

DIRECCION DE SALUD APURIMAC II

DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA

RED DE SALUD JOSE MARIA ARGUEDAS

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD
DISTRITO DE HUAYANA 2024**

HUAYANA, SETIEMBRE 2025

DOCUMENTO TECNICO DE GESTION

ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD DEL DISTRITO DE
HUAYANA 2024

GERENTE MICRORED PAMPACHIRI
OBSTA. EDWAR REBATA ARROYO

RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA
MED. GRESHIA DELGADILLO ARCEGA
LIC. HERLINDA VASQUEZ QUISPE

RESPONSABLES DE LA ELABORACION DEL ASIS:

MED. GRESHIA DELGADILLO ARCEGA
LIC. HERLINDA VASQUEZ QUISPE

REVISION
LIC. MARINA CHIRINOS OLIVERA
MAG. JUDITH CAMPOS DOMINGUEZ

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I.....	11
1. ANÁLISIS DEL ENTORNO.....	11
1.1. Características Geográficas.....	11
1.2. Características Demográficas.....	14
1.3. Características de la organización social.....	27
1.4. Características de la presencia de riesgos	29
CAPITULO II.....	31
2. ANÁLISIS DE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	31
2.1. Determinantes estructurales	31
2.2. Determinantes intermediarios	41
CAPITULO III.....	45
3. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	45
3.1. Morbilidad	45
3.2. Mortalidad	63
CAPITULO IV.....	73
4. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO.....	73
4.1. Metodología	73
4.2. Problemas de impacto	74
CAPITULO V.....	76
5. PRIORIZACIÓN DE TERRITORIOS VULNERABLES	76
5.1. Metodología	76
5.2. Identificación de territorios vulnerables.....	76
CAPITULO VI.....	78
6. PROPUESTA DE LÍNEAS DE ACCIÓN.....	78
6.1. Ejes Estratégicos de Intervención.....	78
6.2. Líneas de Acción Prioritarias por Eje	78
7. ANEXOS	81
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por el don de la vida y la oportunidad de servir en el campo de la salud, guiando nuestros esfuerzos con propósito y humanidad.

A la Dirección de Salud Apurímac II - Andahuaylas, por su respaldo incondicional, recursos esenciales y compromiso con la mejora continua de nuestros servicios, pilares fundamentales para el cumplimiento de nuestra labor.

A nuestros pacientes, razón de ser de nuestro quehacer diario, cuya confianza y resiliencia nos inspiran a superarnos y a honrar el juramento de servicio con ética y empatía.

Al equipo del Puesto de Salud Huayana, por su dedicación incansable, profesionalismo y entrega en cada intervención. Gracias por priorizar la calidad en la atención, cultivando un trato cálido y respetuoso que refleja el corazón de nuestra misión institucional.

Este trabajo es testimonio del esfuerzo colectivo y la convicción de que, unidos, podemos transformar realidades en favor de la salud de nuestra comunidad.

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud Local (ASIS), constituye una herramienta técnica fundamental para comprender la dinámica salud-enfermedad de la población y orientar la gestión sanitaria en el ámbito local. A través de un proceso sistemático, este documento recoge información demográfica, social, económica, ambiental y epidemiológica, con el fin de identificar los principales problemas de salud, sus determinantes y las brechas existentes en la oferta de servicios. De esta manera, el ASIS se convierte en la base para la planificación, organización y priorización de intervenciones en beneficio de la comunidad.

El distrito de Huayana, ubicado en la provincia de Andahuaylas, región Apurímac, presenta características particulares derivadas de su condición mayoritariamente rural, sus limitaciones en infraestructura básica y su dependencia de actividades económicas como la agricultura y la ganadería. Estas condiciones, junto con los niveles de pobreza y las dificultades de acceso geográfico, configuran un escenario en el que los determinantes sociales de la salud adquieren un rol preponderante en la calidad de vida de sus habitantes. Analizar esta realidad de manera objetiva resulta esencial para comprender los problemas de salud y plantear soluciones viables.

El presente documento tiene como objetivo central proporcionar un diagnóstico actualizado y detallado de la situación de salud en Huayana, que sirva como insumo para la toma de decisiones de los equipos locales de salud, las autoridades distritales y otros actores sociales. Se busca así fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención, optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar una atención equitativa y oportuna a toda la población, con énfasis en los grupos más vulnerables, como la niñez, las gestantes y los adultos mayores.

Asimismo, el ASIS del distrito de Huayana 2024 se desarrolla bajo un enfoque territorial, participativo y multisectorial, reconociendo que los problemas de salud no pueden abordarse únicamente desde el sector sanitario, sino que requieren la articulación con la educación, el saneamiento, la vivienda, el trabajo y otros determinantes sociales. En ese sentido, el documento no solo busca describir la situación actual, sino también convertirse en una herramienta orientadora para la planificación estratégica, la priorización de problemas con impacto sanitario y la propuesta de líneas de acción que permitan avanzar hacia una mejor calidad de vida y un desarrollo local sostenible.

CAPITULO I

1. ANÁLISIS DEL ENTORNO

El distrito se estableció formalmente el 30 de octubre de 1984 bajo la Ley N°23977, durante el segundo mandato presidencial de Fernando Belaúnde Terry, hecho que marca su origen legal y su integración al marco administrativo nacional.

En el ámbito religioso, su estructura organizativa se articula dentro de la Iglesia Católica como parte de la Diócesis de Abancay, entidad que, a su vez, está subordinada a la Arquidiócesis del Cusco. Esta jerarquía eclesiástica no solo refleja su herencia cultural colonial, sino que también influye en dinámicas comunitarias y tradiciones locales vinculadas a la fe católica

1.1. Características Geográficas

El distrito de Huayana es uno de los diecinueve distritos que conforman la provincia de Andahuaylas, en el departamento de Apurímac, bajo la jurisdicción del Gobierno Regional de Apurímac, en la zona sur del Perú. Se localiza en la vertiente occidental de la Cordillera de los Andes, en la región sierra central sur, caracterizada por su geografía andina y clima templado-frío.

1.1.1. Ubicación y límites

Geográficamente, se localiza en la Sierra Central Sur del Perú, específicamente en la vertiente occidental de la Cordillera de los Andes.

Sus coordenadas geográficas son:

- Latitud: 14°12'00" S
- Longitud: 72°32'00" O

Límites territoriales:

- Norte: Distrito de Chaccrampa
- Sur: Distrito de Pomacocha
- Oeste: Distrito de Ayacucho (Larcay)
- Este: Distrito de Tumayhuaraca

El territorio de Huayana se sitúa a una altitud promedio de 3,125 m.s.n.m., con un rango altitudinal que oscila entre 2,500 m.s.n.m. (zonas bajas) y 3,200 m.s.n.m. (zonas altas). El relieve es predominantemente montañoso e interandino, con quebradas y pendientes que condicionan tanto la organización de los asentamientos humanos como las actividades económicas locales. Estas características, además, representan un factor determinante en el acceso a servicios básicos y en la vulnerabilidad frente a fenómenos naturales como deslizamientos y erosión.

En cuanto a la extensión y organización territorial, El distrito abarca una superficie total de 96.87 km², distribuida en comunidades, anexos y caseríos. Esta organización territorial refleja la adaptación de la población a un entorno geográfico complejo, en el cual las actividades agrícolas y ganaderas constituyen la base de la economía local. La dispersión de los asentamientos, sumada a la geografía accidentada,

representa un desafío para el acceso equitativo a la educación, el saneamiento y los servicios de salud, condicionando así el bienestar de los habitantes.

Tabla N°1

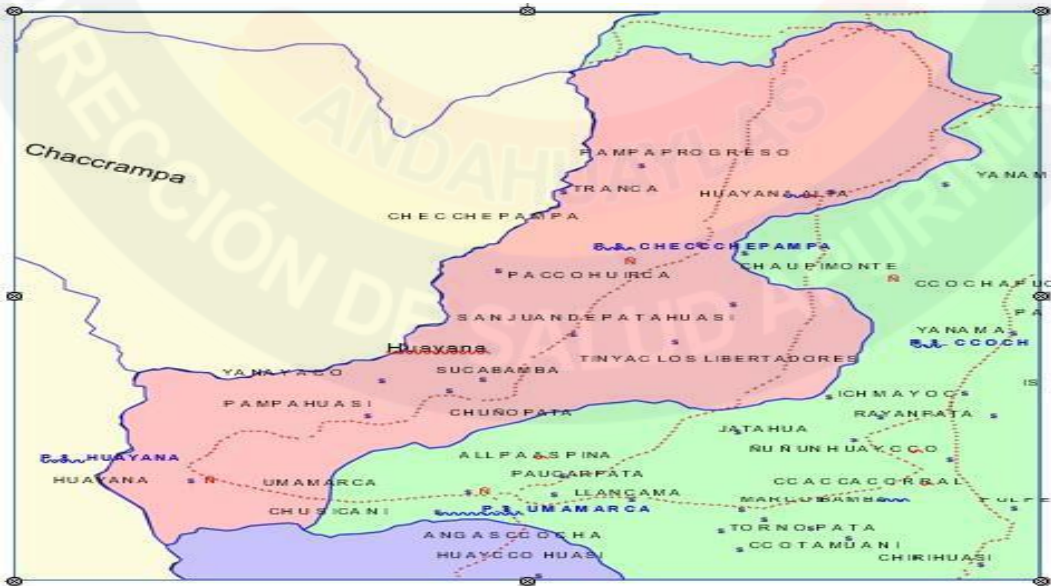
División territorial del distrito de Huayana

NOMCCPP	NOMCAT	CLASIFICACIÓN
Pampa Progreso	Caserío	Rural
Tranca	Caserío	Rural
Yanayaco	Caserío	Rural
Pampahuasi	Unidad Agropecuaria	Rural
Huayana	Pueblo	Urbano
Huayana Alta	Caserío	Rural
San Miguel de Checchepampa	Área no delimitada	Rural
Paccohuirca	Caserío	Rural
Ccochapucro	Caserío	Rural
San Juan de Patahuasi	Área no delimitada	Rural
Tinyacc Los Libertadores	Caserío	Rural
Chuñopata	Unidad Agropecuaria	Rural
Sucabamba	Unidad Agropecuaria	Rural

Fuente: Municipio del Distrito de Huayana 2022

Mapa N° 1

Mapa del distrito de Huayana 2024



Fuente: Estadística e Informática DISAAPURIMAC II 2024

1.1.2. Superficie territorial y conformación

El distrito de Huayana cuenta con una superficie aproximada de 96.87 km², conformada por comunidades, anexos y caseríos distribuidos a lo largo de un territorio de geografía compleja. Esta organización refleja la estrecha relación de la población con un entorno natural marcado por condiciones físicas particulares que influyen en su dinámica social, económica y sanitaria. El territorio se ubica en la vertiente occidental de la Cordillera de los Andes, presentando un relieve predominantemente montañoso y accidentado, con presencia de cerros, quebradas y valles interandinos de difícil acceso. La vegetación es variable según la altitud, predominando pastizales naturales y matorrales alto andinos, utilizados principalmente para la agricultura de subsistencia y la ganadería.

Factores geográficos y ambientales relevantes:

- Altitud: Entre 2,500 y 3,200 m s.n.m., condicionando la presión atmosférica, la disponibilidad de oxígeno y la producción agrícola.
- Clima: Templado-frío, con una marcada temporada de lluvias (noviembre-abril) y una estación seca (mayo-octubre), lo cual genera microclimas que influyen en la salud y la productividad agrícola.
- Relieve: Pendientes pronunciadas, que limitan la expansión agrícola, dificultan el acceso a servicios básicos y aumentan la vulnerabilidad frente a fenómenos geodinámicos como deslizamientos y erosión.

Impacto socio ambiental de la orografía:

- Solo un 12% del territorio es apto para actividades agrícolas y asentamientos humanos permanentes.
- La zona alberga ecosistemas frágiles de puna húmeda, con presencia de especies nativas adaptadas a condiciones extremas.
- Las pendientes inestables elevan el riesgo de deslizamientos e inundaciones, especialmente durante la temporada de lluvias intensas.

Determinantes geográficos en la salud local:

- Accesibilidad limitada: Gran parte de las comunidades se encuentran a más de 5 km de un establecimiento de salud, lo que retrasa la atención en casos de emergencia.
- Condiciones epidemiológicas: la altitud y el clima favorecen la presencia de infecciones respiratorias agudas (IRAS) en zonas altas, mientras que en los valles interandinos se reportan casos de enfermedades infecciosas vinculadas a la proliferación de vectores.
- Seguridad alimentaria restringida: la producción agrícola se limita a cultivos alto andinos (papa, olluco, cebada), lo que condiciona la dieta local y mantiene un déficit nutricional en la población rural.

En conjunto, la superficie y la conformación territorial de Huayana representan un factor determinante en la salud de su población, tanto por las limitaciones de acceso como por la influencia directa que ejercen la altitud, el clima y el relieve en el perfil epidemiológico distrital.

1.1.3. Accidentes Geográficos

El distrito de Huayana presenta una geografía propia de la sierra sur andina, con predominio de relieves montañosos, quebradas y valles interandinos que configuran un territorio irregular y de difícil acceso. El relieve accidentado está acompañado por pendientes de mediana y alta inclinación, lo cual condiciona tanto las actividades productivas como la organización de los asentamientos humanos.

Entre los principales accidentes geográficos se destacan:

- Cerros y laderas pronunciadas, que limitan el espacio disponible para la agricultura y aumentan el riesgo de erosión y deslizamientos durante la temporada de lluvias.
- Quebradas y cauces temporales, que actúan como drenajes naturales, pero que también representan focos de riesgo de inundación y aislamiento de comunidades.
- Valles interandinos estrechos, que concentran la mayor parte de la actividad agrícola y ganadera del distrito.

Implicancias en salud y desarrollo local:

- La geografía accidentada dificulta la construcción de vías de comunicación y el acceso oportuno a los establecimientos de salud, especialmente en comunidades más alejadas.
- Los deslizamientos y derrumbes durante la época de lluvias pueden interrumpir el transporte de pacientes, medicamentos y alimentos.
- La limitada extensión de áreas planas restringe la seguridad alimentaria de la población, al reducir la superficie apta para cultivos y asentamientos humanos.

En conclusión, los accidentes geográficos de Huayana no solo modelan el paisaje, sino que también influyen directamente en la accesibilidad, la economía local y las condiciones de salud de sus habitantes.

1.2. Características Demográficas

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

Según estimaciones poblacionales de la Municipalidad de Huayana (2024) y registros del OGEI/OGTI-MINSA, el distrito cuenta con una población total de 708 habitantes, de los cuales 362 son varones (51.2%) y 346 mujeres (48.8%). La distribución por etapas de vida evidencia una estructura demográfica predominantemente joven, con mayor concentración en los grupos de niñez, adolescencia y adultos jóvenes, que en conjunto representan más de la mitad de la población distrital.

La estructura poblacional, organizada por etapas de vida, muestra un predominio de población joven. El grupo de 0 a 24 años constituye la base de la pirámide, indicando una alta proporción de niñez y

adolescencia que requiere atención prioritaria en programas de vacunación, nutrición, control de crecimiento y desarrollo, así como en acciones de promoción de estilos de vida saludables desde edades tempranas.

El grupo de adultos jóvenes (25-49 años) representa un segmento significativo de la población. Este sector constituye la fuerza laboral activa, principalmente vinculada a actividades agropecuarias y comerciales. Desde la perspectiva de salud, se trata de una población en edad fértil y productiva, que demanda estrategias de salud reproductiva, prevención de enfermedades crónicas y promoción de hábitos saludables.

En los adultos mayores (≥ 70 años) se observa una mayor proporción de mujeres respecto a hombres, lo que refleja la tendencia de mayor esperanza de vida femenina. Aunque este grupo es reducido en comparación con la población joven, plantea desafíos crecientes en atención geriátrica, control de enfermedades crónicas y acceso a servicios de apoyo social.

Tabla N° 2
Población del distrito de Huayna por Sexo y Etapas de Vida, 2024

GRUPOS DE EDAD	Hombre	Mujer	Total
00-04	30	23	53
05-09	26	29	55
10-14	23	25	48
15-19	38	28	66
20-24	34	25	59
25-29	25	27	52
30-34	20	23	43
35-39	24	17	41
40-44	25	24	49
45-49	20	25	45
50-54	27	17	44
55-59	15	12	27
60-64	10	12	22
65-69	8	17	25
70-74	13	16	29
75-79	10	11	21
80-84	7	6	13
>85	7	9	16
Total, general	362	346	708

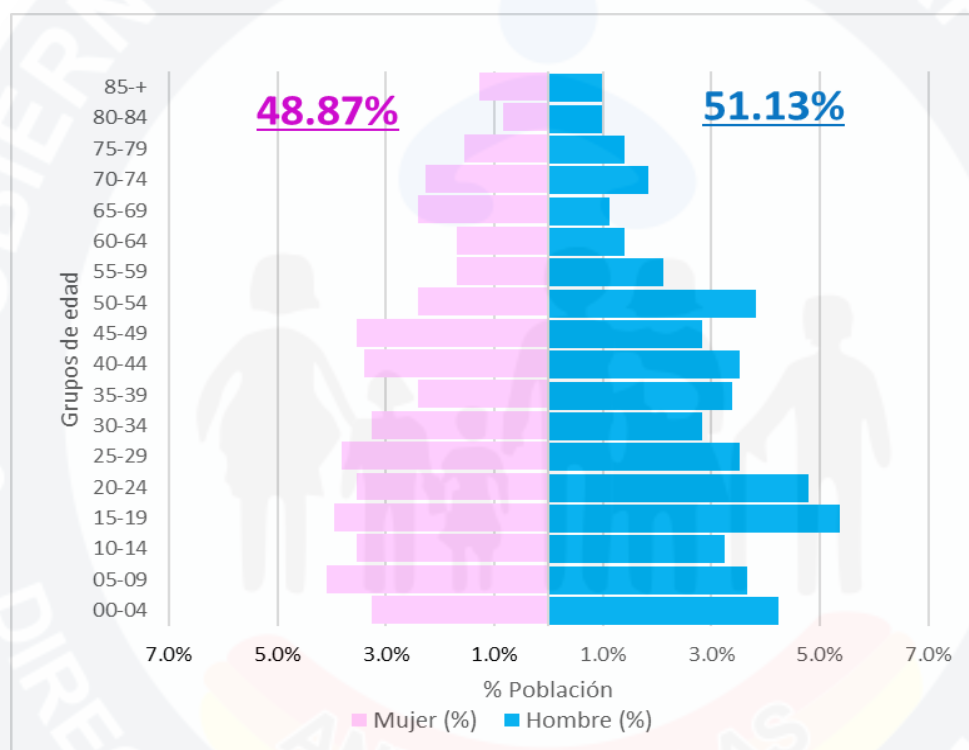
Fuente: Municipalidad de Huayana 2024

La pirámide poblacional de Huayana confirma una estructura expansiva, con una base ancha y un estrechamiento progresivo hacia los grupos de mayor edad. Esta configuración demográfica exige una planificación diferenciada por etapas de vida:

- Niñez y adolescencia: priorizar inmunizaciones, control de crecimiento y programas de nutrición.
- Adultos jóvenes: fortalecer salud reproductiva, prevención de crónicas y estilos de vida saludables.
- Adultos mayores: garantizar cuidados integrales, prevención de discapacidad y soporte comunitario.

Figura N° 1.

Pirámide poblacional distrito de Huayana por sexo y grupo de edad 2024



Fuente: OGEI/OGTI-Minsa 2024

En conclusión, la población del distrito de Huayana evidencia un perfil predominantemente joven y en edad productiva, con un grupo menor de adultos mayores que, sin embargo, requiere atención especial. Esta distribución demográfica condiciona la demanda de servicios educativos, sanitarios y sociales, constituyendo un insumo clave para la planificación en salud.

De manera complementaria, los Censos Nacionales 2017 (XII de Población y VII de Vivienda) y las proyecciones del INEI 2024 permiten contextualizar la dinámica demográfica distrital. En el censo de 2017, Huayana registraba 793 habitantes, mientras que la proyección para 2024 es de 677 habitantes, lo que evidencia una tendencia decreciente de la población, probablemente asociada a procesos migratorios.

En cuanto a la distribución por sexo según el censo 2017, se contabilizó 389 hombres (49.1%) y 404 mujeres (50.9%), mostrando un ligero predominio femenino. Respecto a la distribución territorial, el 63.3% de la población (502 habitantes) residía en la capital distrital (urbano), mientras que el 36.7% (291 habitantes) habitaba en zonas rurales dispersas.

La estructura etaria según el Censo 2017 ratifica el carácter joven-adulto de la población:

- 0 a 14 años: 29.4% (233 hab.)
- 15 a 29 años: 18.3% (145 hab.)
- 30 a 59 años: 33.2% (263 hab.)
- 60 años a más: 19.0% (151 hab.)

La edad promedio de la población es de 34 años, lo que confirma la necesidad de planificar intervenciones sanitarias diferenciadas para atender simultáneamente a una población infantil y adolescente en crecimiento, una población adulta joven en plena actividad económica y reproductiva, y una población adulta mayor en aumento, que demanda cuidados específicos.

Tabla N°3

Características demográficas del distrito de Huayana, Censos Nacionales 2017

VARIABLE / INDICADOR	Absoluto	%
Población Proyectada 2024	677	
Población total 2017	793	-
Población en Edad de trabajar (14 y más años)	575	72.5
Población total en edad electoral (18 a 70 años)	442	55.7
Densidad (Hab./Km2)	8	-
Población total 2017 masculina	389	49.1
Población total 2017 femenina	404	50.9
Relación de masculinidad (h/m)	96	-
Población urbana	502	63.3
Población rural	291	36.7
Edad promedio de la población total	34	-
Edad mediana de la población total	31	-
Población de 0 a 14 años	233	29.4
Población de 15 a 29 años	145	18.3
Población de 30 a 59 años	263	33.2
Población de 60 y más años	151	19
Población analfabeta	97	17.3
Hombres analfabetos	15	5.4
Mujeres analfabetas	82	29
Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	170	42
Total de madres	226	-
Madres solteras	3	1.3
Mujeres adolescentes (12 a 19 años)	54	-

Madres adolescentes (12 a 19 años)	1	1.9
Con al menos una discapacidad	57	7.2
Sin discapacidad	736	92.8
Con alguna NBI (%)	151.92259	20.2
Sin NBI (%)	599.07742	79.8
Viviendas particulares	580	-
Viviendas particulares con ocupantes presentes	256	44.1
Hogares	262	-
Pobreza Monetaria (intervalo de confianza inferior)	23	-
Incidencia de Pobreza Monetaria	-	38
Pobreza Monetaria (intervalo de confianza superior)	53	-
Ranking de la pobreza monetaria	805	-
Total de defunciones - Mujeres	1	-
Total de defunciones - Hombres	2	-
Total de defunciones	3	-
Nacimientos por bajo peso	3	20
Mujeres nacidas vivas	9	60
Hombres nacidos vivos	6	40

Fuente: Censos Nacionales 2017. XII de Población y VII de Vivienda

1.2.2. Densidad poblacional

El distrito de Huayana cuenta con una población total de 708 habitantes para el 2024 y una superficie territorial de 96.87 km², lo que determina una densidad poblacional de 7.3 habitantes por km². Este valor ubica al distrito dentro de la categoría de baja densidad poblacional, propia de territorios rurales y de difícil acceso. De acuerdo con los Censos Nacionales 2017 (XII de Población y VII de Vivienda), la población censada fue de 793 habitantes, lo que equivalía a una densidad de aproximadamente 8.2 hab/km². En contraste, las proyecciones poblacionales para 2024 indican un total de 677 habitantes (INEI), con una densidad de 7.0 hab/km². Esta comparación evidencia una tendencia decreciente en la densidad poblacional, asociada principalmente a la migración hacia centros urbanos mayores, fenómeno que impacta en la dinámica social y económica del distrito.

Tabla N°4

Densidad poblacional del distrito de Huayana, 2017 y 2024

AÑO / FUENTE	POBLACIÓN	EXTENSIÓN Km2	DENSIDAD (hab/km2)	ALTURA (msnm)
Censo 2017 (INEI)	793	96.87 km2.	8.2	3,298
Proyección 2024 (INEI)	677	96.87 km2.	7.0	3,298
Municipio Huayana 2024	708	96.87 km2.	7.3	3,298

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2017 / INEI, Proyecciones de Población 2024 / Municipalidad Distrital de Huayana.

La dispersión de la población en comunidades, anexos y caseríos constituye un factor determinante para la planificación sanitaria, ya que incrementa los tiempos de traslado hacia los establecimientos de salud y dificulta la cobertura equitativa de los servicios. Esta situación demanda estrategias diferenciadas, como la implementación de brigadas itinerantes, el fortalecimiento del sistema de referencias y contra referencias, y la coordinación con autoridades locales para mejorar la movilidad y la accesibilidad.

Asimismo, la baja densidad poblacional condiciona mayores costos operativos en la prestación de servicios de salud, debido a la necesidad de desplegar recursos logísticos adicionales para alcanzar a toda la población, especialmente en las zonas más alejadas. Del mismo modo, la dispersión geográfica genera mayor vulnerabilidad en contextos de emergencias y desastres naturales, donde la continuidad de la atención puede verse interrumpida.

En síntesis, la densidad poblacional de Huayana refleja un distrito predominantemente rural, disperso y con baja concentración de habitantes por área territorial, lo que representa un reto para garantizar el acceso oportuno, equitativo y de calidad a los servicios de salud.

1.2.3. Población rural y urbana

La población del distrito de Huayana se distribuye en un núcleo urbano reducido (la capital distrital Huayana) y un amplio sector rural que comprende Checchepampa y sus anexos. Esta clasificación sigue la metodología del INEI, en la que se considera urbano únicamente a la capital distrital y rural a todos los demás centros poblados.

Según los Censos Nacionales 2017 (INEI), la población distrital ascendía a 793 habitantes, de los cuales el 63.3% (502 hab.) residía en la capital Huayana (urbano) y el 36.7% (291 hab.) en áreas rurales. En contraste, las estimaciones locales de la Municipalidad de Huayana (2024) registran 708 habitantes, con una distribución de 235 en Huayana urbano (33.15%) y 473 en Checchepampa y anexos (66.85%) rurales.

Tabla N°5

Distribución de la población del distrito de Huayana según ámbito urbano y rural, 2017 y 2024

AÑO / FUENTE	POBLACIÓN TOTAL	URBANO (HUAYANA)	%	RURAL (CHECCHEPAMPA Y ANEXOS)	%
Censo 2017 (INEI)	793	502	63.3%	291	36.7%
Municipio 2024	708	235	33.15%	473	66.85%

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2017 / Municipalidad Distrital de Huayana.

La diferencia observada entre los datos del Censo 2017 (INEI) y las estimaciones locales de 2024 no debe interpretarse como un crecimiento de la población rural en detrimento de la urbana dentro del

distrito. Más bien, se explica por la migración de la población urbana de Huayana hacia ciudades intermedias como Andahuaylas y centros metropolitanos como Lima, en búsqueda de empleo, educación superior y mejores servicios. En contraste, la población rural (Checchepampa y anexos) ha mostrado mayor permanencia en el territorio y un crecimiento natural asociado a mayores tasas de fecundidad, lo que ha incrementado su peso relativo dentro de la población total distrital.

Implicancias sanitarias:

- Huayana (urbano): concentra un tercio de la población y dispone de un puesto de salud que atiende principalmente morbilidad general, emergencias básicas y programas preventivos.
- Checchepampa (rural): concentra dos tercios de la población y cuenta con un puesto de salud que enfrenta mayores desafíos en accesibilidad, cobertura de vacunación, control de crecimiento y desarrollo, y salud materno-infantil, debido a la dispersión geográfica y carencias en servicios básicos.
- La coexistencia de un establecimiento de salud en cada ámbito facilita la organización de la red distrital, pero persisten brechas de accesibilidad y capacidad resolutive, especialmente en el área rural.

En síntesis, Huayana se caracteriza por un núcleo urbano reducido y una población mayoritariamente rural, donde se concentran las brechas de accesibilidad y servicios básicos. La presencia de dos puestos de salud (Huayana urbano y Checchepampa rural) constituye una ventaja para la organización sanitaria distrital, pero aún requiere estrategias diferenciadas para reducir las desigualdades territoriales.

1.2.4. Población menor de cinco años

El distrito de Huayana cuenta con una población total de 40 niños menores de cinco años, distribuidos entre los ámbitos urbano y rural, según registros de los establecimientos de salud. De este total, 13 son mujeres (32.5%) y 27 varones (67.5%), lo que refleja un ligero predominio masculino en este grupo etario. En términos territoriales, la mayor concentración se encuentra en el ámbito urbano de Huayana, con 26 menores (65%), mientras que Checchepampa y anexos (rural) registran 14 menores (35%). Esta distribución confirma que, aunque la población general es mayoritariamente rural, la capital distrital concentra una proporción importante de la niñez en edad temprana.

Tabla N°6

Población menor de cinco años en el distrito de Huayana, 2024

DISTRITO	ESTABLECIMIENTOS	Mujeres (N°)	%	Varones (N°)	%	TOTAL
HUAYANA	HUAYANA	10	76.9%	16	59.3%	26
HUAYANA	CHECCHEPAMPA Y ANEXOS	3	23.1	11	40.7%	14
TOTAL		13	100%	27	100%	40

Fuente: Registros locales de los establecimientos de salud de Huayana y Checchepampa, 2024.

Implicancias sanitarias

- La población menor de cinco años constituye un grupo de alta prioridad en salud pública, dado que concentra riesgos asociados a desnutrición crónica infantil, anemia y enfermedades inmunoprevenibles.
- La concentración en Huayana (urbano) facilita la cobertura de servicios de CRED, inmunizaciones y control nutricional; sin embargo, la población rural de Checchepampa presenta mayores dificultades de acceso y continuidad de atención.
- El predominio de población masculina en este grupo etario no representa un problema sanitario en sí mismo, pero constituye un dato demográfico a considerar en el seguimiento poblacional.

En síntesis, la población menor de cinco años en Huayana demanda una atención preventiva prioritaria, con énfasis en garantizar vacunación completa, suplementación nutricional y controles de crecimiento y desarrollo, especialmente en las zonas rurales, donde las brechas de acceso son más marcadas.

1.2.5. Población gestante

Durante el año 2024, el distrito de Huayana registró un total de 7 gestantes, de las cuales 4 corresponden al ámbito urbano (Huayana, 57.1%) y 3 al ámbito rural (Checchepampa y anexos, 42.9%), según los registros de los establecimientos de salud.

Tabla N°7

Distribución de la población gestante en el distrito de Huayana, 2024

DISTRITO	ESTABLECIMIENTOS	N°	%
HUAYANA	HUAYANA	4	57.1%
HUAYANA	CHECCHEPAMPA Y ANEXOS	3	42.9%
TOTAL		7	100%

Fuente: Registros locales de los establecimientos de salud de Huayana y Checchepampa, 2024.

Al comparar estos resultados con el ASIS 2023, donde se reportaron 18 gestantes en todo el distrito, se observa una disminución considerable del número de gestantes en 2024 (−61.1%). Esta variación puede estar asociada a varios factores:

- Migración de población femenina en edad fértil hacia ciudades como Andahuaylas o Lima.
- Disminución de la fecundidad, consistente con la tendencia nacional de reducción en la tasa global de fecundidad.

Implicancias sanitarias:

- La reducción en el número de gestantes podría reflejar una tendencia demográfica sostenida de menor fecundidad en el distrito, lo que repercutirá en la planificación de servicios de salud materno-infantil en los próximos años.

- A pesar de la disminución, se mantiene la necesidad de garantizar la cobertura universal de controles prenatales, suplementación con hierro y ácido fólico, vacunación (dT, influenza) y atención institucional del parto, con énfasis en las gestantes rurales de Checchepampa, que enfrentan mayores barreras de acceso.

En conclusión, aunque el número de gestantes registradas en Huayana se redujo significativamente en 2024 respecto al año anterior, este grupo continúa siendo una prioridad sanitaria crítica, ya que su atención oportuna y de calidad impacta directamente en los indicadores de mortalidad materna e infantil del distrito.

1.2.6. Nacimientos

En el año 2024, el distrito de Huayana registró un total de 6 nacimientos de madres residentes, de los cuales 4 (66.6%) corresponden a gestantes procedentes del ámbito urbano (Huayana) y 2 (33.3%) del ámbito rural (Checchepampa y anexos). Es importante señalar que ninguno de estos partos fue atendido en los establecimientos de salud distritales, ya que no cuentan con capacidad resolutive para la atención obstétrica. Los nacimientos son derivados principalmente a establecimientos de referencia en la provincia de Andahuaylas, como C.S. PAMPACHIRI o C.S. TALAVERA.

Tabla N°8

Nacimientos registrados en el distrito de Huayana, 2024

DISTRITO	ESTABLECIMIENTOS	N°	%
HUAYANA	HUAYANA	4	66.6%
HUAYANA	CHECCHEPAMPA Y ANEXOS	2	33.3%
TOTAL		6	100%

Fuente: Registros locales de los establecimientos de salud de Huayana y Checchepampa, 2024.

Al comparar con el ASIS 2023, donde se reportaron 15 nacimientos en todo el distrito, se observa una disminución significativa en 2024 (–60%). Esta reducción puede tener varias explicaciones:

- Disminución en la fecundidad, consistente con la reducción de gestantes observada en 2024.
- Migración de mujeres en edad fértil hacia centros urbanos mayores, lo que reduce la natalidad local.

Implicancias sanitarias:

- La ausencia de partos institucionales en el distrito refleja la limitada capacidad resolutive de los puestos de salud, lo que obliga a la referencia de todas las gestantes para su atención obstétrica.
- La disminución en el número de nacimientos debe ser monitoreada, pues puede indicar tendencia a la reducción de fecundidad.

- Es fundamental fortalecer la captación y seguimiento prenatal en ambos puestos de salud, asegurando que todas las gestantes culminen su embarazo en establecimientos de mayor complejidad con condiciones seguras.

En conclusión, los nacimientos en Huayana muestran una tendencia decreciente, asociada tanto a cambios demográficos como a la migración, lo que exige reforzar la articulación con hospitales de referencia y mejorar la calidad de los registros locales.

1.2.7. Defunciones

En el año 2024, el distrito de Huayana registró un total de 5 defunciones, todas en personas de 60 años a más, lo que refleja la asociación de la mortalidad distrital con las enfermedades crónicas y degenerativas propias del envejecimiento. De estas defunciones, 4 (80%) correspondieron a residentes del ámbito urbano (Huayana) y 1 (20%) al ámbito rural (Checchepampa y anexos).

Tabla N°9

Defunciones registradas en el distrito de Huayana, 2024

DISTRITO		ESTABLECIMIENTOS	N°	%
HUAYANA		HUAYANA	4	80%
HUAYANA		CHECCHEPAMPA Y ANEXOS	1	20%
TOTAL			5	100%

Fuente: Registros locales de los establecimientos de salud de Huayana y Checchepampa, 2024

En comparación con el ASIS 2023, donde también se reportaron 5 defunciones, el número de muertes en el distrito se ha mantenido estable. Sin embargo, es importante destacar que en ambos años las defunciones se concentran en adultos mayores, lo cual es consistente con la tendencia nacional hacia una transición epidemiológica en la que predominan las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cáncer, ECV) sobre las infecciosas.

Implicancias sanitarias:

- La concentración de defunciones en adultos mayores refuerza la necesidad de fortalecer la atención integral al adulto mayor, con enfoque en el control de enfermedades crónicas no transmisibles (DNT), salud mental y cuidados paliativos.
- La mayor proporción de defunciones en el ámbito urbano puede relacionarse con la mayor densidad poblacional en la capital distrital y el mejor registro de eventos vitales, mientras que en las zonas rurales puede existir subregistro de defunciones domiciliarias.
- La estabilidad en el número de muertes entre 2023 y 2024 podría enmascarar cambios en la estructura por causas de muerte, por lo que es necesario complementar este análisis con la información de mortalidad por diagnósticos específicos de la Dirección de Salud Apurímac II.

En conclusión, la mortalidad en Huayana muestra un comportamiento estable en número, pero concentrado en adultos mayores, lo que plantea el reto de fortalecer la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas, además de asegurar un registro confiable de defunciones en todo el distrito.

1.2.8. Esperanza de vida al nacer (años)

En el distrito de Huayana, la esperanza de vida al nacer se estimó en 68 años para el 2023 según el ASIS del mismo año. Para el 2024, la Municipalidad de Huayana ha proyectado una esperanza de vida de 65 años, lo que representa una disminución de 3 años en relación con el periodo anterior.

Este valor se encuentra por debajo al promedio nacional (76.6 años) y ligeramente menor al promedio departamental de Apurímac (73.5 años, INEI 2023). Esta diferencia se asocia principalmente a la mayor exposición de la población rural a condiciones de pobreza, barreras de acceso a los servicios de salud y limitaciones en saneamiento básico, que impactan directamente en la calidad y expectativa de vida.

Tabla N°10

Comparación de la esperanza de vida al nacer: Huayana, Apurímac y Perú

TERRITORIO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)
Huayana 2023	68
Huayana 2024	65
Apurímac 2023	73.5
Perú 2023	76.6

Fuente: ASIS 2023 / Municipalidad Distrital de Huayana, estimaciones 2024 /

Análisis e implicancias

- La reducción observada en Huayana entre 2023 y 2024 puede estar relacionada con el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores y las limitaciones en el acceso a servicios básicos de salud y saneamiento en las zonas rurales.
- El valor de 65 años coloca al distrito 8.5 años por debajo de la media regional y 11.6 años por debajo de la nacional, lo que evidencia una desigualdad estructural en salud.
- Mejorar este indicador exige intervenciones integrales orientadas a fortalecer la atención preventiva, garantizar el acceso a agua segura y saneamiento básico, y reforzar la atención de las enfermedades crónicas.

1.2.9. Tasa bruta de natalidad (x 1000 hab.)

En el distrito de Huayana, la tasa bruta de natalidad (TBN) fue de 9 nacimientos por cada 1000 habitantes en el año 2023, según el ASIS distrital. Para el año 2024, utilizando los registros de nacimientos (6 en total) y la población proyectada de 708 habitantes, se calcula una TBN de 8.5 por 1000 habitantes.

Tabla N°11

Tasa bruta de natalidad x 1000 hab. en el distrito de Huayana, 2023–2024

AÑO	NACIMIENTOS	POBLACIÓN TOTAL	TBN (X 1000 HAB.)
2023	15	793	9.0
2024	6	708	8.5

Fuentes: INEI, proyecciones poblacionales 2024

Este indicador permite comprender la dinámica reproductiva y el crecimiento natural de la población, siendo un reflejo tanto de los niveles de fecundidad como de los cambios sociales, económicos y sanitarios que influyen en la maternidad.

Interpretación y análisis:

- La TBN de Huayana es baja en comparación con los promedios regional (16.2) y nacional (14.1, INEI 2023), lo que indica que el distrito presenta una transición demográfica más avanzada, caracterizada por una reducción sostenida de la fecundidad y un crecimiento poblacional limitado.
- Esta situación puede explicarse por la migración de mujeres jóvenes en edad fértil hacia Andahuaylas o Lima, el uso de métodos de planificación familiar.
- Desde el punto de vista sanitario, una baja TBN significa menor presión inmediata sobre los servicios de salud materno-infantil; sin embargo, también implica un envejecimiento progresivo de la población, lo que a mediano y largo plazo aumentará la demanda de servicios geriátricos y de control de enfermedades crónicas.

En síntesis, la TBN en Huayana confirma que el distrito atraviesa un proceso de cambio demográfico marcado por la disminución de la fecundidad y la migración de población joven, lo que impacta tanto en la estructura etaria como en la planificación de los servicios de salud.

1.2.10. Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es un indicador demográfico que estima el número promedio de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida reproductiva (15–49 años), si las tasas de fecundidad observadas en un año específico se mantuvieran constantes. Este indicador refleja el comportamiento reproductivo de la población y constituye un insumo clave para la planificación en salud, particularmente en lo referente a la atención materno-infantil, la cobertura de servicios de salud reproductiva y la proyección de la dinámica demográfica a futuro.

En el distrito de Huayana, la TGF registrada en el ASIS 2023 fue de 2.1 hijos por mujer. Para el año 2024, utilizando los nacimientos reportados (6 en total) y una estimación de mujeres en edad fértil (~163), se calculó una TGF aproximada de 1.3 hijos por mujer. Este valor, aunque aproximado, refleja

una disminución significativa respecto al año anterior, lo cual sugiere una tendencia hacia una fecundidad baja.

Tabla N°12

Comparación de la Tasa Global de Fecundidad, Huayana y Perú (2023–2024)

TERRITORIO	2023	2024
Huayana	2.1	1.3*
Perú	2.2	1.8

**Estimación local basada en registros de nacimientos y población femenina en edad fértil.*

Fuentes: ASIS Huayana 2023 / Municipalidad Distrital de Huayana / INEI–ENDES 2023 y 2024.

La Tasa Global de Fecundidad del distrito de Huayana en 2024 (1.3) es inferior al promedio nacional (1.8) y a la fecundidad típica de áreas rurales del Perú (2.9 hijos por mujer), evidenciando un proceso de transición demográfica acelerada en el distrito.

Este descenso puede explicarse por:

- Migración de mujeres jóvenes en edad fértil hacia ciudades como Andahuaylas o Lima.
- Mayor acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar.
- Cambios en los patrones reproductivos y sociales.

Desde el punto de vista sanitario, una fecundidad baja implica menor presión inmediata sobre los servicios de salud materno-infantil, pero también plantea desafíos a mediano y largo plazo, como el envejecimiento poblacional y la reducción de la base productiva del distrito.

1.2.11. Tasa bruta de mortalidad (x10 0000 hab.)

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) es un indicador demográfico que refleja el número de defunciones ocurridas en un año por cada 10,000 habitantes de una población determinada. Este indicador permite evaluar la magnitud de la mortalidad en la población y constituye un insumo clave para la planificación de servicios de salud, especialmente en la atención de adultos mayores y el manejo de enfermedades crónicas.

En el distrito de Huayana, la Tasa Bruta de Mortalidad v registrada en el ASIS 2023 fue de aproximadamente 70.9 x 10,000 habitantes. Para el año 2024, con un total de 5 defunciones y una población estimada de 708 habitantes, se calculó una TBM aproximada de 70.6 x10,000 hab.

Tabla N°13

Comparación de la Tasa Bruta de Mortalidad x 10 000 hab., Huayana (2023–2024)

TERRITORIO	2023	2024
Huayana	70.9	70.6

Fuentes: ASIS Huayana 2023 / Municipalidad Distrital de Huayana / INEI–ENDES 2023 y 2024.

La Tasa Bruta de Mortalidad del distrito de Huayana se mantiene relativamente estable entre 2023 y 2024, con una ligera disminución, lo cual indica que la mortalidad se concentra en los adultos mayores. En 2024, todas las defunciones correspondieron a personas de 60 años o más, de las cuales el 80% ocurrió en el ámbito urbano (Huayana) y el 20% en el ámbito rural (Checchepampa y anexos). Esto evidencia la concentración de población y servicios de salud en la cabecera del distrito y la asociación de la mortalidad con enfermedades crónicas y degenerativas propias del envejecimiento.

La población del distrito presenta una baja densidad poblacional (7.3 hab/km² en 2024) y una ligera tendencia decreciente, lo que repercute en la dinámica social, económica y sanitaria del territorio. Desde el punto de vista sanitario, una Tasa Bruta de Mortalidad elevada en adultos mayores implica la necesidad de fortalecer la atención primaria, la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, así como el desarrollo de estrategias de cuidado para la población envejecida del distrito.

1.3. Características de la organización social

1.3.1. Medios de comunicación

El distrito de Huayana cuenta con diversos medios de comunicación que facilitan la conectividad y el acceso a información, tanto a nivel local como nacional. Estos medios se desarrollan principalmente en tres ámbitos: transporte, comunicación radial y televisiva, y telefonía e internet.

Transporte: terrestre, aéreo y fluvial:

La comunicación terrestre constituye el principal medio de transporte del distrito. Huayana dispone de tres vías principales, destacando una carretera troncal que conecta con Lima a través de Negro Mayo y otra vía que enlaza con Andahuaylas, lo que permite el desplazamiento de personas y el transporte de bienes. Para los habitantes, el transporte público está asegurado por la empresa de trasportes. SUR ORIENTE, que cubre la ruta Huayana – Andahuaylas. Actualmente, no se registran servicios regulares de transporte aéreo ni fluvial.

Comunicación radial y televisiva (abierta y cerrada):

La población cuenta con emisoras de radio que transmiten información nacional y local, garantizando que los habitantes se mantengan informados sobre noticias y comunicados oficiales. En cuanto a

televisión, Huayana dispone de una antena parabólica local que permite la transmisión de dos canales, brindando acceso a contenidos nacionales y entretenimiento básico.

Telefonía y acceso a internet:

En términos de comunicación digital, el distrito está cubierto por las principales operadoras de telefonía móvil (Claro, Movistar y Bitel), lo que asegura la conectividad dentro y fuera del distrito. Además, el acceso a internet, proporcionado principalmente por Movistar, facilita la comunicación digital, el acceso a información en línea y el uso de servicios digitales, contribuyendo al desarrollo social y económico del distrito.

1.3.2. Organización política local

La organización política del distrito de Huayana se fundamenta en elecciones democráticas de carácter popular, realizadas cada cuatro años. La máxima autoridad es el alcalde distrital, quien ejerce funciones de gobierno y administración local junto con un cuerpo de regidores elegidos por sufragio directo. Además, el distrito cuenta con diversas entidades públicas que cumplen funciones administrativas, educativas y judiciales, encabezadas por representantes designados.

Autoridades locales:

Durante el periodo 2023–2026, las autoridades municipales del distrito son:

- **Alcalde:** Pedro Torre Ccoicca
- **Regidores:**
 - Fortunita Quispe Urpe
 - Pelayo Calderón Coronado
 - Gladys Urpi Chipana,
 - Rolando Urpe Pedraza
 - Venturana Calderón Mayhuiri

Estas autoridades son responsables de la gestión municipal, la planificación de políticas locales y la supervisión de los servicios públicos en beneficio de la población.

Entidades públicas y sus representantes:

El distrito cuenta con distintas entidades públicas que desempeñan funciones clave en la administración y gestión local:

- **Subprefecto:** Ricardo Urpe Romero
- **Juez de Paz:** Epifanio Pareja Ccoycca
- **Director del Instituto de Educación Secundaria (I.E.S.):** Vicente Maytan Merino
- **Director de la Institución Educativa Primaria (I.E.P.):** Dario Centeno Aquisé
- **Directora de la Institución Educativa Inicial (I.E.I.):** Ynes Luzmila Alcca Huillcahuaya

Estas entidades contribuyen al funcionamiento del distrito, asegurando la prestación de servicios básicos, la educación y la administración de justicia local.

1.3.3. Actividades económicas, productivas, y comerciales predominantes

El distrito de Huayana presenta una economía principalmente orientada a actividades productivas de carácter rural, con énfasis en la agricultura, la ganadería y el comercio local. La población se dedica mayoritariamente a cultivos de subsistencia, siendo los más comunes la papa, el maíz y la cebada, que constituyen la base de la alimentación local y de la economía familiar.

En el ámbito ganadero, la crianza de animales menores como cuyes, así como de ovinos y vacunos, constituye una fuente importante de alimento y de ingresos para las familias del distrito. Estas actividades se desarrollan principalmente en el ámbito rural, aprovechando los terrenos disponibles y las prácticas tradicionales de producción.

En cuanto al comercio, este se concentra en la venta de productos agrícolas y bienes de consumo diario, principalmente en mercados locales y puntos de venta informales, brindando servicios básicos a la población del distrito.

En los últimos años, se ha registrado un crecimiento progresivo de actividades mineras informales, las cuales han comenzado a establecerse en la zona. Estas actividades representan una fuente adicional de ingresos para algunos pobladores, pero también plantean desafíos en términos de riesgos ambientales y sociales, lo que requiere medidas de gestión y supervisión adecuadas por parte de las autoridades locales.

1.4. Características de la presencia de riesgos

El distrito de Huayana, ubicado en la sierra sur del Perú, se encuentra expuesto a diversos riesgos que pueden afectar la seguridad, la salud y el desarrollo de su población. Estos riesgos se clasifican en tres grandes categorías: naturales, antrópicos y de contaminación ambiental por actividades productivas y extractivas. La identificación y análisis de estos riesgos constituye un insumo clave para la planificación de medidas de prevención, mitigación y respuesta ante emergencias.

1.4.1. Riesgo de origen natural

El distrito de Huayana se encuentra ubicado en una zona de alta pendiente en la sierra sur del Perú, lo que lo hace vulnerable a diversos riesgos de origen natural. Entre los principales se destacan los deslizamientos de tierra y huaycos, especialmente durante la temporada de lluvias, que comprende los meses de noviembre a abril. Asimismo, el distrito se ve afectado por sequías prolongadas que impactan la agricultura de subsistencia, base económica de la localidad. Otro fenómeno recurrente son las heladas, principalmente entre mayo y agosto, las cuales afectan la producción agrícola y ganadera, así como la salud de la población.

1.4.2. Riesgo de origen antrópico

Los riesgos de origen antrópico en Huayana están vinculados principalmente a la infraestructura deficiente de las viviendas, muchas de ellas construidas con materiales precarios, lo que incrementa la vulnerabilidad ante sismos. Además, el uso inadecuado del fuego para la preparación de terrenos agrícolas (quemadas) puede generar incendios forestales no controlados. La limitada gestión de residuos sólidos también constituye un riesgo relevante, provocando la acumulación de basura cerca de viviendas o riachuelos, lo que aumenta la exposición de la población a enfermedades transmisibles.

1.4.3. Riesgo de contaminación ambiental por actividades productivas y extractivas

Si bien el distrito no presenta una alta concentración de actividades extractivas formales, existen riesgos asociados a prácticas agropecuarias tradicionales y a la presencia de actividades informales de extracción de recursos naturales, principalmente en zonas colindantes. Estos riesgos son más críticos durante la temporada de lluvias y afectan a comunidades y población local, con posibles impactos directos e indirectos sobre la salud.

- **Fuentes, afluentes y efluentes de agua contaminada:** Se identifican quebradas y riachuelos expuestos a contaminación por aguas residuales domésticas no tratadas, pesticidas y fertilizantes químicos utilizados en la agricultura.
- **Acumulación de relaves y residuos industriales:** No se registran relaves mineros formales en el distrito; sin embargo, algunas actividades mineras artesanales en zonas vecinas podrían generar escorrentías contaminadas que afecten fuentes de agua compartidas.
- **Zonas extractivas según formalización:** No existen concesiones mineras formales activas dentro del distrito, aunque podrían desarrollarse actividades no registradas de manera artesanal.
- **Zonas de extracción y producción a cielo abierto:** La extracción de materiales de construcción, como piedra y arena, se realiza de manera limitada y artesanal, provocando alteraciones del paisaje y riesgos de inestabilidad del terreno.
- **Zonas de emisión de gases industriales:** No existen zonas industriales emisoras de gases contaminantes; sin embargo, la quema de biomasa en viviendas para la cocción de alimentos representa un riesgo de exposición al humo y gases nocivos en el ámbito domiciliario.

CAPITULO II

2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) constituye la base para comprender la dinámica de la salud y la enfermedad en el Distrito de Huayana, al ir más allá de las causas biológicas directas y examinar las condiciones de vida, trabajo y acceso a servicios que modulan el perfil epidemiológico. Este capítulo identifica cómo los factores estructurales (tales como la pobreza extrema, la dependencia de la agricultura de subsistencia, y las altas brechas de infraestructura básica) se traducen en la concentración crítica de problemas de salud. Analizar esta realidad de manera objetiva resulta esencial para comprender los problemas de salud y plantear soluciones viables. El diagnóstico se articula en torno a los Determinantes Estructurales, que definen la estratificación social, y los Determinantes Intermediarios, que explican las condiciones de vida y las deficiencias del sistema sanitario local.

2.1. Determinantes estructurales

Los determinantes estructurales son aquellos que configuran la estratificación social y definen la posición jerárquica de un individuo o un territorio dentro de la sociedad. En Huayana, estos determinantes se caracterizan por una marcada vulnerabilidad socioeconómica y geográfica que limita las oportunidades, lo cual es la raíz de las disparidades en salud observadas en la morbilidad y mortalidad.

2.1.1. Características socioeconómicas

El distrito de Huayana presenta desafíos socioeconómicos significativos que actúan como barreras para el desarrollo humano y la equidad.

1. **Bajo Nivel de Desarrollo Humano (IDH):** El distrito se encuentra en un nivel de desarrollo humano bajo. Para el análisis de las condiciones estructurales de Huayana, se utiliza el Censo Nacional de 2017, ya que constituye la fuente oficial más reciente y detallada para indicadores desagregados como el Índice de Desarrollo Humano (IDH). El IDH se situó en 0.2124 en 2017. Este valor, que se mantiene en niveles bajos, es resultado directo de una Esperanza de Vida al nacer (80.46 años) que se ve compensada negativamente por una baja Alfabetización (16.12%) y un Logro Educativo (78.7%) limitados.

Tabla N°14

Componentes del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Distrito de Huayana, 2017

INDICADOR	AÑO	Valor
Índice de desarrollo humano (IDH)	2017	0.2124
IDH Esperanza de Vida al nacer (años)		80.46
IDH Alfabetización (%)		16.12
IDH Escolaridad		87.3
IDH Logro Educativo		78.7

Fuente: INEI 2017 (Cálculo Oficial).

2. **Población con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI):** Una parte considerable de la población vive en condiciones de pobreza estructural, según el criterio de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Se estima que entre el 65% y 70% de la población padece al menos una carencia importante. Estas carencias incluyen vivienda inadecuada, hacinamiento, falta de servicios básicos o inasistencia escolar. Esta alta prevalencia de NBI refleja la persistencia de brechas estructurales que limitan la calidad de vida y aumentan la vulnerabilidad de la población. La economía se basa fundamentalmente en la agricultura de subsistencia y la ganadería menor. La Población Económicamente Activa (PEA) se desempeña en actividades informales que implican esfuerzo físico intenso y exposición prolongada a factores ambientales. Estas condiciones laborales son un factor estructural que impacta directamente en la calidad de vida y en la salud física de los adultos y adultos mayores.
3. **La Población en situación de pobreza y pobreza extrema:** La situación de pobreza es crítica y actúa como el principal freno al acceso a servicios de salud. Se estima que entre el 60% y 65% de la población vive en situación de pobreza, mientras que la pobreza extrema afecta a cerca del 30% al 35% de los habitantes. Esta situación implica que, a nivel familiar, el ingreso mensual per cápita se encuentra por debajo del costo de la Canasta Básica de Consumo, lo cual se evidencia localmente en que gran parte de la población vive con ingresos aproximados de S/ 300 soles al mes o menos. Esta limitación económica extrema afecta la seguridad alimentaria, la capacidad de adquirir medicinas y el acceso al transporte para referencias médicas.

2.1.2. Características de la vivienda

Las condiciones habitacionales y la falta de servicios básicos en Huayana son factores críticos que se correlacionan directamente con el perfil de morbilidad distrital. La infraestructura física de la vivienda actúa como un determinante estructural que expone a la población a riesgos ambientales y sanitarios.

a) Viviendas, según zona urbana y rural

El distrito presenta una distribución equitativa de las viviendas por zona geográfica, aunque con tendencia a la dispersión en las áreas más vulnerables. El 51.6% de las viviendas se ubica en la zona urbana, mientras que el 48.4% restante se encuentra en la zona rural.

Tabla N°15

Tipología de Vivienda según Área (Urbano y Rural) y Concepto Censal.

TIPO DE VIVIENDA	ÁREA CONCEPTO CENSAL		
	URBANO CENSAL	RURAL CENSAL	TOTAL
Casa Independiente	297	269	566
Vivienda en casa de vecindad (Callejón, solar o corralón)	2		2
Choza o cabaña		12	12
Viviendas colectivas	1		1
Total	300	281	581

Fuente: INEI 2017 (Cálculo Oficial).

b) Hogares según tipo de vivienda, según zona urbana y rural

La tipología predominante de vivienda en Huayana es la casa independiente, la cual constituye el 97.4% del total de viviendas, reflejando el carácter rural del distrito.

c) Hogares en viviendas, según zona urbana y rural

Este punto analiza la calidad de la infraestructura física y los servicios energéticos básicos que impactan directamente la salud de los habitantes.

- **Con alumbrado eléctrico de red pública:** Solo el 44.7% de las viviendas tiene acceso a alumbrado eléctrico de red pública. La mayoría de los hogares (55.3%) aún no cuenta con este servicio básico esencial.

Tabla N°16

Hogares según Tipo de Vivienda y Acceso a Alumbrado Eléctrico por Red Pública. Distrito de Huayana.

TIPO DE VIVIENDA	LA VIVIENDA TIENE ALUMBRADO ELÉCTRICO POR RED PÚBLICA		
	SÍ	NO	TOTAL
Casa Independiente	136	118	254
Vivienda en casa de vecindad (Callejón, solar o corralón)	2		2
Total	138	118	256

Fuente: INEI 2017 (Cálculo Oficial).

- **Con electricidad y gas como la energía o combustible que más utiliza para cocinar:** Esta es la brecha más crítica para la salud respiratoria. El 69.1% de las viviendas utiliza leña como principal fuente de energía para cocinar. Esta dependencia genera Contaminación Intradomiciliaria (CID), que es un determinante estructural directo que exacerba la alta morbilidad por IRA.

Tabla N°17

**Fuente de Energía o Combustible Predominante Utilizado para Cocinar en la Vivienda.
Distrito de Huayana.**

UBIGEO	DISTRITO	GAS	ÚNICAMENTE ELECTRICIDAD	COMBUSTIBLES CONTAMINANTES	TOTAL
30206	Apurímac, Andahuaylas, distrito: Huayana	46	1	210	257

Fuente: INEI 2017 (Cálculo Oficial).

- **Con material de parquet, madera pulida, láminas asfálticas, vinílicos o similares, loseta, terrazos, cerámicos o similares, madera (entablado), cemento predominante en los pisos:** El porcentaje de viviendas que cuenta con estos materiales de alta calidad es reducido, dado que el 66.2% de las viviendas presenta pisos de tierra. Esta precariedad es un determinante directo de la vulnerabilidad sanitaria.
- **Con material de ladrillo, bloque de cemento, piedra o sillar con cal o cemento predominante en las paredes:** La mayoría de las viviendas rurales utiliza materiales tradicionales como adobe, piedra con barro, o quincha.
- **Con material de concreto armado o madera o tejas predominante en los techos:** El 67.2% de los techos utiliza calamina, lo que indica un avance, aunque la calidad del aislamiento térmico sigue siendo un desafío en las zonas de clima frío.

Tabla N°18

Tipos de Material Predominante y Condición General de la Vivienda, según Zona Urbana y Rural. Distrito de Huayana.

ZONA	TIPO DE MATERIAL PREDOMINANTE	CONDICIÓN GENERAL DE LA VIVIENDA	OBSERVACIONES
Urbana	Ladrillo, concreto, adobe	Regular a buena	Mayor acceso a servicios básicos; sin embargo, aún hay pisos de tierra.
Rural	Adobe, piedra con barro, quincha, cabañas	Pecaria a regular	Materiales tradicionales; menor acceso a servicios básicos.

Fuente: INEI 2017(cálculo oficial)

Tabla N°19

Características Consolidadas de la Infraestructura de la Vivienda. Distrito de Huayana, 2024

Fuente: INEI 2017 (Cálculo Oficial).

DETERMINANTE	CONDICIÓN	CASOS CASOS (N)	PROPORCIÓN PROPORCIÓN (%)	IMPLICANCIA SANITARIA
Energía para Cocinar	Leña (Combustible contaminante)	210	69.10%	Principal causa de Contaminación Intradomiciliaria (CID) y factor de riesgo para IRA.
	Gas	46	15.10%	Uso minoritario.
Piso de la Vivienda	Tierra / Adobe (Material precario)	246	85.30%	Alto riesgo de parasitosis y problemas de higiene.
	Cemento / Yeso	9	3.10%	Baja cobertura de pisos adecuados.
Techo (Material Principal)	Calamina	201	67.20%	Bajo aislamiento térmico y vulnerabilidad climática.
	Paja / Teja	52	17.50%	Vulnerabilidad climática.
Alumbrado Eléctrico	No tiene red pública	168	55.30%	Brecha en servicios básicos.
	Sí tiene red pública	136	44.70%	Acceso limitado.

d) Hogares en viviendas según saneamiento básico, en zona urbana y rural

Las brechas en saneamiento básico son un factor de riesgo fundamental para las enfermedades infecciosas y parasitarias.

- **Con abastecimiento de agua de red pública:** Se estima que un 27.42% de la población enfrenta serias deficiencias en el acceso a agua potable, consumiendo agua no clorada de fuentes inseguras (puquiales, acequias). Esto indica una deficiencia importante en la cobertura de la red pública.
- **Con eliminación de excretas a red pública:** La deficiencia en la infraestructura de saneamiento es extrema. Solo el 17.5% de las viviendas del distrito elimina excretas a través de la red pública. El 82.5% restante utiliza métodos alternativos (letrinas), lo que representa un riesgo sanitario masivo.

Tabla N°20

Características Consolidadas de la Infraestructura de la Vivienda. Distrito de Huayana, 2024

DETERMINANTE / INDICADOR	IMPLICACIÓN CRÍTICA	
Deficiencia de Agua Potable	Solo 27.42% de la población afectada	Alto consumo de agua no clorada (puquiales, acequias) , riesgo directo de enfermedades gastrointestinales y parasitosis.
Eliminación de Excretas a Red Pública	Solo 17.5% de las viviendas tiene conexión	El 82.5% utiliza métodos alternativos (letrinas u otro), lo que representa un riesgo sanitario masivo por contaminación fecal.
Eliminación de Excretas (Zona Rural)	Solo 10% de las viviendas rurales tiene conexión a red pública	La brecha es crítica en el área rural, donde el 90% usa métodos alternativos.

Fuente: INEI 2017 (Cálculo Oficial).

e) Población urbana que vive en:

Evalúa la calidad del entorno urbano y la seguridad habitacional, que son determinantes directos de la salud psicosocial y física.

- **Tugurios, con tenencia no segura de la vivienda, con baja calidad de la vivienda, o con área insuficiente para vivir:** La documentación oficial no ofrece datos desagregados sobre la población urbana que vive específicamente en condiciones de tugurios o tenencia insegura. Sin embargo, la alta prevalencia de carencias a nivel distrital sugiere una vulnerabilidad significativa en la capital, Huayana, que se manifiesta de forma más compleja que en el ámbito rural.
- **Inferencia por NBI:** Se estima que entre el 65% y 70% de la población total padece al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI). Dado que las NBI incluyen condiciones como el hacinamiento (más de 3 a 4 personas por habitación) o viviendas con características físicas inadecuadas (como pisos de tierra), se infiere que una parte considerable de los hogares urbanos y periurbanos padece baja calidad de la vivienda o área insuficiente para vivir.
- **Implicancia Sanitaria:** Estas condiciones de hacinamiento, especialmente en el área urbana, actúan como un catalizador para la rápida transmisión de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y otras enfermedades infectocontagiosas. Además, la inseguridad habitacional o la baja calidad de la vivienda impacta directamente en la salud mental y el estrés crónico de los jefes de hogar, lo cual es un factor subyacente de la morbilidad psicosocial del distrito.

2.1.3. Características Educativas

La educación en Huayana es un determinante estructural clave, ya que el nivel de logro educativo incide directamente en la capacidad de la población para adoptar medidas preventivas y adherirse a tratamientos complejos.

a) Instituciones educativas según nivel educativo básico, públicas y privadas

El distrito cuenta con siete instituciones educativas que cubren el nivel básico. La distribución de estas instituciones permite cierta cobertura en zonas dispersas. La oferta educativa incluye los niveles Inicial-Jardín, Primaria y Secundaria.

b) Docentes por nivel educativo básico, por aula y por alumno, en instituciones educativas públicas y privadas

El distrito mantiene una adecuada relación alumno-docente. Según el Censo Educativo 2024, el nivel inicial cuenta con 4 docentes para 35 alumnos, primaria con 8 docentes para 72 alumnos, y secundaria con 8 docentes para 50 alumnos. Esta distribución sugiere un acceso relativamente personalizado a la enseñanza, aunque se requiere fortalecer la infraestructura y la permanencia escolar.

c) Estudiantes matriculados por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas.

Según el Censo Educativo 2024, la matrícula se distribuye en:

- Inicial - Jardín: 35 alumnos.

- Primaria: 72 alumnos.
- Secundaria: 50 alumnos.

d) Estudiantes que aprueban exitosamente su año lectivo por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas

La documentación disponible no proporciona datos desagregados sobre la tasa de éxito o rendimiento académico por nivel educativo básico para el periodo 2024. Este es un indicador que requiere monitorearse para evaluar la calidad y efectividad de la educación.

e) Estudiantes que abandonan la institución educativa por diversas razones por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas

La documentación disponible no proporciona datos desagregados sobre la tasa de abandono o deserción escolar por nivel educativo básico para el periodo 2024. Sin embargo, la migración hacia centros urbanos en busca de oportunidades laborales es un fenómeno que impulsa indirectamente la deserción en los niveles superiores.

f) Tasa de analfabetismo, según sexo y zona de residencia

La limitación educativa es una barrera para la autonomía en salud. El analfabetismo en el distrito alcanzó el 17.3% en el último censo disponible (2017). Esta disparidad es marcadamente desigual por sexo: mientras la proporción de hombres analfabetos es de 5.4%, la proporción de mujeres analfabetas se eleva a 29%. Este bajo nivel educativo, sobre todo en la población adulta femenina, dificulta la comprensión y la adherencia a los tratamientos complejos para las ECNT (ERC/Hipertensión), que son las causas de muerte prioritarias.

g) Años de escolaridad, según sexo y zona de residencia

Aunque la documentación disponible no proporciona los años promedio de escolaridad desagregados por sexo y zona, el componente de Logro Educativo del IDH se sitúa en 78.7% y la escolaridad en 87.3%, indicando que, si bien la esperanza de escolaridad es alta, el logro real sigue siendo limitado. La falta de acceso a educación superior y el fenómeno migratorio también actúan como factores que limitan los años de escolaridad en los jóvenes.

Tabla N°21

**Distribución de Instituciones Educativas, Alumnos y Docentes, según Nivel Educativo Básico.
Distrito de Huayana, 2024.**

N°	NIVEL / MODALIDAD	DIRECCIÓN	ALUMNOS (CENSO EDUCATIVO 2024)	DOCENTES (CENSO EDUCATIVO 2024)
1	Inicial - Jardín	CHECCHEPAMPA	6	1
2	Primaria	ALAMEDA ALAMAEDA - ALAMEDA S/N	53	4
3	Primaria	CHECCHEPAMPA	9	2
4	Primaria	PATAHUASI	10	2
5	Inicial - Jardín	PATAHUASI	4	1
6	Inicial - Jardín	HUAYANA	25	2
7	Secundaria	PLAZA PRINCIPAL	50	8

Fuente: INEI 2017 (Cálculo Oficial).

2.1.4. Características del trabajo

El trabajo en Huayana es un determinante estructural de riesgo debido a su carácter informal y la alta exigencia física, lo cual es la causa subyacente de la morbilidad por problemas osteomusculares (Dorsopatías y Artropatías).

a) Población económicamente activa ocupada según sexo

La estructura del empleo se diferencia por género. Los hombres se dedican principalmente a labores agrícolas, ganaderas y transporte. Las mujeres participan en la agricultura, el comercio y, de manera significativa, en las labores domésticas. Es común que las mujeres trabajen más horas al combinar las actividades productivas y reproductivas (cuidado del hogar y los hijos).

b) Población económicamente activa ocupada adecuadamente empleada y subempleada

La mayoría de la población económicamente activa trabaja en condiciones informales, especialmente en el sector agrícola y de servicios. Los trabajadores, al no contar con contratos formales ni seguro social, están expuestos a una gran vulnerabilidad y poca seguridad laboral. Predomina el autoempleo en actividades agrícolas, crianza de animales, comercio ambulatorio o producción artesanal.

c) Población económicamente activa ocupada según ramas de actividad

Los sectores laborales predominantes en el distrito son:

- Agricultura y Ganadería: Constituyen el principal medio de subsistencia y empleo. Gran parte del trabajo se realiza de manera manual y con herramientas tradicionales.
- Comercio Local: Actividad secundaria en ferias o mercados.
- Servicios Públicos y Educación: Representa un número limitado de pobladores.

d) Ingreso nominal promedio mensual de la población económicamente activa ocupada según ramas de actividad

Los ingresos promedio son bajos, y muchas familias sobreviven con lo mínimo. Esta situación está estrechamente ligada a la alta prevalencia de pobreza estructural. La dependencia de la agricultura de subsistencia, combinada con jornadas laborales extensas, limita el ingreso.

2.1.5. Inversión del estado desde la municipalidad distrital:

La inversión pública local es un determinante estructural clave para la salud, ya que financia la mejora del saneamiento, la infraestructura y el ambiente. El análisis de la ejecución presupuestal de la Municipalidad Distrital de Huayana en 2024 revela desafíos críticos en la gestión, lo que impacta directamente en la capacidad del distrito para mitigar sus brechas sanitarias.

El presupuesto total de la municipalidad, medido por el Presupuesto Institucional Modificado (PIM), fue de S/. 2,535,325. Sin embargo, el avance de Ejecución De Vengado se situó en solo el 54.4% del total. Este bajo nivel de ejecución refleja desafíos en la gestión y ejecución de proyectos, lo que limita la inversión en servicios públicos esenciales.

Tabla N°22

Ejecución Presupuestal (PIM y Avance en %) por Categoría Programática. Municipalidad Distrital de Huayana, 2024									
Municipalidad 030206-300265: MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE HUAYANA									
	1,675,509	2,535,325	2,244,525	1,413,817	1,384,562	1,379,274	1,379,274	54.4	
Categoría Presupuestal	PIA	PIM	Certificación	Compromiso Anual	Ejecución			Avance %	
					Atención de Compromiso Mensual	Devengado	Girado		
0030: REDUCCION DE DELITOS Y FALTAS QUE	8,900	8,900	5,272	5,272	5,272	5,272	5,272	59.2	
0036: GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS	12,400	12,400	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	11.9	
0039: MEJORA DE LA SANIDAD ANIMAL	2,900	2,900	0	0	0	0	0	0.0	
0040: MEJORA Y MANTENIMIENTO DE LA	3,700	3,700	1,500	1,300	0	0	0	0.0	
0042: APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS	258,210	155,257	78,000	78,000	78,000	78,000	78,000	50.2	
0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y	13,100	20,516	14,703	14,703	14,703	14,703	14,703	71.7	
0083: PROGRAMA NACIONAL DE SANEAMIENTO	32,600	61,457	32,491	30,161	26,761	26,761	26,761	43.5	
0101: INCREMENTO DE LA PRACTICA DE	0	60,327	0	0	0	0	0	0.0	
0138: REDUCCION DEL COSTO, TIEMPO E	20,000	840,488	840,488	60,846	60,040	60,040	60,040	7.1	
0142: ACCESO DE PERSONAS ADULTAS	3,200	3,200	0	0	0	0	0	0.0	
0146: ACCESO DE LAS FAMILIAS A VIVIENDA Y	368,925	368,925	368,575	368,575	368,575	368,575	368,575	99.9	
1001: PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA	5,700	5,700	3,807	3,807	2,580	2,359	2,359	41.4	
9001: ACCIONES CENTRALES	625,984	526,633	471,731	440,569	424,546	422,156	422,156	80.2	
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE	319,890	464,922	426,478	409,105	402,606	399,929	399,929	86.0	

Fuente: Pagina amigable del MEF año 2024

Tabla N°23

**Característica y Brechas Consolidadas de la Infraestructura de la Vivienda y Saneamiento.
Distrito de Huayana, 2024**

CATEGORÍA PRESUPUESTAL	PIM (S/.)	EJECUCIÓN (%)	IMPACTO EN DETERMINANTES DE SALUD (DSS)
Acceso de Personas a Familias a Vivienda (0146)	368,925	99.90%	Alto cumplimiento en infraestructura de vivienda.
Reducción de Vulnerabilidad (0068)	20,516	71.70%	Inversión adecuada en gestión de riesgos (importante dada la geografía de Huayana).
Programa Nacional de Saneamiento (0083)	61,457	43.50%	Bajo nivel de ejecución en el determinante más crítico (agua/excretas), lo que perpetúa el riesgo de enfermedades digestivas.
Gestión Integral de Residuos (0036)	12,400	11.90%	Ejecución extremadamente baja en la lucha contra la contaminación ambiental y antropológica (desechos).
Reducción del Costo, Tiempo e ... (0138)	840,488	7.10%	Ejecución crítica en infraestructura vial y conectividad, lo que mantiene las barreras de acceso a los servicios de salud (traslado de emergencias).

Fuente: Municipalidad Distrital de Huayana 2024 / Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Censos Nacionales 2017 (Elaboración propia con datos de referencia).

Análisis del Impacto en las Prioridades Sanitarias

- **Saneamiento y Ambiente:** Los programas directamente ligados a las prioridades de salud presentan una ejecución deficiente. La baja ejecución del programa Nacional de Saneamiento (43.5%) y la mínima ejecución en Gestión Integral de Residuos (11.9%) demuestran que la municipalidad no está logrando invertir eficazmente en los determinantes que mitigarían la alta morbilidad digestiva y las infecciones intestinales (Prioridad Media/Alta del ASIS).
- **Acceso y Vulnerabilidad:** El bajo avance en la categoría Reducción del Costo, el (7.1%), que incluye la mejora vial, mantiene las barreras de acceso geográfico a los establecimientos de salud, lo que impacta la oportunidad de la atención de emergencias y el control de las ECNT letales (ERC/Hipertensión).
- **Prioridades Cumplidas:** Destaca positivamente la alta ejecución en Acceso de Personas a Familias a Vivienda (99.9%), lo que indica un esfuerzo en el cierre de brechas habitacionales.

En conclusión, la ejecución presupuestal de la municipalidad refleja una gestión débil en las categorías estratégicas de salud pública, lo que perpetúa las carencias estructurales en saneamiento, ambiente y conectividad, y limita la capacidad del sistema de salud para reducir la carga de enfermedad.

2.2. Determinantes intermediarios

Los determinantes intermediarios reflejan las condiciones de vida, los sistemas de salud y los factores culturales que traducen las desigualdades estructurales (vistas en el punto 2.1) en problemas de salud concretos. En Huayana, estos factores son cruciales para entender la alta letalidad por ECNT y las infecciones.

2.2.1. Características socioculturales

Los patrones culturales, hábitos y lenguas maternas del distrito tienen una incidencia directa en la exposición a riesgos sanitarios y en el acceso a la información.

1. **Patrones Culturales y Riesgos Colectivos:** Las festividades religiosas y sociales son eventos que movilizan a gran parte de la población y a visitantes de zonas aledañas. Si bien estos eventos refuerzan la identidad cultural, las aglomeraciones y la venta de alimentos sin un adecuado control sanitario aumentan el riesgo de enfermedades infectocontagiosas.
2. **Hábitos y Estilos de Vida de Riesgo:** Persisten hábitos tradicionales que generan riesgos a la salud. El uso de cocinas a leña sin chimeneas dentro de las viviendas es un determinante directo de la Contaminación Intradomiciliaria (CID). Otros hábitos que contribuyen al deterioro de la salud incluyen la crianza de animales (especialmente cuyes) dentro de las viviendas, el consumo de alcohol y hojas de coca durante faenas agrícolas y festividades, la exposición prolongada al sol, y una alimentación poco balanceada con deficiencia de vegetales y carnes. Estos factores contribuyen a la malnutrición y al deterioro de la salud del adulto mayor.
3. **Barrera Lingüística:** La población mantiene una fuerte identidad cultural. El 100% de los habitantes del distrito son quechua hablantes. Esta monolingüidad en el idioma quechua representa una barrera lingüística significativa para el acceso efectivo a los servicios de salud, lo que requiere que las estrategias de atención y prevención tengan pertinencia cultural y lingüística para garantizar la cobertura y efectividad.

2.2.2. Características del sistema de salud en el territorio

El sistema de salud local enfrenta desafíos significativos en su capacidad resolutive, infraestructura, y recursos humanos, lo cual exacerba el riesgo de mortalidad por causas crónicas y limita la cobertura de programas preventivos.

a) Análisis de la Oferta

El sistema de salud local en Huayana opera con una capacidad resolutive significativamente limitada, concentrada en dos establecimientos sin internamiento: el Puesto de Salud (P.S.) Huayana, categorizado como I-2, y el P.S. Checchempampa, categorizado como I-1. Ambos dependen críticamente del sistema de referencia para cualquier caso complejo o emergencia, dada su baja complejidad.

En cuanto al Capital Humano, la fuerza laboral del distrito asciende a 9 profesionales y técnicos en total. El P.S. Huayana (I-2) concentra al personal profesional: un Médico SERUMS, una Obstetra CAS, y una

Enfermera SERUMS. La plantilla técnica incluye cuatro Técnicos de Enfermería en el distrito (dos Nombrados y dos CAS), distribuidos equitativamente entre Huayana y Checchempampa. La limitación más crítica en la oferta es la carencia absoluta de Odontólogo y Psicólogo en ambos puestos, restringiendo la capacidad para abordar problemas de salud mental y prevención bucal, que son prioridades identificadas. Las barreras logísticas y la inoperatividad exacerban la baja capacidad resolutoria del sistema. El distrito reporta fallos graves en las unidades móviles:

- La ambulancia asignada al P.S. Huayana se encuentra en mal estado, lo que limita su capacidad para el traslado de emergencias y la cadena de frío.
- La motocicleta asignada al P.S. Checchempampa está no operativa, dejando a esa zona rural sin movilidad esencial para actividades como la vacunación en campo, la toma de muestras y la supervisión sanitaria.

Esta inoperatividad de los vehículos compromete la cobertura efectiva y la oportunidad de atención, afectando directamente la capacidad del distrito, de resolver problemas de salud.

Tabla N°24

Distribución Consolidada del Capital Humano y Capacidad Resolutoria. Distritos de Huayana y Checchempampa, 2024

	P.S. HUAYANA	P.S. CHECCHEMPAMPA		
NIVEL DE EESS	I-2	I-1		
INTERNAMIENTO	NO	NO		
PROFESIONALES			TOTAL DISTRITO	RÉGIMEN
Médico	1	0	1	SERUMS
Obstetra	1	0	1	CAS
Enfermera	1	1	2	SERUMS
Técnicos Enfermería	2	2	4	2 Nombrados, 2 CAS
Chofer	1	0	1	CAS
Odontólogo	0	0	0	Carencia total
Psicólogo	0	0	0	Carencia total
TOTAL	6	3	9	
VEHÍCULO ASIGNADO				
Tipo de Vehículo	Ambulancia	Motocicleta		
Estado Operativo	En mal estado	No operativa		
Actividad	disponible	No disponible		
Impacto Principal	Con capacidad limitado de traslado de emergencias y carga biológica	Sin movilidad para vacunaciones, muestras ni supervisión		

Fuente: Municipalidad Distrital de Huayana 2024 / Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Censos Nacionales 2017 (Elaboración propia con datos de referencia).

2.2.3. Análisis de la demanda de intervenciones sanitarias

El análisis de la demanda de intervenciones sanitarias evalúa la necesidad real de la población por servicios específicos, contrastando los programas de salud con el uso y las brechas de cobertura existentes en el territorio.

Demanda y Respuesta a la Vacunación

La data de vacunación del Puesto de Salud Huayana de 2024 revela que se logra administrar dosis en todos los grupos objetivos (menores de 1 año, niños de 1 a 5 años, gestantes, y adultos mayores), lo que demuestra una demanda activa por la inmunización. Sin embargo, la efectividad de la cobertura se ve comprometida por fallas logísticas que limitan la captación.

Cobertura a Gestantes y Adultos Mayores: Se evidencia una demanda positiva por la inmunización contra la Influenza y la DPTA en gestantes, y por la vacuna contra la Influenza y Neumococo en adultos mayores. El cumplimiento de las dosis administradas en gestantes para la DPTA e Influenza se registra como 100% de las metas nominales. Esta respuesta positiva muestra una alta conciencia y aceptación de la inmunización en los grupos de mayor riesgo.

Vacunación del Menor de 1 Año: Se registra la aplicación de dosis de las vacunas clave para el esquema regular, incluyendo Pentavalente, IPV (Polio Inactivada), y Rotavirus. Aunque se registran dosis aplicadas en la mayoría de los meses, el número total de dosis administradas es bajo.

Demanda Observada y Capacidad de Respuesta

La demanda efectiva del servicio se evidencia en el alto número de referencias tipo I solicitadas por los EE.SS. del primer nivel. Esto incluye la referencia del 100% de los partos institucionales (dada la nula capacidad obstétrica) y la referencia constante de Adultos Mayores por descompensación de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como la Insuficiencia Renal y la Hipertensión. Esta alta tasa de referencias demuestra que la demanda de servicios complejos excede consistentemente la capacidad resolutive del P.S. I-1 y I-2 del distrito. La demanda de atención también se manifiesta en la alta prevalencia de Sintomáticos Respiratorios identificados, lo cual es coherente con la Máxima Prioridad de Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Brechas de Información y Cobertura

La gestión de la demanda se ve obstaculizada por la falta de información crítica para la planificación sanitaria, lo que constituye una brecha en sí misma.

- Salud Materno-Infantil: Indicadores esenciales como la Población afiliada al SIS, el número de Gestantes controladas, la cobertura de vacunación (HBV, BCG, ASA, Pentavalente, Neumococo, DPT) y el control de Menores de un año en su Crecimiento y Desarrollo (CRED) son datos faltantes. La ausencia de estas métricas clave impide evaluar la cobertura de los programas preventivos de manera precisa y determinar la verdadera deserción de las vacunas.

- Planificación Familiar y Percepción: Tampoco se dispone de datos sobre Parejas Protegidas ni de estudios de Satisfacción de usuario externo. Esta falta de información limita la capacidad del sistema para medir la efectividad de las estrategias de planificación familiar y para adecuar los servicios a la percepción y las necesidades reales de la población usuaria.

En conclusión, si bien la demanda por servicios de emergencia y referencia es alta, la incapacidad para medir indicadores preventivos (coberturas, deserciones) impide al sistema de salud realizar una gestión eficiente de la demanda y tomar decisiones basadas en la evidencia sobre la necesidad de recursos humanos adicionales (Odontólogo, Psicólogo).



CAPITULO III

3. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

3.1. Morbilidad

3.1.1. Morbilidad en consulta externa por grandes grupos

Durante el año 2024, en el distrito de Huayana, se registraron un total de 1 912 atenciones en consulta externa, de las cuales 1 322 casos (69.1%) corresponden a las 10 principales causas de morbilidad, según la Lista 12/110 de la OPS. El análisis del gráfico de Pareto evidencia que estas diez causas concentran el 80% del total de consultas, reflejando los principales problemas de salud que afectan a la población atendida en el Puesto de Salud Huayana.

La primera causa de morbilidad corresponde a las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00–J06), con 592 casos (44.8%), siendo el grupo más frecuente y representando casi la mitad de todas las consultas. Este hallazgo se asocia a factores determinantes como la exposición a cambios bruscos de temperatura, viviendas inadecuadas y limitada ventilación, así como a la baja adherencia a medidas preventivas como la vacunación y el uso de mascarillas en contextos de infecciones respiratorias.

En segundo lugar, se encuentran las enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares (K00–K14), con 122 casos (9.2%), lo que evidencia la persistencia de problemas odontológicos en la comunidad, probablemente relacionados con inadecuados hábitos de higiene oral, limitado acceso a cepillado y pastas fluoradas, y escasa participación en actividades de prevención bucal escolar.

Las enfermedades del esófago, estómago y duodeno (K20–K31) ocupan el tercer lugar con 117 casos (8.9%), asociadas a malos hábitos alimentarios, automedicación y limitado acceso a servicios especializados.

Le siguen los síntomas y signos generales (R50–R69) con 99 casos (7.5%), que reflejan cuadros inespecíficos y enfermedades en fase inicial, y las dorsopatías (M40–M54) con 98 casos (7.4%), relacionadas con las condiciones de trabajo físico intenso y posturas inadecuadas en la población adulta.

Otras causas relevantes son:

- Síntomas digestivos y abdominales (R10–R19): 75 casos (5.7%)
- Otras enfermedades del sistema urinario (N30–N39): 65 casos (4.9%)
- Artropatías (M00–M25): 58 casos (4.4%)
- Enfermedades infecciosas intestinales (A00–A09): 50 casos (3.8%)
- Trastornos episódicos y paroxísticos (G40–G47): 46 casos (3.5%)

Tabla N° 25

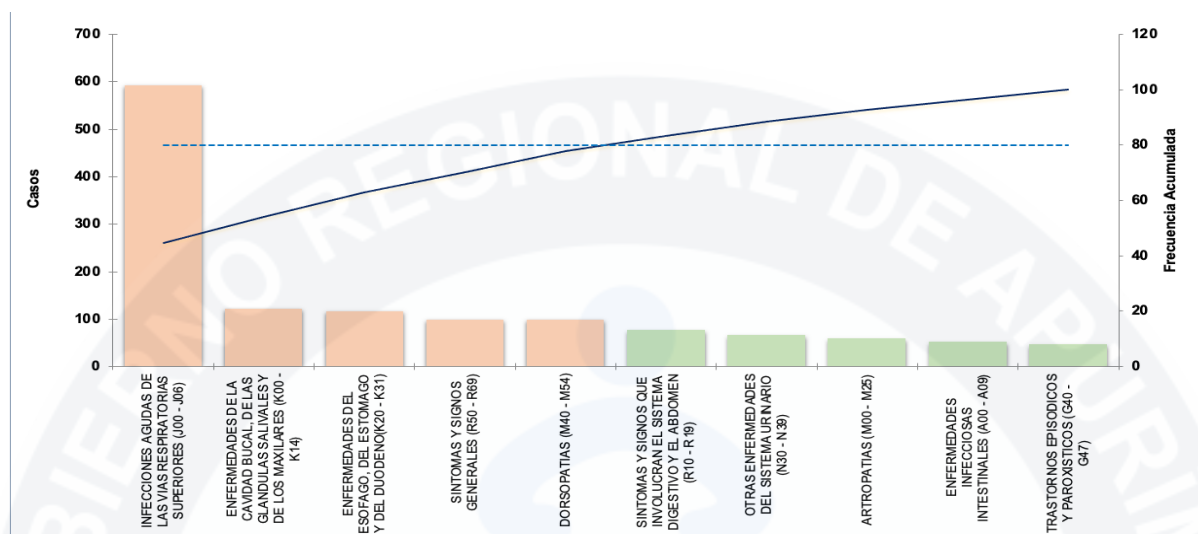
Principales causas de mortalidad en consulta externa según grandes grupos de causas (Lista 12/ 110 OPS). Distrito de Huayana 2024

N°	GRUPOS DE CAUSAS HUAYANA	CAPÍTULO CIE-10 (LISTA 10/110 OPS)	CASOS (N)	PROPORCIÓN (%)
1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00–J06)	X. Enfermedades del sistema respiratorio	592	44.80%
2	Enfermedades de la cavidad bucal (K00–K14)	XI. Enfermedades del sistema digestivo	122	9.20%
3	Enfermedades del esófago, estómago y duodeno (K20–K31)	XI. Enfermedades del sistema digestivo	117	8.90%
4	Síntomas y signos generales (R50–R69)	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales	99	7.50%
5	Dorsopatías (M40–M54)	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular	98	7.40%
6	Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo (R10–R19)	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales	75	5.70%
7	Otras enfermedades del sistema urinario (N30–N39)	XI. Enfermedades del sistema genitourinario	65	4.90%
8	Artropatías (M00–M25)	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular	58	4.40%
9	Enfermedades infecciosas intestinales (A00–A09)	I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	50	3.80%
10	Trastornos episódicos y paroxísticos (G40–G47)	VI. Enfermedades del sistema nervioso	46	3.50%
Total Top 10 Morbilidad			1322	100.00%

Fuente: HIS MINSA 2024.

Pareto N° 1

Distribución de las principales causas de morbilidad en consulta externa según grandes grupos (Lista 12/110 OPS) – Análisis de Pareto.



Fuente: HIS MINSA

En conjunto, estas diez causas acumulan el 100% del total de morbilidad prioritaria y permiten orientar las acciones de salud hacia la prevención y control de enfermedades respiratorias, digestivas, osteomusculares, urinarias y bucales, las cuales concentran la mayor carga de enfermedad en el distrito.

Asimismo, se resalta la necesidad de fortalecer las intervenciones preventivo-promocionales, especialmente en el marco de las estrategias de Promoción de la Salud, Salud Bucal, Salud Ambiental y Enfermedades No Transmisibles (ENT), así como reforzar la educación sanitaria en las instituciones educativas y comunidades del ámbito.

3.1.2. Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa: en población general, por sexo y por etapas de vida

El Tras identificar las principales causas de morbilidad en la población general mediante la clasificación por grandes grupos, resulta necesario profundizar en el análisis considerando la distribución por etapas de vida y por sexo. Este enfoque permite reconocer cómo los problemas de salud se expresan de manera diferenciada en la niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor, evidenciando la influencia de factores biológicos, sociales, culturales y ambientales en cada etapa del curso de vida.

En el distrito de Huayana, la revisión de la morbilidad por etapas revela la persistencia de enfermedades transmisibles como las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA), que afectan principalmente a la población infantil y adolescente, en estrecha relación con determinantes como las condiciones de vivienda, el clima frío de la zona altoandina y las limitaciones

en saneamiento básico. No obstante, también se observa una presencia creciente de enfermedades no transmisibles asociadas al estilo de vida que predominan en adultos y adultos mayores.

El análisis de las diez primeras causas de morbilidad, por edad y sexo, permite definir prioridades de atención: en la niñez, programas de crecimiento, vacunación y nutrición; en la adolescencia, prevención de malnutrición y salud bucal; en la juventud, salud reproductiva, ENT e ITS; y en adultos y adultos mayores, enfermedades crónicas, osteomusculares y del envejecimiento. Este enfoque integral orienta intervenciones diferenciadas que responden a las necesidades reales de la población de Huayana.

Población de 0 a 11 años (niños):

En este grupo se registraron 300 casos en 2024. La principal causa fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (IRA, J00–J06), con 53.3% de las atenciones, seguidas de síntomas y signos generales (14.3%) y las enfermedades de la cavidad bucal y de los maxilares (8.0%). También destacan las enfermedades infecciosas intestinales (7.3%), los traumatismos de la cabeza (3.7%), y problemas nutricionales como anemias (2.7%) y desnutrición (2.3%). Esto refleja una doble carga epidemiológica: por un lado, enfermedades transmisibles asociadas a condiciones de vivienda y saneamiento (IRA y EDA), y por otro, problemas nutricionales vinculados a pobreza y dietas inadecuadas.

Tabla N°26

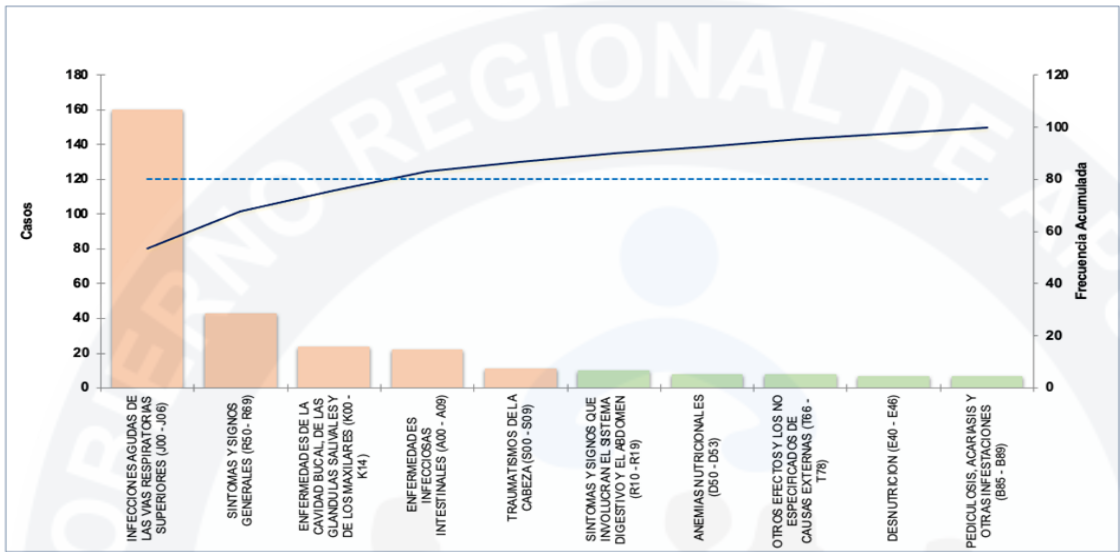
Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 0 a 11 años. Distrito de Huayana, 2024.

N°	GRUPOS DE CAUSAS	Casos	%
*	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS (0-11 AÑOS)...	300	
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00 - J06)	160	53.3
2	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES (R50 - R69)	43	14.3
3	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES (K00 - K14)	24	8.0
4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00 - A09)	22	7.3
5	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA (S00 - S09)	11	3.7
6	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN (R10 - R19)	10	3.3
7	ANEMIAS NUTRICIONALES (D50 - D53)	8	2.7
8	OTROS EFECTOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DE CAUSAS EXTERNAS (T66 - T78)	8	2.7
9	DESNUTRICION (E40 - E46)	7	2.3
10	PEDICULOSIS, ACARIASIS Y OTRAS INFESTACIONES (B85 - B89)	7	2.3
	Otras causas	41	

Fuente: HIS MINSA 2024

Pareto N° 2

Distribución de las principales causas de morbilidad en consulta externa según grandes grupos (Lista 12/110 OPS) – Análisis de Pareto.



Fuente: HIS MINSA

Población de 12 a 17 años (adolescentes):

En la población adolescente (12 a 17 años) se reportaron 100 casos de morbilidad en consulta externa durante el 2024. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa, concentrando el 65.0% de los diagnósticos, lo que confirma su alta vulnerabilidad frente a las condiciones climáticas de la zona alto andina y las limitaciones en medidas de prevención. Les siguen las enfermedades de la cavidad bucal y maxilares (7.0%), los síntomas y signos digestivos (7.0%), así como las enfermedades del esófago, estómago y duodeno (4.0%) y las enfermedades infecciosas intestinales (4.0%), todas ellas asociadas a prácticas de higiene deficientes, hábitos alimentarios inadecuados y limitado acceso a atención especializada.

Además, en este grupo se observa la presencia tanto de desnutrición (4.0%) como de obesidad e hiperalimentación (3.0%), evidenciando una transición nutricional en curso, donde coexisten deficiencias alimentarias con el consumo creciente de productos ultra procesados de bajo valor nutritivo. En conjunto, la morbilidad adolescente refleja la combinación de enfermedades transmisibles y problemas emergentes relacionados con la nutrición y el aparato digestivo, lo que demanda fortalecer la prevención de IRA y EDA, ampliar los programas de salud bucal y consolidar estrategias de educación alimentaria y estilos de vida saludables.

Tabla N°27

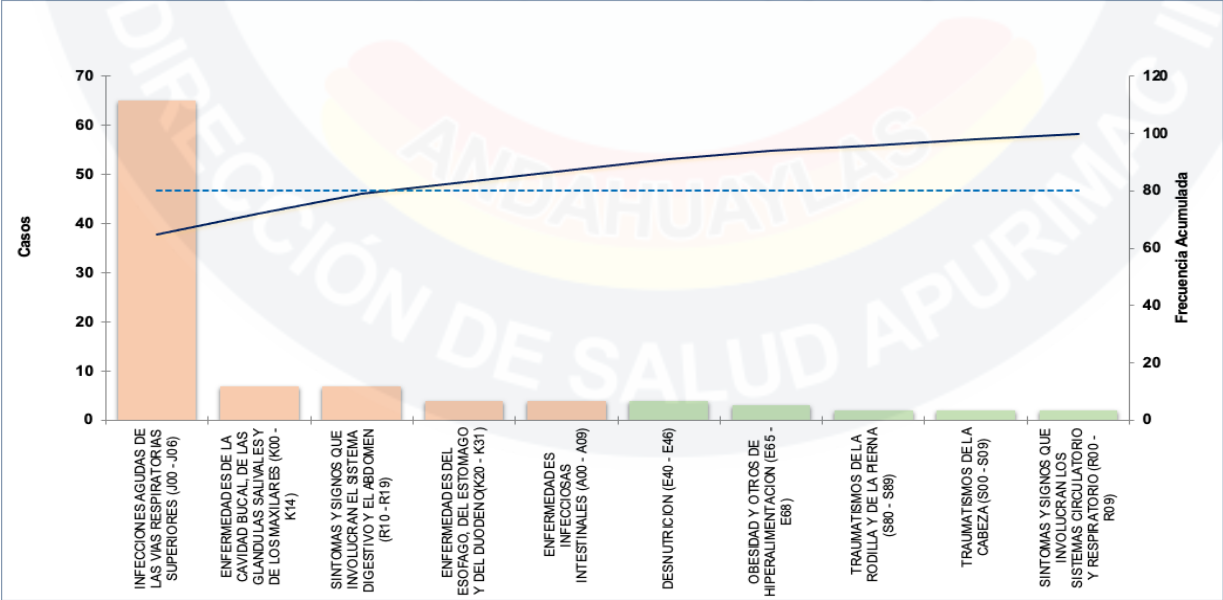
Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 12 a 17 años. Distrito de Huayana, 2024.

Nº	GRUPOS DE CAUSAS	Casos	%
*	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS (12-17 AÑOS)...	100	
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00 - J06)	65	65.0
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES (K00 - K14)	7	7.0
3	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN (R10 - R19)	7	7.0
4	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO (K20 - K31)	4	4.0
5	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00 - A09)	4	4.0
6	DESNUTRICION (E40 - E46)	4	4.0
7	OBESIDAD Y OTROS DE HIPERALIMENTACION (E65 - E68)	3	3.0
8	TRAUMATISMOS DE LA RODILLA Y DE LA PIERNA (S80 - S89)	2	2.0
9	TRAUMATISMOS DE LA CABEZA (S00 - S09)	2	2.0
10	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS CIRCULATORIO Y RESPIRATORIO (R00 - R09)	2	2.0
	Otras causas	28	

Fuente: HIS MINSA

Pareto Nº 3

Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 12 a 17 años (Gráfico de Pareto). Huayana, 2024



Fuente: HIS MINSA

Población de 18 a 29 años (jóvenes):

En la población joven (18 a 29 años) se registraron 129 casos de morbilidad en consulta externa durante el 2024. La causa más frecuente fueron las infecciones respiratorias agudas (IRA), que representan el 41.9% de los diagnósticos y continúan siendo un problema de salud prioritario en este grupo etario. Le siguen las enfermedades de la cavidad bucal (15.5%), que evidencian la falta de hábitos adecuados de higiene oral y el escaso acceso a servicios preventivos odontológicos, así como la obesidad e hiperalimentación (8.5%), reflejo de cambios en los patrones de consumo alimentario y de estilos de vida poco saludables. Otros problemas relevantes incluyen los síntomas digestivos (7.8%), los trastornos epilépticos y paroxísticos (5.4%), las micosis (3.9%) y las infecciones de transmisión sexual (ITS, 3.1%), que emergen como condiciones vinculadas tanto a determinantes sociales como a factores culturales y conductuales. Este perfil epidemiológico revela una situación mixta, en la que persisten enfermedades transmisibles como las IRA, ITS y micosis, pero a la vez se incrementa la carga de problemas crónicos y de salud pública relacionados con el estilo de vida, como la obesidad, los trastornos digestivos y las alteraciones neurológicas o de salud mental. Estas condiciones repercuten en la salud reproductiva, en el bienestar integral y en la productividad de la población joven, lo que exige reforzar las estrategias de promoción de hábitos saludables, prevención de ITS, control de enfermedades crónicas y fortalecimiento de la salud mental comunitaria.

Tabla N° 28

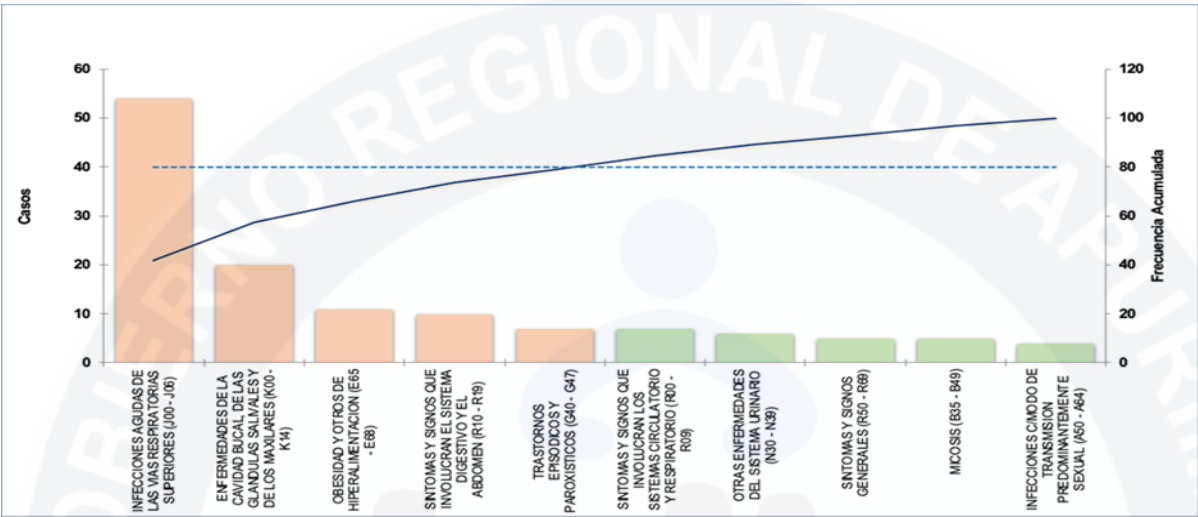
Primeras causas de Morbilidad en consulta externa en Población de 18 a 29 años, distrito de Huayana 2024

N°	GRUPOS DE CAUSAS	Casos	%
*	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS (18-29 AÑOS)...	129	
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00 - J06)	54	41.9
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES (K00 - K14)	20	15.5
3	OBESIDAD Y OTROS DE HIPERALIMENTACION (E65 - E68)	11	8.5
4	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN (R10 - R19)	10	7.8
5	TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS (G40 - G47)	7	5.4
6	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS CIRCULATORIO Y RESPIRATORIO (R00 - R09)	7	5.4
7	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	6	4.7
8	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES (R50 - R69)	5	3.9
9	MICOSIS (B35 - B49)	5	3.9
10	INFECCIONES C/MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL (A50 - A64)	4	3.1
	Otras causas	35	

Fuente: HIS MINSA 2024.

Pareto N° 4

Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 12 a 17 años (Gráfico de Pareto). Huayana, 2024



Fuente: HIS MINSA 2024

Población de 30 a 59 años (Adultos):

En la población adulta se registraron 470 casos de morbilidad en consulta externa durante el 2024, de los cuales las infecciones respiratorias agudas (40.0%) constituyen la principal causa, reafirmando su condición de prioridad sanitaria en todos los grupos etarios. Le siguen las enfermedades de la cavidad bucal (11.9%) y las del esófago, estómago y duodeno (11.3%), que evidencian la carga de problemas digestivos y odontológicos vinculados a hábitos inadecuados y limitada prevención bucal. También destacan las dorsopatías (8.5%), asociadas a labores agropecuarias, junto con los síntomas digestivos abdominales (7.0%) y las enfermedades del sistema urinario (5.5%), que reflejan la influencia de condiciones de trabajo, estilos de vida y limitado acceso a servicios especializados.

Otros diagnósticos en adultos incluyen los síntomas generales (5.3%), los trastornos episódicos y paroxísticos (4.0%), las enfermedades pélvicas femeninas (3.4%) y las micosis (3.0%), lo que evidencia la coexistencia de enfermedades transmisibles y crónicas. Este perfil refleja una etapa en la que confluyen patologías agudas, crónicas y osteomusculares que afectan la productividad. La morbilidad en adultos exige reforzar la prevención de enfermedades respiratorias y digestivas, impulsar salud ocupacional y garantizar acceso a salud sexual y reproductiva, con énfasis en detección temprana de patologías ginecológicas.

Tabla N° 29

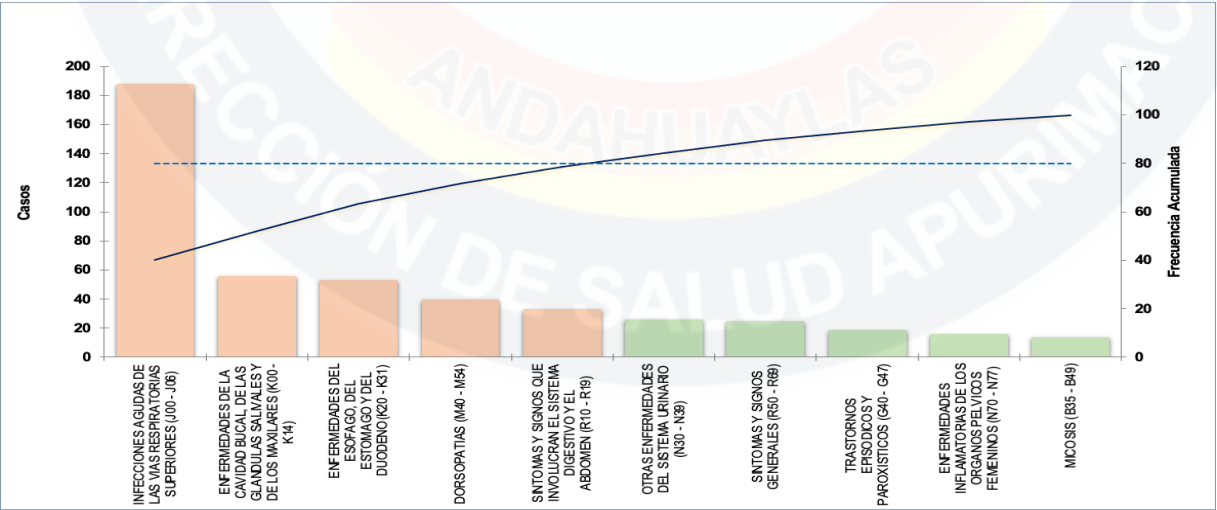
Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 30 a 59 años, distrito de Huayana 2024

Nº	GRUPOS DE CAUSAS	Casos	%
*	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS (30-59 AÑOS)...	470	
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00 - J06)	188	40.0
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES (K00 - K14)	56	11.9
3	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO(K20 - K31)	53	11.3
4	DORSOPATIAS (M40 - M54)	40	8.5
5	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN (R10 - R19)	33	7.0
6	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	26	5.5
7	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES (R50 - R69)	25	5.3
8	TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS (G40 - G47)	19	4.0
9	ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LOS ORGANOS PELVICOS FEMENINOS (N70 - N77)	16	3.4
10	MICOSIS (B35 - B49)	14	3.0
	Otras causas	209	

Fuente: HIS MINSA

Pareto N°5

Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 30 a 59 años Huayana, 2024



Fuente: HIS MINSA

Población de 60 años a más (Adultos Mayores):

En la población adulta mayor (60 años a más) se registraron 408 casos de morbilidad en consulta externa durante el 2024. La principal causa corresponde a las infecciones respiratorias agudas (30.6%), que siguen siendo un problema crítico en este grupo etario debido a la mayor vulnerabilidad inmunológica, las viviendas con condiciones precarias de ventilación y el limitado acceso a medidas preventivas. Le siguen las enfermedades del esófago, estómago y duodeno (13.7%), las dorsopatías (13.0%) y las artropatías (11.8%), que evidencian la alta carga de enfermedades digestivas y osteomusculares asociadas al envejecimiento, la dieta poco balanceada y el desgaste físico acumulado por años de trabajo en actividades agropecuarias.

Otros diagnósticos de relevancia incluyen las enfermedades del sistema urinario (7.8%), los síntomas generales (5.9%), los trastornos episódicos y paroxísticos (4.4%), así como las micosis (4.4%) y la desnutrición (4.4%), que reflejan problemas persistentes en la salud nutricional y la presencia de enfermedades infecciosas en edades avanzadas. También se reportaron las enfermedades infecciosas intestinales (3.9%), que muestran la exposición a riesgos ambientales y a deficiencias en el saneamiento básico. En conjunto, este perfil epidemiológico resalta que los adultos mayores enfrentan una doble carga de enfermedad, con prevalencia tanto de patologías crónicas como de enfermedades transmisibles, lo que incrementa la dependencia de los servicios de salud y demanda fortalecer los programas de atención integral al adulto mayor, control de enfermedades crónicas, nutrición geriátrica y promoción de un envejecimiento saludable.

Tabla N° 30

**Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 60 años a más.
Distrito de Huayana, 2024**

N°	GRUPOS DE CAUSAS	Casos	%
*	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS (60 AÑOS A MÁS)...	408	
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00 - J06)	125	30.6
2	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO(K20 - K31)	56	13.7
3	DORSOPATIAS (M40 - M54)	53	13.0
4	ARTROPATIAS (M00 - M25)	48	11.8
5	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N30 - N39)	32	7.8
6	SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES (R50 - R69)	24	5.9
7	TRASTORNOS EPISODICOS Y PAROXISTICOS (G40 - G47)	18	4.4
8	MICOSIS (B35 - B49)	18	4.4
9	DESNUTRICION (E40 - E46)	18	4.4
10	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00 - A09)	16	3.9
	Otras causas	192	

Fuente: HIS MINSA 2024.

Pareto N° 6

Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 60 años a más Huayana, 2024



Fuente: HIS MINSA

3.1.3. Diez primeras causas de morbilidad en población general con mayor concentración en relación con la provincia, en consulta externa

El análisis de la morbilidad en el Distrito de Huayana, confrontado con el panorama de la Provincia de Andahuaylas, es fundamental para identificar las disparidades sanitarias territoriales y orientar la priorización de recursos. Para este fin, se evalúa la Razón de Concentración (RC), un indicador que mide el exceso de prevalencia de una causa en el distrito ($RC > 1.0$) frente al promedio provincial. El perfil epidemiológico de Huayana se distingue por una concentración significativamente mayor de patologías vinculadas al ambiente físico y al desgaste laboral.

De las diez causas principales de consulta externa en Huayana, siete presentan una RC superior a 1.0, lo que demuestra que la carga de enfermedad distrital es desproporcionadamente alta en comparación con la provincia. La siguiente tabla resume esta comparación:

Tabla N° 31

Comparación de la Concentración de las Diez Primeras Causas de Morbilidad. Distrito de Huayana vs. Provincia de Andahuaylas, 2024

*Nota: Los porcentajes de las causas que no figuran en el Top 10 provincial son inferidos para el cálculo de la RC, dado que su presencia es marginal en comparación con el distrito.

N°	GRUPOS DE CAUSAS	HUAYANA (%)	ANDAHUAY. (%)	RAZÓN DE CONCENTRACIÓN (RC)	OBSERVACIÓN PRINCIPAL
1	Infecciones respiratorias agudas (J00–J06)	44.8	33.9	1.32	Concentración significativamente mayor en Huayana.
2	Síntomas digestivos y abdominales (R10–R19)	5.7	4.3	1.33	Concentración marcadamente mayor en Huayana.
3	Enf. esófago, estómago y duodeno (K20–K31)	8.9	7.4	1.2	Mayor concentración en Huayana.
4	Síntomas y signos generales (R50–R69)	7.5	6.3	1.19	Mayor concentración de cuadros inespecíficos.
5	Otras enf. sistema urinario (N30–N39)	4.9	4.2	1.17	Mayor concentración en Huayana.
6	Dorsopatías (M40–M54)	7.4	6.4	1.16	Mayor concentración, ligada al esfuerzo físico.
7	Artropatías (M00–M25)	4.4	(≈2.5)*	≈1.76	Máxima concentración relativa. Problema local.
8	Trastornos episódicos/paroxísticos (G40–G47)	3.5	(≈2.1)*	≈1.67	Alta concentración. Problema neurológico/mental local.
9	Enf. infecciosas intestinales (A00–A09)	3.8	4.6	0.83	Menor concentración que en la provincia.
10	Enf. de la cavidad bucal (K00–K14)	9.2	22.5	0.41	Concentración significativamente menor en Huayana.

Fuente: HIS MINSA

El análisis de concentración revela que los mayores valores de la RC se agrupan en dos categorías: las patologías crónicas vinculadas al desgaste físico y las enfermedades ligadas a la vulnerabilidad ambiental. Las Artropatías y los Trastornos Episódicos y Paroxísticos son las causas con la máxima concentración relativa, presentando una RC aproximada de 1.76 y 1.67, respectivamente. Esta alta concentración, que supera entre un 67% y 76% a la provincial, es un hallazgo crucial que justifica la necesidad urgente de priorizar programas de salud ocupacional y salud mental comunitaria. Las artropatías reflejan el alto costo sanitario del desgaste físico asociado a la actividad agropecuaria, mientras que los trastornos neurológicos/mentales indican una carga de enfermedad que requiere una capacidad de diagnóstico y atención especializada a nivel distrital no visible en el promedio provincial.

En cuanto a las enfermedades infecciosas y digestivas, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), aunque lideran la morbilidad en ambos ámbitos, registran una concentración 32% mayor en Huayana, con una RC de 1.32. Este exceso de riesgo subraya la severidad con la que los factores ambientales (clima frío, viviendas precarias) y sociales impactan en el distrito. De manera similar, los Síntomas digestivos y abdominales (RC 1.33) y las Enfermedades del esófago, estómago y duodeno (RC 1.20) también evidencian una concentración consistentemente superior, lo que reitera la necesidad de revisar los factores de riesgo en el entorno de las comunidades, siendo las deficiencias en el saneamiento básico, la calidad del agua y los hábitos alimentarios los principales sospechosos. Esta concentración de patología gastrointestinal y renal se complementa con una RC de 1.17 para las Otras enfermedades del sistema urinario y 1.16 para las Dorsopatías, ambas indicando un esfuerzo asistencial superior en Huayana. Finalmente, es importante notar la baja concentración de la Enfermedad de la cavidad bucal y maxilares, con una RC de 0.41. Aunque sigue siendo la segunda causa de morbilidad distrital, su concentración es significativamente menor que en la provincia. Este contraste sugiere que, en la jerarquía de las necesidades más urgentes y que diferencian a Huayana, la prioridad debe recaer en las patologías donde el distrito presenta un claro exceso de riesgo. En resumen, el análisis de concentración permite a Huayana enfocar sus estrategias sanitarias en combatir la disparidad de las IRA, las dolencias músculo-esqueléticas y los problemas neurológicos/mentales, que son las verdaderas brechas de salud frente a la Provincia de Andahuaylas.

3.1.4. Diez primeras causas de morbilidad en población general con mayor crecimiento en relación con el resto de la provincia, en consulta externa

El análisis del crecimiento de la morbilidad entre los años 2023 y 2024 es fundamental para identificar las causas de enfermedad que están emergiendo o acelerándose en el Distrito de Huayana a un ritmo superior al de la Provincia de Andahuaylas. Para este fin, se utiliza la Diferencia de Crecimiento (DC), que compara las variaciones porcentuales (VP) de cada patología. Un valor de DC positivo indica que la causa es una prioridad sanitaria emergente en el distrito que requiere atención preventiva inmediata.

Tabla N° 32
Comparación de Variación porcentual de las diez primeras causas de Morbilidad Huayana VS
Andahuaylas 2023-2024

N°	GRUPOS DE CAUSAS	HUAYANA %		VARIACIÓN HUAYANA (VP)	ANDAHUAYLAS %		VARIACIÓN ANDAHUAYLAS (VP)	DIFERENCIA DE CRECIMIENTO (DC)
		2023	2024		2023	2024		
1	Síntomas generales (R50–R69)	4.9	7.5	↑2.6 pp	5.7	6.3	↑0.6 pp	+2.0 pp
2	Artropatías (M00–M25)	3.1	4.4	↑1.3 pp	2.5*	2.9*	↑0.4 pp	+0.9 pp
3	Micosis (B35–B49)	3	3.5	↑0.5 pp	1.8*	2.0*	↑0.2 pp	+0.3 pp
4	Infecciones intestinales (A00–A09)	3.1	3.8	↑0.7 pp	4.7	4.6	↓0.1 pp	+0.8 pp
5	Sistema urinario (N30–N39)	4.2	4.9	↑0.7 pp	4	4.2	↑0.2 pp	+0.5 pp
6	Dorsopatías (M40–M54)	8.6	7.4	↓1.2 pp	6.2	6.4	↑0.2 pp	–1.4 pp
7	IRA (J00–J06)	46.7	44.8	↓1.9 pp	31.9	33.9	↑2.0 pp	–3.9 pp
8	Estómago, esófago y duodeno (K20–K31)	9.8	8.9	↓0.9 pp	7.5	7.4	↓0.1 pp	–0.8 pp
9	Cavidad bucal (K00–K14)	12.6	9.2	↓3.4 pp	24.7	22.5	↓2.2 pp	–1.2 pp
10	Trastornos episódicos/paroxísticos (G40–G47)	4	3.5	↓0.5 pp	2.1*	2.1*	±0.0 pp	–0.5 pp

Fuente: HIS MINSA

El análisis de la Diferencia de Crecimiento (DC) indica que la prioridad sanitaria en Huayana está experimentando una transición acelerada hacia las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNT) y patologías agudas asociadas a un saneamiento deficiente, superando la velocidad de crecimiento de la provincia. La causa con el crecimiento más acelerado y mayor Diferencia de Crecimiento es Síntomas y Signos Generales (DC +2.0 p.p.). El aumento del 2.6 pp en la proporción de esta causa en el distrito, mientras la provincia solo creció 0.6 pp, subraya un incremento abrupto en la demanda de consulta por cuadros inespecíficos. Este crecimiento superior al 50% en un año requiere investigación inmediata, ya que puede enmascarar la emergencia de DNT en fases tempranas o reflejar dificultades diagnósticas.

El crecimiento de las Artropatías (DC +0.9 p.p.) es notablemente superior al promedio provincial, confirmando que la carga del desgaste físico y la salud ocupacional en el distrito no solo es alta (como se vio en el análisis anterior), sino que se está acelerando como problema de salud pública. Esto se complementa con las Enfermedades Infecciosas Intestinales (DC +0.8 p.p.), cuya tendencia ascendente en Huayana (+0.7 pp) contrasta críticamente con el leve decrecimiento en la provincia. Esta disparidad es un indicador directo del riesgo inminente por el deterioro o estancamiento en los programas de saneamiento básico y la calidad del agua en el distrito. Además, el crecimiento positivo de las Micosis (DC +0.3 p.p.) y las Otras Enfermedades del Sistema Urinario (DC +0.5 p.p.) refuerzan el patrón emergente de infecciones que superan la tendencia provincial.

En cuanto a los patrones de decrecimiento, es importante destacar que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), aunque son la principal causa, experimentaron un decrecimiento en Huayana (-1.9 pp)

que contrasta con el crecimiento provincial (+2.0 pp). Esta DC negativa (-3.9 p.p.) es favorable y sugiere una estabilización o un efecto positivo de las medidas preventivas locales implementadas contra los riesgos climáticos y de vivienda. Similarmente, la Enfermedad de la Cavidad Bucal mostró el mayor decrecimiento en la proporción (-3.4 pp), lo que podría indicar un logro en las intervenciones de salud bucal, lo que la excluye de las prioridades de crecimiento acelerado. En conclusión, el análisis de crecimiento prioriza la necesidad urgente de fortalecer las intervenciones en saneamiento básico para detener el aumento de enfermedades intestinales, y el desarrollo de programas de salud ocupacional para mitigar el acelerado crecimiento de las artropatías y otros problemas articulares. Obliga a priorizar intervenciones preventivas y de diagnóstico temprano, adaptadas a la realidad local.

3.1.5. Morbilidad por causas o grupos específicos en consulta externa, según realidad del territorio: violencia, enfermedades relacionadas con la salud mental, complicaciones relacionadas con el embarazo, accidentes de tránsito, neoplasia maligna específica, malnutrición (por exceso o déficit), por etapas de vida, en población económicamente activa, en mujeres en edad fértil, en mayores de 30 años, en niños menores de cinco y diez años, entre otras

El análisis de la morbilidad segmentada del Distrito de Huayana en 2024 revela una compleja superposición de desafíos de salud, que van desde la persistencia de enfermedades infecciosas hasta la emergencia de problemas crónicos, psicosociales y nutricionales, lo cual es fundamental para la planificación de intervenciones diferenciadas.

El distrito enfrenta una evidente doble carga de malnutrición que varía por etapa de vida. En la niñez (0-11 años), la morbilidad por déficit persiste, con casos de Anemias nutricionales (2.7%) y Desnutrición (2.3%), problemas estrechamente ligados a la pobreza, las dietas inadecuadas y las limitaciones en el acceso a agua segura. En contraste, en la adolescencia (12-17 años), se observa la coexistencia de Desnutrición (4.0%) con Obesidad y otros de hiperalimentación (3.0%). Esta tendencia a la obesidad se acentúa en la juventud (18-29 años), donde la Obesidad e hiperalimentación alcanza el 8.5% de los diagnósticos, reflejando cambios en los patrones de consumo alimentario y estilos de vida poco saludables.

Los problemas de salud mental y conductual, aunque a menudo subregistrados, son significativos en la población activa. Los Trastornos episódicos y paroxísticos (G40-G47) figuran entre las 10 primeras causas en jóvenes (5.4%) y adultos mayores (4.4%), sugiriendo la presencia de cuadros neurológicos o psicosociales en un contexto de factores estresantes como la migración y la falta de oportunidades. A nivel social, la violencia intrafamiliar y comunitaria se mantiene como un problema persistente, afectando especialmente a mujeres y adolescentes y generando severas repercusiones físicas y psicológicas.

La población económicamente activa y adulta soporta una alta morbilidad por factores laborales y reproductivos. Las Dorsopatías (8.5%) y las Artropatías destacan como patologías crónicas vinculadas al esfuerzo físico intenso y las condiciones laborales en actividades agropecuarias. En las mujeres en

edad fértil, se registra una alta carga de Enfermedades Inflammatorias de los Órganos Pélvicos Femeninos (3.4% en adultos) y Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en jóvenes (3.1%), lo que subraya la necesidad de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva. A pesar de la baja natalidad observada en 2024, la salud materna sigue siendo un área crítica. Se registran complicaciones durante el embarazo, como anemia y episodios infecciosos, con la limitación de que ninguno de los partos fue atendido en los establecimientos de salud distritales debido a su limitada capacidad resolutive, obligando a la referencia de todas las gestantes.

Respecto a las neoplasias malignas, estas se diagnostican en estadios avanzados en el grupo de adultos mayores, lo que refleja claras barreras en la detección temprana y en el proceso de referencia a centros especializados. Finalmente, las causas externas se manifiestan a través de Traumatismos de la cabeza en la niñez (3.7%) y la presencia de accidentes de tránsito y laborales asociados a la precariedad vial y las labores de riesgo.

Este perfil epidemiológico segmentado valida la necesidad de que la planificación sanitaria en Huayana adopte un enfoque integral, abordando simultáneamente las enfermedades transmisibles ligadas a la pobreza y el ambiente, junto con la detección temprana de enfermedades no transmisibles y el soporte psicosocial.

3.1.6. Diez primeras causas de morbilidad con mayor diferencia de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento

La Diferencia Absoluta de Proporciones (DA) se calcula restando la proporción de casos del ámbito de comparación a la proporción de Huayana. Un valor positivo indica el exceso de la carga de enfermedad en Huayana que no se observaría si el distrito tuviera el mismo perfil de morbilidad que la provincia o el departamento. La siguiente tabla resume la Diferencia Absoluta (DA) para las diez principales causas de Huayana, que representan el estimador de la Diferencia de Riesgo (DR):

Tabla N°33: Diferencia Absoluta (DA) de las Diez Primeras Causas de Morbilidad. Huayana vs. Provincia y Departamento, 2024

Fuente: HIS MINSA, 2024 (Elaboración propia a partir de datos distritales y provinciales). Datos de Apurímac obtenidos de

N°	CAUSA DE MORBILIDAD (CIE-10)	HUAYANA (%)	ANDAHUAYLAS (%)	APURÍMAC (%)	DA VS. PROVINCIA (PP)	DA VS. DEPARTAMENTO (PP)
1	Infecciones respiratorias agudas (J00–J06)	44.80%	33.90%	19.90%	+10.9	+24.9
2	Enf. de la cavidad bucal (K00–K14)	9.20%	22.50%	27.20%	-13.3	-18
3	Síntomas y signos generales (R50–R69)	7.50%	6.30%	5.60%	+1.2	+1.9
4	Artropatías (M00–M25)	4.40%	2.5%*	2.5%*	+1.9	+1.9
5	Trastornos episódicos/paroxísticos (G40–G47)	3.50%	2.1%*	1.8%*	+1.4	+1.7
6	Enf. esófago, estómago y duodeno (K20–K31)	8.90%	7.40%	8.60%	+1.5	+0.3
7	Síntomas digestivos y abdominales (R10–R19)	5.70%	4.30%	5.40%	+1.4	+0.3
8	Dorsopatías (M40–M54)	7.40%	6.40%	7.50%	+1.0	-0.1
9	Otras enf. sistema urinario (N30–N39)	4.90%	4.20%	5.00%	+0.7	-0.1
10	Enf. infecciosas intestinales (A00–A09)	3.80%	4.60%	3.10%	-0.8	+0.7

REUNIS - MINSA.

El análisis de la Diferencia Absoluta (DA) consolida a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) como la máxima prioridad por su impacto absoluto. Huayana presenta un exceso de +24.9 puntos porcentuales (pp) de IRA en comparación con el departamento de Apurímac, y +10.9 pp en comparación con la provincia. Este exceso de riesgo absoluto es un claro indicador de que casi una cuarta parte de las consultas distritales se deben a IRA que estadísticamente no se presentarían si el distrito tuviera la misma estructura de morbilidad que el departamento, subrayando la influencia crítica de los determinantes ambientales (clima y vivienda) sobre la salud poblacional.

En segundo lugar, se encuentran los problemas crónicos y psicosociales que tienen un exceso de casos sostenido. Las Artropatías y los Trastornos Episódicos y Paroxísticos tienen un exceso absoluto de hasta +1.9 pp y +1.7 pp, respectivamente, frente a los ámbitos superiores. Esto demuestra que el volumen de casos de artropatías y patologías neurológicas/salud mental es absoluta y diferencialmente mayor en Huayana, lo que requiere una dotación de recursos asistenciales para salud ocupacional y mental que excede el promedio regional. Los problemas digestivos también contribuyen al exceso de riesgo absoluto. Los Síntomas Digestivos y Abdominales presentan un exceso de +1.4 pp frente a la provincia, reforzando la necesidad de atender el volumen de casos asociados a problemas en la calidad del agua y hábitos alimentarios.

Un hallazgo importante del análisis es el déficit absoluto de casos de Enfermedades de la Cavidad Bucal, con una DA de -18.0 pp menos de casos que el departamento. Aunque esta patología lidera la morbilidad departamental, su bajo volumen en Huayana no debe interpretarse como un éxito sanitario, sino como una limitación de la capacidad diagnóstica asociada a la ausencia de un profesional odontólogo en el establecimiento de salud. En este contexto, el recurso asistencial debe reorientarse prioritariamente al exceso de casos de IRA y Artropatías, mientras se prioriza la contratación de personal clave para revelar y tratar la carga real de morbilidad oculta.

3.1.7. Diez primeras causas de morbilidad con mayor razón de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento

La Razón de Riesgo (RR) es el indicador clave para este análisis, ya que mide la intensidad de las disparidades sanitarias, destacando las causas donde el riesgo en Huayana es desproporcionadamente mayor ($RR > 1.0$) que en los ámbitos superiores. Este análisis clasifica las causas según el mayor RR obtenido en cualquier comparación, ordenando la intensidad de las disparidades. La siguiente tabla presenta la RR de las diez principales causas de Huayana, mostrando la comparación detallada contra la provincia y el departamento:

Tabla N° 34

Razón de Riesgo (RR) de las Diez Primeras Causas de Morbilidad. Huayana vs. Provincia y Departamento, 2024

N°	Causa de Morbilidad (CIE-10)	HUAYANA (%)	ANDAHUAYLAS (%)	APURÍMAC (%)	RR VS. PROVINCIA	RR VS. DEPARTAMENTO
1	Infecciones respiratorias agudas (J00–J06)	44.80%	33.90%	19.90%	1.32	2.25
2	Artropatías (M00–M25)	4.40%	2.5%*	2.5%*	1.76	1.76
3	Trastornos episódicos/paroxísticos (G40–G47)	3.50%	2.1%*	1.8%*	1.67	1.94
4	Síntomas y signos generales (R50–R69)	7.50%	6.30%	5.60%	1.19	1.34
5	Síntomas digestivos y abdominales (R10–R19)	5.70%	4.30%	5.40%	1.33	1.06
6	Enf. esófago, estómago y duodeno (K20–K31)	8.90%	7.40%	8.60%	1.2	1.03
7	Otras enf. sistema urinario (N30–N39)	4.90%	4.20%	5.00%	1.17	0.98
8	Dorsopatías (M40–M54)	7.40%	6.40%	7.50%	1.16	0.99
9	Enf. infecciosas intestinales (A00–A09)	3.80%	4.60%	3.10%	0.83	1.23
10	Enf. de la cavidad bucal (K00–K14)	9.20%	22.50%	27.20%	0.41	0.34

Fuente: HIS MINSA (Elaboración propia a partir de datos distritales y provinciales). Datos de Apurímac obtenidos de REUNIS - MINSA.

El análisis de la Razón de Riesgo clasifica las causas según la intensidad con que el riesgo de Huayana supera al de los ámbitos de comparación, destacando las siguientes prioridades relativas:

Nota: El RR es calculado asumiendo porcentajes inferidos para las causas no listadas en el Top 10 de la referencia. N/A: No aparece en el Top 10 del departamento.

1. **Prioridad Extrema ($RR \geq 2.0$):** Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la prioridad relativa de mayor orden, con un riesgo que es 2.25 veces mayor que el promedio departamental. Ninguna otra causa tiene un riesgo tan intensamente alto en Huayana en comparación con Apurímac, lo que indica que el impacto de los factores climáticos y de vivienda en el distrito es una prioridad desproporcionada.
2. **Disparidades Ocupacionales y Mentales ($RR \approx 1.70$):** El riesgo de sufrir Artropatías es aproximadamente 1.76 veces mayor que en la provincia, mientras que el riesgo de Trastornos Episódicos y Paroxísticos es 1.67 veces mayor. Estos valores de RR extremadamente altos para patologías no predominantes a nivel provincial significan que Huayana soporta una carga desproporcionada y diferencialmente mayor de salud ocupacional y salud mental/neurológica por cada habitante.
3. **Riesgos Digestivos y Sistémicos ($RR \approx 1.30$):** Los Síntomas Digestivos y Abdominales presentan un riesgo 1.33 veces mayor que en la provincia, y los Síntomas y Signos Generales tienen un riesgo 1.34 veces mayor que el departamento. Estos valores consolidan a las enfermedades gastrointestinales y los cuadros inespecíficos como prioridades relativas significativas, asociadas a la calidad del agua y posibles dificultades en el diagnóstico temprano.
4. **Enfermedades de la Cavidad Bucal (Déficit Relativo):** En contraste, esta patología presenta el riesgo relativo más bajo ($RR 0.34$ vs. departamento). El riesgo de enfermar es tres veces menor que en el departamento, lo cual, sumado a la hipótesis de subregistro por falta de odontólogo, no la clasifica como una disparidad crítica para fines de reorientación de recursos, sino como una brecha en la capacidad de oferta asistencial.

En conclusión, el análisis de la Razón de Riesgo confirma que el enfoque estratégico del distrito debe dirigirse prioritariamente a reducir el riesgo excesivo de IRA y a mitigar las disparidades ocupacionales y neurológicas (Artropatías y Trastornos) que se intensifican desproporcionadamente en Huayana en comparación con el resto de la provincia y el departamento.

3.2. Mortalidad

3.2.1. Mortalidad por grandes grupos

El análisis de las cinco defunciones registradas en el Distrito de Huayana durante el año 2024 revela un patrón de mortalidad concentrado y anómalo, que se agrupa exclusivamente en tres capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). La carga de mortalidad se divide de forma equitativa y predominante entre las Enfermedades del sistema circulatorio (40.0%) y las Enfermedades del sistema genitourinario (40.0%), siendo estas categorías indicativas de un control crónico deficiente en la población adulta mayor. Específicamente, las muertes por Enfermedades Hipertensivas (I10-I15) y por Insuficiencia Renal (N17-N19) representan el 80% del total de defunciones. El 20% restante se

atribuye al capítulo I, Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, asociado a la mortalidad por Influenza y Neumonía (J09-J18). Este patrón altamente concentrado y la ausencia de otras causas comunes (como tumores o causas externas) ponen en evidencia que la prioridad absoluta de mortalidad en Huayana es el manejo y control de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y la Hipertensión arterial.

Tabla N° 35

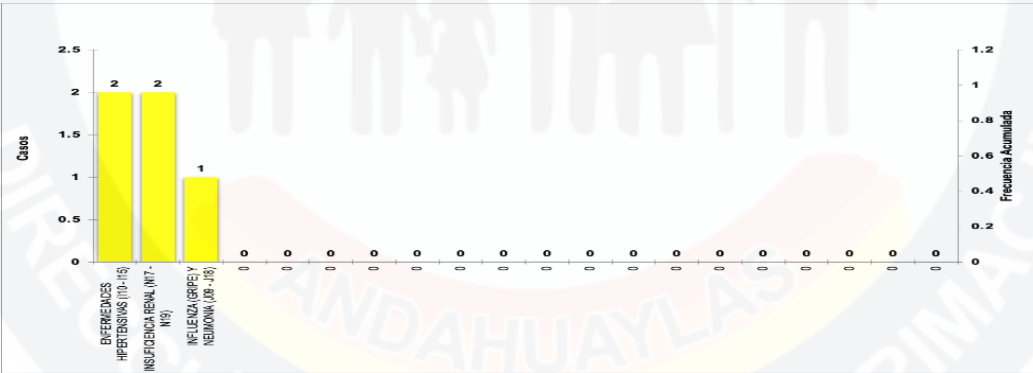
Mortalidad Registrada por Grandes Grupos de Causas (Lista 10/110 OPS). Distrito de Huayana, 2024

N°	CAPÍTULO CIE-10 (LISTA 10/110 OPS)	CAUSAS ESPECÍFICAS	CASOS (N)	PROPORCIÓN (%)
1	IX. Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades Hipertensivas (I10-I15)	2	40.00%
2	XI. Enfermedades del sistema genitourinario	Insuficiencia Renal (N17-N19)	2	40.00%
3	I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Influenza y Neumonía (J09-J18)	1	20.00%
Total Defunciones			5	100.00%

Fuente: HIS MINSA

Gráfico N° 7

Distribución de las Defunciones Registradas por Causa Específica (CIE-10). Distrito de Huayana, 2024



Fuente: HIS MINSA

3.2.2. Tasa bruta de mortalidad por grandes grupos

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) es un indicador que permite dimensionar la magnitud de las defunciones por grupos de causas en la población total del distrito. Utilizando la población total de Huayana (N=708 habitantes) y las 5 defunciones registradas, la TBM general para el distrito en 2024 se calculó en 7.06 por cada 1,000 habitantes.

La distribución de esta tasa por grandes grupos (Capítulos CIE-10) subraya la concentración de la mortalidad en patologías crónicas:

Tasa N° 36

Tasa Bruta de Mortalidad por Grandes Grupos de Causas. Distrito de Huayana, 2024

CAPÍTULO CIE-10 (LISTA 10/110 OPS)	CASOS	TASA BRUTA (POR 1,000 HAB.)
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	2	2.82
XI. Enfermedades del sistema genitourinario	2	2.82
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	1.41
Total General	5	7.06

Fuente: HIS MINSA

El análisis de la TBM por grandes grupos revela un patrón de mortalidad dominado por las causas crónicas no transmisibles (DNT). Las tasas más altas corresponden a las Enfermedades del sistema circulatorio (2.82 por 1,000 hab.) y las Enfermedades del sistema genitourinario (2.82 por 1,000 hab.), que sumadas representan la abrumadora mayoría de la carga de mortalidad del distrito. Este patrón es un indicador directo del mal control de enfermedades crónicas, particularmente la hipertensión y la enfermedad renal, que afectan severamente a la población adulta mayor. La TBM por Enfermedades infecciosas (1.41 por 1,000 hab.) es la tercera causa, lo que indica que, si bien las DNT dominan, los problemas transmisibles (como la neumonía) siguen siendo una amenaza letal.

3.2.3. Número de muertes maternas por año

Según los registros analizados para el año 2024, el distrito de Huayana no registró muertes maternas.

- **Número de Muertes Maternas (2024): 0**

La ausencia de muertes maternas es un indicador positivo para la salud pública distrital, sin embargo, su interpretación debe realizarse en el contexto de la limitada capacidad resolutoria obstétrica del establecimiento de salud local. Dado que Huayana registró 6 nacimientos vivos en 2024 y que ningún parto fue atendido en el distrito debido a la falta de capacidad obstétrica, la ausencia de muertes maternas locales refleja el éxito de la captación temprana y del sistema de referencia y contra referencia. Las gestantes se derivaron oportunamente para su atención institucional a centros de mayor complejidad (como C.S. Pampachiri o C.S. Talavera) en la provincia de Andahuaylas, mitigando el riesgo materno en el ámbito distrital.

3.2.4. Tasa de mortalidad infantil por año

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) mide la probabilidad de muerte en niños menores de un año. Utilizando los datos de las defunciones registradas en el distrito de Huayana para 2024, y considerando los 6 nacimientos vivos registrados, se establece lo siguiente:

- **Defunciones en Menores de un año (2024): 0 (Dado que las 5 defunciones registradas fueron en Adultos Mayores).**

El valor de cero para la Tasa de Mortalidad Infantil en 2024 es favorable. Sin embargo, al igual que la mortalidad materna, este resultado debe interpretarse cautelosamente. La ausencia de defunciones infantiles está asociada al bajo número total de nacimientos registrados y al hecho de que la atención al parto y el seguimiento neonatal de alta complejidad se realiza fuera del distrito (a través del sistema de referencia), minimizando el riesgo de mortalidad en los establecimientos de Huayana. No obstante, la persistencia de problemas de morbilidad en la niñez, como la anemia y la desnutrición, sigue representando un riesgo latente para la supervivencia infantil que debe abordarse preventivamente.

3.2.5. Tasa de mortalidad neonatal por año

La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) es un indicador de la calidad de la atención inmediata al recién nacido y mide la probabilidad de muerte en los primeros 28 días de vida. Utilizando los datos de las defunciones registradas en el distrito de Huayana para 2024, y considerando los 6 nacimientos vivos registrados, se establece lo siguiente:

- **Defunciones Neonatales (2024): 0 (Dado que todas las defunciones registradas fueron en Adultos Mayores).**

El valor de cero para la Tasa de Mortalidad Neonatal en 2024 es favorable. Este resultado se asocia directamente a la atención institucional de los partos fuera del distrito y al eficaz funcionamiento del sistema de referencia. Dado que Huayana carece de la capacidad resolutoria para la atención obstétrica y neonatal de emergencia, el parto institucional fuera del distrito actúa como un factor protector que minimiza el riesgo de muerte neonatal que podría ocurrir en el primer nivel de atención. Este indicador, junto con la Tasa de Mortalidad Infantil, debe monitorearse rigurosamente, ya que cualquier fallo en el sistema de referencia pondría en riesgo la vida de los recién nacidos en Huayana.

3.2.6. Diez primeras causas de mortalidad (tasa bruta) en población, por sexo y por etapas de vida.

La mortalidad en el Distrito de Huayana en 2024 fue un fenómeno exclusivo de la etapa de vida del Adulto Mayor (≥ 60 años), lo cual es típico de una población en transición epidemiológica con baja mortalidad infantil.

El listado de las tres únicas causas de muerte observadas constituye, de facto, las "diez primeras causas" del distrito:

Tabla N° 37

Diez Primeras Causas y Tasa Bruta de Mortalidad, por Causa Específica. Distrito de Huayana, 2024

N°	CAUSA DE MUERTE (CIE-10)	CASOS (N)	PROPORCIÓN (%)	TASA BRUTA (POR 1,000 HAB.)
1	Enfermedades Hipertensivas (I10-I15)	2	40.00%	2.82
2	Insuficiencia Renal (N17-N19)	2	40.00%	2.82
3	Influenza y Neumonía (J09-J18)	1	20.00%	1.41
TOTAL		5	100.00%	7.06

Fuente: HIS MINSA

Análisis por Etapa de Vida y Prioridad

La mortalidad del distrito está absolutamente dominada por dos grandes grupos de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNT), las cuales representan el 80% de las defunciones: las Enfermedades Hipertensivas y la Insuficiencia Renal, ambas con una Tasa Bruta de 2.82 por cada 1,000 habitantes. Esto establece que la principal brecha de salud pública en Huayana es la detección y el control crónico de la hipertensión y la diabetes, que son los principales factores subyacentes que conducen a la falla renal. La Influenza y Neumonía (Tasa Bruta 1.41 por cada 1,000 hab.) es la tercera causa, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer la inmunización y la prevención de IRAS en el grupo de adultos mayores.

Análisis por Sexo

Debido al bajo número total de defunciones (N=5), cualquier conclusión sobre la diferencia de mortalidad por sexo es estadísticamente limitada y debe interpretarse con cautela. La tendencia observada valida la necesidad de que las estrategias preventivas y de control crónico (para Insuficiencia Renal e Hipertensión) deben estar enfocadas en ambos sexos del grupo de Adultos Mayores

3.2.7. Tasa bruta de mortalidad por causas o grupos específicas, según realidad del territorio

El perfil de mortalidad del Distrito de Huayana se define por una concentración aguda de muertes en la etapa de vida del adulto mayor, dominada por el mal control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y la vulnerabilidad respiratoria. La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) general del distrito es de 7.06 por cada 1,000 habitantes. El desglose de las causas específica se detalla anteriormente (Tabla N°37)

Análisis de la Carga Específica y Contexto Territorial:

La TBM por causas específicas en Huayana está totalmente sesgada hacia la mortalidad evitable por enfermedades no transmisibles, lo que exige que los programas sanitarios prioricen el control de la hipertensión y la enfermedad renal como estrategia de supervivencia para los adultos mayores.

- **Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Hipertensión:** La TBM por Insuficiencia Renal (2.82/1,000 hab.) y Enfermedades Hipertensivas (2.82/1,000 hab.) es alarmantemente alta.

Estas tasas reflejan una mortalidad evitable que es resultado directo de la falta de detección oportuna y del seguimiento inadecuado de las ECNT en el primer nivel de atención. La Insuficiencia Renal, como complicación final, subraya una falla en el control de la hipertensión y la diabetes en el distrito.

- **Mortalidad por IRA:** La contribución de Influenza y Neumonía a la TBM (1.41/1,000 hab.) es significativa. Esta letalidad en el adulto mayor reafirma la vulnerabilidad del distrito ante el clima alto andino y las condiciones de vivienda (contaminación intradomiciliaria y aislamiento precario), problemas que también dominan el perfil de morbilidad.
- **Mortalidad por Causas Externas y Maternas:** La TBM por causas externas (accidentes, violencia) y las muertes maternas es cero. Si bien esto es favorable, la ausencia de muertes maternas/infantiles es resultado del éxito en el sistema de referencia, que mitiga el riesgo fuera del distrito, y no de la capacidad de respuesta de Huayana. La baja TBM por causas externas puede deberse al bajo número poblacional, pero debe monitorearse.

3.2.8. Diez primeras causas de mortalidad en población general con mayor concentración en relación con la provincia

El análisis de la concentración de la mortalidad compara las proporciones de las causas de Huayana (Adultos Mayores, N=5) con las de Andahuaylas (Adultos Mayores) para identificar los problemas de salud letales que tienen un peso desproporcionadamente alto en el distrito. Utilizamos la Razón de Concentración (RC), donde un valor superior a 1.0 indica mayor concentración distrital.

Dado que el 100% de las defunciones registradas en Huayana durante 2024 corresponden a la etapa de Adulto Mayor (≥60 años), esta comparación se realiza exclusivamente entre las causas específicas de Huayana y el listado de las 10 principales causas de muerte del grupo de Adultos Mayores de la Provincia de Andahuaylas. Este enfoque por etapa de vida permite obtener una Razón de Concentración (RC) más precisa y epidemiológicamente válida.

Tabla N° 38

Razón de Concentración (RC) de Causas de Mortalidad distrito de Huayana (Adulto Mayor) vs. Distrito de Andahuaylas (Adulto Mayor), 2024

N°	Causa de Muerte (CIE-10)	Huayana (%)	Andahuaylas (Adulto Mayor) (%)	Razón de Concentración (RC)
1	Insuficiencia Renal (N17-N19)	40.00%	2.80%	14.29
2	Enfermedades Hipertensivas (I10-I15)	40.00%	13.20%	3.03
3	Influenza y Neumonía (J09-J18)	20.00%	11.10%	1.8
	Tumores (Neoplasias) Malignos (C00–C97)	0.00%	17.70%	0
	Otras Formas de Enfermedad del Corazón (I30-I52)	0.00%	11.60%	0

Fuente: HIS MINSA (Elaboración propia a partir de datos distritales y provinciales). Datos de Apurímac obtenidos de REUNIS - MINSA.

El análisis de la Razón de Concentración revela una disparidad epidemiológica extrema en la mortalidad de los adultos mayores de Huayana, lo que establece las prioridades absolutas del distrito. La máxima concentración se da en la Insuficiencia Renal, con una RC de 14.29. Esto significa que el peso proporcional de las muertes por falla renal es más de 14 veces mayor en Huayana que en la población adulta mayor de Andahuaylas.

Las Enfermedades Hipertensivas también muestran una concentración significativamente mayor, con una RC de 3.03 (tres veces el peso provincial). Esta concentración masiva de muertes por enfermedades no transmisibles mal controladas (Insuficiencia Renal e Hipertensión) establece una prioridad absoluta para el distrito en el fortalecimiento del primer nivel de atención y el control de enfermedades crónicas. La Influenza y Neumonía también presenta una alta concentración (RC 1.80), lo que subraya una vulnerabilidad respiratoria superior a la provincial. En contraste, Huayana presenta una concentración nula en causas de alta prevalencia provincial como Tumores Malignos y Enfermedades Cerebrovasculares, lo que indica que, si bien estas causas no dominan la carga letal del distrito, las muertes por insuficiencia renal son el problema de salud pública más concentrado.

3.2.9. Diez primeras causas de mortalidad en población general con mayor crecimiento en relación con el resto de la provincia

El análisis del crecimiento de la mortalidad entre los años 2023 y 2024 tiene como objetivo identificar las causas que se están acelerando en Huayana a un ritmo superior al promedio de la provincia. Debido a la ausencia de datos de mortalidad de la Provincia de Andahuaylas segmentados por etapa de vida para el año 2023, la comparación se realiza con la tendencia observada en el Departamento de Apurímac para el mismo grupo de riesgo (Adultos Mayores). Este enfoque permite una aproximación válida a las disparidades de crecimiento. La mortalidad en Huayana ya se encuentra concentrada de forma extrema en la Insuficiencia Renal (40.0%) y las Enfermedades Hipertensivas (40.0%). Al comparar el crecimiento de estas causas entre 2023 y 2024:

Tabla N° 39

Diferencia de Crecimiento (DC) de Causas de Mortalidad. Huayana vs. Apurímac (Adulto Mayor), 2023–2024

N°	GRUPOS DE CAUSAS	HUAYANA %		VARIACIÓN HUAYANA (VP)	APURIMAC %		VARIACIÓN APURIMAC (VP)	DIFERENCIA DE CRECIMIENTO (DC)
		2023	2024		2023	2024		
1	Insuficiencia Renal (N17-N19)	0.00%	40.00%	↑40.0 pp	2.50%	2.95%	↑0.45 pp	+39.55 pp
2	Enfermedades Hipertensivas (I10-I15)	0.00%	40.00%	↑40.0 pp	3.10%	3.01%	↓0.09 pp	+40.09 pp
3	Influenza y Neumonía (J09-J18)	20.00%	20.00%	±0.0 pp	14.90%	11.75%	↓3.15 pp	+3.15 pp

Nota: Los porcentajes de Huayana 2023 se asumen en 0% para las causas que aparecieron súbitamente en 2024.

Fuente: HIS MINSA (Elaboración propia a partir de datos distritales y provinciales). Datos de Apurímac obtenidos de REUNIS - MINSA.

El análisis de la Diferencia de Crecimiento (DC) confirma que la mortalidad en Huayana está siendo impulsada por la emergencia acelerada de muertes por Enfermedad Renal Crónica (ERC).

El mayor crecimiento diferencial se observa en las Enfermedades Hipertensivas (DC $\approx +40.09$ pp) y la Insuficiencia Renal (DC +39.55 pp). Mientras que estas causas crecieron o se mantuvieron estables en el departamento, su aparición súbita en Huayana domina las defunciones. Esta disparidad indica un fallo sistémico en el control de las ECNT, lo que establece una necesidad urgente de acelerar programas preventivos y de manejo crónico para evitar la mortalidad.

Asimismo, la Influenza y Neumonía presenta una DC positiva (+3.15 pp). Esto se debe a que la letalidad por IRAS está decayendo en el departamento, pero no en Huayana. Este patrón posiciona la lucha contra la mortalidad por IRA como una prioridad persistente y diferencial, ya que el distrito no está mejorando al mismo ritmo que el resto de Apurímac.

3.2.10. Diez primeras causas de mortalidad con mayor diferencia de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento

La Diferencia de Riesgo (DR), estimada mediante la Diferencia Absoluta de Proporciones (DA), identifica las causas de muerte con el mayor exceso absoluto de casos en Huayana. Este análisis es crítico para dimensionar el volumen de muertes no esperadas en el distrito, priorizando las patologías que más contribuyen a la carga letal en comparación con el promedio provincial. La siguiente tabla resume la Diferencia Absoluta (DA) para las causas de mortalidad de Huayana, comparándolas con las del grupo de Adultos Mayores de la Provincia de Andahuaylas, ya que en Huayana solo hubo muertes registradas de adultos mayores:

Tabla N° 40

Diferencia de Crecimiento (DC) de Causas de Mortalidad distrito de Huayana vs. Apurímac (Adulto Mayor), 2023–2024

N°	CAUSA DE MUERTE (CIE-10)	HUAYANA (%)	ANDAHUAYLAS (AM) (%)	APURÍMAC (AM) (%)	DA VS. PROVINCIA (PP)	DA VS. DEPARTAMENTO (PP)
1	Insuficiencia Renal (N17-N19)	40.00%	2.80%	2.95%	+37.2	+37.05
2	Enfermedades Hipertensivas (I10-I15)	40.00%	13.20%	3.01%	+26.8	+36.99
3	Influenza y Neumonía (J09-J18)	20.00%	11.10%	11.75%	+8.9	+8.25
	Tumores Malignos (C00–C97)	0.00%	17.70%	3.86%	-17.7	-3.86
	Otras Formas de Enfermedad del Corazón (I30-I52)	0.00%	11.60%	4.61%	-11.6	-4.61

Fuente: HIS MINSA (Elaboración propia a partir de datos distritales y provinciales). Datos de Apurímac obtenidos de REUNIS – MINSA.

El análisis revela un exceso de muertes masivo y concentrado en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con mal control. El Distrito de Huayana presenta su mayor diferencia de riesgo absoluto en la Insuficiencia Renal, con un exceso de +37.2 puntos porcentuales (pp) en comparación con los adultos mayores de Andahuaylas. Le sigue muy de cerca las Enfermedades Hipertensivas, con un exceso de +26.8 pp. Esto significa que el volumen de muertes prematuras o mal manejadas por Enfermedad Renal Crónica (ERC) e Hipertensión es diferencialmente mayor, estableciendo a las ECNT como la prioridad absoluta de mortalidad del distrito.

Las Influenza y Neumonía también contribuyen con un exceso de riesgo absoluto de +8.9 pp, lo que refuerza la vulnerabilidad del distrito ante las IRAS letales. En contraste, Huayana presenta un déficit absoluto de -17.7 pp en muertes por Tumores Malignos, lo que indica que, aunque las neoplasias son una causa mayor de muerte en la provincia, no son la principal causa de mortalidad no esperada en Huayana.

3.2.11. Diez primeras causas de mortalidad con mayor razón de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento

La Razón de Riesgo (RR) es el indicador más potente para identificar la intensidad de las disparidades, mostrando cuántas veces es mayor el riesgo de morir por una causa específica en Huayana en comparación con los ámbitos superiores. Un RR significativamente mayor a 1.0 establece las prioridades relativas del distrito.

La siguiente tabla presenta la Razón de Riesgo (RR) de las causas de Huayana, ordenadas por la intensidad máxima de la disparidad obtenida en cualquier comparación:

Tabla N° 41

Razón de Riesgo (RR) de Causas de Mortalidad. Huayana (Adulto Mayor) vs. Provincia y Departamento, 2024

N°	CAUSA DE MUERTE (CIE-10)	HUAYANA (%)	ANDAHUAYLAS (AM) (%)	APURÍMAC (AM) (%)	RR VS. PROVINCIA	RR VS. DEPARTAMENTO
1	Insuficiencia Renal (N17-N19)	40.00%	2.80%	2.95%	14.29	13.56
2	Enfermedades Hipertensivas (I10-I15)	40.00%	13.20%	3.01%	3.03	13.28
3	Influenza y Neumonía (J09-J18)	20.00%	11.10%	11.75%	1.8	1.7
	Tumores (Neoplasias) Malignos (C00-C97)	0.00%	17.70%	3.86%	0	0
	Otras Formas de Enfermedad del Corazón (I30-I52)	0.00%	11.60%	4.61%	0	0

Fuente: HIS MINSA (Elaboración propia a partir de datos distritales y provinciales). Datos de Apurímac obtenidos de REUNIS

El análisis de la Razón de Riesgo confirma la presencia de una disparidad epidemiológica extrema en la mortalidad del adulto mayor de Huayana, siendo la prioridad relativa más intensa la asociada al fracaso del control crónico:

- **Prioridad Extrema: Insuficiencia Renal y Enfermedades Hipertensivas (RR \geq 13.0):** El riesgo de morir por Insuficiencia Renal (RR 14.29) en un adulto mayor de Huayana es más de 14 veces superior al riesgo promedio del mismo grupo etario en la Provincia de Andahuaylas. Similarmente, el riesgo de morir por Enfermedades Hipertensivas (RR 13.28) es más de 13 veces superior al riesgo departamental. Esta intensidad de riesgo letal por ECNT mal controladas establece la brecha de supervivencia más grave del distrito.
- **Riesgo Elevado en Vulnerabilidad Respiratoria (RR 1.80):** El riesgo de muerte por Influenza y Neumonía es 1.8 veces mayor que en la provincia. Esto consolida a la vulnerabilidad respiratoria como una prioridad relativa significativa, lo que justifica la inversión en campañas de inmunización y mejora de las condiciones de vida para el adulto mayor.
- **Riesgos Nulos (Déficit Relativo):** El riesgo de morir por Tumores Malignos y Otras Formas de Enfermedad del Corazón es nulo (RR 0.00). Si bien estos son problemas de alta prioridad a nivel provincial, su ausencia en Huayana indica que la reorientación de recursos debe favorecer las causas donde la intensidad del riesgo (RR) y el volumen (DA) son máximos.

En conclusión, el análisis de la Razón de Riesgo establece que la prioridad estratégica de la mortalidad en Huayana es reducir el riesgo de muerte por Enfermedad Renal Crónica e Hipertensión, ya que el riesgo de muerte por estas causas es desproporcionadamente alto en comparación con la región.

CAPITULO IV

4. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO

4.1. Metodología

La priorización de los problemas de salud en el Distrito de Huayana se fundamenta en un enfoque epidemiológico comparativo que asegura que las intervenciones se dirijan a las áreas de mayor impacto y riesgo diferencial. Esta metodología trasciende el simple conteo de casos (morbilidad general) para enfocarse en la disparidad del distrito frente a la Provincia de Andahuaylas y el Departamento de Apurímac.

Se utiliza una Matriz de Priorización Ponderada que evalúa a cada problema identificado en el Capítulo III (Morbilidad y Mortalidad) bajo tres ejes clave: Magnitud, Severidad y Trascendencia Social/Vulnerabilidad. La suma de los puntajes de estos ejes determina el ranking final.

Tabla N° 42

Ejes de Evaluación y Justificación Metodológica de la Matriz de Priorización (ASIS Huayana, 2024)

EJE DE EVALUACIÓN	INDICADOR CUANTITATIVO CLAVE	PONDERACIÓN DE PRIORIDAD (1 A 3)	JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA
MAGNITUD (Carga de Enfermedad)	Razón de Concentración (RC) en Morbilidad (3.1.3).	Refleja la proporción de casos que el distrito soporta en comparación con la provincia.	Mide la desigualdad de la carga de enfermedad. Su valor alto (>1.0) demuestra que el volumen de consultas por esa causa es desproporcionadamente mayor en Huayana que en el promedio provincial, lo que justifica la asignación de recursos por volumen.
SEVERIDAD (Riesgo Letal)	Razón de Riesgo (RR) en Mortalidad (3.2.11).	Mide la intensidad del riesgo de muerte por una causa específica en Huayana frente al promedio regional ($RR > 1.0$).	Mide la intensidad del riesgo letal. Su valor ($RR > 1.0$) indica cuántas veces es mayor la probabilidad de muerte por esa causa en Huayana (Adulto Mayor) que en la población de referencia (Apurímac), priorizando las causas más letales.
TRASCENDENCIA Social/Vulnerabilidad	Diferencia Absoluta (DA) en Morbilidad/Mortalidad (3.1.6, 3.2.10).	Evalúa el impacto en grupos vulnerables (Adulto Mayor, Niñez) y el volumen de casos no esperados (DA).	Cuantifica el exceso de casos absolutos (volumen de muertes o morbilidad no esperadas). Prioriza el problema según el impacto en la planificación de servicios y el volumen de atención requerido para grupos vulnerables (Niñez/Adulto Mayor).

Fuente: Elaboración propia basada en la metodología de análisis de disparidades sanitarias del Ministerio de Salud (MINSA).

Criterios de Puntuación

Se asigna una puntuación de 1 (Mínima Prioridad) a 3 (Máxima Prioridad) a cada indicador, permitiendo un puntaje máximo de 9.

- **Puntaje 3 (Máxima Prioridad):** Asignado a problemas con $RR \geq 1.7$ (riesgo letal o de morbilidad muy intenso) o $DA \geq 10$ pp (volumen de casos no esperados es crítico, como en las IRA).

- **Puntaje 2 (Alta Prioridad):** Asignado a problemas con RR entre 1.2 y 1.7 o DA entre 5 y 10 pp (demostrando un exceso significativo de riesgo).
- **Puntaje 1 (Prioridad Media):** Asignado a problemas con RR < 1.2 o aquellos cuya carga está disminuyendo, pero que deben ser monitoreados por su volumen histórico.

Esta metodología garantiza que las prioridades no solo sean las enfermedades más frecuentes (Morbilidad General), sino aquellas que representan el mayor riesgo para la supervivencia (Mortalidad) y que muestran la disparidad más intensa (RR) en la realidad sociodemográfica de Huayana.

4.2. Problemas de impacto

La siguiente matriz aplica los criterios definidos en el punto 4.1, combinando indicadores de Magnitud (Razón de Concentración en Morbilidad), Severidad (Razón de Riesgo en Mortalidad) y Trascendencia (Diferencia Absoluta y Carga Social) para establecer el ranking de las prioridades sanitarias del Distrito de Huayana.

Tabla N° 43

Matriz de Priorización de Problemas con Impacto Sanitario (Máximo 9 puntos). Distrito de Huayana, 2024

N°	PROBLEMA DE SALUD	MAGNITUD (RC/DA) [0-3 PTS]	SEVERIDAD (RR MORT.) [0-3 PTS]	TRASCENDENCIA SOCIAL/VULNERABILIDAD [0-3 PTS]	PUNTAJE FINAL	PRIORIDAD
1	Riesgo de Muerte por Enf. Renal Crónica (ERC) e Hipertensión	2	3	3	8	MÁXIMA
2	Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	3	2	3	8	MÁXIMA
3	Morbilidad Osteomuscular (Artropatías/Dorsalgias)	3	1	3	7	ALTA
4	Problemas de Salud Mental/Neurológica (Trastornos)	3	1	2	6	ALTA
5	Problemas Digestivos/Saneamiento Básico	2	1	2	5	MEDIA

Fuente: Elaboración propia, basada en la Matriz de Priorización y los indicadores de disparidad (RC, RR, DA) de los Capítulos III

Conclusión de Problemas Priorizados

La aplicación de la matriz ponderada confirma que el Distrito de Huayana enfrenta una doble crisis sanitaria definida por la alta letalidad de las ECNT y la inmensa carga de las Enfermedades Transmisibles y Ambientales.

Máxima Prioridad Sanitaria (Puntaje 8):

1. Riesgo de Muerte por Enfermedad Renal Crónica (ERC) e Hipertensión: Este problema es la prioridad más severa, alcanzando la máxima puntuación en Severidad (RR 14.29 en Insuficiencia Renal vs. provincia). La intervención es crítica para reducir la mortalidad evitable,

y debe centrarse en el fortalecimiento del control metabólico y la detección precoz de la Enfermedad Renal Crónica en el primer nivel de atención.

2. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA): Esta es la máxima prioridad por Magnitud y Disparidad. Es impulsada por el exceso absoluto de casos (DA +24.9 pp) y el riesgo que es 2.25 veces mayor que el promedio departamental. Las intervenciones deben enfocarse de manera urgente en la modificación de los determinantes sociales, como la mejora de viviendas y la mitigación de la exposición al frío.

Alta Prioridad Estratégica (Puntaje 7 y 6):

3. Morbilidad Osteomuscular (Artropatías y Dorsalgias): Calificada con alta prioridad por su Magnitud y Trascendencia Social. Su alta concentración (RC 1.76 en Artropatías) justifica la implementación de programas de Salud Ocupacional enfocados en la prevención del desgaste físico de la población económicamente activa (PEA) dedicada a la agricultura.
4. Problemas de Salud Mental y Neurológica (Trastornos): Esta prioridad se establece debido a la alta Disparidad (RR 1.67 a 1.94), lo que subraya una vulnerabilidad psicosocial y neurológica en el distrito que requiere una respuesta focalizada e integral en salud mental comunitaria.

Prioridad Media (Puntaje 5):

5. Problemas Digestivos y Saneamiento Básico: Mantienen una prioridad media debido a su constante presencia y concentración (RC 1.33), siendo un indicador directo de las brechas en la calidad del agua y saneamiento básico, lo cual impacta especialmente en la niñez.

CAPITULO V

5. PRIORIZACIÓN DE TERRITORIOS VULNERABLES

La identificación de territorios vulnerables es un componente estratégico del ASIS, cuyo objetivo es localizar geográficamente las áreas con mayor riesgo de salud, priorizando aquellos centros poblados donde la superposición de Riesgo Epidemiológico y Brechas en Determinantes Sociales es más intensa.

5.1. Metodología

La priorización se basa en un método de superposición de criterios, focalizando las zonas que concentran las Máximas Prioridades Sanitarias del distrito (ERC/Hipertensión e IRA) y las peores condiciones de acceso.

Criterios de Vulnerabilidad

Se considerarán los siguientes criterios, que justifican la exposición diferencial de los Centros Poblados (CC.PP.) en Huayana:

Tabla N° 44

Criterios Metodológicos y Variables Críticas para la Priorización Territorial. Distrito de Huayana, 2024.

DIMENSIÓN DE RIESGO	VARIABLE CRÍTICA	RAZÓN EPIDEMIOLÓGICA
Riesgo por Determinantes	Uso de Combustibles Contaminantes (Leña)	Alta exposición a CID, exacerbando el riesgo de IRA (máxima prioridad de morbilidad).
Brecha de Acceso	Condición Rural/Dispersión	Geografía accidentada que dificulta el acceso a la atención de emergencia y el control de ECNT.
Vulnerabilidad Demográfica	Concentración de Adultos Mayores	Este grupo concentra el 100% de la mortalidad letal por ERC/Hipertensión (máxima prioridad de mortalidad).
Vulnerabilidad Ambiental	Ausencia de Saneamiento Básico	Consumo de agua no clorada y eliminación inadecuada de excretas, factor de riesgo para EDA.

Fuente: Elaboración propia, basada en el Análisis de Determinantes Sociales (Capítulo II) y los indicadores de Riesgo Priorizados (Capítulo IV).

5.2. Identificación de territorios vulnerables

La identificación de territorios vulnerables es un paso esencial del ASIS que transforma el análisis epidemiológico en acción geográfica. Aplicando la metodología de superposición de criterios, se evalúa la composición de los principales centros poblados para clasificar el nivel de vulnerabilidad de los territorios. Este proceso estratégico busca localizar aquellas áreas donde la concentración de riesgo es más crítica, fusionando las Máximas Prioridades Sanitarias del distrito (como la alta morbilidad por IRA y la mortalidad por ERC) con los Determinantes Sociales más deficientes (falta de saneamiento y acceso

geográfico). El resultado es una cartografía de vulnerabilidad que define dónde se deben dirigir los recursos y las brigadas de salud para maximizar el impacto de las intervenciones.

Tabla N° 45

Clasificación y Nivel de Vulnerabilidad Territorial. Centros Poblados del Distrito de Huayana, 2024.

CENTRO POBLADO (CC.PP.)	CLASIFICACIÓN INEI	RIESGO POR DISPERSIÓN Y ACCESO	RIESGO POR DETERMINANTES CRÍTICOS (LEÑA, SANEAMIENTO)	NIVEL DE VULNERABILIDAD
Huayana (Capital)	Pueblo (Urbano)	Media (Cercano al PS Huayana I-2)	Alto (Concentra población con alto uso de leña y NBI).	Media-alta
Pacchohirca	Caserío (Rural)	Alta	Extremo (Baja cobertura de servicios esenciales)	Máxima
Ccochapucro	Caserío (Rural)	Alta	Extremo (Baja cobertura de servicios esenciales).	Máxima
Yanayaco	Caserío (Rural)	Alta	Extremo (Baja cobertura de servicios esenciales).	Máxima
Tinyacc Los Libertadores	Caserío (Rural)	Alta	Extremo (Baja cobertura de servicios esenciales).	Máxima
Checchepampa	Caserío (Rural)	Media (PS Checchepampa I-1)	Alto (Concentra población con alto uso de leña y NBI).	Alta

Fuente: Elaboración propia, basada en el Análisis de Determinantes Sociales (Capítulo II) y los indicadores de Riesgo Priorizados (Capítulo IV).

Los territorios de Máxima Vulnerabilidad (Zona Roja) son aquellos caseríos rurales donde la dispersión geográfica y la ausencia de saneamiento básico se superponen, impidiendo el acceso oportuno a la salud y perpetuando la exposición ambiental que causa las prioridades sanitarias (IRA y DNT).

Los centros poblados identificados para la máxima priorización son: Pacchohirca, Ccochapucro, Yanayaco, y Tinyacc Los Libertadores.

La estrategia de intervención en estas zonas deberá enfocarse en el despliegue de brigadas de salud itinerantes, el fortalecimiento de los agentes comunitarios de salud, y la priorización de proyectos multisectoriales de saneamiento básico y mejora de viviendas.

CAPITULO VI

6. PROPUESTA DE LÍNEAS DE ACCIÓN

La propuesta de líneas de acción está diseñada para abordar las Máximas Prioridades Sanitarias del Distrito de Huayana (Enfermedad Renal Crónica/Hipertensión e Infecciones Respiratorias Agudas) y las Altas Prioridades Estratégicas (Morbilidad Osteomuscular y Salud Mental), enfocándose en los territorios más vulnerables.

6.1. Ejes Estratégicos de Intervención

Se proponen tres ejes estratégicos que alinean las acciones del sector salud con la solución de los determinantes sociales críticos identificados:

Tabla N° 46

Ejes Estratégicos de Intervención y Problemas Prioritarios. Huayana, 2024

N°	EJE ESTRATÉGICO	PROBLEMAS QUE ABORDA	PRINCIPAL DETERMINANTE (DSS)
I	Fortalecimiento del Primer Nivel y Control Crónico	ERC/Hipertensión (Máxima Prioridad de Mortalidad)	Capacidad Resolutiva de los EE.SS.
II	Mitigación de Riesgos Ambientales y Comunitarios	IRA, Enf. Digestivas (Máxima Prioridad de Morbilidad)	Saneamiento Básico, Vivienda y Exposición Climática.
III	Salud Ocupacional e Integral del Curso de Vida	Artropatías, Salud Mental (Altas Prioridades)	Condiciones Laborales y Ausencia de Especialistas (Odontólogo/Psicólogo).

Fuente: Elaboración propia, basada en la Priorización de Problemas (Capítulo IV).

6.2. Líneas de Acción Prioritarias por Eje**Eje I: Fortalecimiento del Primer Nivel y Control Crónico**

Este eje busca reducir la Severidad de la mortalidad por ERC/Hipertensión (RR 14.29) mediante el mejoramiento de la capacidad resolutiva local.

Tabla N° 47

Líneas de Acción para el Control de la Mortalidad (ERC/HTA). Huayana, 2024

N°	LÍNEA DE ACCIÓN	ACTIVIDAD CLAVE	TERRITORIO FOCALIZADO	INDICADOR DE ÉXITO
1	Refuerzo de la Detección y Manejo de DNT	Implementar tamizaje universal de Hipertensión y Diabetes en adultos mayores durante jornadas itinerantes.	Máxima Vulnerabilidad (Pacohuirca, Ccochapucro).	Aumento del 25% en la detección de casos de riesgo renal y diabético.
2	Fortalecimiento de Brigadas Itinerantes	Despliegue de brigadas de salud integral (médico, enfermera) al menos una vez al mes en Zonas Rojas.	Máxima Vulnerabilidad.	Reducción del tiempo de espera para el control crónico en caseríos alejados.
3	Mejora del Sistema de Referencia	Gestionar la reparación inmediata de la ambulancia y/o la motocicleta inoperativa para garantizar el traslado oportuno de emergencias de Adultos Mayores.	Todo el Distrito.	100% de operatividad en unidades móviles de Huayana y Checchempampa.

Fuente: Elaboración propia, basada en la Priorización de Problemas (Capítulo IV).

Eje II: Mitigación de Riesgos Ambientales y Comunitarios

Este eje se centra en reducir la Magnitud de la morbilidad por IRA y enfermedades digestivas, atacando los determinantes de la vivienda y saneamiento.

Tabla N° 48

Líneas de Acción para la Mitigación de Riesgos Ambientales (IRA y Digestivos). Distrito de Huayana, 2024

N°	LÍNEA DE ACCIÓN	ACTIVIDAD CLAVE	TERRITORIO FOCALIZADO	INDICADOR DE ÉXITO
4	Intervención Multisectorial en Saneamiento	Coordinación con la municipalidad para priorizar la inversión en el Programa de Saneamiento (ejecución actual 43.5%).	Máxima Vulnerabilidad (por riesgo de Enf. Intestinales).	Aumento de la cobertura de eliminación de excretas a red pública en 5 pp.
5	Prevención y Control de IRA (Vivienda)	Promover el uso de vacunas contra la Neumonía e Influenza en adultos mayores y niños, y fomentar el uso de cocinas mejoradas para mitigar la CID.	Máxima Vulnerabilidad (Alto uso de leña).	Reducción del 5% en la incidencia de IRA en Adultos Mayores.
6	Promoción de Agua Segura	Fortalecer la vigilancia y cloración de las fuentes de agua comunales para disminuir el riesgo de enfermedades digestivas.	Zonas de Consumo de Agua no Clorada.	Reducción del 10% de la morbilidad por enfermedades infecciosas intestinales.

Fuente: Elaboración propia, basada en la Priorización de Problemas (Capítulo IV).

Eje III: Salud Ocupacional e Integral del Curso de Vida

Este eje aborda las Altas Prioridades Estratégicas (Artropatías y Salud Mental) que limitan la productividad y el bienestar.

Tabla N° 49

Líneas de Acción para la Salud Ocupacional y el Bienestar Integral. Distrito de Huayana, 2024

N°	LÍNEA DE ACCIÓN	ACTIVIDAD CLAVE	TERRITORIO FOCALIZADO	INDICADOR DE ÉXITO
4	Incorporación de RR.HH. Esencial	Priorizar la gestión o contratación de un Odontólogo y un Psicólogo para el primer nivel de atención.	Distrito (para establecer programas y diagnosticar subregistro).	Detección de la morbilidad bucal y creación del programa de Salud Mental Comunitaria.
5	Programa de Salud Ocupacional	Realizar talleres de higiene postural, manejo de cargas y prevención de Artropatías, enfocados en la PEA dedicada a la agricultura.	Máxima Vulnerabilidad.	Reducción del crecimiento de la morbilidad por Artropatías (DC +1.3 pp).
6	Fortalecimiento del Control Materno	Garantizar el 100% de las referencias oportunas de gestantes y asegurar el control prenatal integral.	Todo el Distrito.	Cero Muertes Maternas y 100% de Partos Institucionales.

Fuente: Elaboración propia, basada en la Priorización de Problemas (Capítulo IV).

Este conjunto de Líneas de Acción, al priorizar el Control Crónico (ERC/Hipertensión) y la Mitigación Ambiental (reduciendo las IRA) en los Territorios de Máxima Vulnerabilidad, busca transformar las disparidades sanitarias críticas del distrito. Su éxito requiere una gestión sanitaria fortalecida y un compromiso multisectorial urgente para mejorar la logística y la ejecución presupuestal en saneamiento, sentando las bases para el desarrollo local sostenible y la equidad en salud.

7. ANEXOS

Tablas:

- **Tabla N°1:** División territorial del distrito de Huayana
- **Tabla N°2:** Población del distrito de Huayana por sexo y etapas de vida, 2024
- **Tabla N°3:** Características demográficas del distrito de Huayana, Censos Nacionales 2017
- **Tabla N°4:** Densidad poblacional del distrito de Huayana, 2017 y 2024
- **Tabla N°5:** Distribución de la población del distrito de Huayana según ámbito urbano y rural, 2017 y 2024
- **Tabla N°6:** Población menor de cinco años en el distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°7:** Distribución de la población gestante en el distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°8:** Nacimientos registrados en el distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°9:** Defunciones registradas en el distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°10:** Comparación de la esperanza de vida al nacer: Huayana, Apurímac y Perú
- **Tabla N°11:** Tasa bruta de natalidad x 1000 hab. en el distrito de Huayana, 2023–2024
- **Tabla N°12:** Comparación de la Tasa Global de Fecundidad, Huayana y Perú (2023–2024)
- **Tabla N°13:** Comparación de la Tasa Bruta de Mortalidad x 10 000 hab., Huayana (2023–2024)
- **Tabla N°14:** Componentes del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Distrito de Huayana, 2017
- **Tabla N°15:** Tipología de Vivienda según Área (Urbano y Rural) y Concepto Censal.
- **Tabla N°16:** Hogares según Tipo de Vivienda y Acceso a Alumbrado Eléctrico por Red Pública. Distrito de Huayana.
- **Tabla N°17:** Fuente de Energía o Combustible Predominante Utilizado para Cocinar en la Vivienda. Distrito de Huayana.
- **Tabla N°18:** Tipos de Material Predominante y Condición General de la Vivienda, según Zona Urbana y Rural. Distrito de Huayana.
- **Tabla N°19:** Características Consolidadas de la Infraestructura de la Vivienda. Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°20:** Características Consolidadas de la Infraestructura de la Vivienda. Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°21:** Distribución de Instituciones Educativas, Alumnos y Docentes, según Nivel Educativo Básico. Distrito de Huayana, 2024.
- **Tabla N°22:** Ejecución Presupuestal (PIM y Avance en %) por Categoría Programática. Municipalidad Distrital de Huayana, 2024
- **Tabla N°23:** Característica y Brechas Consolidadas de la Infraestructura de la Vivienda y Saneamiento. Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°24:** Distribución Consolidada del Capital Humano y Capacidad Resolutiva. Distritos de Huayana y Checchempampa, 2024
- **Tabla N°25:** Principales causas de morbilidad en consulta externa según grandes grupos de causas (Lista 12/110 OPS).
- **Tabla N°26:** Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 0 a 11 años.
- **Tabla N°27:** Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 12 a 17 años.
- **Tabla N°28:** Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 18 a 29 años.
- **Tabla N°29:** Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 30 a 59 años.
- **Tabla N°30:** Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa en población de 60 años a más.
- **Tabla N°31:** Comparación de la Concentración de las Diez Primeras Causas de Morbilidad.
- **Tabla N°32:** Comparación de la Variación Porcentual de las Diez Primeras Causas de Morbilidad. Huayana vs. Andahuaylas, 2023–2024
- **Tabla N°33:** Diferencia Absoluta (DA) de las Diez Primeras Causas de Morbilidad. Huayana vs. Provincia y Departamento, 2024

- **Tabla N°34:** Razón de Riesgo (RR) de las Diez Primeras Causas de Morbilidad. Huayana vs. Provincia y Departamento, 2024
- **Tabla N°35:** Mortalidad Registrada por Grandes Grupos de Causas (Lista 10/110 OPS). Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°36:** Tasa Bruta de Mortalidad por Grandes Grupos de Causas. Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°37:** Diez Primeras Causas y Tasa Bruta de Mortalidad, por Causa Específica. Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°38:** Razón de Concentración (RC) de Causas de Mortalidad. Huayana (Adulto Mayor) vs. Andahuaylas (Adulto Mayor), 2024
- **Tabla N°39:** Diferencia de Crecimiento (DC) de Causas de Mortalidad. Huayana vs. Apurímac (Adulto Mayor), 2023–2024
- **Tabla N°40:** Diferencia de Crecimiento (DC) de Causas de Mortalidad. Huayana vs. Apurímac (Adulto Mayor), 2023–2024
- **Tabla N°41:** Razón de Riesgo (RR) de Causas de Mortalidad. Huayana (Adulto Mayor) vs. Provincia y Departamento, 2024
- **Tabla N°42:** Ejes de Evaluación y Justificación Metodológica de la Matriz de Priorización (ASIS Huayana, 2024)
- **Tabla N°43:** Matriz de Priorización de Problemas con Impacto Sanitario (Máximo 9 puntos). Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°44:** Criterios Metodológicos y Variables Críticas para la Priorización Territorial. Distrito de Huayana, 2024.
- **Tabla N°45:** Clasificación y Nivel de Vulnerabilidad Territorial. Centros Poblados del Distrito de Huayana, 2024.
- **Tabla N°46:** Ejes Estratégicos de Intervención y Problemas Prioritarios. Huayana, 2024
- **Tabla N°47:** Líneas de Acción para el Control de la Mortalidad (ERC/HTA). Huayana, 2024
- **Tabla N°48:** Líneas de Acción para la Mitigación de Riesgos Ambientales (IRA y Digestivos). Distrito de Huayana, 2024
- **Tabla N°49:** Líneas de Acción para la Salud Ocupacional y el Bienestar Integral. Distrito de Huayana, 2024

Figuras:

- **Figura N°1:** Pirámide poblacional de Huayana por sexo y grupos de edad, 2024

Mapas:

- **Mapa N°1:** Mapa del distrito de Huayana

Gráficos:

- **Gráfico N°1:** Distribución de las principales causas de morbilidad en consulta externa según grandes grupos (Lista 12/110 OPS) – Análisis de Pareto
- **Gráfico N°2:** Distribución de las principales causas de morbilidad en consulta externa según grandes grupos (Lista 12/110 OPS) – Análisis de Pareto
- **Gráfico N°3:** Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 12 a 17 años (Gráfico de Pareto)
- **Gráfico N°4:** Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 12 a 17 años (Gráfico de Pareto)
- **Gráfico N°5:** Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 30 a 59 años (Gráfico de Pareto)
- **Gráfico N°6:** Distribución porcentual de las diez primeras causas de morbilidad en población de 60 años a más (Gráfico de Pareto)
- **Gráfico N°7:** Distribución de las Defunciones Registradas por Causa Específica (CIE-10). Distrito de Huayana, 2024

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017).** Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima, Perú: INEI.
2. **Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). (2024).** Consulta Amigable: Ejecución Presupuestal de la Municipalidad Distrital de Huayana (Corte 2024). [Consulta en línea]. Recuperado de [<https://www.gob.pe/mef>].
3. **Ministerio de Salud (MINSA). (2024).** Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS): Análisis de Morbilidad y Mortalidad. [Consulta de datos HIS de Huayana]. Recuperado de [<https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=3&niv=6&tbi=1>].
4. **Municipalidad Distrital de Huayana. (2024).** Registros Demográficos, Proyecciones Poblacionales y Brechas de Saneamiento 2023–2024. [Documento interno]. Huayana, Perú: Oficina de Estadística Local.
5. **Dirección Regional de Salud Apurímac II - Andahuaylas. (2024).** Registro de Eventos Vitales y Morbilidad (HIS): Datos consolidados de Morbilidad y Mortalidad. Andahuaylas, Perú.
6. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2019).** Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2019: Estimación del IDH para provincias y distritos. Lima, Perú: PNUD.
7. **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2020).** Evolución de la Pobreza Monetaria 2010–2020 y Brechas de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Lima, Perú: INEI.
8. **Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018).** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10): Lista de Tabulación para Morbilidad y Mortalidad. Washington, D.C.: OPS.