



REPORTE DE SEGUIMIENTO CONCERTADO AL PROGRAMA PRESUPUESTAL ESTRATÉGICO ARTICULADO NUTRICIONAL- BALANCE 2011



Huánuco 2013

ÍNDICE

Presentación	
Capítulo I: Situación Problemática y Seguimiento Concertado	
Capítulo II: El Programa Presupuestal Estratégico “Articulado Nutricional” y el Seguimiento Concertado(PPE)	
2.1 Secuencia Lógica	10
2.2 Objetivos del Programa	10
2.2 Modelo Lógico del PPE Articulado Nutricional	12
2.3 Estructura Funcional Programática del PPE Articulado Nutricional	12
2.4 Componentes objetos del Seguimiento Concertado	13
2.5 Equipo Técnico Regional de Seguimiento Concertado al PPE en Huanuco	14
Capítulo III: Reporte Financiero del PPE Articulado Nutricional	15
Capítulo IV: Reporte de Información Primaria del PPE Articulado Nutricional	27
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	39
5.1 Conclusiones	39
5.2 Recomendaciones	41
Capítulo VI: Fuentes Informativas	42

PRESENTACIÓN

En Huánuco desde el liderazgo de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP), como espacio promotor del diálogo y la concertación entre el Estado, la Sociedad Civil y la Cooperación Técnica Internacional y con el acompañamiento de la Gerencia de Desarrollo social del Gobierno Regional; se está tratando de contribuir en la mejora de la calidad del gasto público a través de las diferentes prioridades de atención a la infancia en los servicios de salud, nutrición, educación y registro de identidad que tiene como punto de partida el año 2007 con la implementación de la nueva metodología de gestión presupuestal, basada en el logro de resultados, a diferencia de la metodología existente, basada en la oferta actual y su proyección inercial.

La nueva gestión presupuestal por resultados que comenzó a implementarse el año 2008, por medio de los denominados Programas Presupuestales Estratégicos (PPE), que organizan acciones articuladas entre los tres niveles de gobierno: gobierno nacional, gobierno regional y gobierno local con los diferentes Sectores, se orientan a la obtención de obtener un resultado fundamental para la superación de la pobreza y la exclusión.

El Programa Estratégico Articulado Nutricional–PAN, vincula un conjunto de intervenciones diseñadas sobre la base de la información y la experiencia existente para conseguir mejorar el nivel de eficacia y eficiencia en el accionar del Estado, con el objetivo de disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

La meta del PAN al 2011 para el país, es reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, de 22,6 % (2007) a 16 % (2011) según la curva de referencia de la NCHS. Mientras que a nivel regional el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia, el Plan Regional de Desarrollo Social y el Acuerdo de Gobernabilidad Regional plantean como meta regional la reducción de la desnutrición crónica de 32,7 a un 26,0%.al 2014.

El presente reporte elaborado con la participación de la Red de Asistentes Técnicos del Presupuesto por Resultados, brinda información sobre la evolución de los indicadores de resultado final, intermedios e inmediatos del Programa Articulado Nutricional, así como de su respectiva asignación presupuestal. Así como la intervención del PAN desde el año 2009 al 2011, desde la asignación recursos por pliegos presupuestarios y unidades ejecutoras vinculadas a los avances en metas físicas a febrero del año 2012; así como un capítulo de conclusiones y recomendaciones

Se consigna también el Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales Estratégicos entre el Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Dirección General de Presupuesto Público y el Gobierno Regional del Departamento de Huánuco

Esperamos que este documento constituya un aporte importante para la mejora de la implementación del programa y repercuta en el resultado final de disminuir la desnutrición crónica infantil.

I.- RED REGIONAL DE ASISTENTES TÉCNICOS DEL PPR.-

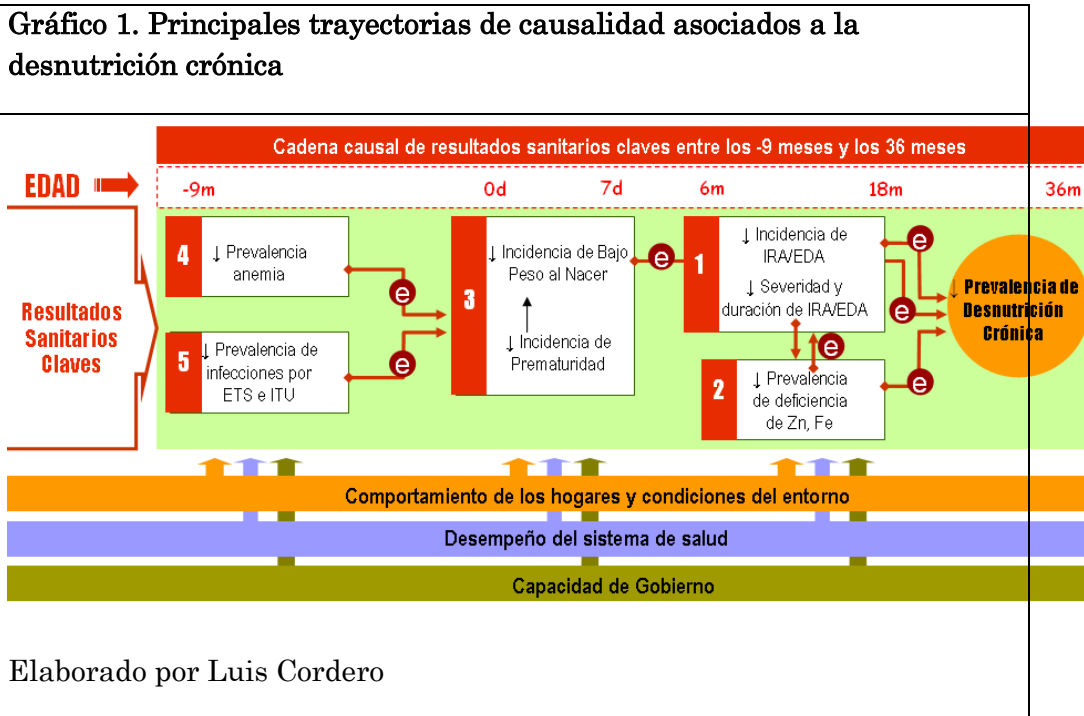
La Red de Asistentes Técnicos está conformada por instituciones del estado y la sociedad civil que en su accionar trabajan temas vinculados a la infancia con resultados previstos desde los Programas Presupuestales Estratégicos.

Nace en el año 2008 como Equipo Técnico Regional de Seguimiento Concertado, con la finalidad de elaborar los reportes de seguimiento concertó a los PPR de Acceso de la Población a la Identidad, Articulado Nutricional, Logros de Aprendizaje al Finalizar el Tercer Ciclo, Salud Materno Neonatal. Los mismos que han constituido un aporte importante para mejorar en la implementación de los programas mencionados en los años siguientes desde el 2009 hasta el 2011.

Las integrantes son: Gerencia Regional de Desarrollo Económico, Hospital Regional Hermilio Valdizan, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Gerencia Regional de Desarrollo Social, Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, Dirección Regional de Educación , Defensoría del Pueblo, Ministerio Publico, Dirección Regional de Salud, Corte Superior de Justicia Huánuco, el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria, Programa Juntos, Seguro Integral de Salud, Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo, Asociación Benéfica Prisma, Colegio de Profesores, Colegio de Obstetras, Colegio de Médicos, Instituto Regional para la Paz, ONG Paz y Esperanza.

II.- PROGRAMA ARTICULADO NACIONAL

Principales factores que explican la condición de interés que aborda el Programa Presupuestario Estratégico



Siguiendo la lógica del diagrama (ver gráfico 1) y por orden de relevancia, la prevalencia del retardo en el crecimiento observado en niños de 24 o más meses de edad, es resultado principalmente de las siguientes causas:

- (1) La elevada *carga de morbilidad* por enfermedades infecciosas (infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda principalmente) y por la deficiencia de micronutrientes (hierro, zinc) que los niños adquieren entre los 6 y 24 meses de edad. Cuando se trata de enfermedades infecciosas, el término “*carga de morbilidad*”, no solo hace referencia al número de niños que lo padecen, sino también la severidad y duración cada episodio. Utilizando modelos estadísticos, se ha estimado que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a

enfermedades infecciosas gastrointestinales.^{1 2 3} En reiteradas investigaciones, se ha examinado la relación bidireccional que existe entre los indicadores antropométricos (*z score peso/talla*, *z-score peso/edad*) y la duración del episodio de diarrea, la severidad de la deshidratación y la tasa de letalidad. En cada caso, se ha demostrado que el estado previo de malnutrición (*z-score peso/edad*) se asocia con mayor severidad de la diarrea aguda^{4 5 6}. Asimismo, a partir de 10 estudios realizados en países en desarrollo, se estimó que un día de diarrea reduce la ganancia de peso en 10.9 gramos y que 30 días de diarrea, en el lapso de un año, se traduce en 327 gramos de déficit ponderal.

- (2) La deficiencia de micronutrientes es causa y efecto a la vez de la elevada “*carga de morbilidad*”. Sucesivos episodios de diarrea o de infecciones respiratorias agudas ocasiona pérdidas de micronutrientes, las cuales no son compensadas por la alimentación habitual que recibe el niño, generando situaciones de déficit de dos minerales fundamentales que son el Hierro y el Zinc. A su vez, de episodio a episodio, se va instalando un ciclo pernicioso, en el cual la deficiencia de los micronutrientes incrementan la susceptibilidad para adquirir infecciones y ser más resistentes al tratamiento, y estas infecciones a su vez causan mayores pérdidas de estos micronutrientes. La deficiencia de ambos minerales, bien sea a través de las enfermedades infecciosas o de manera directa influyen en el crecimiento de los niños. En la actualidad está ampliamente documentado la relación de causalidad entre Zinc con la duración, severidad de la diarrea.
- (3) Son varios e importantes los eventos que ocurren en etapas previas a los 6 meses de vida que tienen repercusión directa en el crecimiento de los niños. De todos ellos, el principal es el bajo peso al nacer (BPN) (Ver gráfico 1), debido a su fuerte asociación con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas⁷, con tendencia a mantener bajo peso

¹ Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical **growth** in rural Guatemala children. *Am. J. Dis. Child.* 129:1296-1301

² Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G. (1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. *Br. J. Nutr.* 37:441-450

³ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the **growth** of children in rural Bangladesh. *Pediatrics* 73:799-805

⁴ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. *Am. J. Clin. Nutr.* 39:87-94

⁵ Palmer, D. L., Koster, F. T., Alam, A.K.M.J. & Islam, M. R. (1976) Nutritional status: a determinant of severity of diarrhea in patients with cholera. *J. Infect. Dis.* 134:8-14.

⁶ Samadi, A., Chowdhury, A. I., Huq, M. I. & Shahid, N. S. (1985) Risk factors for death in complicated diarrhoea of children. *Br. Med. J.* 290:1615-1617.

⁷ Grande C, Larguía A. Contribución de la prematuridad extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. *Rev. Hosp. Materno-Infantil Ramón Sarda* 2003;22(1):11-15

y tener muy baja resistencia ante la presencia de enfermedades durante la niñez y la adultez. Asimismo, los hijos de las niñas que nacieron con bajo peso al nacer, cuando en la edad adulta resulten embarazadas, tendrán mayor riesgo de presentar también bajo peso al nacer, reproduciéndose de esta manera de generación a generación el retardo en el crecimiento. A la par del BPN, esta presente otro factor que es la prematuridad. Estos dos factores son resultado de condiciones de salud que la madre experimenta durante el primer trimestre del embarazo.

- (4) El Bajo Peso al Nacer y la prematuridad son condiciones que ocurren antes del nacimiento, fundamentalmente durante el primer trimestre (Ver gráfico 1). De los elementos aquí priorizados solo hemos considerado el rol de anemia como factor causal relevante en vista de las evidencias disponibles, sin embargo, se debe mencionar que no esta de manera definitiva esclarecida el rol de los programas de asistencia alimentaria durante el embarazo. De otra parte, la adquisición de infecciones tanto del tracto urinario como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también son causantes del bajo peso al nacer.
- (5) La prematuridad es otra condición que se asocia con bajo peso al nacer y que es consecuencia de las infecciones que la gestante experimenta durante el primer trimestre. Estas infecciones son las del tracto urinario y las ETS.

Principales intervenciones a implementar a través del Programa Presupuestario Estratégico

El Programa se focaliza en dos momentos de ciclo de vida:

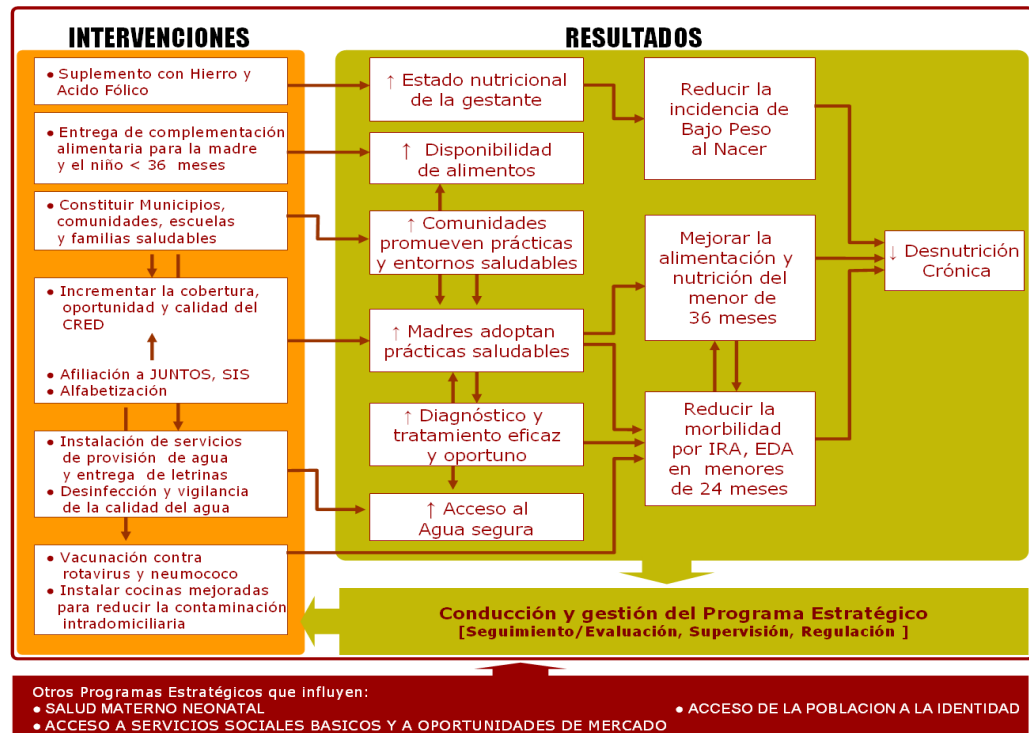
- i) Reducir la **morbilidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias** y la **deficiencia de micronutrientes** con énfasis en el grupo de niños y niñas de 6 a 24 meses a través de:
 - Incrementar la adopción por parte de las familias de tres prácticas priorizadas además de otros comportamientos: la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses, el lavado de manos con agua y jabón y la adecuada alimentación complementaria del niño. Estas tres prácticas son estimuladas por medio de consejerías y sesiones demostrativas de preparación de alimentos entregadas a las madres durante el Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño. Adicionalmente se entrega complemento nutricional, en particular micronutrientes (sulfato ferroso y vitamina A principalmente).

- Desarrollar, con participación de la comunidad y sus autoridades, entornos que contribuyan a facilitar la adopción de las prácticas. Específicamente, mediante la constitución de municipios y escuelas saludables se espera fortalecer el vínculo de comunidad, gobierno local y servicios de salud, de tal manera que se incrementen las iniciativas locales para realizar actividades de promoción de la salud. Entre las actividades identificadas como prioritarias es la constitución de los sistemas de vigilancia comunal, los sistemas de referencia comunal, la provisión de agua y saneamiento, la ejecución de acciones de información, educación y comunicación que promueven las prácticas priorizadas.
 - Disminuir la duración y severidad de los episodios de las enfermedades de diarreica aguda e infección respiratoria aguda mediante la aplicación correcta del AIEPI clínico. Desde el 2009, en el Perú, con el propósito de reducir la incidencia de las dos enfermedades infecciosas, se introduce dos vacunas una contra el virus rotavirus (agente causante de la diarrea) y otra contra el neumococo (principal causa de los casos de infección respiratoria aguda). En esta línea el Programa también incluye las acciones de vigilancia de la calidad del agua de consumo y el desarrollo de proyectos de agua y saneamiento básico para las zonas rurales.
- ii) Reducir la prevalencia de **la anemia y de las infecciones específicamente en el primer trimestre de embarazo** a través de prioritariamente:
- Incrementar el inicio de la atención prenatal en el primer trimestre resultado de intensificar la constitución y consolidación de los sistemas de vigilancia comunal.
 - Mejorar la calidad de consejería de la atención prenatal que se entrega en establecimientos del primer nivel. Esto incluye la prescripción del sulfato ferroso y del ácido fólico.

Modelo Lógico del Programa Presupuestario Estratégico

En el gráfico 2 se presenta el modelo lógico del Programa en donde se diferencia las intervenciones de los resultados.

Gráfico 2: Modelo Lógico del Programa Articulado Nutricional



Resultados Esperados del Programa Presupuestario Estratégico

(a) Resultado Final

Reducir la prevalencia de desnutrición en niños y niñas menores de 60 meses

(b) Resultados Intermedios

- Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses
- Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes
- Reducir la incidencia de bajo peso al nacer

(c) Resultados inmediatos

Para mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses se espera lograr:

- Mayor número de comunidades promueven prácticas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación para el menor de 36 meses.

- Mayor número de hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses.
- Alimentos disponibles y de calidad para la alimentación del menor de 36 meses

Para reducir la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes se espera lograr:

- Incrementar el acceso y Uso de Agua Segura
- Incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la infección respiratoria aguda, diarreas agudas y otras enfermedades prevalentes regionales

Para reducir la incidencia de bajo peso al nacer se espera lograr:

- Mejorar nutrición de gestante

1.02 Productos del Programa Presupuestario Estratégico y Estructura Funcional Presupuestal

Tabla No 01: Vinculo entre el modelo lógico del Programa Estratégico y la Estructura Funcional Presupuestal

Modelo Lógico del Programa Estratégico	Estructura Funcional Presupuestal (EFP)
Resultado final	Programa Presupuestal Estratégico
Productos	Producto

0001	:	Programa Articulado Nutricional
Código de producto		Producto
3033244		Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición
3033245		Calificación de municipios saludables
3033247		Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición
3033248		Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
3033249		Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
3033250		Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
3033251		Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses
3033252		Hogares con "cocinas mejoradas"
3033253		Hogares pobres afiliados al "Programa Juntos"
3033254		Niños con vacuna completa
3033255		Niños con CRED completo según edad
3033256		Niños con suplemento de hierro y vitamina a
3033257		Mujeres analfabetas que acceden al programa nacional de movilización para la alfabetización
3033258		Control de calidad nutricional de los alimentos
3033259		Niños menores de 3 años atendidos con complementación alimentaria
3033260		Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano
3033308		Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano
3033309		Hogares rurales con servicios de agua (instalación de plantas)

3033310	Hogares con acceso a saneamiento básico (letrinas)
3033311	Atención IRA
3033312	Atención EDA
3033313	Atención IRA con complicaciones
3033314	Atención EDA con complicaciones
3033315	Atención de otras enfermedades prevalentes
3033317	Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico
3033318	Gestantes atendidas con complementación alimentaria
3033413	Madres lactantes atendidas con complementación alimentaria
3033414	Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal
3044276	Monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa Articulado Nutricional

III.- BRECHAS ESTABLECIDAS SOBRE EL PAN EN EL MARCO DEL ACUERDO DE GOBERNABILIDAD.-

Las metas que a continuación se detallan se encuentran en el marco del Acuerdo de Gobernabilidad Regional 2010-2014, específicamente en la dimensión de desarrollo social en el eje salud y nutrición, que parte de una línea base y cuenta con la proyección de la meta a alcanzar

SALUD Y NUTRICIÓN.-

- ✚ Disminuir la desnutrición crónica de niños y niñas de menores de 5 años de 32,7% a 26,0%.
- ✚ Disminuir la anemia de niños y niñas entre 6 y 36 meses de 30.2% a 20.5%.
- ✚ Incrementar los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de niños y niñas menores de 36 meses de 47,8% a 85%.
- ✚ Incrementar la cobertura de vacunas niños y niñas menores de 24 meses de 64,6% a 95%.
- ✚ Mejorar los sistemas de agua segura de los centros poblados que se encuentran deteriorados del 25% al 100% (870).
- ✚ Incrementar la conexión con fuente de agua de red pública a las viviendas de 65,3% a 82,7%.
- ✚ Incrementar la conexión a servicios sanitario de desagüe a las viviendas con de 26,2% a 63,1%.
- ✚ Disminuir la alta incidencia de infecciones respiratorias agudas

IV.- RESULTADOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN.-

1.1. INDICADORES DE RESULTADO FINAL DEL PROGRAMA ESTRATEGICO ARTICULADO NUTRICIONAL:

Cuadro N° 01
DESNUTRICION CRONICA EN MENORES DE 5 AÑOS
PERU 2000, 2007, 2009, 2010 y 2011 (PATRON NCHS)

INDICADOR	2000	2007	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA PERU , 2000 , JUNIO 2007, 2009-2010 Y 2011 (PATRÓN DE REFERENCIA NCHS)	49.1	42.1	38.7	38	35.4	REDUCCION 6.7

FUENTE: ENDES 2011

El cuadro n° 1 evidencia la proporción de niños y niñas menores de 5 años afectadas por la desnutrición crónica a nivel nacional, según la NCHS durante el año 2000 con un 49.1%, así como su evolución progresiva desde el año 2007 de un 42.1% al año 2011 con un 35.4%, bajando en 11 años un 13.7% y en 4 años 6.7%.

Cuadro N° 02
DESNUTRICION CRONICA EN MENORES DE 5 AÑOS
HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009-2010 y 2010-2011 (PATRON NCHS)

INDICADOR	2000	JUN- 2007.	2009- 2010	2010- 2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO , 2000 , JUNIO 2007, 2009-2010 Y 2011 (PATRÓN DE REFERENCIA NCHS)	42.8	41.5	31	28.8	REDUCCION 12.7

FUENTE: ENDES 2011

En el departamento de Huánuco según la NCHS, la desnutrición crónica a presentado una proporción de 42.8% durante en el año 2000, evolucionando de 41.5% en el año 2007 al 28.8% durante el año 2011, mostrando una reducción de 12.7% puntos en 4 años; y de 14 puntos porcentuales en 11 años. Tal como se observa en el cuadro n° 2.

Cuadro N° 03
DESNUTRICION CRONICA EN MENORES DE 5 AÑOS
PERU 2007, 2009, 2010 y 2011 (PATRON OMS)

INDICADOR	2007	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA , PERU, 2007, 2009-2010 Y 2011 (PATRÓN DE REFERENCIA OMS)	54.7	47.9	46.8	42.5	REDUCCION 12.2

FUENTE: ENDES 2011

El cuadro n° 3 evidencia la evolución de la proporción de niños y niñas menores de 5 años afectadas por la desnutrición crónica a nivel nacional según la OMS, durante el año 2007 con un 54.7% a 42.5% en el año 2011, bajando en cuatro años 12.2%.

Cuadro N° 04
DESNUTRICION CRONICA EN MENORES DE 5 AÑOS
HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009-2010 y 2011 (OMS)

INDICADOR	JUN- 2007.	2009- 2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, JUNIO 2007, 2009-2010 Y 2011 (PATRÓN DE REFERENCIA OMS)	49.4	37.4	33	REDUCCION 16.4

FUENTE: ENDES 2011

En el departamento de Huánuco según la OMS, la proporción de niños y niñas menores de 5 años afectadas con desnutrición crónica ha disminuido en 16.4%, desde el año 2007 al año 2011 donde se presenta con un 33%.

Cuadro N° 05
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN
CRÓNICA, A JUNIO DE 2009, SEGÚN DEPARTAMENTO, PROVINCIA
Y DISTRITO, 2009 (PATRON OMS)

CÓDIGO UBIGEO	DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO	1. DESNUTRICIÓN CRÓNICA	
		PATRÓN OMS	
		(%)	ABS.
10	HUANUCO	39,2	38913
1001	HUANUCO	44,6	13935
100101	HUANUCO	44,8	3418
100102	AMARILIS	45,5	3325
100103	CHINCHAO	44,2	1370
100104	CHURUBAMBA	44,6	1443
100105	MARGOS	44,6	495
100106	QUISQUI (KICHKI)	43,9	414
100107	SAN FRANCISCO DE CAYRAN	43,4	204
100108	SAN PEDRO DE CHAULAN	44,8	447
100109	SANTA MARIA DEL VALLE	44,4	1130
100110	YARUMAYO	44,2	171
100111	PILCO MARCA	43,4	1055
100112	YACUS	43,6	467
1002	AMBO	44,3	2948
100201	AMBO	44,0	840
100202	CAYNA	44,7	202
100203	COLPAS	44,7	172
100204	CONCHAMARCA	44,5	273
100205	HUACAR	43,7	364
100206	SAN FRANCISCO	44,8	170
100207	SAN RAFAEL	44,4	728
100208	TOMAY KICHWA	44,9	199
1003	DOS DE MAYO	44,2	2978
100301	LA UNION	44,6	337
100307	CHUQUIS	44,6	338
100311	MARIAS	44,0	607

100313	PACHAS	44,7	597
100316	QUIVILLA	43,6	110
100317	RIPAN	44,7	456
100321	SHUNQUI	43,1	157
100322	SILLAPATA	43,2	184
100323	YANAS	43,8	193
1004	HUACAYBAMBA	43,7	1355
100401	HUACAYBAMBA	43,8	468
100402	CANCHABAMBA	43,7	204
100403	COCHABAMBA	43,9	166
100404	PINRA	43,6	516
1005	HUAMALIES	43,7	4128
100501	LLATA	42,9	840
100502	ARANCAJ	43,1	105
100503	CHAVIN DE PARIARCA	44,0	245
100504	JACAS GRANDE	43,2	394
100505	JIRCAN	43,8	191
100506	MIRAFLORES	42,4	260
100507	MONZON	44,3	1174
100508	PUNCHAO	46,9	163
100509	PUDOS	44,3	331
100510	SINGA	43,4	227
100511	TANTAMAYO	43,8	200
1006	LEONCIO PRADO	44,6	6447
100601	RUPA-RUPA	44,7	2674
100602	DANIEL ALOMIA ROBLES	44,0	398
100603	HERMILIO VALDIZAN	42,8	238
100604	JOSE CRESPO Y CASTILLO	44,9	2072
100605	LUYANDO	44,6	498
100606	MARIANO DAMASO BERAUN	43,9	569
1007	MARAÑON	44,2	1836
100701	HUACRACHUCO	44,6	1032
100702	CHOLON	43,6	620
100703	SAN BUENAVENTURA	43,9	183
1008	PACHITEA	44,0	4149
100801	PANAO	44,1	1436
100802	CHAGLLA	43,6	840
100803	MOLINO	43,8	781
100804	UMARI	44,1	1092
1009	PUERTO INCA	43,8	2017
100901	PUERTO INCA	43,9	555

100902	CODO DEL POZUZO	43,4	396
100903	HONORIA	44,0	382
100904	TOURNAVISTA	44,1	315
100905	YUYAPICHIS	43,5	370
1010	LAURICOCHA	44,1	2064
101001	JESUS	44,0	328
101002	BADOS	44,3	313
101003	JIVIA	44,2	128
101004	QUEROPALCA	43,0	85
101005	RONDOS	44,4	438
101006	SAN FRANCISCO DE ASIS	43,0	175
101007	SAN MIGUEL DE CAURI	44,4	598
1011	YAROWILCA	43,8	2086
101101	CHAVINILLO	43,5	465
101102	CAHUAC	44,3	175
101103	CHACABAMBA	43,9	176
101104	APARICIO POMARES		
101105	JACAS CHICO	43,8	121
101106	OBAS	44,5	378
101107	PAMPAMARCA	44,6	153
101108	CHORAS	43,4	221

FUENTE: ENDES 2009

El cuadro N° 5 nos muestra los indicadores de la proporción de niños y niñas menores de 5 años afectadas con desnutrición crónica por provincias y distritos del departamento de Huánuco según la OMS.

Teniendo así que la **Provincia** de Leoncio Prado y Huánuco presentan el más alto porcentaje de desnutrición crónica en promedio de 44.6%, presentando también en cifras absolutas la mayor cantidad de menores afectados en Huánuco con 13935 y en Leoncio prado 6447 menores de 5 años; seguidas de las provincias de Ambo, Dos de Mayo, Pachitea, Lauricocha, Marañon con un promedio de 44.3% a 44%; mientras que Puerto Inca, Yarowilca Huamalies y Huacaybamba presentan un promedio de 43,8% a 43.7%.

A nivel de **distritos** el porcentaje más alto de desnutrición se encuentra en Punchao perteneciente a la provincia de Huamalies con un 46,9% que en cifras absolutas representa 169 menores afectados, mas sin embargo Huánuco tiene 3418 afectados con un porcentaje de 44,8% , Amarilis 3325 con un 45,5%, Rupa Rupa 26749 con 44,7 con un y José Crespo Castillo 2072 con 44,9, presentando entonces la mayor cantidad de menores de 5 años con desnutrición crónica.

Por ello es necesario analizar no solo el porcentaje más alto sino la representación en cifras absolutas de la población, que permita ver la cantidad de niños menores de 5 años afectados por la desnutrición crónica.

1.2. **INDICADORES DE PRODUCTOS DEL PROGRAMA
ESTRATEGICO ARTICULADO NUTRICIONAL**

**Cuadro N° 05
PROPORCION DE NIÑOS CON CONTROLES DE CRECIMIENTO
Y DESARROLLO EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO
JUN.2007, 2009, 2010 y 2011**

INDICADOR	JUN- 2007.	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETO PARA SU EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, JUNIO 2007, 2009, 2010 Y 2011	24.1	47.8	69.9	72.3	INCREMENTO TO 24.5

FUENTE: ENDES 2011

La cobertura de niños que cuentan con CRED completo durante el año 2007 ha sido de 24.1%, incrementándose en 24.5 puntos porcentuales al año 2011 donde se alcanzado coberturar un 72.3%. Tal como se observa en el cuadro n°05.

**Cuadro N° 06
PROPORCION DE NIÑOS CON VACUNAS DE ACUERDO A SU
EDAD EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO 2009, 2010 y 2011**

INDICADOR	2009	2010	2011	EVOLUCION 2009 – 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON TODAS SUS VACUNAS BÁSICAS PARA SU EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2009, 2010 Y 2011	34.9	25.6	35.7	INCREMENTO 0.8
PROPORCIÓN DE MENORES DE 24 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS Y EL NEUMOCOCO PARA SU EDAD, EN EL	18.9	47.4	73.3	INCREMENTO 54.4

DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2009, 2010 Y 2011				
PROPORCIÓN DE MENORES DE 24 MESES CON VACUNAS CONTRA EL NEUMOCOCO PARA SU EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2009, 2010 Y 2011	18.9	52.8	76.7	INCREMENTO 57.8
PROPORCIÓN DE MENORES DE 24 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS PARA SU EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2009, 2010 Y 2011	37.2	67.1	77.3	INCREMENTO 40.1
PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS Y EL NEUMOCOCO PARA SU EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2009, 2010 Y 2011	35.5	58.1	77.7	INCREMENTO 42.2
PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL NEUMOCOCO PARA SU EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2009, 2010 Y 2011	35.5	58.1	80.8	INCREMENTO 45.3
PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS PARA SU EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2009, 2010 Y 2011	56.2	75.7	82	INCREMENTO 25.8

FUENTE: ENDES 2011

La evolución de la proporción de niños y niñas que cuentan con vacunas de acuerdo a su edad desde el año 2009 al año 2010 ha incrementado significativamente, desde la proporción de menores de 24 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo en un 57.8%, así como la proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo con un 42.2%; mientras que la proporción de menores de 36 meses con todas sus vacunas básicas para su edad solo ha incrementado en 0.8%. Tal como lo muestra el cuadro n° 06.

Cuadro N° 07
PROPORCION DE NIÑOS CON IRAs y EDAs EN EL
DEPARTAMENTO DE HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009-2010 y
2011

INDICADOR	2000	JUN-2007.	2009-2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON IRA , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007, 2009-2010 Y 2011	29.7	24.7	24.3	16.1	REDUCCION 8.6
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON EDA , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007, 2009-2010 Y 2011	20.8	16.6	17.9	14.4	REDUCCION 2.2

FUENTE: ENDES 2011

En el año 2011 se tiene un 16% de menores de 36 meses que tienen infecciones respiratorias agudas frente al 24.7% en el año 2007 reducción en 8.6%; mientras que los menores de 36 meses afectados por enfermedades diarreicas agudas al 2011 es de 14.4% reduciendo solo 2.2% en comparación al año 2007. Como se observa en el cuadro n° 07.

Cuadro N° 08
PROPORCION DE NIÑOS CON SUPLEMENTO DE FIERRO EN EL
DEPARTAMENTO DE HUANUCO JUN.2007, 2009-2010 y 2011

INDICADOR	JUN-2007.	2009-2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, JUNIO 2007 Y 2009-2010 Y 2011	15.1	32.3	25.2	INCREMENTO 10.1

FUENTE: ENDES 2011

La dotación de suplemento de hierro a niños menores de 6 años a menos de 36 meses durante el año 2011 es de 25.2% con un incremento de de 10.1% del año 2007. Como se observa en el cuadro n°08.

Cuadro N° 09
PROPORCION DE NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER EN EL
DEPARTAMENTO DE HUANUCO JUN.2007, 2009-2010 y 2011

INDICADOR	2000	JUN-2007.	2009-2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE NACIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA CON BAJO PESO AL NACER (<2.5 KG.), EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007, 2009-2010 Y 2011	17.4	11.9	9.6	9.9	REDUCCION 2

FUENTE: ENDES 2011

En el año 2007 la proporción de niños nacidos con bajo peso (<2.5 KG.), es de 11.9%, reduciéndose solo en un 2% al año 2011 encontrándose con un 9.9%. Como se observa en el cuadro n°09.

Cuadro N° 10

**PROPORCION DE NIÑOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009, 2010 y
2011**

INDICADOR	2000	JUN-2007.	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE MENORES DE SEIS MESES CON LACTANCIA EXCLUSIVA , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007, 2009 ,2010 Y 2011	82.5	76	74.3	83.4	79.5	INCREMENTO 3.5

FUENTE: ENDES 2011

Es necesario resaltar que durante el año 2000 la lactancia materna exclusiva es de 82.5%, mientras que en el 2007 disminuye a un 76% e incrementándose solo en un 3.5 % al año 2011. Como se observa en el cuadro n° 10. Se ha bajado al 2010.

Cuadro N° 11

**PROPORCION DE NIÑOS CON ANEMIA EN EL DEPARTAMENTO DE
HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009, 2010 y 2011**

INDICADOR	2000	JUN-2007.	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007, 2009, 2010 Y 2011	64.2	55.4	53.1	66.5	53.3	REDUCCIO N 2.1

FUENTE: ENDES 2011

La evolución de la reducción de la anemia en niños y niñas desde el año 2007 al año 2011 no se presenta significativamente teniendo solo 2.1% de reducción. Como se observa en el cuadro n° 11.

Cuadro N° 12

PROPORCION DE HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009, 2010 y 2011

INDICADOR	2000	JUN-2007.	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007, 2009,2010 Y 2011	51.6	79.4	78	78	82.5	INCREMENTO 3.1

FUENTE: ENDES 2011

Es necesario resaltar que durante el año 2000 el acceso al agua tratada es solo de 51.6% incrementándose significativamente en el año 2011 a un 82.5% e incrementándose en 3.1% del años 2007 al año 2011. Como se observa en el cuadro n° 12.

Cuadro N° 13

ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LAS PROVINCIAS

ZONA	Red de Agua dentro de la vivienda		Red de Agua fuera de la vivienda		Pilón de uso publico	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Huánuco (región)	48, 354	27.5	11, 503	6.6	6, 285	3.6
Huánuco	27, 709	54.4	4, 640	7.6	2, 441	4.0
Ambo	741	5.6	225	1.7	477	3.6
Dos de Mayo	3, 238	31.0	383	3.7	561	5.4
Huacaybamba	1,072	24.2	778	17.6	51	1.2
Huamalies	2, 923	19.0	1, 596	10.4	351	2.3
Leoncio Prado	9, 323	32.0	1, 912	6.6	1, 224	4.2
Marañón	54	0.9	10	0.2	63	1.0

Pachitea	1, 672	13.1	370	2.9	208	1.6
Puerto Inca	147	2.1	56	0.8	50	0.7
Lauricocha	703	8.9	1, 147	14.6	311	4.0
Yarowilca	772	9.5	386	4.7	548	4.7

FUENTE: INEI Censo 2007

El cuadro n° 13 nos muestra la cantidad de viviendas con abastecimiento de agua a nivel del departamento presentando solo 27.5% de viviendas que cuentan con Red de Agua dentro de la vivienda, 6.6% cuentan con Red de Agua fuera de la vivienda Pílon de uso público.

En cuanto a las provincias del departamento, se tiene que la provincia con mayor cantidad de viviendas que cuentan con red de agua dentro de la vivienda es la provincia de Huánuco alcanzado el 54.4%, seguida de Leoncio de Prado con 32%, mientras que la provincia de Marañón solo alcanza el 0.9%, seguida de Puerto Inca con un 2.1% y Ambo con un 5.65. En tendencia de 31% a 19 % encontramos a Dos de Mayo, Hucaybamba y Huamalies, y de 13% a 8% a Pachitea, Lauricocha y Yarowilca.

Respecto a los distritos que cuentan con Pílon de uso público se tiene que la provincia de Dos de mayo (5.4) y Yarowilca(4.7%) son los de más altos porcentajes y la de menor cantidad son Puerto Inca(0.7%) y Marañón (1.0%).

**ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA PROVINCIAS
Y SUS DISTRITOS DEL DEPARTAMENTO – 2007**

ZONA	Red de Agua dentro de la vivienda		Red de Agua fuera de la vivienda		Pílon de uso publico	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Ambo (Prov.)	741	5.6	225	1.7	477	3.6
Huacar	14	0.7	3	0.1	4	0.2
Cayna	39	3.9	98	9.9	310	31.3
Colpas	2	0.3	-	-	-	-

San Francisco de Mosca	3	0.3	-	-	-	-
San Rafael	97	3.6	100	3.7	145	5.4
Ambo	80	2.2	-	-	-	-
Tomayquichua	43	4.8	2	0.2	2	0.2
Conchamarca	463	33.	22	1.6	9	0.6
Dos de Mayo (Prov.)	3, 238	31.	383	3.7	561	5.4
Ripan	528	37.	137	9.7	39	2.7
Unión	919	67.	3	0.2	46	3.4
Sillapata	146	19.	28	3.7	53	7.0
Shunqui	133	21.	37	6.0	59	9.6
Pachas	831	36.	52	2.3	66	2.9
Yanas	5	0.7	-	-	30	4.0
Chuquis	340	27.	49	4.0	101	8.2
Quivilla	200	46.	16	3.8	7	1.6
Marías	136	8.3	61	3.7	160	9.8
Huacaybamba (Prov.)	1, 072	24.	778	17.6	51	1.2
Cochabamba	149	22.	6	0.9	-	-
Canchabamba	76	12.	283	44.6	25	3.9

Huacaybamba	215	14.	99	6.6	-	-
Pinra	632	38.	390	23.9	26	1.6
Huamalies (Prov.)	2, 923	19.	1, 596	10.4	351	2.3
Llata	1, 194	35.	464	13.9	117	3.5
Jacas Grande	2	0.1	-	-	8	0.5
Puños	97	9.1	3	0.3	13	1.2
Miraflores	504	67.	10	1.3	4	0.5
Punchao	375	71.	26	5.0	21	4.0
Pariarca	364	34.	143	13.6	76	7.2
Singa	9	0.9	660	69.2	49	5.1
Tantamayo	96	14.	4	0.6	-	-
Monzón	138	3.0	55	1.2	29	0.6
Jircan	67	13.	76	15.1	7	1.4
Arancay	77	18.	155	36.2	27	6.3
Leoncio Prado (Prov.)	9, 323	32.	1, 912	6.6	1, 224	4.2
Juan José Crespo y Castillo	2, 200	26.	578	7.1	150	1.8
Rupa Rupa	6, 719	48.	934	6.8	585	4.2

Luyando	91	4.1	162	7.2	153	6.8
Hermilio Valdizan	39	4.0	13	1.3	73	7.4
Mariano Dámaso Beraun	122	5.5	170	7.6	14	0.6
Daniel Alomia Robles	152	9.1	55	3.3	249	15.0
Marañón (Prov.)	54	0.9	10	0.2	63	1.0
Cholón	9	0.4	-	-	4	0.2
San Buenaventura	2	0.4	-	-	-	-
Huacrachuco	43	1.3	10	0.3	59	1.8
Puerto Inca (Prov.)	147	2.1	56	0.8	50	0.7
Codo de Pozuso	7	0.5	2	0.1	5	0.4
Yuyapichis	7	0.5	9	0.7	16	1.3
Puerto Inca	117	5.8	31	1.5	10	0.5
Tournavista	16	1.4	14	1.2	19	1.6
Honoría	-	-	-	-	-	-
Lauricocha (Prov.)	703	8.9	1, 147	14.6	311	4.0
San Miguel de Cauri	170	9.3	143	7.8	52	2.6
Jesús	151	10.	465	32.1	82	5.7
Queropalca	-	-	10	2.1	-	-

Baños	200	16.	122	10.0	63	5.2
Jivia	2	0.3	-	-	-	-
San Francisco de Asís	74	12.	185	32.2	47	8.2
Rondós	105	6.1	222	12.8	67	3.9
Yarowilca (Prov.)	772	9.5	386	4.7	548	6.7
Choras	216	25.	8	0.9	102	11.8
Chacabamba	139	17.	-	-	3	0.4
Jacas Chico	24	4.4	6	1.1	150	27.8
Chavinillo	153	8.5	69	3.8	60	3.3
Obas	78	5.6	231	16.5	84	6.0
Cahuac	80	11.	11	1.5	56	7.8
Pampamarca	75	13.	42	7.3	89	15.5
Aparicio Pomares	7	0.5	19	1.3	4	0.3
Pachitea (Prov.)	1, 672	13.	370	2.9	208	1.6
Panao	925	21.	62	1.4	105	2.5
Molinos	10	0.3	-	-	2	0.1
Chaglla	553	21.	173	6.8	35	1.4
Umari	184	6.0	135	4.4	66	2.2

Fuente: INEI Censo 2007

En cuanto al abastecimiento de agua en distritos se tiene que los distritos de Miraflores de la provincia de Huamalies y Unión de la provincia de Dos de mayo son los que tiene mayor cantidad de viviendas con conexione de a red de agua dentro de la vivienda, alcanzando un 67%, mientras que Molino de la provincia de Pachitea, Colpas y san Francisco de Mosca de la provincia de Ambo y Jivia de la provincia de Lauricocha, son los distritos con menor cantidad de viviendas que cuentan con red de agua alcanzado solo el 03%.

Respecto a la cantidad de viviendas que cuentan con red de agua fuera de la vivienda, tenemos que los distritos de canchambamba (44.6), Pinra (23.9) de la provincia de Huacaybama, Singa (69.2) de la provincia de Huamalies, San Francisco de Asis (32.2), Jesús (32.1) de la provincia de Lauricocha que cuenta con mayor cantidad de viviendas con conexiones de agua fuera de la vivienda es Huacaybamba con un 17.6%, seguida de Lauricocha con un 14.6% y Huamalies con un 10.4%, las demás provincias cuentan con el rango de entre 7% a 0.2%. Tal como lo muestra el cuadro n°13

Respecto a los distritos que cuentan con Pílon de uso público se tiene que la provincia de Dos de mayo (5.4) y Yarowilca(4.7%) son los de más altos porcentajes y la de menor cantidad son Puerto Inca(0.7%) y Marañon (1.0%).

Cuadro N° 13

PROPORCION DE HOGARES RURALES CON SANEAMIENTO BASICO EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009, 2010 y2011

INDICADOR	2000	JUN-2007.	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE HOGARES RURALES CON SANEAMIENTO BÁSICO , EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007, 2009, 2010 Y 2011	39.7	58.5	65.4	61.4	69	INCREMENTO 10.5

FUENTE: ENDES 2011

Del año 2007 al 2011 se ha incrementado en 10.5% los hogares rurales que cuentan con saneamiento básico en el departamento. Como se observa en el cuadro n° 13.

Cuadro N° 14

**PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON
SUPLEMENTACION DE HIERRO EN EL DEPARTAMENTO DE
HUANUCO 2000, JUN.2007, 2009, 2010 y 2011**

INDICADOR	2000	JUN-2007.	2009	2010	2011	EVOLUCION 2007 - 2011
PROPORCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO EN ÚLTIMO NACIMIENTO ANTERIOR A LA ENCUESTA, EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2000, JUNIO 2007,2009,2010 Y 2011	48.9	73.7	84.2	86.1	84.5	INCREMENTO 10.8

FUENTE: ENDES 2011

La proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro en el años 2007 es de 73.7% alcanzo en el año 2011 a un 84.5%, con un incremento de 10.8 puntos. Como se observa en el cuadro n° 13.

V.- ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL

**5.1.- Evolución del Articulado Nutricional por Pliegos 2009 – 2011.
PIA-PIM POR DEPARTAMENTOS.**

Cuadro N° 15

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL 2009 – 2011 PAN HUANUCO

PLIEGOS	NIVELES DE GOBIERNO	2009		2010		2011	
		S/	%	S/	%	S/	%
Gobierno Regional Huánuco	Regional	8,225,273	10	15,606,398	15	14,486,936	24
MINSA (para Huánuco)	Nacional	0	0	9,231,962	9	12,346,587	21
SIS (para Huánuco)	Nacional	4,196,741	5	3,093,485	3	4,714,160	8

MIMDES - PRONAA (para Huánuco)	Nacional	10,457,621	13	13,806,986	13	12,140,992	20
PCM - JUNTOS (para Huánuco)	Nacional	59,396,198	72	64,239,577	61	14,889,877	25
Gobiernos Locales	Local	0	0	0	0	1,236,072	2
TOTAL		82,275,833	100	105,978,408	100	59,814,624	100

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

La inversión pública de los pliegos del gobierno nacional (MINSU, SIS, MIMDES-PRONAA-PCM –JUNTOS), del Gobierno Regional y gobiernos locales, ha pasado de los 82,275,833 nuevos soles en el 2009 a 105,978,408 millones de nuevos soles en el 2010 y disminuyendo la asignación presupuestal en el 2011 con 59,814,624 nuevos soles.

5.2.- Evolución del Presupuesto Pliego Regional destinado al PAN Huánuco 2009- 2011.

Cuadro N° 16

Evolución de la Asignación Presupuestal en el Pliego Regional 2009 – 2011 PAN Huánuco

PPE ARTICULADO NUTRICIONAL	2009	2010	2011
	S/	S/	S/
PIA del Gobierno Regional Huánuco destinado al PAN	4,605,995	8,410,907	8,225,816
PIA total del Gobierno Regional Huánuco	50,912,951	64,308,213	65,859,165
Porcentaje del Pliego Regional %	9	13	12
PIM del Gobierno Regional Huánuco destinado al PAN	8,225,273	15,606,398	14,486,936

PIM total del Gobierno Regional Huánuco	65,313,834	82,993,296	153,340,663
Porcentaje del Pliego Regional %	13	19	9

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

La asignación presupuestaria para el Programa Articulado Nutricional en el pliego regional durante el periodo 2009-2011 ha venido incrementándose significativamente en términos absolutos y proporcionales, observándose la asignación presupuestal a nivel de PIA y PIM, entre los años 2009 y 2011.

La asignación a nivel de PIA del Gobierno Regional pasa de 9% que es s/.50,912,951 nuevos soles en el 2009 a 12% siendo s/. 65,859,165 nuevos soles en el 2011; en comparación al PIM este pasa de 13% representada 65,313,834 nuevos soles en el 2009 a 9% que asciende a 153,340,663 millones.

5.3.- Asignación Presupuestal a nivel de Unidades Ejecutoras 2011 – Huánuco.

Cuadro N° 17

ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL POR UNIDAD EJECUTORA PLIEGO REGIONAL HUANUCO - PAN 2011

UNIDADES EJECUTORAS	PIA S/.	PIM S/.
400-810: REGION HUANUCO-SALUD	2,508,769	4,849,694
401-811: REGION HUANUCO-SALUD TINGO MARIA	772,521	1,200,860
402-812: REGION HUANUCO-HOSPITAL DE HUANUCO HERMILIO VALDIZAN	0	203,929
403-1110: REGION HUANUCO-SALUD LEONCIO PRADO	1,276,276	2,535,224

404-1247: REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO	3,668,250	5,697,229
TOTAL PLIEGO REGIONAL HUANUCO	8,225,816	14,486,936

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012).

Dentro del pliego regional el presupuesto destinado al PAN que asciende a un monto de **14,486,936** millones ha sido distribuido por unidad ejecutora (05 unidades ejecutoras), respondiendo a criterios como número de población, población menor de 5 años, número de gestantes, desnutrición crónica y número de establecimientos de salud.

VI.- AVANCES Y DIFICULTADES EN LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL durante el 2011

6.1.- Avances y dificultades en la Ejecución Presupuestal a nivel de Pliegos

Cuadro N° 18

EJECUCION PRESUPUESTAL PAN 2011 – REGION HUANUCO - PAN 2011

PLIEGOS	NIVELES DE GOBIERNO	PIA	PIM	EJECUCION	SALDO S/.
		S/	S/	%	
Gobierno Regional Huánuco	Regional	8,225,816	14,486,936	93.8	901,482
MINSA (para Huánuco)	Nacional	11,459,688	12,346,587	46.5	6,609,735
SIS (para Huánuco)	Nacional	3,822,875	4,714,160	100.0	0
MINDES - PRONAA (para Huánuco)	Nacional	14,888,353	12,140,992	98.3	208,011
PCM - JUNTOS (para Huánuco)	Nacional	13,525,512	14,979,455	99.0	89,578
Gobiernos Locales	Local	95,000	1,236,072	64.1	443,870
TOTAL		52,017,244	59,904,202	86.2	8,252,676

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

En el pliego del Gobierno Regional se observa una ejecución del 93,8%, teniendo un saldo de 901,482 de nuevos soles.

Sobre la Ejecución de los pliegos de nivel nacional, se observa que el SIS alcanza un 100% de ejecución, mientras que el MINSA solo tiene una ejecución de 46.5% con un saldo de 6,609,735 nuevos soles, en el caso de PRONAA alcanza un 98,3% y JUNTOS un 98.3% (recursos revertidos).

El pliego de nivel de gobiernos locales alcanzan una ejecución presupuestal de 64.1% quedando un saldo de **8,252,676 nuevos soles**.

6.2.- Avances y dificultades en la Ejecución Presupuestal a nivel de Provincias

Cuadro N° 19

EJECUCION PRESUPUESTAL PAN 2011 – PROVINCIAS HUANUCO - PAN 2011

PROVINCIAS	PIA S/.	PIM S/.	Avance %	SALDO S/.
01: HUANUCO	0	215,652	95.7	9,295
02: AMBO	0	213,754	97.2	6,024
03: DOS DE MAYO	0	10,000	94.6	542
04: HUACAYBAMBA	0	10,000	80.6	1,937
05: HUAMALIES	0	9,580	74.9	2,400
08: PACHITEA	45,000	719,565	47.5	377,750
09: PUERTO INCA	0	1,650	90.9	150
10: LAURICOCHA	0	4,000	0	4,000
11: YAROWILCA	50,000	51,871	19.5	41,771
Departamento 10: HUANUCO	95,000	1,236,072	64.1	443,870

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

En cuanto al nivel de ejecución presupuestal del PAN a nivel de provincias ambo es la provincia con mayor avance teniendo un 97.2% seguida de de Huánuco con un 95.7% y de Dos de Mayo con un 94.6%; mientras que yarowilca es la provincia con menor ejecución presupuestal teniendo un nivel de avance de 19.5 % con un saldo de 41,771 nuevos soles, seguida de Pachitea con 47.5% contando con un saldo de 377,750 nuevos soles en tano las provincia de Huamalties, Puerto Inca y Huacaybamba presentan un nivel de avance entre 70 al 90% y Lauricocha reporta 0% con una asignación de 4,000 nuevos soles.

6.3.- Seguimiento al cumplimiento de Metas Presupuestales y Metas Físicas por Finalidades (aquí viene la información de la Diresa)

Cuadro N° 20

33254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA

UNIDAD EJECUTORAS	INFORMACION PRESUPUESTAL				INFORMACION META FISICA		
	PIA	PIM	Devengado	Avance %	MF Anual	Avance MF	Avance %
400-810: REGION HUANUCO-SALUD	229,266	1,861,033	1,853,465	99.6	22,211	9,609	43.3
401-811: REGION HUANUCO-SALUD TINGO MARIA	99,739	285,962	284,497	99.5	4498	3026	67.3
402-812: REGION HUANUCO-HOSPITAL DE HUANUCO HERMILIO VALDIZAN	0	66,000	65,850	99.8	999	886	88.3
403-1110: REGION HUANUCO-SALUD LEONCIO PRADO	285,705	681,405	679,392	99.7	13,300	13882	104.4
404-1247: REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO	210,717	856,187	853,119	99.6	,983	26,883	52.7
TOTAL PLIEGO REGIONAL HUANUCO	825,427	3,750,587	3,736,324	99.6			

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

Cuadro N° 21

33255 NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD

UNIDAD EJECUTORAS	INFORMACION PRESUPUESTAL				INFORMACION META FISICA		
	PIA	PIM	Devengado	Avance %	MF Anual	Avance MF	Avance %
400-810: REGION HUANUCO-SALUD	788,291	1,088,479	1,021,857	93.9	13,328	4,617	34.6
401-811: REGION HUANUCO-SALUD TINGO MARIA	195,306	279,672	273,822	97.9	2762	1435	52
402-812: REGION HUANUCO-HOSPITAL DE HUANUCO HERMILIO VALDIZAN	0	44,040	38,269	86.9	-	-	-
403-1110: REGION HUANUCO-SALUD LEONCIO PRADO	372,860	604,420	568,012	94	10904	8838	81.1
404-1247: REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO	2,922,885	3,425,322	3,302,849	96.4	31,995	13,171	41.2
TOTAL PLIEGO REGIONAL HUANUCO	4,279,342	5,441,933	5,204,810	95.6			

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

Cuadro N° 22

33256 NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A

UNIDAD EJECUTORAS	INFORMACION PRESUPUESTAL				INFORMACION META FISICA		
	PIA	PIM	Devengado	Avance %	MF ANUAL	AVANCE MF	Avance %

400-810: REGION HUANUCO-SALUD	14,400	95,087	70,099	73.7	22,211	4,568	20.6
401-811: REGION HUANUCO-SALUD TINGO MARIA	34,893	41,604	41,328	99.3	2194	1013	46.2
402-812: REGION HUANUCO-HOSPITAL DE HUANUCO HERMILIO VALDIZAN	0	193	0	0	-	-	-
403-1110: REGION HUANUCO-SALUD LEONCIO PRADO	17,600	135,939	94,388	69.4	6651	3564	53.6
404-1247: REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO	20,000	227,392	152,215	66.9	31,995	5,765	18
TOTAL PLIEGO REGIONAL HUANUCO	86,893	500,215	358,030	71.6			

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

Cuadro N° 23

FINALIDAD 33317: GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FÓLICO

UNIDAD EJECUTORAS	INFORMACION PRESUPUESTAL				INFORMACION META FISICA		
	PIA	PIM	Devengado	Avance %	MF ANUAL	AVANCE MF	Avance %
400-810: REGION HUANUCO-SALUD	8,000	80,974	50,693	62.6	4,066	889	21.9
401-811: REGION HUANUCO-	8,848	27,622	24,111	87.3	1,954	458	23.4

SALUD TINGO MARIA							
402-812: REGION HUANUCO- HOSPITAL DE HUANUCO HERMILIO VALDIZAN	0	8,067	4,021	49.9	-	-	-
403-1110: REGION HUANUCO- SALUD LEONCIO PRADO	6,496	79,643	55,288	69.4	4,248	1,595	37.5
404-1247: REGION HUANUCO - RED DE SALUD HUANUCO	2,424	164,199	144,528	88	8,636	2,857	33.1
TOTAL PLIEGO REGIONAL HUANUCO	25,768	360,505	278,641	77.3			

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

Cuadro N° 24

FINALIDAD 33253: HOGARES POBRES AFILIADOS AL PROGRAMA JUNTOS

FINALIDAD	INFORMACION PRESUPUESTAL			
	PIA	PIM	Devengado	Avance %
33253: HOGARES POBRES AFILIADOS AL "PROGRAMA JUNTOS"	13,525,512	14,979,455	14,889,877	99.4

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

Para la finalidad vinculada a hogares pobres afiliados al "programa juntos" durante el año 2011 se asignado s/. 14,979,455 soles, el mismo que cuenta con una ejecución de gasto de 99.4% a febrero del año 2012.

Cuadro N° 25

FINALIDADES PRONAA HUANUCO

FINALIDAD	INFORMACION PRESUPUESTAL				INFORMACION META FISICA			
	PIA	PIM	Devenga do	Avan ce %	MF ANUAL	AVANC E MF	U/M	Avan ce %
33248: MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIO N	26,260	10,364	8,173	78.9	382	331	Municip io	86.6
33249: COMUNIDADE S SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIO N	178,647	58,665	52,160	88.9	5,834	3,438	Comuni dad	58.9
33251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENT OS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIO N Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 ME	66,624	20,864	0	0	113,699	62,480	Familia	55

33259: NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS CON COMPLEMENTACION ALIMENTARIA	10,900,999	9,636,394	9,491,545	98.5	619,159	606,013	Beneficiario	97.9
33318: GESTANTES ATENDIDAS CON COMPLEMENTACION ALIMENTARIA	2,011,756	1,300,133	1,274,474	98	165,573	155,998	Alimentación Complementaria	94.2
33413: MADRES LACTANTES ATENDIDAS CON COMPLEMENTACION ALIMENTARIA	1,666,399	1,114,572	1,106,629	99.3	124,750	157,622	Beneficiario	126.4
44276: MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	37,668	0	0	0	324	25	Informe	25

FUENTE: Consulta Amigable (21 de Febrero del 2012)

El PRONAA implementa 8 finalidades del programa articulado nutricional. En el cumplimiento de las metas presupuestales la Unidad Ejecutora de PRONAA

PRESUPUESTO DE ALIMENTOS
PRONAA EQUIPO DE TRABAJO ZONAL HUANUCO 2012


PRODUCTOS	MADRES GESTANTES	MADRES QUE DAN DE LACTAR	NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS	PRE ESCOLAR	ESCOLAR	TOTAL	INVERSIÓN ANUAL
BENEFICIARIOS	5960	6050	31500	22084	73676	161118	
DESAYUNOS					21848		
DIAS DE ATENCIÓN	360	360	360	191	191 (ALMUERZOS) 191 (DESAYUNOS)		
CEREAL	371,52000	310,51200	816,000 00	379,62396	1411,89110	3289,5470 6	8.223.867,65
MENESTRA	46,44000	38,81400	204,000 00	63,27066	494,16189	846,68655	2.709.396,94
ACEITE	83,59200	69,86520	367,200 00	63,27066	211,49717	795,42503	3.579.412,61
PAPILLA			1101,60 000			1101,6000 0	4.847.040,00
P.O.A.	111,45600	93,15360		105,4511	352,97278	663,03348	3.712.987,46
AZUCAR				63,27066		63,27066	145.522,52
MEZCLA					705,94555	705,94555	4.023.889,64
HARINA				210,9022		210,90220	527.255,50
PAPA PAN FORT					1055,40870	1055,4087 0	5.628.494,60
MEZCLA PRE				113,887188	208,64840	322,53559	1.451.410,15
TOTAL	613,00800	512,34480	2488,80 000	999,67643	4440,52558	9054,3548 0	34.849.277,0 6
Fecha de distribución	MENSUAL			CUATRO VECES AL AÑO			

Nota.- La inversión para gastos operativos es aproximadamente el 7% de la inversión en alimentos, que corresponden a: gastos administrativos (personal, material de oficina), gastos de inversión (mantenimiento de almacenes, transporte de alimentos, vigilancia, otros)


VII.- CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO

El 28 de Diciembre del 2011 se suscribe el Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales Estratégicos entre el Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Dirección General de Presupuesto Público y el Gobierno Regional del Departamento de Huánuco, el cual será financiado con fondos de la Cooperación Internacional por un monto total de 15 millones de soles, los mismos que serán entregados a la Región previo cumplimiento de las Metas de los Indicadores y Compromisos de Gestión establecidos en el mencionado documento de gestión.

A la fecha el Gobierno Regional Huánuco en coordinación con las Unidades Ejecutoras de Salud vienen formando grupos de trabajo para conducir el proceso de implementación del Convenio de Apoyo Presupuestario con a finalidad de alcanzar las objetivos propuestos.



PRESIDENCIA REGIONAL



MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

**CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO A LOS PROGRAMAS
PRESUPUESTARIOS ESTRATÉGICOS ENTRE EL MINISTERIO DE
ECONOMÍA Y FINANZAS, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DEL PRESUPUESTO PÚBLICO, Y EL GOBIERNO REGIONAL DEL
DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO**

Nº -2011-GR/PR

Conste por el presente documento, el CONVENIO DE APOYO PRESUPUESTARIO AL PROGRAMA PRESUPUESTARIO ESTRATÉGICO ARTICULADO NUTRICIONAL, que suscriben de una parte el **GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**, a quien en adelante se le denominará "**GOBIERNO REGIONAL**", con RUC Nº 20489250731, con domicilio legal en la **Calle Calicanto Nº 145, Distrito de Amarilis, Provincia y Departamento de Huánuco**, debidamente representado por su Presidente Regional, **Méd. LUÍS RAÚL PICÓN QUEDO**, identificado con DNI Nº 23017616; y de la otra parte, el **MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS** a través de la **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTO PÚBLICO**, a quien en adelante se le denominará "**MEF**", debidamente representado por su Director General (e), **Econ. RODOLFO ACUÑA NAMIHAS**, identificado con DNI Nº 07212057, con domicilio legal en **Jr. Junín Nº 319 - Cercado de Lima - Lima**. El presente Convenio se celebra en los términos y condiciones

En señal de conformidad, y en dos (02) ejemplares las partes suscriben el presente documento en la ciudad de LIMA, a los 28 días del mes de DICIEMBRE de 2011.



MED. LUIS RAÚL PICÓN QUEDO
PRESIDENTE REGIONAL
GOBIERNO REGIONAL DE HUÁNUCO



ECON. RODOLFO ACUÑA NAMIHAS
DIR. GRAL. DE PRESUPUESTO PÚBLICO
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

El objeto del Convenio de Apoyo Presupuestario es la de:

“Impulsar la implementación del Programa Presupuestario Estratégico Articulado Nutricional con recursos provenientes de Apoyo Presupuestario que el Estado ha recibido”

El objetivo del Convenio de Apoyo Presupuestario es la de:

“El objetivo del CONVENIO es coadyuvar al uso eficiente de los recursos para una adecuada provisión de los bienes y servicios públicos, y el logro de resultados contemplado en el Programa Presupuestario Estratégico Articulado Nutricional, en el marco de Presupuesto por Resultados”

Los Indicadores del Convenio de Apoyo Presupuestario son los siguientes:

Indicador 1: Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.

Indicador 2: Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad.

Indicador 3: Proporción de menores de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro.

Indicador 4: Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro.

Línea de Base y Metas Anualizadas de los Indicadores del Tramo Variable del Convenio de Apoyo Presupuestario

Departamento / Indicador	Línea de Base	2012	2013	2014
1. Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.	63.4	68.8	74.2	79.6
2. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad.	71.4	74.8	78.2	81.6
3. Proporción de menores de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro.	42.5	50.6	58.8	66.9
4. Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro.	85.1	87.6	90.1	92.5

--	--	--	--	--

FUENTE: Convenio de Apoyo Presupuestario

Los Compromisos de Gestión del Convenio de Apoyo Presupuestario son los siguientes:

Los procesos identificados sobre los cuales serán formulados los compromisos de gestión del presente CONVENIO son los cuatro siguientes:

Proceso 1: Programación Operativa.

Proceso 2: Soporte Logístico para la adquisición y distribución de los insumos.

Proceso 3: Organización para la producción y entrega de los productos.

Proceso 4: Supervisión, seguimiento y evaluación

Compromisos de Gestión del Nivel 0

<p>DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL NIVEL 0 CORRESPONDIENTE AL PROCESO 1: PROGRAMACION OPERATIVA</p>
<p>Al 2012, se dispone del padrón nominado distrital de niños/as menores de 36 meses en formato electrónico. El 60% de los niños/as del padrón está afiliado al SIS y el 30% de los niños/as tienen afiliación antes de los 30 días de nacidos.</p>
<p>Al 2012, no menos del 15% de niños/as del padrón cuentan con CUI.</p>
<p>Al 2012 se cuenta con un padrón de establecimientos de salud en formato electrónico, conciliado con SIS, HIS, RENAE, Planificación</p>

y Salud de las Personas.
Al 2012, el 100% de establecimientos de salud activos han sido asignados como centro de costo en el SIGA (Incluye AISPED).
Al 2012 el 100% de establecimientos de salud activos han definido el listado de bienes y servicios, para todos los productos del PAN, ajustado localmente para ofrecer la cartera de servicios. Tal ajuste queda registrado en el SIP-PpR.
Al 2011 (diciembre), se registra en el SIP PpR no menos del 80% del personal nombrado y contratado que labora en cada establecimiento de salud y centro de costos, con los siguientes datos: Profesión, documento de identidad, grado de instrucción y condición laboral.
Al 2011 (diciembre), se registra en el SIP-PpR los bienes patrimoniales en cada establecimiento de salud y centro de costo, y para el 2010 al menos el 30% de los bienes patrimoniales cuentan con datos completos (Denominación, código margesí, código del catálogo de b/s, Fecha de ingreso, N° orden de compra, valor de compra), pero 0% se encuentran conciliados con contabilidad.

XV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El servicio de CRED debe brindarse de manera adecuada y en el tiempo oportuno (45 minutos por niño). Según normas vigentes.
- La atención de otras enfermedades se debe detectar desde los servicios de CRED completo, promoviendo la atención integral para su derivación oportuna.
- Se debe garantizar la permanencia del personal para generar sostenibilidad a los procesos de protección de la salud de menor de tres años.
- A setiembre del 2011 se gastó menos del 50% y a diciembre al 100%, esto indica que el gasto no se está ejecutando de manera oportuna y efectiva, por ello es importante revertir dicha situación y tener en cuenta no solo cuánto se gasta sino en qué se gasta. Con la finalidad de asegurar la disponibilidad de insumos necesarios de manera adecuada y oportuna.
- Se debe cumplir la programación presupuestal desde el punto de atención.
- Se debe generar constantes capacitaciones al personal de las ejecutoras y puntos de atención en el marco de los componentes del PAN.
- El personal administrativo debe trabajar de manera articulada con los operadores, el personal técnico, logístico y de presupuesto desde la etapa de planificación /o programación.
- Se debe informar a la población y capacitarla respecto al programa.
- El presupuesto debe distribuirse equitativamente entre los recursos humanos, bienes, servicios y equipamiento.
- El MEF debe exhortar al gobierno regional para socializar permanentemente el presupuesto asignado y debe supervisar la ejecución del gasto.
- El personal de salud debe contar con empatía y calidez en la atención.
- Los Gobiernos locales deben incrementar la conexión con fuente de agua de red pública a las viviendas de 65,3% a 82,7%.(Municipalidades) y la conexión a servicios sanitarios de desagüe a las viviendas con de 26,2% a 63,1%.(proyectos de inversión pública municipalidades) en el marco del Plan de Incentivos 2012.
- Hay la necesidad de medir la desnutrición crónica por distritos a la fecha así mismo contra una línea de base regional. Que permita analizar los resultados oficiales de la reducción de la desnutrición crónica y la contribución del programa.
- Los gastos deben darse en el primer trimestre para asegurar la disponibilidad de los insumos

- Impulsar el cumplimiento de producto por beneficiario.
- El Ministerio de Salud debe dotar de manera oportuna los suministros biológicos de Vacunas de influenza.
- Realizar el seguimiento a la implementación de los 4 productos en el marco del Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestales Estratégicos entre el Ministerio de Economía y Finanzas a través de la Dirección General de Presupuesto Público y el Gobierno Regional del Departamento de Huánuco, el cual será financiado con fondos de la Cooperación Internacional por un monto total de 15 millones. Tales como:

Indicador 1: Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad.

Indicador 2: Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad.

Indicador 3: Proporción de menores de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro.

Indicador 4: Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro.

- Se debe analizar porque a pesar de la intervención del programa el indicador de enfermedades diarreicas agudas al 2011 solo ha reducido 2.2% en comparación al año 2007 que es de 14.4%, como se observa en el cuadro n°07
- Fortalecer la estrategia de lavado de manos desde el componente de hábitos saludables.
- Los Gobiernos Locales deben mejorar el tratamiento y desinfección los sistemas existentes de agua y desagüe de sus gastos de mantenimiento y operaciones
- Es necesario resaltar que durante el año 2000 la lactancia materna exclusiva es de 82.5%, mientras que en el 2007 disminuye a un 76% e incrementándose solo en un 3.5 % al año 2011. Como se observa en el cuadro n° 10. Se ha bajado al 2010.
- Se debe fortalecer las campañas de lactancia materna
- La Defensoría del Pueblo debe exigir el cumplimiento según normas de la implementación de lactarios en las instituciones.

- Identificación oportuna de la gestantes para su tratamiento eficiente
- Implementar la red de laboratorios por paquetes para la atención de niños y la gestante en articulación con el SIS Diresa
-

Dentro del kit de requerimiento se debe programar productos de limpieza (GL.MS.JUNTOS).

En el año 2007 la proporción de niños nacidos con bajo peso es de 11.9%, reduciéndose solo en un 2% al año 2011. 2011 es de 25.2% con un incremento de de 10.1% del año 2007. Como se observa en el cuadro n°08. Estudio de tasa de adherencia del producto en distritos pilotos

Es necesario resaltar que durante el año 2000 el acceso al agua tratada es solo de 51.6% incrementándose significativamente en el año 2011 a un 82.5% e incrementándose en 3.1% del años 2007 al año 2011. Como se observa en el cuadro n° 12. Cuzar con los indicadores de edas y agua y desague. Para evalaiones

DEFENSORIA DEBE VIGILAR LA ENTREGA DE PIN Y VASO DE LECHE

disminuyendo la asignación presupuestal en el 2011 con 59,814,624 nuevos soles.

50 MILLONES MENOS POR QUE EN JUNTOS?.

La asignación presupuestaria para el Programa Articulado Nutricional en el pliego regional durante el periodo 2009-2011 ha venido incrementándose significativamente

en términos absolutos y proporcionales, observándose la asignación presupuestal a nivel de PIA y PIM, entre los años 2009 y 2011.

La asignación a nivel de PIA del Gobierno Regional pasa de 9% que es s/.50,912,951 nuevos soles en el 2009 a12% siendo s/. 65,859,165 nuevos soles en el 2011; en comparación al PIM este pasa de 13% representada 65,313,834 nuevos soles en el 2009 a 9% que asciende a 153,340,663 millones.

EL GOBIERNO REGIONAL NO TENDRIA POLITICAS DE REDUCCIÓN DE DES

Programación oportuna del presupuesto a nivel dePIA

LA EJECUCION PRESUPUESTAL DEBE DARSE EN EL MOMENTO OPORTUNO Y DE CALIDAD .

En cuanto al nivel de ejecución presupuestal del PAN a nivel de provincias ambo es la provincia con mayor avance teniendo un 97.2% seguida de de Huánuco con un 95.7% y de Dos de Mayo con un 94.6%; mientras que yarrowilca es la provincia con menor ejecución presupuestal teniendo un nivel de avance de 19.5 % con un saldo de 41,771 nuevos soles, seguida de Pachitea con 47.5% contando con un saldo de 377,750 LINEAS ARRIBA, DEBERIAN PROGRAR EN LOS PRODUCTOS DE PAN LOS TEMAS DE SANEMAINETO BASICO Y DE AGUA DEBEN PROGRAMAR LA MUNICIPALIDADES.

UNIDADES EJECUTORA Los gastos deben darse en el primer trimestre para asegurar la disponibilidad de los insumos

Impulsar el cumplimiento de producto por beneficiario.

Recursos humanos e insumos y equipamientos oportunos,

La compra, la distribución y entrega inoportuna de los insumos. DIRESA. DIREMID

Para la finalidad vinculada a hogares pobres afiliados al "programa juntos" durante el año 2011 se asignado s/. 14,979,455 soles, el mismo que cuenta con una ejecución de gasto de 99.4% a febrero del año 2012.

Debería tener metas físicas