



CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL GASTO SOCIAL EN PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN EL PERÚ

Proyecto Breve Cerrado

Germán Chávez Contreras

2008

INDICE GENERAL

Introducción.....	6
1. Las prioridades en la determinación de las políticas sociales.....	8
2. El gasto social en el Perú: criterios para la asignación.....	11
3. Mortalidad infantil y desnutrición crónica en menores de cinco años, como indicadores del bienestar social.....	17
4. La asignación del gasto social y su relación con los diferentes indicadores elegidos: El análisis descriptivo.....	19
a. Comportamiento de los Indicadores Sociales.....	19
b. Dispersión departamental del gasto social de los años 2007 y 2008, en función del Índice de Mortalidad Infantil.....	21
c. Dispersión departamental del gasto social de los años 2007 y 2008, en función de la Tasa de Desnutrición Crónica.....	25
d. Dispersión departamental del gasto social de los años 2007 y 2008 en función del Producto Bruto Interno per cápita.....	28
e. Evaluación del coeficiente de correlación parcial.....	32
f. Apreciación del gasto público a nivel departamental, utilizando una metodología del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	33
g. Dispersión distrital del gasto social en función del Ingreso Mensual per cápita, la Tasa de Desnutrición Crónica en menores de cinco años y del Índice de Mortalidad Infantil en menores de un año.....	36
h. Evaluación del coeficiente de correlación parcial para la dispersión distrital.....	38
i. Análisis de ratios de rotación de pobreza y de extrema pobreza en función de los programas sociales evaluados para el nivel distrital...	40
5. Conclusiones.....	42
6. Anexos.....	45
a. Anexo 1.....	45
b. Anexo 2.....	48

c. Anexo 3.....	51
7. Bibliografía.....	54

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Resumen de los coeficientes de correlación parcial departamental...	32
Cuadro 2. Indicadores Sociales por Quintiles del PBI. Promedio Años 2007.2008	35
Cuadro3. Valores promedio por quintiles del ingreso Mensual (valores per cápita).....	36
Cuadro 4. Valores promedio por quintiles de la Tasa de Desnutrición Crónica (valores per cápita).....	37
Cuadro 5. Valores promedio por quintiles del Índice de Mortalidad Infantil (valores per cápita).....	38
Cuadro 6. Coeficientes de correlación parcial para la dispersión distrital.....	40
Cuadro 7. Ratio de Rotación (Turnover): Beneficiarios PIN con relación a la población pobre y pobre extrema (Año 2007).....	41

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Objetivos y estrategias de los programas sociales en el Perú	14
Tabla 2. Categorías e indicadores de pobreza en el Perú	16
Gráfico 1. Indicadores sociales y PBI per cápita por departamentos, año 2007..	20
Gráfico 2. Dispersión departamental – Salud y saneamiento – IMI.....	22
Gráfico 3. Dispersión departamental – Salud colectiva – IMI.....	22
Gráfico 4. Dispersión departamental – Salud individual – IMI.....	22
Gráfico 5. Dispersión departamental – Nutrición infantil – IMI.....	23
Gráfico 6. Dispersión departamental – Complementación alimentaria – IMI.....	23
Gráfico 7. Dispersión departamental – Vaso de leche – IMI.....	24
Gráfico 8. Dispersión departamental – Seguro integral de salud – IMI.....	24
Gráfico 9. Dispersión departamental – Salud y saneamiento – TDC.....	25
Gráfico 10. Dispersión departamental – Salud colectiva – TDC.....	25
Gráfico 11. Dispersión departamental – Salud individual – TDC.....	26
Gráfico 12. Dispersión departamental – Nutrición infantil – TDC.....	26
Gráfico 13. Dispersión departamental – Complementación alimentaria – TDC...	27
Gráfico 14. Dispersión departamental – Vaso de leche – TDC.....	27
Gráfico 15. Dispersión departamental – Seguro integral de salud – TDC.....	28
Gráfico 16. Dispersión departamental – Salud y saneamiento – PBI per cápita..	29
Gráfico 17. Dispersión departamental – Salud colectiva – PBI per cápita.....	29
Gráfico 18. Dispersión departamental – Salud individual – PBI per cápita.....	30
Gráfico 19. Dispersión departamental – Nutrición infantil – PBI per cáita.....	30
Gráfico 20. Dispersión departamental – Complementación alimentaria – PBI Per cápita.....	30
Gráfico 21. Dispersión departamental – Vaso de leche – PBI per cápita.....	31
Gráfico 22. Dispersión departamental – Seguro integral de salud – PBI per Cápita.....	31
Gráfico 23. Indicadores sociales y PBI – Población por departamentos.....	34

Resumen

El trabajo busca verificar si la política social, tiene criterios concretos para la asignación del gasto en programas de nutrición y salud, y de ser este el caso, si dichos criterios se cumplen. Se concluye que sí existen, siendo prioritarias la pobreza, pobreza extrema, y la generación de capacidades en las personas. Las estrategias más utilizadas han tenido como prioridad a los niños, en el combate de la desnutrición crónica y la mortalidad infantil. De acuerdo a los estándares dados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se tiene que los fondos asignados a las prioridades de salud, nutrición y educación, siguen siendo pequeños. Son pocos los programas que aportan con el logro de sus objetivos. Los programas que más destacan son: Vaso de Leche, Seguro Integral de Salud y Programa Integral de Nutrición, aunque al parecer, podría existir una elevada filtración en ellos.

Summary

This paper seeks to determine whether social policy has specific criteria for the allocation of expenditure on health and nutrition programs, and if this is the case, whether these criteria are met. We conclude that they do exist, and remain as priorities, poverty, extreme poverty as well as the need to build capacities in people. The mostly used strategies have had children as a priority, fighting against chronic malnutrition and infant mortality. According to the standards given by the United Nations Program for Development (UNDP), the amount of funds allocated to the priorities of health, nutrition and education remain low. We conclude that there are few programs that provide with the achievement of its objectives. The programs that stand out are: Vaso de Leche, Seguro Integral de Salud y el Programa Integral de Nutrición, although they could be facing high filtration.

Introducción

El objetivo de este trabajo es evaluar la coherencia de los criterios para la asignación del gasto social en nutrición y salud con los potenciales o probables indicadores que se tienen para calificar a las comunidades como pobres, pobres extremos, de bajo nivel de bienestar social, o de bajos niveles de desarrollo humano. La preocupación nace del entendido de que el gasto social debe buscar la redistribución de la riqueza en un país, llevando a las poblaciones más pobres, más vulnerables y más postergadas, los servicios básicos que les permitan disfrutar de las condiciones mínimas de bienestar social. Al año 2008, el país ha presentado más de noventa meses de crecimiento continuo, con un crecimiento acumulado del Producto Bruto Interno del 50% aproximadamente, llevando en consecuencia, a mayores niveles en el ingreso nacional y en la demanda agregada. Sin embargo, la pobreza ha caído alrededor del 15%, hecho que expresaría una elasticidad producto de la pobreza, muy baja (menor a 1). Es probable que esto se deba a una marcada desigualdad en la distribución del ingreso en el país (coeficiente de Gini = 50.5%, para el año 2002)¹; por lo que la necesidad de políticas sociales que cumplan con sus objetivos, se hacen aún más necesarias.

La presente investigación, busca verificar si la asignación del gasto social está llegando a las comunidades menos favorecidas, si existe alguna relación entre los indicadores de bienestar social escogidos y la asignación del gasto social, si algunos programas llegan mejor a los departamentos y/o distritos con mayores problemas de mortalidad infantil o desnutrición crónica; de tal forma que se pueda sugerir la mejora en el diseño de los mismos. Para lograr estos objetivos, se procederá a la verificación a nivel departamental primero y distrital después, y al análisis econométrico para establecer y evaluar las correlaciones que existan entre los indicadores escogidos y la asignación del gasto por programa social.

En la revisión de la literatura, se encuentran diversos trabajos que evalúan el resultado de las políticas sociales en el país; sin embargo, existe la necesidad de estudios con diferentes perspectivas sobre los criterios que se toman para la asignación del gasto social en programas de salud y nutrición. Por esta razón el presente trabajo es relevante al revisar estos criterios y contrastarlos con la ejecución del gasto. Se

¹ El coeficiente de Gini es utilizado para expresar el nivel de equidad en la distribución de la riqueza. Un coeficiente de Gini muy bajo (cerca de cero) indica una distribución de la riqueza muy equitativa, siendo, en consecuencia un coeficiente de Gini cercano a 1, un indicador de una desigual distribución de la riqueza. El coeficiente de Gini para el Perú, se tomó de CEPAL, PNUD, y corresponde al año 2004.

pretende aportar con sugerencias que permitan la mejor asignación del gasto o la mejor gestión de los programas sociales en nutrición y salud.

En el primer capítulo, se revisan diversas investigaciones sobre las políticas sociales y sobre los criterios para la asignación del gasto, para conocer las propuestas teóricas con criterios generalmente aceptados para la asignación del gasto público social. En el segundo capítulo, a partir de una revisión de los antecedentes, se describen las prioridades y/o criterios para la asignación del gasto en el Perú.

En el tercer capítulo se presentan algunos de los argumentos para considerar al índice de mortalidad infantil en menores de un año (IMI), y la tasa de desnutrición crónica en menores de cinco años (TDC), como indicadores del bienestar social o de la calidad de vida, de tal forma que puedan ser utilizados para evaluar los probables criterios en la asignación del gasto.

El cuarto capítulo presenta un análisis de dispersión departamental y distrital del gasto social de diversos programas en función de los indicadores seleccionados. Se quiere verificar si éste está siendo asignado en función de los criterios u objetivos precisados en los dispositivos legales que los crea como tales. Tomando una metodología del PNUD, se hace una evaluación del gasto público a nivel departamental. Finalmente, también se evalúa la dispersión distrital a partir de coeficientes de correlación parcial con los criterios utilizados para ello (IMI, TDC, Tasa de Pobreza e Ingreso per-cápita). En el quinto capítulo se presentan las conclusiones de la investigación.

1. Las prioridades en la determinación de las políticas sociales

Si bien el mercado como sistema, es el medio más adecuado para colocar los recursos y responder con eficacia a las necesidades de las personas²; cuando existen fallas en el mercado, como es el caso de la existencia de segmentos poblacionales excluidos, se necesita la participación del estado para buscar ese equilibrio necesario en la sociedad y evitar las tensiones entre grupos humanos que pueden llevar al conflicto social.

Siguiendo a Parodi (2000)³ una de las hipótesis sobre los impedimentos para lograr estrategias de desarrollo sostenible, es la desigualdad en la distribución de los ingresos. En una sociedad con una desigual distribución del ingreso, es poco probable de que se logre una política que integre las capacidades productivas y la articulación de mercados, imposibilitando de esta manera el crecimiento sostenido.

Para que las políticas sociales apoyen el objetivo de reducción de la pobreza, deben generar capacidades en las personas para que puedan insertarse en un mercado laboral cada vez más competitivo. En este sentido, las políticas sociales deben buscar aportar al bien común⁴.

Como lo plantea Silva-Ruete⁵, la política social en su campo de actividad, se relaciona con la educación, la salud, la generación de empleo, alfabetización y lucha contra la pobreza, entre otros. Silva-Ruete señala que para los países de la OCDE⁶, el propósito del gasto social es la provisión de beneficios por instituciones públicas o privadas, a

² Hombre, economía y ética, Carol i Hostench, Carol, EUNSA, España, 1993. pp. 92 y 93.

³ Carlos Parodi, "Política Económica y Social en el Perú: 1980 – 2000", en Políticas Sociales en el Perú, nuevos aportes, Felipe Portocarrero, Editor. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, Lima, 2000, pp. 14 y siguientes.

⁴ En este documento el bien común se entiende como el conjunto de condiciones que permiten que todos y cada uno de los integrantes de una comunidad o sociedad estén en la capacidad de desarrollar sus capacidades humanas y realizarse como personas socialmente integradas. La definición fue tomada de la encíclica Centesimus Annus, Juan Pablo II, 1991. Juan Pablo II expresa una profunda preocupación por los pobres, reconociendo la incumbencia del Estado por velar justamente por bien común, y porque desde todas las dimensiones de la vida social, sin excluir la económica, se contribuya a su promoción dentro del respeto a la autonomía de cada una de estas dimensiones (política, económica, social, cultural). Esto no implica, como también lo precisa Juan Pablo II, que todo el esfuerzo sea exclusivo del Estado. Señala que la intervención del Estado es de carácter instrumental, dado que tanto "...el individuo como la familia y la sociedad son anteriores a él y el Estado mismo existe para tutelar los derechos de aquél y de éstas, y no para sofocarlos...".

⁵ Silva-Ruete, Javier, Política económica para países emergentes, Taurus, Lima, 2008, 337 y siguientes.

⁶ La OCDE es la Organización para la cooperación y el desarrollo económico y congrega a países desarrollados y de economías industrializadas del orbe.

familias e individuos para brindar apoyo en circunstancias en las que su bienestar se vea afectado por alguna eventualidad. Estos beneficios pueden ser transferencias de dinero o provisión de bienes y servicios. El autor hace referencia a las conclusiones de la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1995, en el que se planteó que el desarrollo social debe lograr la atención de los servicios sociales básicos (SSB), que en posteriores reuniones quedaron precisados en los siguientes rubros: a) Educación básica, b) Atención primaria de la salud, c) Programas de nutrición (con énfasis en la niñez), d) Agua potable y saneamiento, y e) Capacidad institucional para proveer los servicios anteriores⁷.

Para Chávez (2003), las políticas sociales son acciones del gobierno que buscan aportar a la solución del problema social, que en el caso peruano está muy relacionado con la pobreza y extrema pobreza que históricamente ha abarcado a un gran porcentaje de su población⁸. Larrañaga y Aedo (1993)⁹ señalan que las políticas sociales deben tener dos objetivos básicos siendo uno de ellos la formación de capital humano en el individuo, con niveles adecuados de salud y educación. El otro objetivo es dar apoyo a través de acciones sociales a aquellos que viven situaciones de extrema pobreza o que tienen impedimentos irreversibles para poder insertarse en el mercado laboral.

Si bien las políticas sociales por sí solas no lograrán reducir la pobreza ni combatir completamente las inequidades sociales, sí pueden aportar en la mejora de las condiciones de vida de los pobres y en la disminución de la desigualdad en la asignación del ingreso. En este sentido, las políticas sociales pueden ser asistenciales si tienen como objetivo la provisión de medios de subsistencia a los más pobres y de previsión social, y si procuran proteger a la población ante los riesgos de vejez y muerte. Las políticas sociales serán de servicios sociales cuando su acento esté en la formación de capacidades en las personas más vulnerables; y serán de apoyo al sector productivo si lo que busca es potenciar las capacidades productivas de las personas o de las comunidades en su conjunto¹⁰.

⁷ Ver Silva-Ruete, Javier, op.cit. pp. 341 y 343.

⁸ Chávez, Germán, La dimensión humana de las políticas sociales, en Revista Persona y Cultura, Editorial San Pablo, UCSP, Arequipa, 2003, pp. 128-137.

⁹ Carlos Parodi cita el trabajo de Larrañaga, Carlos y Aedo, Cristian, "Políticas Sociales: un marco conceptual para el análisis", en Revista de Análisis Económico, vol. 8, No. 2, Santiago de Chile, ILADES, 1993, pp. 137-138.

¹⁰ Tomado de Parodi, Carlos, op. cit. pp. 35 y siguientes.

Siguiendo a Vásquez et. al. (2001), para lograr mayor efectividad en los resultados de las políticas sociales, se debe conocer la demanda social de los grupos humanos en situación de extrema pobreza en los sectores urbano y rural, pues al parecer, el criterio líder para la asignación del gasto social es la reducción o eliminación de la pobreza extrema.

La aproximación a la pobreza y las maneras de medirla han evolucionado con el tiempo. Para Sen (1996) quien analiza la libertad de las personas desde sus capacidades para resolver sus necesidades básicas, solo se puede hablar de pobreza, si se la relaciona con los niveles mínimos de ciertas capacidades básicas que permitirán a las personas satisfacer determinados funcionamientos crucialmente importantes hasta niveles adecuadamente mínimos¹¹. Al referirse al nivel de ingreso, Sen señala que este no es más que un medio para lograr las capacidades básicas¹² y que este nivel de ingreso puede estar condicionado a características personales y sociales, o variaciones interpersonales e intersociales¹³.

Otra aproximación que permite mejorar las consideraciones para la asignación del gasto social, es la relacionada con el desarrollo humano. Desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se ha dado una mayor preocupación por las potencialidades y por las capacidades productivas de los pobres, buscando promover las capacidades de personas, incorporarlas en la toma de decisiones que afectan sus vidas y mejorar sus puntos fuertes y sus activos¹⁴. Para Parker, este cambio de modelo ha dado el paso de un Estado intervencionista, a un Estado regulador con lo que la política social deja de ser exclusividad del Estado, apuntándose a una mezcla entre lo público y lo privado introduciendo criterios de gerencia, de eficacia y de productividad¹⁵.

Según Bejar (2001), la política social apunta a establecer una mejor distribución del ingreso y mayor participación en el consumo, propiciando la tranquilidad social, fruto de la seguridad que logran los individuos cuando se sienten incluidos y cuando se evitan situaciones de pobreza o de extrema pobreza¹⁶.

¹¹ Sen, Amartya y Nussbaum, Martha, Capacidad y Bienestar, en La calidad de vida, Fondo de Cultura Económica, Mexico DF, 1996, pp. 67-69.

¹² Sen hace referencia a que en los países en desarrollo, el ingreso de la línea de pobreza frecuentemente deriva explícitamente de normas mínimas de nutrición. Es obvio que una buena nutrición genera capacidades en las personas (fundamentalmente en los niños) que les permitirán atender al menos sus necesidades básicas, o como diría Sen, sus funcionamientos crucialmente importantes.

¹³ Allí mismo, pp.69.

¹⁴ Allí mismo, pp.31.

¹⁵ Allí mismo, pp.32.

¹⁶

Para Sachs (2005), en su libro “El fin de la pobreza” el gasto público debe ayudar a salir de la “trampa de la pobreza”, a través de su participación en proyectos de sanidad, educación e infraestructura¹⁷. La cumbre social de Copenhague del año 1995, dentro de las metas sociales relevantes que fijó para el año 2000, consideró el acceso universal a la enseñanza básica, el mejoramiento de la esperanza de vida al nacer, la reducción de la mortalidad en lactantes (neonatos) y de niños menores de cinco años, la reducción de la mortalidad materna, la reducción de la desnutrición grave y moderada de los niños menores de cinco años, la prestación para todos de atención primaria de salud y de salud reproductiva, la reducción del analfabetismo y el incremento en la disponibilidad de las viviendas para todos¹⁸.

Así, al parecer, la prioridad de las políticas sociales está en la reducción de la pobreza, y pobreza extrema y en la generación de capacidades en las personas (capital humano). En este sentido, los servicios sociales básicos como educación, salud, nutrición, así como la generación de empleo y la alfabetización tienen una importancia crucial. A nivel de políticas, es correcto que se tenga como centro de las mismas a los grupos poblacionales más pobres; sin embargo -y esto lo veremos más adelante- es necesario que cada programa social que implementa la política, tenga un objetivo preciso, en función del grupo poblacional o grupo vulnerable al cual se dirige.

2. El gasto social en el Perú: criterios para la asignación

El gasto social es un medio para disminuir la pobreza, elevar el nivel de vida y en general lograr el desarrollo humano (Flood y Harriage, 1999)¹⁹. Los autores mencionan que, dependiendo de los criterios con que se asigne el gasto social y de los mecanismos de su ejecución (gestión), este puede ser más o menos eficiente y equitativo. Como una práctica metodológica generalmente aceptada, Tulio Ceconi

Ver Béjar, Héctor, Justicia social, política social, CEDEP, Lima, 2001, pp. 21.

¹⁷ Para el Jeffrey Sachs, la trampa de la pobreza se da cuando al existir un estado pobre y familias con reducido ingreso. El ahorro se torna inexistente y la inversión tampoco se da. Si no hay inversión, no se tiene acumulación de capital y no se mejora la productividad del trabajo y de los otros factores de producción; con lo cual nunca se podrá salir de pobre. Ver Sachs, Jeffrey, El fin de la pobreza: cómo conseguirlo en nuestro tiempo, Debate, Buenos Aires, Argentina, 2006, pp.135-136.

¹⁸ Béjar, Héctor, op.cit. pp.110.

¹⁹ Ver el Informe de Desarrollo Humano de Honduras, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1999. Versión en html del archivo:
http://www.undp.un.hn/PDF/informes/2003/Capitulo_2.pdf.

(1999),²⁰ menciona que el gasto público utiliza como criterio el análisis del costo/beneficio nacional. Este criterio no podría aplicarse al gasto social, pues se estaría privilegiando a las comunidades con mayores potencialidades, con mejor asignación de capital y con mejores condiciones de vida, dado que por lo general, una inversión en el sector urbano, es más rentable que en el sector rural.

En el Perú existieron acciones aisladas tomadas por diferentes gobiernos durante la primera mitad del siglo XX, que sentaron las bases para que se piense con mayor detenimiento sobre la necesidad de contar con políticas definidas que permitan una continuidad en la preocupación del Estado por resolver los problemas de inequidad en la distribución de la riqueza. Cabe resaltar que importantes iniciativas de proyección social, no se dan a partir del Estado, sino más bien de los ciudadanos que ante situaciones de pobreza y extrema pobreza y ante la inoperancia de los sectores político y empresarial, deciden actuar, creando por ejemplo, los comedores populares²¹.

Sin embargo, a partir de la cláusula 18 de la Carta de Intención que firmó el Perú con el Fondo Monetario Internacional el año 1994, se exigió al gobierno el fortalecimiento de sus políticas para reducir la pobreza y la consolidación de la pacificación del país. La coyuntura y los requerimientos del FMI hacen que se den ciertos lineamientos para iniciar la reforma de la salud, educación y vivienda y se considera la necesidad de contar con una política dirigida al alivio de la pobreza y de pobreza extrema²². El déficit social que se genera a partir del cambio de modelo y del ajuste estructural obliga al Estado a intensificar las acciones de lucha contra la pobreza y la privación²³.

Durante los primeros años del gobierno del presidente Fujimori (1993), se presentaron los programas de focalización del gasto y de mejora del gasto social, ambos con un fuerte acento en los grupos humanos más vulnerables. La Estrategia Nacional de Alivio de la Pobreza consideró, en ese momento, a la nutrición básica, la salud y la educación como responsabilidades del Estado, buscando romper el círculo de la pobreza a partir de la satisfacción de las necesidades básicas, y la provisión de los

²⁰ Ver Criterios de Asignación del Gasto Público y Crecimiento Económico de Tulio Ceconi, en las Cuartas Jornadas de Investigaciones de la Facultad de Economía y Estadística, Universidad Nacional del Rosario, Argentina, 1999.

²¹ Los primeros comedores populares se crean el año 1978 en Comas y El Agustino (Lima). Ver Béjar, Héctor op.cit. pp. 137.

²² Ver Béjar, Héctor, op.cit. pp. 1443-146. Entre 1991 y 1992, se crean el Fondo de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) y el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA).

²³ Ver Parodi, Carlos, Entorno económico y política social en el Perú, en Inversión social para un buen gobierno en el Perú, Vásquez, Cortez y Riesco, Editores, CIUP, Lima, 2000, pp. 61.

medios necesarios a las personas²⁴. En la década de los noventa la política social toma una dirección hacia el alivio de la pobreza con énfasis en los grupos más vulnerables, a través de programas de carácter específico y cobertura multisectorial. Las prioridades para la concentración del gasto social fueron la dotación de infraestructura, la provisión de servicios básicos de salud, nutrición, educación, justicia y seguridad²⁵.

Con el ánimo de focalizar el gasto y definir una estrategia de lucha contra la pobreza extrema, el año 1996, el gobierno a través del Ministerio de la Presidencia, aprueba la Estrategia Focalizada de Lucha contra la Pobreza Extrema, que fue el objetivo máximo de la política social del segundo gobierno de Alberto Fujimori. En ésta estrategia, se plantean las siguientes líneas de acción: a) Asistencia social, que brindará nutrición a niños en edad escolar y otros grupos vulnerables, y planificación familiar; b) Infraestructura social, que abarcará salud pública, sistemas de agua potable y desagüe, y educación básica; y c) Infraestructura económica, que incluye vías de acceso (de penetración), pequeñas obras de irrigación y electrificación²⁶.

En diciembre del año 2001, se publica la Carta de Política Social 2001–2006, que considera la lucha contra la pobreza como la primera prioridad de la gestión del gobierno en cuanto a política social. Este compromiso lleva a que el gobierno se fije tres objetivos, uno de los cuales es el de garantizar que todo peruano tenga acceso a la salud, la educación y la cultura²⁷. Las estrategias fijadas para el logro de estos objetivos son diversas, una de las cuales es la asignación de recursos con criterio de equidad. Se entiende que equidad no es lo mismo que igualdad, por lo que una política de asignación de gasto social, no debería pretender dar el apoyo en la misma cantidad e intensidad para todos; sino que más bien debe asignar de acuerdo a la necesidad, a la carencia y/o vulnerabilidad de las personas y de las comunidades²⁸.

El anexo de la Carta de Política Social 2001 – 2006 abunda en detalles sobre las principales prioridades, dada la orientación de la política social y la escasez de los recursos públicos. Señala el documento que la prioridad serán los niños menores de

²⁴ Ver Parodi, Carlos, Entorno económico y política social en el Perú, en *Inversión social para un buen gobierno en el Perú*, Vásquez, Cortez y Riesco, Editores, CIUP, Lima, 2000, pp.72-75.

²⁵ Ver Parodi, Carlos, op.cit. pp. 72-74.

²⁶ Ver Parodi, Carlos, Perú 1960 – 2000, políticas económicas y sociales en entornos cambiantes, CIUP, Lima, 2001, pp. 425-426.

²⁷ “Desafíos de las Políticas Sociales: superación de la pobreza e integración social en América Latina”, FONCODES y CIES, Lima, 2002. pp. 21 y siguientes.

²⁸ La equidad difiere de igualdad, en la medida en que esta última no distingue las diferencias que existen entre las personas y/o grupos poblacionales.

cinco años, garantizando una adecuada nutrición en los primeros años de vida; las madres gestantes y lactantes, las mujeres en edad fértil, los niños en edad escolar y la población de las áreas caracterizadas como de extrema pobreza²⁹. Nutrición y salud son las dos primeras prioridades, seguidas de educación, justicia, vivienda y saneamiento, seguridad ciudadana e inversión social adicional.

Tabla 1
Objetivos y Estrategias de las Políticas Sociales en el Perú

Año o Época	Objetivo	Estrategias Propuestas/Programas
Primeras dos décadas del Siglo XX	Combatir el analfabetismo y disminuir la mortalidad infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Educación básica primaria a nivel nacional • Sector Salud: Programas de vacunaciones.
Década de los años treinta	Derechos del trabajador. Fomentar la paz social.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad social para los obreros y empleados. • Comedores populares. • Programas de vivienda. • Carreteras de penetración.
1990 – 1991 (Primer gobierno de Alberto Fujimori)	Atender a grupos afectados por el programa de ajuste de la primera mitad de los noventa	Programa de Emergencia Social (PES): <ul style="list-style-type: none"> • Programas alimentarios. • Programas de salud. • Programas de empleo y apoyo productivo
1994 (Cláusula 18 de la Carta de Intención con el FMI)	Reducción de la pobreza, extrema pobreza y consolidación del país	Reforma de Salud, Educación y Vivienda. <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de NBI. • Dotación de infraestructura. • Provisión de servicios de salud, nutrición, educación, justicia y seguridad.
1996 – 2000 (Segundo gobierno de Alberto Fujimori)	Lucha contra la pobreza y extrema pobreza	Asistencia social: <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición a niños en edad escolar y a otros grupos vulnerables. • Planificación familiar. Infraestructura social: <ul style="list-style-type: none"> • Salud pública y saneamiento. • Educación básica. Infraestructura económica: <ul style="list-style-type: none"> • Carreteras de penetración. • Obras de irrigación y electrificación pequeñas.
2001 – 2006 (Publicación de la Carta Política Social)	Lucha contra la pobreza Equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridad en niños menores de cinco años. • Prioridad en madres gestantes y lactantes, mujeres en edad fértil, niños en edad escolar. • Nutrición y salud son las dos primeras prioridades, seguidas de educación, justicias, vivienda, saneamiento y seguridad ciudadana.

Elaboración propia

De acuerdo a la literatura revisada lo que se espera es ver que la política social esté dirigida a los más pobres, a los grupos más vulnerables y a los afectados por programas de ajuste económico, con el ánimo de lograr para ellos mejores condiciones de vida. Lo que se ve, es que la política social en el Perú, tuvo como sus

²⁹ Allí mismo, pp31 y siguientes.

principales objetivos, luchar contra la pobreza y extrema pobreza, la reducción de la brecha de equidad entre los más pobres y los más ricos, el mejoramiento de las condiciones para lograr la paz social, y la disminución del impacto del ajuste económico de la primera parte de la década pasada. La Estrategia Nacional de Alivio de la Pobreza consideró, en ese momento (1993 en adelante), a la nutrición básica, la salud y la educación como responsabilidades del Estado³⁰. Las prioridades para la concentración del gasto social fueron la dotación de infraestructura, la provisión de servicios básicos de salud, nutrición, educación, justicia y seguridad³¹. A continuación se presentan, de manera esquemática, algunos de los más importantes programas sociales, relacionados con nutrición y salud.

³⁰ Ver Parodi, Carlos, Entorno económico y política social en el Perú, en *Inversión social para un buen gobierno en el Perú*, Vásquez, Cortez y Riesco, Editores, CIUP, Lima, 2000, pp.72-75.

³¹ Ver Parodi, Carlos, *op.cit.* pp. 72-74.

Tabla 2
Programas Sociales en Nutrición y Salud: Objetivos y Estrategias

Programa Social	Objetivo / Criterio	Estrategias propuestas
Programa Nacional Alimentario (PRONAA) ³²	Mejorar el nivel alimentario y nutricional de población en situación de extrema pobreza.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar apoyo alimentario a grupos más vulnerables de población urbano-marginal y rural. • Comedores Populares, Clubes de madres
Programa Integral de Nutrición (PIN) ³³	Combatir la desnutrición infantil, dirigido a niños entre 6 meses y 6 años de edad y madres gestantes y lactantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-programa infantil: Alimentos para niños entre 6 meses y 3 años de edad. • Sub-programa escolar y pre-escolar: Alimentos para niños de 3 a 6 años de edad, niños del nivel inicial, y niños de primaria entre 6 y 12 años de edad. • Alimentos para mujeres gestantes y lactantes.
Vaso de Leche ³⁴	Mejorar los niveles alimentarios de los distritos con menor asignación de fondos (Programa compensatorio)	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar el gasto en función del índice de pobreza y del índice demográfico. • Primera prioridad: Niños de cero a 6 años y madres gestantes y en período de lactancia. • Segunda prioridad: Niños de 6 a 13 años. • Tercera prioridad: Ancianos y enfermos de tuberculosis.
Programa Nacional de Alimentación y Nutrición a la Familia (PANFAR) ³⁵	Mejorar estado nutricional de familias en alto riesgo de sufrir desnutrición y/o muerte infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de canasta alimentaria a madres gestantes, lactantes y menores de 5 años.
Estrategia CRECER ³⁶	Combatir la pobreza, la extrema pobreza. Promover el empleo sostenible. Tiene especial preocupación por los niños menores de 5 años y por las madres gestantes en situación de extrema pobreza.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar capacidades productivas de grupos humanos más vulnerables y de población en situación de riesgo. • Asignación en relación a los índices de pobreza y desnutrición crónica infantil en menores de 5 años. • Promover el respeto por los derechos fundamentales. • Generar oportunidades y promover capacidades económicas y productivas. • Implementar red de protección social.
Seguro Integral de Salud (SIS) ³⁷	Mejorar la salud de las personas y reducir la tasa de mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover acceso con equidad a servicios de salud. • Atender a grupos humanos más vulnerables y en extrema pobreza y pobreza (en ese orden).

Elaboración propia.

³² El PRONAA, creado el 5 de febrero de 1992, nace de la fusión del Programa de Asistencia Directa (PAD) y de la Oficina Nacional de Apoyo Alimentario (ONAA).

³³ El PIN es un programa social de apoyo alimentario que busca combatir la desnutrición infantil. La institución responsable de la ejecución del PIN es el PRONAA.

³⁴ El Vaso de Leche, programa social creado en 1985 en municipios provinciales primero y luego distritales. Los gobiernos locales y organizaciones sociales, están a cargo de de su programación y gestión.

³⁵ El PANFAR, ejecutado por el MINSA a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y del Instituto Nacional de Salud (INS), según el convenio con la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID).

³⁶ CRECER es una estrategia progresiva, articulada y multisectorial, para combatir la pobreza, la extrema pobreza y para promover el empleo sostenible a través de la inserción efectiva de los integrantes de familias y de productores artesanales en los mercados. Implica la participación del gobierno central, de los subgobiernos y de organizaciones civiles. (Tomado de <http://www.crecer.gob.pe/crecer.php?var=1>).

³⁷ El SIS es un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, que busca integrar y contribuir con el aseguramiento público, ampliando el acceso a los servicios de salud a través de una atención integral, utilizando como estrategia la universalización del aseguramiento en salud.

Los programas sociales revisados son coherentes con la política que los crea. Es así que se encuentran objetivos comunes, tales como mejorar la equidad, llegar a los pobres extremos primero, reducir la tasa de mortalidad, generar mejores condiciones de vida para los grupos humanos más vulnerables o menos favorecidos; etc. También se puede ver un interesante nivel de articulación de los primeros cinco programas sociales citados, con la Estrategia CRECER, que busca combatir la pobreza, a partir de la generación de capacidades productivas en las personas y comunidades en situación de pobreza extrema, promoviendo además, el respeto por los derechos humanos.

Se puede concluir que, en el marco de las obligaciones básicas antes citadas, los programas sociales en nutrición y salud en nuestro país, están por lo general bien direccionados en cuanto a sus objetivos y estrategias. Sin embargo, es necesario evaluar si estos programas también están bien gestionados, ya que de ser este el hecho, se podrían mejorar las posibilidades de que su aplicación, ayude a reducir la incidencia de la pobreza y de la extrema pobreza, y a la disminución de la brecha entre los distritos más pobres y los más ricos en el Perú, mejorando también las opciones para lograr un crecimiento económico más inclusivo y un desarrollo sostenido.

3. Mortalidad infantil y desnutrición crónica en menores de cinco años, como indicadores del bienestar social

Es de suponer que los programas sociales en nutrición y salud así como la asignación de fondos a los mimos, tienen alguna relación con el comportamiento de indicadores como la tasa de desnutrición crónica en menores de cinco años (TDC) y el índice de mortalidad infantil en menores de un año (IMI). Sin embargo, con el ánimo de fortalecer la decisión de tomar estos indicadores para el análisis posterior, se presentan a continuación algunas aproximaciones que pretenden fortalecer la relevancia de los mismos.

En primer lugar, existen algunos estudios que evidencian una desigual asignación de fondos en términos de pobreza en las regiones del país, y toman como referente la tasa de desnutrición crónica. Por ejemplo, Vásquez (2006), señala que el gasto público en niños y adolescentes en el Perú es desigual. Las regiones más pobres presentan los peores indicadores de salud, educación, nutrición y bienestar; y reciben proporcionalmente menos fondos que otras regiones en donde estos indicadores no

son tan severos. Huancavelica, que es una de las regiones de mayor vulnerabilidad ante la desnutrición crónica, recibe tan solo S/. 28.15 por niño, mientras que Lima, de menor vulnerabilidad, recibe S/. 74.66 por niño. Se da una alta concentración del gasto público en salud infantil en Lima y Callao (50%), dejando el otro 50% para el resto del país. Finalmente, Vásquez señala que el gasto ejecutado por el INABIF, beneficia a los menos pobres. Así, un niño de Lima recibe 2.7 veces más que uno de Ayacucho, 3.8 veces más que un niño de Puno y 5.9 veces más que un niño de Huancavelica³⁸.

Otra fotografía de lo mismo se puede ver en el estudio realizado el año 1997 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el que se demuestra que la mortalidad infantil en menores de un año, se redujo de 57.2 a 42.6 (14.6 menos) por mil nacidos vivos. El punto relevante para este trabajo, es que la reducción de este indicador ha sido mayor en Lima (cae en 22 por mil nacidos vivos), mientras que en Huancavelica (cae en 17 por mil nacidos vivos). Esta vez se toma como referencia al Índice de Mortalidad Infantil en menores de un año, para referirse al impacto de algunas políticas sociales que buscan mejorar las condiciones de vida a nivel nacional.

Siguiendo a Aramburu y Figueroa (2001), las condiciones de vida de una persona mejoran si su salud y su acceso a los servicios de salud se enmarcan dentro de parámetros “normales”³⁹. En el documento, los autores refieren la importancia de la salud en el bienestar social⁴⁰.

En segundo lugar, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en su calidad de organización internacional, ha expresado que indicadores como el nivel de alfabetismo, las tasas de mortalidad infantil y materna, son válidos para referirse al desarrollo humano a y a las condiciones de vida. Estas afirmaciones fortalecen la decisión de tomar el índice de mortalidad infantil en menores de un año, y el índice de desnutrición crónica en menores de cinco años para referirnos a las condiciones de vida o bienestar social en el presente estudio. Asimismo, la tasa de desnutrición crónica es uno de los indicadores más importantes del mapa de pobreza elaborado por

³⁸ Ver Gasto Social y Niñez: las limitaciones de una gestión, de Enrique Vásquez Huamán, CIUP, Lima, 2006.

³⁹ Para los autores, los parámetros normales se refieren al acceso de los hogares a los servicios de salud (sin dificultad) y a la capacidad para acceder a controles prenatales por profesionales de la salud. Mencionan que estas condiciones normales tienen un beneficio adicional, pues influyen favorablemente en la reducción de la tasa de mortalidad infantil. La normalidad tiene que ver entonces con condición básica de gozar de buena salud y de tener acceso sin mucha dificultad a los servicios de salud. Para los casos de hogares con mujeres en edad fértil, se refiere a la capacidad para acceder a controles prenatales. Es pues, acceso a servicios de salud, capacidad para controles prenatales por profesionales de la salud.

⁴⁰ Aramburu, Carlos y Figueroa, Carlos, “El desafío de enfrentar las desigualdad de la pobreza extrema en el Perú”, en Los desafíos de la lucha contra la pobreza extrema en el Perú, CIUP, Lima, 2001, pp. 51.

FONCODES el año 1994, documento que se ha constituido en uno de los instrumentos más importantes para la focalización de las acciones de lucha contra la pobreza. Los indicadores básicos del mapa de pobreza fueron clasificados en cuatro categorías que se presentan a continuación.

Categoría	Indicadores
Indicadores que reflejan el insuficiente consumo de la población en extrema pobreza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de niños en desnutrición crónica.
Indicadores de Educación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasa de analfabetismo. ▪ Tasa de inasistencia escolar.
Indicadores que reflejan las condiciones de hábitat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de hogares con hacinamiento. ▪ Porcentaje de viviendas con techos precarios.
Indicadores de servicios básicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de viviendas sin red pública de agua. ▪ Porcentaje de viviendas sin red pública de desagüe.

Fuente: Nivel de focalización de los programas del Ministerio de la Presidencia. Rosa Flores Medina, INEI, 2001, Lima. pp. 17-18.

Finalmente, el PNUD (2002), también precisa la importancia del “capital humano”⁴¹ como uno de los cinco determinantes que explican las situaciones de pobreza en los países. Siendo que el capital humano se refiere a los conocimientos, destrezas y actitudes; las capacidades mentales son fundamentales, y para ello una buena alimentación y cuidado en la primera infancia y en la niñez son necesarios.

4. La asignación del gasto social y su relación con los diferentes indicadores elegidos: El análisis descriptivo.

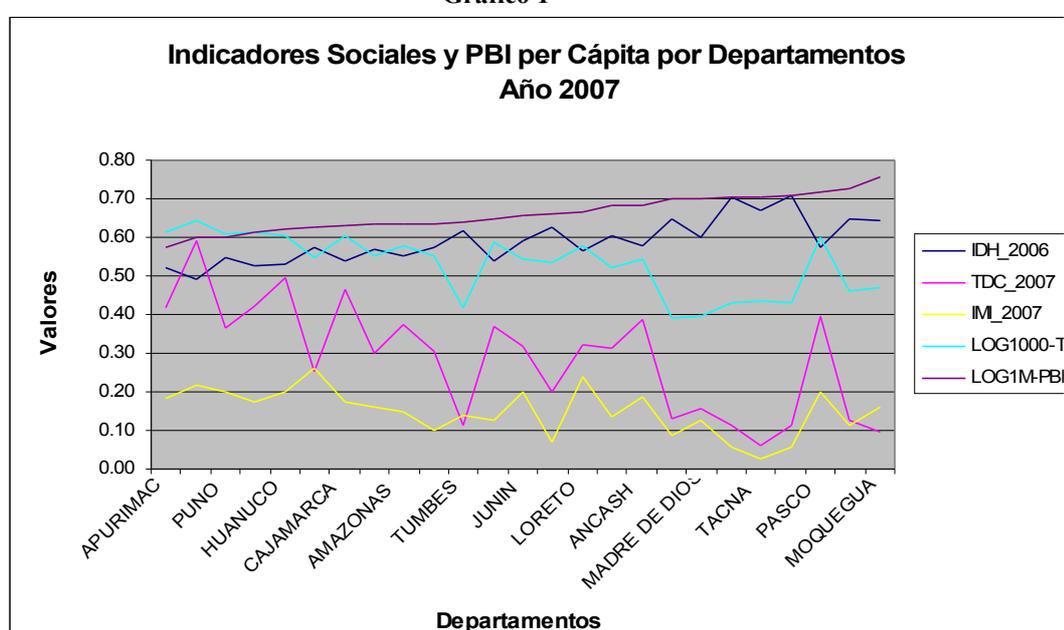
a. Comportamiento de los Indicadores Sociales

Los indicadores sociales considerados para la evaluación desde la estadística descriptiva y el análisis econométrico, son la Tasa de Desnutrición Crónica en menores de cinco años y el Índice de Mortalidad Infantil en menores de un año.

⁴¹ El capital humano considera las capacidades humanas y dentro de ellas las capacidades físicas y mentales. Una elevada tasa de desnutrición crónica, resta capacidades en el aprendizaje y en el futuro desempeño en el mercado laboral, afectando negativamente en el bienestar social.

Para una suerte de validación, se evaluarán las tendencias del Índice de Desarrollo Humano (IDH), de la Tasa de Pobreza por la línea de gasto (TP) y la de los indicadores escogidos. Lo que se busca es verificar si el comportamiento de los referidos indicadores es consistente en la relación entre ellos, es decir si todos se agudizan en los departamentos más pobres y si consecuentemente son mejores en los departamentos con mayor actividad económica. La variable sobre la cual se procedió a ordenar los datos fue el PBI per cápita⁴², dado que como indicador de desempeño económico, debe contrastar con los indicadores sociales. Para facilitar el análisis gráfico, el PBI per cápita se expresa en términos de logaritmo con base un millón, para lograr ubicarlo en el mismo gráfico con los otros indicadores, que por lo general tienen una escala que va en el rango entre cero y uno.

Gráfico 1



Fuente: ENAHO 2007, Perú en Números 2007, ENDES 2007. Elaboración propia.

Se observa que existe moderada coherencia en el comportamiento entre los indicadores sociales utilizados. Es así que en los departamentos que presentan un menor IDH y PBI per cápita, también se observan mayores tasas de desnutrición crónica en menores de cinco años, y mayores índices de mortalidad infantil en menores de un año, con excepción de algunos departamentos como Pasco y Moquegua. También se observa que la Tasa de Desnutrición Crónica y el Índice de Mortalidad Infantil se presentan como los más opuestos al comportamiento del PBI per cápita. De hecho asignar el gasto en función del PBI per cápita, iría en contra

⁴² Las cifras se presenta en valores per cápita, y con la finalidad de lograr escalas que se puedan presentar en un mismo gráfico, tanto a la tasa de pobreza como al PBI per cápita, se les aplicó el Logaritmo en base 100.

de los objetivos de prácticamente todos los programas sociales, que por definición buscan disminuir las inequidades en un proceso de redistribución del ingreso.

b. Dispersión departamental del gasto social de los años 2007 y 2008, en función del Índice de Mortalidad Infantil.

Para el análisis de la dispersión de datos a partir del gasto en programas sociales con relación a los indicadores asumidos, se utilizó la información de las siguientes fuentes: Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y Perú en Números.

Gráfico 2

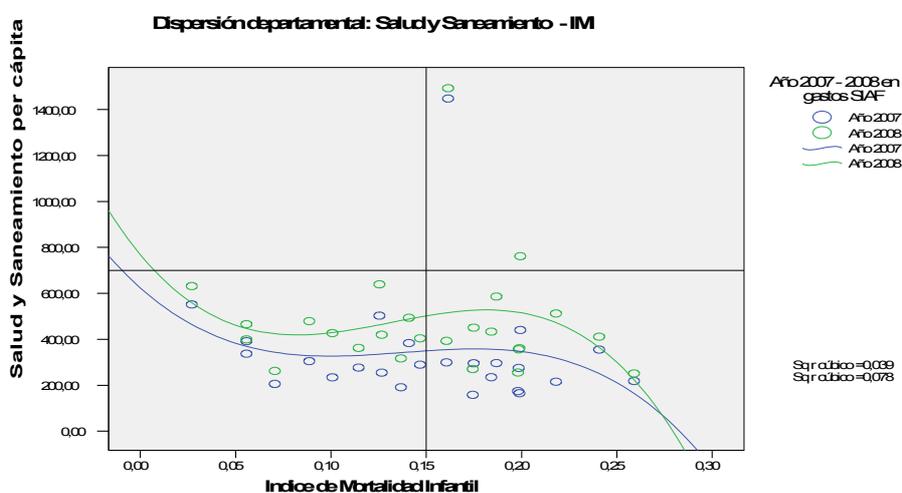


Gráfico 3

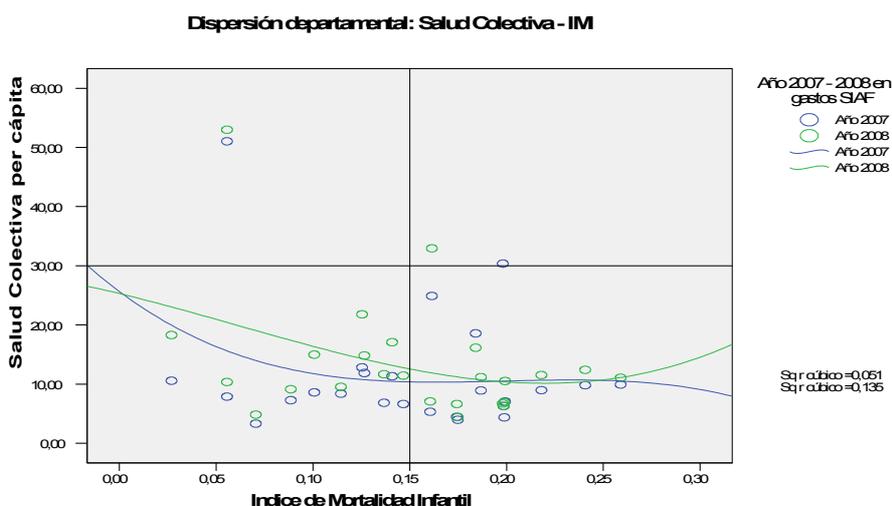


Gráfico 4

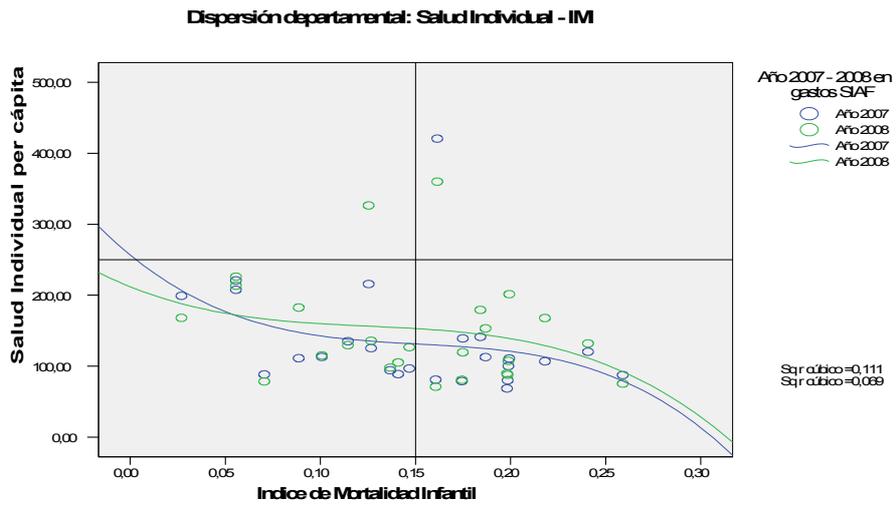


Gráfico 5

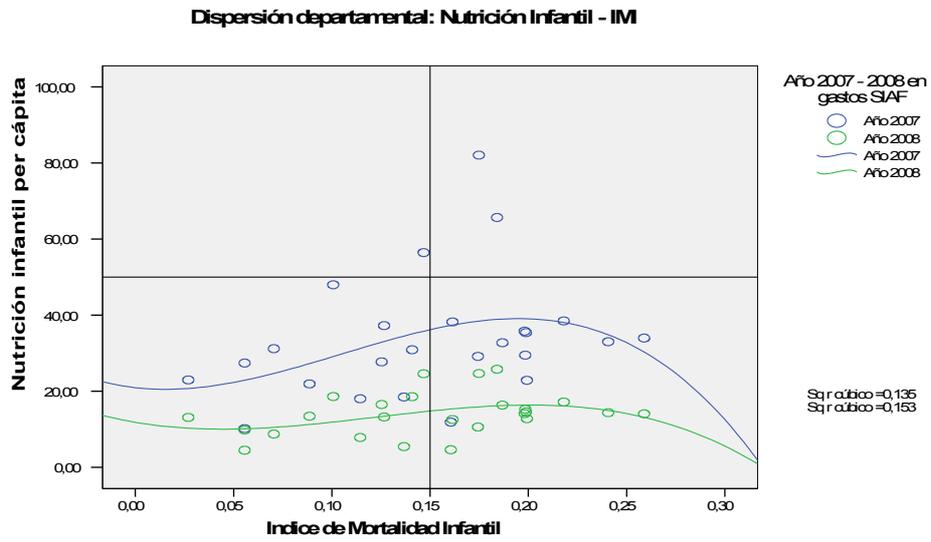


Gráfico 6

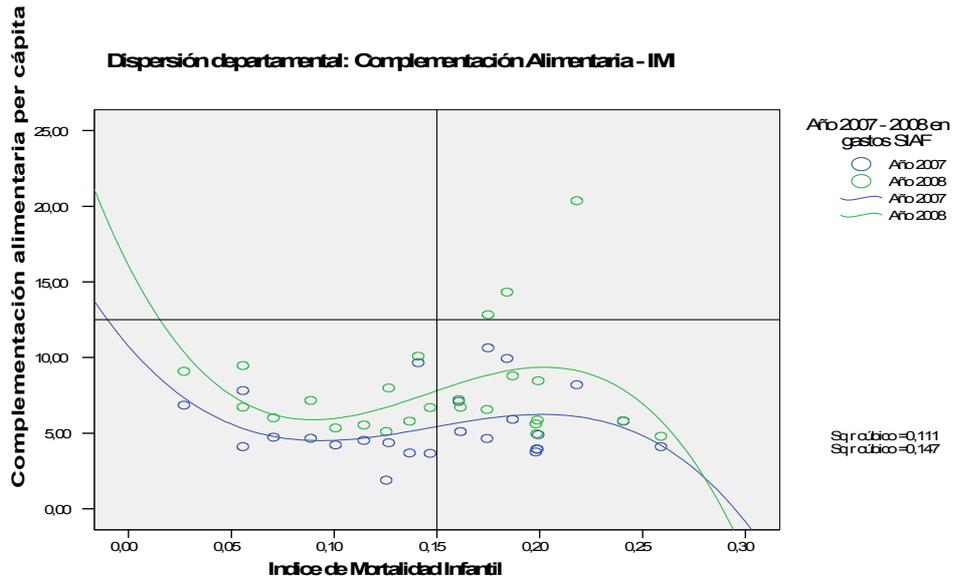


Gráfico 7

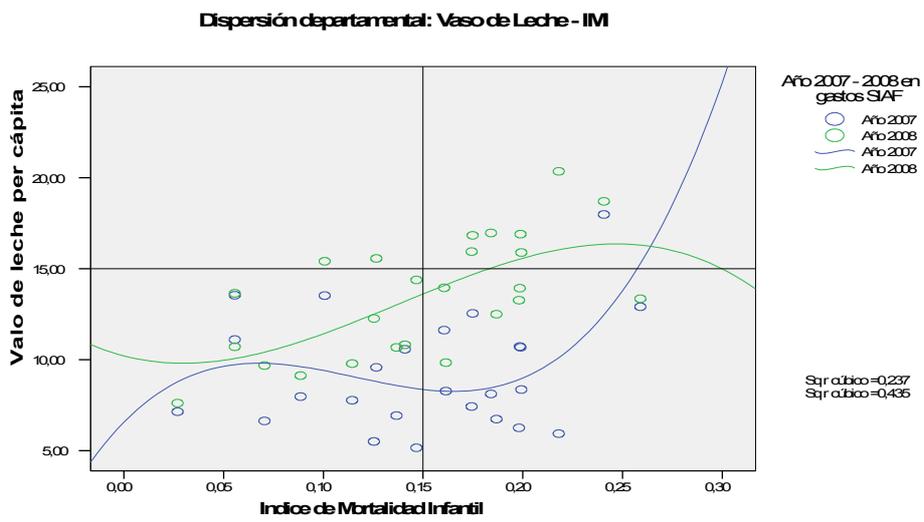
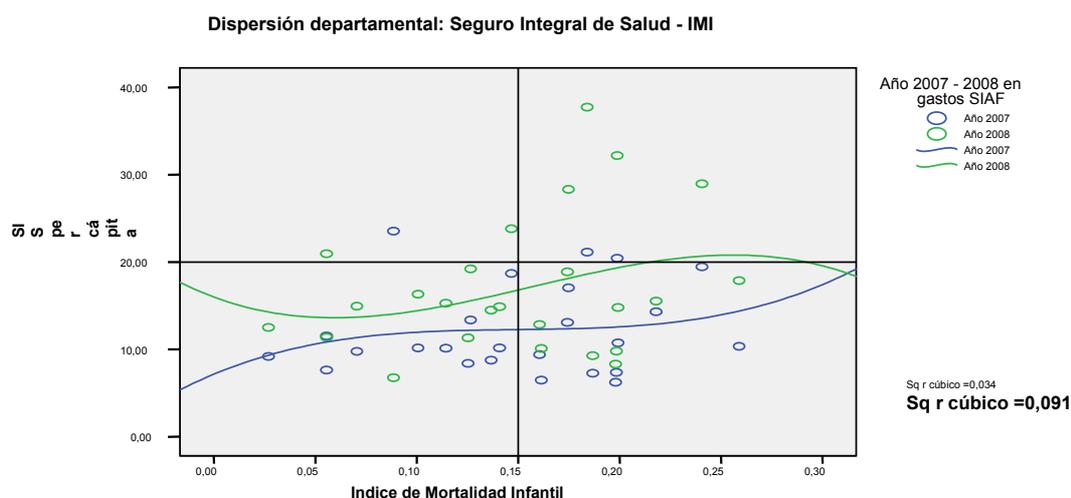


Gráfico 8



Como se puede observar, salvo los programas sociales Vaso de Leche y Seguro Integral de Salud, los otros programas sociales no presentan un comportamiento pro-pobre definido, es decir que permitan que los que menos tienen, reciban más. Incluso se tiene que departamentos con un moderado o bajo IMI, presentan los más altos niveles de asignación en los diferentes programas sociales analizados, tal es el caso reiterado de Moquegua, que además presenta el PBI per cápita más elevado del país. Sin embargo, dado que a nivel departamental el PBI per cápita puede tener una dispersión confusa, más adelante se trabajará la dispersión a nivel distrital.

En un plano cartesiano, la dispersión de los pares ordenados de IMI con los gastos de los diferentes programas sociales analizados, se concentra en los cuadrantes III y IV, indicando que el gasto social no tiene como criterio relevante al IMI. La tendencia positiva que se observa en los programas de salud es incipiente y no contradice lo observado.

c. **Dispersión departamental del gasto social de los años 2007 y 2008, en función de la Tasa de Desnutrición Crónica.**

Gráfico 9

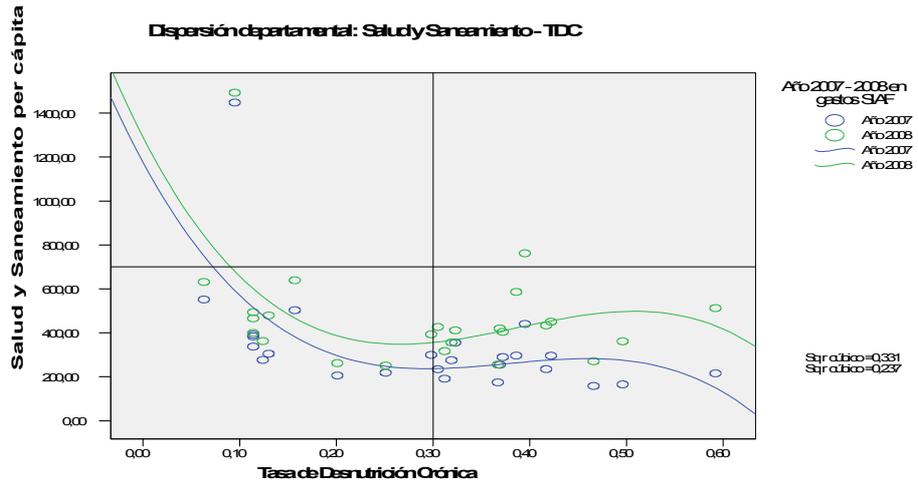


Gráfico 10

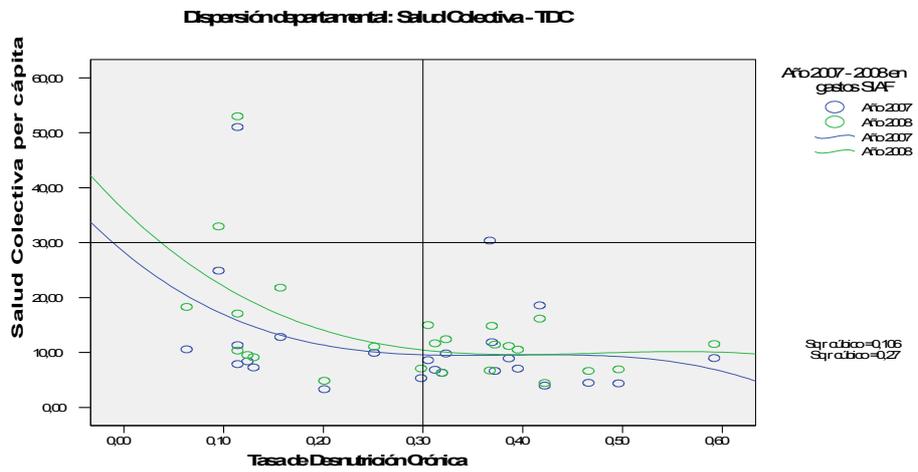


Gráfico 11

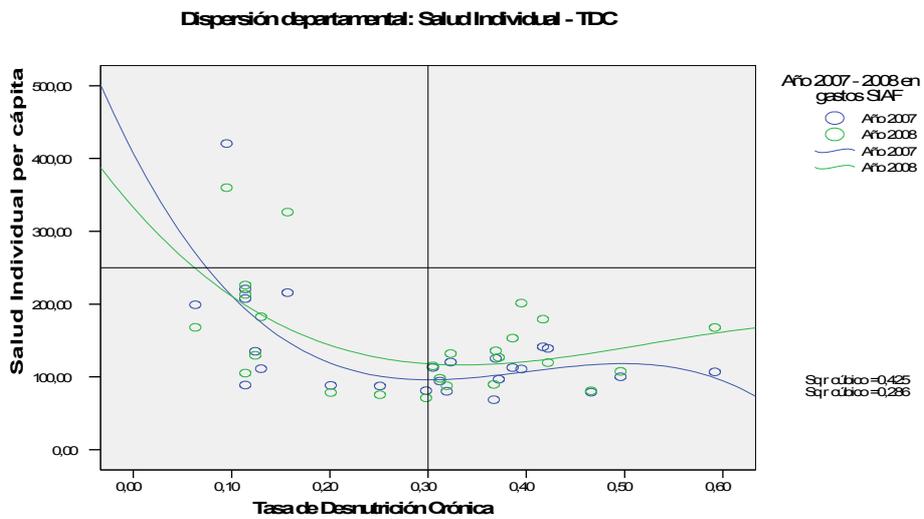


Gráfico 12

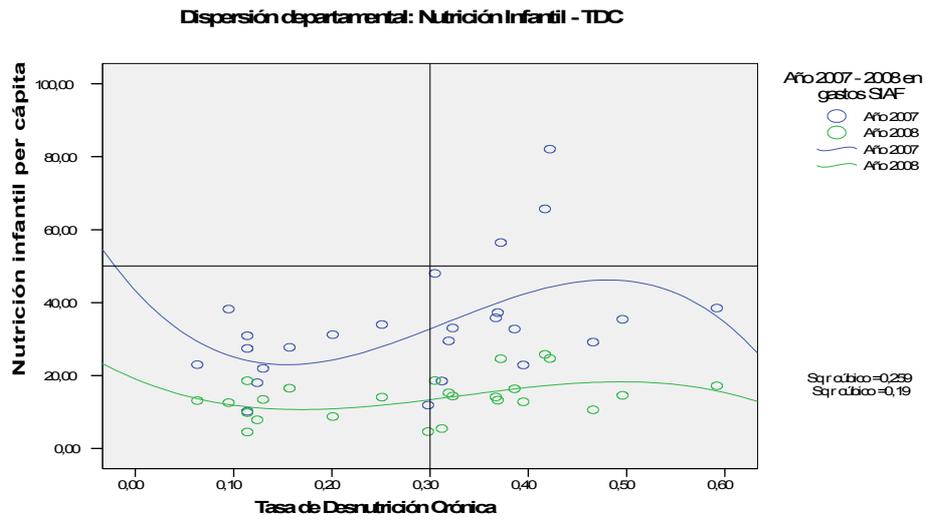


Gráfico 13

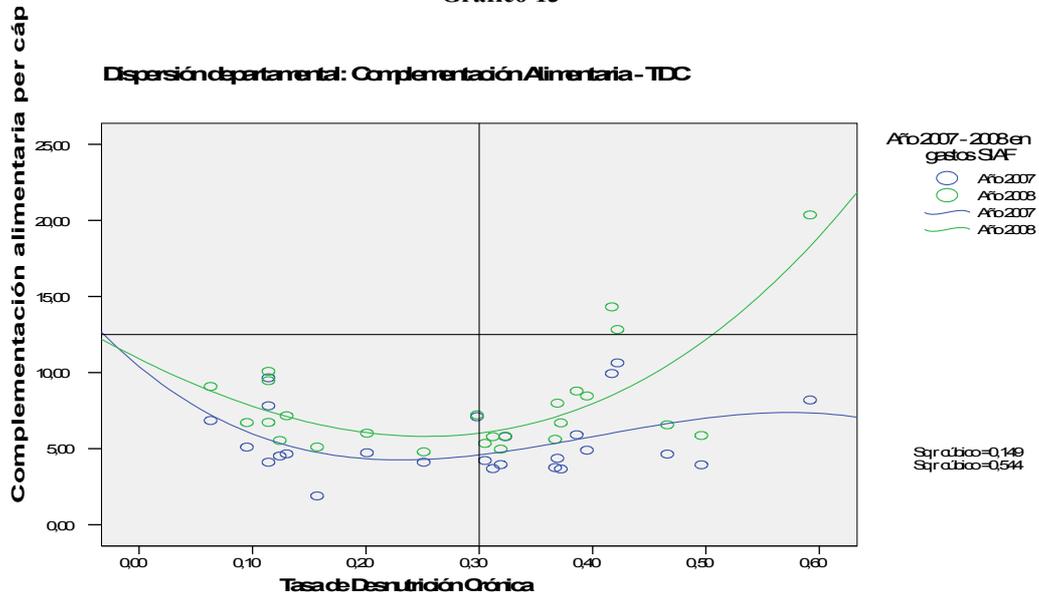
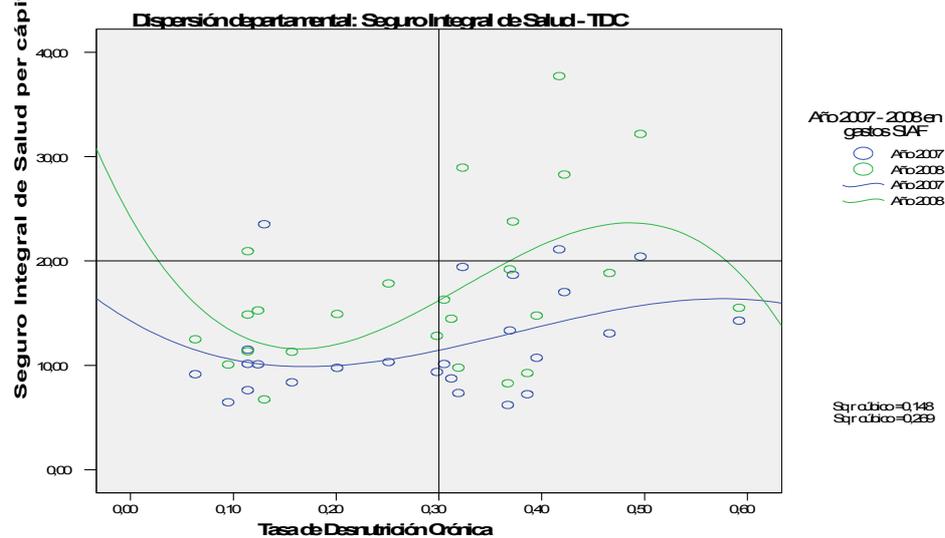


Gráfico 14



Gráfico 15



Al tomar la Tasa de Desnutrición Crónica en menores de cinco años, como criterio para evaluar la asignación del gasto social, se encuentra que para los programas elegidos, el comportamiento es por lo general variado. En este sentido, los programas sociales salud y saneamiento, salud colectiva y salud individual, tienen un comportamiento inverso con relación a la IMI y a la TDC; es decir, no serían redistributivos. Los programas nutrición infantil (PIN) y complementación alimentaria tienen un comportamiento moderado en cuanto a la asignación del gasto con énfasis en los departamentos con mayor TDC; mientras que los programas vaso de leche y seguro integral de salud, si presentan un comportamiento redistributivo, aunque no muy pronunciado.

d. **Dispersión departamental del gasto social de los años 2007 y 2008 en función del Producto Bruto Interno per cápita.**

Gráfico 16

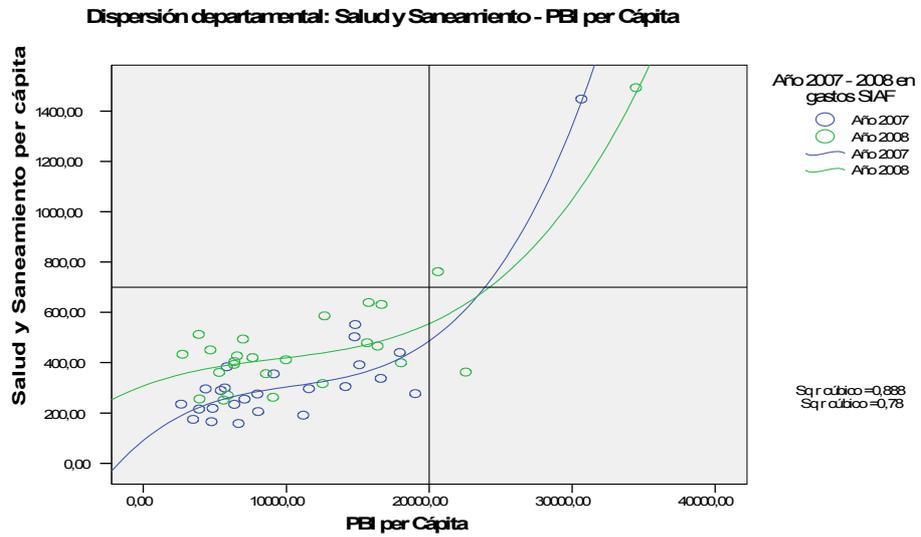


Gráfico 17

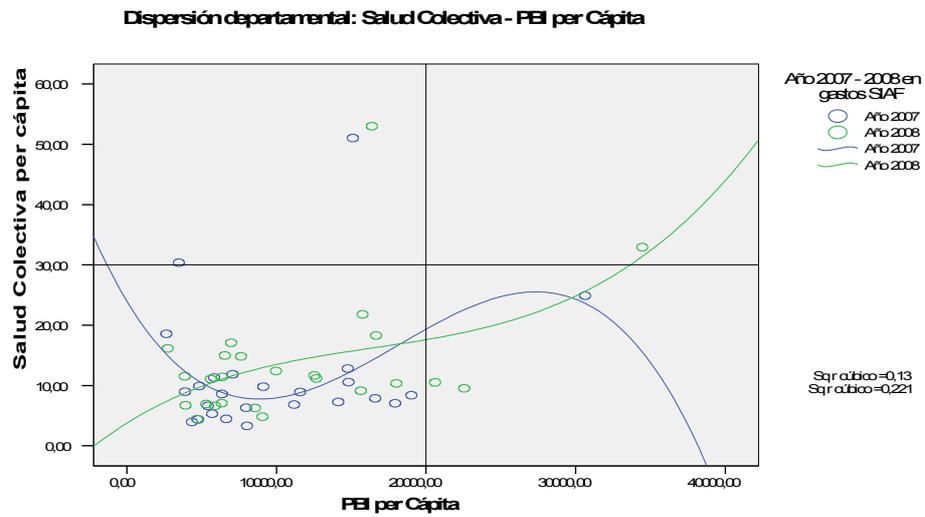


Gráfico 18

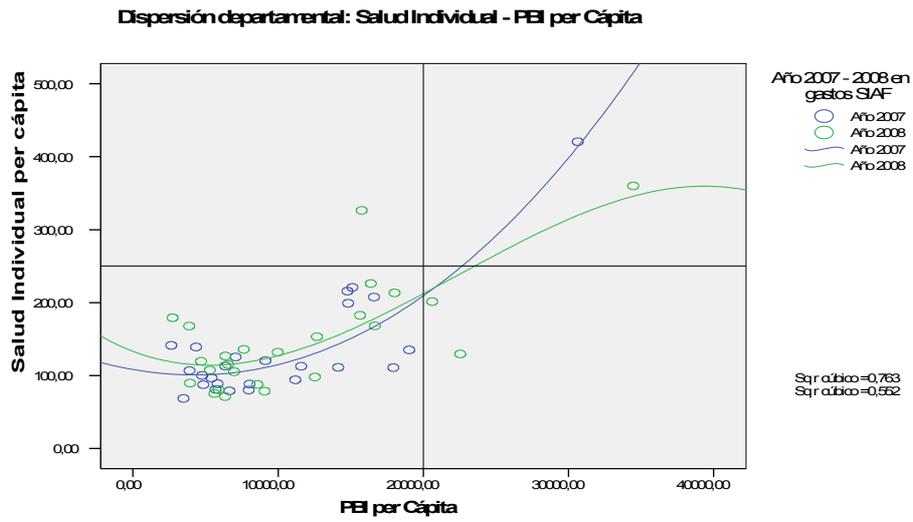


Gráfico 19

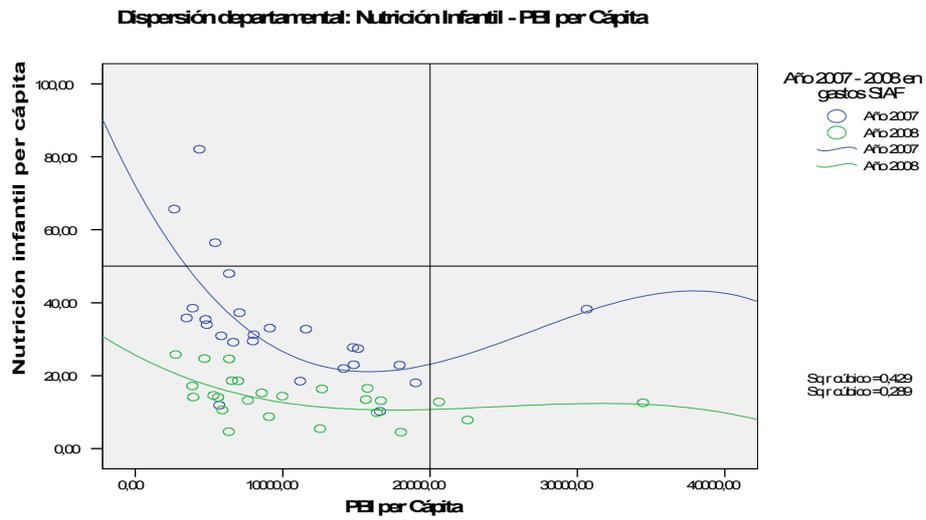


Gráfico 20

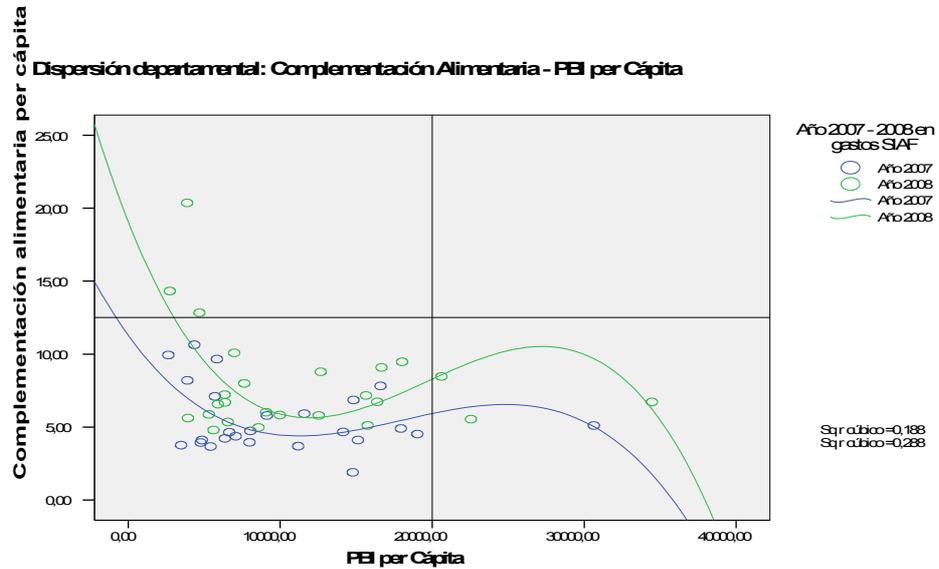


Gráfico 21

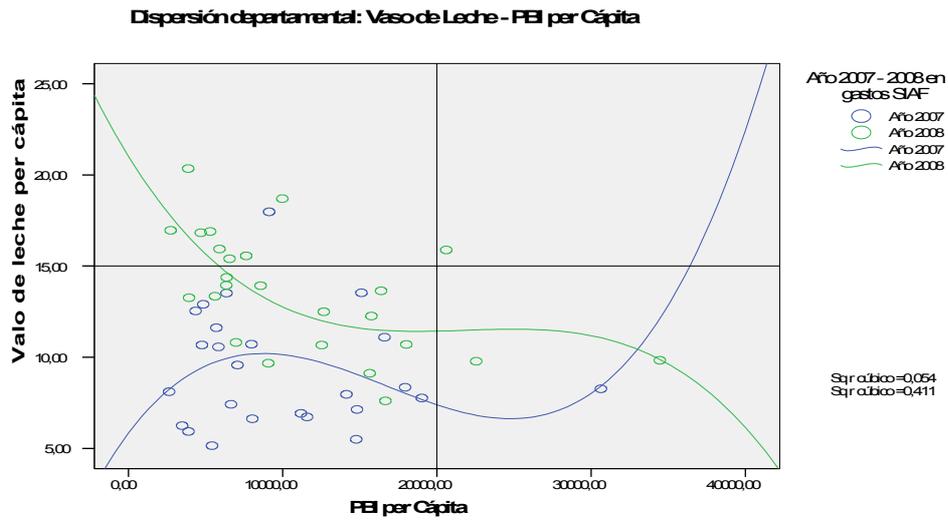
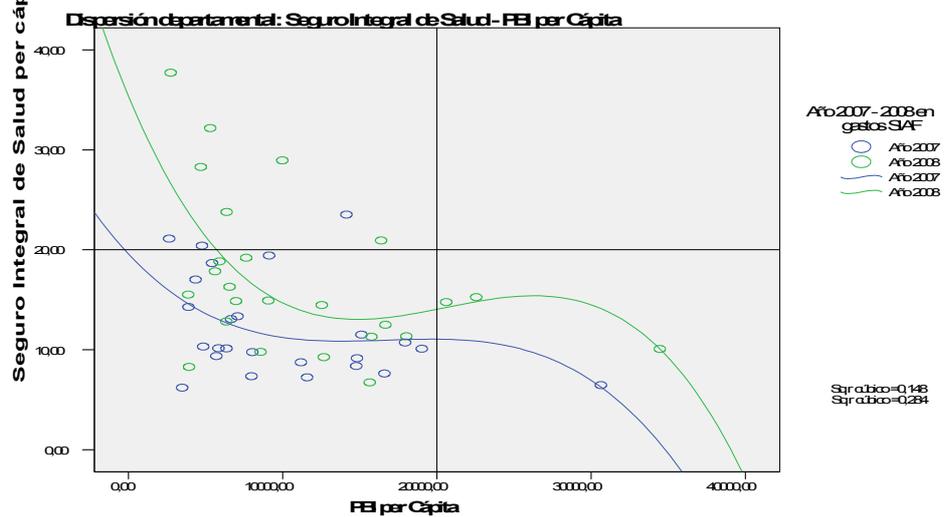


Gráfico 22



Tomando como criterio de asignación el Producto Bruto Interno per cápita, se tiene que los programas sociales: Salud y Saneamiento, Salud Colectiva, Salud Individual, Apoyo Comunal y Vaso de Leche del año 2008, han presentado un comportamiento inverso al que debería ser, dada la naturaleza de los programas sociales. Los programas sociales que han tenido un mayor acento en los departamentos de menor PBI per cápita, son: Nutrición Infantil, Complementación Alimentaria, Vaso de Leche del año 2007 y Seguro Integral de Salud. En el caso del Vaso de Leche, adicionalmente se observa un comportamiento errático del año 2007, en el que tuvo una mayor atención en los departamentos de menor PBI per cápita, mientras lo contrario ocurre el año 2008.

e. Evaluación del coeficiente de correlación parcial.

En el análisis de la dispersión departamental de los diferentes programas sociales evaluados, se ha podido observar un comportamiento inverso, es decir, que programas como Salud y Saneamiento, Salud Colectiva, Salud Individual, tenderían a ser regresivos, pues se relacionan inversamente con el índice de mortalidad infantil (IMI) y con la tasa de desnutrición crónica (TDC) y positivamente con el producto bruto interno per cápita (PBIpc). Los programas Nutrición Infantil y Complementación Alimentaria no tienen un comportamiento muy marcado como para que nos permita aseverar si son regresivos o redistributivos; mientras que los programas Vaso de Leche y Seguro Integral de Salud se presentan con más claridad hacia el lado redistributivo.

Esto también se puede apreciar en el siguiente cuadro que presenta el resumen de los coeficientes de correlación parcial de las regresiones multivariadas realizadas, aunque por el valor de significación, podemos asumir que las únicas correlaciones aceptadas son las que presenta el IMI con los programas de Salud Colectiva (relación inversa), Salud Individual (relación inversa) y Vaso de Leche (relación directa); las de la TDC con los programas de Salud y Saneamiento (relación inversa), Salud Colectiva (relación inversa), Salud Individual (relación inversa), Nutrición Infantil (relación directa), Vaso de Leche (relación directa) y Seguro Integral de Salud (relación directa); y finalmente las correlaciones del PBI per cápita con los programas de Salud y Saneamiento (relación directa), Salud Colectiva (relación directa), Salud Individual (relación directa), Nutrición Infantil (relación inversa) y Seguro Integral de Salud (relación inversa).

Cuadro 1
Resumen de los coeficientes de correlación parcial departamental

Indicadores	Salud y Saneamiento	Salud Colectiva	Salud Individual	Nutrición Infantil	Completen-tación Alimentaria	Vaso de Leche	Seguro Integral de Salud
IMI	(0.08)	(0.26)	(0.28)	0.21	0.08	0.34	0.22
Sig.	0.29	0.03	0.03	0.07	0.28	0.01	0.06
TDC	(0.37)	(0.37)	(0.45)	0.30	0.26	0.32	0.38
Sig.	0.01	0.01	0.00	0.04	0.07	0.02	0.01
PBIpc	0.75	0.37	0.75	(0.33)	(0.19)	(0.25)	(0.35)
Sig.	0.00	0.01	0.00	0.02	0.19	0.08	0.01

N = 50 datos. La correlación es significativa al nivel 0.05. Fuente: SIAF 2007 y 2008, ENAHO 2006 y 2007, Perú en Números 2008

f. Apreciación del gasto público a nivel departamental, utilizando una metodología del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El Informe mundial sobre Desarrollo Humano (1991)⁴³, sugiere un instrumento metodológico que permite la evaluación del gasto público, para lo que utiliza cuatro razones o ratios: a) *Razón del Gasto Público Total* (Gasto Total/PIB). Este ratio devuelve el porcentaje del ingreso nacional destinado al gasto público. La norma del PNUD recomienda que éste no sea mayor del 25%, de manera que se evite perturbaciones macroeconómicas; b) *Razón de Asignación Social* (Gasto Social/Gasto Público). Este ratio devuelve el porcentaje del gasto público destinado al sector social. La norma del PNUD recomienda que esta razón sea no menor al 40%, de manera que se logren avances significativos en materia social sin perjudicar la operatividad del aparato público; c) *Razón de Prioridad Social* (Prioridad Social/Gasto Social). Este ratio devuelve el porcentaje del gasto social que es destinado a prioridades sociales. El PNUD sugiere que el gasto en prioridades sociales esté en función del nivel de desarrollo de las naciones. Por lo general las prioridades se concentran en educación básica, atención primaria, salud, suministros de agua y saneamiento básico. La recomendación del PNUD es que el porcentaje asignado a estas áreas sea mayor al 50% del Gasto Social, por la naturaleza misma de dichas prioridades; y d) *Razón del Gasto en Desarrollo Humano* (GH/PIB). Este ratio devuelve el porcentaje del ingreso nacional asignado a las prioridades humanas. Es a su vez el producto de las tres anteriores razones. El PNUD sugiere que se asigne al menos un 5% del ingreso nacional a estas áreas. En el caso peruano, para el año 2007, la prioridad social a partir de la información contenida en el Sistema Integrado de Información Financiera (SIAF), estuvo determinada por programas de salud y nutrición.

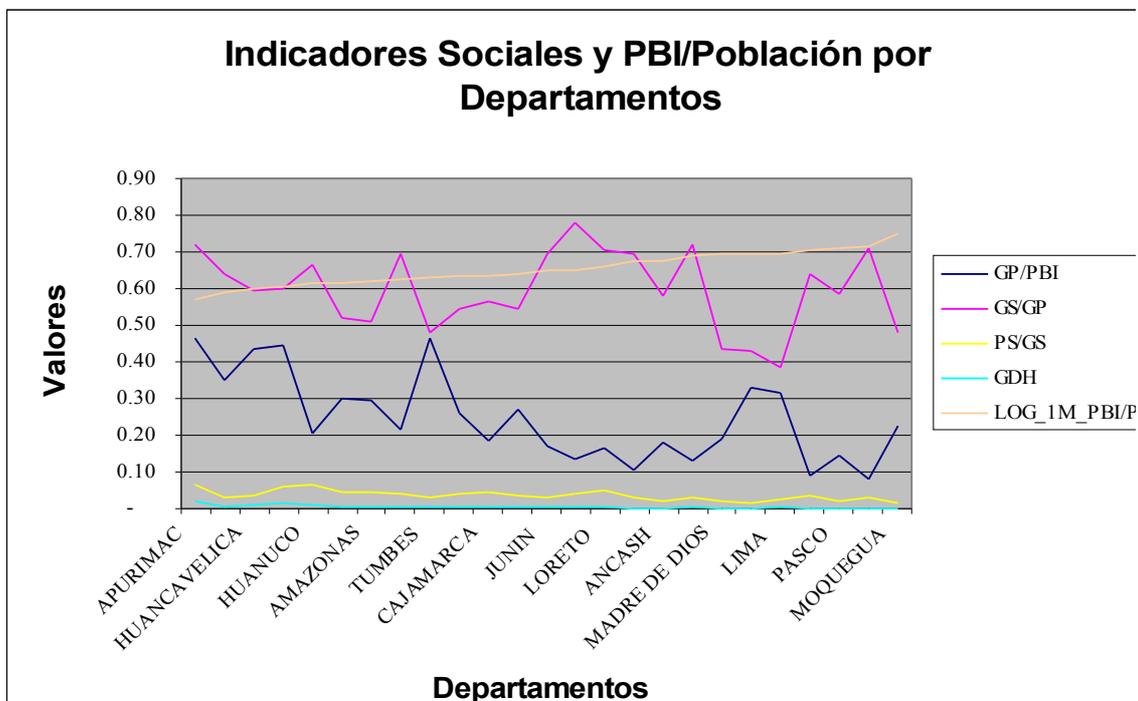
Para los datos de Gasto Público, Gasto Social⁴⁴, Gasto en Prioridades Sociales y Gasto en Desarrollo Humano correspondientes al año 2007, se observa una moderada correspondencia inversa con el comportamiento del PBI per cápita (tomado como referencia para las comparaciones) y el ratio Gasto Público/PBI,

⁴³ Ver Informe mundial de Desarrollo Humano del año 1991, Capítulo 3, Financiación del desarrollo humano, pp. 93-124.

⁴⁴ De al Ministerio de Economía y Finanzas, por Gasto Público se entiende al conjunto de erogaciones que se ejecutan en el ámbito del sector público. Es decir es equivalente al valor del presupuesto del año correspondiente. Por Gasto Social se entiende a la parte del Gasto Público destinado a financiar servicios sociales básicos para los individuos. Según la clasificación propuesta por las Naciones Unidas, y aceptada por el Ministerio de Economía y finanzas (MEF), son los gastos en educación, sanidad, seguridad social, vivienda y otros de similares características. Para el presente documento, para determinar el valor del gasto social, se han sumado los montos modificados del presupuesto, correspondiente a los programas sociales según los criterios planteados.

hecho que era de esperarse. Sin embargo, en el caso de Lima que está entre los departamentos de mayor PBI per cápita, se tiene un elevado gasto público como proporción del PBI; mientras que departamentos como Huanuco o Amazonas tienen un bajo porcentaje de gasto público a pesar de su reducido PBI/Población.

Gráfico 23



Fuente: SIAF 2007, Perú en Números 2007. Elaboración propia.

Tomando el promedio de los indicadores sociales para los años 2007 y 2008 y presentándolos en quintiles a partir del PBI per cápita, se pueden observar algunas anomalías en cuanto a la asignación del gasto social. Así se tiene que departamentos como Puno, Huancavelica, Huanuco, San Martín, Amazonas, Piura, Cajamarca y Tumbes, presentan un nivel muy bajo en los ratios Gasto Público/PBI, y Gastos en Prioridades Sociales/Gasto Social. Sin embargo, por otro lado, se tiene que departamentos como La Libertad, Ica, Tacna, Lima y Arequipa, tienen una mayor asignación de gasto público y de Gasto Social, lo que demostraría que el gasto social no se estaría asignando en función de los indicadores de pobreza a nivel departamental.

En general, los valores o estándares sugeridos por el Programa Nacional de las Naciones Unidas, no se cumplen, salvo el Gasto Social/Gasto Público. Este hecho nos habla de una significativa proporción del gasto público que no es asignado a los programas sociales más importantes, a pesar que el gasto en salud y nutrición

(alimentación), es mínimo y exigiría una mayor preocupación de parte de los responsables para gerenciar mejor estos programas y para asignar el gasto social a los programas más urgentes (salud, nutrición y educación).

En cuanto al gasto en desarrollo humano que debería ser igual al 5% de acuerdo a lo recomendado por el PNUD, en ninguno de los departamentos se logra siquiera llegar al 2.5%. Estos resultados sugieren que se estaría asignando cantidades insuficientes a programas sociales de urgencia como los alimentarios, los de salud y educación, que permiten lograr el desarrollo humano a partir de darle a las personas las condiciones mínimas y la capacitación básica para generar en ellos fortalezas que les permitan insertarse con éxito en el mercado de trabajo.

Cuadro 2

Indicadores Sociales por Quintiles del PBI. Promedio Años 2007-2008						
Quintiles	Departamento	PBI per Cápita (Media 2006-07)	Gasto Público/PBI	Gasto Social/Gasto Público	Prioridad Social/Gasto Social	Gasto en Desarrollo Humano
Recomendación PNUD			0.25	0.40	0.50	0.05
Quintil 1 (ingreso más bajo)	Apurímac	2,683.44	0.56	0.71	0.06	0.023
	Puno	3,701.34	0.39	0.66	0.03	0.007
	Huancavelica	3,881.06	0.54	0.64	0.03	0.011
	Ayacucho	4,517.96	0.48	0.63	0.05	0.014
	Huánuco	5,030.32	0.26	0.65	0.06	0.010
Quintil 2	San Martín	5,225.72	0.30	0.54	0.04	0.007
	Amazonas	5,890.52	0.32	0.48	0.04	0.007
	Piura	6,020.13	0.23	0.66	0.04	0.006
	Cajamarca	6,274.36	0.23	0.62	0.04	0.006
	Tumbes	6,401.63	0.46	0.52	0.02	0.006
Quintil 3	Ucayali	6,455.74	0.31	0.57	0.03	0.006
	Cusco	7,351.33	0.32	0.57	0.03	0.005
	Junín	8,271.31	0.19	0.69	0.03	0.003
	Lambayeque	8,547.58	0.15	0.74	0.03	0.004
	Loreto	9,546.75	0.17	0.70	0.05	0.006
Quintil 4	La Libertad	11,859.60	0.12	0.68	0.03	0.002
	Ancash	12,122.25	0.24	0.59	0.02	0.002
	Ica	14,889.00	0.14	0.77	0.02	0.002
	Madre de Dios	15,261.74	0.23	0.38	0.02	0.002
	Tacna	15,739.99	0.36	0.48	0.01	0.002
Quintil 5 (ingreso más elevado)	Lima	15,745.45	0.32	0.36	0.02	0.003
	Callao	17,310.47	0.10	0.56	0.03	0.002
	Pasco	19,270.56	0.19	0.64	0.02	0.002
	Arequipa	20,786.30	0.09	0.67	0.02	0.001
	Moquegua	32,545.19	0.23	0.44	0.01	0.001
Promedio Total		10,613.19	0.28	0.60	0.03	0.01

Fuente: SIAF 2007-2008, Perú en Números 2008 (Cuanto). Elaboración propia.

g. Dispersión distrital del gasto social en función del Ingreso Mensual per cápita, la Tasa de Desnutrición Crónica en menores de cinco años y del Índice de Mortalidad Infantil en menores de un año.

Dado que en el análisis departamental se podría estar escondiendo otro comportamiento de las dispersiones, se hizo una nueva selección de variables a nivel distrital; esta vez de acuerdo a la disponibilidad de información del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) con mayor nivel de desagregación. Se seleccionaron las siguientes variables relacionadas con el gasto en programas de nutrición y salud: a) Comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues, b) Programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias, c) Vaso de leche, d) Seguro Integral de Salud y Programa Integral de Nutrición (PIN).

Para todas las variables los valores fueron expresados en términos per cápita y se contrastaron los promedios de sus valores con los valores promedio de los quintiles de los indicadores seleccionados, esto es: Ingreso mensual per cápita, Tasa de desnutrición crónica en menores de cinco años e Índice de mortalidad infantil en menores de un año. Los resultados se presentan a continuación.

Cuadro 3

Valores promedio por quintiles del ingreso Mensual (valores per cápita)						
Quintiles del Ingreso Mensual per cápita	Estadístico	Comedores, Alimentos por Trabajo, Hogares y Albergues. Año 2008	Programa Alimentario Nutricional para Tuberculosos y Familias. Año 2008	Vaso de Leche Año 2007	SIS Año 2007	PIN Año 2007
Primer quintil (ingreso más bajo)	Media	7.16	0.13	20.30	9.51	49.83
	Desv. típ.	5.35	0.33	5.96	6.89	14.57
Segundo quintil	Media	6.85	0.12	20.68	9.12	51.05
	Desv. típ.	5.58	0.25	6.50	6.25	19.01
Tercer quintil	Media	6.93	0.15	18.14	6.18	49.36
	Desv. típ.	5.10	0.32	5.28	4.35	18.83
Cuarto quintil	Media	6.10	0.28	15.16	4.43	38.25
	Desv. típ.	5.29	1.38	5.03	3.48	19.22
Quinto quintil (ingreso más alto)	Media	4.74	0.44	11.29	2.54	18.66
	Desv. típ.	4.93	0.50	5.33	1.96	14.04

Fuente: SIAF, MEF, 2007 y 2008. Elaboración propia.

Se observa una diferencia en el programa comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues a favor del primer quintil del ingreso mensual per cápita con relación a todos los demás. Sin embargo, utilizando la prueba de Scheffé para determinar la relevancia estadística de las diferencias, podemos afirmar que solo es relevante la diferencia entre el quintil 1 y el quintil 5. En todo caso, este sí sería

un programa social redistributivo a nivel distrital. En el análisis del programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias, la diferencia de medias favorece al quintil 5, es decir al 20% con mayor nivel de ingreso per cápita mensual. En este caso este programa no estaría aportando a la reducción de la pobreza ni a la promoción de la equidad. En cuanto a los programas vaso de leche, seguro integral de salud y programa integral de nutrición, estos sí son programas que llegan a las poblaciones más pobres. Las diferencias son estadísticamente relevantes favoreciendo a los dos quintiles más pobres de la población del país. Para verificar la prueba de Scheffé, ver Anexo No. 2.

Cuadro 4

Valores promedio por quintiles de la Tasa de Desnutrición Crónica (valores per cápita)						
Quintiles de la Tasa de Desnutrición Crónica per cápita < 5 años.	Estadístico	Comedores, Alimentos por Trabajo, Hogares y Albergues. Año 2008	Programa Alimentario Nutricional para Tuberculosos y Familias. Año 2008	Vaso de Leche Año 2007	SIS Año 2007	PIN Año 2007
Primer quintil (TDC mas baja)	Media	5.30	0.41	11.87	2.92	23.16
	Desv. típ.	5.42	0.50	5.89	2.73	17.54
Segundo quintil	Media	5.15	0.20	15.83	5.30	39.83
	Desv. típ.	3.93	0.37	5.74	4.59	23.57
Tercer quintil	Media	6.40	0.17	18.12	6.50	45.26
	Desv. típ.	5.48	0.36	6.00	5.35	19.89
Cuarto quintil	Media	7.23	0.23	19.24	7.27	47.60
	Desv. típ.	5.47	1.36	6.53	5.56	16.91
Quinto quintil (TDC más elevada)	Media	7.70	0.11	20.49	9.80	51.30
	Desv. típ.	5.67	0.30	5.36	6.60	14.79

Fuente: SIAF, MEF, 2007 y 2008. Elaboración propia.

El programa comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues, presenta los mayores promedios para los quintiles 4 y 5, es decir para la población con mayores niveles de desnutrición crónica en menores de cinco años, por lo que se podría considerar como un programa redistributivo. Sin embargo, el programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias, presenta los promedios más elevados para las poblaciones menos pobres, siendo en todo caso un programa mal gestionado por lo que no logra sus objetivos, al menos en términos de asignación del gasto. Los programas vaso de leche, seguro integral de salud (SIS) y el programa integral de nutrición (PIN) si muestran promedios de asignación del gasto concentrada en las poblaciones más pobres, favoreciendo los objetivos de dichos programas. Se puede decir que los criterios de asignación en estos últimos tres programas, llevan de alguna manera hacia la redistribución del ingreso, que es lo que se busca con su aplicación. En todos los casos se confirman los resultados del análisis en base al ingreso mensual per cápita. Para la relevancia estadística de las diferencias de

promedios entre los diferentes quintiles utilizando la prueba de Scheffé, ver el Anexo No. 1.

Cuadro 5

Valores promedio por quintiles del Índice de Mortalidad Infantil (valores per cápita)						
Quintiles del Índice de Mortalidad Infantil Menores de 1 año.	Estadístico	Comedores, Alimentos por Trabajo, Hogares y Albergues. Año 2008	Programa Alimentario Nutricional para Tuberculosos y Familias. Año 2008	Vaso de Leche Año 2007	SIS Año 2007	PIN Año 2007
Primer quintil (IMI más bajo)	Media	5,17	0,38	11,34	2,81	22,12
	Desv. típ.	5,17	0,44	5,42	2,47	17,28
Segundo quintil	Media	6,50	0,21	18,08	7,55	43,48
	Desv. típ.	5,24	0,43	6,02	5,84	19,98
Tercer quintil	Media	5,58	0,22	17,52	6,64	42,97
	Desv. típ.	4,11	0,46	6,04	5,42	19,44
Cuarto quintil	Media	7,76	0,12	19,16	7,50	46,57
	Desv. típ.	5,90	0,30	6,11	6,31	16,91
Quinto quintil (IMI más elevado)	Media	6,81	0,19	19,47	7,31	52,07
	Desv. típ.	5,69	1,34	6,13	5,64	19,22

Fuente: SIAF, MEF, 2007 y 2008. Elaboración propia.

Vemos que la asignación del gasto en los programas sociales vaso de leche, seguro integral de salud y programa integral de nutrición, es consistente con sus objetivos con relación a la reducción del índice de mortalidad infantil (IMI). Sin embargo los otros dos programas evaluados a nivel distrital (comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues, y programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias), presentan un comportamiento prácticamente opuesto, observándose una asignación en el gasto a favor de los quintiles menos pobres. De hecho la asignación del gasto en estos últimos dos programas, está muy desligado de la reducción del índice de mortalidad infantil, por lo que se considera necesariamente equivocada esta asignación al tratarse específicamente del índice de mortalidad infantil. Para verificar la prueba de Scheffé, ver Anexo No. 3.

h. Evaluación del coeficiente de correlación parcial para la dispersión distrital

Adicionalmente, para establecer el grado de relación entre las variables analizadas a nivel distrital (programas sociales y criterios para la asignación), se hizo el análisis de correlaciones parciales bivariadas, utilizando para ello el coeficiente de Pearson con niveles de significancia del 0.05 y 0.01. La idea fue la de fortalecer las conclusiones sobre el comportamiento de la asignación de fondos para los programas sociales de nutrición y salud evaluados, y las variables que podrían estar actuando como criterios de asignación. Trabajar con coeficientes de correlación, permite identificar la intensidad de la relación entre las variables, en

función del tamaño de los coeficientes, e identificar el signo de la misma, con lo que podremos concluir si la correlación es directa o inversa.

Al analizar los resultados, se encuentra que el “programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias” tiene un comportamiento inverso con relación a los criterios sociales (TDC, IMI, Pobreza extrema) y directamente proporcional con respecto al Ingreso per cápita. En este sentido, se ratifica que este programa es opuesto a sus propios objetivos en cuanto a la asignación del gasto, por lo que no se podría esperar grandes resultados de su aplicación en el plano distrital. En contraposición, el programa “vaso de leche” ratifica un comportamiento directamente proporcional en relación a las variables que actúan como criterio social, mientras que su comportamiento es inverso al contrastarlo con el Ingreso per cápita. Esto hace pensar que la asignación del gasto en este programa social, cumple con sus objetivos, siendo uno de ellos, precisamente la asignación del gasto en función del índice de pobreza y del índice demográfico.

Similar comportamiento al Vaso de Leche, se puede observar en el programa Seguro Integral de Salud (SIS), que tiene como algunas de sus estrategias, la promoción del acceso con equidad a los servicios de salud y la atención de los grupos humanos más vulnerables y en extrema pobreza y pobreza; en el Programa Integral Nutricional (PIN) y en el programa Comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues (catha), por lo que se puede confirmar una vez más, que la asignación del gasto social en los mismos, es redistributiva.

Cuadro 6
Coefficientes de correlación parcial para la dispersión distrital

VARIABLES	INDICADORES	TDC	IMI	Pobreza Extrema (Tasa)	IPC
Programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias - per cápita(2008)	Correlación Pearson	-0.1269	-0.1006	-0.1346	0.1076
	Sig. (bilateral)	0.00	0.00	0.00	0.00
Vaso de leche - per cápita - en soles (2007)	Correlación Pearson	0.4520	0.3390	0.4585	-0.3656
	Sig. (bilateral)	0.00	0.00	0.00	0.00
Seguro integral de salud - per cápita en soles (2007)	Correlación Pearson	0.3967	0.2019	0.3995	-0.3287
	Sig. (bilateral)	0.00	0.00	0.00	0.00
PIN - per cápita (2007)	Correlación Pearson	0.4451	0.4062	0.4725	-0.4445
	Sig. (bilateral)	0.00	0.00	0.00	0.00
Comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues - per cápita (2008)	Correlación Pearson	0.1802	0.0993	0.1844	-0.1175
	Sig. (bilateral)	0.00	0.00	0.00	0.00
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).					
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					
N = 1830					

Elaboración propia

i. Análisis de ratios de rotación de pobreza y de extrema pobreza en función de los programas sociales evaluados para el nivel distrital

Finalmente, para ratificar el punto de la hipótesis principal de que, si bien existen criterios para asignar el gasto, este no se viene asignando en función de los mismos, es decir en función de las poblaciones más pobres, evidenciando una mala gestión del gobierno; se trabajaron dos ratios de rotación para el PIN, por ser el mejor programa social en cuanto a la asignación de fondos para mejorar las condiciones de vida de los más pobres. Uno en función de la población pobre y el otro en función de la población pobre extrema. Se tomó a la población pobre y pobre extrema, porque se ha visto que los programas sociales en el país, en casi su totalidad, están dirigidos a esta población.

El análisis nos indica que aún hay distritos que además de tener números reducidos de población en situación de pobreza o de extrema pobreza, reciben fondos por este programa, que no corresponde con dicha población. Se generan

de esta manera casos en los que el número de beneficiarios del programa es varias veces el número de pobres y de pobres extremos. El ratio de beneficiarios del PIN a la población de pobres extremos en Santa Anita, distrito de la provincia de Lima, llega a ser del orden de las 5,124 veces, siendo este el caso extremo. Esto podría sugerir un nivel de filtración que estaría existiendo en el PIN y en otros programas sociales.

Cuadro 7

Ratio de Rotación (Turnover) : Beneficiarios PIN con relación a la población pobre y pobre extrema (Año 2007)								
Dpto.	Provincia	Distrito	Población (2007)	Pobreza (valores absolutos)	Pobreza extrema (valores absolutos)	Beneficiarios del PIN (valores absolutos)	Ratio: Benef-PIN/Número de Pobres	Ratio: Benef PIN/Número Pobres extremos
Tumbes	Zarumilla	Aguas Verdes	16,058	354	51	2,416	6.8	47.4
Puno	El Collao	Ilave	54,138	1,684	937	11,588	6.9	12.4
Loreto	Maynas	San Juan Bautista	102,076	3,133	1,662	22,254	7.1	13.4
Puno	San Román	Juliaca	225,146	3,556	1,111	28,487	8.0	25.6
Madre deDios	Tambopata	Tambopata	60,214	1,423	204	11,534	8.1	56.5
Tumbes	Contral. Villar	Zorritos	10,252	236	41	2,051	8.7	50.0
Ucayali	Crnl Portillo	Yarinacocha	85,605	1,952	597	17,652	9.0	29.6
Lima	LIMA	Rímac	176,169	1,356	68	12,411	9.2	182.5
Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque	63,386	562	79	5,165	9.2	65.4
Loreto	Maynas	Iquitos	159,023	1,822	905	16,834	9.2	18.6
Lima	Oyón	Oyón	12,812	301	56	2,846	9.5	50.8
Lima	LIMA	S. Juan Miraflores	362,643	4,564	72	46,157	10.1	641.1
San Martín	Rioja	Pardo Miguel	17,088	505	118	5,114	10.1	43.3
San Martín	San Martín	Chazuta	8,556	299	27	3,416	11.4	126.5
Lima	Huaraz	Huaral	88,558	345	90	4,698	13.6	52.2
Lima	Lima	Independencia	207,647	2,019	22	29,620	14.7	1,346.4
Lima	Lima	Puente Piedra	233,602	1,276	83	34,984	27.4	421.5
Lima	Lima	Ate	478,278	2,124	45	59,522	28.0	1,322.7
Moquegua	Ilo	Ilo	59,132	35	6	6,854	195.8	1,142.3
Lima	Lima	Santa Anita	184,614	34	2	10,248	301.4	5,124.0

Elaboración propia.

5. Conclusiones

- a. La política social se ejecuta a través de los programas sociales que comprometen aproximadamente el 60% del gasto público nacional. De la revisión de la bibliografía, se puede concluir que sí existen criterios generalmente aceptados en la aprobación del gasto social para la aplicación de los programas sociales. Al parecer, es prioritaria la reducción de la pobreza y de la pobreza extrema, así como la generación de capacidades en las personas, a lo que se le ha llamado capital humano, de tal forma que se pueda lograr que todas las familias puedan valerse por sí mismas. En este sentido, programas sociales que actúan en educación, salud, nutrición, generación de empleo y alfabetización, fueron mencionados como fundamentales para lograr los objetivos de la política social que es mejorar las condiciones de vida en las personas y en las familias, es decir, el bienestar social. En esta perspectiva, no se deberían tolerar tasas elevadas de desnutrición crónica, principalmente en niños, ni elevados índices de mortalidad infantil.
- b. Si por objetivo de los programas sociales, entendemos criterios o si asumimos que los objetivos definen los criterios para la asignación del gasto social, entonces se puede concluir que históricamente en el Perú la política social –y el gasto social- han estado centrados en la lucha contra la pobreza y la pobreza extrema, a través de acciones directas en los sectores Educación, Salud y Nutrición. Las estrategias que repetidamente se han ofrecido, se relacionan con la reducción del analfabetismo, fortalecimiento –en su momento- de la educación primaria y con programas de alimentación, nutrición y vivienda. Eventualmente se ha buscado integrar a las comunidades más pobres y alejadas de las ciudades, por medio de la construcción de carreteras de penetración. Las estrategias que han sido las más utilizadas para combatir la pobreza y la pobreza extrema, han sido y siguen siendo, aquellos que tienen como prioridad a los niños, y que buscan combatir la desnutrición crónica y la mortalidad infantil.
- c. En el análisis de dispersión a nivel departamental, se concluye que son pocos los programas sociales que aportan con el logro de sus objetivos en la asignación del gasto se refiere. Esto es, que el gasto se esté asignando en función de aquellos que tienen peores condiciones de vida y que deberían, en

consecuencia, recibir una mayor atención. Estos programas son el Vaso de Leche y el Seguro Integral de Salud, siguiéndoles con resultados poco auspiciosos, los programas sociales de Nutrición Infantil y Complementación Alimentaria. Los otros programas sociales evaluados, no presentan un carácter redistributivo, favoreciendo a departamentos con los más elevados valores en el Producto Bruto Interno per cápita, como los departamentos de Lima y Moquegua. Lo menos consistente en cuanto a la asignación del gasto social con relación a sus objetivos, fueron los programas sociales de Salud Colectiva y de Salud Individual. El mismo comportamiento se obtiene cuando se evalúan los programas sociales en base a la Tasa de Desnutrición Crónica, el Índice de Mortalidad Infantil o el PBI per cápita.

- d. En la dispersión distrital, se observó que los programas: vaso de leche (VL), seguro integral de salud (SIS) y programa Integral de Nutrición (PIN), son los programas cuya asignación de fondos, responde mejor a los objetivos y finalidad por los cuales fueron creados. En todos los casos mencionados, el coeficiente de correlación con relación a los criterios sociales (tasa de desnutrición crónica, índice de mortalidad infantil y tasa de incidencia de pobreza), son significativos y el signo es positivo; esto es, que a mayor pobreza, índice de mortalidad, o desnutrición crónica en menores de 5 años, el gasto social en estos programas es mayor; y a mayor ingreso per cápita, el gasto social es menor. No ocurre lo mismo con el programa: comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues (CATHA), que presenta un bajo coeficiente de correlación, aunque el signo es positivo con relación a los criterios sociales, e inverso con relación al ingreso per cápita. Finalmente, se tiene que el programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias (PANTF), al parecer tiene asignado un mayor gasto en aquellos distritos con mayor ingreso per cápita y menos pobreza, por lo que no se le podría considerar como un programa social con capacidad redistributiva.
- e. De acuerdo a los estándares dados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (norma PNUD) para el gasto público, gasto social, gasto en prioridades sociales y gasto en desarrollo humano, para el año 2007; el promedio nacional está ligeramente por encima de la norma PNUD en el ratio Gasto Público / PBI, y presenta una gran dispersión, favoreciendo a los departamentos de mayor producto bruto interno como La Libertad, Ica, Lima,

Tacna y Arequipa. En el ratio Gasto Social / Gasto Público, el promedio nacional está muy por encima de la norma PNUD, logrando incluso un comportamiento más homogéneo, lo que confirmaría que existe un criterio más uniforme en cuanto al porcentaje del presupuesto público que se destina al gasto social. Sin embargo, el resultado es bastante bajo cuando se evalúan los ratios Prioridad Social / Gasto Social y Gasto en Desarrollo Humano, por lo que se puede concluir que, del gasto social, la cantidad de fondos que se asigna a las prioridades de salud, nutrición y educación, y a la promoción de las capacidades humanas, siguen siendo muy bajas.

- f. En las conclusiones anteriores se puede ver que el programa integral de salud , el vaso de leche y el sistema integral de salud, son los programas que, a nivel distrital, presentaron la mejor asignación del gasto con relación con sus objetivos. Sin embargo, tomando el caso específico del programa integral de nutrición (PIN), se observa que los ratios de rotación (turn-over ratios) de la población beneficiada en relación a la población de pobres y de pobres extremos, es muy elevado; por lo que se tiene que éste programa social, podría estar llegando a personas que no necesitan el apoyo (filtración). Dado que los otros programas tenían un comportamiento entre asignación y criterios sociales, similar o peor al del PIN, es posible que en estos otros programas, la filtración sea también alta, por lo que deberían revisarse, no sólo los objetivos o criterios para la asignación del gasto, sino también la gestión de los fondos asignados a los diferentes programas sociales, para mejorar las condiciones de vida de los más necesitados.

6. Anexos

a. Anexo 1

Comparaciones múltiples por quintiles (TDC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of TDC	(J) Percentile Group of TDC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues. Per Cápita – Año 2008	Quintil 1	Quintil 2	0.16	0.39	1.00	(1.04)	1.35
		Quintil 3	(1.10)	0.39	0.09	(2.29)	0.09
		Quintil 4	(1.92)	0.39	0.00	(3.12)	(0.73)
		Quintil 5	(2.40)	0.39	0.00	(3.60)	(1.21)
	Quintil 2	Quintil 1	(0.16)	0.39	1.00	(1.35)	1.04
		Quintil 3	(1.25)	0.39	0.03	(2.45)	(0.06)
		Quintil 4	(2.08)	0.39	0.00	(3.27)	(0.89)
		Quintil 5	(2.56)	0.39	0.00	(3.75)	(1.37)
	Quintil 3	Quintil 1	1.10	0.39	0.09	(0.09)	2.29
		Quintil 2	1.25	0.39	0.03	0.06	2.45
		Quintil 4	(0.83)	0.39	0.34	(2.02)	0.37
		Quintil 5	(1.30)	0.39	0.02	(2.50)	(0.11)
	Quintil 4	Quintil 1	1.92	0.39	0.00	0.73	3.12
		Quintil 2	2.08	0.39	0.00	0.89	3.27
		Quintil 3	0.83	0.39	0.34	(0.37)	2.02
		Quintil 5	(0.48)	0.39	0.82	(1.67)	0.71
	Quintil 5	Quintil 1	2.40	0.39	0.00	1.21	3.60
		Quintil 2	2.56	0.39	0.00	1.37	3.75
		Quintil 3	1.30	0.39	0.02	0.11	2.50
		Quintil 4	0.48	0.39	0.82	(0.71)	1.67

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (TDC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of TDC	(J) Percentile Group of TDC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias. Per Cápita - Año 2008	Quintil 1	Quintil 2	0.21	0.05	0.00	0.05	0.37
		Quintil 3	0.24	0.05	0.00	0.08	0.40
		Quintil 4	0.18	0.05	0.02	0.02	0.34
		Quintil 5	0.30	0.05	0.00	0.14	0.46
	Quintil 2	Quintil 1	(0.21)	0.05	0.00	(0.37)	(0.05)
		Quintil 3	0.03	0.05	0.98	(0.13)	0.19
		Quintil 4	(0.03)	0.05	0.99	(0.19)	0.13
		Quintil 5	0.09	0.05	0.53	(0.07)	0.25
	Quintil 3	Quintil 1	(0.24)	0.05	0.00	(0.40)	(0.08)
		Quintil 2	(0.03)	0.05	0.98	(0.19)	0.13
		Quintil 4	(0.06)	0.05	0.87	(0.22)	0.10
		Quintil 5	0.06	0.05	0.85	(0.10)	0.22
	Quintil 4	Quintil 1	(0.18)	0.05	0.02	(0.34)	(0.02)
		Quintil 2	0.03	0.05	0.99	(0.13)	0.19
		Quintil 3	0.06	0.05	0.87	(0.10)	0.22
		Quintil 5	0.12	0.05	0.26	(0.04)	0.28
	Quintil 5	Quintil 1	(0.30)	0.05	0.00	(0.46)	(0.14)
		Quintil 2	(0.09)	0.05	0.53	(0.25)	0.07
		Quintil 3	(0.06)	0.05	0.85	(0.22)	0.10
		Quintil 4	(0.12)	0.05	0.26	(0.28)	0.04

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (TDC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of TDC	(J) Percentile Group of TDC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Vaso de leche. Per Cápita - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	(3.96)	0.44	0.00	(5.31)	(2.62)
		Quintil 3	(6.26)	0.44	0.00	(7.61)	(4.91)
		Quintil 4	(7.37)	0.44	0.00	(8.72)	(6.02)
		Quintil 5	(8.63)	0.44	0.00	(9.97)	(7.28)
	Quintil 2	Quintil 1	3.96	0.44	0.00	2.62	5.31
		Quintil 3	(2.29)	0.44	0.00	(3.64)	(0.95)
		Quintil 4	(3.40)	0.44	0.00	(4.75)	(2.06)
		Quintil 5	(4.66)	0.44	0.00	(6.01)	(3.31)
	Quintil 3	Quintil 1	6.26	0.44	0.00	4.91	7.61
		Quintil 2	2.29	0.44	0.00	0.95	3.64
		Quintil 4	(1.11)	0.44	0.17	(2.46)	0.24
		Quintil 5	(2.37)	0.44	0.00	(3.72)	(1.02)
	Quintil 4	Quintil 1	7.37	0.44	0.00	6.02	8.72
		Quintil 2	3.40	0.44	0.00	2.06	4.75
		Quintil 3	1.11	0.44	0.17	(0.24)	2.46
		Quintil 5	(1.26)	0.44	0.08	(2.61)	0.09
	Quintil 5	Quintil 1	8.63	0.44	0.00	7.28	9.97
		Quintil 2	4.66	0.44	0.00	3.31	6.01
		Quintil 3	2.37	0.44	0.00	1.02	3.72
		Quintil 4	1.26	0.44	0.08	(0.09)	2.61

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (TDC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of TDC	(J) Percentile Group of TDC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Seguro integral de salud. Per Cápita en base a número de asegurados - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	(2.37)	0.38	0.00	(3.54)	(1.21)
		Quintil 3	(3.58)	0.38	0.00	(4.75)	(2.41)
		Quintil 4	(4.35)	0.38	0.00	(5.52)	(3.18)
		Quintil 5	(6.88)	0.38	0.00	(8.05)	(5.71)
	Quintil 2	Quintil 1	2.37	0.38	0.00	1.21	3.54
		Quintil 3	(1.20)	0.38	0.04	(2.37)	(0.03)
		Quintil 4	(1.98)	0.38	0.00	(3.15)	(0.81)
		Quintil 5	(4.50)	0.38	0.00	(5.67)	(3.33)
	Quintil 3	Quintil 1	3.58	0.38	0.00	2.41	4.75
		Quintil 2	1.20	0.38	0.04	0.03	2.37
		Quintil 4	(0.77)	0.38	0.38	(1.94)	0.40
		Quintil 5	(3.30)	0.38	0.00	(4.47)	(2.13)
	Quintil 4	Quintil 1	4.35	0.38	0.00	3.18	5.52
		Quintil 2	1.98	0.38	0.00	0.81	3.15
		Quintil 3	0.77	0.38	0.38	(0.40)	1.94
		Quintil 5	(2.53)	0.38	0.00	(3.70)	(1.36)
	Quintil 5	Quintil 1	6.88	0.38	0.00	5.71	8.05
		Quintil 2	4.50	0.38	0.00	3.33	5.67
		Quintil 3	3.30	0.38	0.00	2.13	4.47
		Quintil 4	2.53	0.38	0.00	1.36	3.70

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (TDC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of TDC	(J) Percentile Group of TDC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Programa infantil nutricional. Per Cápita - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	(16.66)	1.39	0.00	(20.95)	(12.38)
		Quintil 3	(22.10)	1.39	0.00	(26.38)	(17.82)
		Quintil 4	(24.44)	1.39	0.00	(28.72)	(20.16)
		Quintil 5	(28.13)	1.39	0.00	(32.41)	(23.85)
	Quintil 2	Quintil 1	16.66	1.39	0.00	12.38	20.95
		Quintil 3	(5.43)	1.39	0.00	(9.71)	(1.15)
		Quintil 4	(7.78)	1.39	0.00	(12.06)	(3.50)
		Quintil 5	(11.47)	1.39	0.00	(15.75)	(7.19)
	Quintil 3	Quintil 1	22.10	1.39	0.00	17.82	26.38
		Quintil 2	5.43	1.39	0.00	1.15	9.71
		Quintil 4	(2.34)	1.39	0.58	(6.62)	1.94
		Quintil 5	(6.04)	1.39	0.00	(10.32)	(1.75)
	Quintil 4	Quintil 1	24.44	1.39	0.00	20.16	28.72
		Quintil 2	7.78	1.39	0.00	3.50	12.06
		Quintil 3	2.34	1.39	0.58	(1.94)	6.62
		Quintil 5	(3.69)	1.39	0.13	(7.97)	0.59
	Quintil 5	Quintil 1	28.13	1.39	0.00	23.85	32.41
		Quintil 2	11.47	1.39	0.00	7.19	15.75
		Quintil 3	6.04	1.39	0.00	1.75	10.32
		Quintil 4	3.69	1.39	0.13	(0.59)	7.97

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

b. Anexo 2.

Comparaciones múltiples por quintiles (YPC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of YPC	(J) Percentile Group of YPC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues. Per Cápita - Año 2008	Quintil 1	Quintil 2	0.31	0.39	0.96	(0.89)	1.50
		Quintil 3	0.23	0.39	0.99	(0.97)	1.43
		Quintil 4	1.07	0.39	0.11	(0.13)	2.26
		Quintil 5	2.43	0.39	0.00	1.23	3.62
	Quintil 2	Quintil 1	(0.31)	0.39	0.96	(1.50)	0.89
		Quintil 3	(0.07)	0.39	1.00	(1.27)	1.13
		Quintil 4	0.76	0.39	0.43	(0.44)	1.96
		Quintil 5	2.12	0.39	0.00	0.92	3.32
	Quintil 3	Quintil 1	(0.23)	0.39	0.99	(1.43)	0.97
		Quintil 2	0.07	0.39	1.00	(1.13)	1.27
		Quintil 4	0.83	0.39	0.33	(0.37)	2.03
		Quintil 5	2.19	0.39	0.00	0.99	3.39
	Quintil 4	Quintil 1	(1.07)	0.39	0.11	(2.26)	0.13
		Quintil 2	(0.76)	0.39	0.43	(1.96)	0.44
		Quintil 3	(0.83)	0.39	0.33	(2.03)	0.37
		Quintil 5	1.36	0.39	0.02	0.16	2.56
	Quintil 5	Quintil 1	(2.43)	0.39	0.00	(3.62)	(1.23)
		Quintil 2	(2.12)	0.39	0.00	(3.32)	(0.92)
		Quintil 3	(2.19)	0.39	0.00	(3.39)	(0.99)
		Quintil 4	(1.36)	0.39	0.02	(2.56)	(0.16)

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (YPC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of YPC	(J) Percentile Group of YPC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias. Per Cápita - Año 2008	Quintil 1	Quintil 2	0.01	0.05	1.00	(0.15)	0.17
		Quintil 3	(0.02)	0.05	1.00	(0.17)	0.14
		Quintil 4	(0.15)	0.05	0.09	(0.31)	0.01
		Quintil 5	(0.30)	0.05	0.00	(0.46)	(0.14)
	Quintil 2	Quintil 1	(0.01)	0.05	1.00	(0.17)	0.15
		Quintil 3	(0.03)	0.05	0.99	(0.19)	0.13
		Quintil 4	(0.16)	0.05	0.05	(0.32)	(0.00)
		Quintil 5	(0.32)	0.05	0.00	(0.48)	(0.16)
	Quintil 3	Quintil 1	0.02	0.05	1.00	(0.14)	0.17
		Quintil 2	0.03	0.05	0.99	(0.13)	0.19
		Quintil 4	(0.13)	0.05	0.17	(0.29)	0.03
		Quintil 5	(0.29)	0.05	0.00	(0.45)	(0.13)
	Quintil 4	Quintil 1	0.15	0.05	0.09	(0.01)	0.31
		Quintil 2	0.16	0.05	0.05	0.00	0.32
		Quintil 3	0.13	0.05	0.17	(0.03)	0.29
		Quintil 5	(0.16)	0.05	0.05	(0.32)	0.00
	Quintil 5	Quintil 1	0.30	0.05	0.00	0.14	0.46
		Quintil 2	0.32	0.05	0.00	0.16	0.48
		Quintil 3	0.29	0.05	0.00	0.13	0.45
		Quintil 4	0.16	0.05	0.05	(0.00)	0.32

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (YPC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of YPC	(J) Percentile Group of YPC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	

Vaso de leche. Per Cápita - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	(0.38)	0.42	0.93	(1.67)	0.91
		Quintil 3	2.16	0.42	0.00	0.87	3.45
		Quintil 4	5.14	0.42	0.00	3.85	6.42
		Quintil 5	9.01	0.42	0.00	7.72	10.30
	Quintil 2	Quintil 1	0.38	0.42	0.93	(0.91)	1.67
		Quintil 3	2.54	0.42	0.00	1.25	3.83
		Quintil 4	5.52	0.42	0.00	4.23	6.80
		Quintil 5	9.39	0.42	0.00	8.10	10.67
	Quintil 3	Quintil 1	(2.16)	0.42	0.00	(3.45)	(0.87)
		Quintil 2	(2.54)	0.42	0.00	(3.83)	(1.25)
		Quintil 4	2.98	0.42	0.00	1.69	4.27
		Quintil 5	6.85	0.42	0.00	5.56	8.14
	Quintil 4	Quintil 1	(5.14)	0.42	0.00	(6.42)	(3.85)
		Quintil 2	(5.52)	0.42	0.00	(6.80)	(4.23)
		Quintil 3	(2.98)	0.42	0.00	(4.27)	(1.69)
		Quintil 5	3.87	0.42	0.00	2.58	5.16
	Quintil 5	Quintil 1	(9.01)	0.42	0.00	(10.30)	(7.72)
		Quintil 2	(9.39)	0.42	0.00	(10.67)	(8.10)
		Quintil 3	(6.85)	0.42	0.00	(8.14)	(5.56)
		Quintil 4	(3.87)	0.42	0.00	(5.16)	(2.58)

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (YPC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of YPC	(J) Percentile Group of YPC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Seguro integral de salud. Per Cápita en base a número de asegurados - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	0.39	0.36	0.89	(0.73)	1.51
		Quintil 3	3.33	0.36	0.00	2.21	4.45
		Quintil 4	5.08	0.36	0.00	3.96	6.20
		Quintil 5	6.97	0.36	0.00	5.85	8.09
	Quintil 2	Quintil 1	(0.39)	0.36	0.89	(1.51)	0.73
		Quintil 3	2.94	0.36	0.00	1.82	4.06
		Quintil 4	4.69	0.36	0.00	3.57	5.81
		Quintil 5	6.58	0.36	0.00	5.46	7.70
	Quintil 3	Quintil 1	(3.33)	0.36	0.00	(4.45)	(2.21)
		Quintil 2	(2.94)	0.36	0.00	(4.06)	(1.82)
		Quintil 4	1.75	0.36	0.00	0.63	2.87
		Quintil 5	3.64	0.36	0.00	2.52	4.76
	Quintil 4	Quintil 1	(5.08)	0.36	0.00	(6.20)	(3.96)
		Quintil 2	(4.69)	0.36	0.00	(5.81)	(3.57)
		Quintil 3	(1.75)	0.36	0.00	(2.87)	(0.63)
		Quintil 5	1.89	0.36	0.00	0.77	3.01
	Quintil 5	Quintil 1	(6.97)	0.36	0.00	(8.09)	(5.85)
		Quintil 2	(6.58)	0.36	0.00	(7.70)	(5.46)
		Quintil 3	(3.64)	0.36	0.00	(4.76)	(2.52)
		Quintil 4	(1.89)	0.36	0.00	(3.01)	(0.77)

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (YPC) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of YPC	(J) Percentile Group of YPC	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Programa infantil nutricional. Per Cápita - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	(1.21)	1.28	0.92	(5.15)	2.73
		Quintil 3	0.47	1.28	1.00	(3.47)	4.41
		Quintil 4	11.58	1.28	0.00	7.64	15.52
		Quintil 5	31.17	1.28	0.00	27.23	35.11
	Quintil 2	Quintil 1	1.21	1.28	0.92	(2.73)	5.15

		Quintil 3	1.68	1.28	0.78	(2.26)	5.63
		Quintil 4	12.79	1.28	0.00	8.85	16.73
		Quintil 5	32.38	1.28	0.00	28.44	36.33
	Quintil 3	Quintil 1	(0.47)	1.28	1.00	(4.41)	3.47
		Quintil 2	(1.68)	1.28	0.78	(5.63)	2.26
		Quintil 4	11.11	1.28	0.00	7.16	15.05
		Quintil 5	30.70	1.28	0.00	26.76	34.64
	Quintil 4	Quintil 1	(11.58)	1.28	0.00	(15.52)	(7.64)
		Quintil 2	(12.79)	1.28	0.00	(16.73)	(8.85)
		Quintil 3	(11.11)	1.28	0.00	(15.05)	(7.16)
		Quintil 5	19.59	1.28	0.00	15.65	23.54
	Quintil 5	Quintil 1	(31.17)	1.28	0.00	(35.11)	(27.23)
		Quintil 2	(32.38)	1.28	0.00	(36.33)	(28.44)
		Quintil 3	(30.70)	1.28	0.00	(34.64)	(26.76)
		Quintil 4	(19.59)	1.28	0.00	(23.54)	(15.65)

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

c. Anexo 3.

Comparaciones múltiples por quintiles (IMI) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of IMI	(J) Percentile Group of imi	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues. Per Cápita - Año 2008	Quintil 1	Quintil 2	(1,34)	0,39	0,02	(2,54)	(0,14)
		Quintil 3	(0,41)	0,39	0,89	(1,60)	0,78
		Quintil 4	(2,59)	0,39	0,00	(3,79)	(1,39)
		Quintil 5	(1,64)	0,39	0,00	(2,84)	(0,44)
	Quintil 2	Quintil 1	1,34	0,39	0,02	0,14	2,54
		Quintil 3	0,93	0,39	0,22	(0,26)	2,12
		Quintil 4	(1,25)	0,39	0,04	(2,46)	(0,05)
		Quintil 5	(0,30)	0,39	0,96	(1,50)	0,90
	Quintil 3	Quintil 1	0,41	0,39	0,89	(0,78)	1,60
		Quintil 2	(0,93)	0,39	0,22	(2,12)	0,26
		Quintil 4	(2,18)	0,39	0,00	(3,37)	(0,99)
		Quintil 5	(1,23)	0,39	0,04	(2,42)	(0,04)
	Quintil 4	Quintil 1	2,59	0,39	0,00	1,39	3,79
		Quintil 2	1,25	0,39	0,04	0,05	2,46
		Quintil 3	2,18	0,39	0,00	0,99	3,37
		Quintil 5	0,95	0,39	0,20	(0,25)	2,15
	Quintil 5	Quintil 1	1,64	0,39	0,00	0,44	2,84
		Quintil 2	0,30	0,39	0,96	(0,90)	1,50
		Quintil 3	1,23	0,39	0,04	0,04	2,42
		Quintil 4	(0,95)	0,39	0,20	(2,15)	0,25

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (IMI) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of IMI	(J) Percentile Group of imi	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias. Per Cápita - Año 2008	Quintil 1	Quintil 2	0,18	0,05	0,02	0,02	0,34
		Quintil 3	0,16	0,05	0,04	0,00	0,32
		Quintil 4	0,26	0,05	0,00	0,10	0,42
		Quintil 5	0,19	0,05	0,01	0,03	0,35
	Quintil 2	Quintil 1	(0,18)	0,05	0,02	(0,34)	(0,02)
		Quintil 3	(0,01)	0,05	1,00	(0,17)	0,15
		Quintil 4	0,09	0,05	0,60	(0,07)	0,25
		Quintil 5	0,01	0,05	1,00	(0,15)	0,17
	Quintil 3	Quintil 1	(0,16)	0,05	0,04	(0,32)	(0,00)
		Quintil 2	0,01	0,05	1,00	(0,15)	0,17
		Quintil 4	0,10	0,05	0,44	(0,06)	0,26
		Quintil 5	0,03	0,05	0,99	(0,13)	0,19
	Quintil 4	Quintil 1	(0,26)	0,05	0,00	(0,42)	(0,10)
		Quintil 2	(0,09)	0,05	0,60	(0,25)	0,07
		Quintil 3	(0,10)	0,05	0,44	(0,26)	0,06
		Quintil 5	(0,07)	0,05	0,74	(0,23)	0,09
	Quintil 5	Quintil 1	(0,19)	0,05	0,01	(0,35)	(0,03)
		Quintil 2	(0,01)	0,05	1,00	(0,17)	0,15
		Quintil 3	(0,03)	0,05	0,99	(0,19)	0,13
		Quintil 4	0,07	0,05	0,74	(0,09)	0,23

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (IMI) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of IMI	(J) Percentile Group of imi	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Vaso de leche. Per Cápita - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	(6,74)	0,44	0,00	(8,10)	(5,38)
		Quintil 3	(6,18)	0,44	0,00	(7,53)	(4,83)
		Quintil 4	(7,81)	0,44	0,00	(9,17)	(6,45)
		Quintil 5	(8,13)	0,44	0,00	(9,48)	(6,77)
	Quintil 2	Quintil 1	6,74	0,44	0,00	5,38	8,10
		Quintil 3	0,56	0,44	0,80	(0,79)	1,91
		Quintil 4	(1,07)	0,44	0,21	(2,44)	0,29
		Quintil 5	(1,39)	0,44	0,04	(2,75)	(0,02)
	Quintil 3	Quintil 1	6,18	0,44	0,00	4,83	7,53
		Quintil 2	(0,56)	0,44	0,80	(1,91)	0,79
		Quintil 4	(1,63)	0,44	0,01	(2,99)	(0,28)
		Quintil 5	(1,95)	0,44	0,00	(3,30)	(0,60)
	Quintil 4	Quintil 1	7,81	0,44	0,00	6,45	9,17
		Quintil 2	1,07	0,44	0,21	(0,29)	2,44
		Quintil 3	1,63	0,44	0,01	0,28	2,99
		Quintil 5	(0,31)	0,44	0,97	(1,67)	1,05
	Quintil 5	Quintil 1	8,13	0,44	0,00	6,77	9,48
		Quintil 2	1,39	0,44	0,04	0,02	2,75
		Quintil 3	1,95	0,44	0,00	0,60	3,30
		Quintil 4	0,31	0,44	0,97	(1,05)	1,67

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (IMI) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of IMI	(J) Percentile Group of imi	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Seguro integral de salud. Per Cápita en base a número de asegurados - Año 2007	Quintil 1	Quintil 2	(4,74)	0,39	0,00	(5,95)	(3,52)
		Quintil 3	(3,83)	0,39	0,00	(5,03)	(2,62)
		Quintil 4	(4,68)	0,39	0,00	(5,90)	(3,47)
		Quintil 5	(4,49)	0,39	0,00	(5,70)	(3,28)
	Quintil 2	Quintil 1	4,74	0,39	0,00	3,52	5,95
		Quintil 3	0,91	0,39	0,25	(0,30)	2,12
		Quintil 4	0,05	0,39	1,00	(1,16)	1,27
		Quintil 5	0,24	0,39	0,98	(0,97)	1,46
	Quintil 3	Quintil 1	3,83	0,39	0,00	2,62	5,03
		Quintil 2	(0,91)	0,39	0,25	(2,12)	0,30
		Quintil 4	(0,86)	0,39	0,31	(2,06)	0,35
		Quintil 5	(0,67)	0,39	0,57	(1,87)	0,54
	Quintil 4	Quintil 1	4,68	0,39	0,00	3,47	5,90
		Quintil 2	(0,05)	0,39	1,00	(1,27)	1,16
		Quintil 3	0,86	0,39	0,31	(0,35)	2,06
		Quintil 5	0,19	0,39	0,99	(1,02)	1,40
	Quintil 5	Quintil 1	4,49	0,39	0,00	3,28	5,70
		Quintil 2	(0,24)	0,39	0,98	(1,46)	0,97
		Quintil 3	0,67	0,39	0,57	(0,54)	1,87
		Quintil 4	(0,19)	0,39	0,99	(1,40)	1,02

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Comparaciones múltiples por quintiles (IMI) a nivel distrital (Prueba de Scheffé)							
Programas Sociales	(I) Percentile Group of IMI	(J) Percentile Group of imi	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
Programa infantil	Quintil 1	Quintil 2	(21,36)	1,38	0,00	(25,61)	(17,10)

nutricional. Per Cápita - Año 2007		Quintil 3	(20,85)	1,37	0,00	(25,07)	(16,64)
		Quintil 4	(24,45)	1,38	0,00	(28,70)	(20,20)
		Quintil 5	(29,95)	1,38	0,00	(34,19)	(25,71)
	Quintil 2	Quintil 1	21,36	1,38	0,00	17,10	25,61
		Quintil 3	0,50	1,37	1,00	(3,73)	4,74
		Quintil 4	(3,09)	1,38	0,29	(7,36)	1,17
		Quintil 5	(8,59)	1,38	0,00	(12,85)	(4,33)
	Quintil 3	Quintil 1	20,85	1,37	0,00	16,64	25,07
		Quintil 2	(0,50)	1,37	1,00	(4,74)	3,73
		Quintil 4	(3,59)	1,37	0,14	(7,82)	0,63
		Quintil 5	(9,10)	1,37	0,00	(13,32)	(4,88)
	Quintil 4	Quintil 1	24,45	1,38	0,00	20,20	28,70
		Quintil 2	3,09	1,38	0,29	(1,17)	7,36
		Quintil 3	3,59	1,37	0,14	(0,63)	7,82
		Quintil 5	(5,50)	1,38	0,00	(9,75)	(1,25)
	Quintil 5	Quintil 1	29,95	1,38	0,00	25,71	34,19
		Quintil 2	8,59	1,38	0,00	4,33	12,85
		Quintil 3	9,10	1,37	0,00	4,88	13,32
		Quintil 4	5,50	1,38	0,00	1,25	9,75

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

7. Bibliografía

- Aramburu, Carlos Eduardo y Carlos Figueroa
1999 *El desafío de enfrentar la heterogeneidad de la pobreza extrema en el Perú*, en Enrique Vásquez, (ed.). *¿Cómo reducir la pobreza y la inequidad en América Latina?* Lima.
- 2000 *“Pobreza extrema y exclusión social: el caso de Lima”*, en Felipe Portocarrero (ed.). *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. Lima.
- Béjar, Héctor
2001 *Justicia Social, Política Social*. Lima: CEDEP.
- Ceconi, Tulio
1999 *Cuartas Jornadas de Investigaciones de la Facultad de Economía y Estadística*. Argentina: Universidad Nacional del Rosario.
- Chacaltana, Juan
1999 *Más allá de la focalización: riesgos de la lucha contra la pobreza en el Perú. Diagnóstico y Propuesta*. Lima: CIES-GRADE.
- Chávez, Germán
2003 *La Dimensión Humana de las Políticas Sociales*, en Revista Persona y Cultura. Arequipa: Editorial San Pablo, UCSP.
- Carol i Hostench
1993 *Hombre, Economía y Ética*. España: EUNSA.
- FONCODES y CIES
2002 *Desafíos de las Políticas Sociales: Superación de la pobreza e integración social en América Latina*. Lima.
- Francke, Pedro
2001 *Políticas sociales: balance y propuestas*, en Documento de trabajo 194. Lima: Departamento de Economía, PUCP.
- Iguñiz, Javier
2003 *¿Lucha contra la pobreza?* en Documento de Trabajo 227. Lima: Departamento de Economía, PUCP.
- INEI
2008 *ENDES Línea de Base: Indicadores de resultado identificados en los programas estratégico.*, Lima.
- 2007-2008 *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: INEI.
- Juan Pablo II
1991 *Carta Encíclica Centésimus Annus*. Vaticano.

- Monge, Álvaro, Enrique Vásquez y Diego Winkelried
2009 *¿Es el gasto público en programas sociales regresivo en el Perú?* Lima: CIUP-CIES.
- Parodi, Carlos
1996 “*Políticas Sociales: Un marco conceptual para el análisis*”, en *Revista de Análisis Económico*, Volumen 8, Número 2. Santiago de Chile: ILADES.
2000 “*Entorno Económico y Política Social en el Perú*” en *Inversión Social para un buen gobierno en el Perú*. Vásquez, Cortez y Riesco (eds.). Lima: CIUP
2000 “*Política Económica y Social en el Perú: 1980-2000*” en *Políticas Sociales en el Perú, nuevos aportes*. Felipe Portocarrero, (ed.). Lima: Red para el Desarrollo de la Ciencias Sociales en el Perú.
2001 *Perú: 1960-2000, Políticas Económicas y Sociales en Entornos Cambiante*. Lima: CIUP.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD
1991 *Informe Mundial de Desarrollo Humano*.
1999 *Informe de Desarrollo Humano de Honduras*.
- Sachs, Jeffrey
2006 *El Fin de la Pobreza: Cómo conseguirlo en nuestro tiempo*. Buenos Aires: Debate.
- Sen, Amartya y Martha Nussbaum
1996 “*Capacidad y Bienestar*”, en *La Calidad de Vida*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Silva Ruete, Javier
2008 *Política Económica para Países Emergentes*. Lima: Taurus.
- Web, Richard y Graciela Fernández Baca
2008 *Perú en Números*, Lima: Cuanto.
- UNICEF
2000.2005 *El Gasto Social en el Perú*. Lima: Instituto Apoyo.
- Vásquez, Enrique
2000 *Impacto de la Inversión Social en el Perú, IDC*. Lima: CIUP.
- 2001 *Gasto Social y Niñez: Las limitaciones de una gestión*, Lima: CIUP.
