



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS  
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**DISPARIDADES INTRA REGIONALES EN MOQUEGUA, AREQUIPA Y  
SAN MARTÍN, EN LA DIMENSIÓN DE SALUD DEL ÍNDICE DEL  
DESARROLLO HUMANO DURANTE EL PERÍODO 2003 Y 2012.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

**NILTHON IVAN PISFIL BENITES**

**PROFESOR GUÍA:  
MARIA FERNANDA MELIS JACOB**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:  
IRIS ISABEL SALINAS VEGA  
ANTONIO GALDAMES SEPULVEDA**

**SANTIAGO DE CHILE  
2014**

RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Por: Nilthon Ivan Pisfil Benites

Fecha: 18/12/2014

Prof. Guía: María Fernanda Melis Jacob

**DISPARIDADES INTRA REGIONALES EN MOQUEGUA, AREQUIPA Y SAN  
MARTÍN, EN LA DIMENSIÓN DE SALUD DEL ÍNDICE DEL DESARROLLO  
HUMANO DURANTE EL PERÍODO 2003 Y 2012.**

El Perú ha venido experimentando un crecimiento sostenido a un alto ritmo comparado con los demás países de la región Latinoamérica. Sin embargo, este crecimiento económico no ha sido equitativo ni uniforme entre las regiones, persistiendo grandes brechas en cobertura de servicios como en salud. A pesar de que el proceso de descentralización ha transferido competencias y funciones y dotado de mayores recursos a los gobiernos sub nacionales (regionales y distritales) aún no han gastado de manera eficaz y eficiente todos los recursos que les han sido transferidos para cerrar las brechas territoriales existentes.

Aún con políticas nacionales y regionales sectoriales implementadas, el desarrollo humano se distribuye de manera desigual entre las regiones y aún más en sus distritos, influyendo notoriamente en el resultado final del IDH regional.

El presente estudio de caso pretende analizar las trayectorias de las regiones que han experimentado un mayor porcentaje en la reducción de la distancia a la meta ideal del desarrollo humano en la dimensión de salud, entre 2003 y 2012 siendo Moquegua, Arequipa y San Martín. Analizando las políticas públicas regionales en salud y su relación con la dimensión salud del Índice de Desarrollo Humano.

Con el fin de lograr su objetivo, este estudio está separado en tres etapas de desarrollo, de las cuales la primera consiste en el desarrollo del marco conceptual de referencia, mediante la revisión de la bibliografía especializada en temas de desarrollo humano y políticas públicas en los gobiernos sub nacionales, de tal forma, de identificar las políticas públicas regionales implementadas y su relación con el desarrollo humano. Una segunda etapa consiste en el levantamiento de información sobre las políticas públicas en salud implementadas en las regiones del Perú y estadísticas regionales relacionadas a la dimensión de salud que servirán como marco descriptivo de los logros alcanzados por las regiones en dicha dimensión. En la tercera etapa se realizó el análisis de casos derivadas del levantamiento de datos previos, donde se procedió a caracterizar las disparidades existentes entre los distritos conformantes de las regiones seleccionadas.

Este estudio concluye que los distritos rezagados en las regiones del Perú presentan características en común: son más rurales como en la región Moquegua y Arequipa y tienen una mayor proporción de pueblos originarios como lo es la región San Martín. A pesar de exhibir un buen desempeño en los índices del IDH y demostrar cierres de brechas territoriales incipientes en algunos de los indicadores, las regiones del Perú no han podido ser capaces de eliminar las inequidades de desarrollo que existen en sus propios territorios. Finalmente, se requieren políticas de apoyo específico a los territorios más rezagados, de manera de ir reduciendo las brechas existentes en el sector salud.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradezco a Dios por sus muchas bendiciones en este proceso de aprendizaje, a mi compañera de toda la vida Zaira Díaz y mis dos hijos Maricielo y Juan Diego Pisfil Díaz, puesto que tengo la seguridad de que este proceso ha sido sentido más intensamente por ellos que por mí. Gracias por comprender mis ausencias, por el amor incondicional, y sobre todo, por la eterna paciencia.

A mis padres Juan Pisfil y Miriam Benites las personas que alimentaron mis ambiciones desde muy pequeño, a mis hermanas Nathalie y Estefani Pisfil Benites por su eterno apoyo y estímulo.

Especial mención a María Fernanda Melis Jacob, por su tiempo dedicado como guía en este estudio de caso.

Finalmente, a Akram Hernández, Maco López y William Rebollo, por su apoyo durante el este magíster y su amistad incondicional.

A todas estas personas les dedico este estudio de caso.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I . INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE CASO</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4 METODOLOGÍA</b> .....	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO II . EL DESARROLLO HUMANO</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 IDH EN LAS REGIONES DEL PERÚ</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 EL IDH EN LAS REGIONES DEL PERÚ (2003 – 2012)</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3 DIMENSIÓN SALUD</b> .....	<b>10</b>
<b>2.4 DIMENSIÓN EDUCACIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>2.5 DIMENSIÓN INGRESOS</b> .....	<b>14</b>
<b>2.6 LA EVOLUCIÓN DEL IDH EN LAS REGIONES DEL PERÚ (2003 – 2012)</b> .....	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO III . TRANSFERENCIA DE FUNCIONES A LOS GOBIERNOS REGIONALES DEL PERÚ</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1 EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN EL PERÚ</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2 EL SECTOR SALUD</b> .....	<b>22</b>
3.2.1. El Plan Nacional de Salud y los Planes Regionales Concertados de Salud. ....	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO IV . ANÁLISIS REGIONAL DE LA DIMENSIÓN SALUD (2003 -2012)</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1 REGIÓN MOQUEGUA</b> .....	<b>26</b>
4.1.1. Dimensión Salud .....	<b>28</b>
<b>4.2 REGIÓN AREQUIPA</b> .....	<b>31</b>
4.3.1. Dimensión salud .....	<b>33</b>
<b>4.3. REGIÓN SAN MARTÍN</b> .....	<b>37</b>
4.3.2. Dimensión salud .....	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO V . CONCLUSIONES</b> .....	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO VI . BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>44</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valor IDH regional 2003 – 2012, clasificación IDH y reducción de la distancia a la meta ideal.....	10
Tabla 2. Incremento de la Esperanza de Vida al Nacer 2003 – 2012.....	12
Tabla 3. Promedio de años de estudio alcanzado por la población de 25 y más años de edad, según área de residencia y región natural, 2003 – 2012 .....	13
Tabla 4. Porcentaje de la población de 18 años de edad que culminó el 5to de secundaria, según ámbito geográfico, 2003 – .....	13
Tabla 5. Porcentaje de reducción de la distancia a la meta ideal de IDH 2003 – 2012 por dimensión.....	14
Tabla 6. Marco Normativo del proceso de descentralización en el Perú.....	19
Tabla 7. Plan Nacional Concertado de Salud del Perú y los Planes Regionales.....	23
Tabla 8. Avances en los indicadores sanitarios 2003 – 2012.....	25
Tabla 9. Análisis de desempeño de indicadores con respecto al IDH 2003.....	31
Tabla 10. Análisis de desempeño de indicadores con respecto al IDH 2003.....	36
Tabla 11. Análisis de desempeño de indicadores con respecto al IDH 2003.....	41

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1. Componentes del Índice de Desarrollo Humano.....	5
Gráfico 2. Incremento del IDH regional desde 2003 al 2012.....	8
Gráfico 3. Esperanza de Vida al Nacer en el Perú 2003 - 2012.....	11
Gráfico 4. Porcentaje de reducción de la distancia a la meta ideal del IDH 2003 - 2012 por dimensión.....	15
Gráfico 5. Porcentaje de reducción de la distancia a la meta ideal del IDH 2003 - 2012....	16
Gráfico 6. Región Moquegua, dimensión salud del IDH 2003 y 2012.....	27
Gráfico 7. Reducción de la brecha hacia la meta ideal de la dimensión salud en los distritos de Moquegua 2003 - 2012.....	27
Gráfico 8. Variación de la Esperanza de Vida al Nacer en los distritos de la región Moquegua 2003 - 2012.....	28
Gráfico 9. Variación del porcentaje de acceso a agua en distritos de la región Moquegua 2003 - 2012.....	29
Gráfico 10. Variación del porcentaje de acceso a saneamiento en distritos de la región Moquegua 2007 - 2012.....	29
Gráfico 11. Variación del porcentaje de la desnutrición crónica en los distritos de la región Moquegua 2007 - 2012.....	30
Gráfico 12. Región Arequipa, dimensión de salud del IDH 2003 y 2012.....	32
Gráfico 13. Porcentaje de reducción de la brecha hacia la meta ideal en los distritos de Arequipa 2003 -2012.....	33
Gráfico 14. Variación de la Esperanza de Vida al Nacer en los distritos de Arequipa 2003 - 2012.....	34
Gráfico 15. Variación del porcentaje de acceso a agua en los distritos de la región Arequipa 2007 - 2012.....	34
Gráfico 16. Variación del porcentaje de acceso a saneamiento en distritos de la región Arequipa 2007- 2012.....	35
Gráfico 17. Región San Martín, dimensión de salud del IDH 2003 y 2012.....	37
Gráfico 18. Porcentaje de reducción de la brecha hacia la meta ideal en los distritos de San Martín 2003 - 2012.....	38
Gráfico 19. Variación de la Esperanza de Vida al Nacer en los distritos de San Martín 2003 - 2012.....	39

Gráfico 20. Variación del porcentaje de reducción de la tasa de desnutrición infantil en los distritos de la región San Martín 2007 - 2012.....	39
Gráfico 21. Variación del porcentaje de la mortalidad infantil en los distritos de la región San Martín 2007 - 2012.....	40

# CAPÍTULO I . INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE CASO

## 1.1. Introducción.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)<sup>1</sup> informa que el Perú cuenta con una población de 30, 814, 175 habitantes (INEI, 2014), la cual se distribuye de manera desigual en tres regiones naturales: costa, sierra y selva, así como en dos áreas geográficas socialmente distintas: rural y urbana. La costa con el 11% de la superficie territorial alberga a más de la mitad de la población (55,35%); la sierra con el 26% a la tercera parte (35,23%) y la selva con el 63% apenas al 9,4%. Dentro de estos espacios habita una policromía étnica, 72 grupos étnicos y 15 familias lingüísticas, que hacen del Perú un país diverso, pluricultural y multilingüe y con amplias brechas sociales.

El Perú, es uno de los países con mayor crecimiento económico de la región, según el Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe (2013). Este alto y sostenido crecimiento económico en la última década, junto con una política macroeconómica prudente ante la crisis económica europea iniciada en el año 2008, el incremento y las mejoras en el gasto social y de la inversión pública, el fortalecimiento de las políticas públicas y los programas sociales, el avance en la adopción de prácticas compatibles con la sostenibilidad ambiental y una mayor participación de la sociedad en la implementación y seguimiento del quehacer estatal, han contribuido a este progreso (PNUD Perú, 2013).

En este contexto auspicioso para la mejora de las condiciones de vida de todos los peruanos y peruanas, se ha logrado una reducción importante en la brecha que nos separa del ideal del desarrollo humano, de tal forma que en el último informe mundial 2014 presentado en Tokyo, Japón, el Perú registra un IDH de 0,737 logrando ocupar el lugar 82 entre 187 países. Sin embargo, éste auge económico y una aparente mejora en el desarrollo humano de la sociedad peruana, según el IDH actual, no ha sido equitativo ni uniforme entre las tres regiones naturales del Perú (costa sierra y selva), persistiendo las brechas en la cobertura de servicios e infraestructura pública, además la pobreza en el ámbito rural sigue siendo alta, llegando a casi el doble de la pobreza en el ámbito urbano.

En el año 2002 se firmó el Acuerdo Nacional, el cual incluyó veintinueve políticas de Estado representando este acontecimiento el punto de partida para el proceso de descentralización en el Perú. Este acuerdo fue elaborado y aprobado sobre la base del diálogo y el consenso, luego de distintos procesos de talleres y consultas a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. Éste documento reconoce a la descentralización como una de las reformas más importantes, logrando la creación de los gobiernos regionales como instancias políticas encargadas de la administración de cada uno de los departamentos. La Ley de Bases de la Descentralización N° 27783, estableció el proceso de transferencia de funciones a los gobiernos sub nacionales (gobiernos regionales y locales) con el fin de que servicios básicos como los de salud sean prestados a la ciudadanía de manera más efectiva y oportuna, ya que son éstos niveles de gobierno los que tienen un mayor acercamiento con las necesidades de los ciudadanos y una mayor posibilidad de atenderlas de manera más adecuada.

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática en adelante INEI.



Los gobiernos regionales fueron conferidos con la facultad de definir políticas regionales de gobierno en sectores como salud, alineados con sus respectivas políticas nacionales sectoriales, de tal forma que los gobiernos regionales se convierten en el actor gubernamental más cercano al ciudadano, con la posibilidad de poder incidir en el desarrollo humano de la región y sus distritos que las conforman.

El proceso de descentralización surge como una necesidad del Estado para acercarse de manera más efectiva a los ciudadanos y así abordar la diversidad a la que se hizo referencia anteriormente. Gonzales de Olarte (2003) define a la descentralización, como un proceso de cambios y reformas para reducir las desigualdades espaciales de desarrollo, que provienen de un poder económico desigualmente distribuido en el espacio, y para redistribuir el poder político concentrado en los niveles altos de gobierno hacia los gobiernos sub nacionales (Gonzales de Olarte, 2003). Con el proceso de descentralización, se llegó a consolidar las institucionalidades de los gobiernos regionales y locales del Perú, ya que estos presentan un mayor acercamiento a las necesidades de la ciudadanía y la cobertura de los servicios básicos (salud, educación, otros) se atienden de manera más eficiente.

Uno de los temas centrales que enfrenta el Perú en su actual auge económico y su alto desarrollo humano es la existencia de grandes brechas territoriales. Desde hace muchos años el sector salud ha constatado la existencia de enormes inequidades en los resultados de salud entre los territorios más pobres y aquellos territorios consideradas más ricos. Por su parte, el Ministerio de Salud ha declarado como una de sus prioridades la lucha por una mayor equidad en salud. La incorporación de este tema en los planes regionales del sector han ido variando en el tiempo y adquiriendo mayor importancia (Fábrega, 2013).

Sin embargo, las brechas territoriales en el Perú siguen siendo una gran barrera para el desarrollo, en cuanto a sus niveles de ingresos, pobreza, productividad, acceso al bienestar y dotación de recursos naturales, los cuales contribuyen a los contrastes agregados que los indicadores muestran en el ámbito nacional. Por esta razón, para lograr una mayor igualdad es indispensable reducir las brechas entre los territorios, siendo en este aspecto de gran importancia unas políticas que contemplen la convergencia espacial (CEPAL, 2014). A pesar de las políticas nacionales y regionales sectoriales implementadas, el desarrollo humano se distribuye de manera desigual entre las regiones y aún más en sus distritos, influyendo notoriamente en el resultado final del IDH regional y distrital, confirmando la necesidad de focalizar esfuerzos en aquellos distritos que presentan resultados desfavorables en las dimensiones del IDH.

El presente estudio de caso pretende analizar las trayectorias de las regiones que han experimentado un mayor porcentaje en la reducción de la distancia a la meta ideal del desarrollo humano en la dimensión de salud, entre 2003 y 2012 siendo Moquegua (36,3%), Arequipa (26,4%) y San Martín (24,8%)<sup>2</sup>. Por otro lado, busca analizar, las políticas públicas regionales en salud y que dicen en cuanto a su relación con la dimensión de salud del Índice de desarrollo humano.

---

<sup>2</sup> Las cuatro regiones con mayor porcentaje de disminución de la distancia a la meta ideal del desarrollo humano en el periodo 2003 y 2012, son: Moquegua, Madre de Dios, Arequipa y San Martín. Sin embargo, por la falta de disponibilidad de datos se optó por excluir del análisis a la región Madre de Dios, de tal forma que, las regiones sujetas al análisis de este estudio de caso son Moquegua, Arequipa y San Martín.

## **1.2. Objetivo general.**

Analizar las trayectorias de las regiones que han experimentado un mayor porcentaje en la reducción de la distancia a la meta ideal del desarrollo humano en la dimensión de salud entre 2003 y 2012, siendo Moquegua (36,3%), Arequipa (26,4%) y San Martín (24,8%).

## **1.3. Objetivos específicos.**

- Desagregar el valor del IDH regional y distrital, en la dimensión de salud para los casos de las regiones peruanas de Moquegua, Arequipa y San Martín, y analizar el nivel de logro y evolución alcanzado en cada una de las regiones, en el periodo comprendido entre 2003 y 2012.
- Caracterizar las disparidades en términos de resultados en relación a salud entre los distritos de las regiones de Moquegua, Arequipa y San Martín, en el periodo comprendido entre 2003 y 2012.
- Analizar las políticas públicas regionales en salud y su relación con las dimensiones de salud del Índice de desarrollo humano.

## **1.4. Metodología.**

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, en tanto busca analizar las políticas públicas regionales para el logro del desarrollo humano de sus respectivas regiones. La tipología de estudio de caso, según el modelo desarrollado por Yin (1994), corresponde a un tipo incrustado en que se consideran múltiples unidades de análisis, como son los casos de las regiones de Moquegua, Arequipa y San Martín.

La estrategia de levantamiento de datos para este estudio de caso se realizó mediante la revisión documental y el instrumento de recolección de datos que se empleó fue la matriz documental, la cual agrega a la dimensión salud una o más variables que permitan una visión más detallada de los logros alcanzados por las políticas regionales implementadas en cada caso seleccionado. Los criterios de elección documentaria se apoyaron en reportes e informes oficiales del PNUD Perú, CEPAL, Banco Mundial, RIMISP, Banco Central de Reserva del Perú, CEPLAN, Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, entre otros, los cuales permitieron dar un enfoque general a la luz de las políticas públicas implementadas en los países de la región y como se relacionan con el desarrollo humano.

Este estudio está separado en cuatro etapas de desarrollo, de las cuales la primera consiste en el desarrollo del marco conceptual de referencia, mediante la revisión de la bibliografía especializada en temas de desarrollo humano y políticas públicas en los gobiernos sub nacionales, de tal forma, de identificar las políticas públicas regionales implementadas y su relación con el desarrollo humano. Una segunda etapa consiste en el levantamiento de información sobre las políticas públicas en salud implementadas en las regiones del Perú y estadísticas regionales relacionadas a las dimensiones de salud que servirán como marco descriptivo de los logros alcanzados por las regiones en dichas dimensiones. En la tercera etapa se realizó el análisis de casos derivados del levantamiento de datos previos, donde se procedió a caracterizar las disparidades existentes entre los distritos conformantes de las regiones seleccionadas.

## CAPÍTULO II . EL DESARROLLO HUMANO

### 2.1. IDH en las regiones del Perú

El desarrollo es entendido como el proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos, es decir, el desarrollo no debe medirse con otro indicador que no sea el aumento de las libertades de los individuos. Según Amartya Sen (2000), la contribución de la libertad al desarrollo puede verse de dos maneras distintas: puede ser tanto un fin como un medio. Sen incluye estos dos aspectos en su definición del desarrollo como libertad, concediéndole mayor importancia al desarrollo como fin. La libertad es, ante todo, el fin principal del desarrollo. En cuanto a la libertad como medio, Sen sostiene que además de ser el objetivo último del desarrollo, la libertad puede ser una excelente herramienta para lograr el desarrollo, dándole un papel instrumental en el desarrollo. Por otra parte, el crecimiento económico, desde luego, es un medio para expandir las libertades de que disfrutaban los miembros de la sociedad. Pero las libertades también dependen de otros determinantes, como las instituciones sociales y económicas (servicio de educación, atención médica, entre otros), así como, de los derechos políticos y humanos (entre ellos la libertad para participar en debates y escrutinios públicos). La concepción del desarrollo como un proceso de expansión de las libertades fundamentales lleva a centrar la atención a los fines por los que cobra importancia el desarrollo y no sólo en algunos de los medios que desempeñan (Sen, 2000).

Teniendo en cuenta el enfoque de Sen, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) creó el Índice de Desarrollo Humano<sup>3</sup> como una herramienta para afrontar los desafíos del desarrollo humano, que representa una especial manera de abordar el desarrollo (PNUD Chile, 2000). El IDH, es un indicador entre 0 y 1, que resume los datos en tres dimensiones: salud, medido por la esperanza de vida al nacer; educación, como resultado de la matrícula escolar e ingresos, calculado por el PIB per cápita, éstos se consolidan en un solo indicador compuesto. Cuando el IDH se acerca al valor 1 se dice que el país goza de un mayor desarrollo humano, siendo el valor 1 la meta ideal a la que aspiran los países. Es así que el IDH se instala en el debate tanto nacional como internacional como una nueva forma de medir el desarrollo de los países, lo cual significó trasladar la “medida del éxito” de una sociedad desde la mera evaluación del desempeño económico hacia la forma en que ese desempeño se traduce en mayores libertades para las personas (PNUD Chile, 2000, p. 8).

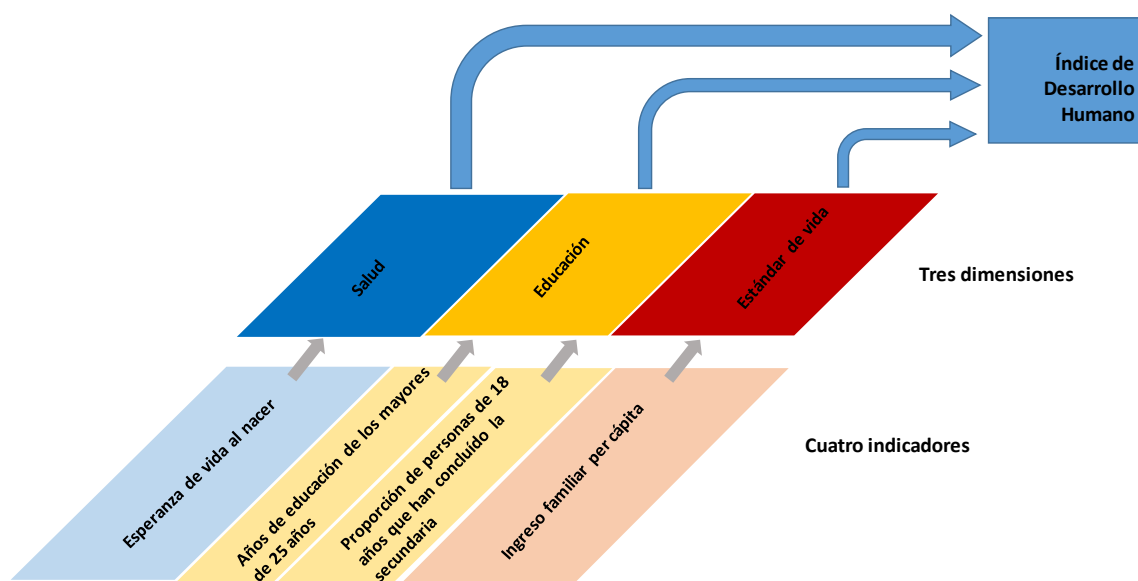
Desde los primeros informes mundiales PNUD (1991), PNUD (1992), PNUD (1994) y PNUD (1995), se enfatiza la importancia de realizar aplicaciones desagregadas del IDH para reflejar las disparidades existentes en el interior de los países. En el informe de 1994, se ensayan algunos ejercicios de desagregación espacial del índice y sus componentes aplicados a un conjunto de países para los que se dispone de información adecuada a nivel sub nacional, con los resultados mostrados en el informe se busca ilustrar las amplias diferencias existentes entre territorios y grupos poblacionales.

El Perú, en sus Informes de Desarrollo Humano Perú 2005 y 2009, publicó la elaboración de informes nacionales con el objeto de analizar y recopilar datos estadísticos sobre el desarrollo humano a nivel sub nacional, siendo estos informes una primera aproximación al estudio de las brechas existentes en el interior del país.

---

<sup>3</sup> Índice de Desarrollo Humano en adelante el IDH.

*Gráfico 1. Componentes del Índice de Desarrollo Humano.*



Fuente: Elaboración propia a partir de PNUD Perú, 2013.

Como bien lo señala el PNUD, el desarrollo humano consiste en hacer de los individuos y las comunidades los verdaderos sujetos, gestores y beneficiarios del desarrollo. Este proceso implica asumir, entre otras cosas, que el centro de todos los esfuerzos de desarrollo deben ser las personas y que éstas deben ser consideradas no sólo como beneficiarios sino con verdaderos sujetos sociales (PNUD Chile, 2000, p. 7).

Además, como todo enfoque que incluye la dimensión ética, el desarrollo humano es normativo, por que propone un “debe ser” distinto a la realidad actual. Las formas en las que este enfoque normativo se materializa van desde la formulación de políticas públicas hasta la infinidad de iniciativas familiares y sociales, individuales y colectivas existentes en la sociedad (PNUD, 2010a, p. 12). La aceptación de este enfoque en el actual análisis de las políticas públicas, ha puesto a las personas como centro de éstas decisiones lo cual ha motivado que muchos países observen este enfoque con el fin de conocer qué tanto se acercan hacia un desarrollo humano ideal.

Este apartado permite analizar la finalidad que tiene la incorporación del estudio del desarrollo humano a niveles sub nacionales, sirviendo de referencia para la planificación de las distintas políticas públicas y, de manera paralela, profundizar en una comprensión más detallada y rigurosa del desarrollo humano en el interior del Perú.

Los distintos informes del PNUD en materia de desarrollo humano sostienen que la desagregación del IDH a niveles sub nacionales aporta datos requeridos para descender en el diagnóstico de las condiciones de vida y, en consecuencia facilitar el diseño y evaluación de los planes orientados a impulsar una vida saludable, educación y nivel de vida (ingresos), así como a la generación de condiciones para que el crecimiento económico sea equilibrado social y territorialmente. En esta misma línea, el estudio territorial del desarrollo humano en las regiones tiene como finalidad disponer de datos desagregados para:

## **Focalizar la acción pública en regiones prioritarias.**

Los informes mundiales de desarrollo humano del PNUD, han permitido constatar la importancia del análisis desagregado del IDH por cada país a fin de dar cuenta de las disparidades el interior de los territorios nacionales. En el informe mundial 2003 se apunta:

“Todos los países deberían hacer frente a los problemas de desigualdades entre grupos – entre hombre y mujeres, entre grupos étnicos, entre razas y entre zonas urbanas y rurales – y para abordar esta tarea se requiere ir más allá de los promedios de los países” (PNUD, 2003, p. 3).

En este sentido, las desagregaciones derivadas del IDH pueden ser utilizados como vía de entrada para la implementación de políticas específicas dirigidas a grupos y territorios objetivos. Así, la desagregación del IDH no sólo permite conocer cuál es la situación de una determinada región en relación con las demás, sino también conocer cuál es la distancia que la separa de determinados valores considerados ideales. Así, el documento “Desarrollo Humano en las comunas de Chile” se plantea como objetivo:

“... Profundizar el conocimiento de la distribución del desarrollo humano en el conjunto de las comunas de Chile y reconocer la posición relativa que cada una de ellas ocupa en sus respectivas regiones y en el país” (PNUD Chile, 2000, p. 29).

En síntesis, el cálculo del IDH desagregado por regiones puede servir como instrumento para focalizar los esfuerzos de las naciones frente a los problemas de disparidades e identificar las características asociadas a los bajos niveles de desarrollo humano. Esto permitiría:

“Identificar regionalmente condiciones que, originadas en cierta forma por fenómenos del mercado, pueden ser corregidas por el sector público, la sociedad civil o el marco institucional” (PNUD México, 2005, p. 49).

Las dimensiones del IDH permiten saber en cuál de estas, la región, se encuentra en mejores o peores condiciones en términos absolutos o comparativos con el resto de las regiones. Este tipo de observaciones pueden ser utilizadas para orientar el espectro de políticas a ser aplicadas de manera prioritaria y para identificar las regiones que requieren una mayor atención. En este sentido, el conocimiento de la distribución espacial del desarrollo humano, busca mejorar la planificación territorial de la acción pública fortaleciendo las políticas sectoriales que afectan a cada una de las dimensiones que componen el IDH.

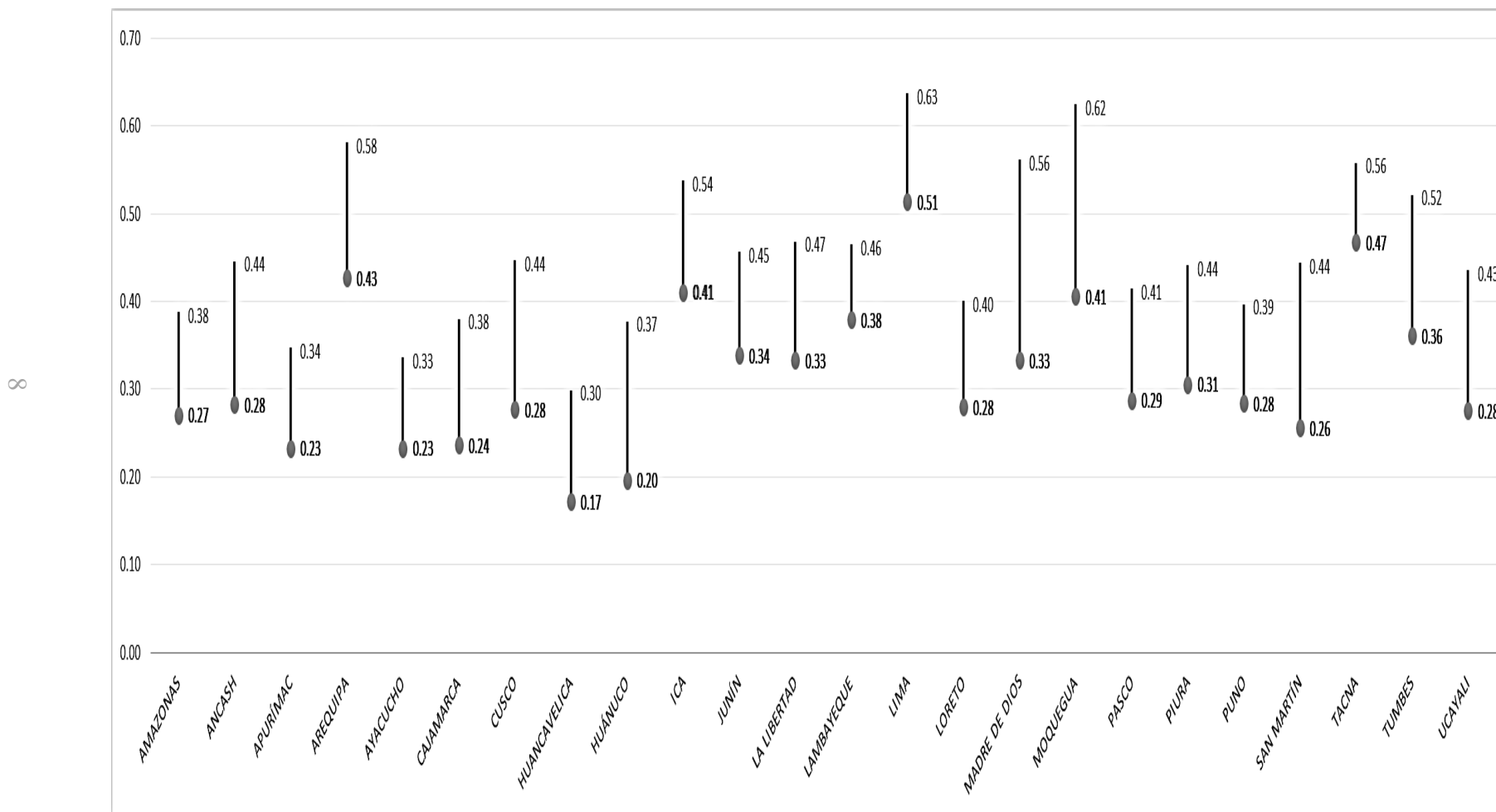
“Los componentes del IDH indican las prioridades de la política social en salud, educación y las propias exigencias del mercado a través del conocimiento del ingreso” (PNUD Perú, 2005, p. 212).

## **2.2. El IDH en las regiones del Perú (2003 - 2012).**

Por lo anteriormente expuesto, el análisis distrital y regional desagregado del IDH resulta relevante para identificar las disparidades territoriales existentes en el país. De tal forma, que un análisis de los resultados del IDH en las regiones del país en los años 2003 y 2012 resulta necesario para este estudio de caso.

El IDH del Perú se incrementó de 0.3657 en 2003 a 0.5058 en el 2012, con una disminución de la distancia que lo separa del ideal propuesto como pleno desarrollo humano de un 22.09%. En este mismo periodo todas las regiones del país incrementaron su desarrollo humano tal como se muestra en el gráfico 2.

**Gráfico 2. Incremento del IDH regional desde 2003 al 2012.**



Fuente: PNUD, 2013.

Al analizar la variación del valor absoluto del IDH con respecto a su distancia con la meta ideal (brecha del desarrollo humano). Se puede observar que la región de Moquegua es la que más ha incrementado su nivel de logro durante la década en estudio, reduciendo un 36.3% su brecha. Las regiones de San Martín y Huánuco presentaban en 2003 valores IDH comparativamente más bajos, no obstante, estas regiones en el 2012 muestran grandes avances.

Las regiones de Lambayeque y Ayacucho son aquellas cuyo incremento del IDH muestran un menor nivel de logro en el período. Si bien muestran un avance importante, se encuentran por debajo del promedio nacional (13.2% y 13.1%, respectivamente) en cuanto a la reducción de su brecha del IDH.

Sin embargo, en el período de estudio se registran cambios en la posición relativa de algunas de las regiones (ver tabla 1). Las que mejoran son las regiones de Ancash, Cusco, Huánuco, La Libertad, Madre de Dios, Moquegua, San Martín y Ucayali. Por otro lado Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Huancavelica, Lima y Tumbes mantienen su posición relativa. Las que desmejoran su posición relativa son las regiones de Amazonas, Ayacucho, Callao, Ica, Junín, Lambayeque, Loreto, Pasco, Piura, Puno y Tacna, aunque continúan de las que muestran mayores logros de desarrollo humano, Piura e Ica.



**Tabla 1. Valor IDH regional 2003 – 2012, clasificación IDH y reducción de la distancia a la meta ideal.**

Región	IDH 2003	IDH 2012	Ranking Regional IDH 2003	Ranking Regional IDH 2012	% Reducción de la distancia a la meta ideal del IDH 2003-2012
MOQUEGUA	0.4061	0.6215	6	2	36.3
MADRE DE DIOS	0.3332	0.5582	11	5	33.7
AREQUIPA	0.4267	0.5781	4	4	26.4
SAN MARTÍN	0.2561	0.4408	20	14	24.8
LIMA	0.5138	0.6340	1	1	24.7
TUMBES	0.3615	0.5184	8	8	24.6
CUSCO	0.2771	0.4434	17	12	23.0
ANCASH	0.2825	0.4429	15	13	22.4
HUÁNUCO	0.1968	0.3746	24	22	22.1
UCAYALI	0.2759	0.4324	18	16	21.6
ICA	0.4108	0.5351	5	7	21.1
LA LIBERTAD	0.3333	0.4653	10	9	19.8
PIURA	0.3056	0.4379	12	15	19.1
CAJAMARCA	0.2367	0.3773	21	21	18.4
CALLAO	0.4967	0.5863	2	3	17.8
JUNÍN	0.3384	0.4539	9	11	17.5
PASCO	0.2875	0.4114	13	17	17.4
TACNA	0.4672	0.5553	3	6	16.5
LORETO	0.2799	0.3977	16	18	16.4
AMAZONAS	0.2708	0.3846	19	20	15.6
PUNO	0.2845	0.3942	14	19	15.3
HUANCAVELICA	0.1725	0.2962	25	25	14.9
APURÍMAC	0.2330	0.3444	23	23	14.5
LAMBAYEQUE	0.3797	0.4617	7	10	13.2
AYACUCHO	0.2330	0.3336	22	24	13.1

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada por PNUD Perú 2013.

El desarrollo humano tiene en las regiones perfiles diferenciados, de tal forma que cada región tiene sus propias características y desafíos, lo que se expresa en los diversos logros que cada una de ellas obtiene en las dimensiones que componen el IDH. De lo anterior, se crea la necesidad de atender estas particularidades al momento de definir e implementar las políticas de desarrollo adecuadas a nivel regional. Del reconocimiento de esta diversidad, deberían surgir propuestas más pertinentes a las particularidades de cada región.

### 2.3. Dimensión salud.

Para medir el logro en materia de salud, se considera el indicador Esperanza de vida al nacer (EVN), este indicador representa el promedio de años que se espera viva una persona, es decir, son los años que el individuo recién nacido puede esperar vivir si los patrones de mortalidad por edades actuales en el momento de nacimiento de la persona permanecen constantes a lo largo del ciclo de vida humano.

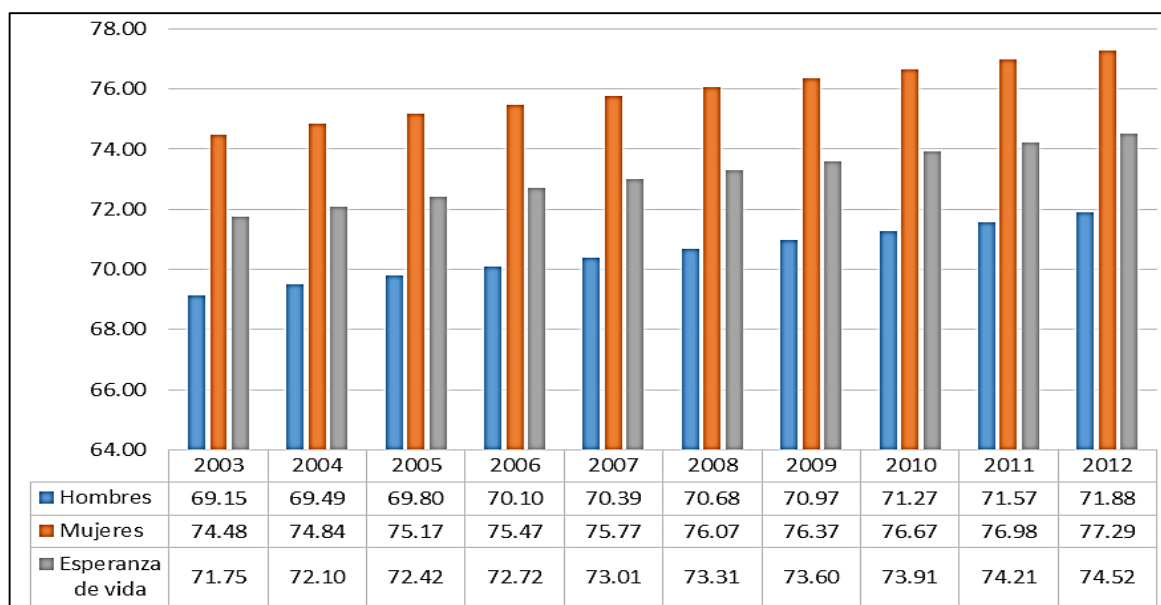
“La esperanza de vida al nacer, es un indicador clásico, ampliamente conocido y utilizado para juzgar aspectos del desarrollo humano, dada la dependencia que existe entre las pautas de mortalidad de un país y sus condiciones de salud y calidad de vida”. (Rojas, 2001).

El Organización Panamericana de la Salud (2013) en su Informe regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas confirman el incremento de este indicador en los países de la región, a su vez el PNUD en su informe nacional 2013 detalla la metodología de cálculo de la esperanza de vida al nacer (EVN), la cual es calculada por medio de la Tasa de Mortalidad Infantil<sup>6</sup> (TMI), utilizando la información de censos nacionales y de encuestas demográficas.

“La esperanza de vida al nacer (EVN) ha sido calculada por medio de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), utilizando información del Censo Nacional 2007 y de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES)”(PNUD Perú, 2010, p. 146).

En el gráfico 4 se puede observar un incremento sostenido de la esperanza de vida, de tal forma que, el descenso sostenido de las tasas de mortalidad incrementa progresivamente la esperanza de vida. Según la Organización Mundial de la Salud<sup>7</sup>, en los últimos decenios la esperanza de vida ha mejorado mucho en el mundo. En el caso peruano una niña o niño nacido en el 2012 tendrán en promedio una esperanza de vida 77.29 y 71.88 años respectivamente. Esto significa 3 años más que la media de la esperanza de vida al nacer en el año 2003.

**Gráfico 3. Esperanza de Vida al Nacer en el Perú 2003-2012.**



Fuente: Elaboración a partir de datos publicados por MINSA, 2012.

La tabla 2 muestra el incremento de la Esperanza de Vida al Nacer en todos los departamentos del Perú, en el periodo de estudio (2003 – 2012), siendo los que más han incrementado este indicador los departamentos de Cusco (2.26 años), Huánuco (2.22 años), Pasco (2.21 años), Huancavelica (2.20 años) y San Martín ( 2.20 años).

<sup>6</sup> Tasa de Mortalidad Infantil en adelante TMI.

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud en adelante OMS.

**Tabla 2. Incremento de la Esperanza de Vida al Nacer 2003 – 2012.  
(En años).**

Departamento	2003	2012	Incremento EVN (años)
Cusco	67.94	70.2	2.26
Huánuco	69.18	71.4	2.22
Pasco	69.08	71.29	2.21
Huancavelica	67.47	69.67	2.20
San Martín	69.02	71.22	2.20
Ayacucho	68.52	70.69	2.17
Madre de Dios	69.92	72.09	2.17
Ucayali	68.6	70.76	2.16
Apurímac	67.96	70.11	2.15
Puno	68.1	70.23	2.13
Cajamarca	70.83	72.83	2.00
Loreto	69.65	71.63	1.98
Ancash	71.73	73.7	1.97
Amazonas	68.54	70.46	1.92
Tumbes	72.09	73.95	1.86
Piura	72.02	73.87	1.85
Tacna	72.26	74.11	1.85
Junín	69.94	71.75	1.81
Moquegua	73.95	75.68	1.73
La Libertad	73.82	75.54	1.72
Arequipa	74.49	76.18	1.69
Lambayeque	74.33	75.99	1.66
Lima	75.47	77.07	1.60
Ica	75.59	76.93	1.34

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por INEI<sup>8</sup>.

#### **2.4. Dimensión educación.**

En esta dimensión, se consideran variables que persiguen reflejar el avance de la población en esta materia, por consiguiente, manteniendo la lógica que sustenta el logro educativo, se considera como indicador de la educación pasada a los años de educación de la población, esta variable constituye una aproximación a los años promedio de instrucción o escolaridad de la persona (PNUD Perú, 2013).

Para el año 2012, la población logró obtener como promedio 9.9 años de estudio, según el área de residencia y región natural existen diferencias importantes en términos de escolaridad obtenidos, siendo la población del área urbana y de la región costa las que alcanzaron los mayores promedios de años de estudio: 10.7 y 10.6 años respectivamente; mientras que la

<sup>8</sup> Fuente consultada el 24 de setiembre de 2014 en: <http://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>

población del área rural y de la región selva presentan menores promedios de años 6.7 y 8.6 años, en cada uno. Ello significa que existe una diferencia de 4 años en promedio de estudio entre el área rural y la urbana, y de 2 años en promedio entre la región selva y la costa (ver tabla 3).

**Tabla 3. Promedio de años de estudio alcanzado por la población de 25 y más años de edad, según área de residencia y región natural, 2003-2012.**  
(Años de estudio)

Área de residencia / Región natural	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	9,3	9,4	9,4	9,5	9,6	9,7	9,7	9,8	9,8	9,9
<b>Área de residencia</b>										
Urbana	10,3	10,3	10,3	10,4	10,5	10,6	10,6	10,6	10,6	10,7
Rural	6,2	6,4	6,3	6,3	6,5	6,5	6,5	6,6	6,6	6,7
<b>Región natural</b>										
Costa	10,2	10,2	10,3	10,3	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,6
Sierra	8,1	8,2	8,2	8,4	8,5	8,6	8,7	8,7	8,8	8,9
Selva	7,8	7,9	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,5	8,5	8,6

Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares 2007.

En la tabla 4 se hace referencia a la otra variable que conforma el logro educativo, analizando la información de la ENAHO 2007 con respecto al porcentaje de la población de 18 años de edad que culminó el 5to año de secundaria. Por área de residencia y región natural, existen diferencias importantes en términos de porcentaje de la población de 16 años de edad que culminó el 5to año de secundaria. La población del área urbana y de la región costa son aquellos que alcanzaron los mayores tasas de matrícula: 37.5% y 35.7% respectivamente, del total de la población de 16 años de edad; mientras que la población del área rural y de la región selva presentan menor porcentaje de culminación del 5to de secundaria 7.3% y 13.3%, en cada uno.

**Tabla 4. Porcentaje de la población de 18 años de edad que culminó el 5to de secundaria, según ámbito geográfico, 2003 – 2012.**  
(Porcentaje respecto del total de población de 16 años de edad)

Ámbito geográfico	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	35.20	41.90	43.80	45.30	49.40	47.00	51.70	52.10	52.90	55.20
Lima Metropolitana	55.10	53.00	58.10	55.10	66.70	60.20	66.90	65.40	65.00	67.10
Resto país	27.90	37.80	38.70	41.70	42.80	42.10	46.30	47.30	48.50	51.00
<b>Área de residencia</b>										
Urbana	47.00	54.10	55.60	54.30	60.60	57.80	60.90	61.60	61.80	63.80
Rural	10.00	15.80	19.20	23.90	26.00	24.80	29.70	29.50	33.00	34.70
<b>Región natural</b>										
Costa	48.60	53.20	54.60	53.40	61.60	57.40	63.40	62.20	61.80	64.60
Sierra	23.30	31.80	34.00	39.80	39.60	37.90	43.00	43.80	46.20	49.20
Selva	22.00	27.10	31.40	29.60	34.00	36.10	35.50	36.60	38.90	40.30

Fuente: INEI 2012 – Encuesta Nacional de Hogares 2007.

## 2.5. Dimensión ingresos.

El Ingreso familiar per cápita, es la variable que genera mayores inconvenientes en el proceso de construcción del IDH. El problema radica principalmente en la carencia de información desagregada a niveles sub nacionales, además de ser la dimensión de mayor crecimiento dentro del IDH, muy por encima de las otras dos dimensiones del IDH.

“La dimensión del ingreso del IDH refleja el acceso a recursos que permitan gozar de una vida digna. El índice de ingreso usa el Ingreso Nacional Bruto (INB) como indicador de recursos disponibles. Para el cálculo, se hace una estimación del ingreso corriente del que disponen las familias a nivel municipal, y este se ajusta al INB” (PNUD México, 2014, p. 20).

En este periodo de estudio, todos los departamentos mejoraron los resultados del IDH en las dimensiones de salud, educación e ingresos. Estos cambios, medidos por la reducción de la distancia de la meta ideal del IDH en cada una de sus dimensiones, fueron más relevantes en la dimensión salud, seguida por educación e ingresos (ver tabla 5).

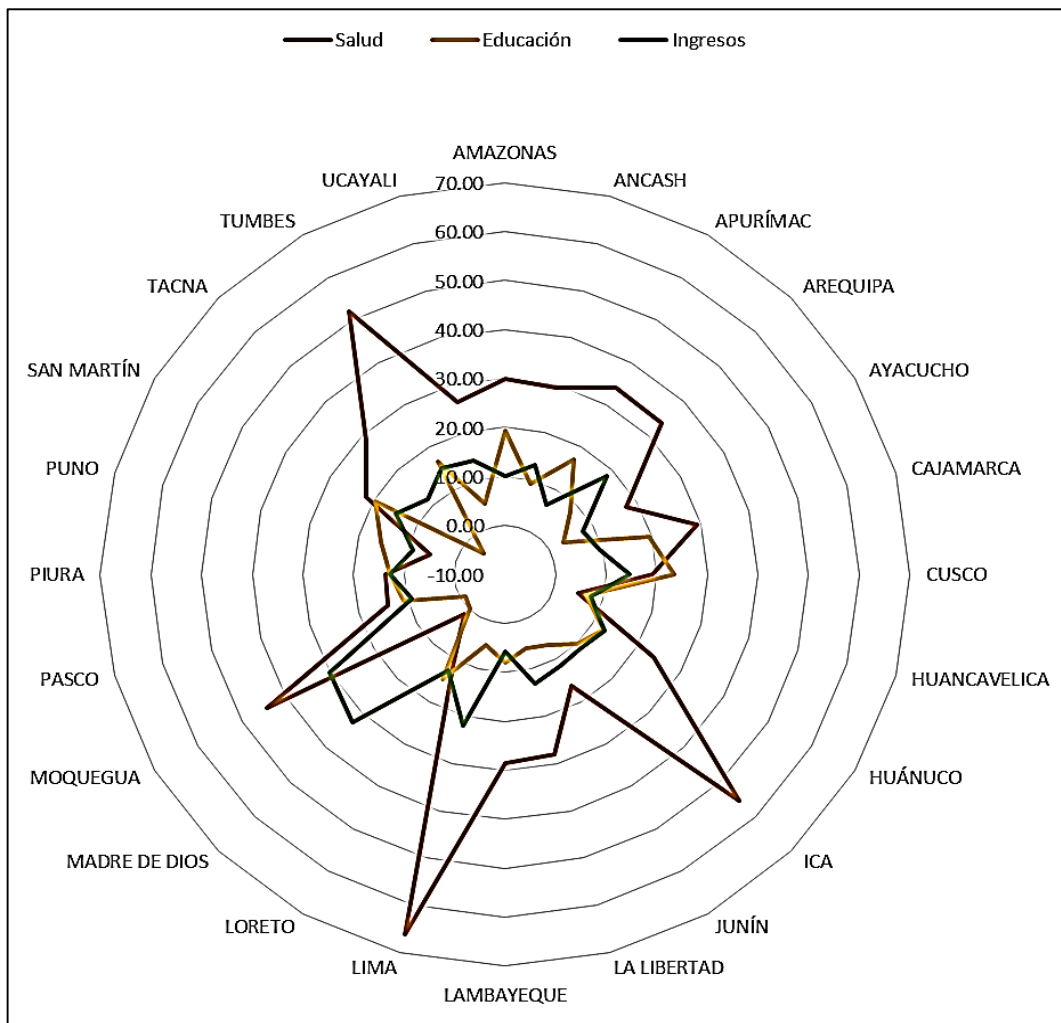
**Tabla 5. Porcentaje de reducción de la distancia a la meta ideal de IDH 2003 – 2012 por dimensión.**

Región	Salud	Educación	Ingresos
AMAZONAS	29.94	19.26	10.03
ANCASH	29.44	9.20	13.19
APURÍMAC	33.99	17.02	6.29
AREQUIPA	33.75	8.15	18.37
AYACUCHO	17.55	3.27	7.69
CAJAMARCA	29.24	19.59	9.46
CUSCO	19.26	23.43	14.55
HUANCAVELICA	5.08	6.68	7.67
HUÁNUCO	23.93	12.52	12.80
ICA	55.38	10.11	11.25
JUNÍN	16.40	6.71	11.72
LA LIBERTAD	28.10	5.54	13.04
LAMBAYEQUE	28.52	8.08	5.78
LIMA	66.23	4.92	22.07
LORETO	10.21	14.82	12.58
MADRE DE DIOS	1.50	-0.24	32.68
MOQUEGUA	44.36	-0.91	30.16
PASCO	14.02	10.77	9.03
PIURA	13.72	12.75	12.71
PUNO	5.28	15.40	8.77
SAN MARTÍN	21.66	19.63	14.95
TACNA	28.67	-4.04	11.58
TUMBES	51.88	16.50	14.99
UCA YALI	26.35	5.00	14.13

Fuente: Elaboración propia a partir del informe PNUD Perú, 2013.

De la tabla anterior, se desprende el análisis de las dimensiones del IDH, en la cual se muestra a las regiones con perfiles diferentes en materia de desarrollo humano. El valor final del IDH ofrece sólo una primera guía respecto al nivel general de los logros de una región y debe, por cierto, complementarse con las diversas realidades que al interior de ella existen. Es decir, a un mismo nivel general de logro en desarrollo humano pueden corresponder perfiles internamente diferentes en cuanto a los desafíos que cada región tiene. El siguiente gráfico reafirma el análisis realizado, allí se aprecia que las regiones han seguido una trayectoria similar en la evolución de su desarrollo humano. Del reconocimiento de estas particularidades, las autoridades debieran orientar el diseño y ejecución de políticas públicas y de estrategias regionales de desarrollo humano.

**Gráfico 4. Porcentaje de reducción de la distancia a la meta ideal del IDH 2003 - 2012 por dimensión.**



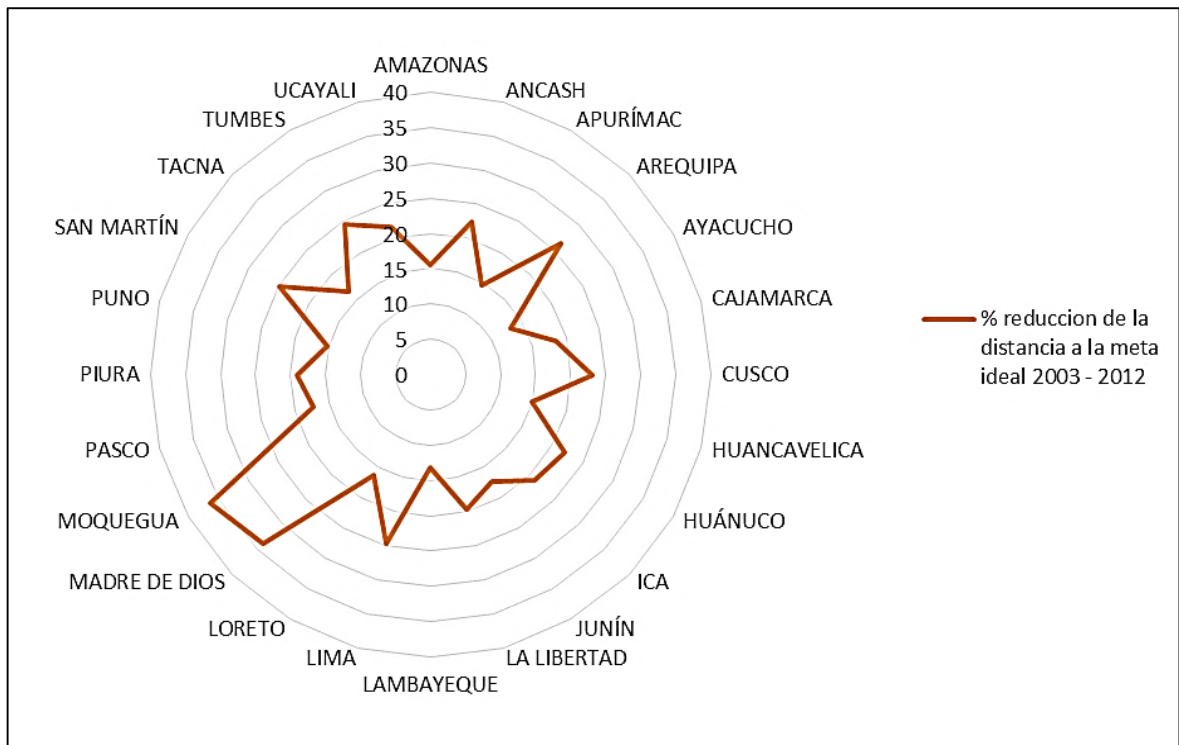
Fuente: Elaboración propia a partir del informe PNUD Perú, 2013.

## 2.6. La evolución del IDH en las regiones del Perú 2003 - 2012.

Para realizar un análisis del desempeño del Índice de Desarrollo Humano en el tiempo se comparan los IDH en dos momentos, los años 2003 y 2012, calculados bajo una misma metodología y abarcando una década, siendo preferible este periodo relativamente amplio, porque se espera que ello favorezca la percepción y análisis de los cambios.

La observación más relevante es que todas las regiones avanzan en desarrollo humano. Las regiones que han registrado un mayor porcentaje de reducción son las regiones de Moquegua (36.27%), Madre de Dios (33.74%), Arequipa (26.40%) y San Martín (24.83%).

**Gráfico 5. Porcentaje de reducción de la distancia a la meta ideal del IDH 2003 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir del informe PNUD Perú, 2013.

## **CAPÍTULO III . TRANSFERENCIA DE FUNCIONES A LOS GOBIERNOS REGIONALES DEL PERÚ.**

### **3.1. Proceso de descentralización en el Perú.**

En el año 2002, luego de diversas reuniones y talleres realizados entre los actores más importantes del Perú, se dio inicio del proceso de descentralización con el fin de acabar con una larga historia centralista que ha mantenido a las ciudades del interior del país alejadas de la presencia del Estado. La descentralización es entendida, según Gonzales de Olarte (2003), como un proceso de cambios y reformas para reducir las desigualdades de desarrollo, la cual proviene de un poder desigualmente distribuido en el espacio territorial. Así mismo, Olarte resalta la importancia de una concertación de esfuerzos de todos los sectores de la sociedad, como también la conducción y liderazgo en cada gobierno llevando este proceso a nivel de política de Estado:

“De tal forma que la descentralización deba permitir modernizar y democratizar sociedades como la peruana y reformar el estado para reducir las desigualdades y divergencias económicas regionales y locales, así como para permitir la igualación de los derechos políticos y ciudadanos. Sin embargo, este proceso que de por sí es complejo debe cambiar varias estructuras económicas, políticas, institucionales y culturales, por lo que resulta indispensable que haya una concertación de esfuerzos durante varios años entre todos los sectores de la población. Se debe contar con una conducción y liderazgo claros en cada gobierno, pero este proceso debe realizarse como una política de estado” (Gonzales de Olarte, 2003, p. 27).

De la revisión documental realizada se observa que la reforma descentralista sucedida en el Perú, es un proceso en la que se ha transitado desde un sistema totalmente centralista hacia una con aspiraciones descentralistas, aspiraciones porque a la fecha aún persisten características del gobierno que se mantienen concentradas en la capital, no de manera explícita pero sí en la práctica como por ejemplo, los últimos programas de gobierno de carácter social que en la práctica se encuentran centralizados en la ciudad capital y no reflejan la aspiración descentralista. Esto como consecuencia de las dificultades encontradas en la aplicación del modelo inicial de descentralización y del hecho que no se haya avanzado en desarrollar las capacidades de los gobiernos descentralizados para la gestión de las competencias atribuidas. Además, tal como lo refieren Illescas et al. (2010) y Gonzales de Olarte (2003), este proceso de descentralización debe contar con un soporte político importante, un acuerdo entre los actores más relevantes de nuestra sociedad con el fin de que exista concertación de esfuerzos y se logren acuerdos que perduren en el tiempo.

En la misma línea del párrafo anterior, en el año 2002 se firmó el Acuerdo Nacional<sup>9</sup>, con la cual se registró uno de los hitos más relevantes en el proceso de descentralización del Perú. El Acuerdo Nacional es producto del diálogo y consenso entre los representantes de las

---

<sup>9</sup> El Acuerdo Nacional es un conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso, luego de un proceso de talleres y consultas a nivel nacional, con el fin de definir un rumbo para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. La suscripción del Acuerdo Nacional se llevó a cabo en un acto solemne en Palacio de Gobierno, el 22 de julio de 2002, con la participación del entonces Presidente de la República, Alejandro Toledo, el Presidente del Consejo de Ministros, Roberto Dañino, y los principales representantes de las organizaciones políticas y de la sociedad civil integrantes del AN.



organizaciones políticas, religiosas y del gobierno de ese entonces, en la cual se definió un rumbo para el desarrollo sostenible en el Perú con un conjunto de políticas de Estado.

Como producto de la firma del Acuerdo Nacional se concertaron un total de veintinueve políticas de Estado, de esta forma quedó establecida la Octava Política de Estado: “Descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú”, teniendo como objetivo general el desarrollo de una integral descentralización política, económica y administrativa, transfiriendo progresivamente competencia y recursos del gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales con el fin de eliminar el centralismo. Éste proceso de descentralización implicó, en términos sencillos, la transferencia de funciones hacia aquellos estamentos sub nacionales que, por encontrarse en contacto directo con los ciudadanos, se prestará el servicio en forma más eficiente debido a que tienen un mejor conocimiento de las condiciones, características y preferencias locales. Illescas et al. comenta sobre los objetivos de la descentralización, como sigue:

“La descentralización en el Perú apuntaba a mejorar las condiciones de vida y, los servicios públicos y reducir las desigualdades en todo el territorio nacional. Aunque los objetivos políticos formaban parte del proceso de descentralización, el debate público entorno a la descentralización en el Perú también se dio en términos de mejorar las prestación de servicios públicos” (Illescas et al., 2010, 17)

Un análisis del proceso de descentralización en el Perú, realizado por Azpur, Ballón, Chirinos, Baca, y Távora en el 2006, refleja esta visión de la descentralización como el motor de un crecimiento compartido e incluyente:

“El objetivo de la descentralización es generar un modelo de desarrollo territorial que satisfaga las legítimas expectativas de inclusión, prosperidad y acceso a mejores oportunidades para el ejercicio de los derechos de la población” (Azpur, Ballón, Chirinos, Baca, & Távora, 2006, p. 7).

Además de la firma del Acuerdo Nacional, llevado acabo como primer paso para el proceso de descentralización, un factor relevante para su continuidad fue el marco legal que le diera viabilidad. A partir del 2002 se promulgaron una serie de leyes y decretos que dieron paso al proceso de descentralización. En la tabla 6 se muestra las principales características del marco normativo en el diseño del proceso de descentralización iniciada a partir del 2002.

**Tabla 6. Marco Normativo del proceso de descentralización en el Perú.**

Ley	Año	Principales características
Reforma Constitucional -27680	2002	Esta Reforma Constitucional estableció el proceso de descentralización en el Perú, mediante el cual se incidió especialmente en la participación de la ciudadanía en el diseño de los planes y presupuestos regionales y locales y los mecanismos de rendición de cuentas. Esta reforma introdujo tres aspectos fundamentales: (i) el ámbito de nivel regional de gobierno son los departamentos; (ii) las regiones pueden crearse sobre la base de uno o más departamentos contiguos, luego del resultado positivo de un referéndum; (iii) los ciudadanos participarán en la elaboración de los presupuestos y planes regionales y locales y los gobiernos descentralizados tendrán la obligación de rendir cuentas al respecto.
Ley de Bases de la Descentralización -27783	2002	Estableció las bases para la implementación gradual de la descentralización en el Perú. Identificó las principales medidas y legislaciones complementarias necesarias para impulsar el proceso, tales como la creación de las regiones, el diseño de planes de desarrollo de capacidades para los gobiernos regionales y locales y la transferencia de los programas sociales y otras funciones sectoriales del gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales.
Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (27867)	2002	Definió las responsabilidades de los gobiernos regionales para fomentar el desarrollo económico de sus jurisdicciones. Estableció la creación de los Consejos de Coordinación Regional (CCR), con participación de los alcaldes y representantes de la sociedad civil, y señaló la necesidad de controles y evaluaciones dos veces al año.
Ley Orgánica de Municipalidades (27972)	2003	Fijó las responsabilidades de los gobiernos locales para el fomento del desarrollo económico de sus jurisdicciones. Asimismo, estableció la creación de los Consejos de Coordinación Local.
Ley Marco del Presupuesto Participativo -28056	2003	Estableció el marco jurídico del proceso del presupuesto participativo de los gobiernos subnacionales.

Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales (28273)	2004	Estableció las bases de la transferencia de funciones sectoriales del gobierno nacional a los gobiernos regionales.
Ley de Descentralización Fiscal (DL 955)	2004	Estableció que la transferencia de recursos y competencias fiscales debía realizarse de manera gradual. La transferencia de recursos debía realizarse paralelamente a la transferencia de responsabilidades a los gobiernos subnacionales. Los gobiernos regionales podrán participar en la recaudación de determinados impuestos nacionales.
Incentivos para la Integración y Conformación de Regiones -28274	2004	Promovió la conformación de gobiernos territoriales más extensos (macro regiones).
Ley Orgánica del Poder Ejecutivo -29158	2007	Señaló la necesidad de una nueva legislación que estableciera las normas básicas de organización y las funciones del Poder Ejecutivo en virtud del proceso de descentralización en curso (por ejemplo, el ejercicio de competencias compartidas entre los ministerios a nivel nacional y los gobiernos regionales y locales).

Fuente: Comisión de Descentralización, Regionalización, Gobiernos locales y modernización de la gestión del Estado (2008).

La ley de Bases de la Descentralización (LBD) N° 27783 fija las normas y procedimientos sobre el proceso de descentralización del gobierno en aspectos administrativos, económicos, productivos, financieros, tributarios y fiscales. De acuerdo con esta ley, la descentralización debería realizarse por etapas, en forma progresiva y ordenada, conforme a criterios que permitan que las competencias y recursos se asignen y transfieran a niveles de gobierno que, estando más cerca a la gente, cuente con la capacidad efectiva para hacerlas y lo pueda hacer al menor costo unitario.

El artículo N° 6 de la LBD establece los objetivos de la descentralización a nivel social, siendo uno de ellos el “promover el desarrollo humano y la mejora progresiva y sostenida de las condiciones de vida de la población” y a nivel económico “la cobertura y abastecimiento de los servicios sociales básicos en todo el territorio nacional”. Actualmente, la transferencia progresiva de competencias registra un avance importante y el énfasis actual viene dado por la consolidación de la gestión descentralizada, siendo uno de los aspectos más relevante para la articulación de los tres niveles sub nacionales (gobierno nacional, gobierno regional y gobierno local).

La Ley de Reforma Constitucional N° 27680 modificó una serie de artículos, siendo entre las más importantes la asignación de competencias a los gobiernos regionales, con la cual se les asigna la tarea de promover el desarrollo territorial y actividades en educación y salud. Aghon (2001) resalta la capacidad de los gobiernos regionales y locales para recoger las necesidades de la población correspondiente a su circunscripción territorial, logrando así definir y ejecutar proyectos y políticas de desarrollo local y regional:

“La Constitución les asigna a los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales importantes competencias en materias económicas, territoriales y de prestación de

servicios y, por tanto, les confiere un papel importante en el diseño de la política de desarrollo local y regional. Si a ello se añade el hecho de que los gobiernos locales y regionales tienen mayor capacidad para recoger los impulsos de abajo hacia arriba que permiten definir los proyectos de desarrollo endógeno y ejecutar las acciones de apoyo, es evidente que los gobiernos regionales y locales se convierten en los agentes más idóneos para llevar adelante las estrategias de desarrollo local” (Aghón, 2001, p. 35).

De tal manera que, el proceso de descentralización es una política de Estado orientada a brindar una prestación eficiente de los servicios públicos a los ciudadanos, transfiriendo progresivamente competencias y recursos del gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales con el fin de eliminar el centralismo.

Se considera importante aclarar que, el Perú se encuentra delimitado geográficamente en 24 departamentos y la provincia constitucional del Callao, estos a su vez se dividen en provincias, las cuales se dividen en distritos. Pero también está compuesta por 25 regiones que funcionan como circunscripciones con gobiernos autónomos en asuntos políticos. El presente estudio tomará como unidad de análisis a las regiones, ya que estas cuentan con atribuciones descentralizadas en el sector salud.

Como se podrá notar, tanto la Ley de Bases de Descentralización y la Ley de Reforma Constitucional otorgan a los gobiernos regionales el objetivo de promover el desarrollo humano y la mejora progresiva y sostenida de las condiciones de vida de la población para la superación de la pobreza, a su vez, lo fortalece con el objetivo de cobertura y abastecer de los servicios sociales básicos a todo el territorio nacional. De tal forma que, para lograr tales objetivos la Ley de Reforma Constitucional establece que los gobiernos regionales tienen la tarea de promover el desarrollo humano mediante sus dos principales competencias: la educación y salud.

A pesar de lo que se estableció en el marco legal, los ministerios no tuvieron la capacidad de organizar y ordenar las competencias y funciones para una eficiente gestión de los distintos niveles de gobierno. Adicionalmente, la descentralización no fue llevada a cabo según lo establecido por la Ley de Bases de la Descentralización, el cual determinaba que el proceso debería haber sido por etapas, en forma progresiva y ordenada conforme a criterios que permitan una adecuada asignación de competencias y transferencia de recursos del gobierno nacional hacia los gobiernos regionales y locales. Por el contrario, fue un proceso acelerado y el sistema de acreditación fue un formalismo más que un mecanismo eficiente para identificar de manera adecuada las verdaderas brechas de capacidad que existían en las regiones.

Es importante indicar que, la intención de este estudio no es presentar un análisis exhaustivo de las políticas públicas en el sector salud en las regiones del Perú, sin embargo, se busca analizar las políticas públicas regionales en salud y su relación con la dimensión salud del Índice de Desarrollo Humano.

### 3.2. Sector salud.

Uno de los más importantes acuerdos a nivel latinoamericano es la que tuvo lugar en la Conferencia de Río 92<sup>10</sup>, a partir de ella los países de América Latina han experimentado profundos cambios políticos, culturales, sociales, económicos, tecnológicos y ambientales. El primero de los 27 principios de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo afirma que: “Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza” (OPS, 2013, p. 2).

Adicionalmente, la comisión sobre Macroeconomía y Salud del Organismo Mundial de la Salud<sup>11</sup> y la comisión del Banco Mundial<sup>12</sup> sobre el Crecimiento y la Salud, han señalado que la salud es un insumo para el crecimiento y la base para el desarrollo y su sostenibilidad, teniendo como factores económicos, sociales y ambientales. (OPS, 2013, p. 3).

Según proyecciones del INEI para el año 2014, la población peruana era de 30, 814, 175 habitantes, concentrándose el 57.3% de los habitantes en seis departamentos: Lima, La Libertad, Piura, Cajamarca, Puno y Junín. En cuanto a su distribución geográfica a nivel regional se tiene que 41 ciudades se ubican en la región natural de la costa (51.9%), 21 en la sierra (26.6) y 17 en la selva (21.5%). La mayor cantidad de personas se encuentra en la franja costera del país, a pesar de que esta representa el 11.4% de la superficie nacional. El Perú presenta una complejidad demográfica la cual ha sido materia de diversos estudios e investigaciones confirmando el efecto que tienen las mejoras en los indicadores del sector salud sobre el desarrollo de los países de tal forma que se reduzca la desigualdad, la pobreza y la exclusión social:

“Es sabido que el sector salud tiene un efecto muy importante en el desarrollo económico y social, en la formación del capital humano, en el bienestar social y en la reducción de la desigualdad, la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social” (Fidel y Valencia Lomelí, 2012, p. 61).

La gestión de los gobiernos locales y regionales, como actores fundamentales para la coordinación de acciones para la salud, son muy importantes para el desarrollo económico y social, haciendo posible la articulación y ejecución de programas para el desarrollo local que incluyan la promoción de la salud integral como servicios básicos, promoción de derechos ciudadanos y redes que potencien el aporte de todos los actores (Ministerio de Salud, 2002).

El presente estudio propone un análisis de las trayectorias llevadas a cabo por los gobiernos regionales con respecto, en este caso, a la dimensión de salud del Índice de Desarrollo Humano la cual considera a la Esperanza de Vida al Nacer como único indicador. El estudio de Barahona-Urbina (2011) con respecto a los factores determinantes de la esperanza de vida ha encontrado que la ubicación geográfica, el abastecimiento de agua y saneamiento adecuado, la mortalidad materna e infantil, la desnutrición infantil, entre otros, son algunos

---

<sup>10</sup> El desarrollo del evento fue una de las Cumbres de la Tierra -organizadas por la ONU- celebrada en Río de Janeiro en Brasil del 3 al 14 de junio de 1992, el Gobierno y 178 países. La Conferencia fue la oportunidad de adoptar un programa de acción para el siglo XXI, llamado Programa 21 (Agenda 21 en inglés) que enumera algunas de las 2500 recomendaciones relativas a la aplicación de los principios de la declaración.

<sup>11</sup> Organismo Mundial de la Salud en adelante OMS.

<sup>12</sup> Banco Mundial en adelante BM.

de los factores determinantes de la esperanza de vida. Éstos, son priorizados en los planes nacionales y regionales con el objetivo de llevar un mejor servicio de salud a todo el territorio nacional.

Los servicios de salud fueron transferidos a los 25 gobiernos regionales del Perú en el proceso de descentralización, a partir de este proceso los servicios de salud son gestionados por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), de tal manera, que el sistema público es el principal proveedor de salud en las áreas rurales y pequeñas ciudades.

### 3.2.1. El Plan Nacional de Salud y los Planes Regionales Concertados de Salud.

En esta dimensión se destacan iniciativas como el Acuerdo Nacional, en la que se contemplan lineamientos de política en salud, específicamente la Política N° 13 “Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, así también, el artículo 1° de la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), establece que tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo sus aplicación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efectos de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos. En la misma línea del plan nacional sectorial y por medio de los Lineamientos de Política Sectorial, los Planes Concentrados en Salud constituyen la política sanitaria en los gobiernos regionales.

La existencia del Plan Regional Concertado de salud se justifica por la necesidad de lograr un resultado para una población objetivo, en concordancia con los objetivos estratégicos de la política nacional. El presente estudio analizará los indicadores relacionados con los objetivos estratégicos del Plan Regional Concertado y los Lineamientos de la Política Sectorial de la política nacional, sin embargo, por motivos de disponibilidad de información no se podrá analizar la totalidad de objetivos estratégicos de los Planes Regionales Concertados, pero cabe resaltar que los indicadores de los objetivos estratégicos que sí se analizaran presentan una relación directa con los Lineamientos de la Política Sectorial 2002 – 2012.

**Tabla 7. Plan Nacional Concertado de Salud del Perú y los Planes Regionales.**

<b>Plan Nacional Concertado de Salud</b>	<b>Plan Regional Concertado de Moquegua</b>	<b>Plan Regional Concertado de Arequipa</b>	<b>Plan Regional Concertado de San Martín</b>
Atención integral de la salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.	Disminuir en un 30% la tasa actual de Desnutrición Crónica en la niñez de la Región Moquegua para el 2015.	Mejor cobertura, eficacia y calidad de los servicios de educación.	Disminuir en 4 puntos la desnutrición crónica para el año 2012.
Vigilancia, prevención y control de las enfermedades	Garantizar el acceso a Agua segura al 75% de la población.	Mejora e incremento de servicios de salud e instalación de agua	Disminuir al 50% la mortalidad materna y en 20% la mortalidad neonatal para el 2012.

transmisibles y no transmisibles.		y desagüe a las viviendas de las zonas urbano marginales y rurales.	
Aseguramiento universal.	Garantizar que el 100% de las empresas con actividades extractora y productoras cumplan con sus compromisos ambientales.	Desarrollo económico y protección del Medio Ambiente.	Disminuir en 2 puntos el porcentaje de mujeres que refieren haber sido maltratadas en algún momento de su vidas
Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.	Reducir el Índice de Violencia familiar y sexual en un 35% en la población general de la Región Moquegua para el año 2015.	Fortalecimiento de la Institucionalidad, la ciencia y la tecnología para la producción.	Reducir las tasas de enfermedades parasitarias y de dengue.
Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.	Disminuir la Tasa de Mortalidad Materna y Perinatal en un 50% en la Región Moquegua, para el año 2015.	Infraestructura de soporte para impulsar el desarrollo regional.	
Desarrollo de Recursos Humanos			

Fuente: Ministerio de Salud (2002a)

El Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el sector salud, centra su contribución en el logro de los objetivos sanitarios nacionales y se enmarca en las estrategias de gestión como son: la descentralización y, sumados a ella, la acción concertada entre el gobierno nacional, regional, local y la sociedad civil. Los Planes Sectoriales en Salud están enmarcados en un enfoque de gestión por resultados, de manera que sus objetivos están orientados a contribuir con la implementación de las políticas y a fortalecer o desarrollar un conjunto de competencias deseables en los tres niveles de gobierno que permita la mejora de la gestión pública y la prestación de los servicios de salud.

En los últimos años el Perú ha evidenciado una reducción sostenible de la mortalidad materna, habiéndose superado la meta propuesta antes de lo previsto. Para el año 2011 se redujo la mortalidad materna de 185 a 120 por cada 100 mil nacidos vivos. Así mismo, se evidencia una reducción sostenible de la mortalidad infantil, informándose haber superado las metas propuestas, habiendo reducido la mortalidad infantil de 24 a 20 por cada mil nacidos vivos. Además se redujo la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años, especialmente en las regiones de mayor pobreza, logrando reducir en 9 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años, para el

2011. También se incrementó el aseguramiento en salud al 2011 de 4.653.421 a 11 millones de ciudadanos en situación de pobreza y pobreza extrema. Los recursos humanos fueron asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de la población, en el 100% de las regiones más pobres del país se incrementó al 50% sus recursos humanos en salud. Finalmente, se amplió el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico con énfasis en la infraestructura a través de la coordinación intersectorial y la participación comprometida de la población, incluido el tratamiento de aguas servidas.

**Tabla 8. Avances en los indicadores sanitarios 2003 – 2012.**

<b>Objetivo</b>	<b>Valor base 2003</b>	<b>Valor alcanzado 2012</b>	<b>Grado de cumplimiento</b>
Reducir la mortalidad materna	185 x 100,000 N.V.	120 x 100,000 N.V.	100%
Reducción de la mortalidad infantil	24 x 100,000 N.V.	20 x 100,000 N.V.	100%
Reducir la desnutrición crónica infantil	22.6%	16.6%	66.6%
Incrementar el Aseguramiento Universal	4.653.421	12.728.304	100%
Recursos Humanos	0	88%	88%
Saneamiento Básico	Sin datos	Sin datos	

Fuente: Datos obtenidos de ENDES, INEI, SIS.

El Perú ha mejorado su condición en la mayoría de los indicadores, así sus índices de condición sanitaria reflejados en la disminución de la mortalidad materna, de la mortalidad infantil, de la nutrición crónica infantil muestran una voluntad de Estado por el cambio. En sus compromisos de mejorar su sistema de salud, también el Perú ha mostrado avances sustantivos con el desarrollo del Aseguramiento Universal, la descentralización de la salud, la expansión de la oferta de recursos humanos han sido importantes pasos adelante. A pesar de los avances en la disminución de la pobreza, poco se avanzó en la dotación de agua y saneamiento.



## CAPÍTULO IV . ANÁLISIS REGIONAL DE LA DIMENSIÓN SALUD (2003 -2012)

El objetivo de esta sección es presentar un análisis del Índice de Desarrollo Humano (IDH) en las regiones peruanas de Moquegua, Arequipa y San Martín, en ella se analiza y compara cómo se distribuyen los logros del desarrollo en materia de salud en las regiones seleccionadas para la muestra de investigación. De tal modo, se introduce la preocupación central de este estudio de caso, a saber, cómo han aportado las políticas públicas regionales en salud en el desarrollo humano de sus respectivas regiones.

### 4.1. Región Moquegua

La Región Moquegua se encuentra ubicada en la costa sur del Perú, con una superficie territorial de 15,733.97 Km<sup>2</sup> (1,2 % del territorio nacional); el territorio abarca zonas de la costa (64%) y de la sierra (36%). La ciudad de Moquegua es la capital del departamento, está conformada por tres provincias: Mariscal Nieto, General Sánchez Cerro e Ilo y veinte distritos.

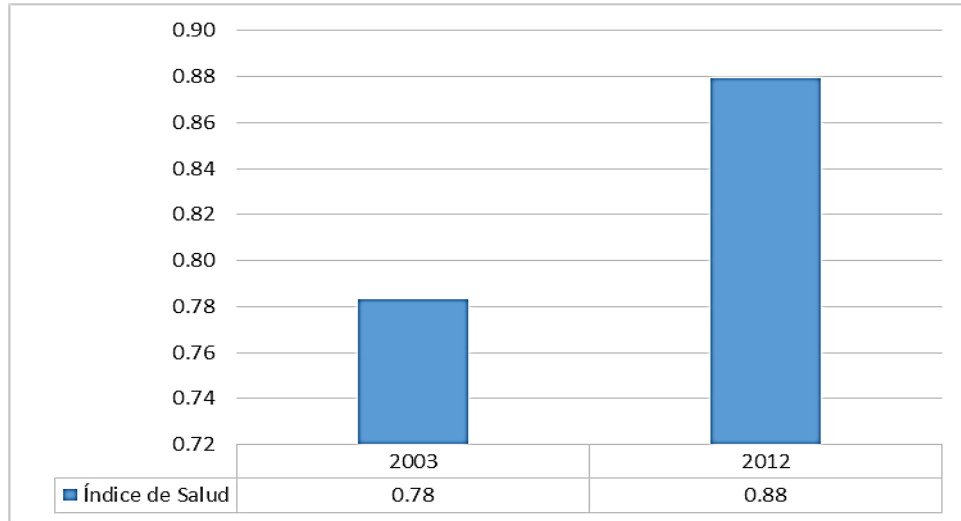
El crecimiento poblacional es sostenido, según información estimada por el INEI al 2012 el número de habitantes fue de 174,859 habitantes, lo cual determina una densidad poblacional de 11.13 habitantes por km<sup>2</sup>. La población está distribuida en forma irregular en los distritos, con más del 50% de población en Moquegua son: Ilo (64, 531), Moquegua (54, 693), Samague (6, 581) y Torata (6, 231). El distrito más poblado es el distrito de Ilo y el menos poblado es El Algarrobal.

La población de la región Moquegua es inminentemente urbana, las cifras de los últimos dos censos (1993 y 2007) muestran una concentración de la población urbana en crecimiento de 82.8% a 84.6% explicado por la migración del campo hacia los dos centros de mayor expectativa de desarrollo y concentración urbana en el interior de la región, como son las ciudades de Ilo y Moquegua.

Al interior de las provincias los cinco distritos con mayor concentración de población urbana, en orden ascendente, son: San Cristóbal 83.3%, Samegua 89.9%, Moquegua 94.2%, Ilo 99.2% y Pacocha 99.5%. En el otro lado, tenemos a los distritos de menor concentración de población urbana en orden creciente podemos citar: La Capilla 12.4%, El Algarrobal 15.4%, Coalaque 27.9%, Ichuña 29.0% y Matalaque 33.8%.

Con respecto a la trayectoria de la región de Moquegua en materia del IDH, muestra que se ha incrementado de 0.41 en 2003 a 0.62 en 2012. El gráfico 6 muestra el resultado de la dimensión salud en el periodo de estudio, experimentando un notorio incremento en esta dimensión que en el 2003 fue de 0.78 y en 2012 fue de 0.88.

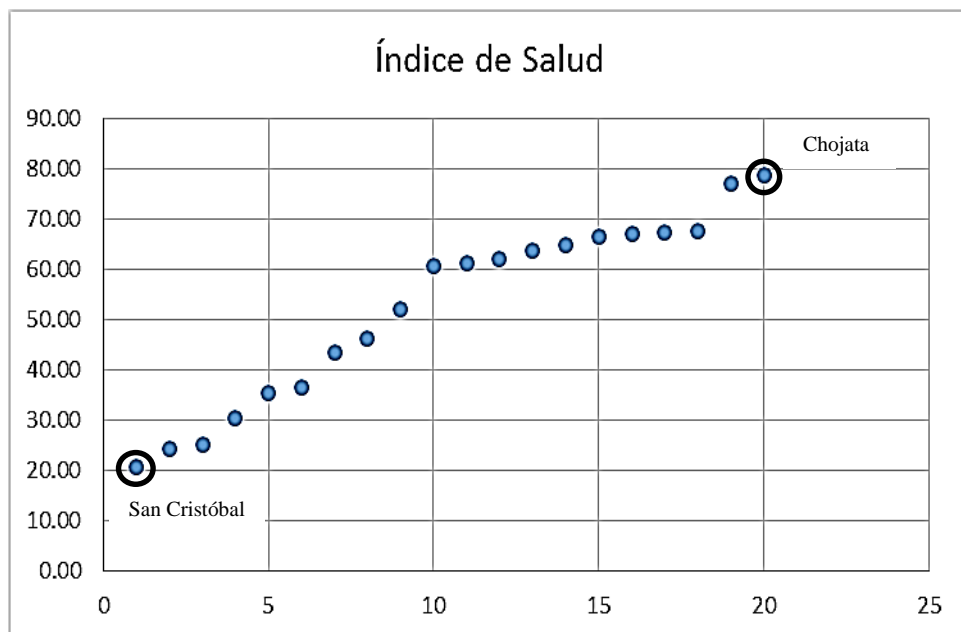
**Gráfico 6. Región Moquegua, dimensión salud del IDH 2003 y 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de PNUD, 2013.

Sin embargo, este IDH regional no dice nada respecto a la reducción de la brecha hacia la meta ideal del desarrollo humano en los distritos. De tal manera que, al realizar un análisis de los distritos al interior de la región, se podrán observar las brechas existentes entre ellas, dando cuenta de los avances y retrocesos en la dimensiones de salud, por lo mismo, este estudio desagregará las dimensiones del IDH a niveles locales con el interés de mostrar los logros en los distritos de la región en la dimensiones de salud, teniendo en cuenta la información disponible tanto por la Dirección Regional de Salud, Ministerio de Salud y la Dirección General de Epidemiología (ver gráfico 7).

**Gráfico 7. Reducción de la brecha hacia la meta ideal de la dimensión salud en los distritos de Moquegua 2003 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de PNUD, 2013.

De los resultados presentados en la tabla anterior se puede observar que los distritos de la región Moquegua muestran una importante heterogeneidad, por ejemplo el distrito de Chojata muestra el logro más alto en salud con 78.6% de reducción de su brecha, sin embargo, el distrito de San Cristóbal alcanza el menor logro en salud (20,65%). Ambos ejemplos confirman la necesidad y utilidad de analizar el IDH en sus dimensiones, más allá de su valor resumido. Sólo conociendo en detalle el desarrollo humano de cada distrito es posible priorizar correctamente las políticas públicas.

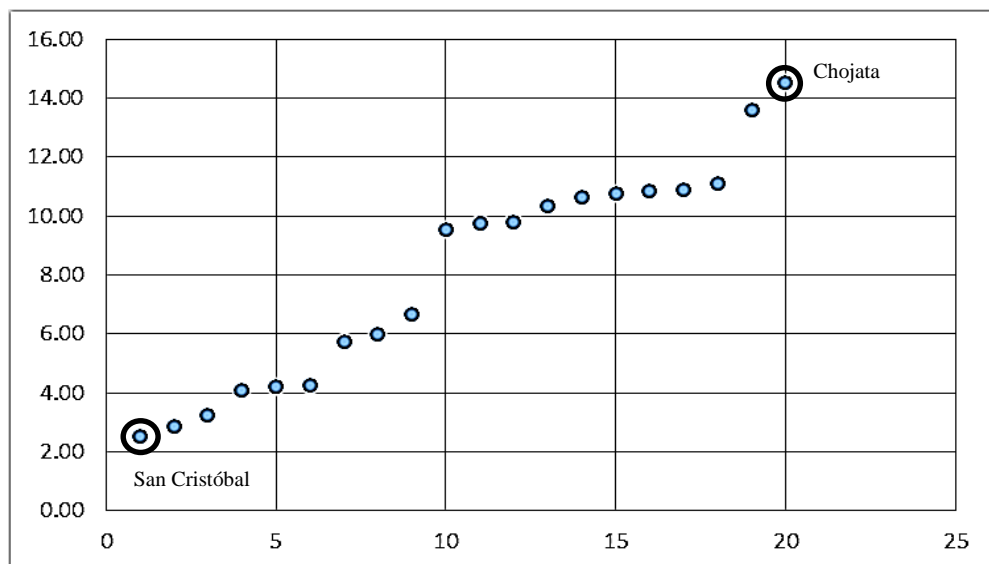
Al analizar los indicadores de la dimensión salud podremos observar como los objetivos estratégicos del plan regional y nacional en salud se correlacionan con los logros en los distritos de la región, mostrando así las brechas existentes entre los distritos.

#### 4.1.1. Dimensión Salud

La existencia del Plan Regional Concertado de Moquegua se justifica por la necesidad de lograr un resultado para una población objetivo, en concordancia con los objetivos estratégicos de la política nacional. El presente estudio analizará los indicadores relacionados con los objetivos estratégicos del Plan Regional Concertado de Moquegua y los Lineamientos de la Política Sectorial de la política nacional, cabe resaltar que los indicadores de los objetivos estratégicos que se analizarán presentan una relación directa con los Lineamientos de la Política Sectorial 2002 – 2012.

Al observar la dimensión de salud notamos que la región ha mostrado un incremento de su único indicador, la Esperanza de Vida al Nacer (EVN), que en 2003 fue de 72 años y en 2012 fue de 78 años. Al analizar este indicador a nivel distrital, se puede mencionar al distrito de Chojata logrando el mejor resultado de 66 a 81 años, mientras que el distrito que obtuvo el menor avance fue San Cristóbal de 73 a 75 años (ver gráfico 8).

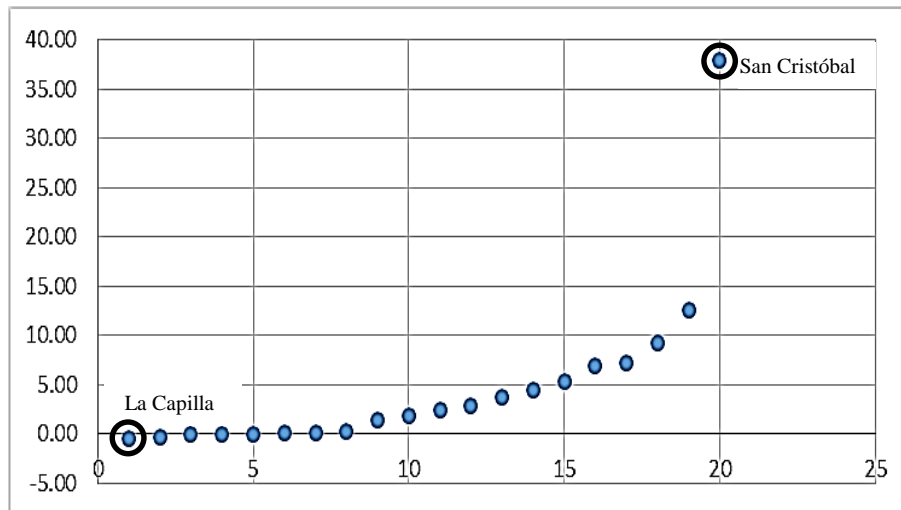
**Gráfico 8. Variación de la Esperanza de Vida al Nacer en los distritos de la región Moquegua 2003 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos PNUD, 2013.

Se destaca también la evolución del indicador de acceso de los hogares a fuentes mejoradas de agua en la región de Moquegua. El distrito con mayor avance en cuanto al acceso de agua fue San Cristóbal que pasó de una cobertura de 47% a una de 85% de los hogares, en el periodo de 2007 a 2012 y el distrito con menor avance en este indicador fue La Capilla mostrando una disminución en la cobertura de 1.4% en el año 2007 y 0.98% en 2012 (ver gráfico 9).

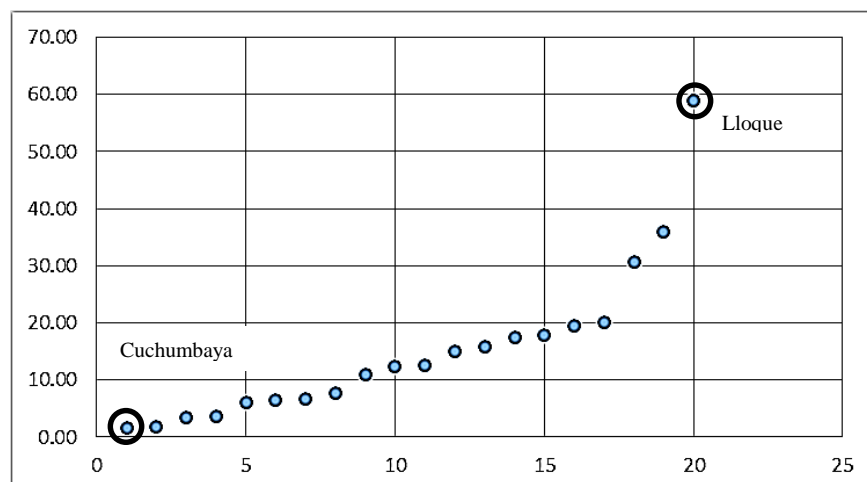
**Gráfico 9. Variación del porcentaje de acceso a agua en distritos de la región Moquegua 2003 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos INEI, 2012.

En cuanto al acceso de los hogares a saneamiento, el distrito de la región con mayor avance al acceso a saneamiento fue Lloque al pasar de una cobertura de 19% a una de 77% de los hogares, en el periodo de 2007 a 2012, mientras que el distrito de Cuchumbaya mostró el menor avance con de 22% en el 2007 a 24% en el 2012 (ver gráfico 10).

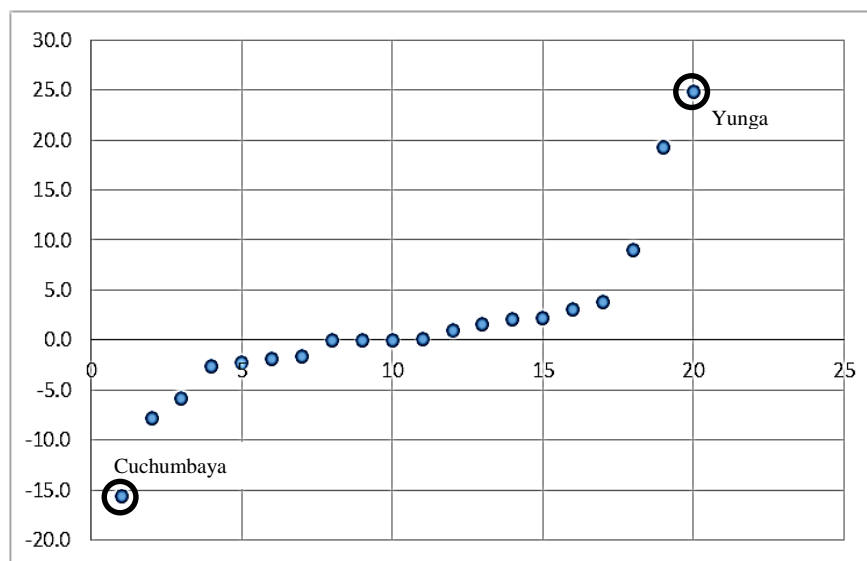
**Gráfico 10. Variación del porcentaje de acceso a saneamiento en distritos de la región Moquegua 2007 - 2012.**



Fuente: Elaboración a partir de base de datos INEI, 2012.

También en la desnutrición crónica, la región Moquegua ha mostrado mejoras disminuyendo su indicador desde 9.5% en el 2007 a un 5% en el 2012. El distrito con mayor avance en la disminución de la tasa de desnutrición crónica fue Yunga al pasar de una tasa de desnutrición crónica de 52% a una de 27% de la población, en el periodo de 2007 a 2012, sin embargo, el distrito de Cuchumbaya mostró en este periodo un aumento en la tasa de desnutrición crónica pasando de 5% en 2007 a 21.5% en 2012 (ver gráfico 11).

**Gráfico 11. Variación del porcentaje de la desnutrición crónica en los distritos de la región Moquegua 2007 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos Dirección General de Epidemiología, 2012.

En un contexto general en que los distritos de la región Moquegua han ido mejorando, se destaca que en algunos de ellos han sido precisamente los distritos originalmente rezagados los que más han avanzado. Esto implica que existe cierta tendencia a reducir las brechas territoriales en materia de resultados de salud, aunque aún se está lejos de cerrarlas por completo.

Del total de distritos analizados en la región Moquegua se puede observar la dificultad que presentan aquellos con un buen desempeño IDH al inicio del análisis (2003) como es el caso de Torata, sin embargo, este distrito presenta pobres niveles de incremento en el acceso a agua y saneamiento, así también presenta un aumento en la tasa de desnutrición crónica infantil. De tal manera que se muestra un fenómeno en el cual los distritos con mejores resultados se les hace cada vez más difícil seguir mejorando. Similares características muestra el distrito de Omate.

Es importante analizar el distrito de Cuchumbaya, el cual presenta uno de los desempeños más bajos en el IDH al 2003. En el periodo de análisis se puede observar que presenta la más alta tasa de incremento en la desnutrición, además de bajos niveles en cobertura de agua y saneamiento en el periodo de análisis. Similar situación presenta el distrito de San Cristóbal, la cual presenta un nivel medio de logro en el IDH 2003 mostrando un bajo nivel de desempeño en la tasa de desnutrición crónica, sin embargo, presenta el mejor desempeño en

cobertura de agua para la población. Los altos niveles de ruralidad en estos distritos son características similares, los cuales son determinantes para los bajos e incluso negativos resultados mostrados en el indicador de desnutrición crónica (ver tabla 9).

**Tabla 9. Análisis de desempeño de indicadores con respecto al IDH 2003.**

Distritos de Moquegua	Acceso a agua	Acceso a saneamiento	Tasa de desnutrición	IDH 2003
Chojata	0.09	15.13	0.00	0.31
Coalaque	0.00	15.80	-1.88	0.35
Carumas	1.88	3.72	-7.85	0.35
Cuchumbaya	7.21	1.62	-15.58	0.36
Puquina	0.30	19.54	-5.77	0.36
San Cristobal	37.95	20.13	2.13	0.37
Ichuña	2.93	6.63	8.98	0.37
Yunga	-0.38	12.65	24.82	0.37
Ubinas	5.27	30.60	0.01	0.37
Lloque	-0.06	58.90	19.28	0.37
Quinistaquillas	3.69	7.62	1.62	0.41
La Capilla	-0.42	17.49	0.14	0.41
Matalaque	9.26	35.90	-0.03	0.41
Samegua	6.90	6.41	-2.25	0.42
Moquegua	12.62	12.33	2.21	0.44
Omate	0.13	6.16	-2.62	0.44
Ilo	4.53	17.78	3.12	0.44
El Algarrobal	0.00	11.07	3.85	0.44
Torata	2.50	3.46	-1.65	0.45
Pacocha	1.42	1.85	1.01	0.54

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud, 2012.

#### 4.2. Región Arequipa.

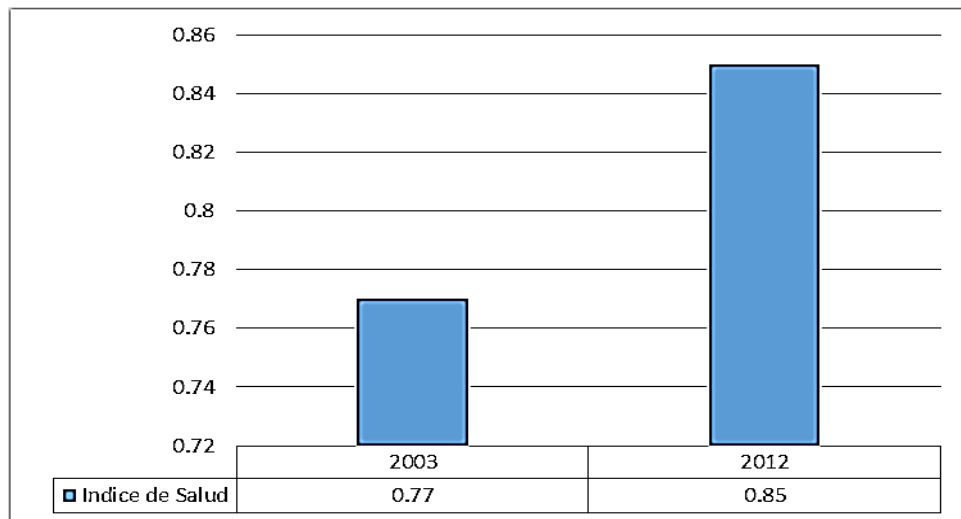
El Plan Regional de Salud de Arequipa (PRSA) para el periodo 2008 – 2015 ha considerado a las políticas nacionales de salud y sus lineamientos como sustento para su diseño. El diseño del PRSA, comprende el análisis de la situación de salud, sus políticas regionales, objetivos, metas y estrategias, buscando generar un orden de prioridades sanitarias acorde al resultado de la “Encuesta Regional de Necesidades de Salud” de tal forma que se cuente con logros visibles en tiempos socialmente aceptables.

Arequipa, tiene una extensión territorial de 63,345.93 Km<sup>2</sup> lo que representa el 4.93 % del territorio nacional. La densidad poblacional de la región es de 18 habitantes por Km<sup>2</sup>, siendo la provincia de Arequipa la más concentrada, con 82 habitantes por Km<sup>2</sup>, le sigue la Provincia de Islay con 15 habitantes por Km<sup>2</sup> y Camaná con 12 habitantes por Km<sup>2</sup> y la provincia con menos concentración poblacional es Caravelí con 2 habitantes por Km<sup>2</sup>.

La Región Arequipa, cuenta con una población al 2012 de 1, 245, 251 habitantes (Población estimada por el INEI), de los cuales aproximadamente el 75% residen en zonas urbanas, desarrollando un fuerte proceso de urbanización, desde aproximadamente 1950 al 2012, la población urbana casi se triplicó, la rural permaneció casi constante, como consecuencia de la migración interna y externa, generando grandes problemas sociales y demográficos.

En el periodo de estudio, el distrito de Cerro Colorado presenta el mayor incremento de habitantes dentro del periodo del 2003 (78, 487 habitantes) al 2012(135, 101), mientras que el distrito de Arequipa ha mostrado la mayor disminución de la región dentro del periodo. Con respecto a la trayectoria de la región de Arequipa en materia del IDH, esta muestra que se ha incrementado de 0.43 en 2003 a 0.56 en 2012. El gráfico N° 11 muestra los diferentes resultados de la dimensión salud en periodo de estudio, siendo el incremento más notorio en el 2003 de 0.77 y en 2012 de 0.85 (ver gráfico 12).

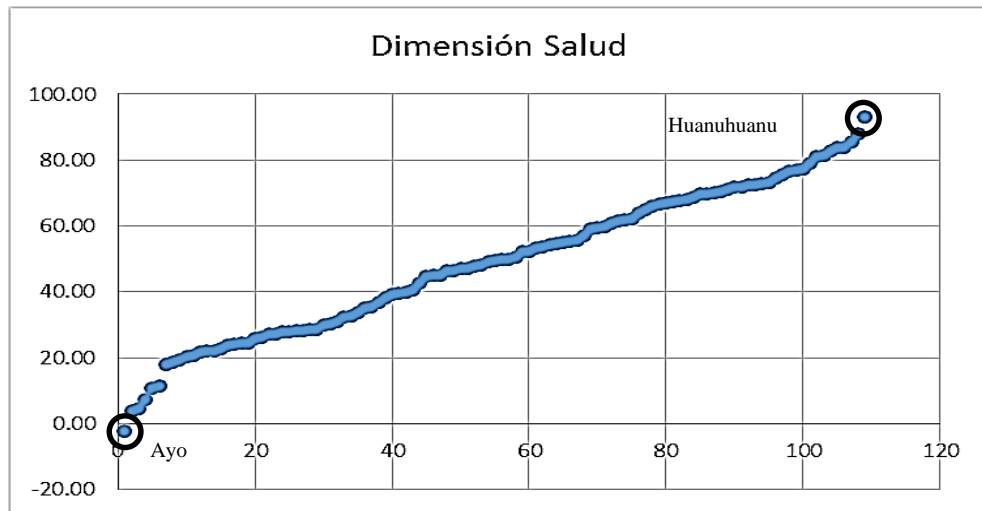
**Gráfico 12. Región Arequipa, dimensión de salud del IDH 2003 y 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de PNUD, 2013.

El IDH regional no dice nada respecto a la reducción de la brecha hacia la meta ideal del desarrollo humano en los distritos. De tal manera que, al realizar un análisis de los distritos al interior de la región, se podrán observar las brechas existentes entre ellas, dando cuenta de los avances y retrocesos en la dimensión salud con respecto a los lineamientos generales del Plan Nacional y los Planes Regionales, por lo mismo, este estudio desagregará la dimensión salud del IDH a niveles locales con el interés de mostrar los logros en los distritos de la región, teniendo en cuenta la información disponible tanto por la Dirección Regional de Salud, Ministerio de Salud y la Dirección General de Epidemiología (ver gráfico N° 13).

**Gráfico 13. Porcentaje de reducción de la brecha hacia la meta ideal en los distritos de Arequipa 2003 -2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de PNUD Perú, 2013.

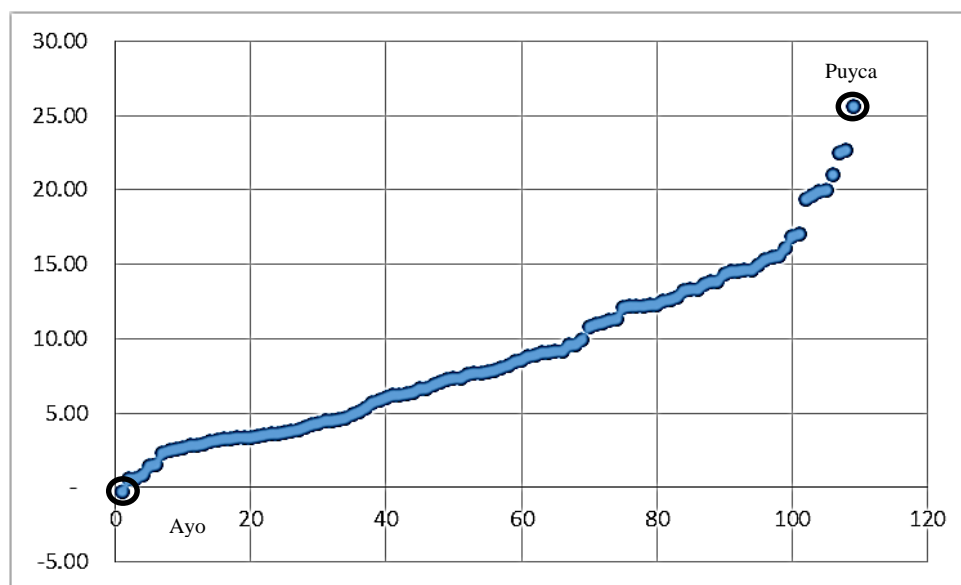
De los resultados presentados en el gráfico anterior se puede observar que los distritos de la región Arequipa muestran una fuerte heterogeneidad. En la dimensión de salud, el distrito de Huanuhuanu muestra el logro más alto en salud con 93,11% de reducción de su brecha, sin embargo, el distrito de Ayo es el único que muestra resultados negativos en esta dimensión con -2,17% de reducción de su brecha. Con este ejercicio se confirma la necesidad y utilidad de analizar el IDH en sus dimensiones, más allá de su valor resumido. Sólo conociendo en detalle el desarrollo humano de cada distrito es posible priorizar correctamente las políticas públicas.

#### **4.2.1. Dimensión salud**

Al observar la dimensión de salud notamos que la región ha mostrado un incremento en su único indicador, la Esperanza de Vida al Nacer (EVN), que en 2003 fue de 71 años y en 2012 fue de 76 años. Al analizar este indicador a nivel distrital, se puede mencionar al distrito de Puyca fue el que mejor resultado obtuvo en este período pasando de 56 a 82 años, mientras tanto el distrito de Ayo no experimentó ninguna variación en su Esperanza de Vida en los diez años de estudio (ver gráfico 14).



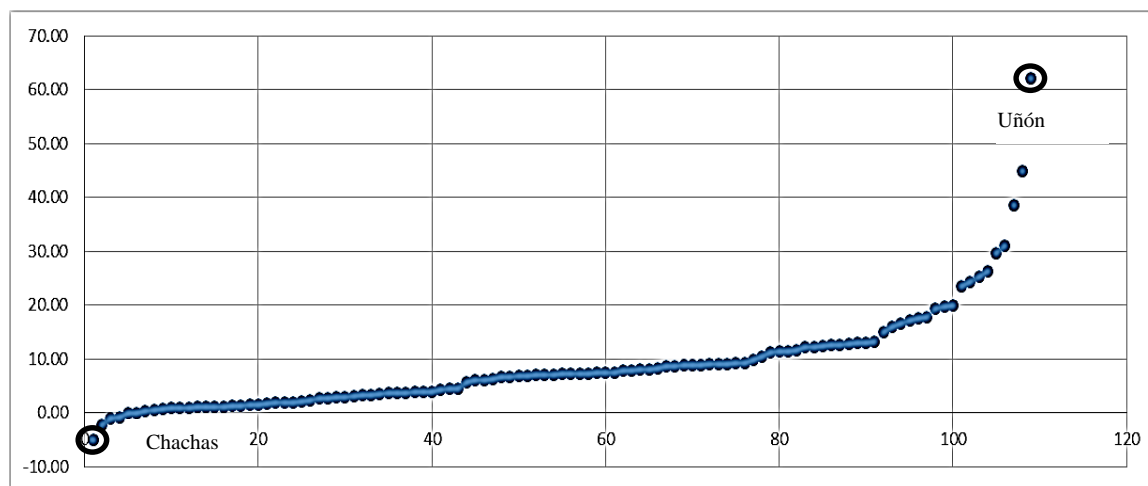
**Gráfico 14. Variación de la Esperanza de Vida al Nacer en los distritos de Arequipa 2003 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de PNUD 2013.

Se destaca también la evolución del indicador de acceso de los hogares a fuentes mejoradas de agua y saneamiento en la región. En la región de Arequipa el 85.1% de los hogares utiliza el agua de la red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda. A nivel distrital, es Uñón el distrito con mayor avance en cuanto al acceso de agua que pasó de una cobertura de 2.1% a una de 64.21% de hogares con acceso a agua, en el periodo de 2012 a 2007, y al otro extremo se encuentra el distrito de Chachas que mostró una disminución en el porcentaje de hogares con acceso a agua pasando de 31.2% en el 2007 a 26.2% en el 2012 (ver gráfico 15).

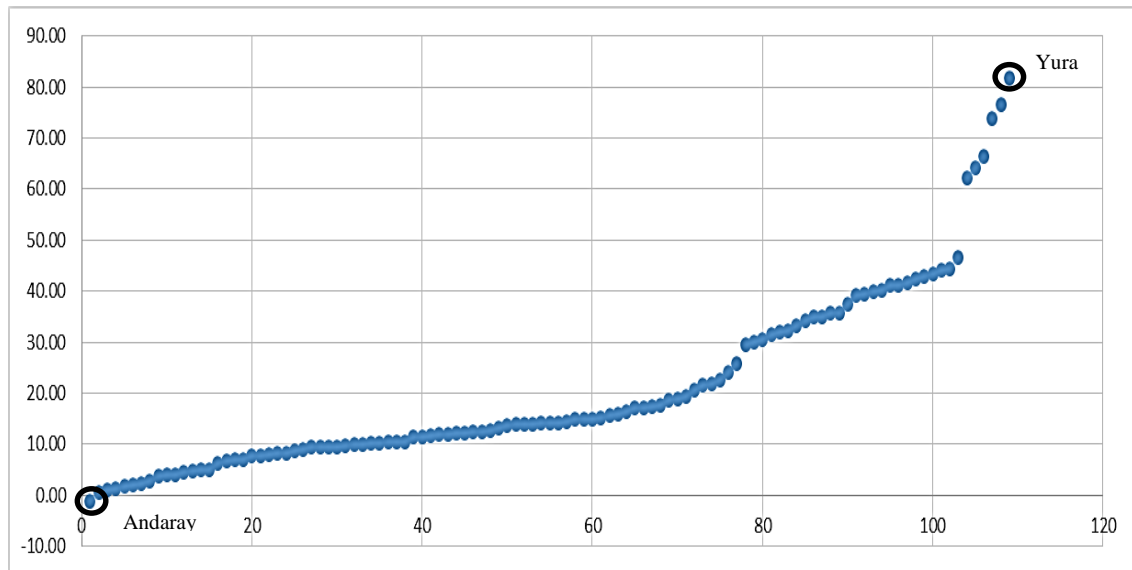
**Gráfico 15. Variación del porcentaje de acceso a agua en los distritos de la región Arequipa 2007 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos INEI, 2007.

En cuanto al acceso de los hogares a saneamiento, el distrito de la región con mayor avance al acceso a saneamiento fue Yura al pasar de una cobertura de 4.2% a una de 86.08% de los hogares, en el periodo de 2007 a 2012, mientras que el distrito de Andaray mostró una disminución en el acceso a saneamiento pasando 35.9% en el 2007 a 34.7% en el 2012 (ver gráfico 16).

**Gráfico 16. Variación del porcentaje de acceso a saneamiento en distritos de la región Arequipa 2007- 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos INEI, 2012.

Del total de distritos analizados en la región Arequipa se puede observar la dificultad que presentan aquellos con un buen desempeño IDH al inicio del análisis en el 2003 como son los casos de Yanahuara, Arequipa y José Luis Bustamante y Rivero, sin embargo, estos distritos presenta pobres niveles de incremento en el acceso a agua y saneamiento, así también presentan unos bajos logros en la tasa de incremento de la desnutrición crónica infantil. De tal manera que se muestra un fenómeno en el cual los distritos con mejores resultados se les hace cada vez más difícil seguir mejorando.

Es importante analizar el distrito de Uñon, el cual presenta un desempeño medio en el IDH al año 2003. En el periodo de análisis se puede observar que este distrito presenta la más alta tasa de cobertura en agua y saneamiento. Similar situación presenta el distrito de Santa Rita de Siguan, la cual presenta un nivel medio de logro en IDH 2003 mostrando un bajo nivel de desempeño en la tasa de cobertura de agua, sin embargo, presenta un alto desempeño en cobertura de saneamiento en la población. Otro caso similar es el distrito de Yura, la cual presentado niveles medios de IDH al 2003, presenta una alta cobertura de la población en saneamiento pero un bajo resultado en la cobertura en el acceso de agua para la población. Las acciones focalizadas del gobierno regional, en cuanto, a los servicios de agua y saneamiento se refieren, saltan a la vista cuando se analizan de manera diferenciada y desagregada cada distrito en una determinada región (ver tabla 10).

**Tabla 10. Análisis de desempeño de indicadores con respecto al IDH 2003.**

Districtos de Arequipa	Acceso a agua	Acceso a saneamiento	IDH 2003	Districtos de Arequipa	Acceso a agua	Acceso a saneamiento	IDH 2003
Sayla	1.10	5.09	0.14	Bella Union	12.59	33.12	0.37
Tomepampa	2.66	14.27	0.14	Iray	0.79	18.87	0.38
Tauria	0.00	13.98	0.15	Yura	9.02	81.85	0.38
Puyca	-2.12	2.24	0.18	Santa Rita De Sigwas	25.35	73.82	0.38
Pampamarca	1.64	11.52	0.22	San Juan De Sigwas	12.55	12.48	0.38
Huaynacotas	7.41	9.66	0.25	Majes	7.27	37.48	0.38
Chachas	-5.02	3.92	0.26	Quilca	44.87	14.81	0.38
Alca	0.30	44.16	0.26	Lomas	-0.93	41.11	0.38
Choco	-0.11	9.37	0.26	Chala	6.93	14.86	0.38
Tisco	7.00	8.20	0.27	Uraca	6.63	7.88	0.38
Ichupampa	4.26	17.48	0.28	Chivay	1.94	14.33	0.39
Charcana	3.68	22.69	0.29	La Joya	16.69	25.86	0.39
Salamanca	4.48	2.18	0.29	Samuel Pastor	26.38	39.83	0.39
Caylloma	7.03	19.41	0.29	Punta De Bombon	11.16	35.06	0.39
Cahuacho	2.91	12.10	0.30	Caraveli	1.77	5.01	0.39
San Antonio De Chuca	19.32	15.22	0.30	Vitor	7.27	46.72	0.39
Chilcaymarca	3.24	32.14	0.30	Mariano Nicolas Valcarcel	0.93	8.35	0.39
Machaguay	1.05	11.91	0.30	Dean Valdivia	7.29	42.29	0.39
San Juan De Tarucani	16.03	10.24	0.30	Chuquibamba	3.53	2.77	0.39
Lari	7.54	13.22	0.31	Atico	4.42	35.82	0.40
Cayarani	1.18	6.99	0.31	Polobaya	2.11	43.48	0.40
Tapay	8.82	14.99	0.32	Ocoña	15.07	39.47	0.40
Ulua	9.77	11.38	0.32	Santa Isabel De Sigwas	17.21	17.22	0.40
Coporaque	6.17	13.79	0.32	Mollebaya	17.78	9.47	0.40
Toro	1.94	4.56	0.32	Acari	7.53	64.11	0.40
Andagua	6.93	18.66	0.32	Rio Grande	13.10	9.98	0.40
Huanca	1.38	10.58	0.32	Cocachacra	8.59	30.55	0.40
Tuti	12.79	12.62	0.32	Huancarqui	17.64	29.54	0.40
Quicacha	13.12	8.84	0.33	Tiabaya	8.88	31.44	0.41
Pocsi	1.54	7.64	0.33	Uñon	62.12	76.61	0.41
Tipan	5.62	10.03	0.33	Jose Maria Quimper	6.16	66.39	0.41
Huambo	12.20	17.19	0.33	Aplao	2.86	15.95	0.41
Achoma	2.82	14.07	0.33	Nicolas De Pierola	7.94	24.19	0.41
Sibayo	12.26	13.89	0.33	Mejia	11.62	35.76	0.41
Quechualla	0.58	12.36	0.33	Quequeña	8.68	30.10	0.42
Callalli	1.22	9.47	0.33	Yarabamba	7.80	13.92	0.43
Atiquipa	4.00	6.83	0.34	Characato	38.57	44.33	0.43
Madrigal	3.73	34.22	0.34	Jacobo Hunter	3.70	4.05	0.43
Huanuahuano	29.58	4.87	0.34	Sabandia	8.79	41.10	0.43
Jaqui	7.01	34.99	0.34	Uchumayo	6.65	10.56	0.43
Yanaquihua	7.37	9.47	0.34	Islay	31.07	21.49	0.44
Yanque	9.08	21.87	0.35	Paucarpata	8.35	10.29	0.44
Pampacolca	3.33	6.32	0.35	Cerro Colorado	24.24	42.95	0.44
Andaray	8.15	-1.25	0.35	Sachaca	23.61	32.02	0.45
Viraco	2.02	12.24	0.35	Cayma	6.23	9.07	0.45
Orcopampa	3.20	1.92	0.36	Camana	8.13	15.74	0.45
Cabanaconde	3.87	7.84	0.36	Socabaya	11.41	17.74	0.46
Chichas	-0.87	16.45	0.36	Mariano Melgar	13.30	14.12	0.47
Chiguata	19.93	39.15	0.36	Alto Selva Alegre	9.20	11.79	0.47
Mariscal Caceres	11.45	62.22	0.37	Mollendo	10.38	11.96	0.47
Ayo	9.15	41.64	0.37	Miraflores	9.23	7.11	0.47
Yauca	4.02	4.07	0.37	Jose Luis Bustamante Y Rivero	1.32	1.22	0.50
Maca	2.33	40.09	0.37	Arequipa	0.89	0.55	0.53
Chaparra	19.83	10.58	0.37	Yanahuara	1.20	1.00	0.58

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud, 2012.

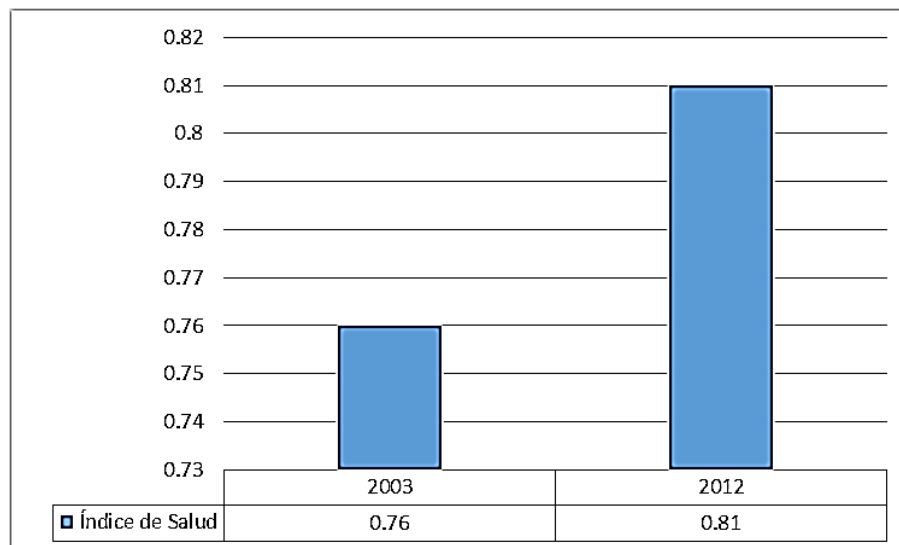
### 4.3. Región San Martín.

La región San Martín se encuentra ubicada en la zona de la Selva Alta del Nororiente del país, ocupa una superficie de 51,253.87 Km<sup>2</sup> (3,9% total nacional), entre selva alta y baja, se organiza políticamente en 10 provincias y 77 distritos. Tiene una población de 806,452 habitantes (INEI, 2012), con núcleos poblacionales altamente dispersos y de reciente conformación.

La región cuenta con una población al 2012 de 806, 452 habitantes (población estimada por el INEI), siendo el distrito de Moyobamba el que ha mostrado un mayor incremento demográfico, mientras tanto, el distrito que mostró un menor incremento en el periodo de estudio es Juanji, en comparación con el 2003.

Con respecto a la trayectoria de la región de San Martín en materia del IDH, esta muestra que se ha incrementado de 0.26 en 2003 a 0.44 en 2012. El gráfico 17 muestra los diferentes resultados en la dimensión salud en el periodo de estudio.

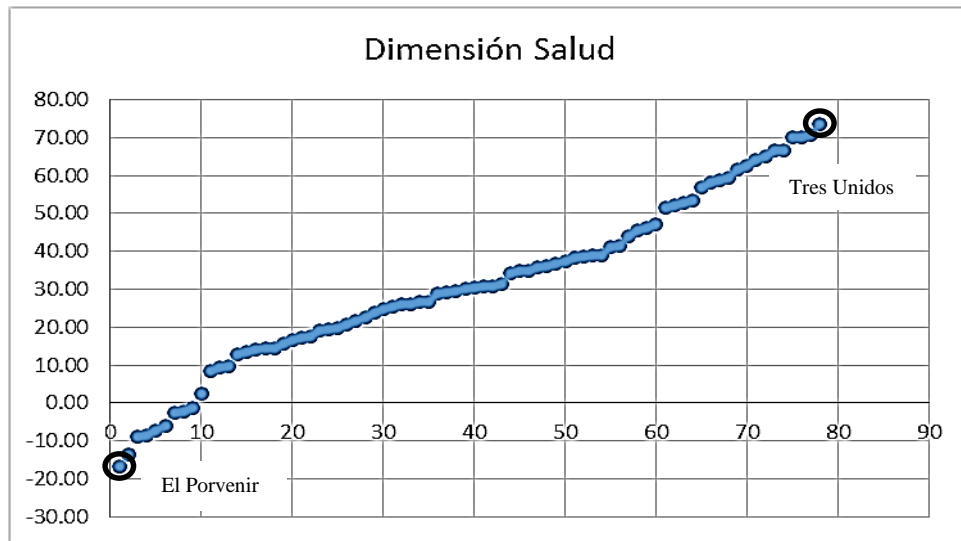
**Gráfico 17. Región San Martín, dimensión de salud del IDH 2003 y 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos PNUD, 2013.

Como en el ejercicio anterior, el IDH regional no dice nada respecto a la reducción de la brecha hacia la meta ideal del desarrollo humano en los distritos. De tal manera que, al realizar un análisis de los distritos al interior de la región, se podrán observar las brechas existentes entre ellas, dando cuenta de los avances y retrocesos en la dimensión salud con respecto a los lineamientos generales del Plan Nacional y los Planes Regionales, por lo mismo se desagregará las dimensiones del IDH a niveles locales con el interés de mostrar los logros en los distritos de la región en la dimensión salud, teniendo en cuenta la información disponible tanto por la Dirección Regional de Salud, Ministerio de Salud y la Dirección General de Epidemiología (ver gráfico N° 18).

**Gráfico 18. Porcentaje de reducción de la brecha hacia la meta ideal en los distritos de San Martín 2003 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos PNUD, 2013.

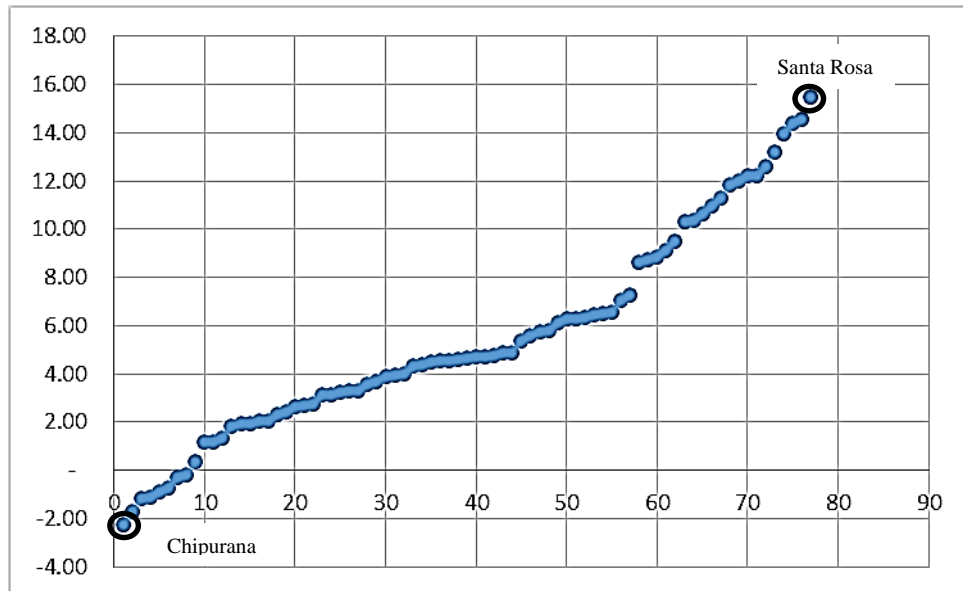
Del resultado presentado en el gráfico anterior, se puede observar que los distritos de la región San Martín muestran una fuerte heterogeneidad. En la dimensión de salud, el distrito de Tres Unidos muestra el logro más alto en salud con 73.55% de reducción de su brecha hacia la meta ideal. Este ejemplo confirma la necesidad y utilidad de analizar el IDH en sus dimensiones, más allá de su valor resumido. Sólo conociendo en detalle el desarrollo humano de cada distrito es posible priorizar correctamente las políticas públicas.

Al analizar los indicadores de las dimensiones en estudio podremos observar como los objetivos estratégicos del plan regional y nacional en salud se correlacionan con los logros en los distritos de la región, mostrando así las brechas existentes entre los distritos.

#### **4.3.1. Dimensión salud**

Al observar la dimensión de salud notamos que la región ha mostrado un incremento en su único indicador, la Esperanza de Vida al Nacer (EVN), que en 2003 fue de 71 años y en 2012 fue de 74 años. Al analizar este indicador a nivel distrital, se puede mencionar al distrito de Santa Rosa fue el que mejor resultado obtuvo en este período pasando de 63 a 78 años, mientras tanto el distrito de Chupirana experimentó una disminución en su Esperanza de Vida durante los diez años de estudio (ver gráfico 19).

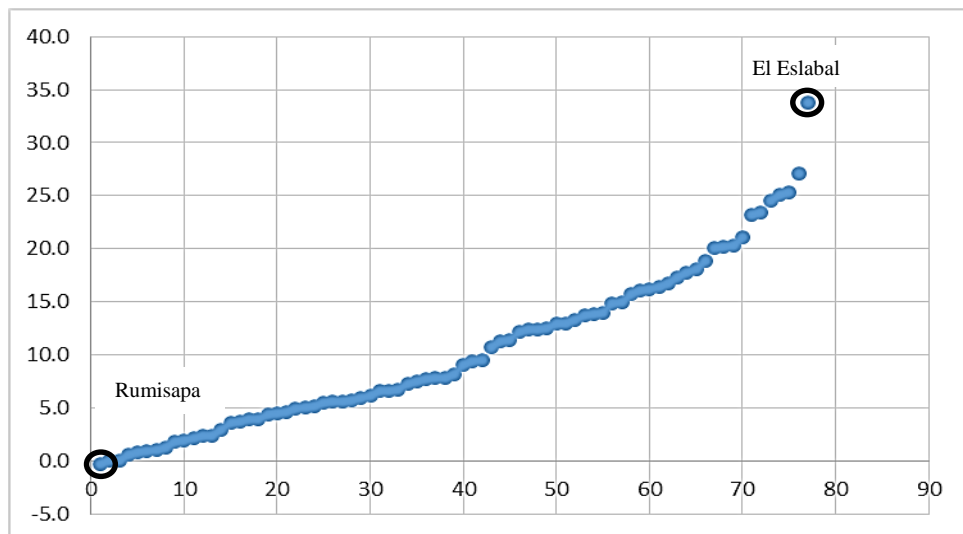
**Gráfico 19. Variación de la Esperanza de Vida al Nacer en los distritos de San Martín 2003 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos PNUD, 2013.

En la región de San Martín, la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años bajó a 16.5% en 2012. Entre 2007 y 2012, la desnutrición bajo de 28.2% en el año 2007 a 16.5% en el 2012, siendo a nivel distrital El Eslabón el que presenta el mayor avance en cuanto a la reducción de la tasa de desnutrición infantil pasando de 44.4% a una de 10.7% en el periodo de 2012 a 2007, y al otro extremo se encuentra el distrito de Rumisapa que mostró un incremento de la tasa de desnutrición infantil, pasando de un porcentaje de 19.9% en el 2007 a 20.1% en el 2012 (ver gráfico 20).

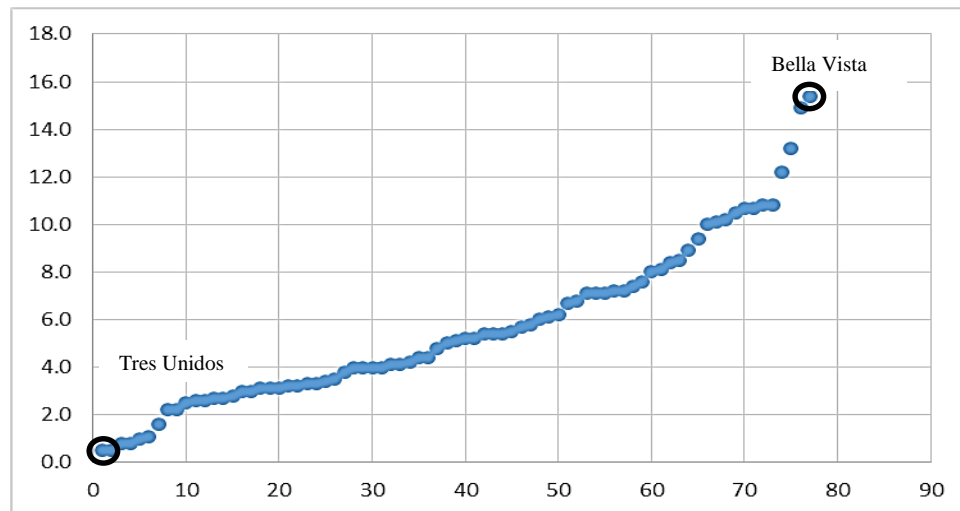
**Gráfico 20. Variación del porcentaje de reducción de la tasa de desnutrición infantil en los distritos de la región San Martín 2007 - 2012.**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos INEI, 2012.

En cuanto a la mortalidad infantil, el distrito de la región con mayor avance fue Bellavista al pasar de una tasa de 26.8% a una de 11.4% en el periodo de 2007 a 2012, mientras que el distrito de Tres Unidos mostró el menor crecimiento en la mortalidad infantil pasando de 20.6% en el 2007 a 20.1% en el 2012 (ver gráfico 21).

**Gráfico 21. Variación del porcentaje de la mortalidad infantil en los distritos de la región San Martín 2007 - 2012.**



Fuente: Elaboración a partir de la base de datos INEI, 2012.

Del total de distritos analizados en la región San Martín se puede observar la dificultad que presentan aquellos con un buen desempeño IDH al inicio del análisis en el 2003, como son los casos de Tarapoto y Rioja, sin embargo, estos distritos presentan pobres niveles de logro en las tasas de desnutrición crónica y desnutrición infantil. De tal manera que se muestra el mismo fenómeno mencionado anteriormente en el cual los distritos con mejores resultados se les hace cada vez más difícil seguir mejorando. Situación contraria experimentan los distritos con un bajo logro de IDH en 2003, como es el caso del distrito de Alto Biavo, mostrando altos logros en los indicadores de desnutrición y mortalidad infantil. Mostrando así el efecto contrario experimentado por los distritos con un buen inicio del IDH en el 2003, logrando mejorar los indicadores seleccionados.

Es importante analizar los casos de los distritos de Tres Unión, Rumisapa y Morales, los cual presenta un alto desempeño en el IDH al año 2003. En el periodo de análisis se puede observar que estos distritos presentan unos bajos logros en los indicadores estudiados. Similar situación presenta el distrito de Elías Soplín Vargas, el cual presenta un alto nivel de logro en IDH 2003 mostrando un bajo nivel de desempeño en la tasa de mortalidad infantil, sin embargo, presenta un alto desempeño en la tasa de desnutrición crónica infantil. Las acciones focalizadas del gobierno regional, en cuanto, a mejorar las tasas de desnutrición crónica y desnutrición infantil se refieren, saltan a la vista cuando se analizan de manera diferenciada y desagregada cada distrito en una determinada región. Las similares características poblacionales de estos distritos saltan a la vista ya que presentan una alta proporción de pueblos originarios (ver tabla 11).

**Tabla 11. Análisis de desempeño de indicadores con respecto al IDH 2003.**

Distritos de San Martín	Tasa de desnutrición	Tasa de mortalidad	IDH 2003	Distritos de San Martín	Tasa de desnutrición	Tasa de mortalidad	IDH 2003
ALTO BIAVO	16.24	14.90	0.63	CACATACHI	1.97	3.80	0.75
SANTA ROSA	9.35	7.10	0.63	JUAN GUERRA	2.18	3.50	0.75
SAN MARTÍN	20.14	13.20	0.65	SAN ROQUE DE CUMBAZA	0.06	1.00	0.75
SHATOJA	14.00	8.00	0.66	JEPELACIO	9.10	3.30	0.75
AGUA BLANCA	7.46	10.70	0.66	CALZADA	7.75	7.10	0.76
BAJO BIAVO	4.37	10.50	0.67	TRES UNIDOS	3.67	0.50	0.76
SHAMBOYACU	16.75	4.10	0.67	BELLAVISTA	12.96	15.40	0.76
TINGO DE PONASA	7.85	2.20	0.67	ALONSO DE ALVARADO	13.33	5.00	0.76
HUALLAGA	11.31	10.10	0.67	NUEVO PROGRESO	5.53	4.10	0.76
SAN JOSÉ DE SISA	23.23	8.90	0.68	UCHIZA	2.37	3.20	0.76
SAN PABLO	5.07	8.40	0.68	CAYNARACHI	15.02	8.10	0.76
SAN CRISTÓBAL	12.15	10.80	0.68	LA BANDA DE SHILCAYO	1.25	2.60	0.77
PILLUANA	6.60	7.10	0.68	ALBERTO LEVEAU	2.41	6.70	0.77
BUENOS AIRES	4.51	5.50	0.69	CUÑUMBUQUI	5.14	3.30	0.77
PAPAPLAYA	25.31	5.40	0.69	RUMISAPA	-0.24	0.80	0.77
PUCACACA	1.10	5.20	0.70	ZAPATERO	18.82	5.80	0.77
PAJARILLO	7.89	6.00	0.71	POSIC	0.08	2.80	0.77
CHAZUTA	21.11	10.20	0.71	ELIAS SOPLÍN VARGAS	27.06	3.00	0.77
HUICUNGO	20.17	5.40	0.72	SORITOR	13.83	1.60	0.77
SAN RAFAEL	4.89	7.20	0.72	TABALOSOS	14.89	4.40	0.77
EL PORVENIR	24.59	12.20	0.72	AWAJUN	16.39	4.00	0.77
PACHIZA	5.61	5.70	0.72	PARDO MIGUEL	12.57	4.00	0.77
SAN HILARIÓN	4.64	6.80	0.72	POLVORA	20.34	10.00	0.77
HUIMBAYOC	23.41	10.80	0.72	MORALES	2.94	0.50	0.77
ALTO SAPOSOA	25.07	4.40	0.72	CHIPURANA	18.06	8.50	0.77
SACANCHE	10.73	2.70	0.73	YURACYACU	1.88	3.00	0.78
SHUNTE	16.04	5.20	0.73	SAN FERNANDO	5.74	0.80	0.78
CAMPANILLA	5.90	3.40	0.74	JUANJUÍ	0.86	2.20	0.79
PICOTA	6.17	7.60	0.74	EL ESLABÓN	33.73	2.70	0.79
SAN ANTONIO	5.66	9.40	0.74	SHANAO	12.41	5.40	0.79
CASPISAPA	11.40	4.20	0.74	TOCACHE	3.59	3.10	0.79
SHAPAJA	3.91	7.20	0.74	YORONGOS	7.25	4.00	0.79
BARRANQUITA	15.73	10.70	0.74	NUEVA CAJAMARCA	12.91	2.60	0.79
TINGO DE SAPOSOA	6.57	3.10	0.75	MOYOBAMBA	12.36	1.10	0.79
HABANA	0.97	6.20	0.75	LAMAS	6.74	6.10	0.80
PINTO RECODO	13.71	3.10	0.75	TARAPOTO	3.93	7.40	0.80
PISCOYACU	8.14	3.20	0.75	SAPOSOA	17.33	2.50	0.80
SAUCE	17.80	4.80	0.75	RIOJA	9.50	4.00	0.80

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Ministerio de Salud, 2012.



## CAPÍTULO V . CONCLUSIONES

Más allá de los perfiles promedios informados ampliamente por el PNUD y de la aparente homogeneidad que se observa en los niveles regionales, la mirada distrital refuerza la existencia de importantes desigualdades territoriales en el logro del desarrollo humano en el Perú, específicamente en la dimensión salud. Las regiones en estudio y los distritos que las conforman presentan distintas tendencias que reafirman al desarrollo humano como un proceso que dice de la relación con las opciones que una sociedad goza en un momento determinado, las cuales pueden o no ser beneficiosas para el objetivo de incrementar las capacidades de las personas.

El ranking regional del Perú 2003 – 2012, reafirma el alto nivel de reducción de la distancia a la meta ideal del desarrollo humano de las regiones Moquegua, Arequipa y San Martín. De las veinte cuatro regiones del Perú, sólo seis obtienen los resultados más altos en la reducción de la distancia a la meta ideal del Índice de Desarrollo Humano superiores a 24%. En el otro extremo se aprecia que de las veinte cuatro regiones del Perú existen seis con menores porcentajes de reducción de la distancia a la meta ideal del IDH bajo el 15%. Según esta perspectiva, las regiones del Perú presentan una alta heterogeneidad, la misma que se refleja en los distritos que conforman regiones. De tal manera que, esto llama la atención respecto a la necesidad de conocer más a fondo la realidad de estos distritos, como por ejemplo, conocer cuáles son las posibilidades reales de desarrollo que ofrece el gobierno peruano a sus ciudadanos, qué transformaciones son requeridas para aprovechar las nuevas oportunidades de las regiones y su entorno.

Este estudio ha permitido profundizar en la distribución espacial de los logros del desarrollo humano en las regiones del Perú, haciendo visible el estado del desarrollo humano de las veinte cuatro regiones del país, obtenida a través del instrumento de la recolección de datos. Junto a ello se ha podido destacar la realidad de tres de las regiones con mayor porcentaje de reducción de la distancia a la meta ideal del IDH. La disposición de datos a nivel regional permite el desarrollo de instrumentos de apoyo para el análisis y toma de decisiones. Del análisis de los distritos, se puede concluir que presentan perfiles heterogéneos, logrando identificar distritos preferentes a la acción estatal. Los distritos que presentan logros semejantes permiten identificar distritos con problemas y ventajas similares siendo interesante el intercambio de experiencias entre distritos. Los logros alcanzados a nivel distrital en la dimensión salud con su único indicador, Esperanza de Vida al Nacer (EVN), demuestra la alta heterogeneidad en el logro alcanzado a nivel intra regional, sin embargo, como resultado del análisis se puede observar que algunos distritos con un bajo nivel de logro en el punto de partida del análisis han logrado un alto nivel de logro en los indicadores estudiados, esto se podría deber a una acción del estado de manera focalizada en estos distritos con características similares, lo cual hace notar la necesidad de seguir trabajando en el enriquecimiento de la información de este tipo con el fin de incrementar la inversión estatal en estos distritos con bajos niveles de logro.

Los distritos muestran en cada uno de los casos seleccionados disparidad entre sus pares. En el caso de la región Moquegua, los distritos San Cristobal, Lloque y Yunga han alcanzado los más altos logros en los indicadores de salud seleccionados, tales como el acceso al agua, saneamiento y desnutrición crónica. En el análisis realizado se puede observar que sólo cuatro de los distritos conformantes de la región Moquegua presentaron buenos resultados en el

logro de los indicadores de salud, siendo éstos distritos con bajos índices de indicadores al punto de partida del análisis. Éste incremento en el logro de salud se puede deber a la acción focalizada de la gestión pública regional, además es notorio que los distritos con buenos índices en salud al punto de partida del análisis presentan dificultades para seguir incrementando estos índices. En el caso de la región Arequipa, se destaca el logro del distrito de Unión y Yura en el porcentaje de hogares con abastecimiento de agua y saneamiento, respectivamente. Éstos resultados además de mostrar una acción específica de focalización de las políticas públicas en los territorios más rezagados, los resultados mostrados en salud pueden deberse a los incrementales niveles de urbanidad en la región pasando a más del 75% al final del periodo de tiempo analizado. No se observa un único perfil de los territorios sub nacionales que más han mejorado en el ámbito salud. La región San Martín, ha mostrado buenos resultados en los distritos de El Eslabón y Bella Vista en los indicadores de desnutrición infantil y mortalidad infantil, respectivamente, mostrando nuevamente la acción focalizada de la gestión pública regional hacia los territorios más rezagados dentro de las regiones. San Martín presenta una alta proporción de pueblos originarios logrando una heterogeneidad en los distritos que conforman la región.

La experiencia desarrollada en el Perú, ha permitido pasar de un proceso centralista hacia una descentralista del sector salud, transitando desde un proceso realizado antes únicamente por el juicio de expertos, hacia la apertura de la consulta y la participación ciudadana. Los procesos que involucran a la salud y a la sociedad, necesitan de ser legitimados con la participación ciudadana. El trabajo en conjunto del gobierno en los diferentes niveles estatales y la sostenibilidad es una consecuencia del compromiso de los actores clave, de la participación de la ciudadanía y de la aplicación de políticas públicas encaminadas a fortalecer el desarrollo humano como una herramienta para la toma de decisiones en sectores como salud y otros. Es necesario balancear mejor las prioridades en la focalización de los recursos respecto a tipos de prioridades sanitarias y a los territorios focalizados dentro de las regiones.

Del estudio realizado se evidencia que los distritos rezagados en las regiones del Perú presentan características en común: son más rurales como en la región Moquegua y Arequipa, tienen una mayor proporción de pueblos originarios como lo es la región San Martín. A pesar de exhibir un buen desempeño en los índices del IDH y demostrar cierres de brechas territoriales incipientes en algunos de los indicadores, las regiones del Perú no han podido ser capaces de terminar con inequidades de desarrollo que existen en sus propios territorios. Las mejoras promedios del IDH en las regiones del Perú en los distintos indicadores de salud, no necesariamente han ido de la mano con reducciones en las brechas territoriales de desarrollo que existen en los distritos conformantes de las regiones. Se requieren políticas de apoyo específico a los territorios más rezagados, de manera de ir reduciendo las brechas existentes tanto en el sector salud, así como también en otros sectores como educación y empleo. Como punto de partida básico, se requiere contar con sistemas de información que reflejen la evolución de las brechas territoriales a niveles sub nacionales.

Finalmente, es importante considerar que los procesos de definición de prioridades sanitarias y territoriales con el fin de cerrar brechas territoriales, requieren ser flexibles y mejorados en el tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aghón, G. (2001). Desarrollo económico local y descentralización en América Latina: Análisis comparativo. Chile.
- Azpur, J., Ballón, E., Chirinos, L., Baca, E., & Távora, G. (2006). Descentralización. Aportes para el gobierno peruano 2006-2011. Consorcio de Investigación Económica y Social–Propuesta Ciudadana, Lima.
- Barahona-Urbina, P. (2011). Factores determinantes de la esperanza de vida en Chile. In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 72, pp. 255–259). UNMSM. Facultad de Medicina.
- CEPAL. (2013). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2013.
- CEPAL. (2014). La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir. Chile.
- Fábrega, R. (2013). Salud y desigualdad territorial.
- Fidel, C. H., & Valencia Lomelí, E. (2012). (Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina. Argentina.
- Gonzales de Olarte, E. (2003). Descentralización para el Desarrollo Humano en el Perú. Perú: PNUD.
- Illescas, J., Yokoyama, E., Ortiz, D., Apostolou, A., Aviles, A. M., Cunha, B., ... Eaton, K. (2010). Peru - El proceso de descentralización y su relación con la eficiencia del gasto público (No. 52885) (pp. 1–127). The World Bank.
- Ministerio de Salud. (2002a). Lineamientos de la Política Sectorial para el período 2012\_2012.
- Ministerio de Salud. (2002b). Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012.

- OPS. (2013). Informe regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas. Washington, D.C.
- PNUD. (2003). Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. New York, USA.
- PNUD. (2010). Capítulo 1. Un Estado para el desarrollo humano. Un Informe sobre el desarrollo humano Perú 2009. (Primera edición.). Perú.
- PNUD Chile. (2000). Desarrollo humano en las comunas de Chile. (No. 5). Chile: Gobierno de Chile.
- PNUD México. (2005). Informe Sobre Desarrollo Humano México 2004. El reto del desarrollo local. México.
- PNUD México. (2014). Índice de Desarrollo Humano Municipal en México: nueva metodología. México, DF.
- PNUD Perú. (2005). Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2005. Hagamos de la competitividad una oportunidad para todos. Perú.
- PNUD Perú. (2010). Informe de Desarrollo Humano Perú 2009. Lima, Perú.
- PNUD Perú. (2013). Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2013: Cambios Climáticos y territorio. Desafíos y respuestas para un futuro sostenible.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1991). Desarrollo humano: informe 1991. Bogotá, Colombia: Publicado para el PNUD por Tercer Mundo.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1992). Desarrollo humano: informe 1992. Bogotá, Colombia: Publicado para el PNUD por Tercer Mundo Editores.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1994). Informe sobre desarrollo humano 1994. New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme (UNDP).

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1995). Informe sobre desarrollo humano 1995. New York: Oxford Univ. Press.
- Rojas, E. M. (2001). Educación e ingreso como predictores de la esperanza de vida: evidencias de un análisis de regresión aplicado a indicadores de desarrollo humano. *Ciencias Sociales*, 94, 51–60.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. (Primera edición.). Nueva York: Editorial Planeta S.A.