

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
SETIEMBRE
S.E: 35 al 39-2026

Oficina de Epidemiologia y Salud Ambiental

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA

I. EDITORIAL

SIFILIS CONGENITA

DEFINICION:



La sífilis congénita (SC) actualmente representa una falla en el sistema de salud, debido a que es una infección que, puede ser prevenible, genera morbimortalidad infantil. Es endémica en los países de ingresos bajos y medios con tasas mas bajas en los países de ingresos altos, sin embargo, en los últimos años se ha visto un incremento progresivo de dichas tasas en países desarrollados.

La sifilis congénita ocurre debido a la transmisión transplacentaria de Treponema pallidum (TP) de la madre al feto, asociándose con abortos espontáneos, mortinatos, muertes neonatales, anomalías fetales y prematuridad.

Vigilancia Epidemiológica de la Sifilis Congenita

La incorporación de medidas de vigilancia universal de la sifilis congénita se ha iniciado desde 1999,lo cual ha permitido brindar información necesaria para la toma d decisiones respecto a las estrategias a implementar para su prevención y control, Sin embargo, siendo el objetivo lograr la eliminación de la sifilis congénita en el país, uno d los pilares de la estrategia es el fortalecimiento de la vigilancia de la sífilis congenita,es por ello que el año 2015 se aprobó la DS N° 062-205-MINSA/DGE V.01 – Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sifilis Materna y Sifilis Congenita,en la cual se establece realizar la vigilancia a partir de la vigilancia de la sifilis materna.

Definición de caso de sifilis congénita:

- Producto de la gestación (recién nacido, mortinato o aborto espontaneo) de mujer con sifilis materna (activa) sin tratamiento o tratamiento inadecuado.
- Neonato con un resultado de títulos de análisis no treponémicos (RPR o VDRL cuantitativo cuatro veces mas altos que los títulos maternos o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos (por ejemplo, madre: 4 Dils (1:4 y niño :16 Dils (1:16)).
- Niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sifilis congénita al examen físico o evidencia radiográfica de sifilis congénita y un resultado positivo de la prueba de tamizaje y/o confirmatoria (FTA-Abs-Igm).
- Niño mayor de 2 años de edad: con signos clínicos de sifilis secundaria en el que se ha descartado el antecedente de abuso sexual o contacto sexual.
- Demostración de Treponema pallidum en estudios histológicos, provenientes de lesiones, placenta cordón umbilical o material de autopsia.

- Los casos son notificados en forma individual con una periodicidad de notificación semanal, la investigación de los casos se hace a través de la Ficha de Investigación Epidemiológica de Caso de Sifilis Materna y Sifilis Congenita.

Códigos de enfermedad CIE X:

- Sifilis Materna O98.1
- Sifilis congenita A50

Cooper JM SP. Congenital syphilis. Semin Perinatol.Scielo.2021 octubre;48

Matherws J NJNNPNea.PubMed. [Online].;2019[cited 2024 octubre. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31177579/.

Spaccarelli N WJYABTea.Congenital syphilis as a clinical and histopathologic mimic of neonatal lupus. Revista de patología cutánea.2018 octubre;45(10).

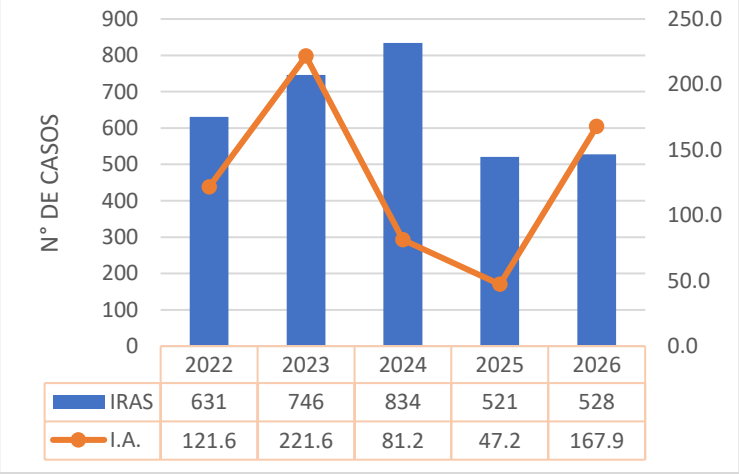
Centro Nacional de Epidemiologia PyCdEC.Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades. [Online].;2024 [cited 2024 octubre. Available from: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-epidemiologica-de-sifilis-congenita/.

II. DAÑOS DE ESTACIÓN

2.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CASOS DE IRA EN MENORES DE 5 AÑOS.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son causa de morbimortalidad, entre los niños menores de 5 años, las personas mayores de 60 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves. Los factores que favorecen una mayor incidencia de IRA como: bajo peso al nacer, malnutrición (principalmente en niños), la polución atmosférica, hacinamiento en el hogar, los bajos niveles de inmunización y el nivel de pobreza, condiciones que se encuentran aún latentes en parte de nuestro país.

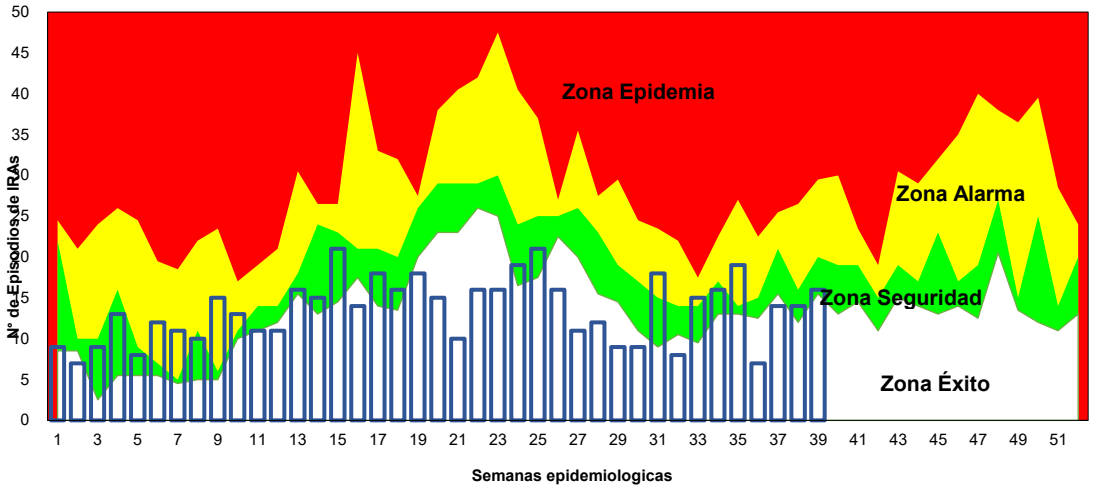
Figura 1 Incidencia Acumulada de IRA no Neumonía en < 5 años hasta la S.E 39



	2022	2023	2024	2025	2026
IRAS	631	746	834	521	528
I.A.	121.6	221.6	81.2	47.2	167.9

En la figura 1, la incidencia acumulada de IRAS hasta la S.E. N° 39- 2026; muestra que alcanzó su punto máximo en 2023 (221.6) y luego descendió de forma sostenida en 2024 (81.2), 2025 (47.2), para 2026 hubo un aumento ligero con 528 casos con una tasa de incidencia (167.9) lo que indica un aumento del riesgo relativo de infección en la población.

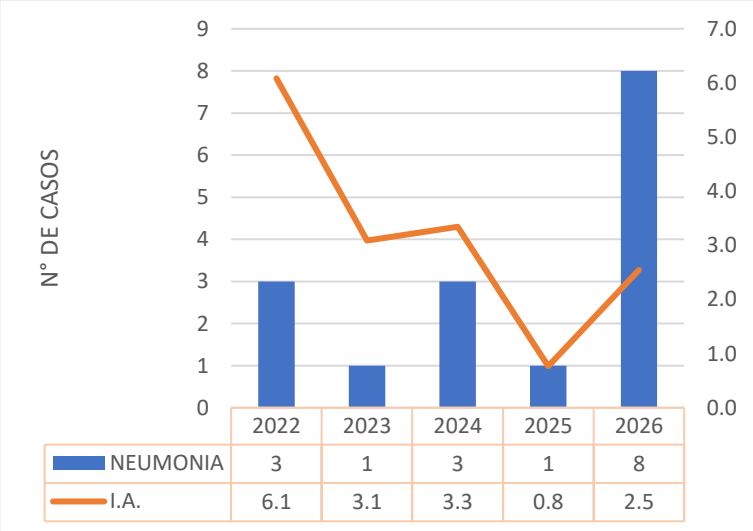
Figura 2 Canal endémico de IRA no Neumonía en < 5 años



Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en EL HDH, muestran comportamiento sostenido en las semanas epidemiológicas 35-39 (semanas comprendidas para el mes de setiembre), encontrándose en zona de éxito, seguridad y zona de alarma en todas las semanas, como se puede ver en el canal endémico. (Figura 2)

2.2. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CASOS DE NEUMONIAS.

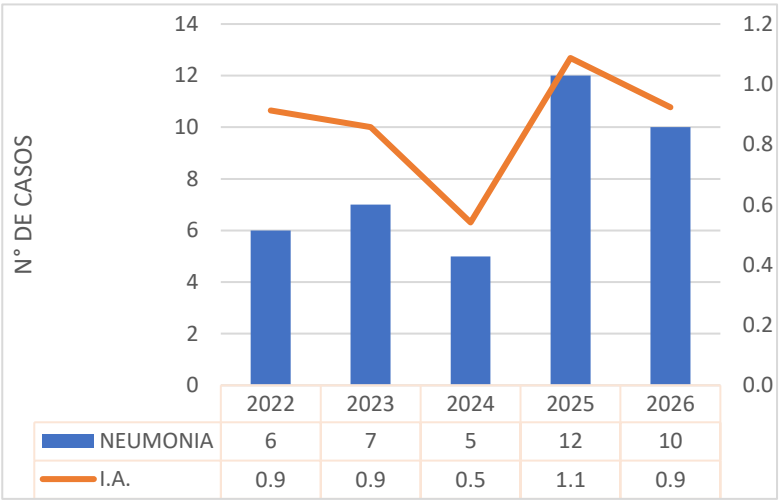
Figura 3 Incidencia de Neumonía en < 5 años – setiembre



	2022	2023	2024	2025	2026
NEUMONIA	3	1	3	1	8
I.A.	6.1	3.1	3.3	0.8	2.5

En la figura 3, la incidencia de neumonías en el mes de setiembre -2026; muestra un incremento marcado de 08 casos de neumonía, cuya incidencia es de 2.5 x 1,000 personas menores de 5 años que se atienden en el HDH; comparando el mismo periodo en el año 2025, cerro con una transmisión muy baja 1 solo caso reportado en el mes de setiembre.El grafico evidencia un alza considerable en la carga absoluta de caso de neumonía para el año 2026 este comportamiento amerita una investigación epidemiológica exhaustiva orientada a identificar los factores asociados a circulación de agentes virales bacterianos específicos, cambios de la sensibilidad diagnostica o factores de riesgo ambientales para fortalecer las medidas de prevención y control oportuno .

Figura 4 Incidencia de Neumonía en > 5 años – setiembre



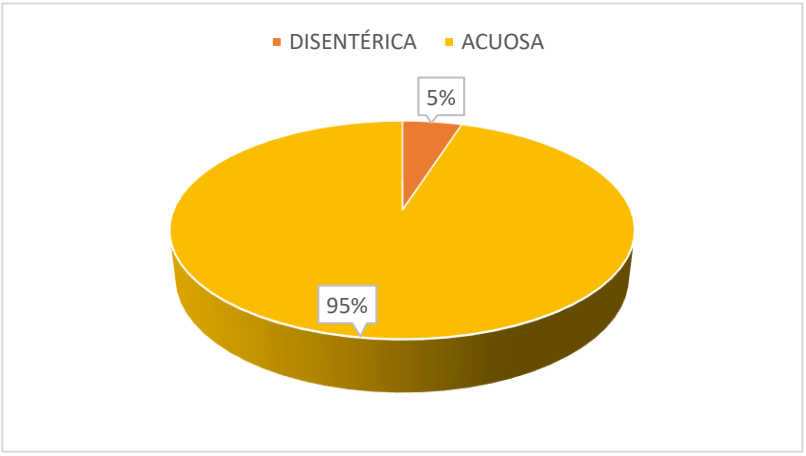
En la figura 4, la incidencia de neumonías en el mes de setiembre - 2026; se notificaron 10 casos neumonías, cuya incidencia es de 0.9 x 1,000 personas mayores de 5 años que se atienden en el HDH; comparando el mismo periodo en el año 2025, se observa una reducción de 16.67 % de casos.

Este comportamiento sugiere la presencia de factores intermitentes que influyen en la propagación de la enfermedad, como variaciones climáticas, cambios en la cobertura de vacunación, capacidad de respuesta del sistema de salud o condiciones socioambientales desfavorables.

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CASOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

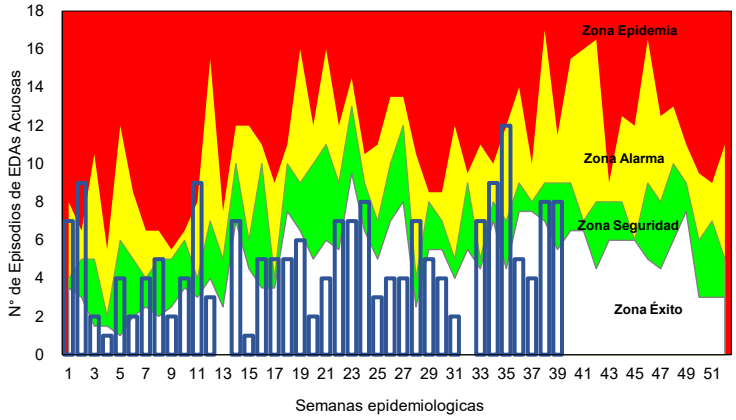
Las EDA, Sigue siendo una de las principales causas de morbilidad en la niñez en nuestro país, por la persistencia de los factores determinantes en una proporción importante de la población, además son enfermedades prevenibles relacionadas al menor acceso a servicio de agua potable, menor acceso a eliminación adecuada de excretas, así como a la práctica de hábitos inadecuados de higiene.

Figura 5 Incidencia Acumulada de EDAs, setiembre



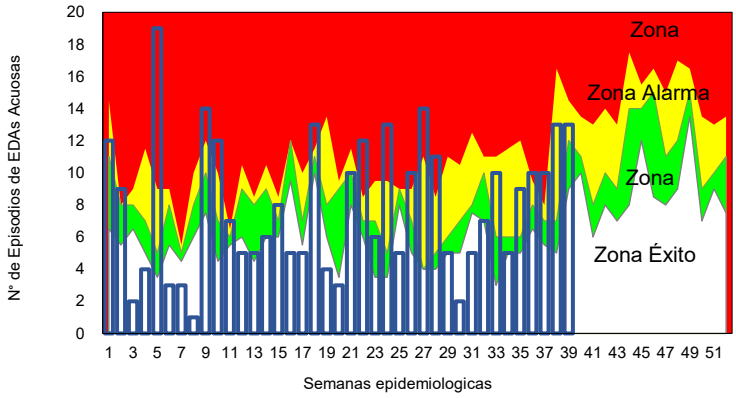
Hasta la S.E. 39-2026, en el HDH se ha notificado 527 casos de enfermedades diarreicas, de los cuales el 95% corresponde a diarrea acuosa y solo el 5% a diarrea disentérica. La mayor proporción de casos (64.9%) se presenta en personas mayores de 5 años, siendo también este grupo el que concentra más casos de diarrea acuosa (323). En menores de 5 años se reportaron 204 casos, Mayoritariamente acuosos (191). La diarrea disentérica es poco frecuente, pero está presente en ambos grupos etarios, lo que indica la necesidad de vigilancia epidemiológica, especialmente en niños pequeños, por el riesgo de complicaciones asociadas.

Figura 6 Canal endémico de EDAs en < 5 años



La gráfica del canal endémico de EDAS muestra que desde la semana 35-39 (semanas comprendidas para el mes de setiembre)35 nos encontramos en la zona de alarma, la 36 ,37 en zona de éxito excepción de la semana 38,39 encontrándonos en zona de seguridad.

Figura 7 Canal endémico de EDAs en > 5 años

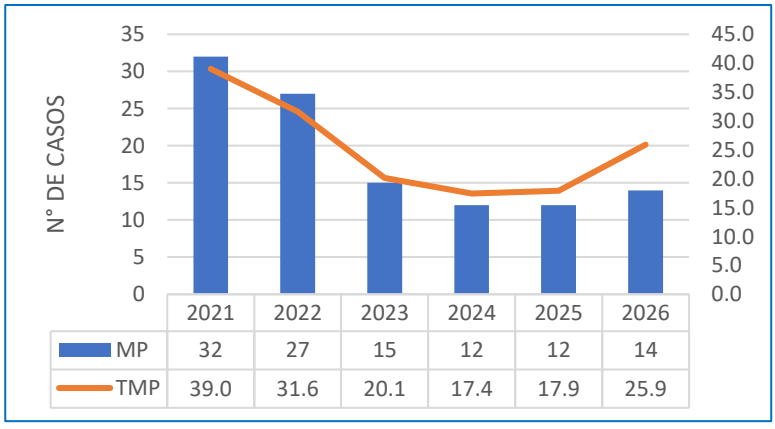


La gráfica del canal endémico de EDAS muestra que desde la semana 35 se mantuvo en la zona de seguridad,36-37-38-39 los casos ascendieron a la Zona de Alarma.

III. MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

MORTALIDAD PERINATAL.

Figura 8 Tasa de muertes perinatales acumulado, Enero - Setiembre HDH 2021-2026



	2021	2022	2023	2024	2025	2026
MP	32	27	15	12	12	14
TMP	39.0	31.6	20.1	17.4	17.9	25.9

Los casos de mortalidad perinatal hasta el mes de setiembre-2026 se ha reportado 14 casos con una tasa de incidencia de 25.9 x 1000 n.v; en el año 2025 se registró 12 casos con una tasa de incidencia de 17.9 x 1000 n.v. y en al año 2024 se registró 12 defunciones con una tasa de incidencia de 17.4 x 1000 n.v.

En el mes de setiembre el HDH ha registrado 02 casos de muerte neonatal.

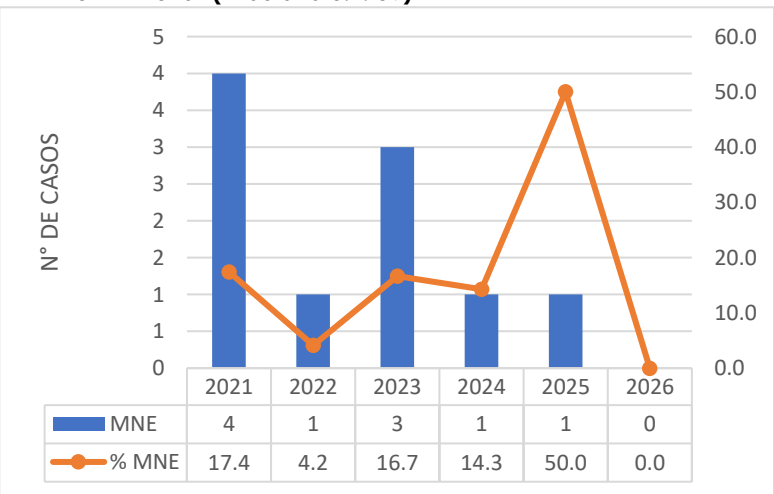
Tabla 1 Matriz Babies HDH Enero - Setiembre

ANÁLISIS BABIES	MUERTE FETAL		MUERTE NEONATAL		
	ANTEPARTO	INTRAPARTO	<24HORAS	1-7 DIAS	8-28 DIAS
500-1499	SALUD GESTACIONAL 44.4% (8)				
1500-2499	CUIDADOS EN EL EMBARAZO 44.4% (8)	CUIDADOS EN EL PARTO (0%)	CUIDADOS EN EL RECIEN NACIDO 11.1% (2)		
>2500					

La matriz BABIES (CDC) es una herramienta de análisis que cruza las variables de peso al nacer con la edad en el momento de la muerte del feto o neonato (antes/durante/después del parto). Se toman estas dos variables considerando que la distribución del peso al nacer es un indicador que permite determinar el estado de la salud materna y tener un pronóstico seguro para la supervivencia neonatal. La edad al morir es un indicador de utilidad para enfocar acciones según el periodo de fallecimiento. El 44.4% (8) de la mortalidad fetal-neonatal corresponde a productos con pesos inferiores a 1500 gramos y que estarían relacionados a problemas en la salud materna (nutrición, infecciones, alta paridad, embarazos a temprana edad, etc.); El 44.4 (8) de la mortalidad fetal corresponde a productos con pesos superiores a 1500 gramos y que estarían relacionados a cuidados durante el embarazo (indica que la calidad del cuidado durante el último trimestre fue deficiente o que los servicios de atención prenatal necesitan ser mejorados); y el 11.1% (02) de la mortalidad neonatal corresponde a productos con pesos superiores a 1500 gramos y que estarían relacionados a cuidados en el recién nacido (donde indica que los servicios médicos para tratar infecciones, asfixia, ictericia, y condiciones metabólicas que afecten al recién nacido).

Figura 9 Tendencia de la Mortalidad Neonatal Evitable acumulado

HDH 2021 – 2026* (*hasta la S.E. 39)



La Mortalidad Neonatal Evitable (MNE) es un concepto e indicador que nos mide la mayor probabilidad de sobrevivencia, y corresponde a la mortalidad ocurrida en un neonato a término con peso de 2500 gramos a más, no prematuro y sin malformación congénita letal.

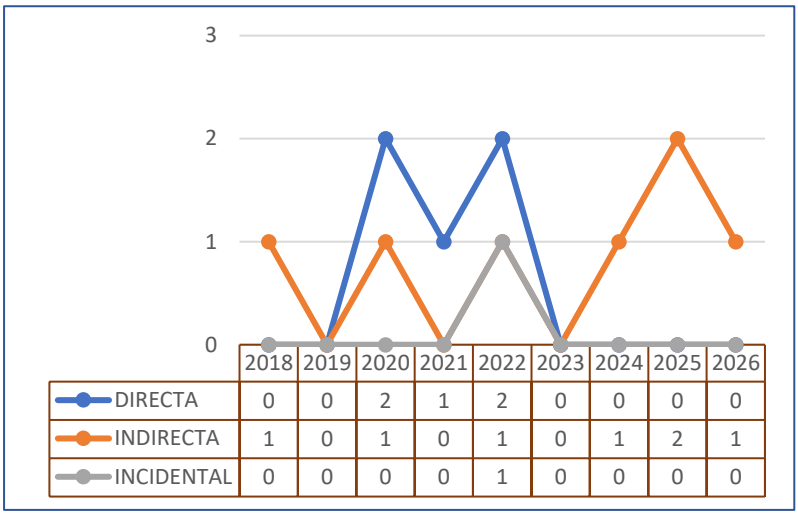
En el Hospital HDH, los casos de MNE han variado en los últimos años. En 2022, se registró un caso, representando el 4.2% del total de muertes neonatales. En 2023, el número aumentó a tres casos (16.7%), mientras que en 2024 se reportó un caso (14.3%), En 2025, se registró un caso representando el (50.0%), En lo que va del año 2026, no se ha registrado ningún caso de MNE.

Aunque el número absoluto de casos es bajo, el aumento proporcional en 2024 y 2025 respecto a 2023 en cuanto al porcentaje, sugiere posibles desafíos en la atención neonatal. Esto resalta la importancia de fortalecer las capacidades del personal de salud, optimizar los protocolos de atención neonatal, y asegurar una adecuada supervisión durante el parto y el periodo neonatal temprano para reducir aún más esta mortalidad prevenible.

MORTALIDAD MATERNA.

Figura 10 Tendencia acumulada de Mortalidad Materna en el HDH

2020 – 2026



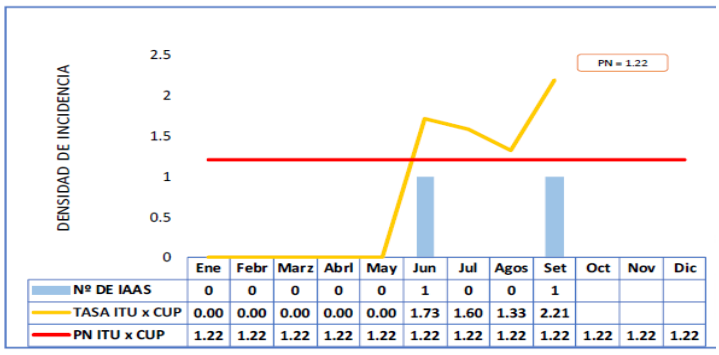
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
DIRECTA	0	0	2	1	2	0	0	0	0
INDIRECTA	1	0	1	0	1	0	1	2	1
INCIDENTAL	0	0	0	0	1	0	0	0	0

La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días post parto es una TRAGEDIA FAMILIAR Y COMUNITARIA, con profundas consecuencias sociales y económicas, la mayoría de estas muertes pueden ser prevenibles, con acciones dirigidas a evitar el embarazo no planificado, con controles prenatales adecuados para la atención y tratamiento oportuno de las complicaciones y una adecuada atención del parto y puerperio.
En el 2022 se reportó 4 casos, en el 2023 se reportó 0 casos, el 2024 se reportó 01 caso, en el 2025 se reportó 02 casos y en el 2026 se reportó 01 caso en el sistema de vigilancia epidemiológica.

IV. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Figura 11 densidad de incidencia de ITU en servicio de Medicina

– HDH hasta setiembre 2026



	Ene	Febr	Marz	Abrl	May	Jun	Jul	Agos	Set	Oct	Nov	Dic
Nº DE IAAS	0	0	0	0	0	1	0	0	1			
TASA ITU x CUP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.73	1.60	1.33	2.21			
PN ITU x CUP	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22

La infección asociada a la atención de la salud es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su(s) toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o

atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.

En el gráfico se observa que en el mes de setiembre se presentó una tasa densidad de incidencia de 2.21% de infección de tracto urinario post catéter urinario permanente en el servicio de MEDICINA, haciendo que nos ubiquemos por encima del promedio nacional categórico (1.22).

V. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

TUBERCULOSIS.

Tabla 2 Casos de tuberculosis HDH enero-setiembre 2022-2026

AÑOS	2022	2023	2024	2025	2026
N° DE CASOS	12	5	23	28	22

El Hospital Departamental de Huancavelica, hasta el mes de setiembre de 2026, ha notificado 22 casos de tuberculosis, evidenciando una tendencia decreciente en comparación con el mismo periodo de 2025, 2024 y 2023. Este decremento sugiere la necesidad de reforzar las estrategias de detección temprana, tratamiento oportuno y seguimiento de los casos para evitar una mayor propagación de la enfermedad. En 2026, según el tipo de tuberculosis, el 81.8% (18 casos) corresponde a tuberculosis pulmonar, el 18.2% (4 casos) son tuberculosis extrapulmonares. No se han reportado casos de tuberculosis resistente.
Respecto al género, el 68.2 % de los afectados son hombres y el 31.8 % mujeres, lo que mantiene una tendencia similar a la distribución epidemiológica general de la tuberculosis, donde los varones suelen presentar una mayor incidencia. Hasta la fecha no se han reportado fallecimientos ni casos en el personal de salud, lo que indica que las medidas de bioseguridad y control de infecciones dentro del hospital han sido efectivas. Sin embargo, es fundamental mantener el monitoreo continuo, fortalecer la educación sanitaria y garantizar el acceso al tratamiento oportuno para evitar complicaciones y reducir la transmisión de la enfermedad en la comunidad.

VI. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DIABETES

Tabla 3 Casos de diabetes HDH enero-setiembre 2022-2026

AÑOS	2022	2023	2024	2025	2026
N° DE CASOS	54	38	94	99	101

El Hospital Departamental de Huancavelica, hasta la Semana Epidemiológica (S.E.) 39 del 2026, ha notificado 101 casos de diabetes, evidenciando una tendencia creciente en comparación con el mismo período de 2025 y 2024. Este incremento sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para controlar la progresión de la enfermedad y sus complicaciones.

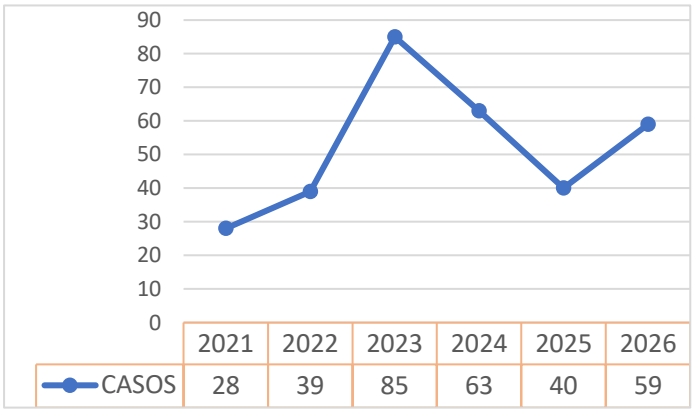
Del total de casos registrados, el 64.36% (65) corresponde a pacientes de sexo femenino y el 35.64% (36) a pacientes de sexo masculino, lo que indica una mayor prevalencia en mujeres. Además, el 100% de los casos reportados corresponde a diabetes tipo 2, lo que refuerza la importancia de abordar factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad y los hábitos alimentarios inadecuados en la población.
Dado el aumento de casos, es fundamental fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención, incluyendo campañas de sensibilización sobre estilos de vida saludables, tamizajes oportunos en grupos de riesgo y acceso garantizado a tratamientos adecuados.

VII. METAXENICAS / ZOONOSIS

PERSONAS MORDIDAS.

La rabia es una enfermedad endémica del Perú, que se presenta en dos ciclos, uno urbano relacionado a la transmisión por perros, y otro silvestre causado principalmente por la mordedura de murciélagos hematófagos. La mayoría de casos humanos de las últimas décadas han sido por rabia urbana, sin embargo, las medidas de control empleadas (campañas de vacunación canina, identificación del can mordedor, atención oportuna del paciente y sistemas de vigilancia y notificación) han logrado reducir la incidencia de rabia canina y por ende de los casos en humanos. Es por ello que se viene realizando la vigilancia epidemiológica de mordedura canina en el HDH.

Figura 12 Casos acumulados de mordedura canina 2021-2026

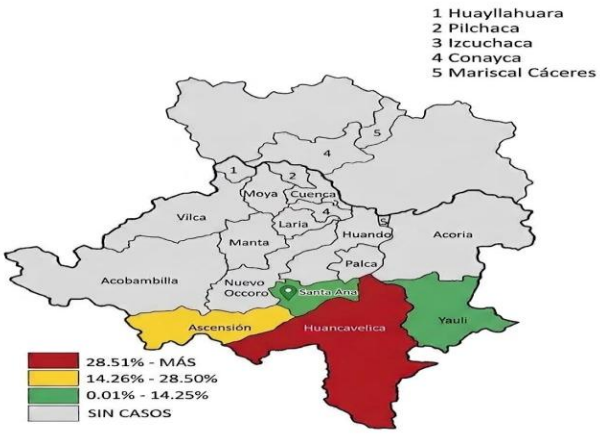


Hasta el mes de setiembre, el número de mordeduras caninas, presentan un acumulado de 59 casos en el 2026 donde el 61.02% (36) son de sexo masculino y el 38.98% (23) son de sexo femenino. Así mismo el 45.76%, del total de mordeduras caninas fueron localizados en extremidades y otras partes del cuerpo y el 15.29% se localiza en cara o cabeza.

Estos datos resaltan la necesidad de fortalecer las actividades de prevención contra la rabia en la región, enfocándose tanto en medidas preventivas como en la adecuada atención de las personas mordidas. Es fundamental implementar estrategias que incluyan:

- Promoción de la tenencia responsable de mascotas, incluyendo la vacunación antirrábica de los perros.
- Educación comunitaria para prevenir el contacto peligroso con animales potencialmente infectados.
- Mejoras en la atención médica inmediata, asegurando el manejo adecuado de heridas y la administración oportuna de la profilaxis antirrábica humana en los casos necesarios.

Figura 13 Casos de mordedura canina según lugar de procedencia

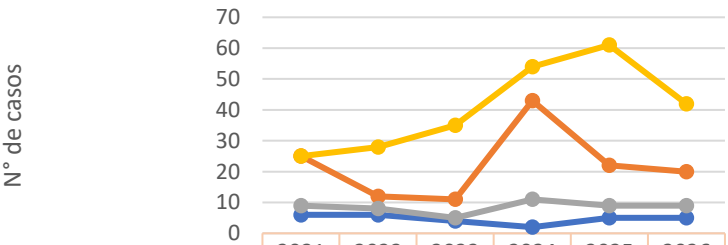


Del total de mordeduras caninas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, el 79.66% proceden del distrito de Huancavelica, el 15.25% del distrito de Ascensión, el 3.39% del distrito de Yauli y 1.69 del distrito de Santa Ana.

VIII. SALUD MENTAL.

Figura 14 Casos acumulados de problemas de Salud Mental HDH

2021 – 2026* (*hasta la S.E. N° 39) setiembre



	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Violencia Familiar	6	6	4	2	5	5
Depresion	25	12	11	43	22	20
Primer Episodio Psicotico	9	8	5	11	9	9
Intento de Suicidio	25	28	35	54	61	42

La depresión constituye un problema de salud pública en el mundo, siendo la primera causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. La depresión puede convertirse en un problema de salud muy serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares, sin embargo, es importante tener en cuenta que la depresión es tratable. Como la depresión es común, recurrente y muy perjudicial, es esencial aumentar la conciencia de esta condición y proporcionar información para manejarla de manera efectiva. Hasta el mes de setiembre del 2026 en el HDH se presentaron 42 casos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio constituye un problema de salud pública en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas, en el HDH hasta el mes de setiembre se presentaron 42 casos

de intento de suicidio de los cuales el 69.05% corresponden al sexo femenino y el 30.95% corresponden al sexo masculino.

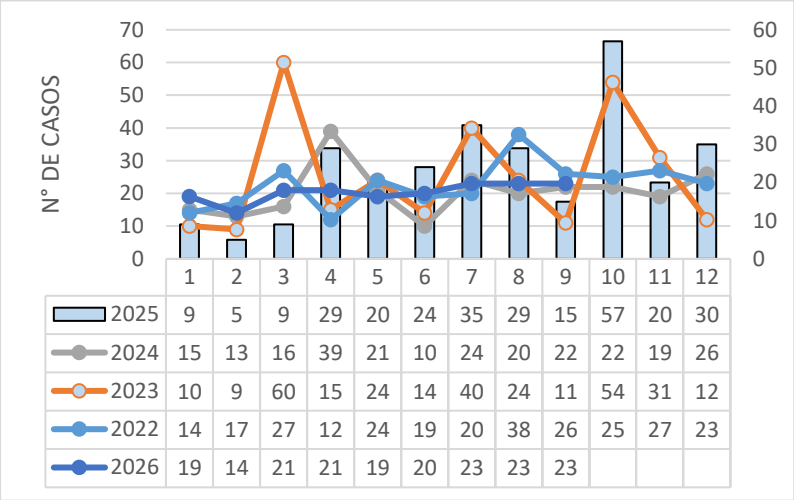
El 40.5% de los casos de intento de suicidio estaban asociados a consumo de alcohol por lo que es posible que este también pueda constituir un predictor de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. No se observó el uso de otras sustancias como marihuana, pasta básica y clorhidrato de cocaína.

El 31.0% de los intentos de suicidio presentaban antecedente de intentos previos lo que indica una evolución no favorable o ausencia de tratamiento previo. Los motivos principales de los intentos de suicidio fueron los problemas con la pareja o cónyuge y los problemas con sus padres lo que podría indicar un inadecuado manejo de las emociones.

IX. ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Las lesiones causadas por accidentes de tránsito ocasionan pérdidas económicas considerables para las víctimas, sus familias y los países en general. Cada año se pierden aproximadamente 1,25 millones de vidas a consecuencia de los accidentes de tránsito. Entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales y a su vez una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad.

Figura 15 Accidentes de tránsito por fecha de lesión en el periodo del 2021 – 2026



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2025	9	5	9	29	20	24	35	29	15	57	20	30
2024	15	13	16	39	21	10	24	20	22	22	19	26
2023	10	9	60	15	24	14	40	24	11	54	31	12
2022	14	17	27	12	24	19	20	38	26	25	27	23
2026	19	14	21	21	19	20	23	23	23			

En el Hospital Departamental de Huancavelica en el 2026, en el mes de setiembre se registraron 23 casos de accidente de tránsito disminuyendo en un 53.3 % con respecto al año anterior.

El 66.67% son de sexo masculino y el 33.33% corresponde al sexo femenino de las personas que acudieron al Hospital Departamental de Huancavelica por lesiones de accidente de tránsito.

X. SALUD AMBIENTAL.

GESTIÓN Y MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS

El Hospital Departamental de Huancavelica, en cumplimiento a la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, D.L N°1278 (23/12/16) y sus modificatorias, Reglamento aprobado con DS N°014-2017-MINAM y la Norma Técnica "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación N°144- MINSA/2018/DIGESA, aprobado mediante R.M. N°1295-2018/MINSA y documentos internos del HDH; la Resolución Directoral N° 048-2026-D-HD-HVCA/DE (Plan de minimización, diagnóstico basal y plan de contingencia), la Resolución Directoral N° 1000-2025-D-HD-HVCA/DE (Reglamento del Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos) y la Resolución Directoral N° 147-2022-D-HD-HVCA/DE (Protocolo para el Manejo de Residuos Sólidos).

Figura 16 Generación de residuos sólidos según clase mes de setiembre de los años 2024, 2025 y 2026



Los residuos sólidos según clase, generados en el mes de setiembre 2024, tuvo una mayor generación los residuos biocontaminados con 7201.50 Kg en comparación a los años 2025 y 2026, en relación a los residuos comunes en el mes de setiembre del año 2024 tuvo una mayor generación con 8523.69 Kg en comparación a los años 2025 y 2026, por otro lado, en el mes de setiembre 2024, se tuvo una mayor generación de residuos especiales con 290.5 Kg en comparación a los años 2025 y 2026 y una mayor generación de residuos punzo cortantes en setiembre del año 2026 con 359.435 kg en comparación a los años 2024 y 2025.

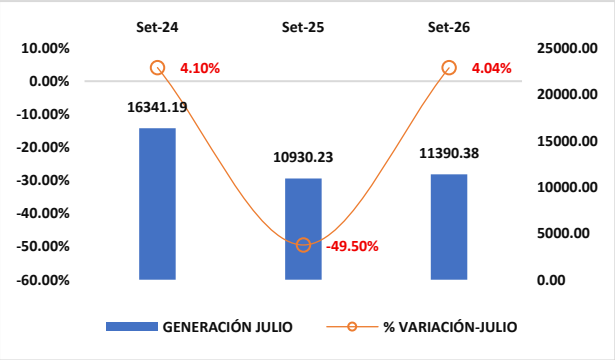
Figura 17 Comportamiento porcentual de residuos sólidos según clase mes de setiembre de los años 2024, 2025 y 2026



El comportamiento porcentual según la clase de residuos sólidos, mes de setiembre 2024 se comportó de la siguiente manera el 44.07% residuos biocontaminados, 52.16% fue residuos comunes, 1.78% residuos especiales y 1.99% de residuos punzo cortantes, mes de setiembre 2025 se comportó de la siguiente manera el 49.19% residuos biocontaminados, 46.66% fue residuos comunes, 2.07% residuos especiales y 2.08% de residuos punzo cortantes y mes

de setiembre 2026 se comportó de la siguiente manera el 43.54% residuos biocontaminados, 51.06% fue residuos comunes, 2.24% residuos especiales y 3.16% de residuos punzo cortantes.

Figura 18 Comportamiento porcentual de residuos sólidos totales mes de setiembre de los años 2024, 2025 y 2026



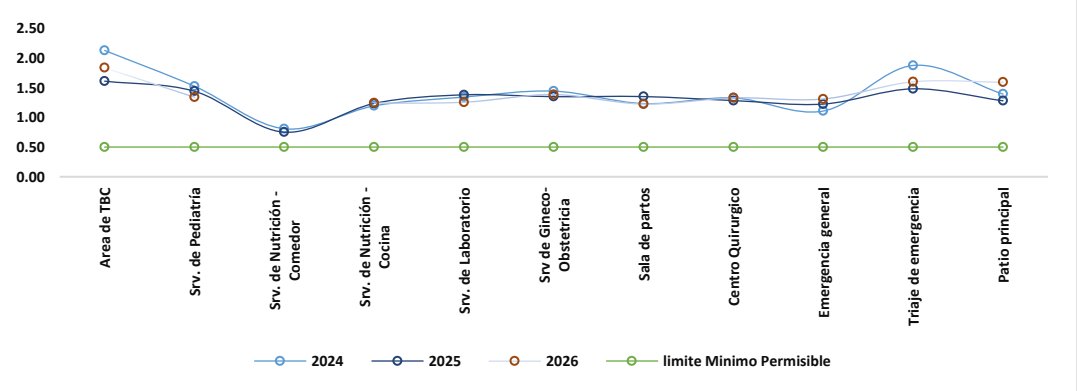
El comportamiento porcentual de residuos sólidos totales; mes de setiembre 2024, se tuvo una generación total de 16341.19 kg, con un incremento de 4.10% en comparación al año 2023, mes de setiembre 2025, se tuvo una generación total de 10930.23 kg, con una disminución de 49.50% en comparación al año 2024 y mes de setiembre 2026, se tuvo una generación total de 11390.38 kg, con un incremento de 4.04% en comparación al año 2025.

VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA

La vigilancia de la calidad de agua se encuentra enmarcada bajo en marco normativo vigente; Decreto Supremo N° 031-2010-SA, que aprueba Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano y Resolución Ministerial N° 451-2021-MINSA, Aprobó la directiva sanitaria N° 132-MINSA/2021/DIGESA, "Directiva sanitaria para la Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo Humano en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)"

El hospital departamental de Huancavelica viene consumiendo el agua que es captado del rio Ichu, lo cual es captado por la empresa municipal EMAPA SAC, para luego ser tratado en la planta de tratamiento de agua potable, luego es distribuido a nivel del casco urbano de la cuidad de Huancavelica, llegando por la red pública hacia el HDH, luego es almacenado en la cisterna y tanque elevado. Pasando a los filtros como agua dura, saliendo como agua blanda y distribuyendo a nivel de todo el HDH, para el consumo en los diferentes servicios asistenciales, administrativos y áreas verdes.

Figura 19 Resultado de medición del cloro residual mes de setiembre de los años 2024, 2025 y 2026



Los niveles de cloro residual presentaron variaciones en los 11 puntos de monitoreo durante los meses de setiembre de 2024 y 2025. En setiembre de 2026, la muestra se redujo a 10 puntos debido a la anulación de un grifo por fallas en la instalación de las tuberías; no obstante, en todos los puntos evaluados se registraron valores superiores al límite mínimo permisible.



Boletín Epidemiológico Hospital Departamental de Huancavelica

El Boletín Epidemiológico del HDH, es la publicación oficial de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. El Boletín, se edita mensualmente; cada edición anual tiene 12 números, y estos últimos números consolidan el análisis anual. El Boletín Epidemiológico, publica la situación o tendencias de las enfermedades o eventos sujetos a notificación obligatoria, los informes técnicos de brotes y otras emergencias sanitarias, resúmenes de trabajos de investigación desarrollados por el personal de la Oficina de epidemiología y Salud Ambiental y otras informaciones de interés para el personal de salud del país y de la región. La información del presente Boletín Epidemiológico, procede de la notificación de los casos presentados en emergencia, hospitalización y consultorio externo, registrados en el **sistema nacional de notificación epidemiológica**. La información contenida en la sección de tendencia del boletín es actualizada cada semana o mes. ***Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a modificación.*** Esta información es suministrada mensualmente, cuya fuente es el Notiweb - versión 3.0 del Centro Nacional de Epidemiologia Prevención y Control de Enfermedades. La Semana Epidemiológica inicia el día domingo de cada semana y concluye el día sábado siguiente. Se permite la difusión total o parcial del presente boletín, siempre y cuando se citen expresamente sus fuentes.

Dirección Ejecutiva del Hospital Departamental de Huancavelica

M.C. José Luis, Rodriguez Toscano

Jefatura de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Lic. Frank Rider Riveros Castro

Jefatura de Oficina Estadística e Informática

Ing. Fredy Kique, Arquiñiva Lazo

Responsable de la Unidad de Salud Ambiental

Gilber, García García

Responsable de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes

Vilma, Escobar Ccasani

Av. Andrés A. Cáceres s/n - Barrio Yananaco - Huancavelica.

Correo electrónico: direccion@hrh.gob.pe

Teléfono: 067-368833