



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

Resumen Ejecutivo

Germán Chávez Contreras

2008

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 de pobreza, 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. Se 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, y si algunos programas llegan mejor a los departamentos y/o distritos con mayores problemas de mortalidad infantil o desnutrición crónica. Para lograr estos objetivos, se procederá a la verificación a nivel departamental y distrital, y a la evaluación de coeficientes de correlación parcial entre los indicadores escogidos y la asignación del gasto por programa social.

1. Las prioridades en la determinación de las políticas sociales

Silva-Ruete¹ plantea que la política social se relaciona con la educación, la salud, la generación de empleo, alfabetización y lucha contra la pobreza, entre otros. Señala que para los países de la OCDE², el propósito del gasto social es la provisión de beneficios por instituciones públicas o privadas, a familias e individuos para brindar apoyo en circunstancias en las que su bienestar se vea afectado por alguna eventualidad. 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 pobreza³. Larrañaga y Aedo (1993)⁴ señalan que las políticas sociales deben tener como objetivos la formación de capital humano en el individuo, con niveles adecuados de salud y educación, y el apoyo con acciones sociales a aquellos que viven en extrema pobreza o que tienen impedimentos irreversibles para poder insertarse en el mercado laboral. Sen (1996), precisa que solo se puede hablar de pobreza, si se la relaciona con los niveles

¹ Silva-Ruete, Javier, Política económica para países emergentes, Taurus, Lima, 2008, 337 y siguientes.

² La OCDE es la Organización para la cooperación y el desarrollo económico y congrega a países desarrollados y de economías industrializadas del orbe.

³ Chávez, Germán, La dimensión humana de las políticas sociales, en Revista Persona y Cultura, Editorial San Pablo, UCSP, Arequipa, 2003, pp. 128-137.

⁴ 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.

mínimos de ciertas capacidades básicas que permitirán a las personas satisfacer determinados funcionamientos crucialmente importantes hasta niveles adecuadamente mínimos⁵.

El gasto público debe ayudar a salir de la “trampa de la pobreza”, a través de su participación en proyectos de sanidad, educación e infraestructura (Sachs, 2005)⁶. La cumbre social de Copenhague (1995), consideró como metas sociales para el año 2000, 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 todos⁷. 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.

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)⁸. En el Perú existieron acciones aisladas de diferentes gobiernos durante la primera mitad del siglo XX, que sentaron las bases para contar con políticas definidas que permitan continuidad en la preocupación del Estado por los problemas de inequidad en la distribución de la riqueza. Por la cláusula 18 de la Carta de Intención que firmó el Perú con el FMI el año 1994, se exigió al gobierno el fortalecimiento de sus políticas para reducir la pobreza y consolidar la pacificación del país. Allí se dieron lineamientos para iniciar la reforma de la salud, educación y vivienda y se consideró la necesidad de una política dirigida al

⁵ Sen, Amartya y Nussbaum, Martha, Capacidad y Bienestar, en La calidad de vida, Fondo de Cultura Económica, Mexico DF, 1996, pp. 67-69. 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.

⁶ Para el Jeffrey Sachs, la trampa de la pobreza se da cuando existe 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.

⁷ Béjar, Héctor, op.cit. pp.110.

⁸ 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.

alivio de la pobreza y de la pobreza extrema⁹. El déficit social generado por el cambio de modelo y el ajuste estructural obligaron al Estado a intensificar las acciones de lucha contra la pobreza y la privación¹⁰.

Durante los primeros años del gobierno del presidente Fujimori (1993), la Estrategia Nacional de Alivio de la Pobreza consideró a la nutrición básica, la salud y la educación como responsabilidades del Estado, buscando romper el círculo vicioso de la pobreza a partir de la satisfacción de las necesidades básicas, y la provisión de los medios necesarios a las personas¹¹. Las prioridades para la concentración del gasto social fueron la dotación de infraestructura, la provisión de servicios básicos de salud, nutrición, educación, justicia y seguridad¹².

El año 1996, se aprueba la Estrategia Focalizada de Lucha contra la Pobreza Extrema, objetivo máximo de la política social del segundo gobierno de Alberto Fujimori, que plantea las siguientes líneas de acción: a) asistencia social, con nutrición para niños en edad escolar y otros grupos vulnerables, y planificación familiar; b) infraestructura social, que abarcará salud pública, saneamiento y educación básica; y c) infraestructura económica, que incluye vías de penetración, pequeñas obras de irrigación y electrificación¹³.

La Carta de Política Social 2001–2006, considera la lucha contra la pobreza como la primera prioridad de la política social. Así se fijan tres objetivos, uno de los cuales es el de garantizar a todo peruano el acceso a la salud, la educación y la cultura¹⁴. El anexo de la carta, señala que la prioridad serán los niños menores de cinco años (en términos de nutrición), las madres gestantes y lactantes, las mujeres en edad fértil, los niños en edad escolar y la población de las áreas en situación de extrema pobreza¹⁵. Nutrición y salud son las primeras prioridades, seguidas de educación, justicia, vivienda y saneamiento, seguridad ciudadana e inversión social adicional.

⁹ 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).

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

¹² Ver Parodi, Carlos, op.cit. pp. 72-74.

¹³ Ver Parodi, Carlos, Perú 1960 – 2000, políticas económicas y sociales en entornos cambiantes, CIUP, Lima, 2001, pp. 425-426.

¹⁴ “Desafíos de las Políticas Sociales: superación de la pobreza e integración social en América Latina”, FONCODES y CIES, Lima, 2002. pp. 21 y siguientes.

¹⁵ Allí mismo, pp31 y siguientes.

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

La literatura revisada muestra que la política social en el Perú, ha tenido y tiene como sus principales objetivos, luchar contra la pobreza y extrema pobreza, la reducción de la brecha de equidad, y el mejoramiento de las condiciones para lograr la paz social. La Estrategia Nacional de Alivio de la Pobreza ha considerado desde el año 1993, a la nutrición, la salud y la educación como responsabilidades del Estado¹⁶. Las prioridades para la concentración del gasto social fueron la dotación de infraestructura, la provisión de servicios básicos de salud, nutrición, educación, justicia y seguridad¹⁷. A

¹⁶ 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.

¹⁷ Ver Parodi, Carlos, op.cit. pp. 72-74.

continuación se presentan, algunos de los programas sociales relacionados con nutrición y salud.

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

Programa Social	Objetivo / Criterio	Estrategias propuestas
Programa Nacional Alimentario (PRONAA) ¹⁸	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) ¹⁹	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 ²⁰	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) ²¹	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 ²²	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 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) ²³	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).

¹⁸ 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).

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ 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).

²² 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>).

²³ 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.

Elaboración propia.

Se concluye que los programas sociales en nutrición y salud en nuestro país, están en general bien direccionados en cuanto a sus objetivos y estrategias, quedando pendiente la evaluación de su gestión.

3. Dispersión departamental del gasto social de los años 2007 y 2008, evaluando los Coeficientes de Correlación Parcial.

En el análisis de la dispersión departamental de los diferentes programas sociales evaluados, se observó que algunos serían regresivos, pues se relacionan inversamente con el Índice de Mortalidad Infantil y con la Tasa de Desnutrición Crónica, y positivamente con el Producto Bruto Interno per Cápita. Las correlaciones significativas son las del IMI con los programas de Salud Colectiva (relación inversa), Salud Individual (relación inversa) y Vaso de Leche (relación directa); asimismo, las de la TDC con el Programa 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). También se observan 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

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

De acuerdo a los estándares dados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el promedio de la relación *Gasto Social/Gasto Público*

(2007), está homogéneamente por encima de la norma PNUD (0.40), lo que confirmaría que existe un criterio uniforme en la asignación del gasto social con relación al gasto público. Sin embargo, el resultado es bastante bajo al evaluar el ratio *Prioridad Social/Gasto Social*. La norma PNUD señala que hasta el 50% del gasto social debe focalizarse en programas de prioridad social (educación, salud y nutrición), sin embargo este indicador en el Perú es tan solo del 3%.

En general, los valores o estándares sugeridos por el PNUD, no se cumplen, salvo el Gasto Social/Gasto Público. En cuanto al gasto en desarrollo humano que debería ser igual al 5% según lo recomendado por el PNUD, en ninguno de los departamentos se logra siquiera llegar al 2.5%. En este sentido, se estaría asignando cantidades insuficientes a programas sociales de urgencia como los nutricionales, alimentarios, los de salud y educación.

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 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.

b. Dispersión distrital del gasto social en función del Ingreso Mensual per cápita, la Tasa de Desnutrición Crónica y del Índice de Mortalidad Infantil

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). 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.

Los valores de las variables 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. Utilizando la prueba de Scheffé para determinar la relevancia estadística de las diferencias, se confirma que solo es relevante la diferencia entre el quintil 1 y el quintil 5. 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 20% de mayor ingreso per cápita mensual (quintil 5). Este programa no estaría aportando a la reducción de la pobreza ni a la promoción de la equidad. Los programas Vaso de Leche, Seguro Integral de Salud y Programa Integral de Nutrición, sí llegan a las poblaciones más pobres. Las diferencias son estadísticamente relevantes (prueba de Scheffé), favoreciendo a los dos quintiles más pobres de la población del país.

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 considera como un programa redistributivo. Sin embargo, el programa Alimentario Nutricional para Tuberculosos y Familias, presenta los promedios más elevados para las poblaciones menos pobres. Los programas Vaso de Leche, Seguro Integral de Salud 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. 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 se aplicó la prueba de Scheffé. No se considera en el presente resumen, el análisis utilizando el Índice de Mortalidad Infantil (IMI), por ser su comportamiento muy similar al de la Tasa de Desnutrición Crónica (TDC).

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

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 nivel de significancia del 0.01. 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.

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, siendo opuesto a sus propios objetivos en cuanto a la asignación del gasto. En contraposición, el programa Vaso de Leche ratifica un comportamiento directamente proporcional en relación a las variables que actúan como criterio social, mientras que es inverso al contrastarlo con el ingreso per cápita. La asignación del gasto en este programa se realiza en función del índice de pobreza. Similar comportamiento al Vaso de Leche, se puede observar en el programa Seguro Integral de Salud, en el Programa Integral Nutricional y en el programa Comedores, Alimentos por Trabajo, Hogares y Albergues, por lo que se puede afirmar que la asignación del gasto social en los mismos, es redistributiva.

Cuadro 6
Coeficientes de correlación parcial para la dispersión distrital

VARIABLES	Coeficiente de correlación Pearson	TDC	IMI	Pobreza Extrema (Tasa)	IPC
Programa alimentario nutricional para tuberculosos y familias - per cápita(2008)	Coeficiente	-0.127**	-0.101**	-0.135**	0.108**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000
Vaso de leche - per cápita - en soles (2007)	Coeficiente	0.452**	0.339**	0.459**	-0.366*
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000
Seguro integral de salud - per cápita en soles (2007)	Coeficiente	0.397**	0.202**	0.399**	-.329**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000
PIN - per cápita (2007)	Coeficiente	0.445**	0.406**	0.473**	-0.445**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000

Comedores, alimentos por trabajo, hogares y albergues - per cápita (2008)	Coeficiente	0.1802**	0.0993**	0.1844**	-0.118*
	Sig. (bilateral)	0.00	0.0	0.00	0.0

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). N = 1830

Elaboración propia

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

Finalmente, se trabajaron dos ratios de rotación (uno en función de los pobres y otro en función de los pobres extremos) 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. El análisis nos indica que hay distritos con poca población en situación de pobreza o de extrema pobreza, y que reciben fondos por este programa por encima de sus necesidades. Se generan así 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 en el PIN y probablemente 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
Lima	LIMA	Rímac	176,169	1,356	68	12,411	9.2	182.5
Lima	LIMA	S. Juan Miraflores	362,643	4,564	72	46,157	10.1	641.1
Lima	Lima	Independencia	207,647	2,019	22	29,620	14.7	1,346.4
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.

4. 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 concluye que sí existen criterios para la asignación del gasto social. Es prioritaria la reducción de la pobreza y de la pobreza extrema, así como la generación de capacidades en las personas.

- b. 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 han sido la reducción del analfabetismo, fortalecimiento de la educación primaria, programas de alimentación, nutrición y vivienda; teniendo como prioridad la disminución de la desnutrición crónica y la mortalidad infantil.
- c. De la dispersión departamental, se concluye que son pocos los programas sociales que tienen una asignación en función de aquellos que tienen peores condiciones de vida. Estos programas son el Vaso de Leche y el Seguro Integral de Salud. Los otros programas sociales evaluados, no parecen ser redistributivos, favoreciendo a departamentos con elevados valores del Producto Bruto Interno per Cápita. 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.
- d. En la dispersión distrital, se observó que el Vaso de Leche, el Seguro Integral de Salud y el Programa Integral de Nutrición, son programas cuya asignación de fondos, responde mejor a los objetivos por los cuales fueron creados. Finalmente, se tiene que el Programa Alimentario Nutricional para Tuberculosos y Familias, 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 (PNUD), el promedio de la relación *Gasto Social/Gasto Público* (2007), está muy por encima de la norma PNUD (0.40), lo que confirmaría que existe un criterio uniforme en la asignación del gasto social con relación al gasto público. Sin embargo, el resultado es bastante bajo al evaluar el ratio *Prioridad Social/Gasto Social*. La norma PNUD señala que hasta el 50% del gasto social debe focalizarse en programas de prioridad social (educación, salud y nutrición), sin embargo este indicador en el Perú es tan solo del 3%.
- f. El Programa Integral de Salud a nivel distrital, presentó la mejor asignación del gasto en relación con sus objetivos. Sin embargo, se observa que el ratio de rotación 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, podría estar llegando a personas que no necesitan el apoyo (filtración). Lo mismo podría estar ocurriendo con otros programas sociales, por lo que debería revisarse también la gestión de los fondos asignados.