para llevar a cabo de la mejor manera posible las políticas y los programas, especialmente en un contexto de restricción o limitación de recursos.

A pesar que la inversión pública en ambos sectores importantes se ha incrementado, a nivel regional no se cuenta con investigaciones e información sobre la efectividad de la inversión pública.

Con la investigación pretendemos dar una aproximación de la necesidad de evaluar la inversión pública en la región Huánuco y sus efectos en los sectores de salud y educación de la población en el periodo 2012 – 2015, ya que la mejora en ambos sectores tiene una influencia positiva en la mejora de la calidad de vida de las personas, siendo la inversión pública, en cualquiera de sus niveles, sea nacional, regional o local, uno de los elementos importantes para mejorar, ampliar o modernizar determinadas capacidades que trascienden el corto plazo.

1.3.2 Fundamentación teórica central

a) VARIABLE I: La inversión

Las inversiones son necesarias para el crecimiento y fortalecimiento de cualquier economía, por ende, tanto los sistemas económicos como los tributarios deben promover la ejecución de las mismas en su jurisdicción, mediante estrategias que se vislumbren como atractivas para los sujetos poseedores del capital. En este sentido, la inversión, según McGrath y MacMillan (1999), deberá considerar cuántos ingresos son necesarios para alcanzar los beneficios esperados, aunado a que egresos pueden disminuirse.

Ahora bien, es importante destacar, refiere Gitman (2003), que este término puede tener dos connotaciones según se refiera a una economía privada o pública. En el primer caso se entiende como inversión privada la disposición de cualquier porción de dinero sin afectación, con el objeto de incrementar la cantidad de bienes productivos en una economía privada, sea o no empresaria.

En el segundo caso, representa la suma de inversiones privadas en un país, conjuntamente con los fondos públicos que los gobiernos destinan a la adquisición de bienes productivos, entre otros. Ahora bien, no es posible divorciar ambos términos del todo, dado que, en el plano macroeconómico, señala Pérez (2001), “Keynes, demostró el papel multiplicador de las inversiones en la economía, a través del consumo”.

Evidenciándose así una interrelación económica cíclica entre los actores empresa, consumidor, Estado y comunidad, donde una fracción del efectivo recibido en la organización por parte del cliente es destinada al Estado vía pago de tributos, el cual a su vez regresa a la comunidad mediante la efectiva realización del gasto público y a la entidad por créditos o apoyos gubernamentales.

Partiendo de los supuestos anteriores, la inversión es el uso de factores de producción para generar bienes de capital que satisfagan las necesidades del consumidor; independientemente de su carácter público o privado, en menor o mayor escala económica. Ésta se centra en la colocación de capitales, por un grupo de personas quienes tienen como objetivo percibir recursos a través del cumplimiento de requerimientos del sector hacia el que dirige y coordinan sus esfuerzos.

1. Tipos de inversión

En primer lugar, las inversiones se clasifican dependiendo del tiempo en que se espera obtener el retorno (rentabilidad). Puede hablarse así de:

- **Inversiones temporales.** De tipo transitorio, son hechas con el fin último de hacer que los excedentes de capital de la producción ordinaria se vuelvan productivos, en lugar de reposar en una cuenta bancaria. Suelen durar un plazo de un año y suelen

realizarse en valores de alta calidad, que puedan venderse fácil rápidamente.

- **Inversiones a largo plazo.** Se hacen por un período superior al año, sin esperar una retribución inmediata y manteniendo su propietario durante dicho período.

Otra clasificación posible distingue entre **inversiones públicas y privadas, de acuerdo con el perfil de la transacción y del sujeto que la realiza.** Igualmente, de acuerdo al destino de los fondos (el objeto en el cual se invierte), pueden ser bienes raíces, acciones, bonos o divisa extranjera.

2. Inversión pública

La inversión pública debe estar orientada a mejorar la capacidad prestadora de servicios públicos del Estado de forma que éstos se brinden a los ciudadanos de manera oportuna y eficaz. La mejora de la calidad de la inversión debe orientarse a lograr que cada nuevo sol (S/.) invertido produzca el mayor bienestar social. Esto se consigue con proyectos sostenibles, que operen y brinden servicios a la comunidad ininterrumpidamente.

Las entidades gubernamentales no invierten para obtener ganancias, ni se atienden a la tasa de interés y a la productividad del capital; se supone que lo hacen buscando principalmente “el bien público”, que se considera que es útil, benéfico y provechoso para la comunidad. Las principales causas que se han atribuido a las

inversiones que hace o que ha hecho el Estado Mexicano son las siguientes:

- a. La necesidad de realizar obras de indiscutible utilidad social que los particulares rehúsan emprender, porque suponen el empleo de capital es de magnitud exagerada, porque los beneficios directos que promete son muy cortos.
- b. La conveniencia de abrir a las actividades productivas rutas que los empresarios privados juzgan aventuradas porque sean nuevas, a pesar de que sean prometedoras en ganancias importantes para el desarrollo económico.
- c. La utilidad social de organizar y dar unidad a las ramas de la producción artesanal compuestas por multitud de empresas minúsculas poco remuneradas debido a su pequeñez y desorganización.
- d. La defensa del interés de la mayoría de la población nacional que lo obliga a crear organismos industriales o comerciales destinados a competir como oferentes marginales contra empresas privadas propensa a buscar en perjuicio del público, debido a los poderes monopolistas que poseen.
- e. La reducción del desempleo. f. Razones de seguridad nacional

3. Objetivos y beneficios de la inversión pública

Los objetivos y beneficios son la redistribución de los ingresos entre la población, la prestación de los servicios básicos, la generación de empleo, el desarrollo de proyectos sociales sostenibles en el tiempo,

el cubrimiento en salud y educación, el garantizar una vivienda digna para cada familia.

a) Inversión pública y el crecimiento económico

Un tema constante dentro del crecimiento económico endógeno es responder la cuestión compleja y controversial acerca de que si el gasto público productivo (que se refleja en la denominada inversión pública) y la inversión privada son complementarios, sustitutos o, como se asume en otros modelos macroeconómicos sobre el crecimiento, independientes uno del otro. Este renovado interés se debe a los resultados obtenidos por Aschauer (1989 a), Barro (1990), Holtz-Eakin (1992), Devarajan y Zou (1994), Lin (1994), Olson (1996), Nazmi y Ramírez (1997 y 2003), Lächler y Aschauer (1998), Albala-Bertrand y Mamatzakis (2001), Ramírez (2007), entre otros, los cuales han intentado clarificar el potencial impacto del gasto público productivo en el crecimiento económico de largo plazo, a partir de situar a los determinantes de la inversión, pública o privada como generadores de riqueza, y no a los del ahorro, como tradicionalmente se asume. La racionalidad económica de lo anteriormente expuesto reside en la idea de que el gasto público productivo, al reflejarse en inversión pública, está dirigido a la producción de bienes y servicios que el sector privado no produciría por el incremento sustancial de sus costos o por los beneficios compartidos que ocasionaría su adquisición. Sin embargo, este tipo de bienes denominados públicos son de

importancia decisiva para el correcto funcionamiento de una economía de mercado porque ellos tienden a generar una gran y amplia derrama de beneficios. Por ejemplo, además de que el gasto público en inversión para la creación y/o operación de infraestructura económica y social tiende a completar la formación de capital privado, facilitando la implantación y realización de los planes de inversión privados –mediante la disminución y, en su caso, eliminación de costos de transacción presentes en los transportes, las comunicaciones o la educación y capacitación de la población–, su costo de provisión es menor a su contribución total (Esfahani y Ramírez, 2003). Así, este tipo de gasto en inversión pública puede tener un efecto indirecto sobre la formación de capital privado en tanto que no sólo permite incrementar la demanda agregada de bienes y servicios producidos por el sector privado, sino que también influye en las expectativas de los inversores privados sobre ventas y beneficios futuros.

b) Inversión privada

Es el acto por el cual una persona natural o jurídica, nacional o extranjera, destina recursos propios a una determinada actividad económica con la finalidad de satisfacer una necesidad de sus consumidores y obtener un retorno por su inversión.

(MEF) El Decreto Legislativo N° 674, publicado en el año 1991, declara de interés nacional la promoción de la inversión privada

en el ámbito de las empresas que conforman la Actividad Empresarial del Estado.

En dicho Decreto Legislativo, se entiende inversión privada como aquella que proviene de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, públicas o privadas, distintas del Estado Peruano, de los organismos que integran el sector público nacional y de las Empresas del Estado.

A nivel institucional, la Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada (DGPPIP) es el órgano de línea del Ministerio de Economía y Finanzas encargado de formular y proponer la política nacional para el desarrollo y la promoción de la inversión privada, en concordancia con la política económica del país. Específicamente, la DGPPIP formula y propone normas, lineamientos y procedimientos en materia de inversión privada. Depende del Despacho Viceministerial de Economía.

c) Inversión pública y crecimiento económico

El inicio del debate académico sobre la importancia del capital público en la actividad económica se produjo, como es sabido, a partir del artículo de Aschauer (1989) en el que, preocupado por las reducidas tasas de crecimiento de la productividad estadounidense desde principios de la década de los setenta, se

estima la importancia de las dotaciones de infraestructuras sobre la producción agregada. Los resultados fueron contundentes: la renta nacional presentaba una elasticidad de 0.39 respecto al stock de capital público. Al tiempo que se fueron sucediendo trabajos que coincidían en señalar los efectos positivos de las infraestructuras sobre la actividad económica a partir de estimaciones de funciones de producción para distintas muestras (Munnell, 1990a, 1993; Ford y Poret, 1991; Bajo-Rubio y Sosvilla-Rivero, 1993; Otto y Voss, 1994; Mas et al., 1996a), desde otra perspectiva se pusieron de manifiesto las limitaciones que estos mismos análisis adolecían.

d) Inversión pública e inversión privada

Ambas inversiones son similares en la búsqueda de ejecutar proyectos rentables y la obtención de beneficios, pero en la privada los beneficios son económicos mientras que en la pública los beneficios son sociales y en especie, cómo la subvención de los servicios públicos, la financiación de créditos, el acceso a la educación. Por ello, los resultados de la inversión privada son más fáciles de medir y de hacer seguimiento, que cuando se relacionan con indicadores de satisfacción y bienestar.

Si bien la aproximación más inmediata a los efectos del capital público sobre el incremento de la renta se basa en un planteamiento similar al seguido en la sección anterior, cabe la

posibilidad de que la inversión pública haya ejercido un efecto indirecto sobre el crecimiento a través de la inversión privada.

En la medida en que la inversión pública mantenga una relación de complementariedad con la privada y ésta se configura como el principal motor del crecimiento, el gasto público en capital estimula el crecimiento de la renta per cápita. De este modo, se amplía el planteamiento convencional que ciñe los efectos del capital público sobre la actividad económica a la incorporación de aquél como argumento en las funciones de producción.

Las distintas metodologías que han abordado esta cuestión son, en esencia, tres. La primera consiste en la explotación de los resultados derivados del enfoque dual. Recuérdese que éste consistía en la estimación de funciones de costes o beneficios y demandas de factores; esta aproximación, además de obtener evidencia sobre las relaciones entre el output y las infraestructuras, permite definir la naturaleza de la relación entre el capital público y el privado. Y los resultados en este sentido ofrecen una panorámica considerablemente homogénea: la provisión de capital público estimula la demanda de capital privado, teniendo su origen el ahorro de costes empresariales en la sustituibilidad que se establece entre el capital público y los inputs intermedios y, en menor medida, el factor trabajo. Los estudios citados con anterioridad son un buen ejemplo de ello,

pudiéndose incluso añadir alguna referencia más como las de Deno (1988), Nadiri y Mamuneas (1994) o Seitz y Licht (1995).

e) Determinantes de la inversión

Las empresas invierten cuando esperan que la construcción de una nueva fábrica o la compra de una nueva máquina les reporte un beneficio, es decir, unos ingresos mayores que los costos de la inversión. Esta sencilla afirmación contiene tres elementos esenciales para comprender la inversión: Los ingresos: Una inversión solo genera a la empresa unos ingresos adicionales si le permite vender más. La inversión depende de los ingresos que genere la situación de la actividad económica global. Por ejemplo, en la última gran recesión, la producción disminuyó acusadamente en Estados Unidos entre 1979 y 1982 y, como consecuencia, la inversión descendió un 22%. Los costos. Cuando examinados los costos de la inversión, nos damos cuenta que son más complicados que los costos de otras mercancías. Esta mayor complejidad se debe a que los bienes de inversión duran muchos años. Las expectativas. La inversión es sobre todo una apuesta sobre el futuro, una apuesta a que los ingresos actuales y futuros serán mayores que los costos actuales y futuros.

f) El Sistema Nacional de Inversión Pública (S.N.I.P.)

Según el MEF, El SNIP es un sistema administrativo del Estado que a través de un conjunto de principios, métodos, procedimientos y normas técnicas certifica la calidad de los Proyectos de Inversión Pública (PIP). Con ello se busca:

• Eficiencia	En la utilización de recursos de inversión.
• Sostenibilidad	En la mejora de la calidad o ampliación de la provisión de los servicios públicos intervenidos por los proyectos
• Mayor impacto Socio - económico	Es decir, un mayor bienestar para la población.

La Inversión Pública debe estar orientada a mejorar la capacidad prestadora de servicios públicos del Estado de forma que éstos se brinden a los ciudadanos de manera oportuna y eficaz. La mejora de la calidad de la inversión debe orientarse a lograr que cada nuevo sol (S/.) invertido produzca el mayor bienestar social. Esto se consigue con proyectos sostenibles, que operen y brinden servicios a la comunidad ininterrumpidamente.

Hay diferentes actores en el SNIP y cada uno de ellos es responsable de cumplir determinadas funciones a lo largo de la

preparación, evaluación ex ante, priorización, ejecución y evaluación ex post de un proyecto.

Conforman el SNIP:

<ul style="list-style-type: none"> • El Órgano Resolutivo 	<p>La más alta autoridad ejecutiva de la unidad, (Alcaldes, Presidentes de Gobiernos Regionales, Ministerios, etc.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Las Unidades Formuladoras (UF) 	<p>Órgano responsable de la formulación de los estudios de pre inversión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Las Oficinas de Programación e Inversiones (OPI) 	<p>Encargadas de la evaluación y declaración de viabilidad de los PIP.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Las Unidades ejecutoras (UE) 	<p>Responsables de la ejecución, operación, mantenimiento y evaluación ex post de los PIP en las diferentes entidades públicas de todos los niveles de Gobierno.</p>

Las disposiciones del SNIP se aplican a más de 1980 Unidades Formuladoras (UF) y más de 920 Oficinas de Programación e Inversiones (OPI) de alrededor de 850 entidades sujetas al sistema entre Ministerios, Institutos, Escuelas Nacionales, Universidades Nacionales, Empresas de FONAFE, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Empresas de Tratamiento Empresarial, etc.

b. VARIABLE 2: La Salud

La salud

“La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es

un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.” Ata, A.(1978).

La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". La salud, según la definición que la OMS hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

1. Inversión en salud

El proyecto del presupuesto público 2019 que asciende a 168,074 millones de soles prioriza la inversión en Salud y Educación, y también garantiza y acelera el proceso de reconstrucción, indicó hoy el ministro de Economía y Finanzas, Carlos Oliva.

Así lo manifestó durante la sustentación del proyecto ante el Pleno del Congreso de la República.

“El Presupuesto Público del Año Fiscal 2019, que aumenta en 6.9% respecto al 2018, tiene como objetivos principales mantener una política fiscal responsable; dinamizar el crecimiento económico; asegurar el uso eficiente de los recursos y fortalecer el proceso de descentralización, principalmente, desde el ámbito de las finanzas públicas”.

2. Enfermedad

- ✓ Naturaleza biológica
- ✓ Naturaleza social
- ✓ Patrón abstracto de descripción de fenómenos biopsicosociales

3. Concepciones de salud y de enfermedad

Al ser analizadas por separado la salud y la enfermedad, observamos que ambos conceptos aluden a procesos entendidos de manera particular de acuerdo a las diferentes etapas de la historia y al contexto donde se estudian. Con respecto al concepto de salud, éste ha sido ampliamente empleado en el discurso teórico de las ciencias médicas, y recientemente introducido al de las ciencias sociales, donde aparece como un componente revestido de cierta importancia, apreciable sobre todo por el lugar que ocupa en los estudios que han incursionado en el campo de la salud. Etimológicamente Salud significa: Estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas (SALVAT, 1980: 1006); pero el concepto en cuestión implica otros aspectos del ser humano. La salud no es entendida hoy como la mera ausencia de enfermedad, sino algo positivo que supone para el individuo la recuperación de su autonomía, responsabilidad y el control sobre su propio cuerpo (De Miguel/Rodríguez, 1990: 1). La salud surge, así como un proceso complejo donde interactúan prácticamente todos los aspectos de la vida de un ser humano: su funcionamiento biológico, sus ideas, sentimientos y emociones, su interacción social, su historia, sus

aspectos económicos y sus necesidades de trascendencia y espiritualidad (Mansilla y Figallo, 2004: 9).

Por su parte, la enfermedad es considerada la expresión de una triple situación etiológica: física, social y cultural; privilegiándose el factor físico-biológico, al no considerar al individuo como sujeto y objeto de procesos socio-culturales (Timio, 1979: 27). Para la medicina moderna, las enfermedades son tipos específicos de reacciones biológicas ante alguna clase de lesión o cambio que afecta el medio ambiente interno del cuerpo. Vale destacar aquí la distinción entre enfermedad y dolencia. Por enfermedad entendemos un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico; y por dolencia un fenómeno subjetivo por el cual el individuo se da cuenta que no se siente bien, y que, consecuentemente, puede tender a modificar su comportamiento normal (Coe, 1973: 114).

4. La salud pública

La salud pública es una especialidad no clínica de la medicina enfocada en la promoción, prevención e intervención de la salud desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva, ya sea a nivel comunitario, regional, nacional o internacional, es decir, no centrada en el individuo, sino en el colectivo.

En este sentido, sus funciones son principalmente la gestión, vigilancia y mejoramiento del nivel de salud en la población, así como la prevención, el control y la erradicación de enfermedades. Además, se encarga de desarrollar políticas públicas, garantizar el acceso y el derecho al sistema sanitario, crear programas educativos, administración de servicios e investigación. Incluso, tareas referentes al saneamiento ambiental, el control de la calidad de los alimentos, entre otras cosas, pueden formar parte de sus competencias.

Debido a la amplitud de sus funciones, en la salud pública confluyen múltiples disciplinas orientadas a la administración del sistema sanitario, como la medicina, la farmacia, la veterinaria, la enfermería, la biología, la pedagogía, la psicología social y conductual, el trabajo social, la sociología, la estadística, etc.

La salud pública puede ser administrada por una comunidad organizada, por un organismo estatal o por uno internacional. Normalmente, cada país cuenta con su correspondiente Ministerio de Salud o Secretaría de Salud, que es el organismo del Estado responsable de velar por las condiciones de salud de la población. Del mismo modo, existen organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), creados para la gestión de políticas de prevención y cuidados de la salud a niveles supranacionales.

5. Factores que determinan la salud

Son aquellos factores que ejercen su influencia sobre los diferentes componentes de lo que se deriva un mejor o peor estado de salud de la población.

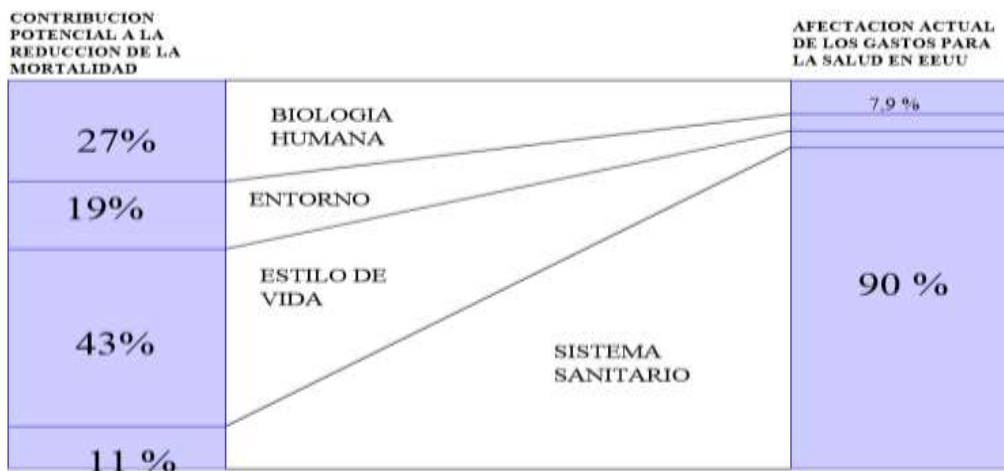
1. Biología humana (constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento).

Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).

2. Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios).

3. Sistema de asistencia sanitaria (beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia).

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



Dever, GEA. "An epidemiological Model For Health Policy Analysis". 1976

6. Salud comunitaria

La salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública. Introduce el importante capítulo de la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen al óptimo estado de salud de sus integrantes. Esta comunidad activa o participante (comunidad en acción) siente y administra como propias sus expectativas y energías para mejorar su salud (Ferrara et al., 1975; Schwenger, 1973; Monnier et al.1980).

1.4 LA INVERSIÓN EN SALUD POBLACIONAL EN LA REGIÓN HUÁNUCO EN EL PERIODO PRE ESTUDIO- 2014-2016

Parte poder analizar nuestro período de inversión de la salud poblacional en la Región Huánuco, de manera específica en el periodo 2016 – 2018 es necesario analizar los principales cuantificadores de salud en el

periodo trianual próximo pasado para poder entender la calidad de la inversión pública en salud de nuestro periodo seleccionado.

La salud pública depende del Estado y que se centra, por un lado, en el ejercicio y el mantenimiento de la salud de la población, incluyendo tareas de prevención, y por el otro lado, en el control de las enfermedades y en el despliegue de un trabajo especial orientado a la erradicación de las mismas. En definitivas cuentas, la salud pública debe ocuparse de mejorar la salud de su población, pero también de ejecutar diversas acciones que eliminen o traten aquellas enfermedades y afecciones que causan mortalidad en la población en general.

El desarrollo de la salud pública y por ende el cumplimiento de todas las funciones anteriormente mencionadas depende y pasa por la órbita del gobierno regional que es el último y máximo responsable de que todo lo expuesto se cumpla de manera satisfactoria, y por caso, deben ser los encargados de elaborar programas concretos que atiendan las cuestiones mencionadas de manera conforme y produciendo los mejores resultados.

La Dirección Regional de Salud organizativamente está conformado por 311 establecimiento de salud inscritos en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES), 77 micro redes y 11 redes de salud, creado con Resolución Ejecutiva Regional N° 157-2011/GRH/PR del 07 de junio de 2011, donde aprueba la reestructuración administrativa, funcional y operativa de las redes y micro redes de salud de la Dirección

Regional de Salud Huánuco, para el desarrollo de los procesos financieros de las intervenciones sanitarias en 07 unidades ejecutoras.

1. Indicadores de salud deficitario en el periodo 2014-2016

La asignación presupuestal anual para el sector salud está en franco estacionamiento no existe proyecciones positivas para el aumento del presupuesto y por lo tanto respectivamente la salud de la población de la Región disminuirá en calidad y cobertura.

La salud de gran parte de la población de nuestra Región se encuentra en un franco proceso de deterioro tanto en las zonas rurales como en las zonas urbano marginales, prueba de ello es las constantes noticias referente a la precariedad de la salud en especial de los niños de nuestra Región.

TABLA Nº 01

PERÚ: PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD		
INDICADOR	2014	2016
Partos con asistencia de personal sanitario especializado	86.70%	91.90%
Desnutrición crónica infantil	18.10%	13.10%
Acceso a servicios de salud	61.80%	72.40%
Tasa de mortalidad infantil	17.05%	23.00%
Tasa de mortalidad adolescente	18.40%	21.00%
Tasa de mortalidad joven	13.00%	14.00%
Tratamiento al Cáncer – mortalidad	33.02%	39.05%
Incidencia de diabetes	9.00%	12.00%
Indicadores de salud mental	32.00%	41.00%
Tasa de incidencia tuberculosis	15.00%	16.00%
Tratamiento VIH – mortalidad	46.00%	53.00%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI

Elaboración: Propia

2. Indicadores deficitarios de establecimientos de salud.

De acuerdo a la cantidad de población y de acuerdo a los índices del nivel de pobreza en la Región Huánuco, existe un déficit en cuanto a establecimientos de salud que no ha sido cubierto en el período 2014-2016, el mismo que incide en la calidad de la salud población de la Región Huánuco.

Se cuenta con 2 hospitales, 54 centros de salud y 255 puestos de salud que atienden a 860,537 habitantes para el año 2014, la mayor población atendida se encuentra en la zona rural con 61.4% y en la zona urbana 38.6%.

TABLA Nº 2
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

PROVINCIA	POBLACIÓN PROYECTADA 2015	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2017			ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CREADOS
		HOSPITALES	CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	
HUÁNUCO	310,665	1	14	43	58
AMBO	57,239		4	26	30
DOS DE MAYO	53,324		4	20	24
HUACAYBAMBA	22,843		2	8	10
HUAMALÍES	75,505		7	30	37
LEONCIO PRADO	133,500	1	5	29	35
MARAÑÓN	32,118		2	18	20
PACHITEA	72,012		5	16	21
PUERTO INCA	31,429		4	30	34
LAURICOCHA	38,667		4	16	20
YAROWILCA	33,235		3	19	22
TOTAL	860,537	2	54	255	311

Fuente: Dirección Regional de Salud

Elaboración: Propia

De acuerdo al Plan Multianual de Inversiones de la Dirección Regional de Salud de Huánuco se ha propuesto 9 hospitales, 67 centros de salud y 443 puestos de salud para cubrir la demanda de salud del departamento de Huánuco, para el año 2017 se cuenta con 2 hospitales, 54 centros de salud y 255 puestos de salud.

TABLA Nº 6

DEFICIT DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA REGIÓN HUÁNUCO

PROVINCIA	POBLACIÓN 2015	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PROPUESTOS	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CREADOS 2017	DIFERENCIA
		HOSPITALES	CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD			
HUÁNUCO	310,665	0	4	-127	181	58	-123
AMBO	57,239	-1	-3	-3	37	30	-7
DOS DE MAYO	53,324	-1	-4	-1	30	24	-6
HUACAYBAMBA	22,843	0	-2	-2	14	10	-4
HUAMALÍES	75,505	-1	-3	-9	50	37	-13
LEONCIO PRADO	133,500	0	0	-44	79	35	-44
MARAÑÓN	32,118	0	-1	3	18	20	2
PACHITEA	72,012	-1	2	-17	37	21	-16
PUERTO INCA	31,429	-1	0	13	22	34	12
LAURICOCHA	38,667	-1	-2	0	23	20	-3
YAROWILCA	33,235	-1	-4	-1	28	22	-6
TOTAL	860,537	-7	-13	-188	519	311	-208

Fuente: Plan Multianual de Inversiones – DIRESA - Huánuco

Elaboración: Propia

Realizado el análisis se tiene un déficit de infraestructura de establecimientos de salud de 7 hospitales, 13 centros de salud y 188 puestos de salud en todo el departamento de Huánuco, de acuerdo a la configuración del territorio y se toma como referencia por establecimiento de salud como responsabilidad 1,500 habitantes, a

esto se agrega la falta de equipamiento y personal de salud para atender adecuadamente la salud de las personas.

Los beneficios de la inversión en infraestructura de salud pública se traducen la mejora de la calidad de vida y en el incremento de la productividad de la población. La adecuada provisión de infraestructura en salud reduce la incidencia y gravedad de enfermedades por una mejor oferta de los servicios médicos. Esto genera beneficios en términos de productividad porque disminuyen los costos asociados al tratamiento de enfermedades y aumentan el tiempo disponible para actividades productivas. Además, mayor nutrición y mejor salud determinan también condiciones intelectuales que conllevan mayor creatividad para el trabajo, que redundan en mayor productividad⁵.

Mejores condiciones de salud repercuten también en la formación de capital humano, lo cual permite un rendimiento económico continuo en el futuro. La mejora de la salud aumenta las tasas de supervivencia de los niños, lo que aumenta el PIB per cápita por el incremento de la proporción de trabajadores⁶.

Para el año 2017 de acuerdo a la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud

⁵ APOYO Consultoría. 2012, Óp. Cit., p. 31.

⁶ Fuchs, Víctor. **Reflections on the socio-economic correlates of health.** *Health Economics* 23(04), 2004, pp. 653-651.

de Huánuco, se cuenta con 311 establecimientos de salud a lo largo y ancho del departamento de Huánuco.

La provincia que cuenta con más establecimientos de salud a nivel departamental es la provincia de Huánuco (58) y el que cuenta con menos establecimientos de salud es la provincia de Huacaybamba (10).

Según Resolución Ejecutiva Regional N° 740-2011-GRH/PR, se ha redefinido la estructura orgánica de los servicios de salud en 11 redes, 77 micros redes basadas en escenarios epidemiológicos, políticos, económicos y sociales de la región. De acuerdo a nuestra realidad del departamento de Huánuco, se ha tomado una población de 1,500 habitantes para las nuevas creaciones de establecimientos de salud, sabiendo que el territorio de Huánuco es bastante inaccesible⁷.

3. Indicadores deficitarios de profesionales de salud y personal administrativo

La inversión en personal especializado profesional y administrativo no logra cubrir el personal mínimo requerido, se viene arrastrando déficit en cuanto a todos los indicadores en cuanto al personal médico y administrativo. El periodo presupuestal de los años 2014 – 2016 no se asignaron los presupuestos requeridos, el mismo que incide de manera e indirecta en la salud poblacional de la Región.

En cuanto a los recursos humanos con que cuenta el departamento de Huánuco son en total 4,160 profesionales de la salud, de los cuales

⁷ Plan Multianual de Inversiones – DIRESA Huánuco.

697 son médicos (todas las especialidades), 1,294 obstetras y 2,179 enfermeras. En los últimos años los profesionales de la salud han aumentado y es oportunidad para poder cubrir el déficit de profesionales con la que cuenta la región.

TABLA N° 03

INVERSIÓN EN PROFESIONALES DE LA SALUD

RECURSOS HUMANOS	AÑOS						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Médicos		428	451	466	566	664	697
Obstetras	836	867	918	997	1,090	1,190	1,284
Enfermeros/as	1,472	1,548	1,721	1,830	1,951	2,031	2,179
TOTAL	2,308	2,843	3,090	3,293	3,607	3,885	4,160

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática
Elaboración: Propia

La Dirección Regional de Salud Huánuco cuenta con 3,826 trabajadores asistenciales y administrativos, el 10.7% (410) son médicos, (médicos generales y especialistas) el 28% (1,072) son enfermeras (os), el 19.7% (755) son obstetras, el 2.1% (81) son psicólogos, el 4.2% (162) odontólogos, los técnicos asistenciales (Técnicos en Enfermería, Técnicos de Farmacia y Técnicos de Laboratorio) representado por el 11.5% (1,146 trabajadores).

Por otro lado, el personal administrativo de la DIRESA a nivel departamental es de 200 trabajadores (5.2%).

TABLA N° 4

INVERSIÓN EN PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DIRESA

PROVINCIA	PROFESIONALES DE LA SALUD						ADMNISTRATIVOS
	Médicos	Enfermera/o	Obstetra	Psicólogo	Odontólogo	Técnicos	
HUÁNUCO	180	449	276	32	52	343	200
LEONCIO PRADO	65	218	125	16	32	215	
HUAMALÍES	33	78	68	7	14	107	
AMBO	28	79	58	4	11	75	
DOS DE MAYO	20	50	37	4	11	77	
PUERTO INCA	18	57	46	4	8	71	
PACHITEA	17	40	53	6	9	83	
LAURICOCHA	14	30	26	3	7	39	
YAROWILCA	13	28	24	2	7	45	
MARAÑÓN	12	24	23	2	9	61	
HUACAYBAMB A	10	19	19	1	2	30	
TOTAL	410	1,072	755	81	162	1,146	

Fuente: Dirección Regional de Salud

Elaboración: Propia

Es importante mencionar que del total de profesionales de la salud que cuenta Huánuco, los que trabajan en el sector público (DIRESA) es como sigue; médicos el 58.8%, obstetras el 58.8% y enfermeras/os el 49.2%.

Según la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para países en desarrollo, el mínimo que debe alcanzar es una dotación que permita contar con 25 profesionales por 10,000 habitantes, se refiere a una combinación de médicos, enfermera (o) y obstetra que sumen 25, desdoblado este número se requiere 10 médicos, 10 enfermeras y 5 obstetras por 10,000 hab.

La deficiencia de los profesionales médicos cuya disponibilidad, está por debajo del estándar propuesto por la OMS, en ninguna de las provincias se cuenta con 10 médicos por 10,000 habitantes.

En el año 2016 a nivel departamental se contaba con 410 médicos, o de acuerdo a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud – OMS, en la región existe un déficit de 451 médicos a nivel regional.

Por provincias y por la cantidad de población, las provincias que necesitan más médicos son la provincia de Huánuco con 131 médicos, Leoncio Prado 69 médicos, Pachitea 55 médicos, las provincias que necesitan menos médicos son Huacaybamba 13 médicos, Marañón y Yarowilca ambos con un déficit de 20 médicos.

TABLA N° 5

DEFICIT DE PROFESIONALES MEDICOS EN LA REGIÓN HUÁNUCO

PERIODO 2014 _ 2016 EXISTENTES Y REQUERIDOS

PROVINCIA	POBLACIÓN 2015	MÉDICOS EXISTENTES	MÉDICOS PROPUESTA OMS	DÉFICIT
HUÁNUCO	310,665	180	311	-131
LEONCIO PRADO	133,500	65	134	-69
HUAMALÍES	75,505	33	76	-43
AMBO	57,239	28	57	-29
DOS DE MAYO	53,324	20	53	-33
PUERTO INCA	31,429	18	31	-13
PACHITEA	72,012	17	72	-55
LAURICOCHA	38,667	14	39	-25
YAROWILCA	33,235	13	33	-20
MARAÑÓN	32,118	12	32	-20
HUACAYBAMBA	22,843	10	23	-13
TOTAL	860,537	410	861	-451

Fuente: Dirección Regional de Salud

Elaboración: Propia

Es importante que en el corto plazo se cubra este déficit importante de profesionales de la salud, debido a que se cuenta con población vulnerable y no atendida, que en los años venideros se irá incrementando. De lejos la demanda de salud supera a la oferta disponible, se tiene un déficit de personal de -52.4%.

4. Indicadores deficitarios de salud en la Región Huánuco

a.- Morbilidad

En el año 2015, en el departamento de Huánuco las primeras causas de consulta externa en la población en general fueron las afecciones

dentales y periodontales 30.6%, infecciones de las vías respiratorias agudas 17.4%, deficiencias de la nutrición 8.9%, infecciones de transmisión sexual 5.4, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo 4.2%, enfermedades infecciosas intestinales 4.0%, enfermedades de otras partes del aparato digestivo 3.8%, enfermedades del aparato urinario 2.4%, trastornos mentales y del comportamiento 1.9%, enfermedades infecciosas, parasitarias y sus secuelas 1.9%.

TABLA Nº 08

MORBILIDAD GENERAL DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO

Nº	Causas	Frecuencia	%
1	Afecciones dentales y periodontales	26669	30.6
2	Infecciones de vías respiratorias agudas	15164	17.4
3	Deficiencias de la nutrición	7765	8.9
4	Infecciones de transmisión sexual	4673	5.4
5	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3698	4.2
6	Enfermedades infecciosas intestinales	3479	4.0
7	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	3288	3.8
8	Enfermedades del aparato urinario	2076	2.4
9	Trastornos mentales y del comportamiento	1692	1.9
10	Enfermedades infecciosas, parasitarias y sus secuelas	1683	1.9
	Las demás causas	17086	19.6
TOTAL		87273	100.0

Fuente: Dirección Regional de Salud

Elaboración: Propia

b.- Mortalidad

En el departamento de Huánuco para los años 2014 y 2016, las primeras causas de mortalidad en la población general fueron:

Infecciones respiratorias agudas 8.5%, tumor maligno de estómago (5.9%), enfermedades isquémicas del corazón (5.2%), enfermedades del sistema urinario (4.7%), tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (3.8%).

TABLA Nº 9
MORTALIDAD GENERAL DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO
PERIODO 2014 - 2016

Nº	Causas	Frecuencia	%
1	Infecciones respiratorias agudas	166	8.5
2	Tumor maligno de estómago	114	5.9
3	Enfermedades isquémicas del corazón	101	5.2
4	Enfermedades del sistema urinario	91	4.7
5	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	74	3.8
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	74	3.8
7	Enfermedades hipertensivas	60	3.1
8	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	56	2.9
9	Enfermedades cerebrovasculares	54	2.8
10	Diabetes mellitus	52	2.7
	Todas las demás causas	1103	56.7
TOTAL		1945	100.0

Fuente: Dirección Regional de Salud

Elaboración: Propia

4.1 Indicadores deficitarios de salud infantil

a. Desnutrición Crónica

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y de la región, su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la

capacidad física intelectual emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo.

La desnutrición crónica es el estado en el cual las niñas y niños tienen baja estatura con relación a una población de referencia, refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y, de la interacción entre ambas.

La tasa de desnutrición crónica de niños menores de 5 años en Huánuco, es la siguiente; de acuerdo al patrón de referencia del National Center for Health Statistics – NCHS, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la región fue de 18.9%.

Según el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la región fue de 24.2%.

Si realizamos los patrones de referencia, nos muestran que en ambos patrones la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en los últimos años ha disminuido, si realizamos la comparación entre los años 2015 – 2009 la desnutrición se ha reducido en 13.8% (NCHS) y 15% (OMS).

TABLA N° 7

INDICADORES DEFICITARIOS EN LA DESNUTRICIÓN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA	AÑOS						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patrón de Referencia NCHS	32.7	31.0	28.8	24.5	22.1	19.5	18.9
Patrón de Referencia OMS	39.2	37.4	34.3	30.9	29.00	24.8	24.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI

Elaboración: Propia

Huánuco tiene 1.7 veces más desnutrición crónica que el promedio nacional (14.4%) de acuerdo al patrón de la OMS, con brechas al interior de los distritos, la provincia que presenta mayor desnutrición es la provincia de Yarowilca con el 40%, seguida de Dos de Mayo con 34.2%, las provincias con menos desnutrición crónica son Leoncio Prado con 13.4% y Puerto Inca con 18.9%.

En el periodo 2009 – 2015 Huánuco ha reducido la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, mostrando importante progreso en la lucha contra la desnutrición crónica, se debe mantener la política sectorial y fortalecerla para lograr mayores avances.

b. Esperanza de vida al nacer.

La esperanza de vida en el año 2013 en la provincia de Huánuco tiene una tasa de crecimiento de 5,7% (4 años) más en relación al año 2007,

observándose que la esperanza de vida en el distrito de Huánuco tiene una tendencia a disminuir en -2,3% (1,6) años menos que el 2007, mientras que en los 12 distritos tiene una tendencia a incrementarse entre 1,1 % a 9,5% son los distritos de Pillcomarca y San Pedro de Chaulan. Si observamos a nivel del departamento la esperanza de vida se incrementó en el 1,1% (0,8) años más en el 2013, a nivel de Perú se evidencia este mismo comportamiento.

TABLA N° 10
ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA PROVINCIA DE HUÁNUCO Y
DISTRITOS, 2007 – 2013

Distrito / Provincia / Departamento / Perú	Periodo		Tasa de Crecimiento (%) 2007 -2013
	2007	2013	
Huánuco	72.4	70.8	-2.3
Amarilis	72.4	73.3	1.3
Chinchao	72.1	75.7	5.1
Churubamba	72.3	77.2	6.8
Margos	71.7	78.4	9.4
Quisqui	72.1	75.7	5
San Francisco de Cayrán	72.1	74.8	3.8
San Pedro de Chaulan	71.9	78.8	9.5
Santa María del Valle	72	78.6	9.2
Yarumayo	71.7	76.4	6.5
Pillcomarca	72.3	73.1	1.1
Yacus	74.5	76.2	2.3
San Pablo de Pillao			
Provincia de Huánuco	70	74	5.7
Departamento de Huánuco	71.5	72.3	1.1
Perú	73.5	74.9	1.9

Fuente: Programa de Naciones Unidas y Datos del INEI

En la Tabla N° 10 se visualiza la esperanza de vida al nacer, indicador que refleja el estado de salud de la población, muestra aumentos importantes en los años de vida de las personas. Este panorama

tendrá impactos importantes en la proporción de la población, particularmente de la adulta mayor.

Para el periodo 2014 – 2016, la Esperanza de Vida al Nacer a nivel de Perú estimadas de 75,2 años, siendo en las mujeres de 77,9 y en los varones de 72,6, siendo en las mujeres 0,9 veces más que los varones.

c. Tasa bruta de natalidad.

En la Tabla N° 10 se evidencia el número de nacidos vivos que ocurren por cada 1000 habitantes, la misma que expresa la probabilidad de que ocurran nacimientos vivos en la población. Pudiéndose denotar que a nivel de la provincia de Huánuco se evidencia una disminución de nacimientos en el año 2018 a 17 nacimientos por 1000 Hab. siendo -24,1% (5,4 nacimientos) menos en relación al año 2014 donde fue de 24 nacimientos x 1000 hab.

TABLA Nº 11
TASA BRUTA DE NATALIDAD REGISTRADAS POR 1000
NACIDOS VIVOS Y TASA DE CRECIMIENTO POR DISTRITOS EN

Distrito/ Provincia	Tasa de natalidad general					Tasa de Crecimiento 2014 - 2018
	2014	2015	2016	2017	2018	
Huánuco	57.8	37.2	35.5	26.3	25.6	-55.7
Amarilis	10.3	9	10.2	20.9	24.8	140.2
Chinchao	7.6	7.7	9.9	14.3	10.7	41.1
Churubamba	2.5	5.6	5.9	1.9	1	-60.6
Margos	4.4	2.6	5.7	8.5	7.1	61.5
Quisqui	1	2.7	0.8	1.7	0.8	-20.9
San Francisco de Cayrán	2.6	3.1	2.5	1.3	0.7	-72
San Pedro de Chaulan	5.8	4.4	4.1	7.1	3.3	-42.6
Santa María del Valle	14.1	10.4	10	15.5	17.9	27.2
Yarumayo	6.2	6.8	7.1	2.6	2.1	-66.8
Pillcomarca	12.7	16.6	13.8	14.8	14.6	14.8
Yacus	0.8	1	1.2	0	0	-100
San Pablo de Pillao	0	0	0	0	1.1	0
Provincia de Huánuco	22.4	16.5	16.3	17.9	17	-24.1

LA PROVINCIA DE HUANUCO, 2014 - 2018 Fuente: Elaborado por la
Oficina de Epidemiología en Base a los Registro de Hechos Vitales 2014
- 2016

Cabe mencionar que a nivel del distrito de Amarilis(24,8 Nac x 1000 hab), Chinchao (10,7 Nac x 1000hab), Santa María del Valle (17,9 Nac x 1000 hab) y Pillcomarca (14,6 Nac x 1000 hab), Margos (7,1 Nac x 1000 Hab) se denota un crecimiento en la tasa bruta de natalidad con una tendencia a incrementarse en estos distritos entre 14,8 % a 140.2% con un promedio entre 1,1 a 14,5 Nac x 1000 hab, este crecimiento se relacionaría con la creación del Hospital Materno Infantil y los establecimientos enmarcados dentro del anillo de contingencia siendo como punto de referencia para la atención de partos y complicaciones, en este cuadro se ha considerado los datos del Hospital Regional Hermilio Valdizan y el Hospital II de Essalud.

Mientras que en los 61,5% (8) distritos la tasa bruta de natalidad tiene una tendencia a disminuir entre -0,2 a -32,2 Nac x 1000 Hab en los distritos de Quisqui y Huánuco respectivamente, esto se relacionaría a la aplicación de la directiva donde establece que los establecimientos I-1 al I-3 solo atienden los partos inminentes.

4.2. Indicadores de la etapa de vida adolescente.

En la etapa de adolescencia las causas de morbilidad son variables, en algunos casos disminuye en otros aumenta y en muchos casos la causa no es la asignación presupuestal, sin embargo, en términos generales la morbilidad está en aumento en la etapa adolescente tal como se demuestra en el cuadro 11 en el periodo de morbilidad 2014 – 2016, es irregular

TABLA N° 12
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA
EN LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE EN LA PROVINCIA
Y DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2014 - 2016

N° Orden	Causas	2014		2016	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (K00 - K14)	12938	38.3	6194	22.7
2	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00 - J06)	4754	14.1	4038	14.8
3	Desnutrición (E40 - E46)	4404	13	2085	7.6
4	Alteraciones de la visión y ceguera (H53 - H54)		0	1387	5.1
5	Obesidad y otros de hiperalimentaciones (E65 - E68)		0	1194	4.4
6	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20 - O29)	1045	3.1	918	3.4
7	Enfermedades infecciosas intestinales (A00 - A09)	769	2.3	659	2.4
8	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (K20 - K31)	623	1.8	600	2.2
9	Síntomas y signos generales (R50 - R69)		0	586	2.1
10	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40 - F48)		0	549	2
Las demás causas		9226	27.3	9059	33.2
Total de Causas		33759	100	27269	100

Fuente: Sistema HIS, Oficina de Estadística e Informática, DIRESA - Huánuco 2014 - 2016

En la Tabla N° 12 En la etapa de vida adolescente comprendido entre las edades de 12 a 17 años se puede evidenciar la morbilidad en el quinquenio, observándose en el año 2016 la tasa de crecimiento de las atenciones brindadas por todas las causas tiene una tendencia disminuir en -1,8% (-6490) enfermos, en relación al año 2014 (33,759), al igual que la etapa de vida niño y la morbilidad general las tres primeras causa registradas tienen una tendencia a disminuir - 52,1% (6,744) en las enfermedades de la cavidad bucal, y en el -15,1% (716) en las infecciones de las vías respiratorias agudas, en tercer lugar los casos de desnutrición -52,7% (2,319) adolescentes menos.

4.3 Indicadores de la etapa de vida joven.

TABLA N° 13

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN
LA ETAPA DE VIDA JOVEN EN LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE
HUANUCO, 2014 - 2016**

N° Orden	Causas	2014		2016		2018	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (K00 - K14)	13364	22.7	10165	17.4		
2	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00 - J06)	7114	12.1	6628	11.3		
3	Desnutrición (E40 - E46)		0	6102	10.4		
4	Alteraciones de la visión y ceguera (H53 - H54)		0	3768	6.4		
5	Obesidad y otros de hiperalimentacion (E65 - E68)		0	2363	4		
6	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20 - O29)	6708	11.4	2350	4		
7	Enfermedades infecciosas intestinales (A00 - A09)	3479	5.9	2334	4		
8	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (K20 - K31)	2757	4.7	1929	3.3		
9	Síntomas y signos generales (R50 - R69)		0	1673	2.9		
10	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40 - F48)		0	1292	2.2		
Las Demás Causas		25481	43.3	19944	34.1		
Total de causas		58903	100	58548	100		

Fuente: Sistema HIS, Oficina de Estadística e Informática, DIRESA - Huánuco 2014 - 2016

En la Tabla N° 13 la carga de enfermedad en la etapa de vida Joven comprendido entre las edades de 18 a 29 años se puede evidenciar la

morbilidad en el quinquenio, donde en el año el 2018 la tasa de crecimiento de las atenciones brindadas por todas las causas tiene una tendencia disminuir en -0,6% (-335) enfermos, en relación al año 2014 (58,903), al igual que la morbilidad general las dos primeras causa registradas tienen una tendencia a disminuir -23,9% (-3,199) en las enfermedades de la cavidad bucal, en el -6,8% (486) en las infecciones de las vías respiratorias superiores.

Por la concentración de caso diríamos que en el año 2018 el 17,4%(10,165) corresponde a las enfermedades de la cavidad bucal, el 11,4% (6,628) son las infecciones respiratorias y el 10,4% (6,102) es por desnutrición, sin embargo se evidencia un cambio en el perfil de la morbilidad apareciendo nuevas enfermedades como alteraciones de la visión y ceguera 6,4% (3768), obesidad 4,0% (2,369) y los trastornos neuróticos relacionados con el estrés con el 2,2% (1,292), mientras que en el año 2014 se denotaba dentro de las 10 primeras causa las infecciones de transmisión sexual, trastornos mentales, Enfermedades del aparato urinario, enfermedades de los órganos genitales femeninos, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

4.4. Indicadores de morbilidad en la etapa de vida adulto.

TABLA N° 14

DIEZ PRIMERA CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN LA ETAPA DE VIDA ADULTO EN LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2014 - 2016

N° Orden	Causas	2016		2018	
		N°	%	N°	%
1	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (K00 - K14)	15496	18.5	12502	12.7
2	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00 - J06)	11431	13.6	11010	11.1
3	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (K20 - K31)	6185	7.4	5637	5.7
4	Obesidad y otros de hiperalimentación (E65 - E68)		0	5457	5.5
5	Dorsopatias (M40 - M54)	6076	7.2	4844	4.9
6	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (A50 - A64)	5702	6.8	4560	4.6
7	Otras enfermedades del sistema urinario (N30 - N39)	3870	4.6	4252	4.3
8	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20 - O29)	3692	4.4	3639	3.7
9	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen (R10 - R19)	3802	4.5	2553	2.6
10	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40 - F48)		0	2524	2.6
Las Demás Causas		27554	32.9	41800	42.3
Total de causas		83808	100	98778	100

Fuente: Sistema HIS, Oficina de Estadística e Informática, DIRESA - Huánuco 2014 - 2016

En la Tabla 14 la carga de enfermedad en la etapa de vida adulto comprendido entre las edades de 30 a 59 años se puede evidenciar la morbilidad en el quinquenio, donde en el año el 2018 la tasa de crecimiento de las atenciones brindadas por todas las causas tiene una tendencia a incrementarse en 17,9% (14,970) enfermos, en relación al año 2014 (83,308), al igual que la morbilidad general las tres primeras causa registradas tienen una tendencia a disminuir -19,3% (-2994) en las enfermedades de la cavidad bucal, en el -3,7% (421) en las infecciones de las vías respiratorias superiores y las enfermedades del esófago, estómago y duodeno es de -8,9% (548).

Si evaluamos por concentración de caso diríamos que en el año 2018 el 12,7 % (12,502) corresponde a las enfermedades de la cavidad bucal, el 11,1% (11,010) son las infecciones respiratorias y el 5,7% % (5,637) es por enfermedades del esófago y estómago, sin embargo se evidencia un cambio en el perfil de la morbilidad aparecen nuevas enfermedades como son los trastornos neuróticos relacionados con el estrés con el 2,6% (12,524), mientras que en el año 2014 se denotaba dentro de las 10 primeras causa las enfermedades de los órganos genitales femeninos.

4.5. Tasa de mortalidad de cáncer

TABLA Nº 15

**TIPOS DE CÁNCER NOTIFICADOS POR EL HOSPITAL REGIONAL
“HERMILIO VALDIZAN” PROVINCIA DE HUÁNCO 2012 - 2016**

Fuente: Sistema de vigilancia especializada de cáncer CDC- MINSA

Tipos de cáncer	Período					TOTAL
	2012	2013	2014	2015	2016	
Cáncer gástrico	5	12	15	3	10	45
Cáncer de Cérvix	6	12	9	9	6	42
Cáncer de Colon/Recto	2	3	8	1	4	18
Cáncer de mama	3	2	2	5	1	13
Cáncer de Vejiga	2	1	0	0	0	3
Leucemia	0	2	0	1	0	3
Cáncer Hepático	2	0	0	0	0	2
Cáncer de Pulmón	1	1	0	0	0	2
Cáncer de Boca	0	2	1	0	0	3
Cáncer de Próstata	0	1	0	0	0	1
Cáncer cerebral	1	0	0	0	0	1
Total	22	36	35	19	21	133

4.6. Tasa de incidencia en Diabetes

TABLA Nº 16
CASOS DE DIABETES NOTIFICADOS SEGÚN EL DISTRITO EN LA
PROVINCIA DE HUÁNUCO

4.7. Indicadores de problemas de salud mental

Provincia/ Distritos	Casos de Diabetes					TOTAL
	2009	2010	2011	2012	2013	Nº
Huánuco	11	45	101	53	69	279
Amarilis	3	15	2	1	1	22
Chinchao	1	3	2	1	4	11
Santa María del Valle	2	1	0	5	6	14
Pillcomarca	1	1	2	1	0	5
Yacus	1	1	0	0	0	2
Provincia de Huánuco	19	66	107	61	80	333

TABLA Nº 17

ATENCION INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA **RED DE SALUD DE LA PROVINCIA DE HUÁNUCO.**

Distritos	V. Familiar		Trastorno depresivo		Trastorno por consumo de alcohol		Trastorno psicótico		TOTAL
	2012	2013	2014	2015	2014	2015	2014	2015	1044
Huánuco	90	75	59	525	185	101	3	6	651
Amarilis	35	50	105	325	112	13	0	11	28
Chinchao	5	9	1	11	1	1	0	0	4
Churubamb a	1	1	0	0	1	1	0	0	20
Margos	12	1	5	1	1	0	0	0	107
Quisqui	31	1	58	6	2	9	0	0	213
Cayran	85	35	11	58	3	21	0	0	14
Chaulan	0	0	5	0	0	9	0	0	88
El Valle	12	16	22	36	1	0	0	1	218
Yarumayo	95	56	1	3	51	9	3	0	277
Pillcomarca	6	29	58	115	54	13	1	1	30
Yacus	3	15	0	0	0	12	0	0	4
Pillao	0	1	3	0	0	0	0	0	2698
TOTAL	375	289	328	1080	411	189	7	19	

4.8. Casos de tuberculosis en el distrito de Huánuco del 2010 al 2014

TABLA N° 18

CASOS DE TUBERCULOSIS REGISTRADOS EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO 2010 AL 2014

Distritos	Casos de tuberculosis					TOTAL
	2010	2011	2012	2013	2014	
Huánuco	40	40	58	61	62	261
Amarilis	40	51	62	25	56	234
Chinchao	11	3	5	9	1	29
Churubamb	6	9	7	3	6	31
Margos	8	5	3	3	4	23
Quisqui	2	3	1	1	4	11
Cayran	4	3	5	2	1	15
Chaulan	0	0	0	0	0	0
El Valle	8	13	6	9	3	39
Yarumayo	0	0	0	0	0	0
Pillcomarca	35	51	62	41	67	256
Yacus	3	6	2	1	0	12
Pillao	0	0	0	0	0	0
TOTAL	157	184	211	155	204	911

4.9. Taza de mortalidad de VIH

TABLA Nº 19

6.23 CASOS NOTIFICADOS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN HOMBRES Y MUJERES, 1985-2016

Año	Total	Hombre	Mujer	No especificado	Razón Hombre/Mujer
1985	3	3	-	-	-
1986	18	16	2	-	8,0
1987	101	93	4	4	23,3
1988	257	222	35	-	6,3
1989	323	291	31	1	9,4
1990	409	376	32	1	11,8
1991	452	434	48	-	9,0
1992	746	649	96	1	6,8
1993	714	609	105	-	5,8
1994	851	701	150	-	4,7
1995	1 116	854	228	4	3,9
1996	1 442	1 145	266	11	4,0
1997	1 551	1 256	273	22	4,6
1998	1 369	1 031	330	8	3,1
1999	1 344	1 022	319	3	3,2
2000	1 191	889	298	4	3,0
2001	1 261	899	332	30	2,7
2002	1 254	901	325	28	2,8
2003	1 680	1 217	437	26	2,8
2004	1 909	1 401	496	12	2,8
2005	2 195	1 565	619	11	2,5
2006	1 699	1 232	459	8	2,7
2007	1 559	1 137	411	11	2,8
2008	1 724	1 252	454	18	2,8
2009	1 241	902	329	10	2,7
2010	1 200	900	295	5	3,1
2011	1 238	909	319	10	2,8
2012	1 138	865	266	7	3,3
2013	1 267	963	284	-	3,5
2014	1 392	1 135	257	-	4,4
2015	1 257	967	270	-	3,7
2016	851	692	169	-	4,1
Desconocido 1/	575	430	145	16	3,0

Nota: Cifras revisadas por el sector. 1/ Existen 575 casos notificados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que se desconoce el año de notificación, de los cuales 430 son hombre, 145 mujeres y 16 se desconoce el sexo. Fuente: Ministerio de Salud (MINSA) - Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

4.10 Problemas priorizados que deben ser atendidos con asignación presupuestal para el periodo trianual 2014 - 2016

TABLA Nº 19

LISTA FINAL DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS EN LA PROVINCIA DE HUANUCO, 2016

Nº Orden	Lista final de problemas con impacto sanitario priorizados
1	Muerte por infecciones respiratorias agudas en todos las etapas de vida
2	Contaminación de agua para consumo humano
3	Mortalidad Materna
4	Incremento de los embarazos en adolescente
5	Violencia familiar y transtornos mentales
6	Mortalidad Perinatal
7	Incremento de las enfermedades no transmisibles (diabetes y cáncer)
8	Desnutrición en Niños Menores de 5 años /anemia
9	Incremento de las enfermedades Metaxenicas
10	Incremento de casos de tuberculosis
11	Inequidad en el acceso a los servicios básico (agua, desague y residuos sólidos)

1.3.3 Conceptos fundamentales.

a. Actores: Grupo de personas o personas individuales e instituciones que inciden directa o indirectamente en el manejo de residuos sólidos.

b. Estrategia: Es el camino que se debe seguir para lograr los objetivos trazados.

c. Inversión: Acción de invertir una cantidad de dinero, tiempo o esfuerzo en una cosa.

d. Inversión privada

La inversión privada es adecuada para un país, por los beneficios que brindan y se reflejan a nivel corporativo nacional, en oportunidades del sector privado genera desarrollar modelos de negocios que generen valor económico, ambiental y social, además ayuda al desarrollo de países tercermundistas y mejorar sustancialmente la calidad, rebaja de tarifas de los servicios brindados en energía, telecomunicaciones e infraestructura.

e. Inversión pública

La inversión pública es la utilización del dinero recaudado en impuestos, por parte del Gobierno Federal, los Estados y Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal, para reinvertirlo en beneficios dirigidos a la población que atiende, representada en obras, infraestructura, servicios, desarrollo de proyectos productivos, incentivo en la creación y desarrollo de empresas, promoción de las actividades comerciales, generación de empleo, protección de derechos fundamentales, y mejoramiento de la calidad de vida en general. La inversión pública se encuentra regulada por leyes, normas y procedimientos, que definen lo que es viable y lo que

está prohibido, los responsables y montos autorizados, actividades permitidas y requisitos que deben cumplir.

f. Población

La definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud en 1948 es la siguiente: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad". Por lo tanto, contempla el estado saludable de la persona desde el punto de la calidad de vida y no simplemente desde la manifestación de síntomas o el padecimiento de enfermedades.

g. Salud

De ahí que estar sano, sentirse sano, no se defina por el hecho de no estar enfermo, sino contemplando una visión más amplia que abarca las múltiples facetas del desarrollo humano.

h. Segregación: Acción de agrupar determinados componentes o elementos físicos de los residuos sólidos para ser manejados en forma especial.

i. Semisólido: Material o elemento que normalmente se asemeja a un lodo y que no posee suficiente líquido para fluir libremente.

j. Servicio de limpieza pública: Técnicamente comprende el servicio de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos del ámbito municipal, incluyendo el barrido de calles.

Una inversión es una actividad que consiste en dedicar recursos con el objetivo de obtener un beneficio de cualquier tipo.

Valorización energética: Constituyen operaciones de valorización energética, aquellas destinadas a emplear residuos con la finalidad de

aprovechar su potencial energético, tales como: Co procesamiento, coincineración, generación de energía en base a procesos de biodegradación, biochar, entre otros.

1.4 HIPOTESIS, VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

1.4.1 Hipótesis General

El tipo de hipótesis que le corresponde a nuestra investigación - Ñaupas, H. (2014) es la hipótesis postfacto.

La salud poblacional es precaria debido a la Inversión Publica deficitaria en el sector salud de la Región Huánuco en el período 2016 -2018.

1.4.2 Hipótesis Especificas

- El incremento de presupuesto en el sector salud mejora las condiciones de salubridad de la población de la Región Huánuco.
- El deterioro de la salud de la población en la Región Huánuco se debe al bajo presupuesto asignado por el estado y a la deficiente calidad de gasto.

1.4.3 Sistema de variables – dimensiones e indicadores

a. Variable Independiente

Inversión pública en el sector Salud

☺ **Dimensión**

- Efectos de la Inversión pública en salud

b. Variable Dependiente

Calidad de la salud poblacional de la región Huánuco

☺ **Dimensión**

- Hospitales
- Postas

1.4.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE	EFFECTOS DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD	Presupuesto ejecutado al termino del año fiscal
INVERSION PUBLICA EN EL SECTOR SALUD	GOBIERNO CENTRAL GOBIERNO REGIONAL GOBIERNO LOCAL	Nº de proyectos en el Sector Salud Monto de la inversión en el Sector salud
VARIABLE DEPENDIENTE		
CALIDAD DE LA SALUD POBLACIONAL DE LA REGIÓN HUÁNUCO	HOSPITALES POSTAS	1.- Embarazos 2.-Salud del niño 3.-Salud del adolescente 4.-Salud del joven 5.-Salud del adulto 6.-Salud y aseguramiento 7.-Tratamiento d principales enfermedades: Oncológicos Tuberculosis Diabetes BIH

1.4.5 Modelo económico

El modelo que nos permitirá hacer estimaciones en cuanto al desarrollo cuantitativo y cualitativo de las variables es el siguiente modelo econométrico.

$$\text{Salud} = f(\text{Inversión Pública})$$

A partir del modelo estimaremos los indicadores con mayor incidencia negativa en la inversión pública del sector salud, en base a un análisis de incidencia integral y particular.

1.5 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

1.5.1 Población y muestra

El universo está determinado por la totalidad de la población de la Región Huánuco que en el último período trianual ha recibido atención de su salud – incluye niños en edad escolar hasta los adultos mayores-. No se amplió procedimiento estadístico alguno, se realizó a criterio del investigador.

El proyecto de investigación tendrá una población referencial a la totalidad de la población comprendida en la cobertura de la red de salud de la Región Huánuco, el mismo que tendrá características poblacionales y muestrales a la vez. Abarca el periodo trienal 2016 – 2018, cabe señalar que dado al tipo y nivel de investigación no vamos a hacer diferencia entre población y muestra, no solo para evitar error en el muestreo sino porque el presupuesto del sector es un presupuesto global al igual que la salud poblacional.

1.5.2 Muestra representativa

La muestra representativa de la presente investigación lo constituye la provincia de Huánuco y sus 12 distritos, en ella vamos a observar y medir los diferentes indicadores con respecto a la salubridad pública, así como la inversión que realiza el estado en el sector salud.

Los principales factores observados lo constituyen: infraestructura, personal administrativo, personal médico y asistencia, población usuaria, adultos, mujeres gestantes y niños, todo con el propósito de ver la calidad de la inversión pública que se realiza en la región Huánuco, el mismo que va a ser reflejado en la provincia de Huánuco.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es descriptivo – explicativo, cuyo interés se centra primero en describir los hechos a raíz de la luz de los datos existentes, es decir explicar el incremento de la inversión pública en qué medida afecta o genera mejoras en las condiciones de salud.

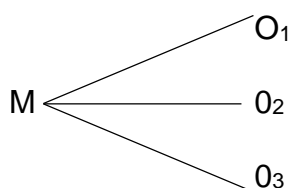
2.1.1 Tipo y nivel de investigación

Nuestro proyecto de investigación está enmarcado dentro de la tipología que plantea Sampier, H. (2016) y corresponde al tipo de estudio correlacional donde se pretende describir y explicar la relación de causa y efecto de una variable independiente sobre otra variable dependiente en función del cual se probará la relación hipotética de nuestras variables, inversión pública y salud.

El nivel de investigación es la investigación básica explicativa que corresponde a la tipología de Ñaupas, H. (2014) cuyo objetivo principal es la verificación de la hipótesis, causales o explicativas con dos variables, que expliquen la relación entre ellas en función de las propiedades o dimensión de los hechos, efectos de la inversión pública en la calidad de la salud poblacional de la Región Huánuco.

2.1.2 Diseño de la investigación

El diseño que más se adecua a nuestro proyecto de investigación es el diseño no experimental longitudinal de Trend con el propósito de describir y explicar la influencia de la variable independiente sobre nuestra variable dependiente: la inversión pública y sus efectos en la salud población en el periodo trienal 2016 – 2018, cuyo diseño es el siguiente:



2.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS

2.2.1 Fuente de datos

- Instituto Nacional de Estadística e Informática
- Red de Salud Huánuco
- Bibliografía especializada
- Correos electrónicos

2.2.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

Se utilizará la siguiente técnica:

- Análisis de información estadística
- Análisis documental
- Análisis de procesos de inversión
- Análisis de factores de salubridad e insalubridad

Instrumentos

Se utilizarán el siguiente instrumento:

- Ficha de observación
- Fichas de registro
- Cuadros comparativos
- Matrices de análisis

2.2.3 Procesamiento, análisis y presentación de datos

Para el procesamiento de los Datos se considerará el Software SPSS Versión 20 en español, para luego comandar la presentación de tablas estadísticas, cuadros estadísticos, gráficos estadísticos y regresiones estadísticas, así como la prueba de hipótesis.

CAPITULO III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

3.1.1 Área de estudio – Huánuco provincia

A. Reseña Histórica.

Etimológicamente de la palabra Huánuco Existen variadas hipótesis las cuales podemos mencionar la de los escritores:

Enrique López Albújar, el origen del nombre de Huánuco, viene de antes de los incas, expresión basada en las noticias de Guamán Poma de Ayala.

La palabra Huánuco deriva de Guanuco Pampa, o sea Planicie del Guanaco, auquénido corredor que abundaba en estas áreas geográficas, y que a su vez eran considerados como animales sagrados. Según el profesor Pedro Egoavil Arteta, sostiene que el antiguo Valle de Pillco Rumi, estuvo poblado por unas aves de color plumizo, con pecho blanco, de patas amarillas y brillantes, que trinaban en coro con el grito de ¡Huaucos, Huaucos, Huaucos! Por esta razón los habitantes de esta zona los llamaban los Huaucos o Huanocos. Hecho, de donde derivaría el nombre de Huánuco

Finalmente, con el transcurso del tiempo, guanaco pampa dio paso a guanuco marca, constituido en capital del reino de Yarowilca, tal como lo encontraron los incas. Más adelante se reduciría a la palabra guanaco, hasta que, llegado los españoles, escucharon a los indígenas expresarse con este término, cuando se referían a su pueblo y terminarían los

españoles por introducir una sencilla modificación en la pronunciación y la escritura, utilizando guanoco. Luego por conveniencia fonética y literal, llegó a nosotros, el bello término: Huánuco.

Según los historiadores, Huánuco fue poblado por hombres corpulentos procedentes de la hile amazónica. Fueron ocupando los valles de los ríos Huallaga, Pachitea y el Marañón formando a su paso culturas propias o autóctonas. Los primeros inmigrantes poblaron el Huallaga y sus afluentes por la margen izquierda, siempre en pos del Alto Marañón.

Se afirma que el más antiguo habitante de nuestra patria es el Hombre de Lauricocha que era de talla media, cara ancha, arcos superciliares bien pronunciados, fue primitivo, cazador de vida nómada que vivía en agrupaciones aisladas entre sí, se cubría con pieles de animales. Dentro de los actuales linderos de la Región Huánuco (ex departamento de Huánuco), habitaban diversas naciones, cuyo estado cultural variaba desde la del tipo señorial al de una Primitiva Barbarie. Entre ellos estaban los Huanucos, Chupachos, Panatahuas y otros.

Es así que el departamento de Huánuco fue creado el 24 de enero de 1869, se encuentra políticamente constituido por once provincias: Huánuco (la capital), Puerto Inca, Leoncio Prado, Marañón, Huamalies, Pachitea, Lauricocha, Huacaybamba, Ambo, Dos de Mayo y Yarowilca.

B. Características Geográficas

Huánuco es uno de los veinticuatro departamentos que, junto con la Provincia Constitucional del Callao, forman la República del Perú. Su capital y ciudad más poblada es la homónima Huánuco, se encuentra políticamente constituido por once provincias: Huánuco (la capital), Puerto Inca, Leoncio Prado, Marañón, Huamalies, Pachitea, Lauricocha, Huacaybamba, Ambo, Dos de Mayo y Yarowilca.

Está situado en la parte central del país, entre la Cordillera Occidental y el río Ucayali. Por su especial ubicación Centro Oriental peruano, cuentan con nevados, cordilleras, cálidos valles y selvas amazónicas. La altura del territorio de la provincia de Huánuco oscila entre los 790 A 4356 m.s.n.m focalizados a nivel de los 13 distritos y 951 centros poblados reconocidos, de acuerdo a los pisos altitudinales propuestos por Javier Vidal Pulgar de las 8 regiones del Perú el 62,5% (5) se encuentran en los distritos de la provincia de Huánuco, siendo la región Yunga Fluvial (500 a 2300 msnm), Suni (3500 - 4000 msnm), Quechua (2300 a 3500 msnm.) , Puna (4000 a 4800 msnm) y Rupa Rupa o Selva Alta (400 a 1000 msnm). Los distritos con mayor número de centros poblados reconocidos según los datos del Censo de Población y Vivienda 2017 son los distritos de San Pedro de Chaulán (151), Churubamba (125) Y santa María del Valle (138) los que tienen menos centros poblados son Yacus (22). Pillcomarca (25) y Yarumayo (31).

TABLA Nº 01
UBICACIÓN GEOGRAFICA Y REGIÓN NATURAL DE LOS DISTRITO Y NUMERO DE
CENTROS POBLADOS DE LA PROVINCIA DE HUÁNUCO, 2018

Distritos	Región Natural (según piso altitudinal)	Altitud (m.s.n.m)	Latitud Sur	Longitud Oeste	Nº Centros Poblados	Centro Poblado Menor y Mayor Altitud
Huánuco	Yunga fluvial - Suni	1865 -3676	09°55'37"	76°14'25"	57	La hacienda - Cuncush
Amarilis	Yunga Fluvial - Quechua	1934-3284	09°56'44"	76°14'30"	64	Challhuacocha - Machaybamba
Chinchao	Rupa - Rupa - Quechua	790- 2947	09°48'07"	76°04'08"	82	San Rafael de Milpo - Puente Chinchavito
Churubamba	Rupa - Rupa - Suni	981-3950	09°49'33"	76°08'15"	125	Purísima - Shoguih
Margos	Quechua - Suni	3064 -3891	10°00'22"	76°31'17"	84	Yanayacu -Carhuay
Quisqui	Yunga fluvial - Suni	2161 - 3962	09°55'23"	76°21'22"	60	Puyag - Geshgalan
San Francisco de Cayrán	Yunga fluvial - Suni	2088-3936	09°58'56"	76°17'05"	55	San Cristobal de Huayllabamba - Shuscococha
San Pedro de Chaulan	Quechua - Puna	2346 -4356	10°03'29"	76°28'56"	151	Cozo Tingo - Huaraucaca
Santa María del Valle	Yunga Fluvial -Suni	1862 - 3952	09°51'46"	76°10'13"	138	Taruca - Cachinan
Yarumayo	Quechua - Suni	3872 -2339	10°00'08"	76°28'06"	31	San Jose de Cozo Tingo - Illonga
Pillcomarca	Yunga fluvial - Suni	1937 -3948	09°57'28"	76°14'57"	25	Yanag - Pata - Pata
Yacus	Quechua - Puna	3205 -4005	09°59'09"	76°30'16"	22	Tres Manantiales - Acshacoto
San Pablo de Pillao	Rupa Rupa - Quechua	990-3170	09°43'03"	75°54'59"	57	Shivinto Playa - San Pedro de Chaupallga
Total					951	

Fuente: Referencia en base a datos del INEI – Censos Nacionales de Población y Vivienda 2018

C. Características Demográficas

1. Población total, por sexo y etapas de vida.

Evolución de la población.

TABLA N° 02**EVOLUCIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO ANUAL COMPARATIVO DE LA POBLACIÓN POR
DISTRITO EN LA PROVINCIA DE HUANUCO, 2015 – 2019**

DISTRITO / PROVINCIA	Periodo					Tasa de Crecimiento 2015 - 2019
	2015	2016	2017	2018	2019	
Huánuco	87308	87923	94219	87081	91686	5
Amarilis	78438	78993	85735	78012	82364	5
Chinchao	25952	23521	18101	19558	11220	-56.8
Churubamba	28507	28709	21908	27647	27910	-2.1
Margos	9881	9951	7794	9157	9223	-6.7
Quisqui	8276	8335	5864	7772	7796	-5.8
San Francisco de Cayrán	5499	5538	5546	5554	5605	1.9
San Pedro de Chaulan	8008	8065	4899	7509	7559	-5.6
Santa María del Valle	20693	20840	23763	20340	20569	-0.6
Yarumayo	3095	3117	3106	2915	2954	-4.6
PillcomMarca	27721	27917	28941	28642	30054	8.4
Yacus	7287	7339	2933	6834	6885	-5.5
San Pablo de Pillao			4389	11432	11643	165.3*
Prov. Huánuco	310665	310248	307198	312453	315468	1.5
Tasa de Crecimiento		-0.13	-0.98	1.71	0.96	

Fuente: Elaborado por la Unidad de Epidemiología en base a la información proporcionada por la unidad de estadística. Red Huánuco *año base es el 2017.

En la Tabla N° 02 se evidencia la evolución de la población a nivel de los distritos de la provincia de Huánuco durante el quinquenio 2015-2019 describiéndose lo siguiente.

Como provincia en el año 2019 se observa una tasa de crecimiento de 1,5% (4803 hab) más en relación al año 2015 donde fue de 31,0665 habitantes.

En los distritos de Pillcomarca, Huánuco, Amarilis se denota una tasa de crecimiento de 5 a 8,4% con un promedio de 2333 a 4378 habitantes más en el año 2019 en relación al año base 2015. En el año 2017 se crea el nuevo distrito de San Pablo de Pillao con una población asignada de 4389 habitantes para incrementarse en el año 2019 a 165,3% (7254 hab) más que el año 2017. Sin embargo, en los distritos de Churubamba, Chinchao, Margos, Quisqui, San Pedro de Chaulan, Santa María del Valle, Yacus y Yarumayo tiene una tendencia a disminuir en el año 2019 entre el 0,6 a -56,8 entre 124 a 14732 habitantes menos en relación al año 2017.

Siendo más notorio la tasa de decrecimiento en el distrito de Chinchao -56,8% (14,732), esto principalmente se debe a la desagregación de los 57 centros poblados del distrito para dar paso a la creación del nuevo distrito de San Pablo de Pillao, asignándole la población.

TABLA N° 03
POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA SEGÚN SEXO Y
VULNERABILIDAD POR DISTRITOS EN LA PROVINCIA DE
HUANUCO, 2019 Fuente: Elaborado con datos de la Proyección INEI 2019

DISTRITO / PROVINCIA	Sub Total de la Población		Etapas de Vida					Total				Población vulnerable			
	N°	%	Niño (0-11 años)	Adolescente (12-17 años)	Joven (18-29 años)	Adulto (30-59 años)	Adulto Mayor (60 a más años)	Varones		Mujeres		Niños menores de 5 años		Gestantes	
								N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Huánuco	91686	29.1	18685	9858	18745	35399	8999	44651	14.2	47035	14.9	8567	2.7	1809	1.1
Amanlis	82364	26.1	17756	8991	16984	31161	7472	40111	12.7	42253	13.4	8190	2.6	1770	1.1
Chinchao	11220	3.6	2476	1329	1953	4160	1302	5464	1.7	5756	1.8	964	0.3	354	0.2
Churubamba	27910	8.8	6455	3592	5810	9611	2442	13692	4.3	14318	4.5	1925	0.6	690	0.4
Margos	9223	2.9	1974	1381	1614	3357	897	4492	1.4	4731	1.5	390	0.1	491	0.3
Quisqui	7796	2.5	1562	1151	1444	2879	760	3797	1.2	3999	1.3	380	0.1	225	0.1
San Francisco de Cayrán	5605	1.8	1144	691	821	2200	749	2730	0.9	2875	0.9	379	0.1	117	0.1
San Pedro de Chaulan	7559	2.4	1726	1115	1588	2421	709	3681	1.2	3878	1.2	404	0.1	243	0.2
Santa María del Valle	20569	6.5	5278	2528	3352	7225	2186	10017	3.2	10552	3.3	1794	0.6	578	0.4
Yarumayo	2954	0.9	629	409	468	1086	362	1439	0.5	1515	0.5	150	0	109	0.1
Pilco Marca	30054	9.5	6943	3369	6763	10861	2118	14636	4.6	15418	4.9	3539	1.1	829	0.5
Yacus	6885	2.2	1087	936	1555	2711	596	3353	1.1	3532	1.1	190	0.1	199	0.1
San Pablo de Pillao	11643	3.7	2953	1506	2553	3768	863	5670	1.8	5973	1.9	838	0.3	405	0.3
Provincia de Huánuco	315468	100	68668	36856	63650	116839	29455	153633	48.7	161835	51.3	27630	8.8	7819	4.8
%			21.8	11.7	20.2	37	9.3								

En la Tabla N° 03 se evidencia la población por etapas de vida denotándose como provincia que el 37,0% (116,836 hab) es la población de 30 a 59 años (etapa de vida adulto (a)), seguido por la etapa de vida niño entre las edades de 0 a 11 años 21,8% (68,668 hab) y la etapa de vida joven entre los 18 a 29 años con el 20,2 % (63,650 hab), el adolescente es 11,7% (36,856 hab) y el 9,3% (29,455 hab) son los adultos mayores. Por genero el 53,1% (161,835 hab) son mujeres y el 48,7% (153,633 hab) son varones, la población vulnerable está conformado el 8,8% (27,630 hab) menores de 5 años y el 4,8% (7819 gestantes) del total de la población femenina.

TABLA N° 04
NUMERO DE USUARIOS CON ACCESO A LOS PROGRAMAS SOCIALES POR
DISTRITOS EN LA PROVINCIA DE HUANUCO, 2018

Distrito/ Provincia	Beneficiarios de los Programas Sociales						Total	
	Cunamas	Juntos	Pensión 65	Vaso de Leche	QaliWarma			
	Acompañamiento de Familias	Hogares Beneficiados	N° Beneficiarios	N° Beneficiarios	N° de Niños y niñas atendidos	N° de IEE	N°	%
Huánuco	369		856	2492	13147	69	16864	24.3
Amarilis	150		874	4636	9315	99	14975	21.5
Chinchao	830	739	297	418	1062	40	2607	3.8
Churubamba	736	2088	1053	3064	5025	112	9878	14.2
Margos	0	593	394	856	859	36	2109	3
Quisqui	119	324	240	851	1206	39	2416	3.5
San Francisco de Cayrán	214	247	316		785	27	1315	1.9
San Pedro de Chaulan	91	363	233	655	814	32	1793	2.6
Santa María del Valle	208	2200	1228	4358	4127	1001	9921	14.3
Yarumayo	104	200	140	163	472	17	879	1.3
Pillomarca	96		460	320	360	5	1236	1.8
Yacus	100	258	161	136	610	11	1007	1.4
San Pablo de Pillao	327	1380	902	1296	1965	45	4490	6.5
Provincia de Huánuco	3344	8392	7154	19245	39747	1533	69490	100
%	4.8	12.1	10.3	27.7	57.2	2.2	100	

Fuente: Resumen de los Análisis Situacionales de la Salud
presentados por las Microrredes - Red Informa MIDIS.

En la Tabla N° 04, se evidencian las intervenciones del Ministerio de desarrollo e inclusión social a nivel de la región Huánuco, para el presente análisis hemos considerado la información de la provincia de Huánuco a través de Cuna Más, Hogares Beneficiados en Juntos, Pensión 65, Qualiwarma y las que se recibe a través de la municipalidad de cada distrito.

En el año 2018 a nivel de la provincia se tiene 64,490 beneficiarios de algún tipo de programa. Siendo: De los 13 distritos el 92,3% (12) distritos cuentan beneficiados con el servicio de atención integral y promoción del cuidado, aprendizaje infantil Cuna Más 4,8% (3344 Hab), y el 7,9% (1) no cuenta con este servicio siendo el distrito de Margos. Los hogares beneficiarios de Juntos a través de la entrega monetaria equivalente a S/. 200 soles repartidos bimensualmente previo al cumplimiento del indicador relacionado a la salud y educación de niños y gestantes con un total de 12,1% (8392 hogares), Pensión 65 10,3% (7154) beneficiarios y el 57,2% (39,747) alumnos del nivel inicial, primaria y secundaria de todas las escuelas públicas siendo beneficiados con los desayunos y/o almuerzo saludables ofertados a nivel de la provincia el 76,9% (10) distritos con intervención que se encuentran en la zona rural y en pobreza, los distritos de Huánuco, Amarilis y Pillcomarca no cuentan con este apoyo social.

Los usuarios abandonados a través de Pensión 65, en la cual se hace la entrega de subvención económica de S/ 125 soles por mes a los adultos mayores de 65 a más, con la finalidad de mejorar la calidad de vida a nivel de la provincia de Huánuco el 100% de distritos son beneficiados.

Los escolares atendidos durante todo el año a través de Qualiwarma a través de los con desayuno y/o almuerzos escolares saludables, promoviendo mejores hábitos de alimentación con el objetivo de mejorar el rendimiento escolar oferto al 57,2% (39,747) beneficiarios con un total de 1533 instituciones educativas tanto en el ámbito urbano y rural, en la provincia se tiene la intervención en los 13 distritos.

En lo que respecta al acceso de la Vaso de leche es en los trece distritos de la provincia siendo beneficiados de primera prioridad los niños de 0 a 6 años, gestantes, madres en periodo de lactancia y pacientes con TBC con desnutrición, en segunda prioridad están los niños de 7

13 años, ancianos con el cual se proporciona una ración alimentaria diaria (leche en cualquiera de sus formas u otro producto), a una población beneficiaria en situación de pobreza y extrema pobreza, siendo el 27,7% (19,245) beneficiarios.

Razón de Dependencia, índice de Vejez y Puerilidad.

Población rural y urbana.

TABLA N° 5
POBLACION SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA POR DISTRITOS EN LA
PROVINCIA DE HUANUCO, 2017

Distrito/ Provincia	Población Total		Área de Residencia			
			Urbana		Rural	
	N°	%	N°	%	N°	%
Huánuco	89502	30.5	84612	28.8	4890	1.7
Amarilis	81461	27.8	76333	26	5128	1.7
Chinchao	13135	4.5	3496	1.2	9639	3.3
Churubamba	15670	5.3	2933	1	12737	4.3
Margos	4364	1.5		0	4364	1.5
Quisqui	3453	1.2		0	3453	1.2
San Francisco de Cayrán	4788	1.6		0	4788	1.6
San Pedro de Chaulan	2789	1		0	2789	1
Santa María del Valle	19226	6.6		0	19226	6.6
Yarumayo	1545	0.5		0	1545	0.5
Pillcomarca	43818	14.9	41071	14	2747	0.9
Yacus	5296	1.8	2094	0.7	3202	1.1
San Pablo de Pillao	8350	2.8		0	8350	2.8
Provincia de Huánuco	293397	100	210539	71.8	82858	28.2
Varones	143850	49	102843	35.1	41007	14
Mujeres	149547	51	107696	36.7	41851	14.3

Fuente: Referencia a los datos del INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.

En la Tabla N° 5 se evidencia la población de la provincia de Huánuco distribuidos por distritos, donde se observa que el 71,8% (210,539 hab) vive en el área urbana focalizado en los distritos de Huánuco, Amarilis y Pillcomarca con el promedio de 14 a 28,8% y en menor concentración en los distritos de Chinchao y Yacus, mientras que en el área rural reside el 28,2% (82,858 hab) estando distribuidos en los trece distritos de la provincia de Huánuco concentrándose el mayor número de población en el distrito de Yacus con el 6,6%. Por genero el 49,0% (143,850 hab) son varones distribuido el 35,1 % en la zona urbana y en la zona rural el 14,0%, mientras que el género femenino es el 51,0% (149,547 hab), estando el 36,7% (107,696 hab) en la zona urbana y el 14,3% (41,851 hab) en la zona rural, en resumen, la razón de riesgo en la población del área rural es 0.4% veces menos de desarrollar alguna enfermedad de trasmisible.

Numero de nacimiento

**TABLA N° 6
NUMERO DE NACIMIENTOS REGISTRADOS Y TASA DE
CRECIMIENTO POR DISTRITO EN LA PROVINCIA DE HUANUCO,
2014 – 2018**

Distrito / Provincia	Periodo					Tasa de Crecimiento 2014 - 2018
	2014	2015	2016	2017	2018	
Huánuco	4999	3244	3120	2478	2229	-554
Amarilis	801	704	802	1789	1933	1413
Chinchao	176	199	234	259	210	193
Churubamba	70	160	169	42	27	-614
Margos	43	26	57	66	65	512
Quisqui	8	22	7	10	6	-250
San Francisco de Cayrán	14	17	14	7	4	-714
San Pedro de Chaulan	46	35	33	35	25	-457
Santa María del Valle	289	216	209	369	365	263
Yarumayo	19	21	22	8	6	-684
Pillcomarca	348	460	385	427	417	198
Yacus	6	7	9	0	0	-1000
San Pablo de Pillao	0	0	0	0	13	0
Provincia de Huánuco	6819	5111	5061	5490	5300	-223
Tasa de Crecimiento Anual		-25	-1	8.5	-3.5	

En la Tabla N° 6 se evidencia el número de nacimientos registradas desde el 2014 al 2018 evidenciándose a nivel de la provincia de Huánuco hay una tasa de decrecimiento de -223 (1519) nacimientos menos en relación al año 2014 (6819), en el 2018 se da el incremento de nacimiento en los distritos de Amarilis con 1413% (1130 Nacimientos), Chinchao 193% (34), Margos 512% (20), Santa María del Valle con 198% (69) nacimientos más en relación al año 2014.

Mientras que en los otros distritos se evidencia que los nacimientos tienen una tendencia a disminuir indicador que tiene una implicancia positiva en la tasa de natalidad y el riesgo de muerte materna como complicación del embarazo, la misma también que se explica en la pirámide población donde la base se va acortando.

3. EL PRESUPUESTO ASIGNADO Y LOS PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD EN EL PERIODO 2016-2018 EN LA PROVINCIA DE HUANUCO COMO POBLACION MUESTRAL

Al haber tomado a la provincia de Huánuco como muestra de estudio para poder demostrar la influencia de la inversión pública en la salud poblacional de la región Huánuco, podemos afirmar luego de recabar información al respecto , que en el periodo señalado los indicadores de salud fueron iguales en un 32%, empeoro en un 38% y sigue igual en un 30% lo cual nos quiere decir que no se incrementa el presupuesto en la medida que avanzan los problemas de salud, al contrario en algunos aspectos disminuye y en otras los presupuestos asignados no se gasta o invierte con eficiencia, así tenemos los principales indicadores de salud:

1. Inversión estatal para construcción y funcionamiento de instituciones prestadoras de salud.

TABLA N° 32

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD ASIGNADOS POR DISTRITO EN LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2018

Departamento / Distritos	Establecimientos de Salud			Total		Tipo de Administración			
	Hosp	C.S.	P.S.	N°	%	Minsa	Essalud	Inpe	Fuerzas policiales y Armadas
Huánuco	1	2	3	6	6	4	1	-	1
Amarilis	1	3	4	8	8	7	1	-	-
Chinchao	-	1	4	5	5	5	-	-	-
Churubamba	-	-	7	7	7	7	-	-	-
Margos	-	1	3	4	4	4	-	-	-
Quisqui	-	1	2	3	3	3	-	-	-
San Francisco de Cayrán	-	1	1	2	2	2	-	-	-
San Pedro de Chaulan	-	1	2	3	3	3	-	-	-
Santa María del Valle	-	2	10	12	12	12	-	-	-
Yarumayo	-	1	2	3	3	3	-	-	-
Pillcomarca	-	1	2	3	3	1	-	1	1
Yacus	-		4	4	4	4	-	-	-
San Pablo de Pillao	-	1	4	5	5	5	-	-	-
Provincia de Huánuco	2	15	48	65	100	60	2	1	2
%	3.1	23.1	73.8	100		92.3	3.1	1.5	3.1

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, Categorización Red de Salud Huánuco

Resolución de Unidades Notificantes Dirección Ejecutiva de Epidemiología - 2018

En la Tabla N° 32 se puede evidenciar las instituciones prestadoras de la provincia de Huánuco por distritos donde el 92,3% (60) son MINSA el 3,2 % (2) están proporcionalmente son Essalud y las Fuerzas Armadas y Policiales.

Observándose que el 73,8% (48) son puestos de salud de los cuales el 95,8% (46) tienen acreditado su cartera de servicios, mientras que el 4,1% (2) aún están pendiente su aprobación de su cartera de servicios y categorización siendo Puesto de Salud Taprag (Chinchao) y Choquecancha (Santa María del Valle).

El 23,1% (15) son centros de Salud los mismos que se encuentran en los 11 distritos de la provincia siendo Huánuco (1), Amarilis (3), Santa María del Valle (2), Chinchao (1), Pillao(1), Pillcomarca(1), San Francisco de Cayran (1), Yarumayo (1), Quisqui (1), San Pedro de Chaulan (2) y Margos (1), cabe mencionar que en Amarilis se creó el Centro de Salud Amarilis que está pendiente su acreditación de su cartera de servicios, asimismo dentro de la provincia de Huánuco está el Centro de Salud Mental y Comunitario de la Región.

El 3,1% (2) son considerados hospitales siendo el hospital II de Essalud y el establecimiento II-E Hospital Materno infantil Carlos Showing Ferrari.

a. Establecimientos estratégicos de salud a cargo de DIRESA-Huánuco

Con resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA, se establece como prioridad la política de fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención, con la Resolución Ministerial N° 167-2017-MINSA se aprueba los lineamientos de las redes integradas de atención primaria en salud en ese contexto la Red de Salud Huánuco mejora la capacidad resolutiva de estos establecimientos y fortalecer los abordajes de las determinantes sociales.

TABLA N° 33

**ESTABLECIMIENTOS ESTRATÉGICOS ASIGNADOS A LA RED DE SALUD
HUANUCO, 2018**

Institución Prestadora de Servicios de Salud	Tipo de establecimiento Estratégico
Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari	Establecimiento Quirúrgico II - E
Centro de Salud Santa María del valle	Establecimiento No Quirúrgico I-4
Centro de Salud Acomayo	Establecimiento No Quirúrgico I-3
Centro de Salud Margos	Establecimiento No Quirúrgico I-3
Centro de Salud Aparicio Pomares	Establecimiento No quirúrgico I-4
Centro de Salud Potracancha	Establecimiento No quirúrgico I-3

Fuente: Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA

En la Tabla N° 33 se denota los establecimientos estratégicos aprobados con la resolución para el ámbito de la Región Huánuco es 53 establecimientos de los cuales el 11, 3% (6) se encuentran en la provincia de Huánuco siendo el 50 % (3) establecimientos estratégicos no quirúrgicos I-3, el 33.3% (2) estratégicos no quirúrgicos I-4 y el 16,7% (1) está considerado como establecimiento quirúrgico I-2 el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.



Establecimiento Quirúrgico II - E



Establecimiento No Quirúrgico I - 4



Establecimiento No Quirúrgico I - 3

2. Inversión en recursos humanos.

a. Inversión en recursos humanos y personal asistencial y administrativos.

TABLA N° 34
INVERSIÓN EN RECURSOS HUMANOS POR DISTRITO Y GRUPO
OCUPACIONAL EN LA PROVINCIA DE HUÁNUCO, 2018

Departamento / Distritos	Humanos Dirección de Recursos Humanos / INFORHUS										Total	
	Med. Gra.	Med. Esp.	Médicos	Enf.	Obst.	Odont.	Psic.	Tec. Enf.	Tec. Farm.	Tec. Lab.	N°	%
Huánuco	31	80	111	279	129	13	29	232	27	29	960	53.3
Amarilis	16	21	37	80	55	9	4	67	7	15	311	17.3
Chinchao	3	0	3	24	17	3	1	13	1	3	68	3.8
Churubamba	4	0	4	19	19	4	1	19	0	1	71	3.9
Margos	5	1	6	8	8	1	1	13	0	2	45	2.5
Quisqui	3	0	3	8	5	1	2	8	0	2	32	1.8
San Francisco de Cayrán	3	0	3	4	3	1	1	5	0	1	21	1.2
San Pedro de Chaulan	0	0	0	7	5	0	0	8	0	0	20	1.1
Santa María del Valle	7	0	7	27	28	5	2	29	0	5	110	6.1
Yarumayo	1	0	1	6	6	1	1	4	0	1	21	1.2
Pillcomarca	6	1	7	24	17	4	1	16	1	3	80	4.4
Yacus	1	0	1	9	6	1	1	7	0	1	27	1.5
San Pablo de Pillao	2	1	3	10	8	3	0	6	0	3	36	2
Provincia de Huánuco	82	104	186	505	306	46	44	427	36	66	1802	100
%	44.1	55.9	10.3	28	17	2.6	2.4	23.7	2	3.7		

Fuente: Dirección de Recursos Humanos e INFORHUS

En la Tabla N° 34 se evidencia los recursos humanos asistenciales por grupo ocupacional a nivel de distritos y la provincia denotándose que el 28,7% (505) son enfermeras, el 23,7% (427) son técnicos de enfermería, 17,0% (306) son obstetras, el 10,3% (186) son médicos los mismos que se distribuyen en médicos generales el 44,1% (82), el 55,9%(104)son especialistas los mismos que se encuentran en las instituciones prestadoras de salud de mayor complejidad como son el Hospital Regional Hermilio Valdizan, Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari y en los establecimientos de nivel I-4 como Perú Corea y Aparicio Pomares dentro del fortalecimientos de los establecimientos estratégicos.

Con el 2,0% al 2,6% son los otros grupos ocupacionales como son los odontólogos, Psicólogos, técnicos de farmacia y técnicos de laboratorio.

Por distritos se denota que las mayores concentraciones de recursos humanos se encuentran en los establecimientos de la zona urbana como son Huánuco el 53,3% (960) recursos humanos por todas las modalidades, seguido por Amarilis 17,3% (311) recursos, principalmente se debe a los destacados que se hace a los establecimientos de mayor complejidad de la región.

TABLA N° 35

INVERSIÓN IDEAL EN RECURSOS HUMANOS Y BRECHA EXISTENTE A NIVEL DE LOS DISTRITO DE LA PROVINCIA DE HUÁNUCO, 2018

Departamento / Distritos	Requerimiento ideal					Disponible					Brecha				
	Médicos /1000 hab	Enf/1000 hab	Obst/3000 hab	Odont / 1000 hab	Tec. Enf / 500 hab	Médicos	Enf	Obst	Odont	Tec. Enf	Médicos	Enf	Obst	Odont	Tec. Enf
Huánuco	87	87	29	87	174	111	279	129	13	232	24	192	100	-74	58
Amarilis	78	78	26	78	156	37	80	55	9	67	-41	2	29	-69	-89
Chinchao	20	20	7	20	39	3	24	17	3	13	-17	4	10	-17	-26
Churubamba	28	28	9	28	55	4	19	19	4	19	-24	-9	10	-24	-36
Margos	9	9	3	9	18	6	8	8	1	13	-3	-1	5	-8	-5
Quisqui	8	8	3	8	16	3	8	5	1	8	-5	0	2	-7	-8
San Francisco de Cayrán	6	6	2	6	11	3	4	3	1	5	-3	-2	1	-5	-6
San Pedro de Chaulan	8	8	3	8	15	0	7	5	0	8	-8	-1	2	-8	-7
Santa María del Valle	20	20	7	20	41	7	27	28	5	29	-13	7	21	-15	-12
Yanumayo	3	3	1	3	6	1	6	6	1	4	-2	3	5	-2	-2
Pilcomarca	29	29	10	29	57	7	24	17	4	16	-22	-5	7	-25	-41
Yacus	7	7	2	7	14	1	9	6	1	7	-6	2	4	-6	-7
San Pablo de Pillao	11	11	4	11	23	3	10	8	3	6	-8	-1	4	-8	-17
Provincia de Huánuco	312	312	104	312	625	186	505	306	46	427	-126	193	202	-266	-198

Fuente: Dirección de Recursos Humanos e INFORHUS

En la tabla N° 35 se denota la brecha de recursos humanos por grupo profesional donde se denota que a nivel de la provincia se Huánuco hay

una brecha de 126 médicos para atender a la población asignada para el periodo 2018, considerando el requerimiento de 1 medico x 1000 hab, odontólogos de 226 siendo una preocupación considerando que dentro de la transición epidemiológica de la enfermedades dentro de las tres primeras causas están los problemas odontoestomatológicos y en el grupo de no profesionales hay una brecha de 198 técnicos de enfermería, mientras que en los otros grupos profesionales aparentemente no hay brecha de recursos humanos, esto es en razón a la población asignada.

b. Inversión en la afiliación de seguros en la provincia de Huánuco

En el 2018 hay una brecha de médicos en el 92,3% (12) distritos de la provincia de Huánuco, el único que tiene la cantidad de médico adecuado es Huánuco, en enfermeros el 46,1% (6) distritos son los que tienen brecha en este grupo ocupacional siendo: Margos, Churubamba, San Francisco de Cayran, Chaulan, Pillcomarca y Pillao, en el grupo ocupacional de odontología los trece distritos tienen brecha de recursos por la cantidad de población asignada, mientras que los 13 distritos cuentan con persona de obstetricia suficiente por cada 3000 habitantes asignados.

Pero si sacamos en base al tiempo asignado por actividad, dispersión poblacional y actividades administrativas asignadas sería una brecha 3 veces más para cada grupo profesional.

TABLA N° 36
INVERSIÓN EN SEGURO EN LA POBLACIÓN DE PROVINCIA DE
HUANUCO, 2017

Población afiliada a seguros de salud	Área de Residencia		Total	
	Urbano	Rural	N°	%
Solo Seguro Integral de Salud (SIS)	91 027	68 358	159 385	54.3
No tiene ningún seguro	53 285	11 150	64 435	22
Solo EsSalud	60 007	2 852	62 859	21.4
Solo Seguro de fuerzas armadas o policiales	2 795	299	3 094	1.1
Solo Seguro privado de salud	1 559	60	1 619	0.6
Solo Otro seguro	1 063	73	1 136	0.4
EsSalud y Seguro privado de salud	327	3	330	0.1
EsSalud y Otro seguro	169	10	179	0.1
EsSalud y Seguro de fuerzas armadas o policiales	164	11	175	0.1
Otros seguros mixtos entre el SIS EsSalud / Fuerzas Armadas y Policiales	143	42	185	0.1
Total	210 539	82 858	293 397	100
%	71.8	28.2		

Fuente: INEI - Censo de Población y Vivienda, 2017

En la Tabla N° 36 se evidencia la población con acceso a algún tipo de seguro según el censo 2017, donde el 54,3% (159,385 hab) tiene acceso al Seguro Integral de Salud, el 22,0% (64,345 hab) aún no tiene acceso a algún tipo de seguro se ha podido determinar que las posibles causas son la mala focalización a través de SISFHO que es netamente manejo de las municipalidades que clasifica a las familias según el tipo de riesgo y el problema es aún la existencia de población

que no cuenta con acceso al documento de identidad que es un requisito fundamental para el seguro, en tercer lugar están las personas afiliadas al EsSalud siendo el 21,4% (62,859 hab) que son netamente de acceso de las entidades, públicas y privadas y un grupo familiar donde los hijos acceden hasta los 18 años, cabe resaltar que solo el 1,1% (3,094 hab) tiene acceso al seguro asignado a los efectivos policiales y familiares directos. En menor proporción se encuentran los seguros privados y mixtos como pueden ser EsSalud - SIS, SIS - fuerzas policiales o Armadas.

Por área de residencia los de la zona rural tiene 0,3 veces menos posibilidad de acceder a algún tipo de seguro los mismos que tiene relación con la proporción población que no tiene acceso a algún tipo de seguro, mientras que los de la zona urbana se relaciona a la mala focalización del SISFHO, Por lo que se hace necesario que el estado y las municipalidades apliquen políticas adecuadas que permita que el 100% de la población de la provincia y región tenga acceso a los establecimientos de salud.

TABLA Nº 37

**COBERTURA DE AFILIACION Y TASA DE CRECIMIENTO POR
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL POR DISTRITOS EN LA PROVINCIA
DE HUANUCO, 2014 - 2018**

Provincia / Distritos	Aseguramiento					Tasa de Crecimiento
	2014	2015	2016	2017	2018	
Huánuco	48.1	59.1	52.8	48.9	56.2	8.1
Amarilis	49.8	62.2	57.1	51.7	59.8	10
Chinchao	84.7	88.5	84.8	83.2	53.1	-31.6
Churubamba	62.5	66.3	63.8	79.3	65.6	3.2
Margos	59.5	59.2	54.2	63.1	55.3	-4.2
Quisqui	64	64.7	59.4	71.4	55	-9
San Francisco de Cayrán	87.4	93.2	88	76.3	82.7	-4.7
San Pedro de Chaulan	55.8	56.2	52.3	76.1	50.3	-5.5
Santa María del Valle	106	107.5	102.3	81.4	99	-7
Yarumayo	85.7	86.9	80.1	64.9	70.5	-15.2
Pillcomarca	72.8	89.1	84.1	79.9	83	10.2
Yacus	38.7	39.2	37.3	79.6	34.9	-3.8
San Pablo de Pillao	-	-	-	0	71.8	71.8
Provincia de Huánuco	60.8	69.4	64.4	61	63.3	2.5
Tasa de Crecimiento		14.1	-7.2	-5.3	3.8	

Fuente: Unidad de seguros Red de Salud Huánuco 2014 - 2018

En la Tabla N° 37 se evidencia la concentración de población afiliada al seguro integral de Salud a nivel de la provincia de Huánuco en el año 2018 donde fue de 2,5% más que el año 2014 donde fue de 60,8% de la población tanto del área urbana como rural como accesos a este tipo de seguro.

En el 2018 38,5% (5) distritos como son Huánuco (56%), Amarilis (59,8%) Churubamba (56,3%), Pillcomarca (10,2%) y San Pablo de Pillao (71,8%), tienen una tasa de crecimiento entre 3,2% a 71,8% en el distrito de Pillao esto se debe fundamentalmente a la creación del nuevo distrito donde la población de los centros poblados, pertenecían al ex distrito de Chinchao.

Mientras que el 661,5% (8) distritos como son Chinchao (53,1%), Margos, (55,3%), Quisqui (55,0%) San Francisco de Cayran (82,7%), San Pedro de Chaulan (50,3%), Santa María del Valle (99,0%), Yarumayo (70,5%) y Yacus con (34,9%), siendo la tasa de decrecimiento de la afiliación al SIS entre -4,7% a -31,6% (Chinchao) esto se debe a la redistribución de población al nuevo distrito de Pillao, observamos los accesos a estos servicios diríamos que a nivel de la provincia donde el 36,7% de la población no tiene acceso al SIS.

Por lo que la inequidad a este servicio es mayor en la zona rural de la provincia, el solo hecho de no contar con este servicio se convierte en un indicador de negativo de evaluación socio económica de la provincia por tener aún población con una necesidad básica insatisfecha, la misma que contribuye al incremento de la morbilidad no atendida y al indicador negativo de mortalidad general o infantil.

3. Indicadores de salud de la población.

a. Indicadores de atención de salud infantil por las instituciones prestadoras de salud.

1.- Atención de partos

Se ha podido identificar que unos de los factores que ha determinado la asistencia a un parto institucional es la experiencia negativa en partos anteriores, pese a tener controles y planes de partos aceptados para acudir a establecimientos a dar un parto seguro.

TABLA Nº 19
COBERTURA DE PARTOS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR DISTRITOS EN LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO, 2014 - 2018

Provincia / Distritos	Cobertura de parto institucional (%)					Tasa de Crecimiento
	2014	2015	2016	2017	2018	
Huánuco	216.3	85.7	98.5	115.5	159.9	-56.4
Amarilis	68	89.9	80.3	75.3	154.7	86.7
Chinchao	49.3	81.3	88.4	66.7	33.9	-15.4
Churubamba	16.6	478.5	294	7.4	4.3	-12.3
Margos	15.8	73.2	72.5	15.6	18.2	2.4
Quisqui	9.4	164.3	30	5.1	4.2	-5.2
San Francisco de Cayrán	16.1	85.2	92.9	5.6	4.7	-11.4
San Pedro de Chaulan	39.3	142.4	55.9	18	10.1	-29.2
Santa María del Valle	74.8	50	67.7	85.3	89	14.2
Yarumayo	48.1	105.3	64.1	9.6	6.3	-41.9
Pillcomarca	75.3	98.5	69.1	64.2	70.4	-4.9
Yacus	5.9	130	111.1	15.9	4.7	-1.2
San Pablo de Pillao	-	-	-	20.7	8.3	-12.4
Provincia de Huánuco	88.6	89.69	91.4	64.8	87.3	-1.3
Tasa de Crecimiento		1.1	1.7	-26.6	22.5	

Fuente: Estadística e informática DIRESA y Red de Salud Huánuco 2014 – 2018

En la Tabla N° 19 se denota las coberturas alcanzadas en los partos institucionales atendidos en las instituciones prestadoras de salud del ámbito de la provincia para lo cual se han considerado los datos generados en el Hospital Regional Hermilio Valdizan, Hospital II de Essalud y los establecimientos de categoría I-4 y I-3 dentro de los anillos de contingencia y los del I-1 al I-2 en atención de partos inminentes donde se puede evidenciar: Que en quinquenio 2014 y 2018 se observa una tasa de decrecimiento de -1,3% de partos en 76,9% (10 distritos) como son Huánuco, Chinchao, Churubamba, Quisqui, Cayran, Chaulan, Yarumayo, Pillcomarca, Yacus y Pillao con una concentración de partos de -1,2% a 56,4%. Asimismo, en los distritos de Amarilis, Margos, y Santa María del Valle se observa una tasa de crecimiento entre 2,4 a 14, 2% más que el año 2014.

Sin embargo en el 2018 solo el 87,3% de las gestantes accedieron a dar su parto a un establecimiento de salud, asimismo se observa que en los distritos de Huánuco, Amarilis tienen las coberturas entre el 154,7 a 159,9% esto netamente se debe a que en los dos distritos se encuentran los hospitales de mayor complejidad del MINSA y ESSALUD que son puntos de referencia de todos los establecimientos de menor complejidad de las 9 provincias de Huánuco a excepción de Huacaybamba y Huacrachuco quienes por accesibilidad refieren a Huaraz, en el distrito de Pillcomarca fue de 70,4% esto principalmente es por ser un distrito donde se concentra la mayor migración.

2.- Indicadores de desnutrición y anemia

Si evaluamos los indicadores de salubridad, además del bajo presupuesto asignado, podemos identificar determinantes socioeconómicas y ambientales de cada uno de los distritos concluiríamos que aún hay determinantes como acceso a agua no segura (por presencia de restos fecaloide, shigellosis y coliformes), eliminación inadecuada de residuos sólidos y excretas, se suma esto la tasa de analfabetismo de los cuidadores de niños, el ingreso per cápita de las familias es inferior al sueldo básico familiar o requerido por cada habitantes, más el acceso al establecimiento de salud y algún tipo de seguro, son algunas de las determinantes que estarían contribuyendo en la prevalencia aun de este problema de salud pública.

TABLA Nº 19

**TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS (AS) MENORES DE 5 AÑOS
QUE ACUDEN A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE LOS SERVICIOS
DE SALUD
DE LOS DISTRITOS DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO,
2014 - 2018**

Provincia / Distritos	Desnutrición crónica en < de 5 años que acceden a los servicios de salud (%)					Tasa de Crecimiento
	2014	2015	2016	2017	2018	
Huánuco	12.1	12.8	11.8	12.9	8.5	-3.6
Amarilis	8.9	11	9.7	8.4	4.9	-4
Chinchao	27.9	26.3	20.7	20.1	18.7	-9.2
Churubamba	43.2	45.3	42	40.5	34.5	-8.7
Margos	33.7	34.1	29.4	26.4	9.9	-23.8
Quisqui	40.1	29.7	23	17	14.9	-25.1
San Francisco de Cayrán	20.5	26.9	24	20.5	5.5	-15
San Pedro de Chaulan	34.6	38.3	39.7	37.1	26.8	-7.8
Santa María del Valle	32.1	33	30.6	30	23.6	-8.5
Yarumayo	28.2	25.3	12	22.9	54.1	25.8
Pillcomarca	8.8	11.7	23.4	9.6	3.4	-5.3
Yacus	47	41.2	36.7	35.6	16.1	-31
San Pablo de Pillao	-	-	-	30.7	24.8	-5.9
Provincia de Huánuco	21.4	21.3	19.8	25.8	13.1	-8.3
Tasa de Crecimiento		-0.1	-1.5	6	-12.7	

Fuente: Sistema de información del estado nutricional 2014-2018
Diresa y Red de Salud Huánuco o Reporte HIS

En la Tabla N° 19 se puede observar la tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años a nivel de la provincia de Huánuco donde se puede ver que tiene una tendencia a disminuir en el 2018 a -8,3 % (1094 niños menos) en relación al año 2014 donde fue de 21,4% (3534 niños desnutridos), del total de niños evaluados.

En el año 2014 se puede evidenciar 25% (3) de los distritos como son Churubamba, Quisqui, Pillcomarca se encuentran con una prevalencia muy alta siendo entre 40,1 a 47% de niños desnutridos, el 25% (3) distritos como son Margos, San Pedro de Chaulan están con una prevalencia alta entre los 32,1 a 33,7%, el 25% (3) con prevalencia moderada entre los 20,5 a 28,2% de desnutrición en los distritos de Chinchao, San Francisco de Cayran, Yarumayo y el 25% (3) se encuentran con prevalencia baja de desnutrición entre el 8,8 a 12,1%.

En el año 2018 se evidencia una disminución en la tasa de crecimiento en los 92,3% (12) en los distritos siendo de -3,6 a 25,8% de la provincia, de acuerdo a la prevalencia se ha determinado que el 7,7% (1) distritos tiene una prevalencia muy alta siendo Yarumayo con incremento en el 25% (30) niños más en relación al año 2014 donde hubo 50 niños desnutridos, concluyéndose que el 54,1% (80 niños) son desnutridos en el distrito de los 148 evaluados, el 7,7% (1) el distrito de Churubamba tiene una prevalencia alta con el 34,5%, mientras que el 37,1% (3) tienen una prevalencia moderada entre 23,6 a 26,8% concentrándose en los distritos de San Pedro de

Chaulan, Santa María del Valle y San Pablo de Pillao, por otro lado el 61,5% se encuentran con una prevalencia baja entre los 3,4 a 16,1% siendo los distritos de Pillcomarca, Amarilis, San Francisco de Cayran, Huánuco, Margos, Quisqui, Yacus y Chinchao.

3. Mortalidad específica por etapas de vida niño en la provincia de Huánuco

La mortalidad de los niños en la provincia está en un franco proceso de retroceso, el mismo que va en correspondencia al aumento del presupuesto y a la disminución de los determinantes socioculturales y educativos, siendo el perfil epidemiológico de la enfermedad diferente en el año 2018 donde aparecen las septicemias neonatales, Leucemia, las enfermedades infecciosas y parasitarias, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, mientras que en el año 2014 dentro de las causas están accidentes que obstruyen la respiración, los demás accidentes de transporte y los no especificados, tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas.

TABLA N° 20
CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN LA ETAPA DE VIDA NIÑO EN LA
PROVINCIA DE HUANUCO, 2014 - 2018

N° Orden	Causas	Defunciones 2014 - 2018		Tasa x 10000	Tasa de crecimiento 2014 - 2018
		N°	%		
1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	38	13.8	1.7	533.3
2	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	36	13	1.6	-33.3
3	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	20	7.2	0.9	0
4	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	15	5.4	0.7	0
5	Infecciones respiratorias agudas	14	5.1	0.6	-33.3
6	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	10	3.6	0.5	0
7	Sepsis bacteriana del recién nacido	7	2.5	0.3	0
8	Leucemia	5	1.8	0.2	0
9	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	0.7	0.1	0
10	Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	2	0.7	0.1	0
Todas las demás enfermedades		127	46	5.8	-7.7
Defunciones con Certificación Médica		276	97.2		68.3
Defunciones sin Certificación Médica		8	2.8		0
Total defunciones		284	100	13	65.2

Fuente: Sistema Hechos Vitales. Oficina de Estadística e Informática - DIRESA Huánuco 2014 - 2018

En la Tabla N° 20 se analiza la carga de la tasa de mortalidad general en la etapa de vida niños (0-11 años) estandarizada en el quinquenio 2014 al 2018 donde fue de 13 defunciones x 10, 000 niños, de acuerdo a las tres primeras causas de mortalidad el 1,7 defunciones por 10,000 niños Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías

cromosómicas, el 1,6 defunciones x 10,000 niños Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y el 0,9 defunciones x 10,000 niños Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis. Por tasa de crecimiento se observa que en el año 2018 en el total de defunciones en la etapa de vida niño hay una tasa de crecimiento de 65,2% (43) defunciones más que el 2014 (66), asimismo podemos observar las tres primeras causas de mortalidad, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 533,3% (16) defunciones en relación al año 2014 (3), la Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal -33,3%(-5) defunciones en relación al 2014 (15) y en tercer lugar están las enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (5 caso) en relación al año 2014 (0).

b. Indicadores de la etapa de vida adolescente y las causas de mortalidad

En el 2018 por concentración el 14,3% (3) están el resto de enfermedades del sistema respiratorio, accidentes por disparo de arma de fuego, ahogamiento y sumersión accidentales, mientras que en el año 2014 dentro de las causas están los tumores malignos de tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, los demás accidentes de transporte y los no especificados

TABLA N° 21
CAUSA DE MORTALIDAD GENERAL EN LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTES
A NIVEL DE LA PROVINCIA DE HUANUCO, 2014 - 2018

N° Orden	Causas	Defunciones 2014 - 2018		Tasa x 10000	Tasa de crecimiento 2014 - 2018
		N°	%		
1	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	3	14.3	0.3	0
2	Accidentes por disparo de arma de fuego	3	14.3	0.3	-50
3	Ahogamiento y sumersión accidentales	3	14.3	0.3	0
4	Eventos de intención no determinada	3	14.3	0.3	0
5	Las demás causas externas	2	9.5	0.2	0
6	Enfermedades cerebrovasculares	2	9.5	0.2	0
7	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	2	9.5	0.2	0
8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	9.5	0.2	0
9	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	1	4.8	0.1	0
10	Los demás accidentes de transporte y los no especificados	1	4.8	0.1	0
Todas las demás enfermedades		21	100	1.9	-100
Defunciones con Certificación Médica		43	97.7		-7.7
Defunciones sin Certificación Médica		1	2.3		0
Total defunciones		44	100	4	-38.1

Fuente: Sistema Hechos Vitales. Oficina de Estadística e Informática - DIRESA Huánuco 2014 - 2018

En la Tabla N° 21 se analiza la carga de la tasa de mortalidad general en la etapa de vida Adolescente (12 - 17 años) estandarizada en el

quinquenio 2014 al 2018 donde fue de 4,0 defunciones x 10, 000 adolescentes, de acuerdo a las tres primeras causas de mortalidad el 0,7 de defunciones por 10,000 adolescentes resto de enfermedades del sistema respiratorio, accidentes por disparo de arma de fuego, ahogamiento y sumersión accidentales siendo la misma tasa para las tres primeras causas.

Por tasa de crecimiento se observa que en el año 2018 en el total de defunciones en la etapa de vida adolescente hay una tasa decrecimiento de -38,1% (-8) defunciones más que el 2014 (21), asimismo podemos observar las tres primeras causas de mortalidad, accidentes por disparo de arma de fuego -50,0% (-1) defunción en relación al año 2014 (2).

C. Indicadores de mortalidad en la etapa de la vida joven.

En el 2018 la transición epidemiológica ha variado denotándose como causas de muerte las enfermedades del sistema urinario, casos de VIH - SIDA, Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón y de otras partes, en relación al año 2014 que dentro de las causas están Tuberculosis, septicemia, excepto neonatal, agresiones (homicidios), envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas.

TABLA Nº 22
CAUSA DE MORTALIDAD GENERAL EN LA ETAPA DE VIDA JOVEN EN LA
PROVINCIA DE HUANUCO, 2014 - 2018

Nº Orden	Causas	Defunciones 2014 - 2018		Tasa x 10000	Tasa de crecimiento 2014 - 2018
		Nº	%		
1	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	17	9.7	0.8	-20
2	Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	10	5.7	0.5	-33.3
3	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	9	5.1	0.4	100
4	Enfermedades del sistema urinario	6	3.4	0.3	0
5	Enfermedad por el VIH (SIDA)	3	1.7	0.1	0
6	Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	3	1.7	0.1	0
7	Ahogamiento y sumersión accidentales	2	1.1	0.1	0
8	Ciertas enfermedades Inmunoprevenibles	1	0.6	0	0
9	Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	1	0.6	0	0
10	Tumor maligno de los órganos genitourinarios	1	0.6	0	0
Todas las demás enfermedades		123	69.9	6	-36.8
Defunciones con Certificación Médica		176	98.9		-11.5
Defunciones sin Certificación Médica		2	1.1		-100
Total defunciones		178	100	8.7	-13.2

Fuente: Sistema Hechos Vitales. Oficina de Estadística e Informática - DIRESA Huánuco 2014 - 2018

En la Tabla N° 22 se analiza la carga de la tasa de mortalidad general en la etapa de vida Joven (18 -29 años) estandarizada en el quinquenio 2014 al 2018 donde fue de 8,7 defunciones x 10,000 jóvenes, de acuerdo a las tres primeras causas de mortalidad el 0,8 defunciones por 10,000 jóvenes por enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis, 0,5 defunciones por 10,000 jóvenes por envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas y el 0,4 defunciones x 10,000 jóvenes por el resto de enfermedades del sistema respiratorio.

Por tasa de crecimiento se observa que en el año 2018 en el total de defunciones en la etapa de vida joven hay una tasa decrecimiento de -13,2 % (-7) defunciones menos que el 2014 (53), asimismo podemos observar las tres primeras causas de mortalidad, enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis -20 % (-1) defunción en relación al año 2014 (4), seguido por -33,3% (-1) en relación 2014 (3) por envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas en tercer lugar el incremento 100% (3) más en relación 2014(6) en el resto de enfermedades del sistema respiratorio.

D. Mortalidad en la etapa de la vida adulto.

En el 2018 la transición epidemiológica ha variado denotándose como causas de muerte los tumores malignos de estómago, resto de enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema urinario en relación al año 2014 que dentro de las causas están los demás accidentes de transporte y los no

especificados, tumor maligno del cuello del útero y el de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.

TABLA Nº 23
CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN LA ETAPA DE VIDA
ADULTO A NIVEL DE LA PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE

Nº Orden	Causas	Defunciones 2014 - 2018		Tasa x 10000	Tasa de crecimiento 2014 - 2018
		Nº	%		
1	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	59	8	1.8	50
2	Los demás accidentes de transporte y los no especificados	37	5	1.2	0
3	Infecciones respiratorias agudas	32	4.4	1	85.7
4	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	29	4	0.9	16.7
5	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	25	3.4	0.8	0
6	Tumor maligno de estómago	24	3.3	0.7	0
7	Resto de enfermedades del sistema digestivo	20	2.7	0.6	0
8	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	16	2.2	0.5	66.7
9	Enfermedades del sistema urinario	13	1.8	0.4	0
10	Enfermedades cerebrovasculares	9	1.2	0.3	0
Todas las demás enfermedades		470	64	14.7	-25
Defunciones con Certificación Médica		734	97.9		20.9
Defunciones sin Certificación Médica		16	2.1		300
Total defunciones		750	100	23.4	24

Fuente: Sistema Hechos Vitales. Oficina de Estadística e Informática - DIRESA Huánuco 2014 - 2018

En la Tabla N° 23 se analiza la carga de la tasa de mortalidad general en la etapa de vida Adulto (30 - 59 años) estandarizada en el quinquenio 2014 al 2018 donde fue de 23.4 defunciones x 10, 000 adultos, de acuerdo a las tres primeras causas de mortalidad el 1,8 defunciones por 10,000 adultos por cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, 1,2 defunciones por 10,000 adultos por los demás accidentes de transporte y los no especificados y el 1,1 defunciones x 10,000 adultos por las infecciones respiratorias agudas. Por tasa de crecimiento se observa que en el año 2018 en el total de defunciones en la etapa de vida adulto hay una tasa de crecimiento de 24% (43) defunciones menos que el 2014 (179), asimismo podemos observar las tres primeras causas de mortalidad, Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado 50 % (6) defunción en relación al año 2014 (12), seguido por -85,7% (-6) en relación 2014 (13) por Infecciones respiratorias agudas, en tercer lugar el decrecimiento los demás accidentes de transporte y los no especificados donde por primera vez se visualiza esta causa siendo la concentración de 5,0% (37) defunciones.

Los servicios de salud y la tasa de mortalidad por tratamientos oncológicos

El tratamiento es un proceso de salud costoso y donde intervienen muchos factores, dado a su franco avance en la población es necesario un mayor presupuesto de manera focalizada, pero que sin embargo, este no se está dando por ello la alta tasa de incidencias, por lo que se hace

necesario fortalecer la promoción de hábitos saludables, la detección oportuna de los casos, la expansión de la cobertura de los servicios oncológicos así como de expandir la cobertura del financiamiento de problemas catastróficos como el cáncer, han motivado que el Estado Peruano implemente una política para fortalecer los servicios oncológicos a nivel nacional a través del “Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos-Plan Esperanza”. Por lo que a nivel de la región se hace necesario que el Gobierno regional gestione un centro oncológico.

TABLA Nº 24
CASOS DE CANCER NOTIFICADOS POR EL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZAN POR DISTRITO DE PROCEDENCIA A NIVEL
DE LA PROVINCIA DE HUANUCO, 2014 - 018

Provincia / Distritos	Cosos de Cáncer diagnosticados					Tasa de Crecimiento
	2014	2015	2016	2017	2018	
Huánuco	15	10	7	9	9	-40
Amarilis	3	15	16	2	9	200
Chinchao	-	2	1	2	2	0
Churubamba	1	2	2	1	1	0
Margos	-	3	1	-	1	-66.7
Quisqui	1	1	-	-	1	0
San Francisco de Cayrán	-	-	-	2	1	-50
San Pedro de Chaulan	-	-	-	-	-	0
Santa María del Valle	-	4	1	2	1	-75
Yarumayo	-	-	1	-	-	0
Pillcomarca	5	3	2	1	1	-80
Yacus		1	-	-	-	0
San Pablo de Pillao	-	-	-	-	-	0
Provincia de Huánuco	25	41	31	19	26	4
Tasa de Crecimiento		64	-24.4	-38.7	36.8	

Fuente: Sistema de Vigilancia Especializada de Cáncer - CDC - MINSA

En la Tabla N° 24 se evidencia el comportamiento de cáncer en la población de la provincia de Huánuco considerando que es una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos es así que en el año 2018 se evidencia un crecimiento de 4,0% (1) caso más en relación al año 2014. En Huánuco, Amarilis y Chinchao con promedio entre 2 a 9 casos por año, mientras que en los distritos de Churubamba, Margos, Quisqui, San Francisco de Cayran, Santa María del Valle, Pillcomarca con un promedio de 1 caso por año, es preocupante ver que los distritos de San Pedro de Chaulan, Yarumayo, Yacus y Pillao no reportan casos de cáncer en el 2018 teniendo las determinantes de riesgo para desarrollar cáncer de estómago todos los distritos por el consumo de agua no segura, por genero se puede apreciar que de 26 casos 65,4% (17) son mujeres y el 34,6% (9) son varones, por grupo de edad las más afectada los de 30 a 59 años.

TABLA N° 25
TIPOS DE CANCER NOTIFICADOS POR EL HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZAN A NIVEL DE LA PROVINCIA DE

Tipos de Cáncer	HUANUCO, periodo					Total 2014 - 2018	
	2014	2015	2016	2017	2018	N°	%
Cáncer Gástrico	7	14	17		12	50	35.2
Cáncer de Cérvix	8	17	4	9	8	46	32.4
Cáncer de Colon / Recto	4	5	7	3	5	24	16.9
Cáncer de Mama	1	2	2	7	1	13	9.2
Cáncer de Vejiga	1	1				2	1.4
Leucemia		2				2	1.4
Cáncer Hepático	1					1	0.7
Cáncer de Pulmón			1			1	0.7
Cáncer de Boca	1					1	0.7
Cáncer Próstata	1					1	0.7
Cáncer Cerebral	1					1	0.7
Total	25	41	31	19	26	142	100
Defunciones x Cáncer	5	5	2	1	1	14	9.9
Tasa de letalidad x 100	20	12.2	6.5	5.3	3.8	9.9	

Fuente: Sistema de Vigilancia Especializada de Cáncer - CDC – MINSA

En la Tabla N° 25 se evidencia los tipos de cáncer registrados durante el quinquenio 2014 - 2018 en la provincia de Huánuco denotándose que existe un total de 142 casos registrados, registrándose 2 tipos de cáncer siendo: La primera causa el cáncer gástrico con un 35,2% (50) casos los mismo que estarían determinados por el consumo de tabaco, alcohol, agua no segura, bajo consumos de verduras y vegetales y el uso de agroquímicos en las actividades agrícolas, eventos de frecuentes por el Helicobater Pylori.

La segunda causa, es el cáncer de cérvix o cuello uterino con el 32,4% (46 casos), relacionado con conductas sexuales de riesgo, como son parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.

La tercera causa es el cáncer de Colon o recto con el 16,9% (24 casos), donde la mayoría de la población no práctica actividades físicas primando el sedentarismo el cual el riesgo de padecer cáncer de colon, seguido por el cáncer de mama con el 9,2% (13) y los otros tipos de cáncer son entre 1,4% (2) cáncer a vejiga y el hematológico, en menor porcentaje están los, cáncer al pulmón, la próstata, hepático y cerebral.

En lo que respecta a defunciones por cáncer se registraron 14 casos, durante los años 2014 y 2015 son 5 defunciones por año con una tasa de letalidad de 20 a 12 defunciones x 100 casos registrados, en el resto de los años se ha reducido de 6,5 a 3,8 defunciones x 100 hab. Siendo uno de las determinantes la pobreza que empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud oportunos y recibir un tratamiento adecuado.

F. Comportamiento de los casos de Diabetes Mellitus.

Durante el quinquenio 2016 - 2018 se han notificado un total de 468 casos de los cuales según el tipo de diabetes el 94,4% (442) son no Insulinodependientes, el 3.2%(15) son dependientes, el 1,5% (7) No especificados y el 0,6% (3) son Pre diabetes y el 0,2% son gestacionales (ver datos tabla 66), por lo que se hace necesario implementar el Plan de acción mundial de la OMS sobre las Enfermedades no Transmisibles 2013 - 2020, para reducir las consecuencias de la diabetes como son la neuropatía, pie diabético, ceguera y los daños renales.

TABLA Nº 26

**CASOS DE DIABETES NOTIFICADOS Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN
DISTRITOS DE PROCEDENCIA A NIVEL DE LA PROVINCIA Y
DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2014 - 2018**

Provincia / Distritos	Casos de Diabetes					Tasa de Crecimiento
	2014	2015	2016	2017	2018	
Huánuco	18	73	153	76	79	338.9
Amarilis	4	23	0	-	1	-75
Chinchao	2	4	4	-	4	100
Santa María del Valle	-	1	-	7	9	600.0*
Pillcomarca	-	-	4	4	-	0
Yacus	-	-	-	1	1	0
Provincia de Huánuco	24	101	161	88	94	70
Tasa de Crecimiento		320.8	59.4	-45.3	6.8	

Fuente: Sistema de Vigilancia Especializada de Diabetes - CDC - MINSA (* está en base al año donde se Reportaron casos)

En la Tabla N° 26 se puede ver el comportamiento de la diabetes en la provincia de Huánuco donde se puede observar que en el 2018 hay un incremento en el 70% (70 casos) más en relación al año 2014 donde fue solo 24 casos.

A nivel de los distritos en el 2018 se puede ver un incrementaron los casos de diabetes en Huánuco con 338,9% (61 casos más), generalmente está relacionado con los malos hábitos alimenticios, el poder adquisitivo que hay en la zona urbana, en el distrito de Chinchao fue

100% más(2) casos más que el año 2014, estando considerada esta enfermedad crónica grave que sobreviene cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula la concentración de azúcar [glucosa] en la sangre, o glucemia) o cuando el organismo no puede utilizar de manera eficaz la insulina que produce, sus determinantes están presentes desde el nacimiento y durante el desarrollo de la vida, de acuerdo a los casos reportados en el año 2018 (94) casos los afectados fueron en el género 70,2%(66) son mujeres y el 29,8% (28) son mujeres, las edad más afectada es de 30 a 59 años el 61,7% (58) casos, de 6 a más años el 34,0% (32) y en la etapa de vida adolescentes de 12 a 17 años y los jóvenes de 18 a 29 años es el 2,1% (2) casos respectivamente.

G. Atención integral de pacientes con problemas de salud mental.

La salud mental en la provincia de Huánuco es un factor de deterioro de la salud con altas tasa de crecimiento en el último periodo pero que no tiene el presupuesto y la atención debida del sector salud. Por lo que se hace necesario fortalecer los Centros de Salud Mental y Comunitaria, centros de psiquiatría complementarios, más hogares protegidos para personas con trastornos mentales severos que se encuentran en la calle o en manicomios, así como trabajar en centros educativos y en comisarías”, es importante resaltar el trabajo que realiza el Padre Oswaldo Rodríguez a través de la casa de reposo San José para personas en abandono y con problemas de salud mental, asimismo hacer referencia que a nivel de la provincia de Huánuco se cuenta con Psiquiatras, Psicólogos y un Centro de Salud Mental y Comunitario en la cual se debe fortalecer las actividades de prevención y promoción de la salud mental y reducir los indicadores negativos como son las letalidades por suicidio, Femicidio o secuelas que resulten como resultado de estos problema.

Asimismo las municipalidades de cada distrito deberían destinar presupuesto para fortalecer las actividades de prevención o la implementación de más centros de salud mental en los distritos donde se concentran estos casos como son Pillcomarca y Huánuco, y el gobierno regional deberá gestionar la construcción y equipamiento de un nuevo centro de salud mental comunitario que incluya casa de reposo y manejo de casos de mayor complejidad.

TABLA N° 27

ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD DE LOS DISTRITO DE LA PROVINCIA DE HUÁNUCO, 2015 - 2018

Provincia / Distritos	Violencia Familiar Y/O Maltrato Infantil			Trastorno Depresivo			Trastorno De Consumo De Alcohol			Síndrome Y/O Trastorno Psicótico		
	2015	2018	Tasa de Crecimiento 2015-2018 (%)	2015	2018	Tasa de Crecimiento 2015-2018 (%)	2015	2018	Tasa de Crecimiento 2015-2018 (%)	2015	2018	Tasa de Crecimiento 2015-2018 (%)
Huánuco	141	181	28.4	157	734	367.5	221	116	-47.5	1	11	1000
Amarilis	57	70	22.8	109	585	436.7	167	26	-84.4	1	18	1700
Chinchao	8	13	62.5	0	15	0	0	2	0	0	0	0
Churubamba	3	4	33.3	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Margos	20	2	-90	8	1	-87.5	2	1	-50	0	0	0
Quisqui	47	2	-95.7	121	11	-90.9	9	12	33.3	0	1	0
San Francisco de Cayrán	107	55	-48.6	27	90	233.3	7	32	357.1	0	0	0
San Pedro de Chaulan	1	0	-100	10	0	-100	0	16	0	0	0	0
Santa María del Valle	21	14	-33.3	26	56	115.4	1	2	100	1	2	100
Yarumayo	174	78	-55.2	0	5	0	46	17	-63	1	2	100
Pilcomarca	36	6	-83.3	89	216	142.7	63	45	-28.6	2	1	-50
Yacus	0	18	0	0	8	0	0	44	0	0	0	0
San Pablo de Pillao		4	0		4	0		0	0		0	0
Provincia de Huánuco	615	447	-27.3	547	1725	215.4	516	315	-39	6	35	483.3

Fuente: Estadística e informática DIRESA y Red de Salud Huánuco, 2015 - 2018

En la Tabla N° 27 se puede el comportamiento de los problemas de salud mental confirmados, considerando que, hasta aproximadamente una década, la salud mental era un tema invisible para el Estado y la sociedad. Formaba parte de un asunto privado de la persona y su

familia, y si alguien tenía cuadros de tristeza o agresividad, esto era considerado una característica más de la personalidad, es así que a nivel de la provincia de Huánuco se ha evaluado estos problemas comparando los periodos el 2015 y el 2018, donde se evidencia que trastornos depresivos tienen una tendencia a incrementarse en 215,4 % 701 casos más que el año 2015 (547), estos trastornos vienen afectando en todas las etapas de vida, con mayor énfasis en los adolescentes, jóvenes y adultos, siendo los distritos en la cual se registran el mayor número de casos en el 2018 Huánuco, Amarilis, San Francisco de Cayran, Santa María del Valle y Pillcomarca con una tasa de crecimiento entre los 115% a 436,7% más casos. En lo que respecta al Síndrome Psicótico se evidencia un incremento en el 483,3% (29) casos más en el 2018 en relación al 2015 donde fue de (6 casos), siendo en los distritos de Huánuco, Amarilis, Santa María del Valle, Yarumayo, Quisqui con casos en el año 2018, afectando a los jóvenes, adultos y adultos mayores. En lo que respecta a los casos de violencia familiar se puede evidenciar en el año 2018 una disminución de la tasa de crecimiento siendo -,27,3%(168) casos menos que el 2015 donde fue de 615 casos, denotándose que la agresión se da en todas las etapas de vida siendo los más afectados las mujeres, en el 2018 el 92,3%(12) distritos registraron casos de violencia, el 7,7% (1) no registro casos siendo el distrito de San Pedro de Chaulan, en trastornos de consumo de Alcohol la tendencia a disminuir -39%(201) casos menos que el 2015 (516) casos, afectando principalmente a los adolescentes.

H. Casos de tuberculosis diagnosticados.

En el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declara de interés nacional la lucha contra la TB en el país.

TABLA Nº 28

CASOS DE TUBERCULOSIS DIAGNOSTICADOS POR TIPO DE TUBERCULOSIS, ETAPA DE VIDA Y GENERO A NIVEL DEL DISTRITO DE HUÁNUCO, 2014 - 2018

Provincia / Distritos	Casos de Tuberculosis					Total 2014 - 2018		Tasa de Crecimiento
	2014	2015	2016	2017	2018	Nº	%	
Huánuco	61	68	67	59	69	324	35.6	13.1
Amarilis	49	50	56	49	56	260	28.6	14.3
Chinchao	10	6	4	8	2	30	3.3	-80
Churubamba	5	5	6	2	2	20	2.2	-60
Margos	-	3	-	-	-	3	0.3	0
Quisqui	1	-	2	-	3	6	0.7	200
San Francisco de Cayrán	3	1	1	-	1	6	0.7	-66.7
San Pedro de Chaulan	-	-	-	-	-	0	0	0
Santa María del Valle	4	9	4	4	2	23	2.5	-50
Yarumayo	-	-	-	-	-	0	0	0
Pillcomarca	48	41	43	40	64	236	26	33.3
Yacus	0	0	1	-	-	1	0.1	0
San Pablo de Pillao	-	-	-	-	-	0	0	0
Provincia de Huánuco	181	183	184	162	199	909	100	9.9
Tasa de Crecimiento		2	1	-22	37			
Tipos de Tuberculosis								
TBC con confirmación Pulmonar	124	117	118	107	122	588	64.7	-1.6
TBC sin confirmación Pulmonar	17	23	19	16	26	101	11.1	52.9
TBC extrapulmonar	40	43	47	39	51	220	24.2	27.5
Etapas de Vida								
0 -11 años	3	7	5	3	6	24	2.6	100
12 -17 años	15	10	12	6	11	54	5.9	-26.7
18 -29 años	67	65	65	65	71	333	36.6	6
30 a 59 años	69	73	66	56	73	337	37.1	5.8
60 a más años	27	28	36	32	38	161	17.7	40.7
Genero								
Varones	114	114	122	106	137	593	65.2	20.2
Mujeres	67	69	62	56	62	316	34.8	-7.5

Fuente: Sistema de Vigilancia Especializada de Tuberculosis CDC – MINSA

TB sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno, por lo que se ha visto por conveniente mostrar en el presente documento el comportamiento de la tuberculosis (TB) considerando que es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible, curable y con un importante componente social,

Por lo que se procede a analizar la Tabla N° 70, donde se ha considerado los casos de tuberculosis por lugar de residencia, pudiendo denotar que en el quinquenio 2014 - 2018 la tuberculosis en la provincia de Huánuco tiene una tasa de crecimiento de 9,9 % (18) casos más en el año 2018 en relación al año 2017(181) casos, si evaluamos el año 2017, versus el año 2018 diremos que hay un incremento de casos de 37,0% (37 casos) más, en el año 2018 el 61,5% (8) distritos presentan casos de tuberculosis siendo Huánuco, Amarilis, Chinchao, Churubamba, Quisqui, San Francisco de Cayran, Santa María del Valle, Pillcomarca, el 38,6% (5) distritos no presenta casos siendo Margos, Chaulan, Yarumayo, Yacus y San Pedro de Pillao, los que tienen mayor riesgo son los que viven en las zonas urbanas la que determina es el hacinamiento generado por la densidad poblacional.

Se puede denotar por localización los casos de tuberculosis durante el quinquenio 2014, 2018, la prevalencia de los casos de tuberculosis Pulmonares los mismos que son con confirmación o sin confirmación bacteriológica, sin embargo en el 2018 hay una tasa de decrecimiento

de las tuberculosis con confirmación (baciloscopias positivas) en -1,6 % (2) casos menos que el año 2014 (124) y un incremento de 52,9 % (9) casos más de tuberculosis sin confirmación bacteriológica (baciloscopias negativas) siendo diagnosticados por clínica y resultados de radiografía, este mismo comportamiento tienen los casos de tuberculosis extra pulmonares en un 27,5 % (11) casos más que el año 2014 (40) casos, siendo las de mayor incidencia las pleurales, ganglionares, gastrointestinales, meníngeas, miliares, ósea, piel, las cerebrales y de mamas.

Por genero de puede evidencia que en el quinquenio los que más enferman son los varones con el 65,2% (593), si evaluamos el año base versus el año de análisis diríamos que en el 2014 el 63% (114), el 2018 68,8%(137) del total de enfermos, mientras que el género femenino en el quinquenio es de 34,8% (316), evaluando los años de análisis diríamos que en el 2014 37,0% (67) y en el 2018 de 31,2% (62) casos en conclusión los varones en la provincia de Huánuco tienen 2,2 veces más riesgo de enfermar de tuberculosis.

Por grupo etario en el quinquenio 2014 - 2018 se registraron 909 casos de tuberculosis de los cuales el 37,1% (337) son los adultos comprendidos entre los 30 a 59 años, el 36,6% (333) son jóvenes (18 - 29 años), el 17,7% (161) son adultos mayores de 60 a más y en menor

porcentaje se da en los adolescentes (12 a 17 años) 5,9% (54) y los niños de 0 a 11 años el

2,6% (2,6) casos, por lo tanto el riesgo de padecer tuberculosis está en todas las etapas de vida con mayor riesgo en la población económicamente activa de 15 a 64 años, si vemos por año este mismo comportamiento tiene a nivel de la provincia.

I. Indicadores de mortalidad por infección por VIH - SIDA.

Considerando que el siglo XX es una de las principales pandemia de carácter transmisible que ha afectado a la humanidad, denotándose que a nivel de la provincia de Huánuco en el quinquenio 2014 - 2018 los casos de VIH se han incrementado en el 2018 en 6,5% (3 casos) más en relación al año 2014 (46), concentrándose en este mismo quinquenio en el mayor número de casos en los distritos de Huánuco (44,5%), Amarilis (38,5%), Pillcomarca (8,1%), Santa María del Valle (3,4%), Chinchao y Churubamba (2,1%), Yarumayo (0,9%) y Chaulan en (0,1%) del total de casos registrados.

TABLA Nº 29
CASOS DE VIH DIAGNOSTICADOS POR CONDICIÓN Y ETAPA DE VIDA
Y GENERO A NIVEL DEL DISTRITO DE LA PROVINCIA DE HUANUCO, 2014 -
2018

Provincia / Distritos	Casos de VIH					Total 2014 - 2018		Tasa de Crecimiento
	2014	2015	2016	2017	2018	Nº	%	
Huánuco	20	27	14	19	24	104	44.4	20
Amarilis	20	21	12	24	13	90	38.5	-35
Chinchao	0	1	1	1	2	5	2.1	100
Churubamba	1	1	0	1	2	5	2.1	100
San Pedro de Chaulan	1	0	0	0	0	1	0.4	0
Santa María del Valle	1	0	0	4	3	8	3.4	200
Yarumayo	0	0	0	2	0	2	0.9	-100
Pillcomarca	3	0	5	6	5	19	8.1	66.7
Provincia de Huánuco	46	50	32	57	49	234	100	6.5
Tasa de Crecimiento		4	-18	25	-8			
Casos de SIDA	1	6	17	25	23	72	30.8	2200
Casos de VIH - Gestantes	0	1	0	4	2	7	3	100
Niños infectados con VIH					1	1	0.4	0
Etapas de Vida								
0 -11 años					1	1	0.4	0
12 -17 años	1	0	0	1	0	2	0.9	-100
18 -29 años	20	24	9	26	33	112	47.9	65
30 a 59 años	23	23	19	22	12	99	42.3	-47.8
60 a más años	2	3	4	8	3	20	8.5	50
Genero								
Varones	29	41	26	46	42	184	78.6	44.8
Mujeres	17	9	6	11	7	50	21.4	-58.8
Otros								
Tratamiento Targa	5	11	13	20	28	77	32.9	460
Defunción	1	3	4	2	1	11	4.7	0

Fuente: Sistema de Vigilancia Especializada de VIH - SIDA y otras ITS -
 CDC - MINSA

De acuerdo a la condicionalidad de los 234 casos notificados en el quinquenio el 30,8% (72) se encuentran en estadio SIDA que es una condición avanzada de la enfermedad, el 3,0% (7) casos son Gestantes

con VIH, y el 0,4% (1) en recién nacido infectado por VIH, en el quinquenio el 78,6% (184) son varones y el 21,4% (21,4%) son mujeres de lo que se deduce que el riesgo es de 8,5 veces más en los varones que enfermar por VIH, el grupo más afectado son los jóvenes y adultos mayores representando el 90,2% del total de casos, le sigue los adultos, adolescentes y niños, es una enfermedad que no discrimina a nadie.

En cuanto al acceso a tratamiento Targa para mejorar la calidad de vida de estas personas solo el 32,9% (77) casos inician tratamiento, en cuanto a las defunciones registradas el 4,7% (11) casos fallecen por esta causa. Por lo que se hace importante lograr que los casos accedan un tratamiento adecuado para mejorar la esperanza de vida estas personas enfermas, así como fortalecer las actividades de Prevención y Promoción de la Salud, considerando que el que la forma de transmisión descrita de los casos es el 99,5 % (233) es sexual, seguido por la vertical el 0,5% (1).

3.2 INVERSIÓN DEL ESTADO EN LA SALUD POBLACIONAL EN LA PROVINCIA DE HUANUCO (POBLACIÓN DE ESTUDIO MUESTRAL)

a. Ejecución presupuestal desde las municipalidades.

Si bien el presupuesto que asignan las municipalidades no está considerado dentro del presupuesto del Ministerio de Salud, por lo tanto, su planificación, elaboración y planificación dependen de manera exclusiva de las municipalidades distritales y provinciales, si bien es cierto el presupuesto y la calidad de gasto dependen de las gestiones que van

sucediendo a las gestiones municipales, sin embargo es necesario precisar que el presupuesto no tiene un monto fijo sino que puede variar de acuerdo al presupuesto que el estado asigna a través del FONCOMUN, y esta también difiere en la medida que la municipalidad le asigna la importancia o no al sector salud.

TABLA N° 30

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL Y LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL A NIVEL DE LOS DISTRITOS DE LA PROVINCIA DE HUÁNUCO 2018

Distrito/ Provincia	PIM	Ejecución de devengados		Ingreso Per Cápita x Hab
		N°	%	
Huánuco	62,896,144	48,837,100	77.6	722.3
Amarilis	21,253,125	16,877,178	79.4	272.4
Chinchao	17,325,699	12,870,103	74.3	885.9
Churubamba	39,657,857	27,058,359	68.2	1434.4
Margos	12,770,036	11,683,186	91.5	1394.6
Quisqui	7,156,293	6,509,128	91.0	920.8
San Francisco de Cayrán	2,673,288	2,547,765	95.3	481.3
San Pedro de Chaulan	13,085,622	12,272,968	93.8	1742.7
Santa María del Valle	38,526,116	29,080,419	75.5	1894.1
Yarumayo	6,131,237	5,958,641	97.2	2103.3
Pillcomarca	12,476,894	7,824,948	62.7	435.6
Yacus	15,186,640	11,974,623	78.9	2222.2
San Pablo de Pillao	5,043,195	4,695,539	93.1	441.1
Provincia de Huánuco	254,182,146	198,189,957	77.9	813.5

Fuente: Pagina Amigable del MEF – 2019

En la Tabla N° 30 se puede evidenciar la asignación presupuestal destinada a cada uno de los distritos de la provincia de Huánuco en razón al número de habitantes y votantes que hay en cada distrito, pudiendo ver que el presupuesto modificado fue de 254,182,146 soles de los cuales solo se ejecutó el 77,9%, con un ingreso per cápita por habitante de 813,5 soles.

El 53,8% (7) distritos la ejecución de gasto es menor al 90% siendo los distritos de Pillcomarca, Churubamba, Chinchao, Santa María del Valle, Huánuco, Amarilis y Yacus, en este grupo se puede denotar que el menor presupuesto asignado por habitante está en el distrito de Amarilis con S/. 272,4 soles, los distritos con asignación entre 1434,4 a 2,222 por habitante son Churubamba, Valle y Yacus, para ser invertidos en todos los servicios que brinda la municipalidad como es vivienda, salud, educación, servicios básicos y otros.

b) Asignación presupuestal DIRESA – Huánuco.

TABLA Nº 31

**ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL POR DISTRITOS EN SALUD EN LA
PROVINCIA DE HUANUCO, 2014 - 2019***

Distrito / Provincia	Periodo						Tasa de Crecimiento 2014 - 2019
	2014	2015	2016	2017	2018	2019 *	
Huánuco					60,000	264,560	340.9
Amarilis	1,476,923	573,954	561,777	119,148	180,556	181,307	-87.7
Chinchao	644,610	710,958	626,328	282,852	224,590	150,196	-76.7
Churubamba	2,840,194	319,272	74,141	266,159	281,613	238,302	-91.6
Margos		316,802	745,623	8,581,305	8,942,707	74,017	-76.6
Quisqui	5,310	94,756	11,696	268,827	51,059	9,584	80.5
San Francisco de Cayrán		128,112	60,307	16,148	17,121	20,997	-83.6
San Pedro de Chaulan	329,095	349,961	149,601	262,933	265,643	57,906	-82.4
Santa María del Valle	370,970	5,682,305	693,851	276,486	504,508	219,191	-40.9
Yarumayo	30,657	20,063	23,948	9,000	3,050	5,878	-80.8
Pilcomarca			0	28,264	14,920	129,062	356.6
Yacus	2,631,008	5,280,227	2,876,400	42,173	15,428	0	-100
San Pablo de Pillao			50,132	274,973	18,000	108,838	117.1
Provincia de Huánuco	8,328,767	13,476,410	5,873,804	10,428,268	10,579,195	1459838	-82.47
Tasa de Crecimiento anual		61.81	-56.41	77.54	1.45	-86.2	
Ingreso Per Cápita Anual x Salud (Hab)	27.1	43.4	18.9	33.9	33.9	4.6	

Fuente: Pagina Amigable del MEF - 2019

En la Tabla N° 31 se puede ver la asignación presupuestal a nivel de la provincia y distritos en la función de salud desde los años 2014 al 2019 (referencial al PIM), donde se puede evidenciar como provincia que hay una tasa de decrecimiento del presupuesto de 82,47% (-,868,929 soles), como distrito se puede ver que en el 76,9% (10) distritos el presupuesto ha decrecido entre -40,9 a 91,6% siendo los distritos de Amarilis, Chinchao, Churubamba, Quisqui, Margos, San Francisco de Cayran, San Pedro de Chaulan, Santa María del Valle y Yacus que en el 2019 no asigno nada a la función salud.

Los distritos que incrementaron su presupuesto fueron: Huánuco, Pillcomarca y San Pablo de Pillao, a nivel de las municipalidades distritales el presupuesto está asignado a los programas presupuestales, articulado nutricional, materno neonatal y tuberculosis

c.- Presupuesto asignado al sector salud por provincia y capacidad de gasto.

TABLA N° 7

CAPACIDAD DE GASTO EN SALUD DE LA REGION HUANUCO

FUENTE	AÑOS						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ministerio Salud Gobierno Regional- DIRESA	62.7	51.0	68.8	74.5	62.1	59.5	68.9
Municipalidades- FONCOMUN	49.2	37.4	54.3	40.9	49.00	44.8	54.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI

Elaboración: Propia

3.3. PRIORIZACIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL EN LOS PROBLEMAS DE SALUD POBLACIONAL EN LA REGIÓN HUÁNUCO 2016-2018.

Culminado el proceso de descripción del análisis del entorno, determinantes sociales y los problemas de salud que han sido trabajados en los apartados previos de este documento, se elaboró el listado de problemas con impacto sanitario que deberían ser valorados con el objetivo de determinar su prioridad de intervención. Esta priorización se realizó en dos fases que describimos a continuación.

Donde se consideró los avances de análisis del entorno, determinantes sociales y los problemas de salud, los criterios que se consideraron para la evaluación fueron: magnitud, tendencia, gravedad, severidad, interés de la comunidad y la capacidad de intervención, para lo cual se les proporcionó la lista de los problemas identificados considerando los puntajes ponderales de 0 a 4 puntos, priorizándose de los problemas con mayor puntaje obtenido tanto de los problemas de salud y de las determinantes sociales de salud quedando establecido los 10 problemas de mayor impacto sanitario.

TABLA N° 38

PROBLEMAS DE SALUD POBLACIONAL QUE DEBEN SER PRIORIZADOS EN

LA PROVINCIA DE HUÁNUCO PARA EL PERIODO TRIANUAL 2019-2021

N° Orden	Determinantes Sociales de la Salud / Problemas de Salud	PTJE
1	Muerte por infecciones respiratorias agudas en todas las etapas de vida	52
2	Contaminación de agua para consumo humano	52
3	Mortalidad materna	47
4	Incremento de los embarazos en adolescente	47
5	Violencia familiar y trastornos mentales	43
6	Mortalidad perinatal	42
7	Incremento de las enfermedades no transmisibles (diabetes y cáncer)	42
8	Desnutrición en niños menores de 5 años / anemia	32
9	Incremento de las enfermedades metaxenicas	32
10	Incremento de casos de tuberculosis	32
11	Inequidad en el acceso a los servicios básico (agua, desagüe y residuos sólidos)	32
12	Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual VIH - SIDA.	30
13	La tasa de analfabetismo	30
14	Brecha de inequidad a algún tipo de seguro	30
15	Población en situación de pobreza extrema	28
16	Densidad población (hacinamiento)	26
17	Riesgo para la presencia de enfermedades Inmunoprevenibles	25
18	Baja asignación presupuestal de las municipalidades para las actividades de salud	25
19	Migración interna y externa	24

Fuente: Matrices de trabajo para priorización de problemas - Análisis Situacional de Salud DGE - 2014

a. Territorios vulnerables que debe ser atendido con prioridad de inversión pública en la salud poblacional para el período trianual 2018 - 2020

Después de identificar los diez problemas con impacto sanitario en la fase de gabinete a nivel de comunidad, los mismos que fueron trabajados en las siguientes etapas:

Primera etapa: Se vulnero los indicadores con la valoración que le dieron cada uno de los actores sociales por Centros Poblados, se complementó la información con los datos del Censo de Vivienda y Población por centros Poblados 2017, en la cual se sacaron los indicadores socio económicos, los trabajos hechos en sectorización por el personal de salud de los distritos.

Segunda etapa: Consolido la puntuación por distritos de acuerdo a los problemas de impacto sanitario el mismo que se trabajó de manera individual y consolidada, considerando los criterios de urgencia para solucionar para solucionar el problema y de acuerdo al nivel de intervención y respuesta.

Tercera etapa: Se estratifico los distritos de acuerdo al puntaje obtenido ordenando los distritos de mayor a menor puntaje obtenido, donde se determinó los tres niveles de vulnerabilidad: Baja, media o alta, donde se tuvo el valor máximo de 31 puntos, el valor mínimo de 23, el rango fue de 8 y la amplitud fue de 2,67 puntos.

TABLA Nº 39
PRIORIZACIÓN DE TERRITORIOS VULNERABLES QUE DEBE SER
ATENTIDO DE MANERA PRIORITARIO A TRAVES DE LA INVERSIÓN EN LA
SALUD PÚBLICA 2018 - 2020

Distrito / Provincia	Indicador											Puntaje
	Muerte por infecciones respiratorias agudas en todos las etapas de vida	Contaminación de agua para consumo humano	Mortalidad materna	Incremento de los embarazos en adolescente	Incremento de las enfermedades metaxenicas	Violencia familiar y trastornos mentales	Mortalidad perinatal	incremento de las enfermedades no transmisibles (diabetes y cáncer)	Desnutrición / anemia en niños menores de 5 años	Incremento de casos de tuberculosis	Inequidad en el acceso a los servicios básico (agua, desagüe y residuos sólidos)	
Huánuco	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	31
Amarilis	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	31
Chinchao	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	26
Churubamba	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	29
Margos	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
Quisqui	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	26
San Francisco de Cayrán	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	25
San Pedro de Chaulan	3	3	3	2	1	2	2	2	2	1	2	23
Santa María del Valle	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	27
Yarumayo	3	3	2	3	1	2	2	2	2	1	2	23
Pillcomarca	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	30
Yacus	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2	24
San Pablo de Pillao	3	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	24
Provincia de Huánuco	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	26

Fuente: Formatos de priorización de problemas, plantilla para la priorización de territorios vulnerables en la comunidad y la matriz de criterios para determinar el orden - DGE - 2018

b. Identificación de Territorios Vulnerables.

TABLA Nº 40

**TERRITORIOS SEGÚN VULNERABILIDAD POR CENTRO POBLADOS
DISTRITO DE POR CENTROS POBLADOS, 2018**

Distrito / Provincia	Puntaje ponderado	Nivel de vulnerabilidad
Huánuco	31	Alta vulnerabilidad
Amanlis	31	Alta vulnerabilidad
Pillcomarca	30	Alta vulnerabilidad
Churubamba	29	Mediana vulnerabilidad
Chinchao	26	Mediana vulnerabilidad
Quisqui	26	Mediana vulnerabilidad
Santa María del Valle	27	Mediana vulnerabilidad
Margos	24	Baja vulnerabilidad
San Francisco de Cayrán	25	Baja vulnerabilidad
San Pedro de Chaulan	23	Baja vulnerabilidad
Yarumayo	23	Baja vulnerabilidad
Yacus	24	Baja vulnerabilidad
San Pablo de Pillao	24	Baja vulnerabilidad
Prov. Huánuco	26	Mediana vulnerabilidad

CONCLUSIONES

Las conclusiones que arribamos en la presente tesis son las siguientes:

1. La Región Huánuco se encuentra entre uno de las regiones más pobres del Perú el mismo que refleja en los indicadores de salubridad y educación.
2. La inversión pública en el sector salud se ha ido incrementando en cada periodo trianual, sin embargo, los resultados en la salubridad de la población no reflejan la inversión que hace el estado.
3. La inversión pública no es eficiente y con ello los índices de salubridad de la población son cada vez más precarias.
4. La capacidad de gasto del sector salud en la Región Huánuco tiene un promedio de un 60%, el mismo que está entre los más ineficientes a nivel nacional.
5. La cobertura de la salubridad poblacional alcanza un 55% lo que significa que tiene un déficit de cobertura, el mismo que no está en los planes de las autoridades de turno.
6. Las tasas de mortalidad infantil, juvenil, adulto y adulto mayor tienen un incremento en cada periodo trianual.

RECOMENDACIONES

1. Para que los gastos y la inversión pública en la salud poblacional de la Región sean más eficientes se necesitan una reforma de la administración pública que conlleve a la desburocratización del sector administrativo.
2. No existe planes ni propuestas, ni una línea de base que permita tomar decisiones sobre hechos objetivos que afecta la salud poblacional de la Región.
3. Las autoridades políticas de turno no entran con propuestas concretas con respecto a la mejora de la salubridad poblacional, por lo tanto, debe ser un requisito indispensable que se cuente por planes y proyecciones para la mejora de la salubridad de nuestra Región.
4. En el último periodo trianual el sector salud ha priorizado infraestructura y equipamiento, sin embargo, se ha descuidado en la ampliación de la cobertura de atención médica directa

BIBLIOGRAFÍA

1. Alma Ata, (1978) La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. ... Su lema fue «Salud para todos en el año 2000».
2. Aschauer (1989) mencionado por Munnell, 1990a, 1993; Ford y Poret, 1991; Bajo-Rubio y Sosvilla-Rivero, 1993; Otto y Voss, 1994; Mas et al., 1996a) y JLH(2011) en la tesis “La relación gasto público crecimiento económico en México, 1980-2009”
3. Deno (1988), Nadiri y Mamuneas(1994) o Seitz y Licht (1995). Infraestructura y productividad en Colombia.
4. Gitman, L. (2003). Principios de administración financiera. México: Addison Wesley
5. J. M. Keynes, Mencionado por Pérez (2001) “Crecimiento económico y distribución de la renta”. Madrid, Thomson Reuters, 2012, 160 pp.
6. Mansilla y Figallo, 2004 “contribuciones a la salud, alimentación”
7. McGrath, R y MacMillan, I. (1999) Planificación impulsada por los descubrimientos. La gestión en la incertidumbre. Harvard Business Review. 121-147. España: Deusto
8. MEF (Ministerio de Economía y Finanzas) Decretos legislativos Inversión, conceptos de SNIP.
9. Ñaupas, H. (2014) “Metodología de la investigación cuantitativa – cualitativa. Ediciones de la U.
10. Pérez, I (2001). Inversión de proyectos autofinanciados: Project finance. México: Limusa.
11. Salvat, M., (1980-1984) Consideraciones para el estudio del binomio de Salud. Editores UIE.
12. Sampier, H. (2016) “Metodología de la investigación” sexta edición – UCA
13. Documento Técnico Metodología para el Análisis Situacional de la Salud Lima - 2015.
14. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional. Lima 2011

15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima 2013.
16. Guía de Elaboración de Indicadores Básicos de Salud Concepto y Aplicaciones Caja de Herramienta 2 Dirección General de Epidemiología Lima 2011.
17. Oficina de Recursos Humanos - PLH - 2014. La Tuberculosis en el Perú: Un Gravísimo Problema De Salud Pública. Dr. Miguel Palacios Celi Edición 2012.
18. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención 2014.
19. **Compendio del Censo de Población y Vivienda INEI 2017.**

ANEXO 1

FICHA BIBLIOGRAFICA A SER EMPLEADA EN LA INVESTIGACION

- ✓ **Título de la publicación:**

- ✓ **Lugar de la edición:**

- ✓ **Lugar de edición:**

- ✓ **Editor-autor.**

- ✓ **Fecha:**

- ✓ **Periodicidad o frecuencia irregular:**

- ✓ **Precio:**

- ✓ **Dirección:**

- ✓ **Título(s) anterior(es):**

ANEXO 2

FICHA HEMEROGRAFICA A SER EMPLEADA EN LA INVESTIGACION

- ✓ **Autor del artículo:**

- ✓ **Título del artículo:**

- ✓ **Título original, si es traducción:**

- ✓ **Título del periódico:**

- ✓ **Lugar de publicación:**

- ✓ **Fecha:**

- ✓ **Número o título de la sección:**

- ✓ **Página:**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

LOS EFECTOS DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN LA REGIÓN HUÁNUCO 2016-2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÒTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÒN
PG. ¿La salud de la población de la Región Huánuco es precaria debido a que la inversión pública en el sector es deficitaria en el periodo 2016-2018?	OG. Contribuir a mejorar la salud poblacional de la Región Huánuco, a través del análisis cuantitativo y cualitativo del presupuesto de Inversión Pública para el sector salud en el periodo 2016 – 2018.	HG. El tipo de hipótesis que le corresponde a nuestra investigación - Ñaupas, H. (2014) es la hipótesis postfacto. La salud poblacional es precaria debido a la Inversión Pública deficitaria en el sector salud de la Región Huánuco en el periodo 2016 - 2018.	VARIABLE INDEPENDIENTE Inversión pública en el sector Salud	▪ Efectos de la Inversión pública en salud	Presupuesto ejecutado al termino del año fiscal	PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficha de observación ➤ Fichas de registro ➤ Cuadros comparativos ➤ Matrices de análisis
				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gobierno central ✓ Gobierno Regional ✓ Gobierno Local 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de proyectos en el Sector Salud • Monto de la inversión en el Sector salud 	
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECIFICAS				
4) ¿La salud de la población de Huánuco tiene deficiencias y es de baja calidad?	1. Determinar las características deficitarias del sector salud en la Región Huánuco	1. El incremento de presupuesto en el sector salud mejora las condiciones de	VARIABLE DEPENDIENTE Calidad de la salud poblacional de la región Huánuco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitales ▪ Postas 	1. Embarazos 2. Salud del niño	

	en el periodo 2016 -2018.	salubridad de la población de la Región Huánuco			3. Salud del adolescente 4. Salud del joven 5. Salud del adulto 6. Salud y aseguramiento 7. Tratamiento de principales enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> • Oncológicos • Tuberculosis • Diabetes • VIH 	PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS. Medidas de tendencia central
2. ¿La inversión pública en el sector salud es deficitaria por lo que la salud de la población es cada vez más precaria?	2. Establecer la relación de causa y efecto entre la Inversión Pública y la calidad de salud de la población de la Región Huánuco en el periodo 2016 – 2018.	2. El deterioro de la salud de la población en la Región Huánuco se debe al bajo presupuesto asignado por el estado y a la deficiente calidad de gasto.				
3. ¿Cuál es el grado de incidencia entre la inversión pública para el sector salud y la salud poblacional de la región Huánuco para el periodo 2016-2018?	3. Describir el grado de influencia de la Inversión Pública en el sector salud y los efectos en la calidad de salud poblacional de la Región Huánuco en el periodo 2016 – 2018					



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN - HUÁNUCO
FACULTAD DE ECONOMÍA



LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD
RESOLUCIÓN N° 473-2019-UNHEVAL-FE-D

Cayhuayna, 26 de agosto de 2019

Visto;

Los documentos que se acompañan en dos (02) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26.AGO.2016, se resuelve proclamar y acreditar a partir del 02.SET.2016 hasta el 01.SET.2020, a los Decanos de las 14 facultades de la UNHEVAL, siendo el Dr. Víctor Pedro CUADROS OJEDA el Decano de la Facultad de Economía;

Que, en el Reglamento de Grados y Títulos en el Capítulo IV: **DE LA MODALIDAD DE TESIS**, en su Artículo 14° señala: "El alumno que va a obtener el título profesional por la modalidad de tesis debe presentar, en el último año de estudios de su carrera profesional, el Proyecto de Tesis, con el visto bueno del profesor de la asignatura de tesis o similar, solicitando al Decano de la Facultad el nombramiento de un Asesor de Tesis";

Que, con FUT N° 0494200, de fecha 22.AGO.2019, presentado por la egresada en Economía **Filomena VERDE MALLQUI**, de la Escuela Profesional de Economía, solicitan autorización para titularse por la modalidad de tesis y nombramiento de asesor de tesis, proponiendo al **Dr. Enrique CASTRO Y CÉSPEDES**, quien firma en señal de aceptación;

Estando a las atribuciones otorgadas al Decano por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto Reformado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

- 1° **AUTORIZAR** la egresada en Economía **Filomena VERDE MALLQUI**, de la Escuela Profesional de Economía, acogerse a la modalidad de tesis para su titulación, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **NOMBRAR** al docente **Dr. Enrique CASTRO Y CÉSPEDES**, Asesora de Tesis, FUT N° 0494200, presentado por la egresada en Economía **Filomena VERDE MALLQUI**, de la Escuela Profesional de Economía.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución al asesor y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

02/09/19



Dr. Víctor P. CUADROS OJEDA
DECANO

[Handwritten signature]
St. N. P. de la
Cayhuayna
DNI 246007

Distribución:
Asesor /Interesados (01) /Archivo
dov/sec



“Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN - HUÁNUCO

FACULTAD DE ECONOMÍA

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OTORGAMIENTO DEL

TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA



En la Ciudad Universitaria de Cayhuayna a los 23 días del mes de Setiembre del 2019, siendo las 16:30., se reunieron en el auditorio de la Facultad de Economía, Pabellón Nueve de la UNHEVAL, los Miembros Integrantes del Jurado Examinador de la Tesis colectiva Titulada: **“LOS EFECTOS DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN LA REGIÓN HUÁNUCO 2016-2018”**, presentado por la bachiller en Economía **Filomena VERDE MALLQUI**, aprobada con RESOLUCIÓN N° 619-2019-UNHEVAL-FE-D, procediendo a dar inicio el acto de sustentación para obtener el Título Profesional de Economista, siendo los Miembros del Jurado los siguientes docentes:

Mg. Teodolfo ENCISO GUTIERREZ	PRESIDENTE
Mg. Julio César CASTRO CÉSPEDES	SECRETARIO
Mg. Roque VALDIVIA JARA	VOCAL
Mg. Werner PINCHI RAMIREZ	ACCESITARIO

Asesor de Tesis: Dr. Enrique CASTRO Y CÉSPEDES (Resolución N° 425-2019-UNHEVAL-FE-D)

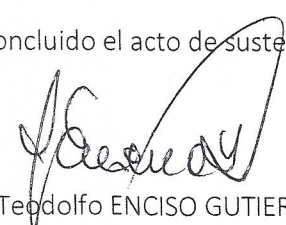
Finalizada la sustentación de la Tesis, el Jurado procedió a deliberar y verificar, habiendo obtenido el siguiente calificativo:

Apellidos y Nombres del Tesista	1er. Miembro	2do. Miembro	3er. Miembro	Promedio Final
VERDE MALLQUI Filomena	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>16</u>

Que de acuerdo al Art. 32º del Reglamento de Grados y Títulos vigente, tiene el equivalente a BUENO


OBSERVACIONES:

Se dio por concluido el acto de sustentación a horas 18:10 en fe de lo cual firmamos.


Mg. Teodolfo ENCISO GUTIERREZ
PRESIDENTE


Julio César CASTRO CÉSPEDES
SECRETARIO


Mg. Roque VALDIVIA JARA
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	25/10/2019	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: VERDE MALLQUI FILOMENA

DNI: 22517031 Correo electrónico: filomena171@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 988815834 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____


2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>ECONOMIA</u>
E. P. :	<u>ECONOMIA</u>

Título Profesional obtenido:

TITULO DE ECONOMISTA

Título de la tesis:

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	25/10/2019	2 de 2

LOS EFECTOS DE LA INVERSION PUBLICA EN LA
SALUD DE LA POBLACION EN LA REGION HUANUCO 2016-2018

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 24-12-2019

Firma del autor y/o autores:

