



**Ministerio de Salud**  
Personas que atendemos personas

*Dirección Regional de Salud Cusco*  
*Dirección de Epidemiología*

**ASIS**



*Munay, Yachay, Llamq'ay*

**ANALISIS  
DE LA  
SITUACION  
DE SALUD**



**2003**

# **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL CUSCO 2003**

## **Resumen Ejecutivo**

CUSCO - PERÚ

## MINISTERIO DE SALUD

Dr. Hector Danilo Villavicencio Muñoz  
Director Regional de Salud Cusco

Dr. Pablo Fidel Grajeda Ancca  
Director de Epidemiología

## EQUIPO EDITORIAL

**Editor Responsable**  
Dr. Pablo Fidel Grajeda Ancca

**Equipo de Redacción**  
Dr. Pablo Fidel Grajeda Ancca  
Dr. José Vantroy Avila Alatrística  
Sr. Javier Cárdenas Terán

Resumén Ejecutivo del Análisis  
de la Situación de Salud del  
Cusco al mes de Diciembre del  
año 2002. Documento de trabajo  
dirigido a quienes están  
encargados de tomar  
Decisiones.

Primera Edición  
2003  
MINSA  
Av. de la Cultura S/N  
Cusco - Perú  
Impreso y hecho en Perú

Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente

## INDICE

### PRESENTACION

### CAPITULO 1

#### CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN DE SALUD

- 1.1. Características geográficas .....
- 1.2. Estructura poblacional.....
- 1.3. Dinámica poblacional .....
- 1.4. Características Sociales y Económicas .....

### CAPITULO 2

#### ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

- 2.1. Análisis de la estructura de la Mortalidad .....
- 2.2. Análisis de la estructura de la Morbilidad.....
  - 2.2.1. Morbilidad expresada como demanda MINSA .....
  - 2.2.2. Enfermedades Bajo Vigilancia Epidemiológica .....
- 2.3. Situación de salud de ciertos grupos vulnerables .....
- 2.3.1. Mortalidad Materna.....
- 2.3.2. Mortalidad Perinatal y Neonatal.....

### CAPITULO 3

#### RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

- 3.1. Infraestructura de Servicios de Salud .....
- 3.2. Recursos Humanos .....
- 3.3. Producción de Servicios de Salud .....
- 3.4. Focalización del Gasto Público en Salud.....
- 3.5. Indicadores de Vigilancia Epidemiológica .....

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....

## PRESENTACIÓN

La Dirección Regional de Salud Cusco, dentro de las políticas de reforma de sector salud y en mérito al fin último que es el mejoramiento de la calidad de vida de la salud de la población, pasando por nuestro fin próximo de brindar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población en la Región Cusco; así como, que los problemas de salud y la realidad sanitaria regional que presenta problemas estructurales de carácter histórico social, constituyen enormes desafíos para el sector salud, entre los más importantes destacan los problemas de inequidad e ineficiencia, los que constituyen retos a enfrentar.

Se ha preparado el presente documento, que recopila información relevante sobre las condiciones de vida, estructura y dinámica demográfica, características de la morbilidad y mortalidad; así como, la respuesta que la sociedad da a los problemas de salud en el Cusco, de tal manera que nos permita acercarnos a un análisis actualizado de la Situación de Salud, incluyendo los factores condicionantes o determinantes, así como las brechas e inequidades que existen al interior de su población.

En el capítulo 1, se realiza el análisis de los factores condicionantes y determinantes de la situación de salud, como son los factores demográficos y sociodemográficos; en el capítulo 2, se realiza el análisis del proceso salud - enfermedad, para la descripción del estado de salud en términos de morbilidad y mortalidad, la priorización de daños y ámbitos geográficos según riesgo; en el capítulo 3, se presenta el análisis de la respuesta social a los problemas de salud en función a la demanda de los servicios; y en el capítulo 4, el análisis integral entre estos componentes, que concluye con pautas para una priorización integral y el balance entre la oferta y la demanda; y de esta manera reflejar la realidad sanitaria de la región, para una acertada toma de decisiones.

Con este documento pretendemos ofrecer una herramienta que permita orientar el proceso de selección de prioridades en los diferentes escenarios poblacionales, formular políticas para el logro de las metas que puedan ser incluidas en la agenda de trabajo y en los planes estratégicos del sector salud.

CAPITULO I

CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN DE SALUD

1.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS.

1.1.1 DIVISIÓN POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA.

El departamento del Cusco, se encuentra situado en la parte sur oriental del país, abarcando zonas de sierra y selva, entre las coordenadas geográficas 11°13'19" y 15°20'25" de Latitud Sur y 70°21'41" y 73°57'45" de Longitud Oeste. Limita al Norte con los departamentos de Ucayali y Junín; al Sur con Puno y Arequipa, al Este con Madre de Dios y al Oeste con Apurímac y Ayacucho.

El territorio del departamento del Cusco tiene una superficie de 72,104.41 Km<sup>2</sup>, políticamente está dividido en 13 provincias y 108 distritos, la capital departamental es la provincia de Cusco (3360 m.s.n.m.) tiene 8 distritos.

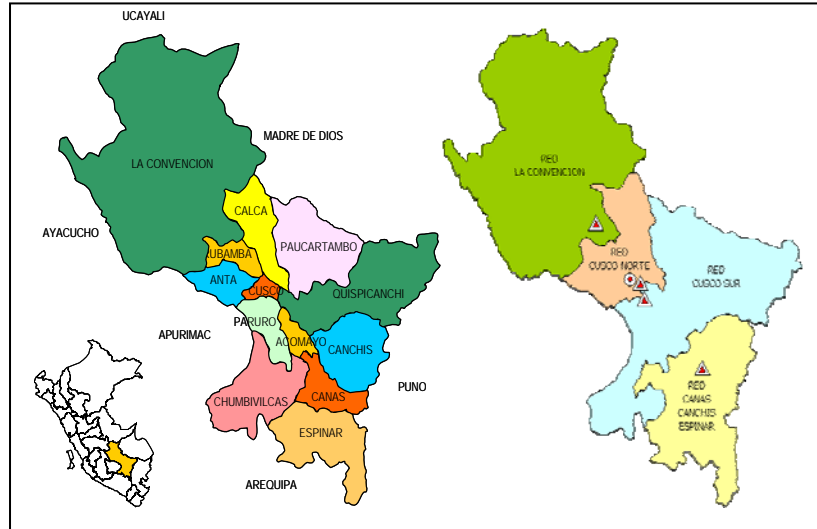
La administración del ámbito de la Dirección Regional de Salud Cusco se divide en 4 redes de servicios de salud: Cusco Norte, Cusco Sur, Canas-Canchis-Espinar, y La Convención.

Tabla N° 01.- Departamento Cusco: Población estimada 2002, Superficie, Densidad Poblacional y Ubicación Geográfica

Provincia	Capital legal	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Densidad Poblacional (Hab./Km <sup>2</sup> )	Ubicación Geográfica		
				Altitud (m.s.n.m.)	Latitud Sur	Longitud Oeste
<b>Departamento</b>	<b>Cusco</b>	<b>72,104.41</b>	<b>16.76</b>			
Cusco	Cusco	617.00	517.70	3,399	13°30'45"	71°58'33"
Acomayo	Acomayo	948.22	36.54	3,207	13°54'51"	71°40'52"
Anta	Anta	1,876.12	34.49	3,337	13°29'00"	72°09'12"
Calca	Calca	4,414.49	14.80	2,908	13°19'10"	71°57'21"
Canas	Yanaoca	2,103.76	21.46	3,913	14°12'50"	71°25'50"
Canchis	Sicuani	3,999.27	26.76	3,554	14°16'10"	71°13'33"
Chumbivilcas	Santo Tomás	5,371.08	14.51	3,660	14°26'45"	72°04'50"
Espinar	Espinar/Yauri	5,311.09	12.63	3,915	14°47'16"	71°24'33"
La Convención	Quillabamba	30,061.82	6.47	1,047	12°53'30"	72°44'00"
Paruro	Paruro	1,984.42	20.02	3,051	13°45'19"	71°51'00"
Paucartambo	Paucartambo	6,115.11	7.79	2,906	13°18'52"	71°35'36"
Quispicanchi	Urcos	7,862.60	11.35	3,150	13°41'00"	71°37'27"
Urubamba	Urubamba	1,439.43	39.15	2,871	13°18'38"	72°07'02"

Fuente.- Instituto Nacional de Estadística e Informática

Mapa N° 01.- Departamento Cusco: División Política y Administrativa



### 1.1.2 GEOGRAFÍA Y SUPERFICIE.

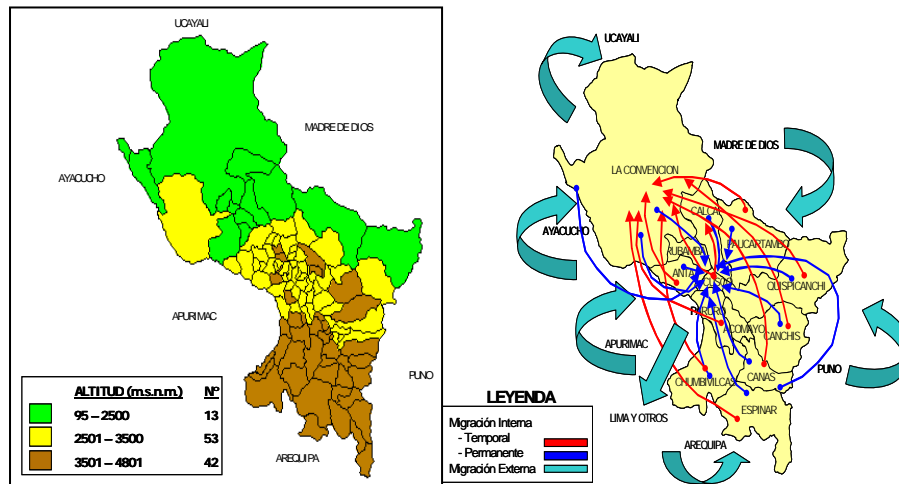
La superficie territorial es bastante accidentada y heterogénea con desniveles que van desde los 95 m.s.n.m. (distrito de Kimbiri - provincia de La Convención) hasta los 4801 m.s.n.m. (distrito de Suyckutambo, provincia Espinar).

El departamento en cuanto a su situación orográfica, está atravesado por dos grandes sistemas de cordilleras, por el Este la cadena de Vilcanota que separa la meseta del Titicaca del Oeste andino peruano; y por el Oeste la cadena de Vilcabamba, que separa al trópico amazónico, conectándose con la cuenca del Apurímac.

La presencia de valles profundos, zonas agrestes de topografía accidentada, con elevaciones que llegan hasta 6372 m.s.n.m. como el nevado de Ausangate, situado en las provincias de Quispicanchi y Canchis.



Mapas N° 02 y 03.- Departamento Cusco: Mapa de Altitud y de Flujo Migratorio Temporal y Permanente, Interno y Externo



1.1.5 OROGRAFÍA.

**Cordillera del Ausangate**, es el Pico más alto de la Cadena de la Cordillera Oriental que se extiende desde Pucará hasta Paucartambo. La altura del Ausangate es de 6,384 m-s.n.m. En sus deshielos tienen origen los ríos Chirimayu, Kosñipata, Pilcopata, Q'eros, Marcachea. En la cosmovisión andina del Cusco, es uno de los apus más renombrados de la Región, de hecho los qosqorunas tenemos una fuente de fortaleza, esperanza, manificencia y prudencia.

1.3.1 HIDROGRAFIA.

Los Ríos del departamento de Cusco, nacen contra fuerte de la Cordillera Oriental de los Andes; algunos son de caudal permanente y considerable, y otros son de caudal irregular. Los principales y mayores ríos son: Vilcanota (Urubamba), Apurímac y Mapacho (Paucartambo).

El **Río Vilcanota** nace en la cordillera de Oriental de los Andes, en la divisoria fluvial del Vilcanota. Se inicia como curso de agua en el Abra de la Raya a 4,362 m.s.n.m., presentando una pendiente promedio en el cauce principal de 0.77%. La cuenca del Vilcanota tiene forma rectangular, con una longitud del cauce principal de 265.90Km., y una relación de forma de 0.13.

En función a los cauces naturales y sus características hidráulicas, la cuenca del río Vilcanota se ha distribuido en 11 cuencas tributarias.

La cuenca del **Río Araza** está ubicada íntegramente en la provincia de Quispicanchi tiene 49 sub cuencas de las cuales 25 pertenecen a la margen izquierda. La cuenca tiene un área total de 4,680 Km<sup>2</sup>. Existen más de 190 lagunas de origen glaciar rodeadas de cumbres nevadas, pertenecientes al flanco Oriental, pertenece a la gran Hoya del Amazonas. El río Araza tiene 125 Km.

**Río Apurímac** (*Dios que habla* en Quechua), Los antiguos peruanos lo llamaron Chápaq Mayu: río poderoso, rico, omnipotente. Nace en las lagunas de Villafrío y Warawarco, en las alturas de la cordillera del Vilcanota. En su curso se distinguen el “Alto Apurímac” de aguas torrentosas y cauces relativamente estrechos, que desde el nacimiento hasta la confluencia con el Pampas, al cual afluyen el Velille, el Santo Tomás, el Oropesa, el Pachachaka. Luego, se convierte en le “Bajo Apurímac”, de aguas tranquilas y amplio cauce, hasta su confluencia con el Mantaro a 430 m.s.n.m. desde este punto recibe el nombre de Ene.

Tabla N° 02.- **Departamento Cusco: Caudal Mensual de los Principales Ríos según descarga máxima y mínima**

Río	Descarga Máxima	Descarga Mínima	%
Vilcanota	52,895 m <sup>3</sup>	4.57 m <sup>3</sup>	3.69
Mapacho	41,271 m <sup>3</sup>	3.56 m <sup>3</sup>	3.65

Fuente.- SENAMHI Cusco

#### 1.1.5 CLIMA Y TEMPERATURA

Debido a que nuestro país se encuentra en el Hemisferio Sur, el clima de la costa debería ser tropical, sin embargo existen factores que intervienen en su caracterización climática tales como: el Anticiclón del Pacífico Sur, la Corriente Peruana de Humboldt y la Cordillera de los Andes, que determinan su carácter semi tropical. El clima del departamento del Cusco es variado; con una **franja cálida** templada por debajo de los 2,000 m.s.n.m., existiendo descensos de temperatura entre los meses de mayo a julio; la temperatura promedio anual es de 23.3 °C y el nivel de precipitación anual alcanza a los 1,131.60 mm., siendo los meses de diciembre a marzo los más lluviosos, mientras que los meses de mayo y junio son los más secos.

Una **franja templada** entre los 2,000 y 3,300 m.s.n.m., con un clima agradable, con inviernos moderados y secos, lluvias en el verano; esta zona

presenta un clima primaveral durante todo el año oscilando las temperaturas entre los 10 y 15 °C aproximadamente. Una **franja de transición** entre los 3,300 y 3,700 m.s.n.m., se caracteriza por un clima frío moderado, con lluvias en el verano, las temperaturas medias anuales fluctúan entre los 8 a 12 °C., el mes más frío es julio y los meses más calientes son octubre y noviembre, se presenta una época de heladas, entre los meses de mayo a agosto, siendo más intensos entre junio y julio, en esta zona se presentan grandes oscilaciones temperaturas entre las horas de medio día agradablemente caliente y las que se registra entre las horas de la noche y el amanecer, acentuadamente fría. Una **franja fría**, por encima de los 3,700 m.s.n.m., donde la temperatura media anual es de 3.5 °C, teniendo temperaturas tan bajas, que al amanecer los arroyos y las cascadas tienden a congelarse.

### 1.3.1 ECOLOGÍA.

La diversidad ecológica es una de las características más relevantes del departamento y, como resulta obvio, la que determinó el devenir histórico y social de sus habitantes. Son los cuatro distintos pisos ecológicos que se puede encontrar en la región; tres de ellos: Quechua, Puna y Suni corresponden a lo que se conoce como la Sierra del Cusco.

El piso Quechua, está ubicado entre los 2400 y 3500 m.s.n.m., que corresponde a los valles interandinos, sus suelos son principalmente aluvionales y de temperatura abrigada, los que definen su carácter eminentemente agrícola. El piso más alto y habitado del Departamento es el denominado Puna y está ubicado sobre los 4000 m.s.n.m., zona de pastos naturales, con temperaturas en extremo bajas; razón por el cual la actividad económica principal es la ganadería sobre todo auquénida; y el último piso ecológico de la sierra es el denominado Suni, se ubica entre los dos pisos antes referidos y combina algunas de las características ecológicas de ambos. En la región amazónica del Cusco, sólo se encuentra un piso ecológico denominado Selva Alta, ubicado entre los 95 y 1000 m.s.n.m., se caracteriza por tener una accidentada topografía, con altas pluviosidades y elevadas temperaturas.

### 1.3.1 AREAS PROTEGIDAS POR EL ESTADO.

**Son el PARQUE NACIONAL DEL MANU, SANTUARIO NACIONAL DE MEGANTONI, y el SANTUARIO HISTÓRICO DE MACHUPICCHU.**

El Santuario Histórico de Machupicchu-SHMP se encuentra situado en la provincia Biogeográfica de las Yungas, esto es lo que en el Perú se conoce como Selva alta, tiene gran heterogeneidad ambiental que se manifiesta en

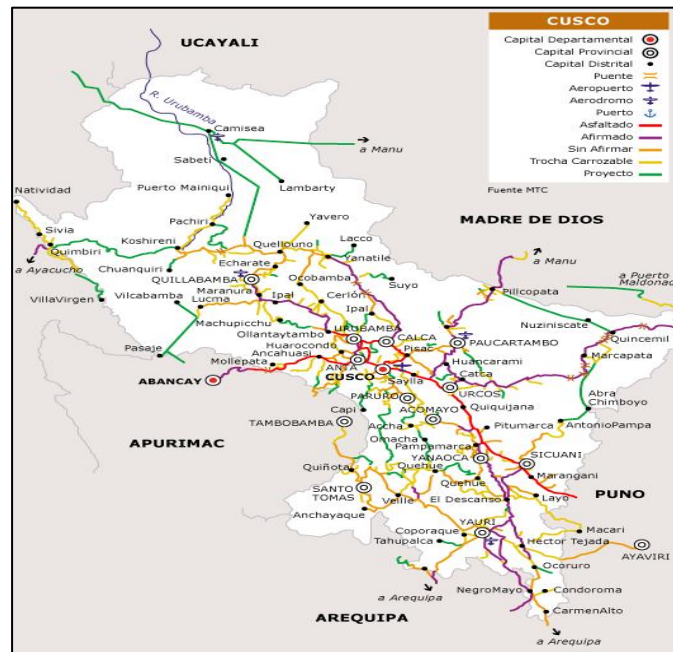
la existencia de 10 zonas de vida de acuerdo con el sistema de la clasificación de Holdridge, entre los 2,000 y 4,000 m.s.n.m. El conjunto es depositario de una notoria Biodiversidad, características de cada uno de los tipos de ecosistemas que lo conforman y que presentan la mayor riqueza en la formaciones forestales húmedas; es notoria la presencia de al menos 400 especies de orquídeas. La diversidad de la fauna registrada hasta ahora en el Santuario también es enorme. Se han registrado 401 especies de aves, entre las cuales sobresalen el gallito de las rocas (*Rupicola peruviana*).

### 1.1.8 ETNIAS, COMUNIDADES INDÍGENAS Y DIALECTOS.

Las principales etnias que habitan en el departamento del Cusco son las Amaraguari; campo Ashámina, campo Caquinte, Huachipacri, Machiguenga y Piro. Es importante considerar a las comunidades de contacto inicial como son la población Nanti en el Bajo Urubamba en las localidades de Montetoni y Malanksiari, quienes son una población de extrema vulnerabilidad y que requieren el soporte y cuidado desde el Estado. Los dialectos que se hablan en estas etnias son: Ashaninka, Harakmbet, Caquinte, Matsiguenga, Yine, etc.

### 1.1.9 VIAS DE COMUNICACION.

Mapa N° 04.- Dpto Cusco: Mapa de Ciudades y Vías de Comunicación



## **1.2.7 ASPECTOS HISTORICOS Y CULTURALES**

**RESEÑA HISTÓRICA.-** El Cusco, actualmente capital Histórica del Perú, es mundialmente conocido por su esplendor pasado y la importancia de la evolución de la cultura que se desarrollo en este pueblo. El Cusco, por Mérito propio, ostenta muchos títulos de honor, tales como Patrimonio Cultural de la Humanidad, Patrimonio Cultural del Mundo, Capital Arqueológica de América y muchos otros galardones que le hacen merecedor de un sitio muy especial en la cultura del Perú y del Mundo.

Los orígenes de la historia del Cusco se remontan a los años 2,000 A.C. en la que se asienta y desarrolla en territorio Cusqueño la cultura Marcavalle, caracterizada por su incipiente labor agrícola así como de rasgos formativos de la cerámica. Posteriormente, entre los años 500 A.C. a 500 D.C. se desarrolla en el Cusco las culturas Paqallamayo y Waru hasta el desarrollo de la cultura Wari, la que antecede a la cultura Inca en territorio cusqueño.

Sobre la fundación de la ciudad del Cusco existen dos leyendas que tratan de explicar quienes lo fundaron. Según la leyenda de Manco Cápac, este "personaje mitológico", emergió de las aguas del Lago Titicaca en compañía de su mujer Mama Ocllo Huaco. Por mandato de su padre el Sol hicieron un largo viaje al noreste con una barreta de oro, barreta que se hundió en el cerro Huanacaureen donde, en cumplimiento del mandato de su padre, fundaron la ciudad del Cusco. Según otra leyenda, la ciudad del cusco habría sido fundada por los hermanos Aya: Ayar Manco, Ayar Cachi, Ayar Auca, y Ayar Uchu quienes salieron de las ventanas del cerro Tampusato, con sus respectivas mujeres, y que luego de luchas fratricidas entre ellos salió triunfador Ayar Manco quien fundo la ciudad del Cusco.

Los Incas lograron consolidar una de las organizaciones políticas y sociales más admirable de la América precolombina, Teniendo al Cusco como capital y extendiendo su cultura por la totalidad de los actuales territorios de Perú, Ecuador Bolivia, y parte de Colombia, Chile y Argentina, con una población que variaba entre 14 a 30 millones de habitantes. La unidad básica del imperio incaico fue el Ayllu, sobre el cual se edificó un orden político decimal ascendente, hasta su integración a las cuatro regiones o suyos, derivando así el nombre quechua del imperio como Tahuantinsuyo, que en castellano quiere decir cuatro suyos, el código civil era simple y se resumía en la formula ordinaria a manera de salutación quechua "Ama Llulla, Ama Kella, Ama Sua," que en castellano equivale a decir "No seas mentiroso, no seas perezoso, no seas ladrón". La tecnología Incaica sobresalió en arquitectura y sistema de regadío, así como en el agro y zootecnia. Los

canales de irrigación de Pisac, Ollantaytambo y Anta son materia de admiración y estudios por científicos modernos. Los restos arqueológicos del Cusco figuran entre los grandes monumentos de la historia universal, comparables sólo con las pirámides de Egipto o las construcciones del Imperio Romano. En 1533 el conquistador español Francisco Pizarro llegaba al Cusco, capital del Imperio de los Incas, luego el 23 de marzo de 1534 Pizarro funda la ciudad española sobre la ya fundada ciudad inca del Cusco. Con el título de Gran Ciudad.

Durante el virreynato se trata de consolidar en el Cusco la cultura del dominio español, no logrando a plenitud este cometido, razón por la cual el Cusco es uno de los casos más complejos de América y probablemente del mundo como núcleo de un proceso de aculturación aún no acabada por el choque de dos culturas diferentes, con la supervivencia de ambas y el surgimiento de formas propias expresión cultural diferentes a las constituidas.

### COSMOVISIÓN ANDINA

La concepción del universo divide a éste en tres grandes estamentos que son: *El Hanaqpacha* (Mundo Superior): Estamento de promisión y abundancia en el que se encuentra Dios, Cristo, la Virgen, los Santos, y los espíritus de los muertos que hayan observado conducta ejemplar durante su estadía en la tierra, los hombres solo pueden llegar a él después de muertos. En sus alrededores se suponen que se hallan el **Limpu** (Limbo) al que van los espíritus de los niños no bautizados y los **pueblos de los animales**, donde van después de muertos los espíritus de éstos. *El Kaypacha* (Este Mundo): En éste se ubica la tierra, el **Roal**, toda la gama de los espíritus de las montañas, los espíritus malignos, el hombre, los animales, las plantas y los seres inanimados. Y aunque no hemos llegado a establecerlo debidamente, nos parece que el Sol, la Luna y otros cuerpos celestes conforman parte de este estamento. *El Ukhupacha* (Mundo Interior): Estamento del que se sabe bastante poco, pero tenemos entendido que se halla habitado por unos pequeños y delicados hombrecillos y sus diminutos animales que pueden ser dañados a causa de terremotos y tormentas eléctricas rayos causados por echar al descuido los bolos de coca, la *llipt'a* (ceniza del tallo de la quinua, amasada para acompañar la masticación de la coca), respectivamente. No se conoce tampoco en detalle las actividades de estos seres, aunque genéricamente se afirma que las tierras similares a los hombres. En algunos casos se identifica también al **Ukhupacha** como el infierno católico y se lo designa como la morada del **Supay** (Demonio Occidental).

### 1.3.1 CALENDARIO DE FESTIVIDADES

Tabla N° 03.- Departamento Cusco: Días Feriados

Festividad	Fecha
• Año Nuevo	1ro. de enero
• Carnavales	Febrero - Marzo (fecha variable)
• Semana Santa	variable)
• Día del trabajo	12 y 13 de abril
• Corpus Christi	1ro. de mayo
• Fiestas del Cusco Inti Raymi	Junio (fecha variable) 24 de junio
• San Pedro y San Pablo	29 de junio
• Fiestas Patrias	28 de julio
• Santa Rosa	30 de agosto
• Combate de Angamos	8 de octubre
• Día de los Muertos	1ro. de noviembre
• Inmaculada Concepción	8 de diciembre
• Navidad	25 de diciembre

### 1.1.12 TURISMO Y ZONAS ARQUEOLOGICAS

Las provincias más visitadas del departamento son: **Cusco**, antigua capital del Imperio Inca, se combina lo antiguo, lo colonial con lo moderno de sus plazas, pacchas, paseos y la vida nocturna; y **Urubamba**, la provincia que cuenta con los mayores centros arqueológicos del Perú, se ubican Machupicchu, Ollantaytambo y Chinchero, así como parte del frondoso Valle Sagrado de los Incas.

En el Cusco, existen invalorable zonas arqueológicas, cuya trascendencia es de nivel mundial, orgullo permanente de todos los peruanos. El Cusco es considerado Patrimonio Cultural de la Humanidad, por ser cuna de gran civilización inca y debido a los grandiosos monumentos arqueológicos con los que cuenta. Entre los que resaltan los siguientes: Machupicchu (una de las 7 maravillas de la era moderna), Centro Arqueológico de Saqsayhuaman (Cusco), Parque Arqueológico Písaq (Písaq), Qenqo (Cusco), Pukapukara (Cusco), Tambomachay (Cusco), Llaullipata (Cusco), Tipón (Oropesa), Parque Arqueológico Pikillaqta (Oropesa, Lucre y Andahuaylillas), Tarawasi (Limatambo), Parque Arqueológico de Rajchi (San Pedro), Centro Arqueológico de Chinchero (Chinchero), Complejo Arqueológico de Moray (Chinchero), Conjunto Arqueológico de Choqekirao (Santa Teresa)

## 1.2 ESTRUCTURA POBLACIONAL.

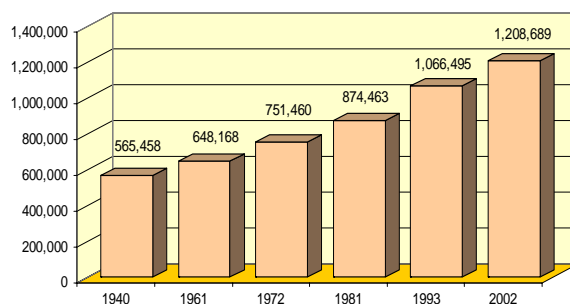
### 1.2.7 POBLACIÓN TOTAL.

Tabla N° 04.- Departamento Cusco: Población Total

DPTO./ PAÍS	1981		1993		2002	
	N°	%	N°	%	N°	%
CUSCO	874,463	4.9	1,066,495	4.1	1,208,689	4.5
PERU	17,762,231	100	22,639,443	100	26,612,136	100

Fuente.- Instituto Nacional de Estadística e Informática

Gráfico N° 01.- Dpto Cusco: Evolución de la Población Total, 1940 - 2002



Fuente.- INEI - Censos de Población - Estimaciones de Población 1940 - 2050

El crecimiento poblacional está expresado por los niveles alcanzados de fecundidad, mortalidad y migración; permiten apreciar el incremento del volumen poblacional de los años 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2002; y estas tendencias del crecimiento poblacional son el soporte de la planificación del desarrollo, en sus dimensiones socioeconómica, demográfica, ambiental y cultural.

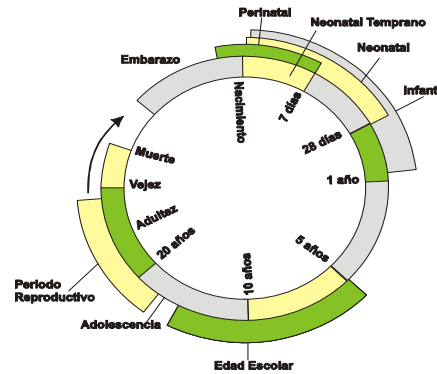
Tabla N° 05.- Departamento Cusco: Población según Sexo, 2002

Sexo	Población	%
Masculino	600,718	49.70
Femenino	607,971	50.30
Total	1,208,689	100.00

Fuente.- INEI - Estimaciones de Población 1940 - 2050



Gráfico N° 02.- Principales Etapas del Ciclo de Vida, DISA Cusco.



Existe la tendencia de asumir un modelo de atención integral del individuo, que organice e incluya las actividades de salud en áreas de atención por grupos específicos de la población, señalados por etapas del ciclo de vida. En armonía con este modelo, el análisis de la morbilidad y la priorización se puede realizar bajo el enfoque de Ciclo de Vida.

1.2.2 POBLACIÓN POR CICLOS DE VIDA.

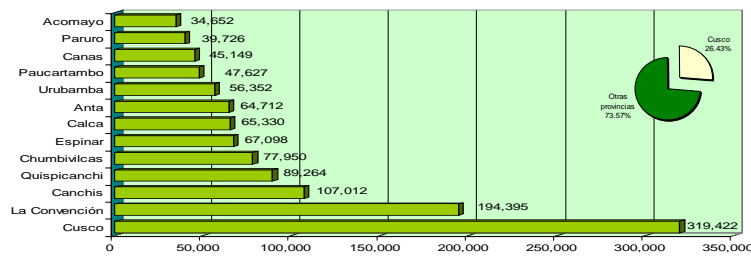
Tabla N° 06.- Departamento Cusco: Población por Ciclos de Vida 2002

CICLOS DE VIDA	2000		2001		2002	
	N°	%	N°	%	N°	%
Gestantes	39,877	3.44	38,633	3.30	39,009	3.23
0-7días(P.neonatal temprano)	574	0.05	5636	0.05	604	0.05
0 - 28 días (Periodo neonatal)	2,295	0.20	2,264	0.19	2,415	0.20
< 1 año (Infancia)	29,512	2.55	29,109	2.48	31,047	2.57
1 - 4 años (Pre escolar)	116,316	10.04	115,660	9.87	123,361	10.21
5 - 17 años (Escolar)	370,304	31.97	370,364	31.60	366,697	30.34
10 - 19 años (Adolescente)	273,467	23.61	275,718	23.53	254,105	21.02
20 - 64 años (Adultos)	543,060	46.89	555,451	47.40	582,772	48.22
65 - más años (Adulto mayor)	50,531	4.36	51,740	4.42	60,835	5.03
MEF ( 15 a 49 años)	285,377	24.64	291,849	24.90	297,975	24.65
<b>TOTAL</b>	<b>1,158,142</b>	<b>100.0</b>	<b>1,171,868</b>	<b>100.0</b>	<b>1,208,689</b>	<b>100.0</b>

Podemos apreciar que la población total para el año 2002, según el enfoque de Ciclos de Vida, el grupo correspondiente a **adultos** representa el 48.22% casi la mitad de la población, una tercera parte representada por el grupo **escolar** y casi una cuarta parte representada por las **Mujeres en Edad Fértil** (24.65%).

**1.2.3 POBLACIÓN POR PROVINCIAS.**

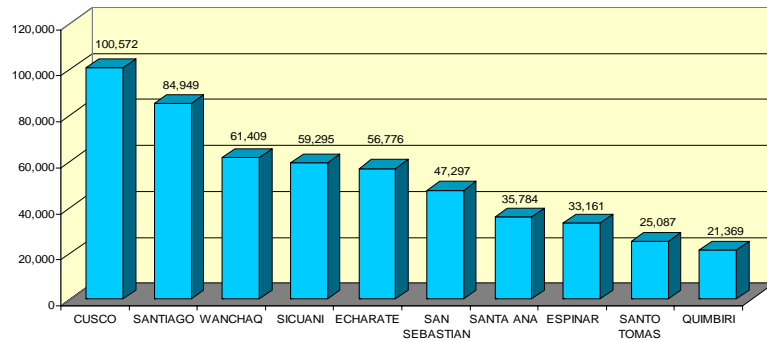
**Gráfico N° 03.- Departamento Cusco: Población por Provincias 2002**



Fuente.- Región de Salud Cusco - Dirección de Estadística e Informática

**1.2.7 POBLACIÓN POR DISTRITOS.**

**Gráfico N° 04.- Departamento Cusco: Diez Distritos con mayor población**

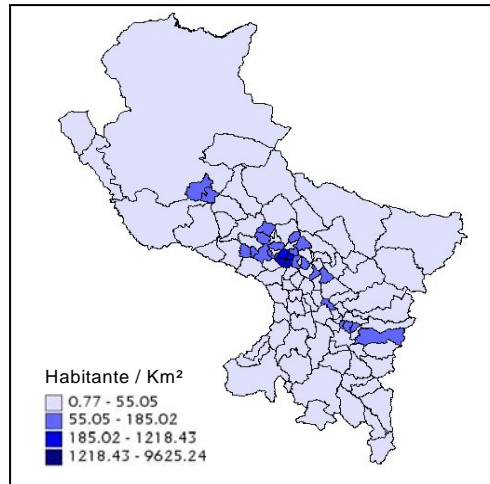


Los 10 distritos menos poblados son Saylla, Condoroma, Mosoc Llaqta, Pillpinto, Alto Pichigua, Cachimayo, Colcha, Occoruro, Poroy y Camanti.

**1.2.7 DENSIDAD POBLACIONAL.**

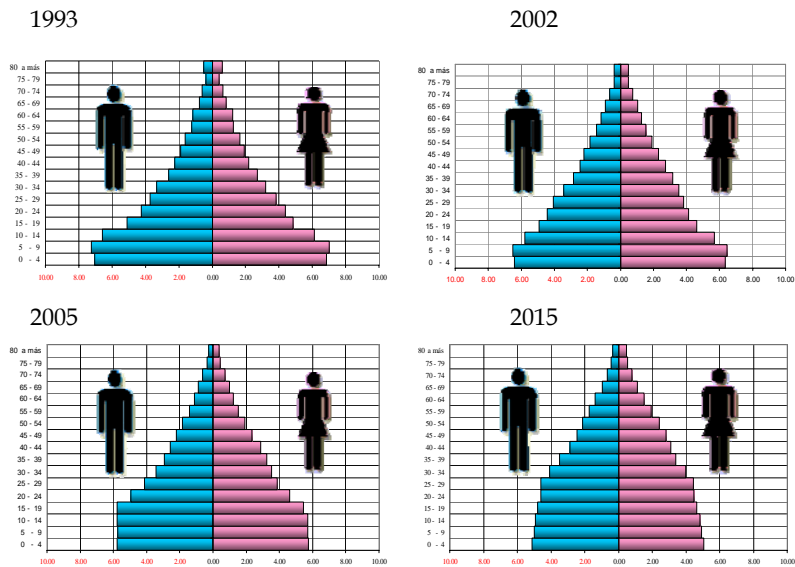
La densidad poblacional en el departamento del Cusco es de 16.8 hab/km<sup>2</sup>, mientras que a nivel nacional el indicador es de 20.8 hab/km<sup>2</sup>. La Capital de la República Lima tiene una densidad de 222.6 hab/km<sup>2</sup>, mientras que la provincia constitucional del Callao tiene una densidad de 5,355.5 hab/km<sup>2</sup>. A nivel del departamento del Cusco, la mayor concentración de habitantes por kilómetro cuadrado se da en la provincia del Cusco con 517.7 hab/km<sup>2</sup>, mientras que la de menor densidad es la provincia de La Convención con 6.47 hab/km<sup>2</sup>.

Mapa N° 05.- Departamento Cusco: Densidad Poblacional, según distritos



1.2.7 PIRÁMIDE POBLACIONAL.

Gráfico N° 05.- Dpto Cusco: Pirámides Poblacionales, 1993 - 2015



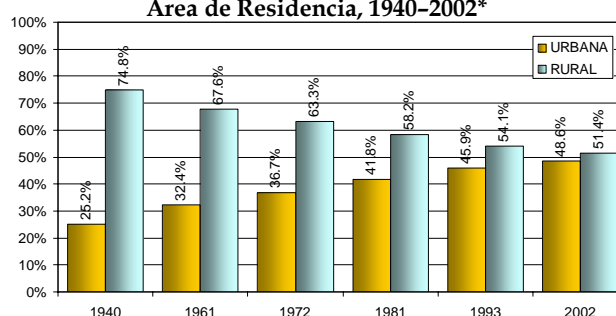
En los últimos años los cambios poblacionales en el departamento han sido marcados por los aspectos ya conocidos como el lento proceso de envejecimiento. En 1993 la pirámide presentaba base ancha y con un angostamiento progresivo en la parte superior, que caracteriza a poblaciones con alta fecundidad y mortalidad alta o media. Para el año 2002, configura una pirámide poblacional con una base que se va contrayendo debido al descenso del nivel de la fecundidad y la mortalidad, prevaleciendo todavía un número apreciable de población en edades menores, lo que señala que ya ha iniciado su proceso de envejecimiento. En las pirámides poblacionales proyectadas por el INEI para los años 2005 y 2015, su base poblacional tiende a un proceso restrictivo y un predominio de la población adulta, cuyo comportamiento debe permitirnos amoldar nuestra oferta a problemas específicos en dichos grupos poblacionales como son las enfermedades crónicas y degenerativas.

### 1.2.7 CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL.

Tabla N° 07.- Dpto Cusco: Población por Distritos 1940 - 2002

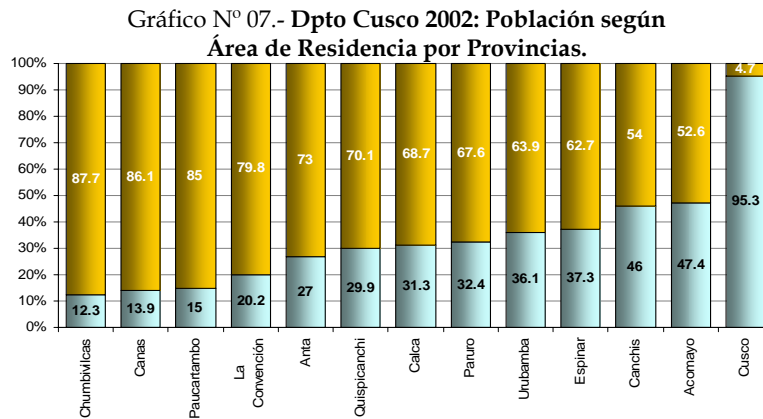
Años	Población			Porcentaje	
	Total	Urbana	Rural	Urbana	Rural
1940	486,592	122,552	364,040	25.2	74.8
1961	611,972	198,341	413,631	32.4	67.6
1972	715,237	262,822	452,415	36.7	63.3
1981	832,504	348,396	484,108	41.8	58.2
1993	1,028,763	471,725	557,038	45.9	54.1
2002	1,208,689	587,423	621,266	48.6	51.4

Gráfico N° 06.- Dpto Cusco: Población Según Área de Residencia, 1940-2002\*



Fuente.- INEI - Censos Nacionales (\*) Proyección de la Población Urbana y Rural

El proceso de desarrollo en el Perú, ha originado un acelerado proceso de urbanización, es así que para el año 2000, se estimó que 72% de los habitantes vivía en áreas urbanas.

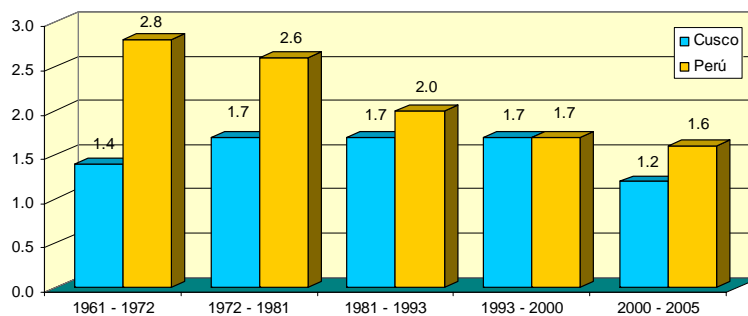


Fuente.- INEI - Censos Nacionales (\*) Proyección de la Población Urbana y Rural

#### 1.4.4 DINAMICA POBLACIONAL.

##### 1.3.1 CRECIMIENTO INTERCENSAL.

**Gráfico N° 08.- Dpto Cusco: Tasa de Crecimiento Intercensal 1961 - 2005**

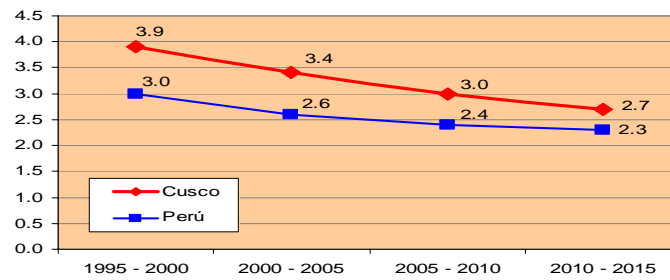


Fuente.- INEI - Censos de Población - Estimaciones de Población 1940 - 2050

La tasa de crecimiento intercensal calculada para el año 2002, es de 1.2% de crecimiento anual, mucho menos que las registradas en los 3 últimos censos, lo que nos indica el lento crecimiento de la población y sobre todo una alta tasa de migración externa.

**1.4.4 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD.**

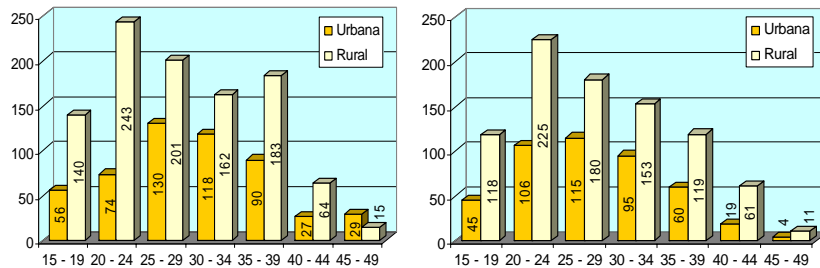
**Gráfico N° 09.- Tasa Global de Fecundidad – TGF (Hijos por mujer) Según quinquenios, Cusco – Perú**



Fuente.- INEI - Censos de Población – Estimaciones de Población 1940 - 2050

La provincia constitucional del Callao y el departamento de Lima, tienen la tasa global de fecundidad más baja del nivel nacional con 1.8 y 1.9 hijos por mujer respectivamente; mientras que Huancavelica tiene la tasa global de fecundidad más alta, con 4.6 hijos por mujer. En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2000 Cusco, la Tasa Global de Fecundidad según lugar de residencia urbano y rural es de 2.6 y 5.0 hijos por mujer respectivamente y existe una relación inversa entre fecundidad y educación, donde la TGF de las mujeres sin educación (6.6 hijos x mujer) es 2.6 veces mayor que la tasa global de fecundidad de las mujeres con educación superior (2.5 hijos x mujer).

**Gráfico N° 10.- Tasa de Fecundidad Específica por Edad, Cusco y Perú 2000**

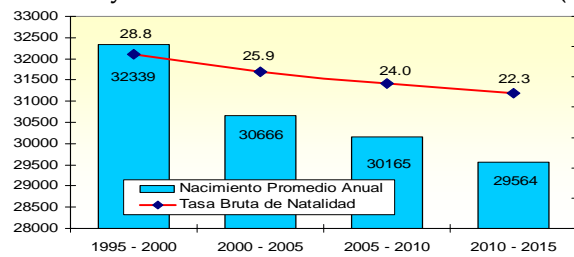


Fuente.- INEI, ENDES 2000 Cusco y Perú

La Tasa de Fecundidad Específica por Edad, está dada por los nacimientos por cada mil mujeres y en Cusco dicha tasa tiene valores altos en el área rural. En el área Urbana llama a atención que la relación se invierte en el grupo etáreo de 45 a 49 años. Otro hecho importante es la diferencia sustancial en el grupo etáreo de 15 a 19 años con predominio del área Rural.

### 1.3.3 TASA DE NATALIDAD.

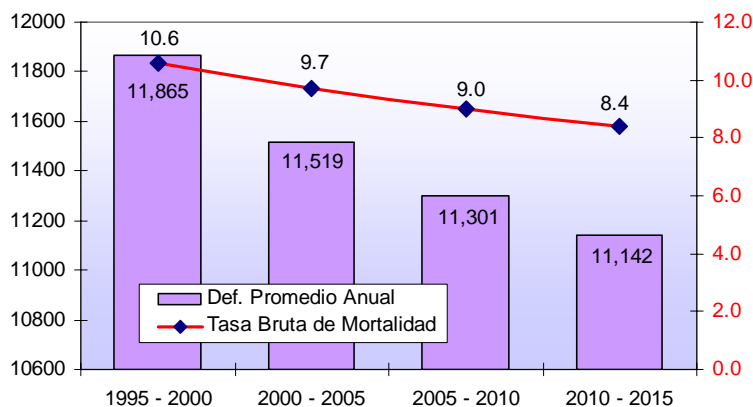
Gráfico N° 11.- Departamento Cusco: Evolución Quinquenal de los Nacimientos y la Tasa Bruta de Natalidad x 1000 Hbts (1995 - 2015)



La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) en Cusco para el año quinquenio 2000 - 2005 es de 25.9 nacimientos por mil habitantes, tasa que ha ido disminuyendo a través de los años y que el INEI proyecta una tendencia decreciente para los próximos quinquenios, como efecto del uso de métodos anticonceptivos, el control de la natalidad, la urbanización de la población, el incremento del alfabetismos de la mujer, entre otros. Para el nivel nacional para el quinquenio 2000-2005, el INEI estima que la tasa bruta de natalidad en 22.6 por mil habitantes; 16.9 para el Callao y 32.4 por mil habitantes para Huancavelica. A nivel de la DISA Cusco, se tiene reportado para el año 2002 una Tasa de Natalidad de 20.43 por mil habitantes y 24,689 nacidos vivos; lo que evidencia el nivel de subregistro aún subsistente.

### 1.4.4 TASA DE MORTALIDAD.

Gráfico N° 12.- Departamento Cusco: Evolución Quinquenal de la Tasa Bruta de Mortalidad x 1000 Hbts.

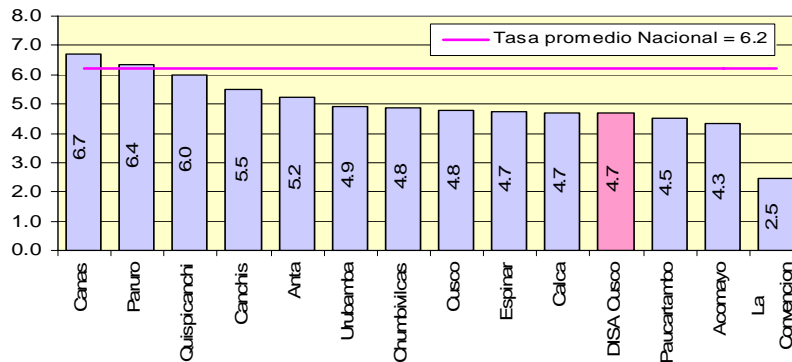


Fuente.- Proyecciones Departamentales de Población - INEI

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) en Cusco para el quinquenio 2000 – 2005 proyectada por el INEI, nos muestra que el número de fallecidos promedio que ocurren anualmente es de 9.7 por mil habitantes; y que a nivel nacional se halla ubicado en el cuarto cuartil o percentil 75. En Perú, la Tasa Bruta de Mortalidad para el quinquenio 2000–2005 es de 6.2 por mil habitantes, siendo el más bajo en el Callao con 3.9 y el más alto Huancavelica con 11.3 por mil.

Para el año 2002, la DISA Cusco tiene registrado una Tasa de Mortalidad General de 4.7 por mil habitantes y 5,574 defunciones registradas; lo que muestra un nivel importante de subregistro que requiere ser corregido. Con información a nivel de la DISA Cusco, a continuación se muestran las Tasas de Mortalidad General según Provincias para el año 2000.

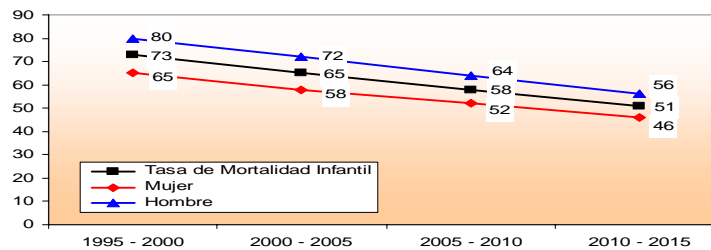
Gráfico N° 13.- Departamento Cusco: Tasa de Mortalidad General según Provincias, 2002



Fuente.- Dirección de Estadística e Informática – DISA Cusco, UNICEF Perú

#### 1.4.4 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.

Gráfico N° 14.- Departamento Cusco: Evolución Quinquenal de la Tasa de Mortalidad Infantil x 1000 Nacidos Vivos.

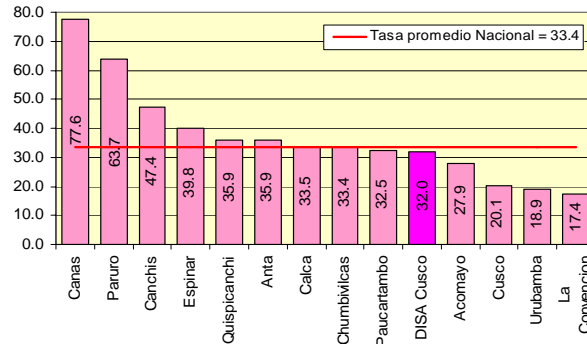


Fuente.- Proyecciones Departamentales de Población - INEI



La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Cusco para el quinquenio 2000 - 2005 es de 65 por mil nacidos vivos, esta tasa es mayor en niños que en niñas (72 y 58 x 1000 N.V. respectivamente). En el año 2002, la Dirección Regional de Salud Cusco, ha registrado una tasa de mortalidad infantil de 32.0 por mil nacidos vivos, evidenciando las debilidades del sistema de información.

Gráfico N° 15.- Dpto Cusco: Tasa de Mortalidad Infantil por Provincias, 2002

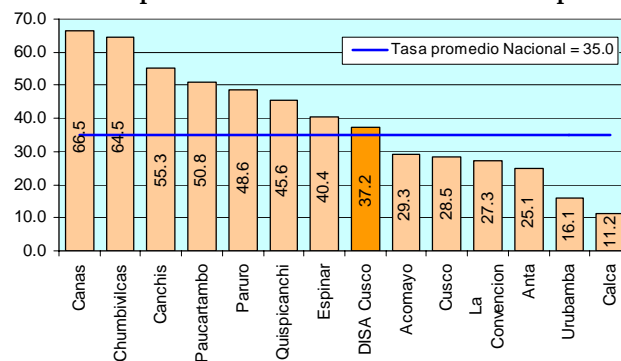


Fuente.- Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco, UNICEF Perú

#### 1.4.4 TASA DE MORTALIDAD PERINATAL.

Cada año en nuestro país ocurren más de 11,000 muertes perinatales, la cual representa un problema serio de Salud Pública, que deriva de las condiciones de pobreza, desigualdad de las mujeres al acceso de oportunidades de educación y salud, así como la deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de salud.

Gráfico N° 16.- Dpto Cusco: Tasas Mortalidad Perinatal por Provincias, 2002

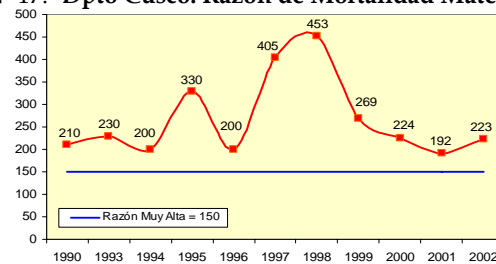


En los años últimos años, se ha dado énfasis a la vigilancia e investigación de la Mortalidad Perinatal en nuestro ámbito departamental, alcanzando tasas aproximadas a las publicadas por el INEI (ENDES 2000). En el año 2000 y 2001 se registraron tasas de mortalidad perinatal por encima del reportado en el año 2002 (39.7 y 41.7 por mil nacidos vivos). Para el año 2002 se ha notificado un total de 919 defunciones perinatales y alcanzando una tasa de mortalidad perinatal (TMP) de 37.2 por mil nacidos vivos (24689); tasa por encima del promedio nacional para el mismo período.

#### 1.4.4 RAZON DE MORTALIDAD MATERNA.

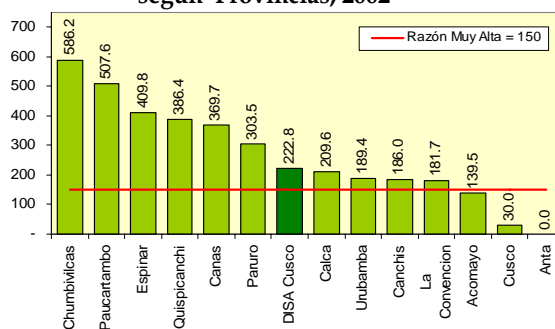
El departamento de Cusco, presenta anualmente una razón de mortalidad materna por encima de 150 por 100,000 nacidos vivos, y grandes diferencias provinciales en zonas caracterizadas con problemas socioeconómicos, culturales y de accesibilidad a educación y salud.

Gráfico N° 17.- Dpto Cusco: Razón de Mortalidad Materna, 1990-2002



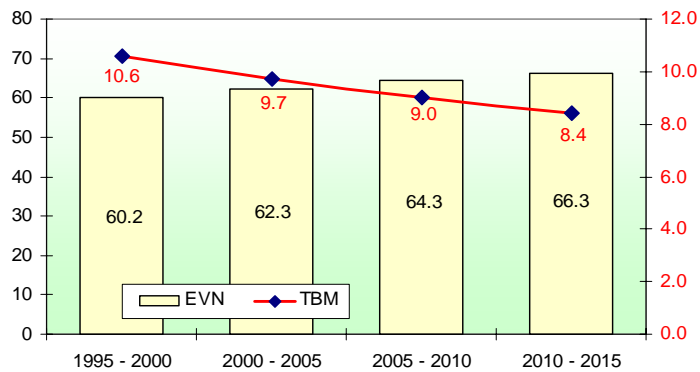
Fuente.- 1990-1996: Estadística e Informática (con subregistro)  
 1997-1998: Programa Materno Perinatal  
 1999-2002: VEA - Dirección de Epidemiología

Gráfico N° 18.- Dpto Cusco: Razón de Mortalidad Materna según Provincias, 2002



#### 1.4.4 ESPERANZA DE VIDA AL NACER.

Gráfico N° 19.- Departamento Cusco: Evolución Quinquenal de la Esperanza de Vida al Nacer y la Tasa Bruta de Mortalidad

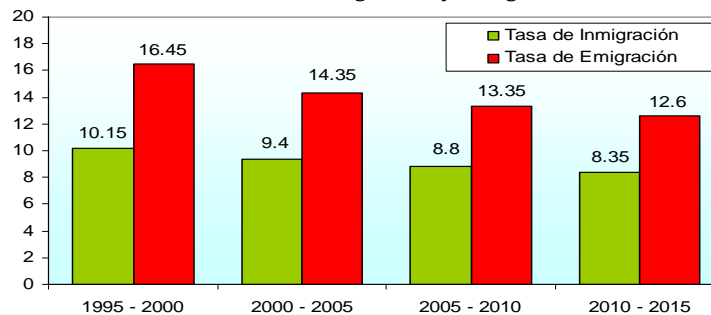


Fuente.- Proyecciones Departamentales de Población - INEI

La evolución de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) para el quinquenio 2000-2005 en promedio es más en mujeres que en hombres (64.6 y 60.0 años respectivamente) y estamos por debajo del indicador nacional (69.8 años). El Callao y Lima tienen las mejores EVN de 78.8 y 77.7 años; y Huancavelica tiene la EVN más baja (59.1 años).

#### 1.4.4 TASA DE MIGRACIÓN INTERNA.

Gráfico N° 20.- Departamento Cusco: Evolución Quinquenal de la Tasa Periódica de Inmigración y Emigración



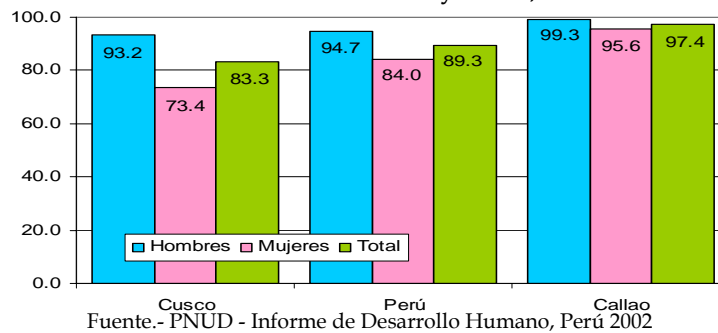
Fuente.- Proyecciones Departamentales de Población - INEI

## 1.4 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONOMICAS

### 1.4.1 TASA DE ALFABETISMO

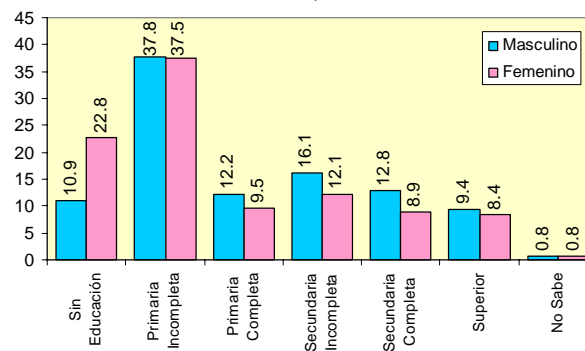
Pensamos que este indicador tiene sus limitaciones, en tanto que a partir de ella pretendemos evaluar si es o no un potencial factor de protección sanitario –que por cierto lo es-, dado que el hecho de saber leer y escribir no es suficiente para poder entender y construir una cultura sanitaria en términos preventivos y promocionales, y que operativamente se traduzca en que la población adopte estilos de vida y hábitos saludables que permitan alcanzar una mejor calidad de vida para el poblador.

Gráfico N° 21.- Departamento Cusco: Comparación de la Tasa de Alfabetismo con Perú y Callao, 2002



### 1.4.4 NIVEL DE EDUCACIÓN.

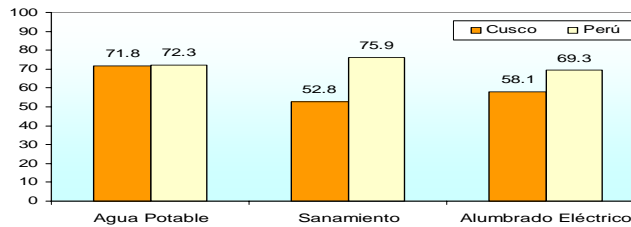
Gráfico N° 22.- Dpto Cusco: Distribución Porcentual de la Población Masculina y Femenina de 06 a más años por Niveles de Educación Alcanzada, 2002



La mediana de años de educación alcanzada por la población de 6 años a más en el departamento es de 5.1 años de estudio en los hombres y 3.2 años en las mujeres. La diferencia de sexo en la mediana de años de estudio es menor en el área urbana (1.1 años) que en el área rural (2 años). El porcentaje de población sin educación en el Cusco es casi el doble que el presentado a nivel nacional.

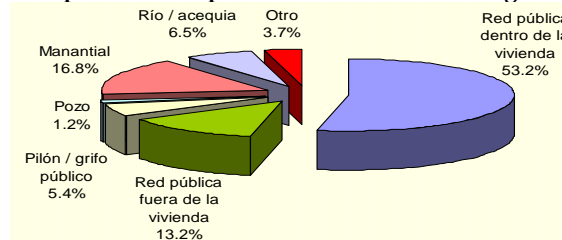
**1.4.4 ACCESO A LOS SERVICIOS BASICOS.**

**Gráfico N° 23.- Dpto Cusco: Acceso a los Servicios Básicos, 2000**



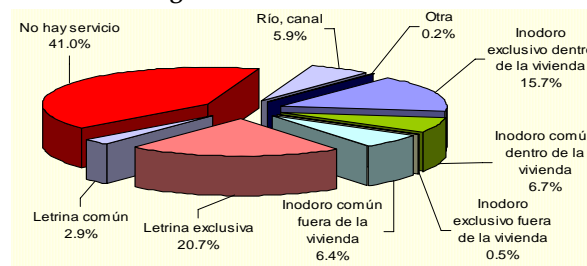
Fuente.- INEI, ENDES 2000 - Cusco

**Gráfico N° 24. Dpto Cusco: Tipo de Abastecimiento de Agua en Viviendas**



Fuente.- INEI, ENDES 2000 - Cusco

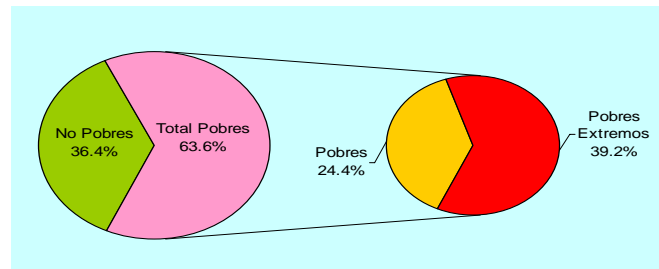
**Gráfico N° 25.- Departamento Cusco: Disponibilidad de Servicios Higiénicos en las Viviendas**



Fuente.- INEI, ENDES2000 - Cusco

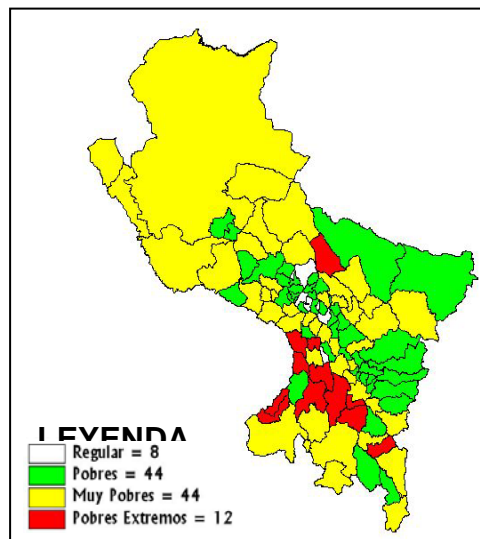
#### 1.4.4 HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA.

Gráfico N° 26.- Departamento Cusco: Porcentaje de Población Pobre según Necesidades Básicas Insatisfechas



Fuente.- La Pobreza en el Perú 2001. Una Visión Departamental - INEI; 2002

Mapa N° 06.- Departamento Cusco: Mapa de Pobreza, FONCODES 2000



El 11.12% de nuestros distritos son de extrema pobreza, el 81.48% está entre pobres y muy pobres; y el 7.4% se encuentra en el estrato Regular de Pobreza y ningún distrito de nuestro departamento está en el estrato aceptable. Estos Índices de Pobreza se relacionan con una mayor proporción de la población rural, con ausencia de servicios básicos necesarios, inaccesibilidad a los

servicios de salud y educación; estratos donde las Muertes Maternas, Perinatales e Infantiles son altas, debido a la existencia y persistencia de inequidades.

#### 1.4.5 INDICE DE DESARROLLO HUMANO.

Tabla N° 08.- Departamento Cusco: Índice de Desarrollo Humano por Provincias, 2002

Provincias	Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de Vida al Nacer		Alfabetismo		Matriculación Secundaria		Logro Educativo		Ingreso Familiar per cápita		Nivel
	IDH	Ranking Perú	Años	Ranking Perú	%	Ranking Perú	%	Ranking Perú	%	Ranking Perú	S/. Mensual	Ranking Perú	
Cusco	0.664	11	70.7	26	94.5	12	89.1	33	92.7	17	391.1	11	Alto
Urubamba	0.531	93	65.5	117	84.9	81	65.7	114	78.5	94	230.2	82	Medio Bajo
Canchis	0.525	100	61.4	184	82.5	100	81.7	62	82.2	74	242.0	67	
La Convención	0.519	106	66.8	99	84.1	85	55.9	141	74.7	115	212.3	105	
Espinar	0.517	107	63.7	151	83.7	89	67.9	110	78.4	95	221.8	96	
Anta	0.509	116	64.2	147	78.8	122	71.8	98	76.5	107	208.0	110	
Calca	0.502	125	61.5	127	77.9	128	60.1	131	72.0	134	215.8	102	
Canas	0.447	145	60.7	191	80.0	117	60.7	128	73.6	123	200.7	119	Bajo
Quispican	0.454	164	61.1	187	75.7	141	43.0	179	64.8	163	211.8	106	
Chi	0.454	165	61.7	180	76.7	135	35.9	189	63.1	171	217.6	99	
Acomayo	0.440	177	62.3	172	68.8	166	48.0	165	61.9	173	182.3	143	
Chumbivilcas	0.436	182	62.2	174	70.7	162	36.1	188	59.2	183	197.0	124	
Paruro	0.432	186	62.6	167	71.0	160	31.1	193	57.7	186	192.8	131	
Paucartambo													

Fuente.- PNUD, Informe sobre el Desarrollo Humano, Perú 2002

El rango de IDH fluctúa entre 0 (cero) y 1 (uno). Cuanto más cercano se esté a un IDH igual a 1, tanto mayor será su nivel de desarrollo humano. El Perú clasifica como un país con IDH mediano, con un índice de 0,626. El IDH calculado por departamentos permite ubicar la posición en una tabla de desarrollo humano dividida en tres categorías: desarrollo humano alto, mediano (subdividido en mediano alto, medio y bajo) y desarrollo humano bajo. El porcentaje de alfabetismo (83.3%), la EVN de 62.3 años y el indicador de pobreza del 63.6%; hacen que de las trece provincias del departamento del Cusco, doce tengan un Índice de desarrollo entre Medio bajo y Bajo (92%), y sólo la provincia del Cusco tenga el Índice de Desarrollo Humano Alto (0.664) para el año 2002.

CAPITULO II

ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

2.1. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD.

2.1.1. CAUSAS DE MUERTE EN LA POBLACIÓN GENERAL Y SEXO.

Tabla N° 09.- Dpto Cusco: Diez Primeras Causas de Mortalidad en Población General, 2002

N° Ord	Grupo de Causas	Grupos de Edad (Años)										Total Gral.	%
		0-28 días	< 1a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-64	> 65			
	<b>Totales</b>	<b>406</b>	<b>786</b>	<b>236</b>	<b>102</b>	<b>77</b>	<b>105</b>	<b>1062</b>	<b>839</b>	<b>2367</b>	<b>5574</b>	<b>100.0</b>	
1	Enfermedades del sistema respiratorio	61	166	35	11	6	9	107	104	561	999	17.9	
2	Enfermedades del sistema digestivo	11	19	10	5	5	13	206	207	294	759	13.6	
3	Enfermedades del sistema circulatorio	21	27	12	8	6	7	84	98	385	627	11.2	
4	Tumores (Neoplasias)	-	-	9	6	6	9	104	170	300	604	10.8	
5	Traumatismo y Envenenamientos	20	68	47	24	19	21	142	48	77	446	8.0	
6	Ciertas enferm. infecciosas y parasitarias	14	45	29	13	9	7	82	53	126	364	6.5	
7	Causas externas de mortalidad	6	31	26	12	12	18	153	58	41	351	6.3	
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	197	298	-	-	-	-	-	-	-	298	5.3	
9	Enfermedades del sistema genitourinario	4	9	5	1	6	4	25	33	204	287	5.1	
10	Signos, síntomas y afecciones no clasificadas	10	23	4	3	2	3	26	14	194	269	4.8	
	Todas las demas Causas	46	92	52	18	6	14	133	61	194	570	10.2	

Fuente.- Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

En las últimas décadas ha habido una reducción sostenida de la mortalidad, a expensas de las enfermedades transmisibles, sin embargo se puede apreciar que las Infecciones Respiratorias Agudas sigue siendo la primera causa de muerte con el 17.9 por ciento, el mismo que se da en los grupos más



vulnerables (menores de 5 años y adultos mayores de 50 años). Llama la atención que cada vez los Tumores producen mayor cantidad de muertes, siendo la cuarta causa de muerte general (10.8 % de muertes del total), lo cuál concordaría con el periodo pretransicional epidemiológico que estamos viviendo, afectando más a la población adulta y adulta mayor. La quinta causa de muerte lo constituyen los Traumatismos y Envenenamientos, lo cuál debe llamarnos a preocupación dado que año a año se incrementan el número de muertes por esta causa, a pesar de que se reconoce un subregistro de causalidad en relación a esta causa, lo que requiere que los niveles ejecutivos institucionales y de un trabajo multiinstitucional se enfrente el problema de manera integral. Para el año 2002, la DISA Cusco tiene registrado un total de 5,574 defunciones registradas, con una Tasa de Mortalidad General de 4.7 por mil habitantes.

Tabla N° 10.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Mortalidad en Población Femenina, 2002

N° Ord	Grupo de Causas	0-28	Grupos de Edad (Años)								Total 1 Gral.	%
		días	< 1a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-64	> 65		
	<b>Totales</b>	<b>169</b>	<b>350</b>	<b>119</b>	<b>45</b>	<b>32</b>	<b>49</b>	<b>411</b>	<b>354</b>	<b>1208</b>	<b>2568</b>	<b>100.0</b>
1	Enfermedades del sistema respiratorio	28	75	13	6	1	5	34	39	294	467	18.2
2	Tumores (Neoplasias)			7	1	4	4	64	107	152	339	13.2
3	Enfermedades del sistema circulatorio	8	10	8	5	3	6	36	49	221	338	13.2
4	Enfermedades del sistema digestivo	4	7	4	3	4	7	80	67	111	283	11.0
5	Signos, síntomas y afecciones no clasificadas	4	11	3	2	1	3	8	8	124	160	6.2
6	Ciertas Enferm. Infecciosas y parasitarias	6	19	16	6	5	3	32	19	57	157	6.1
7	Enfermedades del sistema genitourinario	1	2	3		3	2	14	14	110	148	5.8
8	Traumatismo y Envenenamientos	5	32	21	8	4	7	31	13	26	142	5.5
9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	77	128		-	-	-	-	-	-	128	5.0
10	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	5	14	4	-	-	8	12	61	105	4.1
	Todas las demas Causas	22	54	26	9	7	11	104	31	59	301	11.7

Fuente.- Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

La causa más frecuente en las mujeres luego de las enfermedades del sistema respiratorio; son los Tumores, como el cáncer de estómago y duodeno, cancer de cuello uterino y cancer de mama, lo cuál debe llamarnos a preocupación en términos que desde el sector y la salud pública se deben implementar programas o acciones de prevención y detección temprana intensos que permitan enfrentar este problema oculto que silenciosamente avanza cada vez más, y frente al cuál no se cuenta con propuestas sistemicas y sistematicas que indiquen que existe decisión política para enfrentar el problema desde los más altos niveles de decisión institucional.

Tabla N° 11.- Dpto Cusco: Diez Primeras Causas de Mortalidad en Población Masculina, 2002

N° Ord	Grupo de Causas	0-28 días	Grupos de Edad (Años)								Total Gral.	%
			< 1a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-64	> 65		
	<b>Totales</b>	<b>233</b>	<b>435</b>	<b>114</b>	<b>57</b>	<b>45</b>	<b>56</b>	<b>651</b>	<b>487</b>	<b>1161</b>	<b>3006</b>	<b>100.0</b>
1	Enfermedades del sistema respiratorio	33	91	22	5	5	4	73	65	267	532	17.7
2	Enfermedades del sistema digestivo	7	12	6	2	1	6	126	140	183	476	15.8
3	Traumatismo y envenenamientos	15	36	26	16	15	14	111	35	51	304	10.1
4	Enfermedades del sistema circulatorio	13	17	4	3	3	-	48	49	164	289	9.6
5	Tumores (Neoplasias)	-	-	2	5	2	5	40	63	148	265	8.8
6	Causas externas de mortalidad	2	15	16	10	8	15	115	40	28	247	8.2
7	Ciertas Enferm. infecciosas y parasitarias	8	26	13	7	4	4	50	34	69	207	6.9
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	120	170	-	-	-	-	-	-	-	170	5.7
9	Enfermedades del sistema genitourinario	3	7	2	1	3	2	11	19	94	139	4.6
10	Signos, síntomas y Afecciones no clasificadas	6	12	1	1	1	-	18	6	70	109	3.6
	Todas las demas Causas	26	49	22	7	3	5	59	36	87	268	8.9

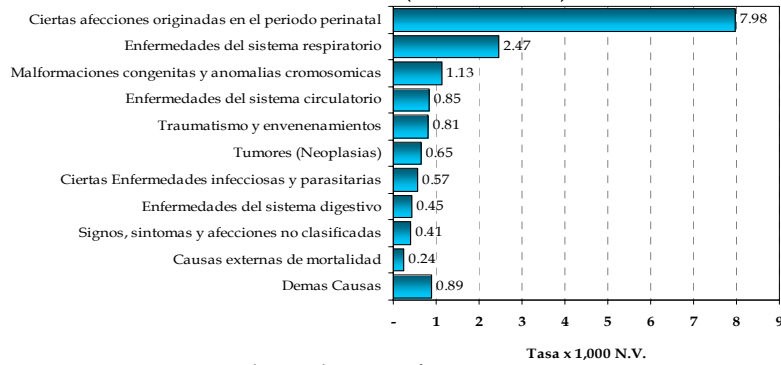
Fuente.- Dirección de Estadística e Informática – DISA Cusco

### 2.1.2. MORTALIDAD EN EL PERIODO NEONATAL (De 0 a 28 días).

En la edad neonatal, las mas altas tasas de mortalidad según grupo de causa lo constituye las denominadas como ciertas afecciones originadas en el período perinatal y las enfermedades respiratorias del recién nacido; del

mismo modo las anomalías congénitas, anomalías cromosómicas y retardo del crecimiento están dentro de las causas que en términos de riesgo ocasionan muerte neonatal. Los factores asociados a la presencia de estos casos, en algunos casos está dado por problemas relacionados a la atención perinatal, dado que cuando se realiza el análisis de las causas de muerte en éste grupo y su relación con peso, edad gestacional, etc., se aprecia que el grupo más afectado es el de niños de peso superior a 2500 g., con edad gestacional superior a las 36 semanas.

Gráfico N° 27.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Neonatal (De 0 a 28 días), 2002



Fuente.- Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

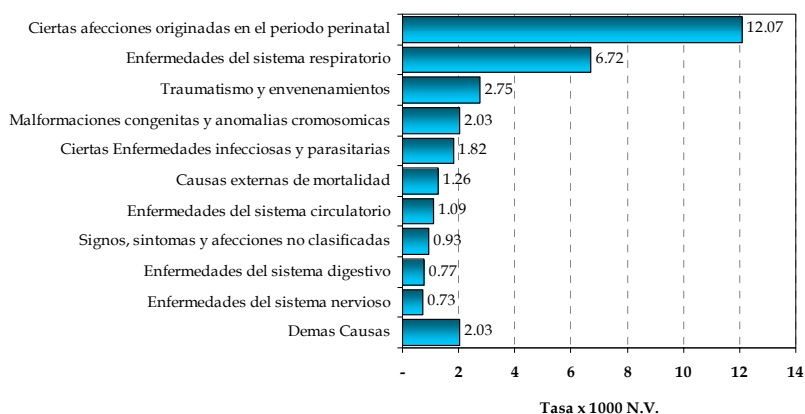
Sin embargo, existe un problema importante, y esta relacionado al adecuado llenado de los certificados de defunción por parte del personal de salud, tarea que debe ser liderada de los responsables insitucionales de la información de estadísticas vitales.

Muchas de estas muertes pudieron ser evitables teniendo en cuenta los factores donde tenemos algún nivel de alcance; y es el relacionado al mejoramiento de la capacidad resolutoria según niveles de responsabilidad, fortalecimiento de las competencias del personal de salud según niveles de funciones y responsabilidades, mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia, el mejoramiento de la calidad de atención y la atención integral de la salud de la mujer, que vaya acompañado de un seguimiento real de los riesgos materno perinatales, y el relacionado a la participación activa de la comunidad para enfrentar el problema, que debe incluir un proceso de mercadeo social sobre la atención integral de la salud de la mujer.

### 2.1.3. MORTALIDAD INFANTIL (< 1 año).

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal como causa de muerte constituye o tiene la más alta tasa de mortalidad específica según grupo de causa en el periodo infantil, dentro del cuál la mortalidad en el periodo neonatal constituye un factor importante en el afán de disminuir las tasas de mortalidad infantil y que debe ser motivo de interés por los tomadores de decisiones. Otros grupos de causas que tienen las más altas tasas de mortalidad específica lo constituyen las enfermedades del aparato respiratorio, seguido de los traumatismos y envenenamientos, este último grupo de causa deberá o requiere ser seguido con especificidad para así poder dar una respuesta sanitaria en términos preventivos.

Gráfico N° 28.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Infantil (< 1 año), 2002



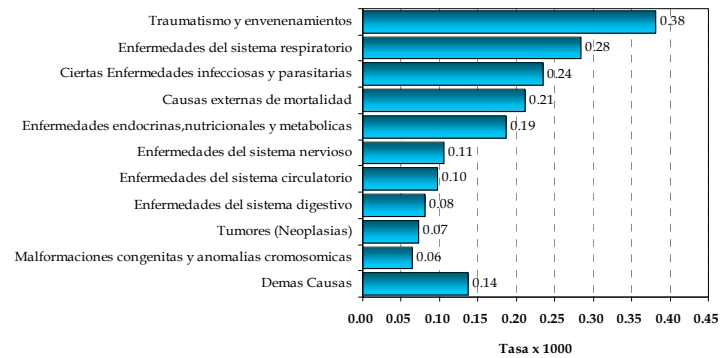
Fuente.- Dirección de Estadística e Informática – DISA Cusco

Para el 2002 la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se redujo a 32.0 por mil nacidos vivos (n.v.) en comparación al 2001 (TMI de 34.6 x 1000 n.v.), así como que este índice estaría por debajo del indicador nacional (35 x 1000 nv); hay que recordar que aún persisten problemas de subregistro importante sobre todo en las poblaciones rurales más inaccesibles y dispersas.

Un factor importante para la reducción de la mortalidad infantil pensamos que significó la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles y que pasaron a un segundo espacio luego de las afecciones perinatales.

**2.1.4. MORTALIDAD EN POBLACIÓN PRE ESCOLAR (De 1 a 4 años).**

**Gráfico N° 29.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Pre Escolar (De 1 a 4 años), 2002**

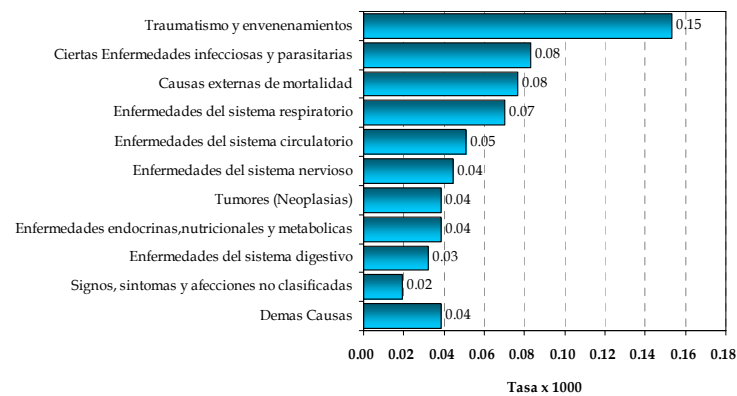


Fuente.- Dirección de Estadística e Informática – DISA Cusco

En este grupo específico, apreciamos que los traumatismos y envenenamientos ocupan el primer lugar en el perfil de mortalidad, seguido de las enfermedades del sistema respiratorio, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, propias de este grupo etáreo.

**2.1.5. MORTALIDAD EN POBLACIÓN ESCOLAR PRIMARIA (De 5 a 9 años).**

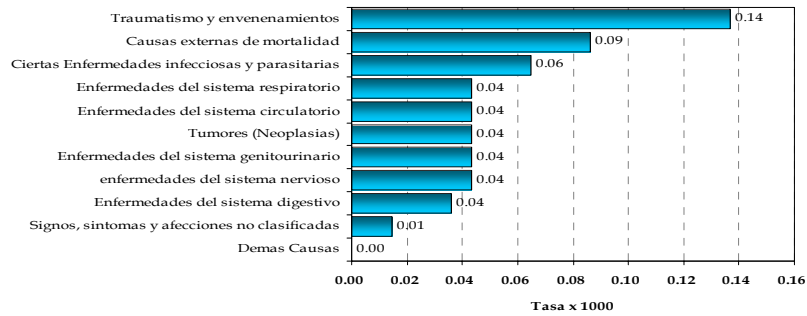
**Gráfico N° 30.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Escolar (De 5 a 9 años), 2002**



Fuente.- Dirección de Estadística e Informática – DISA Cusco

2.1.6. MORTALIDAD EN POBLACIÓN ESCOLAR (De 10 a 14 años).

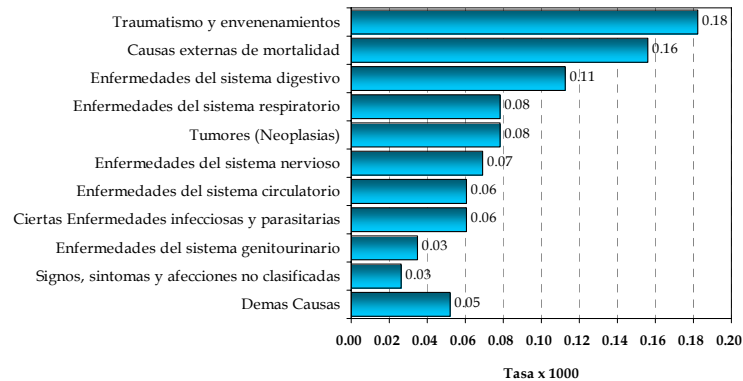
Gráfico N° 31.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Escolar (De 10 a 14 años), 2002



En el grupo de niños de 10 a 14 años, la primera causa de muerte son los traumatismos y envenenamientos, que junto a la segunda causa que son las Causas externas de mortalidad, forman el grupo de Causas externas de traumatismos y envenenamientos, con una tasa de mortalidad de  $0.23 \times 1000$ . Es importante observar en este grupo de edad, que las enfermedades de carácter crónico, ya se manifiestan con un porcentaje importante de muertes, aquí representado por Tumores (neoplasias), que ocupa la sexta causa de mortalidad.

2.1.7. MORTALIDAD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE (De 15 a 19 años).

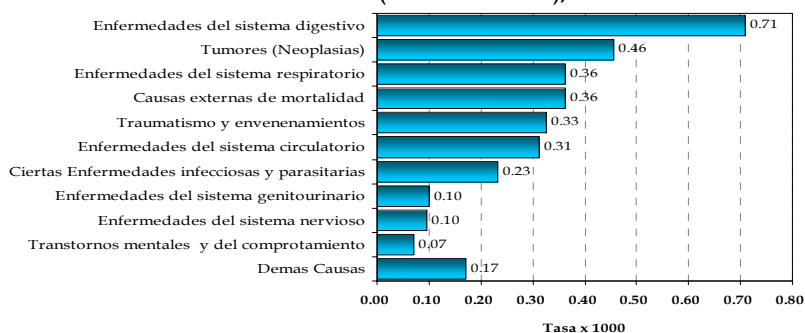
Gráfico N° 32.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Adolescente (De 15 a 19 años), 2002



Fuente.- Dirección de Estadística e Informática – DISA Cusco

2.1.8. MORTALIDAD EN POBLACIÓN ADULTA (De 20 a 64 años).

Gráfico N° 33.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Adulto (De 20 a 64 años), 2002

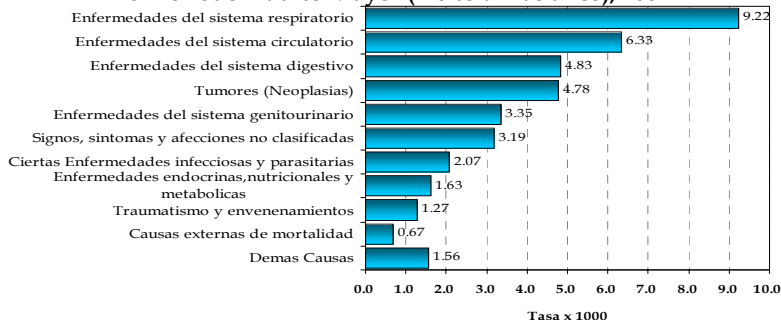


Fuente.- Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

Los datos de mortalidad en la población adulta (20 a 64 años), muestra que la primera causa de muerte son las Enfermedades del sistema Digestivo, dentro de las cuales se encuentran con mucha frecuencia causas secundarias a problemas crónicos (Hemorragia disgestiva alta, enfermedades hepáticas, pancreáticas, etc.), la segunda causa de muerte en éste grupo, están los Tumores-Neoplasias, relacionados con la edad y sexo, que podría llegar a ser la primera causa de muerte, si se implementase mejor los aspectos de diagnóstico etiológico de enfermedades.

2.1.9. MORTALIDAD EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR (De 65 a más años).

Gráfico N° 34.- Departamento Cusco: Diez Primeras Causas de Muerte en el Período Adulto Mayor (De 65 a más años), 2002



Fuente.- Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

### 2.1.10. DETERMINACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD QUE CAUSAN MORTALIDAD SEGÚN RAVPP Y REM.

Para determinar los principales problemas de salud que causan mortalidad se ha utilizado la combinación de dos indicadores de mortalidad: uno que mide la magnitud del problema con la prematuridad de estas muertes que es la Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP) y otro que mide el exceso de mortalidad que es la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM). Con los datos calculados del AVPP y REM para cada grupo de causa según la Lista 6/67 de OPS de nuestra región se ha contruido una matriz de priorización de mortalidad (Ver Tabla N° 13). Podemos observar entonces que los daños que producen una pérdida importante de años potenciales de vida y que son fácilmente evitables se ubican en las celdas inferiores a la derecha (mayor Razón de AVPP y mayor REM), estos daños son:

1. Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal
2. Eventos de intención no determinada
3. Septicemia, excepto neonatal
4. Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado
5. Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obst. Intest.
6. Paro cardíaco
7. Insuficiencia cardíaca
8. Los demás Accidentes de transporte y los no especificados
9. Embarazo, parto y puerperio
10. Trastornos mentales y del comportamiento
11. Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto
12. Infecciones respiratorias agudas
13. Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis
14. Resto de enfermedades del sistema digestivo
15. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosóm
16. Deficiencias nutricionales
17. Enfermedades del Sistema Genito Urinario
18. Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación
19. Sepsis bacteriana del recién nacido
20. Tuberculosis
21. Enfermedades infecciosas intestinales
22. Resto de enfermedades
23. Accidentes de transporte terrestre



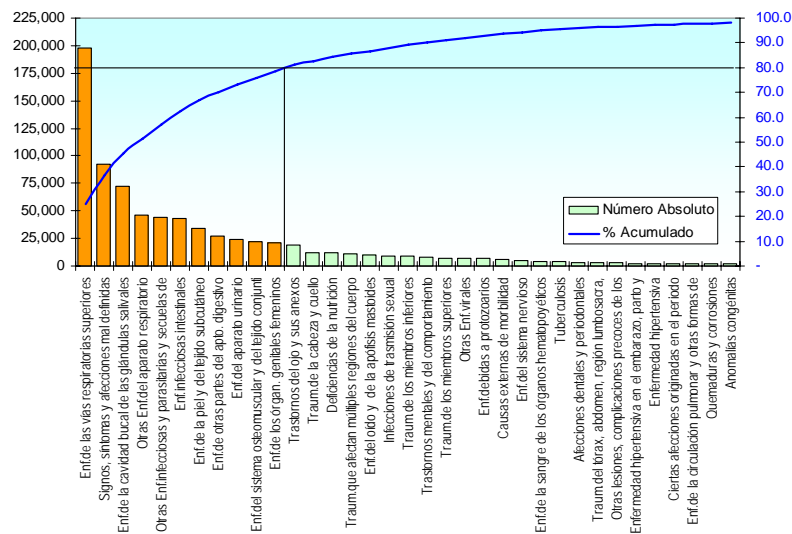
Tabla N° 13.- Departamento Cusco: Matriz para la Priorización en base a Razon de AVPP y REM 2002 - DISA Cusco

RAVPP / REM	1° Cuartil	2° Cuartil	3° Cuartil	4° Cuartil
1° Cuartil	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea</li> <li>-Tumor maligno de los órganos genitourinarios</li> <li>-Enfermedades hipertensivas</li> <li>-Calidas</li> <li>-Exposición al humo, fuego y llamas</li> <li>-Las demás accidentes</li> <li>-Tumor maligno del cuerpo del útero</li> <li>-Enfermedades Órganos Genitales Masculinos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las demás enfermedades del sistema circulatorio</li> <li>-Diabetes mellitus</li> <li>-Accidentes por disparo de arma de fuego</li> <li>-Tumor maligno de los órganos respirat. e intratorácicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermedad por el VIH (SIDA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Feto y recién nacido Afec. por ciertas Afec. maternas</li> </ul>
2° Cuartil	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermedades isquémicas del corazón</li> <li>-Meningitis inflamatorias del sistema Nervioso</li> <li>-Tumor maligno de lejido linfático, de otros órganos hemalopo</li> <li>-Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pl</li> <li>-Tumor maligno de la mama de la mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tumor maligno de estómago</li> <li>-Tumor maligno del cuello del útero</li> <li>-Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón</li> <li>-Anemias nutricionales</li> <li>-Feto y recién nacido afectados por complic. obstétrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Resto de ciertas enferm., infecciosas y parasitarias</li> <li>-Enfermedades crónicas de las vías respirat. inferiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Abogamiento y sumersión accidentales</li> <li>-Fiebre reumática aguda y Enf. cardíacas reumáticas c</li> <li>-Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y raba</li> </ul>
3° Cuartil	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Leucemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accidentes que destruyen la respiración</li> <li>-Tumor maligno de los órganos digestivos y del pteriono, e</li> <li>-Enfermedades cerebrovasculares</li> <li>-Tumores malignos de otras localizaciones y de las no espe</li> <li>-Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sepsis bacteriana del recién nacido</li> <li>-Tuberculosis</li> <li>-Enfermedades infecciosas intrasimales</li> <li>-Resto de enfermedades</li> <li>-Accidentes de transporte terrestre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Insuficiencia cardíaca</li> <li>-Los demás Acc. de transporte y los no especificados</li> <li>-Embarazo, parto y puerperio</li> <li>-Trastornos mentales y del comportamiento</li> <li>-Tumores in situ, benignos y los de comport. incierto o</li> </ul>
4° Cuartil		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Resto de enfermedades del sistema respiratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infecciones respiratorias agudas</li> <li>-Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis</li> <li>-Resto de enfermedades del sistema digestivo</li> <li>-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías</li> <li>-Deficiencias nutricionales</li> <li>-Enfermedades del Sistema Genito Urinario</li> <li>-Retardo del crecimiento fetal, desatur, fetal, gestación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal</li> <li>-Eventos de intención no determinada</li> <li>-Sepsicemia, excepto neonatal</li> <li>-Infecciones y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado</li> <li>-Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obst. Inest.</li> <li>-Paro cardíaco</li> </ul>

## 2.2. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD.

### 2.2.1. MORBILIDAD EXPRESADA COMO DEMANDA.

Gráfico N° 35.- DISA Cusco: Enfermedades que Producen el 80% de la Consulta Externa General, 2002

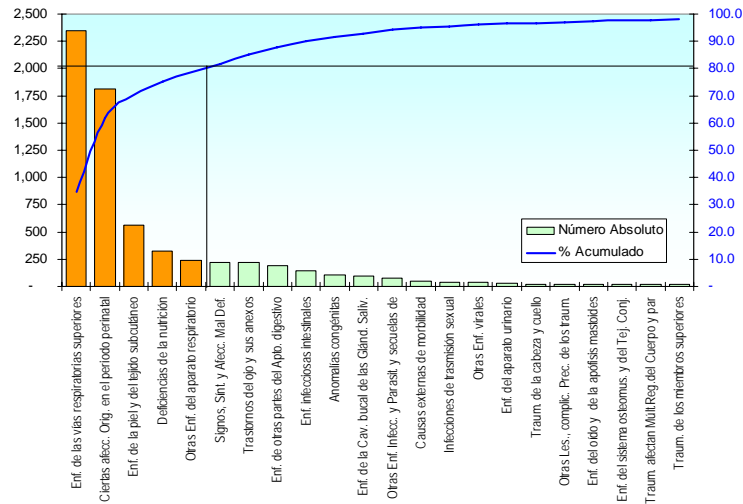


Fuente.- HIS 2002, Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

En el 2002, el 80% de los motivos de consulta externa esta dado por el 20% del total de causas evidenciadas en la gráfica, en las cuales se observa predominio de las enfermedades de las vías respiratorias superiores, enfermedades de la cavidad bucal, seguido de las otras enfermedades del aparato respiratorio, otras enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades del tejido subcutáneo, enfermedades de otras partes del aparato digestivo, enfermedades del aparato urinario, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo y las enfermedades de los órganos genitales femeninos.

Todos estos daños en gran medida estan relacionados o dependientes de las condiciones y hábitos de vida no saludables, así como, de saneamiento ambiental y manejo inadecuado de alimentos.

Gráfico N° 36.- DISA Cusco: Enfermedades que Producen el 80% de la Consulta Externa en el Período Neonatal, 2002

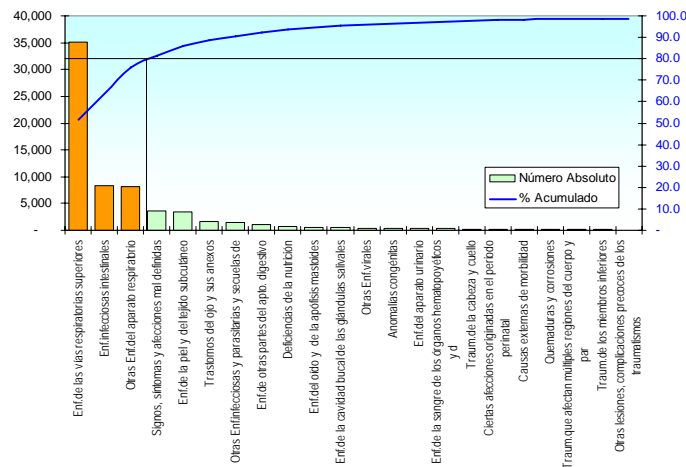


Fuente.- HIS 2002, Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

El período neonatal, es una etapa en que el niño es muy vulnerable a su medio y condiciones brindadas, es cuando un niño debe sortear una serie de mecanismos de adaptación a un medio que le resulta hostil, después de haber tenido “todas las comodidades” de las que gozó en el vientre materno. En éste sentido, las vías respiratorias, como sistema “de choque”, muestran una serie de trastornos, desde los mecanismos de adaptación del recién nacido, hasta que en los días posteriores, presentan afecciones producto del medio ambiente. Es así que las enfermedades de las vías respiratorias superiores, resultan ser la primera causa de consulta en éste grupo de edad, cuando muchas veces se confunden diagnósticos como “rinitis”, “resfrío”, con mecanismos de redistribución de líquido amniótico desde el nivel alveolar. Sin que esto implique necesariamente la no existencia de tales afecciones, pero las que resultan en realidad “raras” en éste período. La segunda causa de consulta, en éste grupo de edad, son “ciertas afecciones originadas en el período perinatal”, las cuales resultan estar relacionadas a defectos en la calidad de atención del parto y período neonatal precoz o por defectos en la calidad del control prenatal realizado. La tercera causa de consulta, lo constituyen “Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo”, las cuales también se explican por la adaptación a un medio hostil, en éste caso la mayor parte de afecciones, resultan de la “sequedad del ambiente”, y

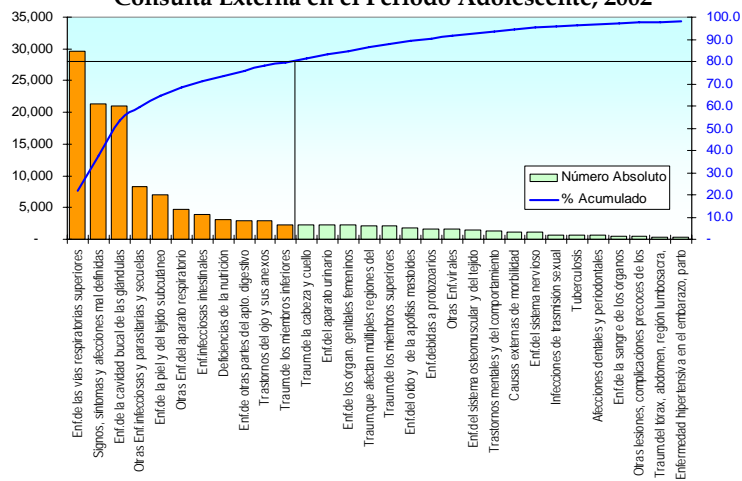
en otro lado también puede ocurrir afecciones producto de falta de higiene (descuido de la familia), como eritema del pañal y otras relacionadas, otras lesiones pueden resultar producto del exceso de abrigo o por humedad.

Gráfico N° 37.- DISA Cusco: Enfermedades que Producen el 80% de la Consulta Externa en el Período Infantil, 2002



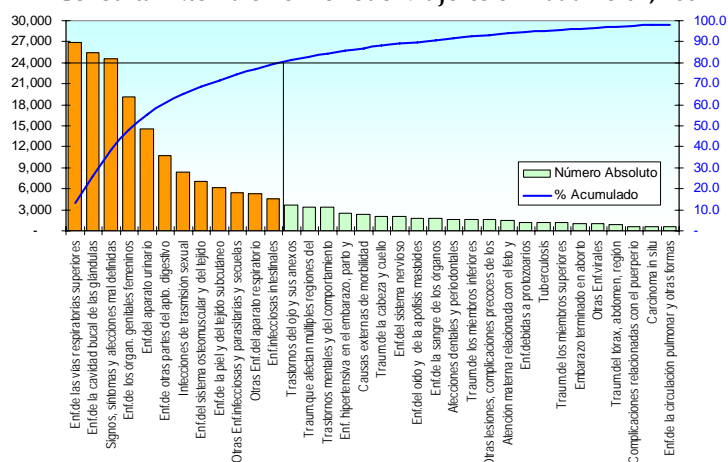
Fuente.- HIS 2002, Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

Gráfico N° 38.- DISA Cusco: Enfermedades que Producen el 80% de la Consulta Externa en el Período Adolescente, 2002



Fuente.- HIS 2002, Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

Gráfico N° 39.- DISA Cusco: Enfermedades que Producen el 80% de la Consulta Externa en el Período Mujeres en Edad Fértil, 2002



Fuente.- HIS 2002, Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco

Las mujeres en edad fértil (15-46 años), es un grupo de referencia de la calidad de vida de la madre de la siguiente generación. Las enfermedades de vías respiratorias superiores, enfermedades de la cavidad bucal, signos-síntomas y afecciones mal definidas, las Enfermedades de los órganos genitales femeninos, y las enfermedades del aparato urinario se corresponden con la morbilidad del grupo estudiado. Preocupa que entre las enfermedades que causan el 80% de consulta externa, estén las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que de por sí ponen en serio riesgo la salud de la MEF, su fertilidad y en forma aún más peligrosa, ponen en riesgo la salud de su prole, por lo que se debe fortalecer en éste aspecto el trabajo preventivo-promocional.

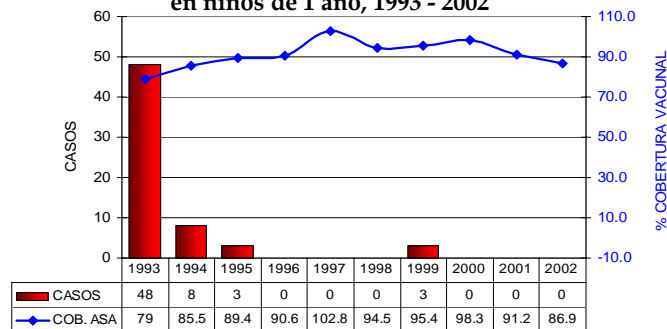
## 2.2.2. ENFERMEDEDES BAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

### 2.2.2.1. SARAMPIÓN / RUBÉOLA.

A partir de 1995, en nuestro país se implementa el "Plan Nacional de Eliminación del Sarampión", trabajando en dos aspectos: i) Obtener y mantener niveles útiles de cobertura de vacuna antisarampionosa (mayor de 95%) y ii) Mantener activa la Vigilancia Epidemiológica de enfermedades febril eruptivas; y es en 1997 que se pone en marcha específicamente la Vigilancia Especial del Sarampión.

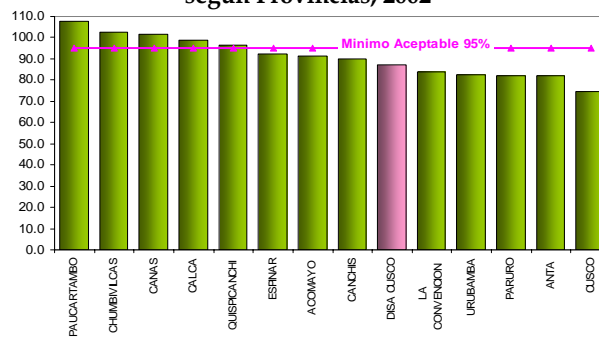
El año 1999 en la SE. N° 34, se reporto la presencia de un brote epidémico de Sarampión el distrito Colquamarca, provincia Chumbivilcas, departamento Cusco; con un total de 3 casos en adultos varones de 23 a 26 años de edad (2 confirmados por laboratorio y el tercero por nexa epidemiológico). Durante el año 2000, 2001 y 2002, los indicadores de vigilancia epidemiológica del Sarampión se mantuvieron en estándares óptimos, con el 100% de notificación oportuna de casos sospechosos de Sarampión, investigación dentro de las 48 horas de notificación en el 100% de los casos sospechosos y 100% de casos con una muestra adecuada de sangre, tomada dentro de la fase aguda; no presentándose casos confirmados. La cobertura con ASA en el niño de un año comparado con el 2001 (91%) muestra una cobertura administrativa baja para el 2002 (86.97%), lo que se debe tomar en cuenta para el trabajo en los años siguientes.

Gráfico N° 40.- DISA Cusco: Casos de Sarampión y Cobertura Vacunal en niños de 1 año, 1993 - 2002



Fuente.- VEA - Dir. Epidemiología, Programa de Atención Integral del Niño - DISA Cusco

Gráfico N° 41.- DISA Cusco: Porcentaje de Cobertura Antisarampionosa según Provincias, 2002



Fuente.- Programa de Atención Integral del Niño - DISA Cusco

Tabla N° 14.- Departamento Cusco: Distritos por Rango de Cobertura en Vacuna Antisarampionosa por Provincias, 2002

Provincia	Total Distritos	Cobertura 2002 (Número de Distritos)			
		<50%	50 - 79%	80-89%	>90%
Acomayo	7		3	1	3
Anta	9		5	2	2
Calca	8		2	1	5
Canas	8		2		6
Canchis	8		2	2	4
Cusco	8		4	1	3
Chumbivilcas	8		1		7
Espinar	8		1	1	6
La Convención	10	2	3	1	4
Paruro	9	1	5	2	1
Paucartambo	6				6
Quispicanchi	12		4	2	6
Urubamba	7	1	2	2	2
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>55</b>

Fuente.- Programa de Atención Integral del Niño - DISA Cusco

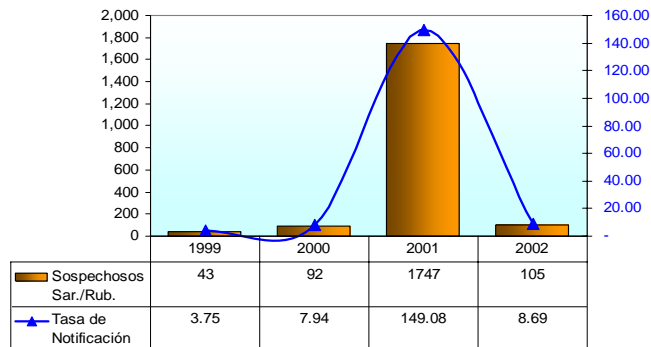
Tabla N° 15.- Departamento Cusco: Distritos de Riesgo según Acúmulo de Susceptibles Vacuna ASA, 2000 - 2002

N°	Distritos	I.R.
1	Sicuani	3.82
2	Condorama	2.79
3	Guayllabamba	1.47
4	Lares	1.44
5	Paccaritambo	1.42
6	Colcha	1.32
7	Yucay	1.25
8	Pillpinto	1.21
9	Alto Pichigua	1.19
10	Huayopata	1.12
11	San Jerónimo	1.08
12	Oropesa	1.03
13	Langui	1.01
14	Ocobamba	1.00
15	Pomacanchi	1.00

Fuente.- Programa de Atención Integral del Niño - DISA Cusco

**Indicadores de Vigilancia Epidemiológica.-** Dentro del contexto de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles y sus indicadores de cobertura, el año 2002 se han notificado 105 casos sospechosos de Sarampión/Rubéola, alcanzado así, una tasa de notificación de 8.69 por 100 mil habitantes, muy por debajo de los casos notificados en el año 2001, donde se alcanzó una tasa de notificación de 149.08 por mil habitantes.

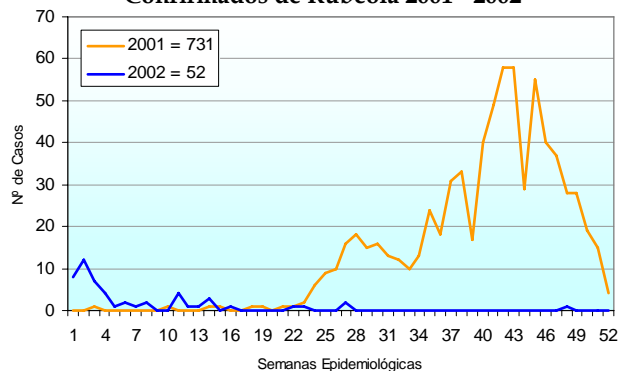
**Gráfico N° 42.- Departamento Cusco: Tasa de Notificación de Casos Sospechosos de Sarampión/Rubéola, 1999 - 2002**



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología - DISA Cusco

De los casos notificados como sospechosos de Sarampión/Rubéola, 52 fueron confirmados para Rubéola, proporcionalmente igual según sexo y el grupo más afectado es el de 5 a 9 años, con una media de edad de 8.42 años.

**Gráfico N° 43.- Departamento Cusco: Comportamiento Semanal de Casos Confirmados de Rubéola 2001 - 2002**



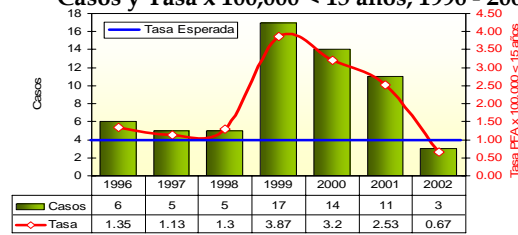
Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología - DISA Cusco



2.2.2.2. POLIOMIELITIS / PARÁLISIS FLACIDA AGUDA (PFA)

En los 06 años previos, la captación de casos de Parálisis Flácida Aguda esta dentro de lo esperado, así la tasa de PFA en el departamento del Cusco se ha logrado mantener por encima del indicador internacional de  $1 \times 100,000 < 15$  años; pero esto no sucede en algunos escenarios provinciales ni distritales, donde se cuenta con población de menores de 15 años mayores a 100,000. En el ámbito de la DISA Cusco, en las SE N° 05, 08 y 38 del 2002, se reportó 3 casos de PFA en menores de 15 años, con una incidencia de  $0.67 \times 100,000$ ; los que fueron descartados para Poliomielitis según los resultados del Laboratorio de Enterovirus de "FIOCRUZ" - Brasil.

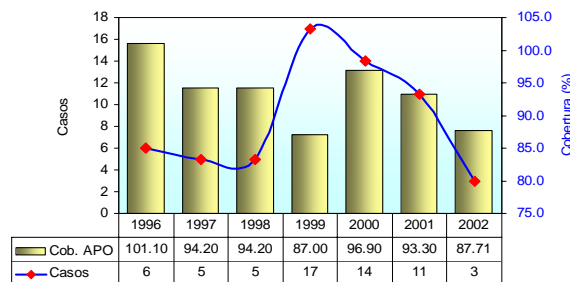
Gráfico N° 44.- Departamento Cusco: Parálisis Flácida Aguda, Casos y Tasa x 100,000 < 15 años, 1996 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología - DISA Cusco

Después de haber reportado coberturas aceptables de APO durante los años 2000 y 2001 (96.9% y 93.3%); el año 2002 se registra un 87.7% de cobertura vacunal a nivel departamental; existiendo brechas grandes a nivel de provincias y distritos, en algunos casos explicado por un aumento del flujo migratorio interno, sobrestimación poblacional, entre otros.

Gráfico N° 45.- Departamento Cusco: Casos de Parálisis Flácida y Cobertura Vacunal Antipolio en niños menores de 1 año, 1998 - 2002

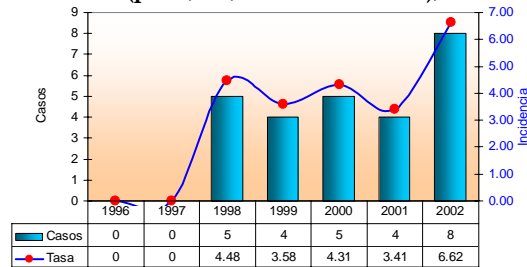


Fuente.- Dir. de Epidemiología, Progr. de Atención Integral del Niño - DISA Cusco

Las provincias que reportan por debajo de la cobertura mínima aceptable son Quispicanchi, Canchis, Acomayo, Urubamba, La Convención, Cusco, Anta y Paruro..

**2.2.2.3. TETANOS.**

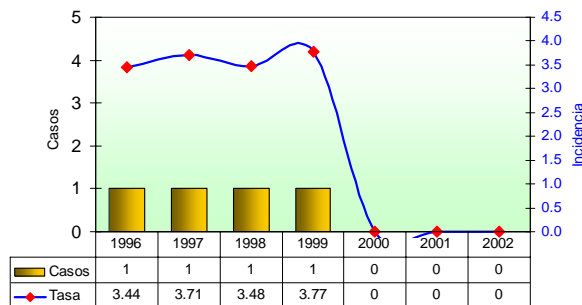
**Gráfico N° 46- DISA Cusco: Casos de Tétanos en Adultos y Tasa de Incidencia (por 1,000,000 de habitantes), 1996 - 2002**



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología - DISA Cusco.

**2.2.2.4. TETANOS NEONATAL.**

**Gráfico N° 47- DISA Cusco: Casos de Tétanos Neonatal y Tasa de Incidencia (por 100 mil nacidos vivos), 1996 - 2002**

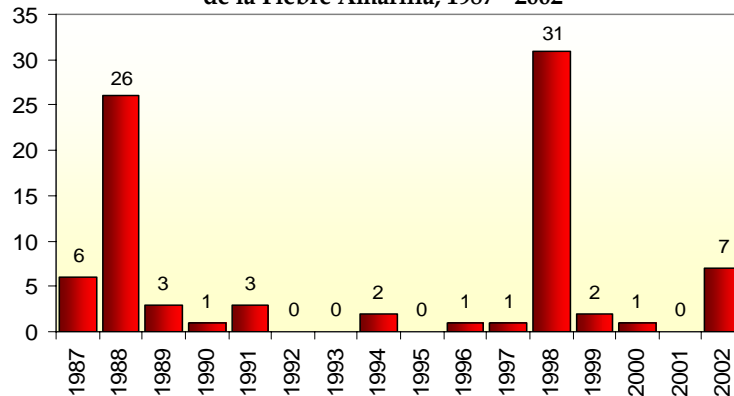


En cuanto a la vacunación de las mujeres en edad fértil del 60% de población programada solo el 39% han sido protegidos con 5ta dosis y el 58% con 3ra dosis durante los cinco últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido una incidencia de 1 caso de Tétanos Neonatal x 1,000 nacidos vivos (N.V.) al año y por distrito en todo los países, y coberturas del 90% de las MEF con 2da. dosis de Toxoide Tetánico (TT<sub>2</sub>) como indicadores para la eliminación del Tétanos Neonatal, como problema de Salud Pública.

### 2.2.2.5. FIEBRE AMARILLA.

La Fiebre Amarilla (FA) es una arbovirosis que tiene 2 patrones de transmisión, uno la Fiebre Amarilla Urbana (FAU) cuyo vector es el *Aedes aegypti* y el otro la Fiebre Amarilla Selvática (FAS), que se relaciona con vectores como el *Sabethes spp.* o *Haemagogus spp.* Las áreas de transmisión, que en el caso del Perú están distribuidas en 14 Cuencas hidrográficas, siendo para nuestra región áreas de riesgo y brote la cuenca del río Urubamba y Apurímac-Ene.

Gráfico N° 48.- DISA Cusco: Evolución Histórica de la Fiebre Amarilla, 1987 - 2002



En los periodos 1987-1988, 1995 y 1996-1998 se produjeron las tres últimas grandes epidemias de FA en el Perú, reportándose 376, 499 y 297 casos respectivamente. En 1995, el país sufrió la epidemia más importante de FAS, catalogada por su magnitud como la más grave de los últimos 50 años en Latinoamérica; habiéndose reportado 499 casos. En el último brote de FA de 1998 se notificó 165 casos con una letalidad de 29.70%, afectando a 9 departamentos y 22 provincias. Del total de casos, 132 casos correspondieron a la provincia de La Convención del Departamento del Cusco, confirmándose el 23.4% de estos y la letalidad llegó al 24.2%; sobre todo en la población migrante temporal joven, de sexo masculino y sin antecedentes de vacunación. En el año 2002, se han reportado 8 casos probables de FAS, los mismos que fueron confirmados laboratorialmente (INS) 7 de ellos y 1 caso descartado; el escenario de riesgo fue el distrito de Echarati, con una TIA de  $12.33 \times 100,000$  Hab. y con una letalidad del 85.7%. Hay que mencionar que se presentaron insuficiencias en la dotación de insumos específicos de inmunización contra la FA durante el año 2002.

2.2.2.6. HEPATITIS VIRAL "B".

Gráfico N° 49.- DISA Cusco: Casos y Tasa de Incidencia de Hepatitis "B", 1999 - 2002

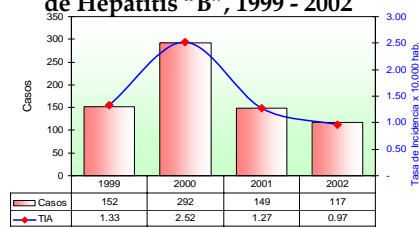
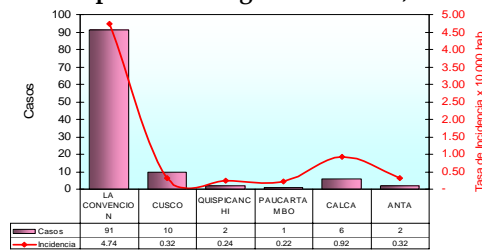


Gráfico N° 50.- DISA Cusco: Casos y Tasa de Incidencia de Hepatitis "B" según Provincias, 2002



2.2.2.7. TOS FERINA.

Gráfico N° 51.- DISA Cusco: Casos y Tasa de Incidencia x 100 mil habitantes de Tos Ferina, 1997 - 2002

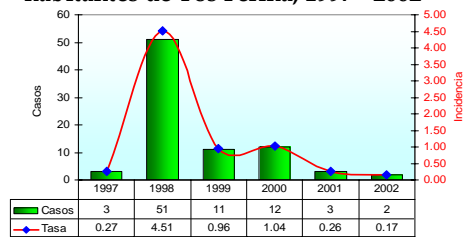
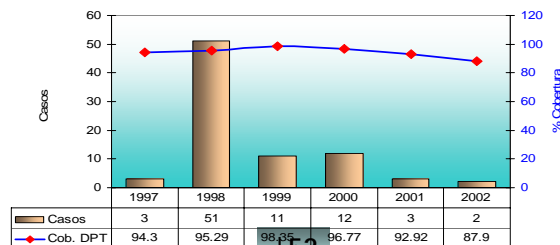


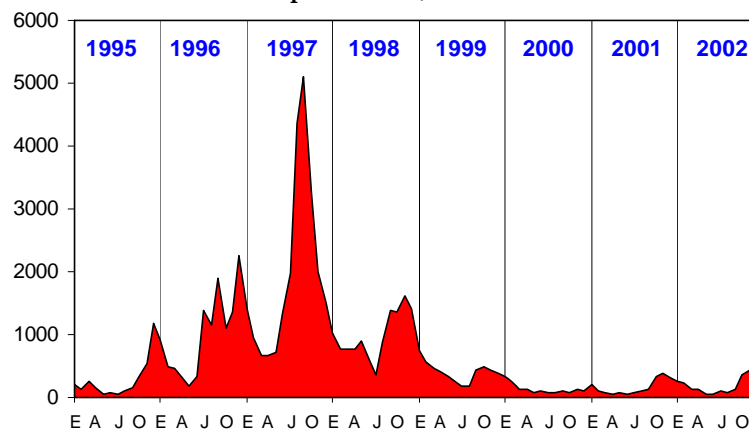
Gráfico N° 52.- DISA Cusco: Casos de Tos Ferina y Cobertura Vacunal DPT en niños < de 1 año, 1997 - 2002



### 2.2.2.8. MALARIA.

La malaria es una enfermedad transmisible reemergente en el mundo, el país y la región Cusco; así lo evidencia la presencia inusual de 23,950 casos confirmados de Malaria reportados el año 1997, lo que en su momento se llegó a catalogar como "Malaria en Cusco: Crónica de una Epidemia anunciada". Esta presencia inusual fue a consecuencia de una serie de factores de riesgo, como: condiciones y cambios climáticos ecológicos inusuales; aumento del flujo migratorio interno y temporal de carácter socioeconómico (costo de cada quintal de café llegó a costar entre S/. 500.00 a S/. 540 nuevos soles oro; el año 2002 el quintal estuvo entre S/. 80.00 a S/. 120.00); descuido en la conducción y el manejo operativo del control de la Malaria en los diferentes niveles; inadecuada e inoportuna provisión de insumos, equipos y materiales para el control integral; falta de unidad de criterio para el manejo técnico del problema de la malaria desde el nivel central; poco compromiso de la comunidad y sus autoridades para enfrentar el problema de la malaria oportunamente, aumento de la frontera agrícola e ingreso de personas a zonas poco accesibles y muchas veces no exploradas por el hombre en una realidad permanente y difícil de prever; inoperatividad del sistema de vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles; y mejoramiento y ampliación de las redes viales de comunicación; entre otros.

Gráfico N° 53.- DISA Cusco: Tendencia de la Malaria por *P. vivax*, 1995 - 2002



Fuente.- Area de Riesgos y Daños - DESP - DISA Cusco

Frente a la presencia inusual de casos en 1997, sobretudo en relación al periodo del acmé de este brote de malaria en el mes de setiembre del mencionado año; el personal de los diferentes niveles de la DISA Cusco supo enfrentar técnica y operativamente el problema a través de acciones de control integral con un gran énfasis en la vigilancia epidemiológica y entomológica, la organización de los servicios de salud y la participación activa de la comunidad organizada; dando como resultado un control rápido y efectivo del brote, en comparación a lo ocurrido en otras áreas del país; que incluso fue motivo de “incredulidad” en otros niveles del sector.

Las áreas epidemiológicas de mayor riesgo se hallan circunscritas en los distritos de Kimbiri, Pichari, Vilcabamba y Echarate; asociados a diversos factores como: lenta incorporación de la comunidad en la lucha antimalárica, al flujo migratorio, condiciones de vivienda precaria y carencia de soluciones alternas propuestas por los sectores de desarrollo del país, elevado porcentaje de rotación, renuncia o cambio de personal que dificultan la continuidad de la capacidad operativa de los Servicios de Salud en acciones de control integral del problema.

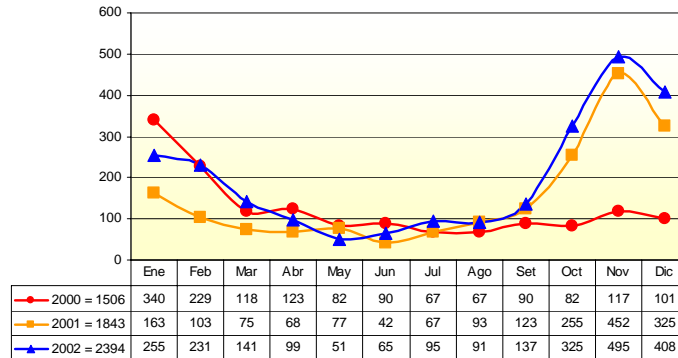
Tabla N° 15.- Departamento Cusco: Estratificación Epidemiológica de Malaria por *P. vivax*, 2000 - 2002

Provincia	Distritos	2000			2001			2002		
		Casos	Población	IPA	Casos	Población	IPA	Casos	Población	IPA
La Convención	Echarate	168	58901	2.85	191	59599	3.20	877	56776	15.45
	Huayopata	19	8409	2.26	16	8509	1.88	2	9639	0.21
	Maranura	61	8145	7.49	17	8242	2.06	1	9419	0.11
	Occobamba	2	7978	0.25	1	8073	0.12	1	7698	0.13
	Quellouno	6	11574	0.52	17	11711	1.45	40	11990	3.34
	Santa Ana	11	33844	0.33	183	34244	5.34	43	35874	1.20
	Santa Teresa	32	8815	3.63	0	8919	0.00	1	10210	0.10
	Vilcabamba	14	12592	1.11	101	12741	7.93	104	12086	8.60
Calca	Kimbiri - Pichari	1141	39370	28.98	1309	42003	31.16	1257	40793	30.81
	Yanatile	43	8990	4.78	8	9097	0.88	68	9412	7.22
Quispicanchi	Camanti	1	2336	0.43	0	2366	0.00	0	2443	0.00
Urubamba	Machupicchu	0	2885	0.00	0	2919	0.00	0	2980	0.00
Paucartambo	Kosñipata	0	4682	0.00	0	4737	0.00	0	4415	0.00
<b>Total DISA</b>		<b>1498</b>	<b>208521</b>	<b>7.18</b>	<b>1843</b>	<b>213160</b>	<b>8.65</b>	<b>2394</b>	<b>213735</b>	<b>11.20</b>

Fuente.- Area de Riesgos y Daños - DESP - DISA Cusco

Sin embargo, a fines del año 2001 la tendencia de casos de Malaria en el ámbito de la Macroregión Centro Sur Oriental del país, mostraba una tendencia de “repunte inicial” de un aumento del número de casos en los ámbitos de las DISAs Junín, Ayacucho, Huancavelica, Cusco, Apurímac, Madre de Dios y Puno; situación ésta que es necesario tomar en cuenta.

Gráfico N° 54.- DISA Cusco: Comportamiento de la Malaria por *P. vivax*  
 2000 - 2002



Fuente.- Area de Riesgos y Daños - DESP - DISA Cusco

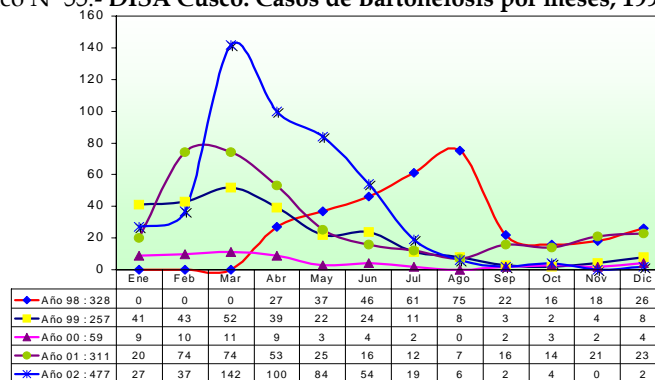
Las tendencias apreciadas preocupan desde el punto de vista de los casos esperados, debiéndose hacer uso de los canales endémicos a nivel distrital y que las Redes de Servicios de Salud y los Establecimientos de Salud deben de contar con ellos para hacer un uso más racional y técnico de las decisiones. La tendencia de casos nos puede estar sugiriendo que estemos entrando en un “nuevo periodo hiper-endémico” y por ende estaríamos frente a una nueva crónica de una epidemia anunciada, que postulamos estaría asociada a diversos factores tanto de tipo social como logístico institucional.

**En Conclusión.-** La Malaria por *Plasmodium vivax* es un problema social de salud pública reemergente en zonas de riesgo de la DISA Cusco, y frente a la presencia de ciertos factores de riesgo asociados a la organización de los servicios de salud que incluye el compromiso del personal de salud, participación poco activa de la comunidad en acciones de prevención y control, y a los cambios climáticos inusuales muestran que estaríamos con una alta probabilidad de que se repita una nueva crónica de una epidemia anunciada. Por lo que reiteramos que el éxito de la prevención y el control en lo inmediato y el futuro inmediato dependerá de insistir menos en un programa centralizado, plantear un control integral de base comunal que responda a las necesidades regionales y locales, realizar énfasis en las acciones de prevención primordial y primaria, fortalecimiento de la vigilancia de factores de riesgo medioambientales (especialmente de la vigilancia entomológica con su rol predictivo y proactivo), además de establecer un soporte logístico institucional oportuno y adecuado; teniendo siempre en mente: “.....TIEMPO MAS QUE DINERO, Y CONTINUIDAD MAS QUE PERFECCION”.

2.2.2.9. BARTONELOSIS.

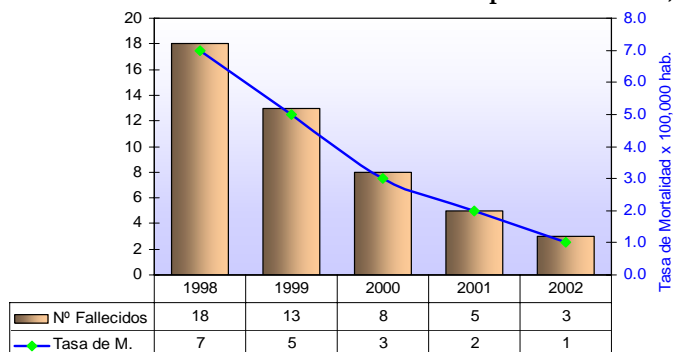
La bartonellosis en el departamento del Cusco es una enfermedad emergente transmitida por mosquitos del genero Lutzomia; y de la que oficialmente se ha conocido su presencia en 1998. Sin embargo, retrospectivamente se conoce que en 1994, 1995 y 1997 se presentaron en total 3 casos procedentes de la provincia de La Convención-Cusco, los cuales fueron confirmados con el aislamiento de la Bartonella bacilliforme en hospitales de Lima. Para el año 2002, la presencia permanente de casos durante todo el año, se debe a la búsqueda activa de casos y considerado como el año de epidemia de la Bartonellosis en el Cusco.

Gráfico N° 55.- DISA Cusco: Casos de Bartonellosis por meses, 1998-2002



Fuente.- Area de Riesgos y Daños - DESP - DISA Cusco

Gráfico N° 56.-DISA Cusco: Tasa de Mortalidad por Bartonellosis, 1998-2002

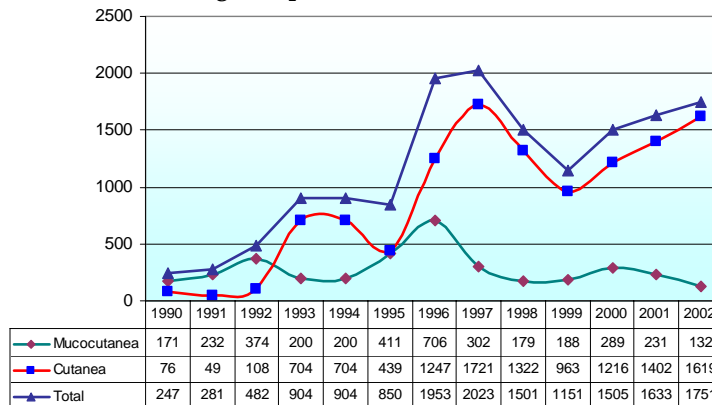


Fuente.- Area de Riesgos y Daños - DESP - DISA Cusco



2.2.2.10. LEISHMANIASIS.

Gráfico N° 57.- DISA Cusco: Casos de Leishmaniasis según Tipo de Lesión, 1990 - 2002

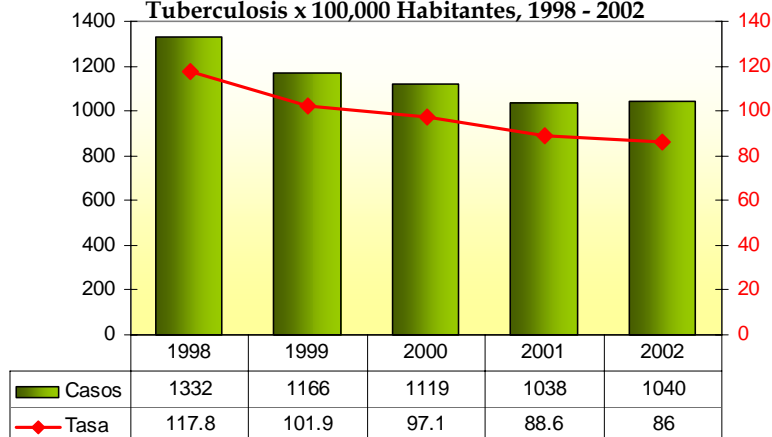


Fuente.- Area de Riesgos y Daños – DESP – DISA Cusco

El control de las Leishmaniasis ha mantenido una perspectiva estrictamente asistencial y curativa, bajo un enfoque recuperativo que significa un alto costo de inversión; aspecto que debe evaluarse y replantearse.

2.2.2.11. TUBERCULOSIS.

Gráfico N° 58.- DISA Cusco: Tasa de Incidencia de Tuberculosis x 100,000 Habitantes, 1998 - 2002



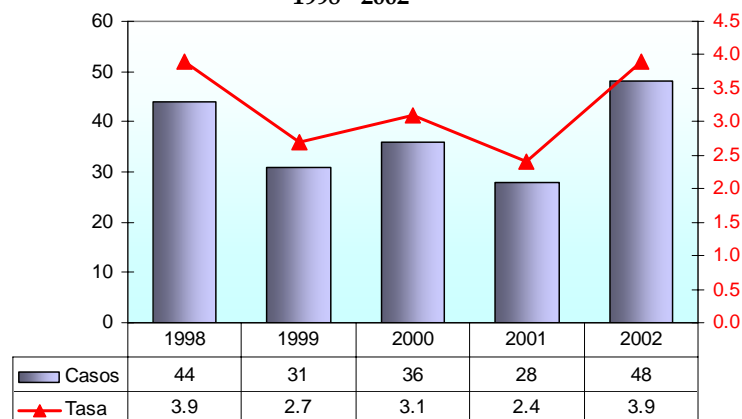
Fuente.- Area de Riesgos y Daños – DESP – DISA Cusco

Tabla N° 16.- **Departamento Cusco: Tuberculosis FP BK(+)  
 por Provincias, 1999 - 2002**

PROVINCIA	1999		2000		2001		2002	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
CUSCO	74	24.7	104	34.2	109	35.4	138	43.2
ACOMAYO	12	32.2	8	20.7	14	35.8	19	54.8
ANTA	13	21.3	11	17.9	17	27.3	11	16.9
CANAS	17	39.4	12	27.6	13	29.5	15	33.2
CANCHIS	57	56.6	63	62.4	76	74.4	44	41.1
CHUMBIVILCAS	10	13.7	11	15.4	27	36.4	12	15.4
CALCA	89	139.7	56	86.7	47	71.8	48	73.4
LA CONVENCION	299	205	277	191	268	178.8	216	140.6
PARURO	9	25.5	10	28.4	12	33.6	20	50.3
PAUCARTAMBO	41	91.6	26	57.4	38	83	29	60.8
QUISPICANCHI	51	61.2	59	70.2	50	58.7	56	62.7
URUBAMBA	17	31.7	12	14.3	24	43.7	15	26.6
ESPINAR	17	26.8	14	22.1	7	10.9	16	23.8
KIMBIRI	48	120.5	61	146.9	57	135.7	48	117.6
<b>TOTAL</b>	<b>754</b>	<b>65.9</b>	<b>724</b>	<b>62.5</b>	<b>759</b>	<b>65.7</b>	<b>687</b>	<b>56.8</b>

Fuente.- Area de Riesgos y Daños - DESP - DISA Cusco

Gráfico N° 59.- **DISA Cusco: Tasa de Mortalidad por Tuberculosis,  
 1998 - 2002**

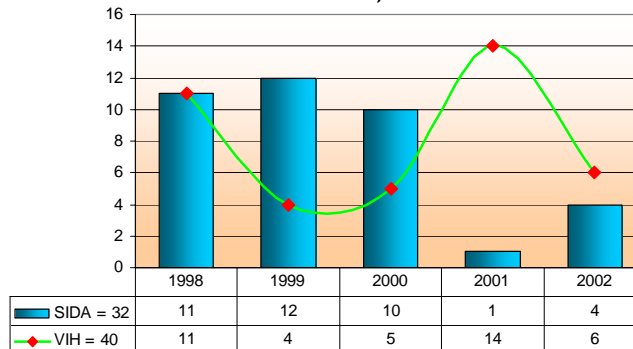


Fuente.- Area de Riesgos y Daños - DESP - DISA Cusco

La tasa de mortalidad presenta un aumento para el año 2002, de 2.4 x 100,000 Hab. en el 2001 a 3.9 x 100,000 Hab. en el 2002, los cuales estarían asociados con: baja cobertura en la identificación oportuna del sintomático respiratorio y captación tardía de los casos de TBC con carga bacilar aumentada.

2.2.2.12. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) - VIH/SIDA.

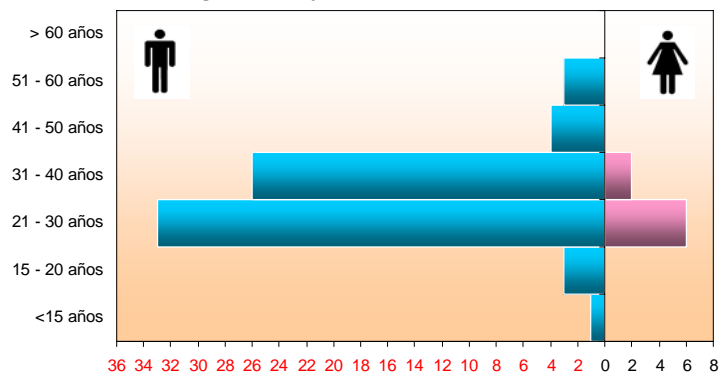
Gráfico N° 60.- DISA Cusco: Casos de SIDA comparados con los casos de VIH, 1998 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Desde la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, se cuenta con las fichas de investigación de cada caso, es así que para el año 2002, se tuvo 6 casos de VIH y 4 casos en estadio SIDA.

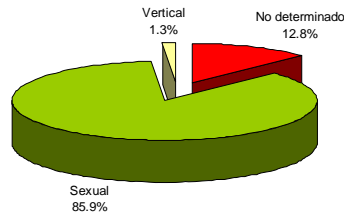
Gráfico N° 61.- DISA Cusco: Casos de VIH/SIDA según Edad y Sexo, 1998 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

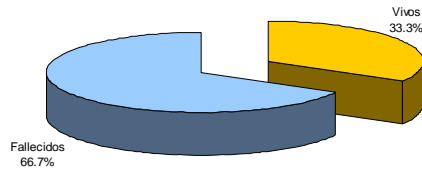
Como se puede apreciar el gráfico anterior, la población más afectada es de sexo masculino y en los grupos etáreos de 21 a 40 años.

Gráfico N° 62.- DISA Cusco: Vía de Transmisión de los casos de VIH/SIDA, 1998 - 2002



Las vías de transmisión de los casos reportados como VIH y SIDA son en su mayoría Sexual (85.9%) y de estos en mayor proporción los sexuales heterosexuales; sólo un 1.3% de casos fue de la forma vertical y el 12.8% no se determinó la fuente de contagio.

Gráfico N° 63.- DISA Cusco: Porcentaje de Defunciones por SIDA, 1998 - 2002

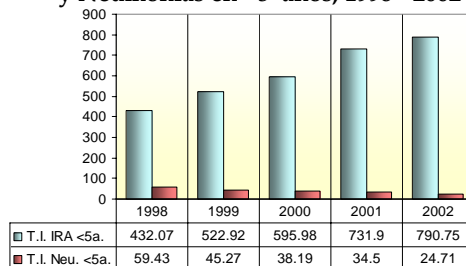


Fuente.- VEA – Dirección de Epidemiología

De los casos acumulados en estadio SIDA, solo el 33.3% de ellos viven aún con la enfermedad y un 66.7% han fallecido por complicaciones propias de la enfermedad.

### 2.2.2.13. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

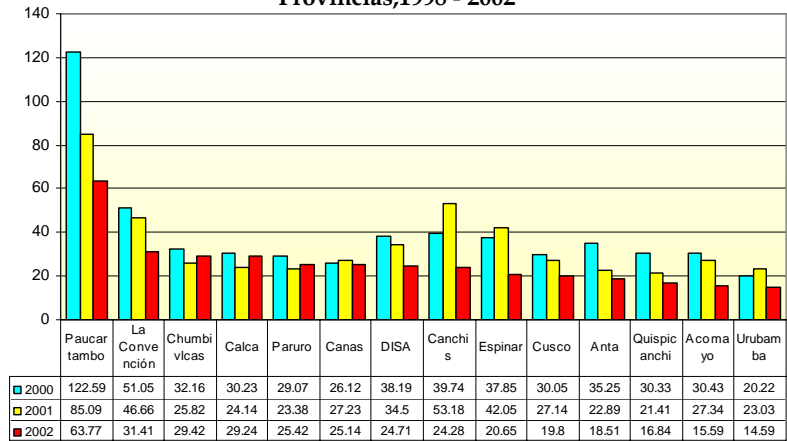
Gráfico N° 64.- DISA Cusco: Tasa de Incidencia de IRAs y Neumonías en <5 años, 1998 - 2002



Fuente.- VEA – Dirección de Epidemiología

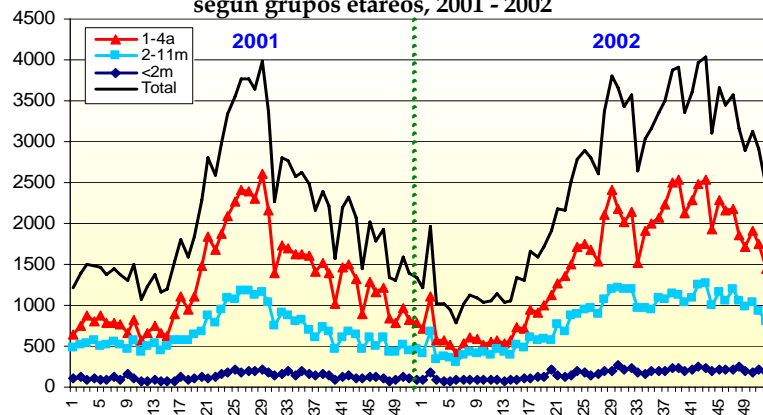
Las Tasas de Incidencia de Neumonía para el año 2001 y 2002 es de 34.5 y 24.71 por mil < 5 años; con una disminución de 42% entre 1998 y el 2002. En los últimos años, la incidencia de casos de IRAs en menores de cinco años, muestran una tendencia creciente, comportamiento inverso que muestra la incidencia de Neumonías; esto debido a la captación temprana de casos y la diferenciación de los casos de Neumonías con los casos de SOB/ASMA.

Gráfico N° 65.- DISA Cusco: Tasa de Incidencia de Neumonías por Provincias, 1998 - 2002



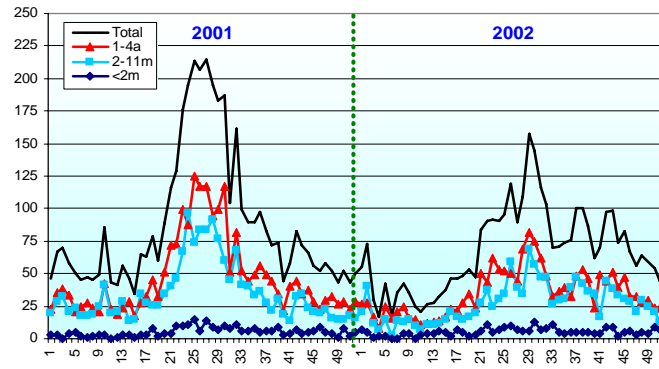
Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Gráfico N° 66.- DISA Cusco: Comportamiento Semanal de Casos de IRAs según grupos etáreos, 2001 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

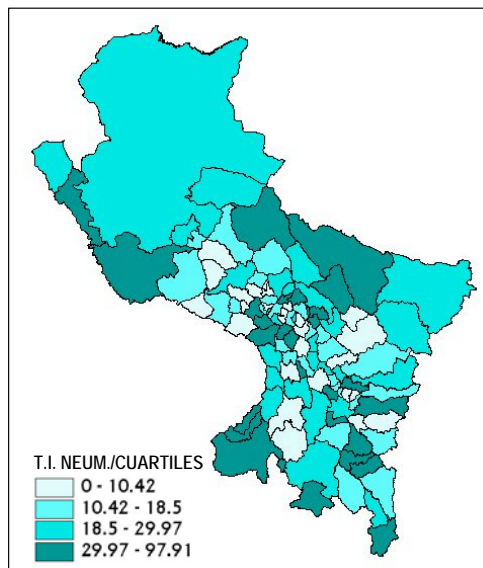
Gráfico N° 67.- DISA Cusco: Comportamiento Semanal de Casos de Neumonías + Neumonías Graves + EMG, según grupos etáreos, 2001 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

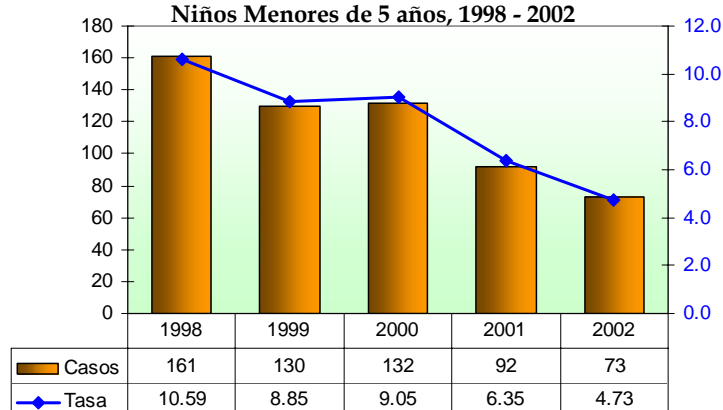
Se aprecia la presencia inusual de IRAs y Neumonías asociado a la presencia del fenómeno del friaje en el 2002, situación similar se aprecia en el año 2001.

Mapa N° 07.- Departamento Cusco: Distritos de Riesgo según Tasa de Incidencia de Neumonías en menores de 5 años, 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Gráfico N° 68- DISA Cusco: Tasa de Mortalidad por IRAs y Neumonía en Niños Menores de 5 años, 1998 - 2002



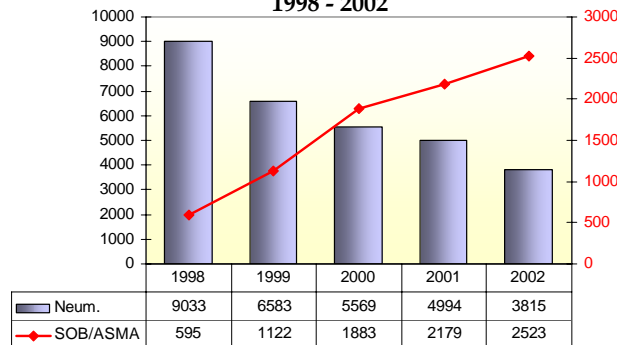
Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Las infecciones Respiratoria Agudas constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez. En los últimos cinco años se registra una reducción paulatina de la mortalidad en la niñez, en 1998 se reportó una tasa de mortalidad de 10.6 x 10,000 <5 años y en el año 2002 una tasas de mortalidad de 4.73 por 10,000 <5 años.

En relación a los distritos donde se presenta la mayor cantidad de fallecimientos por IRAs/Neumonías tenemos que los distritos que reportan el 40% de las defunciones por infecciones respiratorias agudas y neumonías son Espinar, Coporaque (provincia de Espinar) y Santo Tomás en Chumbivilcas, asimismo, en el mapa de riesgo según los distritos ubicados en el cuarto cuartil con tasas mas altas de mortalidad por IRAs y Neumonías (por mil menores de 5 años), son: Pichigua (6.51), Alto Pichigua (4.08), Pallpata (4.07), Coporaque (3.71), Occoruro (3.57), Llusco (3.50), Camanti (3.21), Espinar (2.60), Calca (2.36), Yaurisque (2.31), Suyckutambo (2.31) y Santo Tomás (2.18). La letalidad intrahospitalaria por Neumonía (TLIHN) cuyo comportamiento nos muestra la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y la prontitud con que acuden a los servicios de salud, a nivel de la Región nos muestra un descenso de 4.67% en el año 1999 a 1.35% en el 2002.

En relación al porcentaje de casos de Neumonía con manejo estandar de casos curados se ha incrementado en relación a 1999, donde se registró un 68.14%, para luego incrementándose en los años 2000 y 2001 (82.1 y 84.94% respectivamente), registrando un descenso para el 2002 (73.55%).

Gráfico N° 69.- DISA Cusco: Captación de Casos Neumonía y SOB-ASMA 1998 - 2002



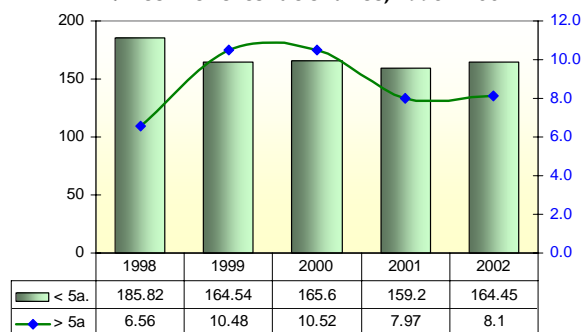
Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, desde 1998 al 2002 la tendencia de la captación de casos de Neumonía ha ido en descenso, situación inversa se refleja en los casos de SOB/ASMA; esto debido al fortalecimiento de la diferenciación de los casos de Neumonía con los casos de SOB/ASMA y CRUP.

#### 2.2.2.14. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

En el departamento del Cusco el problema de las Enfermedades Diarreicas Agudas muestra que la incidencia acumulada representa un riesgo más o menos estable a través de los años, el cual esta relacionado con las deficientes condiciones de saneamiento ambiental que persisten; y continua siendo un serio problema de salud pública.

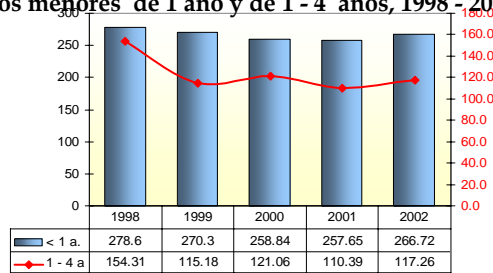
Gráfico N° 70.- DISA Cusco: Tasa de Incidencia de Diarrea Acuosa en Niños menores de 5 años, 1998 - 2002



Fuente.- Programa de Atención Integral - DESP - DISA Cusco

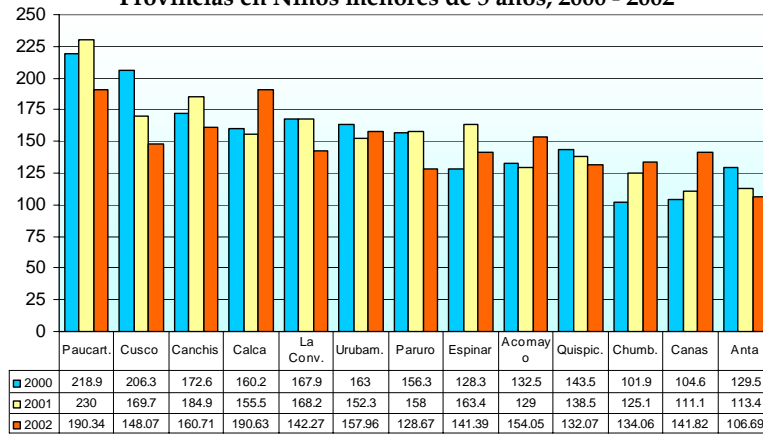


Gráfico N° 71.- DISA Cusco: Tasa de Incidencia por Diarrea Acuosa en Niños menores de 1 año y de 1 - 4 años, 1998 - 2002



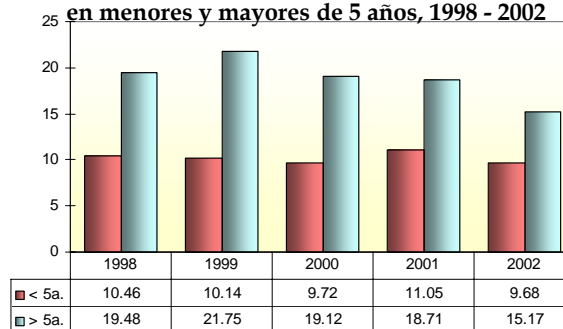
Fuente.- Programa de Atención Integral - DESP - DISA Cusco

Gráfico N° 72.- DISA Cusco: Tasa de Incidencia de EDAs Acuosas por Provincias en Niños menores de 5 años, 2000 - 2002



Fuente.- Programa de Atención Integral - DESP - DISA Cusco

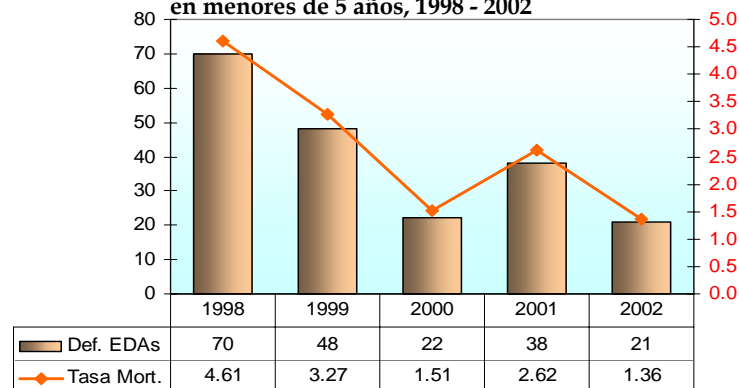
Gráfico N° 73.- DISA Cusco: Porcentaje de Diarrea Disentérica en menores y mayores de 5 años, 1998 - 2002



Otro elemento notoriamente importante es la disminución de los casos de EDA con deshidratación, en los últimos cinco años, que es mérito de la educación sanitaria impartida a la madre a través del personal de salud, como parte de las normas del componente EDA del Área Niño.

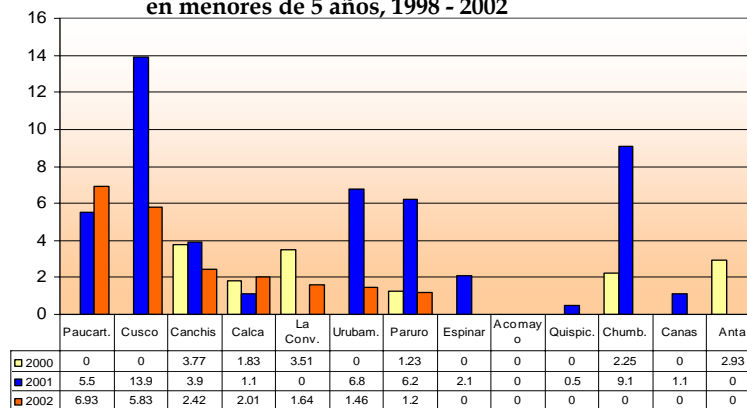
Por las razones antes consideradas, los cuadros de deshidratación con choque en menores de cinco años, muestra una disminución importante para el año 2002 en relación a los años anteriores.

Gráfico N° 74.- DISA Cusco: Casos y Tasa de Mortalidad por EDAs en menores de 5 años, 1998 - 2002



Fuente.- Programa de Atención Integral - DESP - DISA Cusco

Gráfico N° 75.- DISA Cusco: Casos y Tasa de Mortalidad por EDAs en menores de 5 años, 1998 - 2002



Fuente.- Programa de Atención Integral - DESP - DISA Cusco

### 2.3. SITUACIÓN DE SALUD DE CIERTOS GRUPOS VULNERABLES.

#### 2.3.1. MORTALIDAD MATERNA (RMM).

La crisis estructural, en lo económico, social y política que afronta el país por décadas tiene efectos negativos en la población peruana, especialmente en los estratos más pobres, a los que el sistema margina de los servicios como la educación y la salud.

La ENDES 2000, describe de manera contundente las brechas sociales del sistema, expresados en los indicadores de la dinámica poblacional y económica, que evidencian las profundas diferencias entre las zonas rurales y urbanas, entre éstas últimas y la zona urbana marginal de las ciudades, entre la costa y la sierra-selva del país: la tasa de natalidad en las áreas rurales y sectores marginales de las ciudades, presentan cifras superiores a 30 nacimientos por mil habitantes al año, lo mismo sucede con la Tasa Global de Fecundidad con más 4 hijos por mujer, en estas mismas zonas del país profundo; el 34% de las mujeres en edad fértil son analfabetas o tienen nivel primario de instrucción y su mediana de años de escolaridad es de 5.6 años, con diferencias marcadas, como con Huancavelica que presenta una mediana de 2.4 años escolares; solamente el 32% de las mujeres practican la contracepción por métodos eficaces y en las zonas rurales el 27% de las gestantes no recibieron atención prenatal en tanto que el 75% señaló como lugar de parto su domicilio. Se suma las limitaciones que enfrenta la población por la infraestructura sanitaria actual, con serias deficiencias como por ejemplo: en promedio hay una posta por cada 2,111 habitantes, lo cual determina que un 57% de personas enfrenten problemas de atención. Ello cobra mayor relevancia en las áreas en extrema pobreza o muy pobres, donde se suman factores geográficos y económicos (FONCODES, Junio 2002), el porcentaje de la población con déficit de agua y servicios de desagüe es de 34.7% y 54.3%, respectivamente, cuyo promedio nacional esconde las mayores deficiencias que se registran en los departamentos de la selva y el trapezio andino; similares iniquidades se observan para el acceso a la educación e ingreso económico.

No solo lo anterior enfrentan los pobres. También la escasez de carreteras transitables que les genera una barrera económica y social e impide una inserción efectiva en la economía de mercado y el acceso a los servicios básicos. En efecto, los pobres, de los distritos más alejados y sin vías de comunicación, tienen mayores dificultades para hacer llegar sus productos al mercado, para ir a la escuela y para hacerse atender por un profesional de

salud cuando esta enfermo. Derivado de ello el desarrollo de sus capacidades humanas y productivas se encuentra limitado.

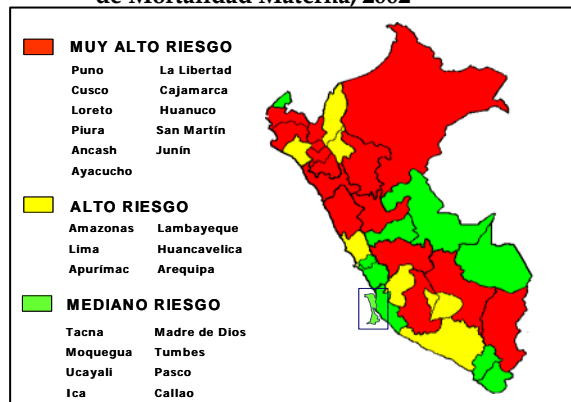
La situación de salud de una familia está influenciada por su capacidad económica (si está en pobreza, pobreza extrema o no es pobre), por la presencia o ausencia de servicios básicos y también por el tipo de actividad económica que realiza. Si una familia dispone de los recursos suficientes para soportar integralmente su canasta mensual, dispondrá entonces de recursos para solventar los gastos destinados a la conservación de la salud (actividades preventivas, recuperativas y/o de rehabilitación). En cambio, si está en nivel de pobreza o pobreza extrema, y por ende no cuenta con los recursos suficientes, priorizará los gastos de alimentación antes que los de salud.

En el Perú, la Razón de Mortalidad Materna, presenta una tendencia a la disminución, sustentado a partir de los resultados de las dos últimas ENDES; lo que indica, continúe el descenso y para el 2005, esperemos estemos alcanzando las 100 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Pero, este descenso de la mortalidad materna, más que una proyección objetiva, pareciera ser un deseo, por que los expertos, señalan que los promedios obtenidos en ambas ENDES, presentan intervalos que se intersecan. Objetivamente hablando y a la luz del análisis del entorno y los determinantes que rodean a este importante daño, no podemos afirmar que esta disminución se presente para el año 2005. Sin embargo, vale la pena, mostrar esta tendencia, para que sea un estímulo al trabajo del personal de salud y una misión que debemos asumir.

Según ENDES 2000, en el Perú cada día, 2140 mujeres quedan embarazadas, de las cuales casi la mitad (813) se enfrentan a un embarazo no deseado y en igual proporción (856) presentan complicaciones del embarazo y lo más lamentable, 3 de ellas mueren de causa directa, por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. De acuerdo a estimaciones realizadas, en el Perú, en el 2002 se habrían producido 1027 muertes por causa materna, lo que significa una razón de mortalidad materna de 163.9 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. En el Sistema de Vigilancia se notificaron solo 513 fallecimientos, lo que evidenciaría un subregistro del 50% a nivel de país, porcentaje de subregistro que se comparte con otros países latinoamericanos como el del México, donde se señala que por cada muerte que se registra queda otra sin registrar, lo que es muy frecuente que ocurra en los casos de aborto inducido, para evitar la condena moral e incluso los problemas legales, la mujer, sus familiares y el proveedor de salud suelen ocultar el embarazo y las circunstancias que condujeron a la muerte.

El 80% de las muertes maternas del país, han ocurrido en 12 de los 25 departamentos del país: Cajamarca, Puno, Cusco, Piura, Lima, Huanuco, La Libertad, Loreto, Junín, Ancash, Ayacucho y Lambayeque. Moquegua, Tumbes y Tacna, son los departamentos donde menos muertes reportan.

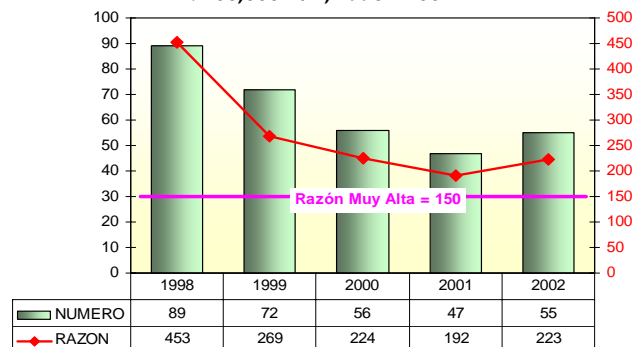
Mapa N° 08.- Perú: Estratificación Departamental Según Razón de Mortalidad Materna, 2002



Fuente.- OGE - MINSA

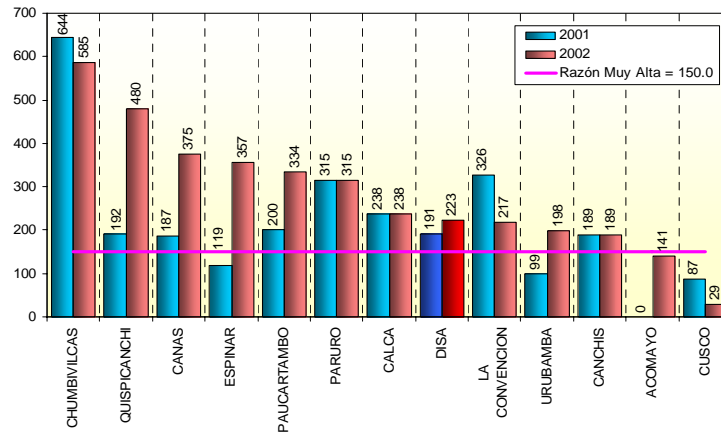
En el departamento Cusco, el sistema de Sistema de Vigilancia Epidemiológica ha registrado 55 muertes maternas el año 2002, que fueron notificados por los servicios de salud del ámbito de la DISA, con lo que se obtiene una Razón de Mortalidad Materna de 223 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos

Gráfico N° 76.- DISA Cusco: Número y Razón de Mortalidad Materna x 100,000 NV, 1998 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

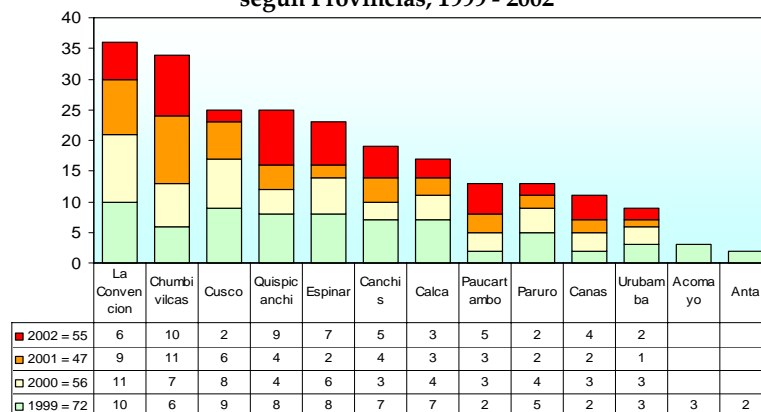
Gráfico N° 77.- DISA Cusco: Razón de Mortalidad Materna según provincias, 2001 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

La RMM más alta registrada al interior del departamento de Cusco en el año 2002, es de 585 por 100 mil nacidos vivos, que registra la provincia de Chumbivilcas; siendo 7 las provincias que tienen una RMM por encima del promedio de la DISA Cusco y 11 las provincias ubicadas en el estrato de Muy Alto Riesgo con RMM más de 150 por 100 mil nacidos vivos.

Gráfico N° 78.- DISA Cusco: Tendencia de las Muertes Maternas según Provincias, 1999 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Tabla N° 09.- **Departamento Cusco: Muertes Maternas, estratificación según Número de casos por cuartiles, 2002**

Provincia	Nacidos Vivos	Muertes Maternas	Pobreza*
Chumbivilcas	1706	10	Muy Pobre
Quispicanchi	2588	10	Pobre
Espinar	1708	7	Pobre
La Convencion	2752	5	Pobre
Paucartambo	985	5	Muy Pobre
Canas	1082	4	Pobre
Canchis	2151	4	Regular
Calca	1431	3	Aceptable
Cusco	6657	2	Pobre
Paruro	659	2	Muy Pobre
Urubamba	1056	2	Regular
Acomayo	717	1	Muy Pobre
Anta	1197	0	Pobre

(\*) Mapa de Pobreza - FONCODES 2000

Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

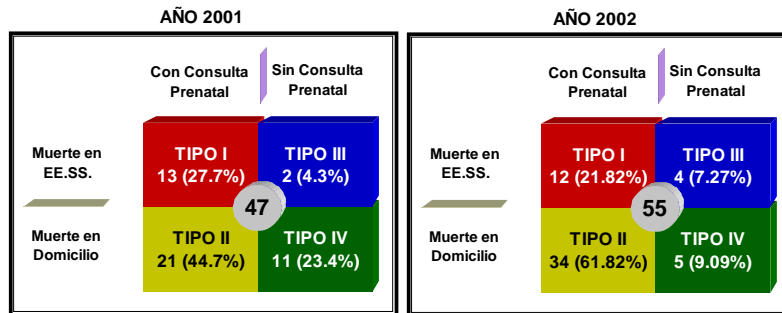
### 2.3.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN PERSONA.

Las 55 muertes maternas presentan una edad promedio de 31 años y una mediana de 32 años, con un rango de 16 años (mínimo 16 años, máximo 48 años). En la distribución por grupo de edades quinquenales, las muertes maternas se concentran entre los grupos quinquenales 35-39 años (27.3%) y 25-29 años (20.0%). Desde otro enfoque, agrupándolas según grupos especiales, estas muertes maternas han ocurrido con una frecuencia importante en la mejor etapa de la vida reproductiva de la mujer, donde la fecundidad se concretiza, nos referimos al grupo de 20 a 34 años de edad, con 23 casos (41.8%) y el grupo más afectado es el grupo de riesgo de 35 - 49 años con 26 casos (47.3%).

Según la condición del estado civil, las gestantes fallecidas se distribuyen de la siguiente manera: conviviente 50.91% (28 casos), casada 43.64% (24 casos), soltera 3.64% (2 casos) y 01 caso con estado civil ignorado (1.82%); por lo tanto podemos decir que el 94.5% de las fallecidas tenían unión estable.

Los años 2000, 2001 y 2002 la mayoría de las fallecidas tuvieron contacto con el establecimiento de salud para su atención prenatal (78.57, 72.34 y 76.36% respectivamente).

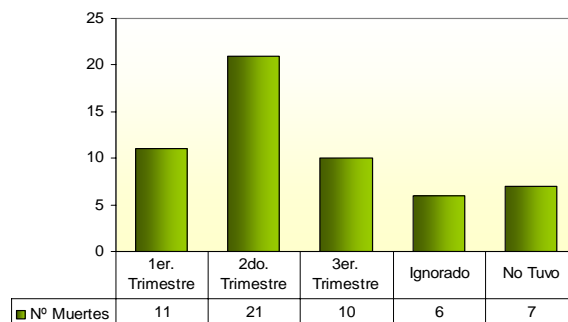
Gráfico N° 78.- DISA Cusco: Muertes Maternas según Tipo de Muerte (Consulta Prenatal y Lugar de Fallecimiento), 2001 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

De las 55 muertes maternas ocurridas en el 2002, el 76.36% en algún momento tuvieron por lo menos un contacto con los servicios de salud; así como que un 21.82% de las muertes maternas ocurrió en los establecimientos de salud y que tuvieron contacto con los servicios de salud (Muerte tipo I); hechos que llama la atención y por ende la necesidad de evaluar la calidad de atención de la salud de la mujer, tanto en términos preventivos y predictivos a partir de vigilancia de riesgos materno perinatales y del trabajo de base comunal en esta tarea.

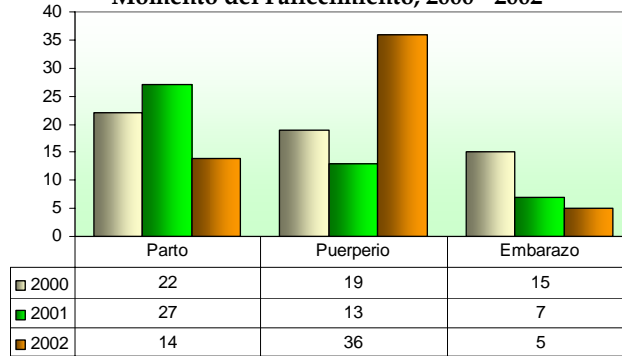
Gráfico N° 79.- DISA Cusco: Muertes Maternas según Trimestre Gestacional al recibir el Primer Control Prenatal, 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología



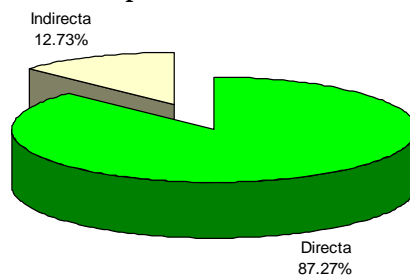
Gráfico N° 80.- DISA Cusco: Muertes Maternas según Momento del Fallecimiento, 2000 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

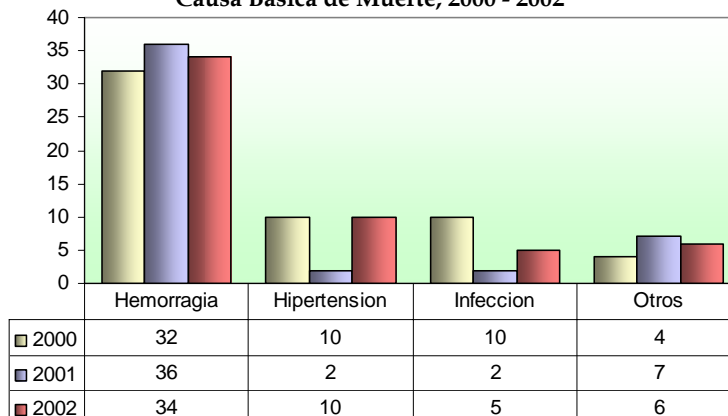
Es necesario tomar medidas para reforzar estos momentos del proceso obstétrico, que garanticen acceso de la gestante a los servicios de salud y éstos con capacidad resolutive y personal capacitado, para resolver las emergencias propias de estos periodos. Podría ser reforzando la organización de las Redes de los Servicios de Salud y los procesos de Referencia y Contrarreferencia con un carácter funcional (más que administrativo y burocrático), que enlace los establecimientos de menor nivel a otros de mayor capacidad, armando todo un engranaje, que oriente los escasos recursos del sector a los puntos críticos del sistema estructurado y especialmente desarrollado para salvar vidas maternas. Sin duda, que esta propuesta es insuficiente sino va de la mano a todo un trabajo de prevención y promoción de la salud que parte desde la comunidad adecuadamente organizada para estos fines.

Gráfico N° 81.- DISA Cusco: Muertes Maternas según Tipo de Muerte, 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Gráfico N° 82.- DISA Cusco: Muertes Maternas según Causa Básica de Muerte, 2000 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

### 2.3.2. MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL.

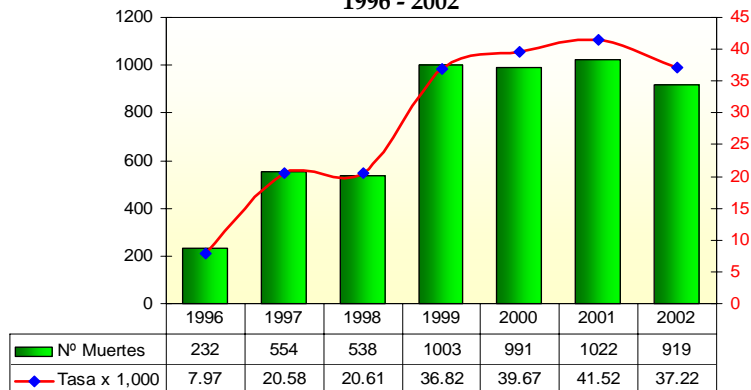
En las últimas décadas, aún subsisten indicadores de salud alarmantes que ubican al Perú en una situación desfavorable en comparación con la mayoría de los países latinoamericanos (en desempeño global del sistema de salud de Perú ocupa el puesto 129 en el mundo y el puesto menos destacado en Latinoamérica).

La Mortalidad Perinatal es un hecho de gran importancia, nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. La Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP), según ENDES 2000 registrado para Cusco es de 48.1 por 1000 n.v., datos oficiales de la DISA Cusco, en el 2001 se registra 1022 muertes perinatales (2.8 muertes perinatales/día en el departamento del Cusco), con una TMP de 41.52/1000 n.v., tasas por encima del promedio nacional (23/1000 n.v. - ENDES 2000).

En el año 2002, se reportaron 919 muertes perinatales (2.6 muertes por día) en el ámbito de la DISA Cusco, alcanzando una TMP de 37.22/1,000 n.v.; cifra por encima del promedio nacional reportados por la OPS (35/1,000 n.v.) en noviembre del 2002, luego de la evaluación y análisis de salud materno perinatal, según el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).

La razón de muerte perinatal entre muerte materna en el año 2002 es de 16.7 para Cusco (10.0 a nivel nacional), es decir, que existen 16.7 Muertes Perinatales por cada Muerte Materna.

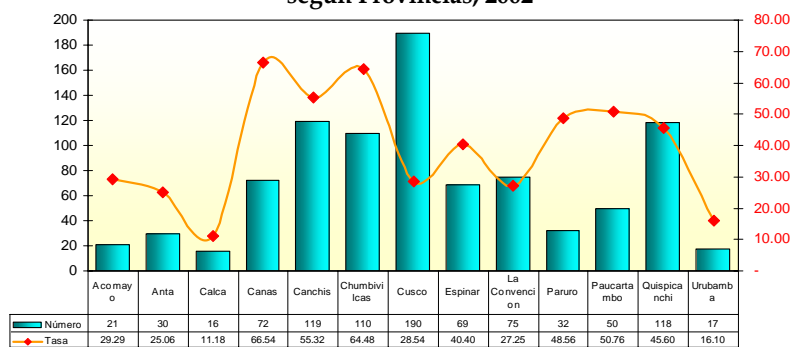
Gráfico N° 83.- DISA Cusco: Número y Tasa de Mortalidad Perinatal, 1996 - 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

En el gráfico se puede apreciar que a partir de 1999, se empezó a notificar en casi el doble el número de muertes perinatales, al incluirse su reporte semanal en el sistema de Vigilancia Epidemiológica, situación que de algún modo evidenció un alto sub registro, hasta antes de 1999.

Gráfico N° 84.- DISA Cusco: Número y Tasa de Mortalidad Perinatal, según Provincias, 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Tabla N° 17.- **Departamento Cusco: Muertes Perinatales, estratificación según Provincias y Tasa de Mortalidad por Cuartiles, 2002**

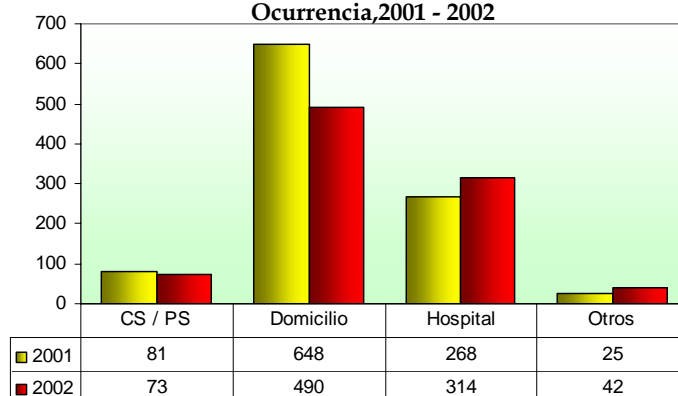
Provincia	Número	NV 2002	Tasa x 1,000 NV	Pobreza*
Canas	72	1082	66.54	Muy Pobre
Chumbivilcas	110	1706	64.48	Muy Pobre
Canchis	119	2151	55.32	Regular
Paucartambo	50	985	50.76	Muy Pobre
Paruro	32	659	48.56	Muy Pobre
Quispicanchi	118	2588	45.60	Pobre
Espinar	69	1708	40.40	Pobre
Acomayo	21	717	29.29	Muy Pobre
Cusco	190	6657	28.54	Aceptable
La Convencion	75	2752	27.25	Pobre
Anta	30	1197	25.06	Pobre
Urubamba	17	1056	16.10	Regular
Calca	16	1431	11.18	Pobre

(\*) Mapa de Pobreza - FONCODES 2000

Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Las tasas más altas de mortalidad perinatal a nivel distrital está dado en los distritos de Ccarhuayo (Quispicanchi) con 148.15 por mil n.v., Saylla (Cusco) con 125 por mil n.v., Checca (Canas) 111.73 por mil n.v. y Colcha (Paruro) con 111.11 por mil n.v.

Gráfico N° 85.- **DISA Cusco: Mortalidad Perinatal según Lugar de Ocurrencia, 2001 - 2002**



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Tabla N° 18.- DISA Cusco: Mortalidad Perinatal - Matriz BABIES  
Según Tiempo de Vida y Peso al Nacer, 2002

Peso/ Denominación	Obito Fetal			Tiempo de Vida del R.N.			
	Ante parto	Intra parto	Total	<24 Horas	1-7 Días	8 - 28 Días	Total
MBPN (500 - 1499 g.)	56	16	72	41	26	15	82
BPN (1500 - 2499 g.)	56	30	86	63	62	51	176
PN (>2500 g.)	97	108	205	101	81	116	298
<b>Sub Total</b>	<b>209</b>	<b>154</b>	<b>363</b>	<b>205</b>	<b>169</b>	<b>182</b>	<b>556</b>
<b>Total</b>							<b>919</b>

Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Al análisis de las variables de Tiempo de Vida y Peso al Nacer de los neonatos fallecidos, el 20.86% son neonatos con pesos por encima de 2500 gr. y de 8 a 28 días de vida, otra proporción importante son los neonatos con menos de 24 horas de vida y peso mayores a 2500 gr., en resumen un "factor de riesgo" es que el neonato tenga peso normal (> 2500 gr.) y entre 8 a 28 días de vida. Comportamiento similar se observa en lo óbitos con pesos normales aparentemente viables.

Tabla N° 19.- DISA Cusco: Mortalidad Perinatal - Matriz BABIES  
Según Causa Básica de Muerte y Peso al Nacer, 2002

Peso/ Denominación	Total Obito	Causas de Mortalidad Neonatal					Total
		Asfixia	Sd. Distrés	Malform. Congénita	Infección	Otros	
MBPN (500 - 1499 g.)	72	7	40	16	2	17	82
BPN (1500 - 2499 g.)	86	33	46	47	22	28	176
PN (>2500 g.)	205	145	24	40	26	63	298
<b>Sub Total</b>	<b>363</b>	<b>185</b>	<b>110</b>	<b>103</b>	<b>50</b>	<b>108</b>	<b>556</b>
<b>Total</b>							<b>919</b>

Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Según la Matriz BABIES donde se analiza las variables de Causa Básica de Muerte y Peso al Nacer, se puede apreciar que un importante número de casos (26.08%) fallecieron a causa de Asfixia Perinatal y con pesos mayores a 2500 gr. (peso normal).

### CAPITULO III

#### RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD.

La Dirección Regional de Salud, en un escenario de constantes cambios y de acuerdo a las políticas nacionales, ha logrado incrementar la cobertura geográfica de los servicios de salud y ha dado paso a nuevas formas de organización y articulación de los servicios de salud, compuestos por Redes y Micro Redes de servicios de salud que responden a los requerimientos de la demanda en el marco del contexto de la globalización de las enfermedades y otras contingencias.

Igualmente, se viene implementado estrategias dirigidas a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud a través de la Atención Integral, así se promueve el acceso universal a la atención básica individual de salud mediante el Seguro Integral de Salud, cuya implementación se encuentra en proceso inicial, originando algunos problemas de organización para una mayor y adecuada afiliación y oportuno reembolso financiero, hechos que repercuten negativamente en el logro de los objetivos no solo operativos sino de resultado e impacto.

#### 3.1. INFRAESTRUCTURA.

##### 3.1.1. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y ENTIDADES ADMINISTRATIVAS.

Tabla N° 20.- Departamento Cusco: Número de Establecimientos de Salud según Tipo y Entidad Prestadora de Salud, 2002

Entidad	Hospital	Centro de Salud	Puesto de Salud	Clínicas	Total
MINSA	4	48	204	-	256
ESSALUD	6	5	1	-	12
FF.AA./FF.PP.	-	5	-	-	5
OTROS	-	4	-	5	9
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>62</b>	<b>205</b>	<b>5</b>	<b>282</b>

Fuente.- Instituto Nacional de Estadística e Informática

A nivel de la DISA Cusco, contamos con 282 establecimientos que brindan servicios de salud, cifra que equivale a 2.3 establecimientos por cada 10 mil habitantes, indicador muy por debajo del promedio nacional y que resulta insuficiente dado que existen muchos grupos poblacionales (comunidades)

con poblaciones menores a 1,000 habitantes y se hallan muy dispersos, siendo de difícil acceso a un establecimiento de salud.

### 3.2. RECURSOS HUMANOS.

En relación a los recursos humanos, en el periodo 1990 - 2002 se incrementaron en un 88.9 % casi el doble debido fundamentalmente debido a la intervención del Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT), los que paralelo al incremento de la infraestructura de salud significa la presencia de profesionales en zonas rurales de extrema pobreza. Habiendo mejorado considerablemente la oferta de servicios y cobertura de atención.

Tabla N° 21.- DISA Cusco: Recursos Humanos por Ramas de Actividad, 1990 - 2002

PROFESIONAL	1990	1995	2000	2001	2002
MEDICOS	132	279	312	313	313
ODONTÓLOGOS	20	37	51	45	45
Q. FARMACÉUTICOS	5		10	16	16
OBSTETRICES	53	183	496	196	196
ENFERMERAS	733	507	183	496	496
NUTRICIONISTAS			4	9	9
BIÓLOGOS			14	19	19
ASISTENTA SOCIAL			7	12	12
TEC. ENFERMERIA	239	850	977	883	883
TEC. LABORAT.			24	41	41
OTROS	292	0	1344	723	723
TOTAL	1474	1784	2662	2753	2753

Fuente.- Dirección de Personal - DISA Cusco

Vemos que entre los años 1990 y 2002, hubo un importante incremento de los Recursos Humanos, tanto profesionales como técnicos, esto de acuerdo al crecimiento poblacional, infraestructura de servicios de salud y necesidad de cubrir con una demanda insatisfecha y sobre todo con difícil accesibilidad.

Tabla N° 22.- Departamento Cusco: Recursos Humanos distribuidos según Grupo Ocupacional, DISA, Redes y Hospitales, 2002

CARGOS	DISA	HOSPITALES			REDES			Total
		Regional Cusco	A. Lorena Lorena	Cusco Norte	Cusco Sur	Canas, Canchis, Espinar	La Convención	
FUNCIONARIOS	9	1	1	1		1	2	15
DIRECTIVOS	20	3	7	1		4	7	42
PROFESIONALES DE LA SALUD	55	182	149	84	84	79	78	711
OTROS PROFESIONALES SALUD		4	4			4	1	13
PROFESIONALES CATEGORIZADOS	9	43	55	23	9	3	4	146
TECNICOS ADMINIST. Y ASISTENC.	68	292	214	123	137	214	248	1296
AUXILIARES		1	13	5	11	1	1	32
PSBPT				86	138	79	149	452
CLASS				26	4	16		46
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>526</b>	<b>443</b>	<b>349</b>	<b>388</b>	<b>401</b>	<b>490</b>	<b>2753</b>

Fuente.- VEA – Dirección de Capacitación

Un 47.08% de trabajadores de salud está representado por técnicos administrativos y asistenciales, un 26.3% por profesionales de la salud; un aporte coyuntural que destacar es el Programa de Salud Básica Para Todos, que cuenta con el 16.42% de recursos humanos de toda la DISA Cusco.

Tabla N° 23.- Departamento Cusco: Recursos Humanos distribuidos según Grupo Ocupacional, DISA, Redes y Hospitales, 2002

PROFESIONAL	RR.HH. x 10,000 hab.	
	Cusco	Perú
Medico	5.50	11.70
Enfermera	7.00	8.00
Obstetriz/tra	5.70	2.60
Odontólogo	0.70	1.10
Q. Farmacéutico	0.13	-
Biólogos	0.16	-
Nutricionistas	0.07	-
Asistente social	0.10	-
Tec. Enfermería	7.31	-
Otros	6.59	-



La inadecuada política de recursos humanos no asume que el personal de salud es el factor fundamental de éxito institucional, no contempla estrategias de desarrollo, estímulos y de motivación para el personal.

### 3.3. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

**Consultas por Habitante:** El ratio de atención por habitante para el año 2002 es de 0.86 atenciones médicas por habitante, es decir, 1,044,783 atenciones médicas.

**Egresos Hospitalarios:** Para el año 2002, nuestra Región alcanzó el indicador de 37.1 egresos hospitalarios por 1,000 habitantes, mientras que para el nivel nacional es de 45.2 egresos por mil habitantes.

**Porcentaje de Gestantes con 6 Controles Prenatales:** Para el año 2002, se ha logrado un cobertura de Control Pre Natal de 59.2% y 54.04 para el año 2001.

**Partos Atendidos en Establecimiento de Salud:** En el año 2002, se tuvo una cobertura de Parto Institucional más Domiciliario por parte del Personal de Salud de 63.1%, mientras que en el año 2001 se había alcanzado una cobertura de 50.4%.

### 3.4. FOCALIZACIÓN DEL GASTO PUBLICO EN SALUD.

La signación presupuestal para el año 2002, ascendió a 97 millones 644 mil 526 nuevos soles, muy por encima del monto recibido en los años anteriores, de los cuales sólo se ejecutó el 90.72%.

Tabla N° 24.- DISA Cusco: Presupuesto Remesado y Ejecutado según Fuentes de Financiamiento, 2001 - 2002

Programa	2001			2002		
	Remesado	Ejecutado	%	Remesado	Ejecutado	%
R.O.	44,486,685	44,416,392	99.84	66,346,840	63,311,042	95.42
R.D.R.	11,178,673	11,124,774	99.52	18,828,929	13,460,146	71.49
PAAG	7,228,484	6,501,283	89.94	8,210,091	7,747,263	94.36
PARSALUD	3,874,351	3,864,457	99.74	3,259,213	3,259,213	100.00
INS	1,572,202	1,550,763	98.64	874,539	723,235	82.70
VIGIA	53,357	24,784	46.45	124,914	86,474	69.23
<b>TOTAL</b>	<b>68,393,752</b>	<b>67,482,453</b>	<b>98.67</b>	<b>97,644,526</b>	<b>88,587,373</b>	<b>90.72</b>

Fuente.- Dirección Ejecutiva de Administración - DISA Cusco

El ingreso per cápita por habitante en el año 2001 fue de 57.58 y de 73.29 en el año 2002.

### 3.5. INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

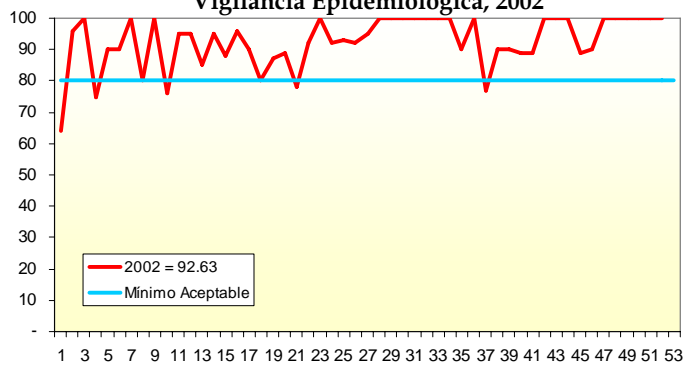
Este indicador tiene como objetivo asegurar que la información de los daños sujetos a vigilancia epidemiológica remitida por la Red de Epidemiología Cusco, sea confiable y permita un oportuno análisis, interpretación, difusión de la información y toma de decisiones.

Para cumplir con los objetivos de este sistema de monitoreo de la vigilancia y notificación semanal se ha elegido indicadores de proceso y de resultado tales como:

- 1) **Indicadores de proceso:** Calidad de la data como indicador global, que considera: la consistencia de la información, duplicidad de registros, la regularización de los casos, existencia de registros en blanco, el registro del establecimiento de salud para la notificación colectiva.
- 2) **Indicadores de resultado:** Los indicadores seleccionados son: cobertura de notificación oportuna, cobertura de unidades notificantes, cobertura de población vigilada y cobertura de la Integralidad de la remisión de la información.

La calificación mínima aceptable de este indicador es de 80 puntos. El puntaje promedio alcanzado por la Dirección Regional de Salud Cusco en el año 2002 fue de 92.63%.

Gráfico N° 86.- DISA Cusco: Comportamiento Semanal del Indicador de Vigilancia Epidemiológica, 2002



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

## BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000 Cusco y ENDES 2000 Perú.
2. Ministerio de Salud. Región de Salud Cusco. Oficina de Estadística e Informática. Estimaciones de población por grupos de edad, según direcciones de salud , provincias y distritos 1992-2002.
3. Dirección de Salud Cusco. Dirección de Epidemiología . Análisis de Situación de Salud 2001.
4. Instituto Nacional de Estadística. Fondo de Población de las Naciones Unidas.Censos Nacionales 1993 . IX de Población y IV de Vivienda Perú. Resultados definitivos a nivel provincial y distrital Departamento Cusco y Provincias .
5. Ministerio de Salud Hospital Antonio Lorena. Análisis de la Situación de Salud 2002.
6. Ministerio de Salud. Hospital Regional del Cusco. Análisis de la Situación de Salud 2002.
7. Ministerio de Salud. Oficina de Estadística e Informática. Resultados Estadísticos de la Morbimortalidad del departamento Cusco 2002.
8. Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Cusco. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Evaluación Operacional de Actividades. Resultados sobre Coberturas Vacunales 1998-2002.
9. Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Cusco. Dirección de Atención Integral. Evaluación Operacional de Actividades 2002.
10. Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud. Programa de Riesgos y Daños. Evaluación Operacional de Actividades 2002.
11. Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud. Programa de Salud Materno Perinatal. Evaluación Operacional de Actividades 2002
12. Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología. Vigilancia de Enfermedades de Notificación Epidemiológica.
13. Ministerio de Salud. Oficina de Planificación y Presupuesto. Recursos Humanos de Establecimientos de Salud, Departamento Cusco.
14. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Bases para el ASIS 2001.

15. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud en el Perú.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Conociendo Cusco
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Almanaque de Cusco
18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. Informe de Desarrollo Humano, Perú 2002
19. FONCODES, Mapa de Pobreza en el Perú 2000.
20. Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Apurímac. Análisis de la Situación de Salud - ASIS 2000.

Este Documento esta dedicado al personal de salud, quienes dia a dia construyen salud y vida en los diferentes ambitos de nuestra Dirección Regional de Salud Cusco; muy especialmente a quienes laboran en los lugares más alejados, conjuntamente que los Promotores de Salud; de quienes aprendemos de su ciudadanía, de su fe y esperanza en un mañana mejor.