



**UNIVERSIDAD  
DEL PACÍFICO**

**Escuela de  
Postgrado**

**“ANÁLISIS DEL GASTO PÚBLICO Y EL ÍNDICE DE  
INVERSIÓN PÚBLICA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN  
Y PROTECCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA 2016-2018”**

**Trabajo de Investigación presentado  
para optar al Grado Académico de  
Magíster en Gestión de la Inversión Social**

**Presentado por:  
Rosmery Meza Mescoco  
Tatiana Rubio Diaz  
Martín Sotelo García**

**Asesor: Pablo Lavado Padilla**  
**[0000-0002-3872-216X](tel:0000-0002-3872-216X)**

**Lima, mayo 2021**

## Resumen ejecutivo

La investigación pretende analizar la relación entre el índice de inversión pública en infancia (IPPI) y el gasto público en infancia (GPI). Este proceso se realizó a través de la construcción de un indicador sintético que aglomera 75 indicadores, distribuidos en 6 componentes. Estos componentes están contruidos en base a un conjunto de indicadores que recogen información prioritaria sobre el desarrollo de la primera infancia y su entorno socioeconómico: Nutrición, salud infantil, salud materna, agua y saneamiento, vivienda y educación; y que sintetizan las condiciones de vida relacionados a la primera infancia.

Por otro lado, se estimó el gasto público dirigido a la infancia (0 a 5 años), para lo cual fue necesario revisar la estructura del gasto público y las intervenciones a nivel de políticas, programas y proyectos orientados a la primera infancia. Esta estimación requirió la clasificación de gasto específico y no específico en infancia, realizando una evaluación desde los niveles más grandes de la estructura del gasto hasta los niveles más específicos.

En base a ambas estimaciones se realizó un análisis conjunto y por departamentos a través de una regresión lineal simple. De acuerdo con los resultados obtenidos, se ha podido evidenciar que los departamentos con un mayor gasto público per cápita en niños de 0 a 5 años no tienen mejores resultados en el índice de inversión pública en primera infancia (IPPI) durante el periodo 2016 - 2018. En ese sentido, los departamentos con mejores resultados en el IPPI y menores GPI serían los más eficientes. Asimismo, según región geográfica en 2018 los departamentos de la costa resultarían ser los más eficientes en relación a los de la sierra y la selva, destacando entre ellos Lambayeque, Arequipa, Ica, Piura y Lima.

## Índice

<b>Capítulo I: Introducción .....</b>	<b>6</b>
1. Antecedentes .....	6
2. Planteamiento del problema .....	9
3. Justificación.....	11
4. Objetivo general .....	12
4.1 Objetivos específicos .....	12
5. Hipótesis general .....	12
5.1 Hipótesis específicas .....	12
6. Alcances .....	13
7. Limitaciones .....	13
<b>Capítulo II: Marco teórico .....</b>	<b>14</b>
1. La primera infancia como etapa del ciclo de vida de la persona.....	14
2. Inversión pública en primera infancia.....	15
3. La inversión en capital humano desde la infancia .....	16
3. Metodologías para la medición del desarrollo de los niños y niñas en la primera infancia .....	18
4. Políticas públicas en infancia en el Perú.....	20
5. Gasto público en infancia.....	21
<b>Capítulo III: Metodología .....</b>	<b>25</b>
1. Diseño de la investigación .....	25
1.1 Proceso de recolección de datos .....	25
2. Índice de inversión pública en primera infancia (IPPI) .....	25
3. Estimación del gasto público en infancia.....	31
3.1 Gasto Específico y No Específico.....	32
3.2 Ponderación del Gasto No Específico.....	34
<b>Capítulo IV: Resultados .....</b>	<b>36</b>
1. Análisis de los resultados del índice de inversión pública en la primera infancia ....	36
2. Análisis de los resultados del gasto público en infancia.....	46
3. Análisis de la relación entre el IPPI y el GPI .....	57
4. Análisis de la relación entre los componentes que conforman IPPI y el GPI por sectores .....	60
<b>Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>64</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>67</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>71</b>

## Índice de tablas

Tabla 1. Componentes del índice de inversión pública en la primera infancia – IPPI.....	26
Tabla 2. Indicadores según componentes del IPPI.....	27
Tabla 3. Alphas de Cronbach Observados en el IPPI.....	29
Tabla 4. Contraste en el modelo Factorial (Test de Bartlett y K-M-O) .....	29
Tabla 5. Valores del IPPI por niveles de progreso .....	31
Tabla 6. Ponderadores del Gasto Público en infancia .....	35
Tabla 7. Ranking departamental del índice de inversión pública .....	37
Tabla 8. Ranking departamental del componente de Nutrición del IPPI .....	40
Tabla 9. Ranking departamental del componente de Salud Infantil del IPPI.....	41
Tabla 10. Ranking departamental del componente de Salud Materna del IPPI.....	42
Tabla 11. Ranking departamental del componente de Agua y saneamiento del IPPI.....	43
Tabla 12. Ranking departamental del componente de Vivienda del IPPI .....	44
Tabla 13. Ranking departamental del componente de Educación del IPPI.....	45
Tabla 14. Gasto Público Total y Gasto en Infancia, 2016 – 2018 .....	46
Tabla 15. PBI y Gasto Público en Infancia, 2016-2018 .....	47
Tabla 16. Gasto Público en Infancia según Tipo de Gasto, 2016-2018 .....	47
Tabla 17. Gasto Público en Infancia según Función, 2016-2018 .....	48
Tabla 18. Gasto Público en Infancia según Programa Presupuestal, 2016-2018.....	51
Tabla 19. Gasto Público en Infancia según Departamento, 2016-2018 .....	55

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de ejecución presupuestal según regiones, 2016-2018 .....	9
Gráfico 2. Modelo de Cunha y Hekman.....	17
Gráfico 3. Flujograma de análisis del gasto público en las niñas, niños y adolescentes del Perú.....	24
Gráfico 4. Mapa departamental según resultados del IPPI - 2018.....	38
Gráfico 5. Índice de inversión pública en primera infancia, según componentes 2016 - 2018 .....	39
Gráfico 6. Devengado del Gasto Público en Infancia según Tipo de Gasto, 2016-2018 ..	48
Gráfico 7. Participación del Gasto Público en Infancia según Función presupuestaria, 2016-2018 .....	49
Gráfico 8. Gasto Público en Infancia según Categoría Presupuestal, 2016 – 2018 .....	50

Gráfico 9. Participación del Gasto Público en Infancia según Programa Presupuestal, 2016-2018 .....	52
Gráfico 10. Ejecución Presupuestal del Gasto Público en Infancia según Fuentes de Financiamiento, 2016-2018 .....	53
Gráfico 11. Gasto Público en Infancia según Fuentes de Financiamiento, 2016-2018.....	53
Gráfico 12. Ejecución Presupuestal del Gasto Público en Infancia según Nivel de Gobierno, 2016-2018.....	54
Gráfico 13. Ejecución Presupuestal del Gasto Público en Infancia según Departamento, 2016-2018 .....	56
Gráfico 14. Presupuesto por Niño y Niña de 0 a 5 años según Departamento, 2016-2018 .....	56
Gráfico 15. Ejecución Presupuestal del Gasto público en Infancia según Región, 2016-2018 .....	57
Gráfico 16. Relación entre el IPPI VS GPI, 2016 .....	59
Gráfico 17. Relación entre el IPPI VS GPI, 2017 .....	60
Gráfico 18. Relación entre el IPPI VS GPI, 2018 .....	60
Gráfico 19. Relación entre el componente Vivienda y saneamiento y el GPI, 2018 .....	62
Gráfico 20. Relación entre el componente Salud y el GPI, 2018 .....	62
Gráfico 21. Relación entre el componente Educación y el GPI, 2018 .....	63

### **Índice de anexos**

Anexo 1. Matriz de correlaciones según componente, 2016 – 2018.....	71
Anexo 2. Listado de Programas Presupuestales analizados para la evaluación del gasto público en infancia .....	71

## Capítulo I: Introducción

### 1. Antecedentes

Las condiciones de vida actuales de la infancia<sup>1</sup> en el Perú, es decir, de los niños y niñas entre 0 y 5 años en cuanto a salud, educación y servicios básicos han ido mejorando en los últimos años con la reducción de los índices de pobreza. Sin embargo, aún hay mucho por hacer para que cada niño y niña crezca en igualdad de condiciones mínimas y logre una vida plena y feliz. La ENDES<sup>2</sup>, la tasa de mortalidad infantil fue de 16 por cada mil nacidos vivos en el 2013 y de 15 por cada mil nacidos vivos señala que el porcentaje de recién nacidas y nacidos vivos que fueron pesados, fue de 93,2% en el 2013 y de 96% en el 2018 y, entre ellos, un 7,3% tuvo un bajo peso al nacer en ambos años. Asimismo, el porcentaje de anemia en la población de 6 a 35 meses de edad fue de 46,4% en el 2013, mientras que en el 2018 fue de 43,5%. Además, para el 2018, el porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica era del 12,2%, tasa menor a la del 2013 (17,5%).

Existen diversos estudios sobre la acumulación de capital humano y el entorno familiar dentro del proceso de acumulación de habilidades de los individuos, esto debido a que existirían algunos niños con ventajas sobre otros debido a sus dotaciones iniciales. Este modelo supone que la inversión durante la primera infancia es crucial para su desarrollo y la acumulación del capital humano. Por lo tanto, el capital humano no solo estaría influenciado por la transmisión genética y habilidad innata que tienen los niños y niñas, sino también por las características específicas de los padres y por el gasto público orientado al desarrollo del capital humano (Becker & Tomes, 1986).

Los avances y acciones desde el Estado, para mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas en el país dependen fundamentalmente de los niveles de inversión y gasto público destinados a esta población. Existe evidencia que sostiene que las intervenciones públicas

---

<sup>1</sup> Según la OEA (2010), la primera infancia es una etapa fundamental en el desarrollo del ser humano. El crecimiento y el desarrollo son interdependientes y su etapa más crítica tiene lugar entre la concepción y los primeros años de vida. Por ello, es de suma importancia la salud y nutrición de la madre y de niños y niñas de 0 a 5 años de edad, así como también que el niño crezca en entornos que estimulen el desarrollo de sus habilidades cognitivas, consoliden su sentido de seguridad y confianza básica.

<sup>2</sup> Para más información sobre los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) – 2018, del Instituto Nacional de Estadística e Informática visitar:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1656/index1.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html)

tempranas o en los primeros años de vida tienen una mayor tasa de retorno que aquellas dirigidas a adolescentes o adultos (Carneiro, Hansen & Heckman, 2003).

Se señala también, que la política social debe orientarse hacia los primeros años por que es mucho más fácil rastrear y tomar acción sobre las brechas cognitivas y no cognitivas de los niños que nacen en entornos desfavorecidos, ya que, las estrategias de remediación tardía para compensar las desventajas tempranas no son efectivas, y en caso lo fueran son muy costosas. Así, las intervenciones en la primera infancia no solo tienen el costo beneficio más alto, sino también la tasa más alta de retorno por cada dólar invertido (se sugiere una tasa de retorno de 7 a 16 por ciento anualmente) en comparación a las intervenciones dirigidas a niños y niñas mayores o adultos (Heckman, 2008a). Así mismo, en una evaluación del proyecto High/Scope Perry Preschool, uno de los más conocidos en Estados Unidos, se estimó en 16 dólares de beneficios por cada dólar invertido en la primera infancia, siendo los beneficios públicos estimados US\$ 12,90 por cada dólar invertido (Schweinhart, Barnes, & Weikhart, 2005).

Del mismo modo, según Cala-Vecino (2018), una inversión generosa en la infancia en el que se satisfagan sus necesidades esenciales de afecto, salud, educación, alimentación, vivienda y recreación hará que se incremente su resiliencia cuando sean adultos, así como sus niveles de empatía, generosidad, solidaridad, seguridad y confianza. Asimismo, la falta de atención oportuna a sus necesidades básicas puede introducirlos en la pobreza y agravar el grado de vulnerabilidad al que se encuentran expuestos.

Además de los argumentos económicos que respaldan los beneficios de la inversión en infancia, existen también los argumentos éticos (que justifican la inversión social en infancia desde el enfoque de derechos y la equidad) y políticos (desde las bases de la cohesión social y la Gobernanza) que sin ser cuantificables complementan y sustentan la necesidad de enfocar los recursos públicos en la primera infancia. En cuanto a los argumentos éticos Heckman (2006b), señala que estos tienen base en la justicia social y la imparcialidad. En tanto que, por el lado de los argumentos políticos, se señala que en muchos países la inversión en la primera infancia pocas veces ha sido la prioridad, peor aún el diseño de programas y servicios de calidad, con recursos y normativas adecuadas (Comité de los Derechos de las Naciones Unidas, 2005).

Con respecto a cuánto se invierte en la primera infancia, según Muñoz (2007), en el Perú los porcentajes sobre el PBI serían bajos, incluso con respecto a otros países de Latinoamérica. Así también, sostiene que entre los años 2000 y 2005 los rubros de la política de formación de capital humano en infancia (como son la salud, nutrición y educación) no fueron atendidos con los recursos económicos necesarios, en particular el de nutrición. Resalta el hecho de que el gasto público en niños y adolescentes no tuvo el mismo crecimiento que el PBI, e indica que para avanzar en el desarrollo educativo se requiere una ampliación del presupuesto público el cual debería ser superior al 6% del PBI.

Asimismo, un estudio comparativo entre 8 países<sup>3</sup> de América Latina elaborado por GRADE (Alcázar & Sanchez, 2016), analiza los niveles de evolución del gasto público social en la primera infancia (0-5 años), y encuentra en el análisis comparado, que el gasto que los gobiernos destinan a la primera infancia resulta bastante pequeño, no solo respecto a sus PBIs (0,4% en promedio en el 2012, ninguno llega al 1%), sino también respecto a su gasto social total (en ninguno de los países de la muestra llega al 6%). Otro dato que aporta esta investigación es que en los países con mayor PBI per cápita, este correlaciona positivamente con un mayor gasto en infancia (Colombia, México, Brasil y Chile). Según el estudio, entre el 2005 y 2012 el gasto social en infancia en el Perú representa solo el 0.4% del PBI y solo el 4.5% del gasto social total, sin ninguna variación significativa durante esos 7 años.

Los bajos niveles de inversión pública afecta a las prioridades de desarrollo de la primera infancia, entre ellas la educación. Vásquez (2012), resalta que la inversión en capital humano debería de ser proporcional al crecimiento económico, incrementando la eficiencia y eficacia del gasto social. En tanto que la inversión en la educación desde los primeros años mejora el desempeño académico en niveles de educación superior y aporta a mejores tasas de retorno.

Por otro lado, se sabe que un mayor gasto público no necesariamente está acompañado de una gestión eficiente y tiene como consecuencia mejores niveles de vida para la población. Existen estudios que nos demuestran que en 2003 en el Perú se podía alcanzar la misma provisión de bienes y servicios locales con 57.6% menos de recursos públicos (Herrera & Francke (2009), lo cual demuestra una alta ineficiencia en la administración de los recursos

---

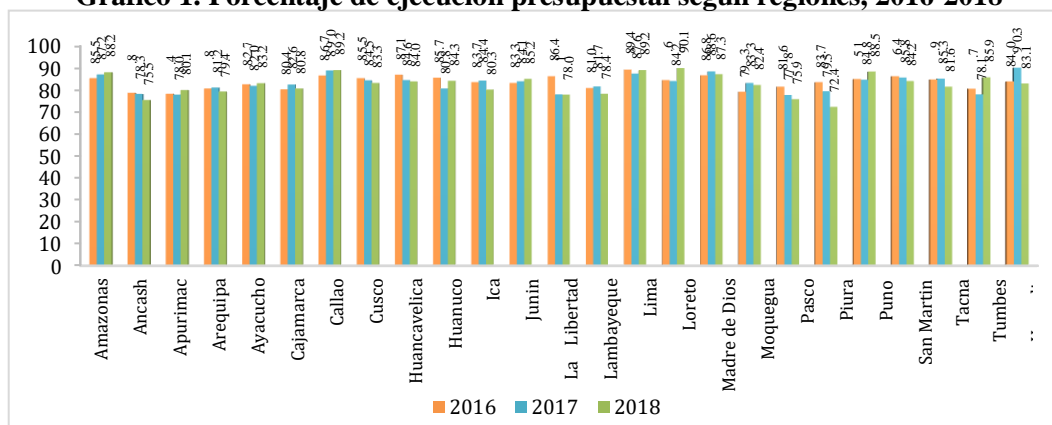
<sup>3</sup> Chile, Colombia, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Perú y Republica Dominicana.

públicos. Este nivel de análisis requiere que, mínimamente contemos con información sobre el conjunto de intervenciones que se vienen realizando desde el Estado.

## 2. Planteamiento del problema

En el Perú, en los últimos años el presupuesto público dirigido a las intervenciones tempranas a la población entre 0 y 5 años, como salud, educación, nutrición y otros, representan aproximadamente el 6% del PBI, según la información reportada por el MEF<sup>4</sup>. Asimismo, la ejecución presupuestal de los 25 departamentos del país sobrepasa el 80% en promedio en el período 2016 – 2018 (Gráfico N° 1). Sin embargo, las condiciones de vida y la garantía para el ejercicio pleno de sus derechos siguen siendo precarias, las cifras nacionales nos dicen que la prevalencia de anemia en los niños de 6 a 35 meses es del 43.6%, el porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica es del 12.2%, mientras que la proporción de niños con bajo peso al nacer es de 7.3%, cifras que además no han tenido mayor variabilidad en los últimos 5 años. La situación es aún más preocupante si se revisan estos resultados a nivel departamental, dado que los departamentos con peores resultados son Huancavelica, Cajamarca, Loreto y Junín (ENDES, 2018). Esto evidencia que una mayor ejecución presupuestal no garantiza mejores servicios públicos ni mejores condiciones de vida para la población.

**Gráfico 1. Porcentaje de ejecución presupuestal según regiones, 2016-2018**



Fuente: Consulta Amigable – MEF  
Elaboración propia

Además, una revisión de la estructura del gasto público indica que, en algunas regiones como Apurímac, Arequipa, Cajamarca y Cusco, que cuentan con transferencias por canon

<sup>4</sup> Para más información revisar los Reportes de Seguimiento del Gasto Público dirigida a los Niños, Niños y Adolescentes:

[https://www.mef.gob.pe/es/?id=3849&option=com\\_content&language=es-ES&Itemid=101531&lang=es-ES&view=article](https://www.mef.gob.pe/es/?id=3849&option=com_content&language=es-ES&Itemid=101531&lang=es-ES&view=article)

y regalías mineras, alrededor del 50% del presupuesto está dirigido a gastos corrientes; es decir, gastos operativos y administrativos que se dan a lo largo de la prestación de servicios y que no tienen real impacto en las condiciones de vida de la población. Del mismo modo, según el nivel de gobierno, más de la mitad del presupuesto público está a cargo de los gobiernos regionales, que en algunos casos tienen una estrecha capacidad de gasto, debido a su falta de visión de largo plazo, búsqueda del bien común, escasas capacidades técnicas, temor a las fiscalizaciones exhaustivas y corrupción; comprometiendo la eficiencia de la implementación de proyectos y servicios a gran escala (MEF, 2018).

En el marco del PNAIA<sup>5</sup>, desde el 2013 el Estado peruano viene estimando el gasto público en la primaria infancia, iniciativa que parte del interés por contar con información pertinente sobre el presupuesto destinado a este grupo poblacional y sumar esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, la metodología oficializada por la Comisión Multisectorial encargada del PNAIA, muestra los resultados del presupuesto en infancia dentro del grupo objetivo que son los niños, niñas y adolescentes, en el cual no es posible evaluar y hacer un seguimiento más detallado y específico del presupuesto destinado a la población entre 0 y 5 años. No contar con información detallada y precisa sobre el presupuesto a nivel programático, sectorial, por niveles de gobierno, entre otros, limita la posibilidad de tomar decisiones más acertadas.

Asimismo, más allá de los diagnósticos, se puede decir que existen muy pocas iniciativas que intenten medir las condiciones de vida y de bienestar de la primera infancia, las cuales permitan visibilizar de manera integral el nivel de desarrollo y los avances en el cierre de brechas de los principales indicadores de servicios básicos, infraestructura, salud, educación y nutrición. El cruce de información sobre el presupuesto y un índice que integre las condiciones de vida de la infancia podrían brindar mayores alcances para la formulación de políticas públicas específicas para esta población, con la finalidad de garantizar el ejercicio pleno de sus derechos y su desarrollo en condiciones adecuadas.

---

<sup>5</sup> Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA), cuya rectoría recae sobre el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, que busca articular los esfuerzos de todas las instituciones públicas y privadas, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional a favor de las niñas, niños y adolescentes. El objetivo del PNAIA es priorizar en la agenda pública la atención a la niñez y la adolescencia.

Con la finalidad de contribuir al debate sobre la manera de abordar la problemática de las inequidades que enfrenta la niñez en el país, esta investigación analiza el gasto público en la primera infancia en intervenciones que tienen que ver con infraestructura, servicios básicos, educación, salud y protección social, por lo tanto, la pregunta problema de la investigación queda planteada de la siguiente manera: ¿Cuál es el efecto de la ejecución del gasto público con relación a la inversión pública en la primera infancia durante el período 2016 - 2018?

### 3. Justificación

Conscientes de la importancia y prioridad que la primera infancia debe tener en las políticas públicas de nuestro país y de la múltiple evidencia, expuesta previamente, que respalda la inversión en los niños y niñas entre 0 y 5 años; el presente trabajo de investigación intenta servir como un aporte para quienes tienen relación directa e indirecta con la implementación de políticas públicas para la atención de la primera infancia. Entendiéndose como sistemas de atención a la primera infancia a aquellos que tienen por objetivo priorizar la protección infantil, los cuales a su vez se enmarcan en el Convenio Internacional de Derechos del Niño<sup>6</sup>, en cuyo cumplimiento se han producido avances importantes en la supervivencia, salud y educación de la infancia (UNICEF, 2006).

En ese sentido, la presente investigación se enfocará en indagar el efecto de la ejecución presupuestaria departamental sobre la inversión pública en la primera infancia durante el período 2016 - 2018, ya que como se expuso anteriormente, existe evidencia de que un mayor gasto no necesariamente está acompañado de una gestión eficiente de los recursos públicos y mejores niveles de vida para la población. Así, el presente trabajo permitirá evidenciar si los mayores niveles de gasto y el alto porcentaje de ejecución presupuestal en los departamentos del país han tenido efectos significativos en los principales indicadores de desarrollo de la primera infancia.

---

<sup>6</sup> Según la Convención, los niños y niñas son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social, en tanto que los gobiernos tienen la obligación de cumplir y adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención.

#### 4. Objetivo general

Analizar la relación entre el gasto público per cápita en niños de 0 a 5 años y el índice de inversión pública en la primera infancia (IPPI) a nivel nacional y departamental durante el período 2016 - 2018.

##### 4.1 Objetivos específicos

- a) Construir el índice de inversión pública en primera infancia (IPPI) a nivel departamental, entre los años 2016 y 2018.
- b) Construir el índice de inversión pública en primera infancia para los sectores de Salud, Educación, Saneamiento y Vivienda, período 2016 - 2018.
- c) Estimar el gasto público en primera infancia a nivel departamental, entre los años 2016 y 2018.
- d) Analizar la eficiencia de la ejecución del gasto público en primera infancia a nivel departamental, período 2016 - 2018.

#### 5. Hipótesis general

Los departamentos con un mayor gasto público per cápita en niños de 0 a 5 años tienen mejores resultados en el índice de inversión pública en primera infancia (IPPI) durante el período 2016 - 2018.

##### 5.1 Hipótesis específicas

Los resultados del gasto de hoy pueden ser consecuencia del gasto en el pasado

- a) Existe una relación positiva entre los gastos per cápita en salud para la primera infancia y los puntajes obtenidos en el índice de inversión pública a nivel departamental.
- b) Existe una relación positiva entre los gastos per cápita en educación para la primera infancia y los puntajes obtenidos en el índice de inversión pública a nivel departamental.

- c) Existe una relación positiva entre los gastos per cápita en vivienda y saneamiento para la primera infancia y los puntajes obtenidos en el índice de inversión pública a nivel departamental.
- d) Los departamentos con mejores resultados en el índice de inversión pública en primera infancia y menores gastos per cápita por niño entre 0 y 5 años, serían los más eficientes.

En el presente trabajo se señala que las entidades públicas distribuirían sus recursos a la inversión en capital humano como la primera infancia con el objetivo de garantizar las condiciones necesarias para que la población de 0 a 5 años pueda ejercer plenamente sus derechos y tengan una vida plena, saludable, segura y feliz. Se esperaría que mayores niveles de gasto per cápita en infancia impliquen mejores resultados en las condiciones de vida de esta población. Es en ese sentido, la variable independiente es el gasto público departamental en los PPR vinculados a la atención de los menores de 5 años, mientras que la variable dependiente es el índice de inversión pública en primera infancia.

## 6. Alcances

La presente investigación busca evaluar la eficiencia del gasto público departamental con relación al índice de inversión pública en la primera infancia (IPPI) para el período 2016 – 2018.

## 7. Limitaciones

- La imposibilidad de poder llevar a cabo un estudio cualitativo raíz de la pandemia declarada por la emergencia sanitaria de la COVID-19.
- Las dificultades para la obtención de la data de presupuesto para otros años y la no disponibilidad de la metodología base (GPNNA) más actualizada por parte del MEF, para la estimación del gasto público en niños y niñas de 0 a 5 años, a causa de la pandemia.
- La no disponibilidad de información de los indicadores distritales para la construcción del IPPI a nivel distrital.

## Capítulo II: Marco teórico

### 1. La primera infancia como etapa del ciclo de vida de la persona

Según las etapas del desarrollo humano, en la primera infancia se encuentran los niños y niñas entre 0 y 5 años, los cuales se caracterizan principalmente por su alta dependencia y vulnerabilidad, y que a su vez requieren estrictos niveles de control de desarrollo y crecimiento (Mansilla, 2011).

Según Bloom (1964), se calcula que casi la mitad del potencial de desarrollo intelectual queda establecido a los 4 años. También, que el cerebro responde en mayor grado a las experiencias muy tempranas y que la investigación del cerebro ha documentado el efecto del ambiente sobre la función cerebral. Debido a la importancia de los primeros años, la intervención, inclusive en programas educativos, puede ser demasiado tarde para ayudar a desarrollar la capacidad de un niño pequeño.

El informe de UNICEF (2017), sobre la primera infancia, indica que, durante el proceso de desarrollo cerebral, los genes y las experiencias (entorno), una adecuada nutrición, factores de protección y estimulación a través de la comunicación (juego, conversaciones, entre otros) y la atención afectuosa, influyen en la generación de estas sinapsis. Esta combinación de lo innato con lo adquirido establece y definen las bases sólidas para el futuro de una persona. Por otro lado, el mismo informe señala que la base del desarrollo de un niño se fundamenta en la unión de tres factores primordiales: la nutrición y salud, protección y estimulación. El primer factor tiene que ver con una adecuada alimentación, la prevención y tratamiento de enfermedades; el segundo factor hace referencia a la protección contra la violencia y las amenazas y los conflictos; mientras que el tercer factor está asociado a la interacción positiva con los adultos y el aprendizaje temprano y de calidad.

Sin embargo, muchos niños y niñas se ven privados en cantidad y calidad de estos tres elementos esenciales para el desarrollo cerebral: “comer, jugar y amor”. Es decir, no se cuida del cerebro de los niños de la misma manera que sus cuerpos, que parecería ser lo único o más importante en contextos de pobreza. Lamentablemente, los niños más desfavorecidos (en situación de pobreza y pobreza extrema) son los que menos posibilidades tienen de acceder a los elementos esenciales para un desarrollo saludable. “Los descuidos y la inacción tienen un alto precio y comportan consecuencias a largo plazo

para la salud, la felicidad y las capacidades para obtener ingresos cuando estos niños alcanzan la edad adulta. También contribuyen a perpetuar los ciclos internacionales de pobreza, desigualdad y exclusión social”.<sup>7</sup>

De acuerdo con Tuñón (2011), los infantes son el sector de la población más vulnerable sobre todo en etapas de recesión económica y pobreza. Los efectos que puede tener sobre las estructuras de oportunidades de niños y niñas son muy relevantes en aspectos esenciales al sostenimiento de la vida, como el acceso a alimentos, acceso a la atención de la salud, infraestructura pública, educación de calidad, entre otros servicios imprescindibles para el desarrollo humano. Por ello, es muy importante el seguimiento de estos indicadores para monitorear y evaluar el progreso de las políticas sociales y lograr disminuir la pobreza.

## 2. Inversión pública en primera infancia

Existen múltiples estudios que resaltan la necesidad de invertir en la primera infancia. Myers (1993), proponen argumentos económicos y sociales para promover el desarrollo integral de los niños y niñas como una inversión. Shonkoff & Phillips (2000) publican el libro “De Neuronas a Barrios: La Ciencia del Desarrollo de la Primera Infancia”, donde presentan los argumentos científicos de la inversión en la infancia, se plantea que las experiencias durante la primera infancia moldean el desarrollo del cerebro. El desarrollo humano es moldeado por una interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia<sup>8</sup>. Al aumentar la capacidad en la primera infancia, los programas preescolares aumentan tanto en los potenciales ingresos anticipados de un nivel de escolaridad, como en los beneficios netos previstos de la escolaridad adicional.

Varios estudios en Estados Unidos<sup>9</sup> han confirmado la eficacia de los programas preescolares como un medio para: aumentar el rendimiento de las inversiones en las escuelas primarias y secundarias, contribuir a la formación de capital humano, aumentar la productividad y los niveles de ingreso de los participantes y —al reducir los costos de salud, asistencia pública y educación— reducir el gasto público. Incluso unos pocos años

---

<sup>7</sup> UNICEF (<https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>).

<sup>8</sup> <https://infanciasiglo21.files.wordpress.com/2012/05/dit-desarrollo-de-programas-no-formales-young-fujimoto.pdf>

de escolaridad durante la primera infancia parecen aumentar sustancialmente el valor económico de las aptitudes de un individuo (Selowsky 1981; Psacharopoulos, 1986).

Según Sparling & Meunier (2019), en el estudio Abecedarian - repetido en el Proyecto CARE y en el Programa de Salud y Desarrollo del Niño - determinó en forma sistemática que los niños pequeños más vulnerables fueron también los más afectados positivamente por la intervención temprana de alta calidad. El Programa de Salud y Desarrollo del Niño fue un ensayo aleatorio y controlado de ocho locales sobre la eficacia de las técnicas de educación elaboradas en los segmentos preescolares de los experimentos de Abecedarian y CARE. La mayoría de los 985 lactantes de bajo peso al nacer que participaron eran hijos de madres desfavorecidas social y económicamente. Con el programa, la intervención intensiva en la primera infancia demostró prevenir el retraso en el desarrollo. Cuando se comparaba con los controles aleatorios, la incidencia del retraso mental (o sea, de los cocientes de inteligencia que medían menos de 70) fue reducida por un factor promedio de 2,7 (Ramey y otros 1990). El programa de estimulación se inició a la edad de tres meses, mientras que en otros programas comenzó alrededor de los tres años (Campbell y Ramey 1994).

Además, la escolarización de las mujeres puede mejorar sustancialmente la voz y el poder de decisión en el hogar de una manera equitativa ya que, de manera directa, favorece la supervivencia infantil, reduce las desigualdades y además pueden ser actividades gratas y creativas para los miembros de la familia (Dreze y Sen, 2013).

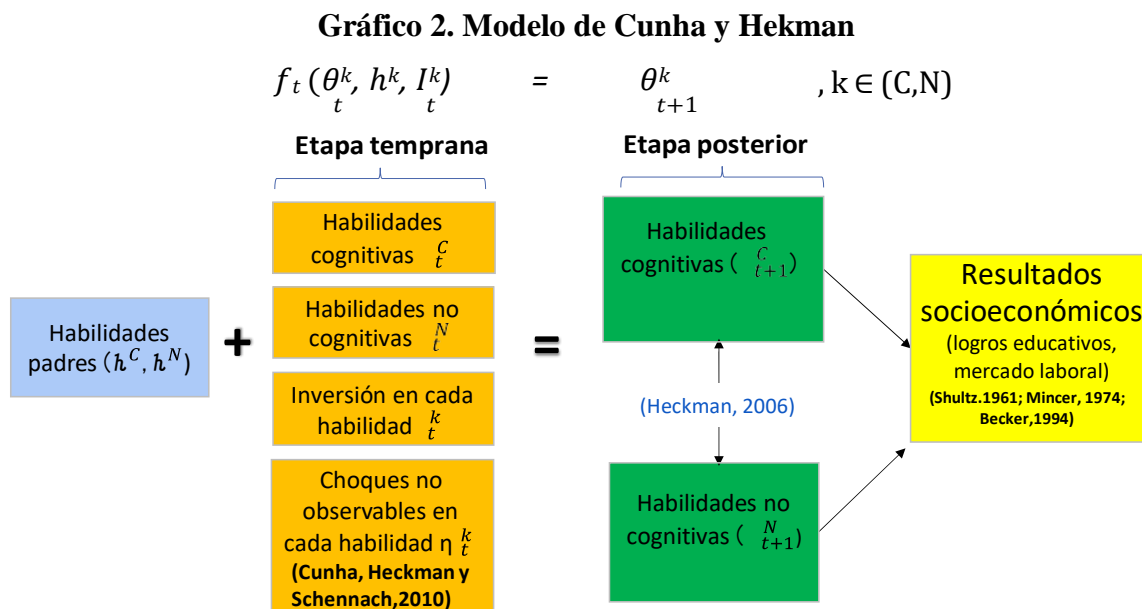
### 3. La inversión en capital humano desde la infancia

Es importante saber la relevancia de la inversión en educación infantil temprana. Es decir; los padres deben de tomar decisiones óptimas en cuanto a la inversión de sus hijos en el largo plazo, así como también el gobierno debe de tomar decisiones de política en cuanto a programas sociales e inversión en niños de 0 – 5 años, que son la semilla para el desarrollo del país. Una asignación óptima de inversiones hacia la calidad de los hijos es alcanzable bajo el escenario de mercados completos. Sin embargo, los riesgos y las fluctuaciones de los ingresos en el tiempo son de presencia sistemática en países en desarrollo (Dercon, 2004). Como consecuencia de ello, la asignación óptima de inversión en capital humano puede encontrarse en eventos que están fuera del control de la familia. En suma, las inversiones tempranas en la calidad de vida del niño actúan como determinantes de sus

capacidades humanas futuras, la que a su vez son importantes para sus ingresos futuros en sus años de adultos.

El entorno del hogar es fundamental en el desarrollo de los menores, en este espacio se determinan los niveles de inversión que los padres y el Estado van a realizar en el desarrollo de los niños y niñas. Entendiendo inversión como dedicación de tiempo, recursos, y otros. El que un niño o niña reciba o no estimulación en sus procesos de desarrollo, tiene repercusiones en su capacidad de pensamiento, expresión y de desempeño escolar en etapas posteriores; ambas suelen ser deficientes si es que no se le ha brindado la estimulación requerida, la inversión adecuada tanto de los padres y del Estado a las poblaciones más vulnerables (Cunha, 2007). Es decir, el éxito académico y profesional futuro no solo depende de la inversión en recursos financieros durante la primera infancia sino al nivel de estímulos dentro del hogar (Cunha, 2007). La familia juega un rol crucial en la configuración de las habilidades cognitivas y no cognitivas no sólo a través de la genética, inversiones de los padres sino sobre todo a la disposición e interés de los padres en querer buscar un desarrollo óptimo y armonioso de sus hijos dentro de sus posibilidades.

Podemos resumir el modelo de formación de habilidades de Cunha y Heckman de la siguiente manera:



Fuente: Cunha y Heckman (2007)

Hace unos años, se prestó especial atención a la descomposición del efecto educativo sobre los salarios. Actualmente, la evidencia no se limita al efecto de los años de educación sobre los salarios por el contrario, concentra el efecto de las habilidades cognitivas sobre las ganancias futuras de los trabajadores (Carneiro, P., Hansen, K. y Heckman, J., 2003). Posteriormente, Heckman, Stixrud & Urzúa (2006), también estudiaron los efectos de las habilidades no cognitivas y los salarios.

Aunque la educación estimula el crecimiento económico, simplemente gastar más es rara vez la solución (Hanushek, 1995). Durante las últimas décadas, diversos estudios muestran que la habilidad influye en tener una mejor educación y puede educarse con mayor facilidad. Asimismo, la habilidad puede influir en sus niveles de ingresos, ya que las personas más hábiles suelen ser más eficientes y productivas, debido a que habrían recibido más información y tienden a ser más productivas. En los últimos años, en las ciencias económicas y la psicología, se comenzaron a ampliar los modelos de capital humano al reconocer las múltiples dimensiones de las habilidades y que estas no son inmutables, sino que pueden verse afectadas por las familias, las escuelas y las empresas (Cunha, 2007).

En los países industriales no hay una relación evidente entre el gasto y los puntajes de las pruebas de rendimiento escolar. En algunos estudios en Estados Unidos en los resultados escolares, a lo largo del tiempo, no se observa un efecto sostenido y sistemático entre el nivel de recursos y el rendimiento de los alumnos, igualmente los países con los puntajes más bajos tienden a gastar notablemente menos que el promedio, pero se trata en países en desarrollo. No obstante, los datos no apuntan a que un mayor gasto, incluso en los países pobres puedan tener un efecto significativo en los resultados educativos si no se examina más detenidamente la utilización de los recursos.

### 3. Metodologías para la medición del desarrollo de los niños y niñas en la primera infancia

Entre los estudios que miden el desarrollo y las condiciones de vida de la infancia se encuentra el estudio del Estado de la Niñez en el Perú<sup>10</sup> que propone el Índice de Desarrollo del Niño (IDN) en la Primera Infancia, cuya última publicación fue el 2010. Este estudio consideró la multidimensionalidad del desarrollo del niño y la niña, y elaboró indicadores que dan cuenta de la mayor parte de procesos que limitan o potencian el desarrollo integral

---

<sup>10</sup> Estado de la Niñez en el Perú es un estudio elaborado por INEI y UNICEF. En sus ediciones de los años 2008 y 2010 se ha incluido el Índice de Desarrollo del Niño en la Primera Infancia.

de los niños y las niñas desde la concepción hasta los 5 años: salud y nutrición, aprendizaje y educación, y entorno y protección de derechos. Según el IDN (2010), los departamentos con menor desempeño relativo son Huánuco (0,43), Cajamarca (0,44), Amazonas (0,45), además de pertenecer al grupo de departamentos con peor situación de pobreza según la ENAHO 2009 (UNICEF & INEI, 2010).

Por otro lado, Webb et al. (2017) en su estudio sobre la relación entre la situación socioeconómica de los hogares y el desarrollo de la primera infancia para Canadá, propone cuatro índices que miden las condiciones económicas, sociales y de salud, y los relaciona con un instrumento que monitorea el desarrollo infantil el cual se aplica en las escuelas a niños menores de 5 años de ese país. Entre los resultados más importantes del estudio se indica que los componentes de niveles de ingresos y educación muestran una alta asociación con los resultados en los campos del lenguaje y desarrollo cognitivo de los niños.

Actualmente, no se cuenta con muchos estudios, mediciones o índices sobre el desarrollo infantil temprano para el Perú, la mayoría de las mediciones se realizan para la población en general, y entre ellas está el Índice de Progreso Social (IPS), el cual mide la capacidad que tiene un país para satisfacer las necesidades humanas fundamentales de su población. Este índice se basa en sub-indicadores sociales y ambientales divididos en dimensiones como: necesidades humanas básicas, fundamentos de bienestar y oportunidades. Complementa al Producto Bruto Interno (PBI) y brinda una comprensión holística del desempeño general de los países.

A nivel global, este tipo de índices es producido por la organización Social Progress Imperative. En el Perú, CENTRUM inicia la medición del IPS Regional<sup>11</sup> en el 2016. Con ello, provee a las organizaciones de información más detallada sobre el desarrollo local y ayuda a identificar las similitudes y conocer las brechas de progreso social entre las regiones del país. De acuerdo con los resultados de la medición del IPS Regional del Perú

---

<sup>11</sup> Elaborado por CENTRUM, el Índice de Progreso Social (IPS) es un indicador utilizado a nivel mundial, con el objetivo de medir el desarrollo social de una localidad a partir de un modelo holístico que contiene temas relevantes para la sociedad. Está compuesto por 50 indicadores sociales y ambientales que se organizan en tres dimensiones, la satisfacción de sus necesidades básicas, el establecimiento de las bases necesarias para preservar su bienestar, y la generación de oportunidades para que puedan alcanzar su pleno potencial. Simón Kuznets, su creador, dejó la advertencia que el bienestar de una nación puede difícilmente ser inferido con una medición solo de ingresos nacionales como la que propone la medición del PBI. Sin embargo, esta medición cobró mucha importancia y se continuó identificando como el indicador estrella para medir el éxito y el progreso de los países. Folleto del Índice de Progreso Social del Perú, 2019, CENTRUM.

(2019), Moquegua es el departamento que lidera el ranking general con 62,6 puntos de los 100 posibles, seguido por Lima Metropolitana y Tacna con 62,5 y 60,7 respectivamente. De otro lado, los departamentos Madre de Dios, Loreto y Ucayali cada uno con 46,8, 46,7 y 44,8 puntos, respectivamente, son los departamentos que obtienen las más bajas puntuaciones.

#### 4. Políticas públicas en infancia en el Perú

En el marco de la estrategia Incluir para Crecer y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, en los últimos años, el estado peruano ha priorizado en la agenda de la política pública, el desarrollo infantil temprano (DIT) “pues en los primeros cinco años de vida de todo ser humano se define, en gran medida, su capacidad para desarrollarse y consolidarse en la adultez, como ciudadana o ciudadano responsable y beneficiosa/o para sí misma/o, su familia y la sociedad”.<sup>12</sup>

El Desarrollo Infantil Temprano es un proceso que abarca desde la etapa de gestación hasta los 5 años de vida de la niña o del niño. Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno, que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permite a la niña y el niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interrelación con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos<sup>13</sup>.

Asimismo, desde el Estado se ha determinado que es prioritario centrar el foco de atención en el desarrollo infantil temprano porque en primer lugar, es un derecho de niños y niñas que como estado debe garantizar; porque en los primeros 5 años transcurre la etapa de las mayores aceleraciones en el desarrollo (700 nuevas conexiones neuronales por segundo los primeros 24 meses de vida); porque es un etapa de mucha vulnerabilidad que pone en riesgo el futuro de niños y niñas colocándolos en condiciones de mayor riesgo para desarrollar enfermedades crónicas, abandonar la escuela, cometer delitos o de tener menos acceso a empleo y obtener menos ingresos; porque es rentable (tasa de retorno) y porque permite reducir la desigualdad.

El Perú ha definido en el marco de la prioridad al DIT una política pública, construida en base a evidencia científica y centrada en resultados. Cuenta con un documento de

---

<sup>12</sup> <http://www.midis.gob.pe/index.php/desarrollo-infantil-temprano-prioridad-publica/>

<sup>13</sup> <http://www.midis.gob.pe/index.php/que-es-el-desarrollo-infantil-temprano/>

lineamientos denominado “Primero la Infancia”<sup>14</sup> que orienta el trabajo intersectorial para conseguir los resultados e intervenciones que garanticen el desarrollo infantil temprano: Definir resultados y factores priorizados que debe abordar el Estado y la sociedad para el DIT; definir intervenciones y establecer indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados.

Estos lineamientos elaborados por una comisión intersectorial buscan garantizar el adecuado desarrollo de las niñas y los niños desde su concepción hasta antes de los 6 años de vida. Los Lineamientos definen 7 resultados en base a las evidencias científicas sobre el desarrollo infantil temprano (nacimiento saludable, apego seguro, adecuado estado nutricional, comunicación verbal efectiva, camina solo, regulación de emociones y comportamientos y función simbólica). Los lineamientos mencionan la existencia de ciertos factores asociados a los resultados que actuarían como situaciones o condiciones que facilitan o limitan el logro de cada uno de los resultados.

Tomando en cuenta los conceptos, estudios e investigaciones mencionadas, que validan y demuestran la relevancia de invertir en la primera infancia, se puede concluir que el desarrollo infantil temprano es un concepto integrador que toma en cuenta los procesos internos que se dan a nivel biológico, motor, cognitivo y socio emocional en el niño y que deben ser considerados para generar iniciativas y/o políticas públicas a favor de la primera infancia. Desde esa perspectiva, en el país se plantea el siguiente reto como Estado: “Niños y niñas en el Perú con buen estado de salud y nutrición, con pensamiento crítico, comunicacionalmente efectivos y con iniciativa, emocionalmente seguros de sí, socialmente competentes y autónomos, en pleno ejercicio de sus derechos, que vivan una infancia feliz, libre de violencia, con igualdad de oportunidades y respetando sus particularidades”<sup>15</sup>.

## 5. Gasto público en infancia

Cuando hablamos del gasto público en infancia, hablamos de una estimación del gasto público en la población entre 0 y 5 años, la cual se realiza en muchos países para poder reflejar la proporción de recursos que se destinan a este grupo poblacional; esto con la

---

<sup>14</sup> Aprobado por Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS. Participaron en su elaboración los sectores de Cultura, Desarrollo e Inclusión Social, Economía y Finanzas, Educación, Energía y Minas, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Salud, Trabajo y Promoción del Empleo y Vivienda, Construcción y Saneamiento.

<sup>15</sup> Visión de la infancia del Decreto Supremo 010-2016 – MIDIS.

finalidad de contar con información que permita realizar el seguimiento de estas inversiones y las políticas públicas.

Actualmente, en la estructura del presupuesto público por lo general no hace una diferenciación específica de los grupos etarios a los cuales van dirigidas cada una de las intervenciones presupuestales. Por ello, y dada la importancia de contar con dicha información, los países y algunos organismos internacionales han diseñado diversas metodologías de estimación de este gasto, de acuerdo con cada contexto y estructura particular de su presupuesto.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), es el organismo que protege los derechos de los niños y los ayuda a alcanzar su potencial desde la infancia hasta la adolescencia<sup>16</sup>. Asimismo, en el marco de la Convención de los Derechos del Niño (CDN), uno de sus objetivos es proteger, incrementar y mejorar la eficacia y eficiencia del presupuesto destinado a los niños y niñas en los países<sup>17</sup>.

En ese sentido, UNICEF ha desarrollado una serie de iniciativas con la finalidad de diseñar una metodología que permita conocer, mejorar la trazabilidad y realizar un monitoreo adecuado del presupuesto en la niñez. Por ejemplo, Garcimartín, Frutos, Rodrigo & Rodríguez (2018) diseñan una herramienta de medición del presupuesto en infancia, y a través de ella el Comité Español de UNICEF intentó contribuir con una metodología que sirva de guía para los países.

Según la metodología propuesta por Garcimartín, Frutos, Rodrigo & Rodríguez (2018), el proceso de estimación debe integrar 3 aspectos fundamentales: el objetivo de la medición, los ponderadores utilizados y los criterios de decisión. En cuanto al objetivo, se debe tener claro si este es medir cuanto se gasta en infancia o si la idea es calcular a donde va dirigido el gasto (es decir, a niños o adultos); la diferencia entre ambos es que el primero contabiliza todo el gasto que considera a la infancia y no solo parte de él. Los ponderadores, permiten saber en que proporción los gasto beneficia a la infancia (si en su totalidad o parcialmente). Finalmente, los criterios de decisión permiten determinar que partidas presupuestales benefician o no a la infancia. La última parte de este proceso requiere de un trabajo

---

<sup>16</sup> Extraído de la página web de UNICEF (<https://www.unicef.org/what-we-do>), última visita mayo de 2020.

<sup>17</sup> Extraído de la página web de UNICEF ([https://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30229.html](https://www.unicef.org/spanish/crc/index_30229.html)), última visita mayo de 2020.

consensuado y minucioso, ya que se trata de evaluar partida por partida y a todo nivel si los beneficiarios son los infantes.

En Latino América y el Caribe, países como Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, entre otros; utilizan similares principios metodológicos para la estimación del gasto en infancia. Estos países, buscan medir la orientación del gasto en infancia dentro del grupo poblacional de niños, niñas y adolescentes.

En el caso específico de Argentina, la metodología de estimación clasifica los programas, subprogramas y actividades del gasto social dirigido a niños y niñas en cuatro categorías los cuales están agrupados en 2 secciones. En el primer grupo, se encuentran los gastos directos e indirectos que recogen a todos los programas presupuestales que tienen como objetivo beneficiar de forma directa e indirecta a la infancia. Mientras que, en el segundo grupo, están el gasto ampliado y el gasto en bienes públicos, que benefician a gran parte de la población y que tiene cierta probabilidad de impacto en los niños. Seguidamente, se clasifica por grupos etarios y se pondera solo en los casos donde el gasto es no específico o directo (UNICEF, 2018).

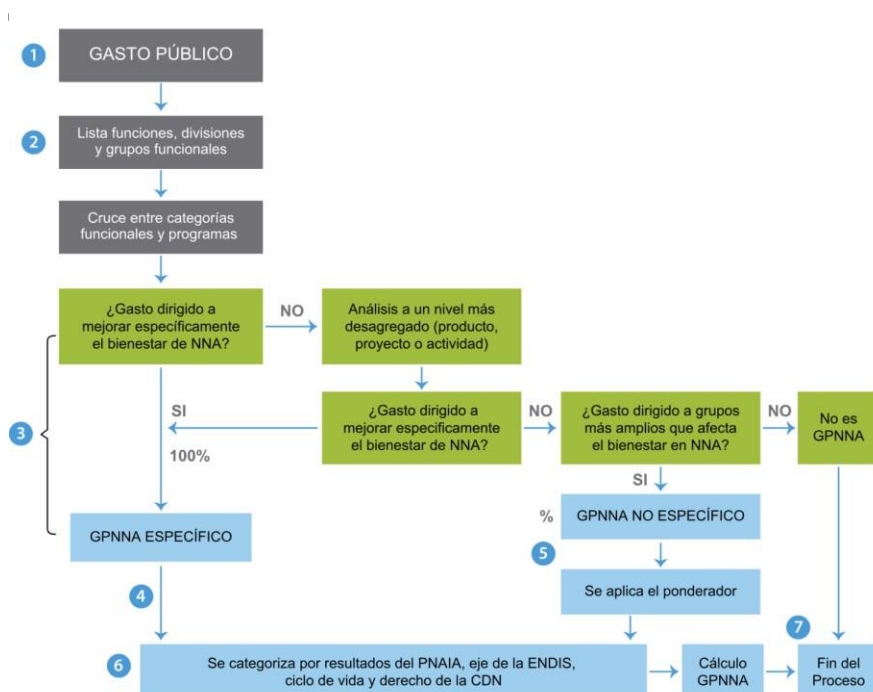
En México, país que ha incursionado con mayores avances en cuanto a la institucionalización del gasto público en infancia, el primer paso consiste en definir el gasto público en infancia, para lo cual se utilizan tres criterios con enfoque de derechos: que promueva de forma directa en los derechos de la niñez, se determine teniendo en cuenta el bienestar y los derechos de los niños; y a aquellos gastos que fortalecen los derechos de la infancia. Seguidamente, se estructuran cuatro categorías: el gasto específico, el gasto agéntico (fortalecen a los agentes que trabajan en favor de los niños), ampliado (atienden a grupos vulnerables donde podrían existir niños) y en bienes públicos (que benefician a casi toda la sociedad). Finalmente, se aplican dos ponderadores para los gastos ampliados y en bienes públicos (uno que estima la proporción de niños y otro que estima el costo de los insumos, servicios y productos que benefician a los niños) (UNICEF, 2015).

La metodología que utiliza Colombia para la estimación del gasto en infancia está menos institucionalizada y su diseño es mucho más simplificado. Consta de dos partes: el gasto directo, que como en casos anteriores beneficia directamente a los niños; y los gastos indirectos que no solo beneficia al grupo de interés. El segundo grupo, está dividido en dos

subgrupos: gasto de apoyo a los agentes y bienes públicos dirigidos a niños (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2013).

En el Perú, también se cuenta con una metodología para la estimación del gasto que incluye a la población infantil. La metodología utilizada clasifica el gasto en dos grupos: Gasto específico (cuyos beneficiarios son la población de 0 a 17 años) y Gasto no específico (beneficia al total de la población, aquí también se encuentran los bienes y servicios públicos básicos). La metodología con la cual se trabaja evalúa partida por partida si el gasto beneficia de forma directa o no a la niñez y a la adolescencia. Si hay un impacto directo sobre este grupo se clasifica como gasto específico o caso contrario como gasto no específico. El análisis se realiza desde los grupos más grandes del presupuesto hasta los más específicos, es decir, desde el nivel función hasta el nivel actividad. Asimismo, como en otros casos se aplican ponderadores para los casos de gasto no específico (Carrasco et al., 2014).

**Gráfico 3. Flujograma de análisis del gasto público en las niñas, niños y adolescentes del Perú**



Fuente: Carrasco et al. (2014)

### Capítulo III: Metodología

La investigación pretende analizar la relación entre el gasto público en niños de 0 a 5 años y el índice de inversión pública en la primera infancia (IPPI). Este proceso se realiza a través de la estimación del gasto público dirigido a la infancia y la construcción de un indicador sintético de las condiciones sociales a esta población.

#### 1. Diseño de la investigación

La investigación tiene un enfoque cuantitativo.

##### 1.1 Proceso de recolección de datos

- Índice de inversión pública en la primera infancia (IPPI): Para la construcción del índice departamental se utilizaron fuentes secundarias de información como la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), datos abiertos MINSA e información del censo educativo (2016-2018).
- Gasto público en infancia para niños y niñas entre 0 a 5 años: Para el proceso de estimación del gasto público se utilizó la base de datos del presupuesto público que se publica en la página web de Consulta Amigable del MEF y también en el portal de datos abiertos de la misma institución<sup>18</sup> (2016-2018).

#### 2. Índice de inversión pública en primera infancia (IPPI)

Uno de los propósitos de la investigación es la construcción del índice de inversión pública en primera infancia (IPPI). Este índice fue construido teniendo como base un conjunto de indicadores de condiciones de vida de la población entre 0 y 5 años, que son medidos en las encuestas nacionales y sistemas de seguimiento calculados por el INEI (ENAHO, ENAPRES y ENDES), MINSA y MINEDU, los cuales fueron utilizados para obtener resultados a nivel nacional y departamental para 3 años de análisis: 2016 al 2018.

A continuación, se describen los 5 pasos para la construcción del índice de inversión pública en primera infancia: (1) determinación de los componentes (2) estandarización de

---

<sup>18</sup> <https://datosabiertos.mef.gob.pe/home>

datos, (3) validación del modelo, (4) cálculo del puntaje de los componentes y (5) Segmentación del IPPI.

#### Paso 1: Determinación de los componentes

La construcción del IPPI, inicia con la construcción de una matriz que consolida la información de 75 indicadores, distribuidos en 6 componentes. Estos componentes están contruidos en base a un conjunto de indicadores de condiciones de vida relacionados a la primera infancia y se eligieron en concordancia con la literatura propuesta en el marco teórico. Estos indicadores, recogen información prioritaria sobre el desarrollo de la primera infancia y su entorno socioeconómico: Nutrición, salud infantil, salud materna, agua y saneamiento, vivienda y educación.

**Tabla 1. Componentes del índice de inversión pública en la primera infancia – IPPI**

Índice de inversión pública en la primera infancia - IPPI	<b>Componentes</b>
	Nutrición
	Salud Infantil
	Salud Materna
	Agua y saneamiento
	Vivienda
Educación	

Elaboración propia.

**Tabla 2. Indicadores según componentes del IPPI**

	Componentes	Indicadores
Índice de inversión pública en la primera infancia - IPPP	<b>Nutrición</b> ¿El nivel nutricional de los niños y niñas menores de 5 años es el adecuado para enfrentar un crecimiento en condiciones adecuadas?	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica (OMS)
		Proporción de menores de 6 meses con lactancia exclusiva
		Proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia
		Proporción de niñas y niños de 6 a menos de 35 meses que recibieron suplemento de hierro
		Incidencia de enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 36 meses
		Incidencia de infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 36 meses.
		Proporción de niñas y niños con incidencia de bajo peso al nacer (<2,5 KG)
		Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad
		Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo
		Proporción de menores de 24 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo
		Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CREDD) completos de acuerdo a su edad
		Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad
		Proporción de hogares con agua tratada
	Proporción de hogares con saneamiento básico	
	Proporción de hogares rurales con saneamiento básico	
	<b>Salud infantil</b> ¿Son los indicadores de salud los adecuados para garantizar un óptimo desarrollo físico?	Cobertura de la vacuna triple (DPT) en niños de 18 a 29 meses
		Cobertura de la vacuna triple en niños(as) menores de 1 año de edad
		Cobertura de la vacuna Antipoliomielítica en niños de 18 a 29 meses
		Cobertura de la vacuna antipoliomielítica en niños(as) menores de 1 año de edad
		Cobertura de la vacuna Antituberculosis (BCG) en niños de 18 a 29 meses
		Cobertura de la vacuna antituberculosis en niños(as) menores de 1 año de edad
		Cobertura de la vacuna Antisarampionosa en niños de 18 a 29 meses
		Cobertura de la vacuna antisarampionosa en niños(as) de 1 año de edad
		Tasa de mortalidad infantil por grupos de departamentos según intervalos de confianza
		Porcentaje de partos en establecimientos de salud
		Partos atendidos por personal de salud especializado
		Partos atendidos por médicos
		Partos atendidos por obstetras
	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 5 años afiliados a algún seguro de salud	
	Incidencia de enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 36 meses	
	Incidencia de infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 36 meses.	
	Proporción de niñas y niños con incidencia de bajo peso al nacer (<2,5 KG)	
	<b>Salud materno</b> ¿Es importante el estado de la madre en la generación de condiciones óptimas para el desarrollo y crecimiento del niño?	Porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez (15-19 años)
		Promedio de nacidos vivos de mujeres de 40 a 49 años
		Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más controles prenatales
		Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron su primer control prenatal, en el primer trimestre de gestación
		Proporción de parto atendido por personal de salud en establecimientos de salud
		Proporción de parto institucional del último nacimiento de gestantes procedentes del área rural
		Tasa Global de Fecundidad
		Proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas.
	<b>Agua y saneamiento</b> ¿Las condiciones de infraestructura de agua y saneamiento influyen en la calidad de la salud del niño?	Proporción de parto institucional del último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta
		Acceso a agua potable (Porcentaje de personas que declararon que su hogar tiene agua potable)
		Porcentaje de hogares con saneamiento básico
		Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años cuyas heces fecales son desechadas de manera segura
	<b>Vivienda</b> ¿Las condiciones de la vivienda determinan entornos favorables y seguros para el crecimiento?	Porcentaje de hogares rurales con saneamiento básico
		Porcentaje de viviendas independientes (con niños de 0-5 años)
		Porcentaje de viviendas que cuentan con algún documento de propiedad (con niños de 0-5 años)
Porcentaje de hogares con niños y niñas de 0 a 5 años que disponen de alumbrado eléctrico por red pública		
Porcentaje de hogares con niños y niñas de 0 a 5 años en hacinamiento		
Porcentaje de hogares con niños y niñas de 0 a 5 años que cuentan con refrigeradora		
<b>Educación</b> ¿Las condiciones y logros de aprendizaje en educación determinan entornos favorables y seguros para el crecimiento en capital humano?	Porcentaje de hogares con niños y niñas de 0 a 5 años que no tiene teléfonofijo, celular, tv, cable, internet	
	Porcentaje de hogares con niños y niñas de 0 a 5 años que no cocinan con combustibles contaminantes	
	Tasa neta de asistencia, educación inicial (% de población con edades 3-5)	
	Población de 3 a 5 años de edad que asiste al grado de educación inicial que le corresponde a su edad	
	Alumnos que logran los aprendizajes en comprensión lectora (% de alumnos de 2º grado participantes en evaluación censal)	
	Ratio de alumnos por docente en educación inicial	
	Porcentaje de alumnos con madres con educación superior universitaria completa, inicial	
Porcentaje de instituciones y programas educativos en distritos pobres con atención nutricional, educación inicial (% del total)		
Profesores titulados, inicial (% del total)		
Alumnos que logran los aprendizajes del grado en matemática (% de alumnos de 2º grado participantes en evaluación censal)		

Elaboración propia

## Paso 2: Estandarización de datos

El segundo paso, inicia con la asignación de un signo a cada variable (positivo o negativo), de acuerdo a la relación que tendría su efecto en la primera infancia. Aquellas variables cuyo impacto sea negativo al desarrollo de la primera infancia, tendrán signo negativo, por ejemplo, a mayor índice de anemia menor será el bienestar de la infancia, es decir, habría una relación negativa. Por el contrario, aquellas variables que tienen un impacto positivo para la infancia, como vacunas completas, asistencia escolar, etc. recibirán un signo positivo.

Seguidamente, se procede a determinar el valor de las utopías (mejor escenario) y distopías (peor escenario). Para establecer estos valores se puede utilizar como referencia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Planes Estratégicos, entre otros, en caso no se disponga de información para algunas variables, se sugiere tomar como referencia datos promedios históricos.

Finalmente, se procede a estandarizar los indicadores que conforman cada componente, ya que cada una de ellas tienen unidades de medidas diferentes, para ello se le resta al indicador “i” el promedio simple de los “n” departamentos del mismo indicador (incluyendo las utopías y distopías) y se divide entre la desviación estándar de los “n” departamentos (incluyendo las utopías y distopías). Es importante considerar que cuando no existen valores para algún indicador en la matriz, se imputan colocando el promedio simple del conjunto de datos, ya sea por departamento o a consideración del investigador.

## Paso 3: Validación del modelo

En esta etapa se define la consistencia interna de las variables. Se procede a calcular el alpha de Cronbach, que es calculado como el promedio de las correlaciones entre las variables y su valor varía entre cero y uno. Se recomienda que estos valores sean mayores a 0.60.

Los valores calculados para el IPPI se encuentran por encima del mínimo requerido (ver tabla 3).

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i}{S_t} \right)$$

$\alpha$  = Alpha de Cronbach

K = número de variables

$S_i$  = Varianza de cada variable

$S_t$  = Varianza de la suma de todas las variables

**Tabla 3. Alphas de Cronbach Observados en el IPPI**

Componentes	Alpha de Cronbach		
	2016	2017	2018
Nutrición	0.935	0.946	0.948
Salud Infantil	0.960	0.923	0.970
Salud Materna	0.918	0.789	0.904
Agua y Saneamiento	0.802	0.766	0.781
Vivienda	0.879	0.875	0.849
Educación	0.834	0.836	0.767

Elaboración propia

Finalmente, se halla el estadístico KMO (Keyser-Meyer-Olkin) para evaluar si el modelo factorial en su conjunto es significativo. El KMO relaciona los coeficientes de correlación observados entre las variables, mientras el valor obtenido sea más cercano a uno implica que la relación entre las variables es alta; se dice que lo recomendable es que los valores deben estar por encima de 0.5 y ello indica si es posible realizar un análisis factorial. Asimismo, se aplica la prueba de esfericidad de Barlett, que evalúa la aplicabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas. El modelo es significativo (No se rechaza la hipótesis nula,  $H_0$ ) cuando el modelo del análisis factorial es el adecuado. En ese sentido, la condición del test es:

- Si,  $p\text{-value} < 0.05$  No se rechazar la  $H_0$  (hipótesis nula). Entonces, se puede aplicar el análisis factorial.
- Si,  $p\text{-value} > 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Entonces, no se puede aplicar el análisis factorial.

**Tabla 4. Contraste en el modelo Factorial (Test de Bartlett y K-M-O)**

Componentes	KMO <sup>1/</sup>		
	2016	2017	2018
Nutrición	0.672***	0.745***	0.771***
Salud Infantil	0.747***	0.787***	0.836***

Salud Materno	0.737***	0.798***	0.795***
Agua y Saneamiento	0.626***	0.632***	0.704***
Vivienda	0.697***	0.699***	0.686***
Educación	0.518***	0.587***	0.439***

1/. La medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue obtenida por el test de Bartlett, cuya Ho. =Las variables no están inter-correlacionadas.

Según los resultados obtenidos en la construcción del IPPI para todos los departamentos del Perú, los datos son consistentes y cuentan con una adecuada estructura. Para los casos en que alguno de los indicadores de validez, como son el Alpha de Cronbach y el KMO, no estuvieran dentro de los rangos mínimos, se deben evaluar el conjunto de indicadores y evitar que existan datos que estén fuera de la distribución (outliers) para hacer mas robusta la prueba de hipótesis de los estadísticos calculados.

Paso 4: Cálculo del puntaje de los componentes

Este calculo, se realiza sumando los valores estandarizados de todos los indicadores del componente y ponderándolos según los pesos obtenidos mediante la metodología de Análisis de Componentes Principales (P en la ecuación). Se obtiene en una escala de 0 a 1 en cada componente.

$$Componente_c = \sum_{i=1}^n (P_i * indicador_i)$$

$P_i = \text{Es el peso obtenido por cada indicador}$

Para esto se estandariza los valores, de manera que cada puntaje obtenido de cada componente puedan ser comparables e interpretados de manera conjunta. El rango de los puntajes debe estar entre 0 (el peor posible) y 100 (el mejor posible) para cada uno de los seis componentes.

$$\frac{X_j - \text{Peor de los casos}}{\text{Mejor de los casos} - \text{Peor de los casos}}$$

El IPPI, se presentará bajo una escala de 0 a 100 puntos y el puntaje será calculado para cada departamento, a través de los pesos de cada componente.

$$IPPI = 1/Z \sum_{1}^n (Componente_d)$$

De esto se obtienen diferentes resultados que pueden ser analizados en conjunto o de manera separada.

#### Paso 5: Segmentación de los IPPI

Una vez calculado los IPPI, se realiza la segmentación de rangos de los niveles de progreso. Es así como los indicadores, componentes y dimensiones en “áreas rojas” se constituyen como áreas a priorizar. Respecto a las “áreas verdes”, el reto es mantener el desempeño actual y aprender de las políticas que han permitido lograr estos resultados favorables en la calidad de vida de los ciudadanos. Este análisis relativo hace que se pueda aprovechar el IPPI y transformarlo en acciones que se deban priorizar para planificar las acciones que puedan generar un mayor impacto en el bienestar de las personas.

**Tabla 5. Valores del IPPI por niveles de progreso**

Puntaje	Nivel de progreso
De 85 a 100	Muy alto
De 75 a 84	Alto
De 65 a 74	Medio alto
De 55 a 64	Medio bajo
De 45 a 54	Bajo
De 35 a 44	Muy bajo
De 0 a 34	Extremo bajo

Elaboración propia

### 3. Estimación del gasto público en infancia

Esta investigación toma como base metodológica el instrumento de medición aprobado por el equipo de trabajo interinstitucional para la Medición del Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes en el Perú (GPNNA), la cual fue consensuada y validada por los diferentes integrantes de la mesa de trabajo en la que también participa UNICEF<sup>19</sup> (Carrasco et al., 2014).

<sup>19</sup>[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/report\\_gasto\\_publico\\_ninos\\_ninas\\_adolescentes\\_peru.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/report_gasto_publico_ninos_ninas_adolescentes_peru.pdf)

Para la estimación del gasto público en infancia es necesario revisar la estructura del gasto público<sup>20</sup> y las intervenciones a nivel de políticas, programas y proyectos orientados a la primera infancia. Asimismo, en el marco de la Convención Internacional de los Derechos del Niño y el Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia (PNAIA), son once las acciones para la infancia que el Estado ha priorizado. Estas acciones se encuentran enmarcadas dentro de la Ley de Presupuesto del Sector Público (Ley N° 28927) y tiene como finalidad mejorar la calidad del gasto y gestión por resultados<sup>21</sup>.

En el proceso de construcción se puede distinguir que la estructura programática del gasto público se puede analizar desde la clasificación por programas (programas presupuestales, acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en productos) y funciones (función, división y grupo funcional).

La ruta de clasificación de gasto en infancia inicia realizando una evaluación en los niveles más grandes de la estructura del gasto hasta los niveles más específicos, es decir, desde las funciones programáticas y los programas presupuestales hasta los productos, proyectos y actividades, con la finalidad de evaluar si cada partida de gasto beneficia o no a la infancia ya sea de forma directa e indirecta.

### 3.1 Gasto Específico y No Específico

Si en el nivel inicial, las funciones y programas presupuestales (PPs) beneficiaran directamente a la infancia, ese gasto se califica como Gasto Específico (GE), caso contrario, se realiza una nueva evaluación en el mismo nivel para identificar intervenciones en grupos más extensos que incluyen a la población infantil, que tendría la calificación de Gasto No Específico (GNE), caso contrario quedaría totalmente excluido. En esa línea, los PPs que tuvieron la calificación de GNE pasan a un segundo nivel de evaluación (Productos y Proyectos), bajo el mismo criterio inicial hasta llegar al último nivel de Actividades. En

---

<sup>20</sup> Disponible en el portal web de Consulta amigable del Ministerio de Economía y Finanzas - MEF

<sup>21</sup> Se priorizará a favor de la infancia, las siguientes actividades: a) Registro de nacimientos y de identidad, b) Atención de la mujer gestante, c) Atención del niño menor de cinco años, d) Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas, e) Atención de neonato menor de veintinueve días, f) Control de asistencia de profesores y alumnos, g) Atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años, h) Formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria, i) Supervisión, Monitoreo, Asesoría Pedagógica y Capacitación a Docentes, j) Atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo, k) Abastecimiento de agua segura y vigilancia y control de la calidad de agua para consumo.

el último nivel de evaluación, todo aquello que fue clasificado como GNE es ponderado de acuerdo con el listado de ponderadores (Ver tabla 6)

Asimismo, se tomaron los criterios generales establecidos en la Metodología y Seguimiento del Gasto en Niños y adolescentes:

- No se consideraron las acciones centrales por ser considerados parte del gasto corriente del presupuesto.
- En cuanto a las acciones comunes y bienes públicos, se consideraron aquellas según la calificación que obtuvieron (GE o GNE). Asimismo, para los bienes públicos se analizó también su asociación con los servicios básicos.
- Para las Acciones Presupuestarias que no resultan en Productos (APNOP), fueron considerados los proyectos y actividades que los integran siempre y cuando estén relacionados con el beneficio directo o indirecto a la infancia.
- Finalmente, son considerados todos los proyectos y actividades de los PPs o funciones según la calificación de tipo de gasto obtenida (GE o GNE). En caso el PP o función no esté vinculado directamente, se desagrega hasta llegar al nivel proyecto o actividad y se filtra solo los que beneficien a la primera infancia.

Una revisión del presupuesto público a la fecha, indica que está compuesto por 25 funciones y 90 programas presupuestales, sin embargo, para este estudio se trabajó sobre 15 funciones y 46 PPs que analiza el MEF para la evaluación del GPNNA. Es así como, como parte inicial de la selección se identificaron 14 funciones y 35 PPs que tienen efecto sobre la población en general y el bienestar de la infancia. En el caso específico de los PPs, se revisó la población objetivo que cada una atiende, identificándose a 2 PPs que tendrían una injerencia directa sobre la infancia (Programa Articulado Nutricional y Cuna Más) y que automáticamente calificarían como Gasto Específico. El siguiente paso fue un trabajo minucioso de evaluación caso a caso sobre más de 64 mil productos y proyectos y más de 3 millones de actividades que se encuentran al interior de los 46 PPs para los 3 años de estudio (El Anexo 2 muestra el listado de 35 PPs que se utilizaron en el análisis).

Es necesario precisar que para todas aquellas intervenciones en educación que tienen que ver con centros educativos y que no especifican abiertamente si atienden solo inicial o inicial y primaria o inicial, primaria y secundaria u otros, y donde el interés principal es identificar aquellas que están dirigidas a la población entre 3 y 5 años; se utilizó el Padrón Nacional de Centros Educativos del MINEDU el cual contiene información de las

características y ubicación de más de 170 mil centros educativos y facilita la clasificación de cada intervención como Gasto Específico y No Específico.

De esta etapa de evaluación de las funciones, PPs, proyectos y actividades del presupuesto se identificó 343 mil 566 casos como Gasto Específico, un millón 180 mil 981 casos como Gasto No Específicos y 2 millones 116 mil 817 casos que no tenían relación con la población entre 0 y 5 años y que fueron quitados del análisis.

### 3.2 Ponderación del Gasto No Específico

Una vez identificadas las cadenas presupuestales como Gasto No Específico en infancia, el siguiente paso es su ponderación. En ese sentido, y siguiendo las recomendaciones de la metodología base, en esta etapa se utilizan dos tipos de ponderadores: generales y específicos. Los ponderadores generales se aplican a las cadenas presupuestales cuyas intervenciones abarcan a toda la población y donde es imposible identificar a la población entre 0 y 5 años. Mientras que los ponderadores específicos se aplican a intervenciones donde el gasto está dirigido a subgrupos de la población general o a intervenciones específicas donde se encuentran niños y niñas de 0 a 5 años.

#### a. Ponderadores generales:

- i. General: Para todas aquellas intervenciones donde es imposible determinar la proporción de niños de 0 a 5 años beneficiados.
- ii. Urbano: Para todas aquellas intervenciones donde es imposible determinar la proporción de niños de 0 a 5 años beneficiados en áreas urbanas.
- iii. Rural: Para todas aquellas intervenciones donde es imposible determinar la proporción de niños de 0 a 5 años beneficiados en áreas rurales.

#### b. Ponderadores específicos:

- iv. Discapacidad: Se aplica principalmente en las intervenciones dirigidas a la población con discapacidad y de donde se desea obtener la proporción de niños de 0 a 5 años beneficiados.
- v. Educación Inicial-Primaria: Se aplica principalmente para aquellas intervenciones en educación donde los beneficiarios son niños de 3 a 11 años.

- vi. Educación Inicial-Primaria-Secundaria: Se aplica principalmente para aquellas intervenciones en educación donde los beneficiarios son niños de 3 a 16 años.
- vii. Familias con niños de 0 a 5 años: Para todas aquellas intervenciones que benefician a familias con niños de 0 a 5 años.

**Tabla 6. Ponderadores del Gasto Público en infancia**

Nº	Ponderador	Procedimiento de cálculo	Resultado del cálculo
1	General	Niños de 0 a 5 años sobre el total de población	0.10
2	Urbano	Niños de 0 a 5 años sobre el total de población urbana	0.10
3	Rural	Niños de 0 a 5 años sobre el total de población rural	0.12
4	Discapacidad	Niños de 0 a 5 años con discapacidad sobre el total de niños de 0 a 5 años	0.02
5	Educación Inicial-Primaria	Niños de 3 a 5 años sobre el total de niños de 3 a 11 años	0.33
6	Educación Inicial-Primaria-Secundaria	Niños de 3 a 5 años sobre el total de niños de 3 a 16 años	0.22
7	Familias con niños de 0 a 5 años	Familias con niños de 0 a 5 años sobre el total de familias a nivel nacional	0.29

Fuente: Censos Nacionales 2017

Elaboración propia

## Capítulo IV: Resultados

### 1. Análisis de los resultados del índice de inversión pública en la primera infancia

En esta sección se mostrarán los resultados del índice de inversión pública en la primera infancia - IPPI por componentes, los cuales a su vez serán analizados según departamentos. La evaluación de estos resultados responde a la escala establecida en la metodología de construcción del índice, la cual comprende valores entre 0 y 100 puntos. Siendo 0 el puntaje más bajo y 100 el puntaje más alto. Es importante también señalar que, puntajes cercanos a 100 no significa que todos los indicadores con respecto a las condiciones de vida de los niños y niñas están cubiertos por completo, ni viceversa.

En ese sentido, se observa que para los tres años analizados (2016 – 2018) el IPPI a nivel nacional no muestra mayor variabilidad; esto podría ser razonable debido a que el índice está compuesto por variables que no presentan cambios sustanciales en el mediano plazo como, por ejemplo, desnutrición crónica, anemia, saneamiento, entre otros. Para los 3 años de análisis se observa un puntaje promedio de 60 puntos, que en la escala de medición del índice se clasifica como un nivel *medio bajo* (escala entre 55 y 64 puntos). Esto significa que a nivel nacional las necesidades de los niños menores de cinco años no están cubiertas por completo, es decir, acceden a los servicios públicos de manera desigual o no llegan a recibirlos; específicamente a aquellos referidos a nutrición, salud, servicios básicos de la vivienda y educación.

El análisis por departamentos muestra que, en el 2018, los departamentos con los puntajes más altos a nivel nacional (entre 75 y 84 puntos) serían Moquegua, Tacna y Arequipa, con 80.7, 79.7 y 77.5 puntos, respectivamente. Los mismos que a nivel nacional tendrían una alta inversión en infancia, incluso por encima del promedio nacional. Cabe señalar que estos puntajes se podrían explicar por los resultados en los indicadores de salud, educación y saneamiento, en los cuales estos 3 departamentos tendrían buenos resultados.

Asimismo, los departamentos de Ica, Callao, Lambayeque y Áncash destacan entre 11 departamentos cuyo puntaje se encuentra entre 65 y 74, y representan a los departamentos con una inversión media alta en infancia. Estos departamentos habrían obtenido indicadores con resultados alrededor del promedio nacional, de moderado a alto, específicamente en los servicios de nutrición, educación y salud materna.

En cuanto a los departamentos que obtuvieron puntajes entre 55 y 64, es decir, aquellos que tendrían una inversión medio baja en infancia; resaltan los casos de los departamentos de Ayacucho, Madre de Dios, Cajamarca, Pasco y Huánuco cuyos resultados en nutrición, salud materna y saneamiento son los más bajos.

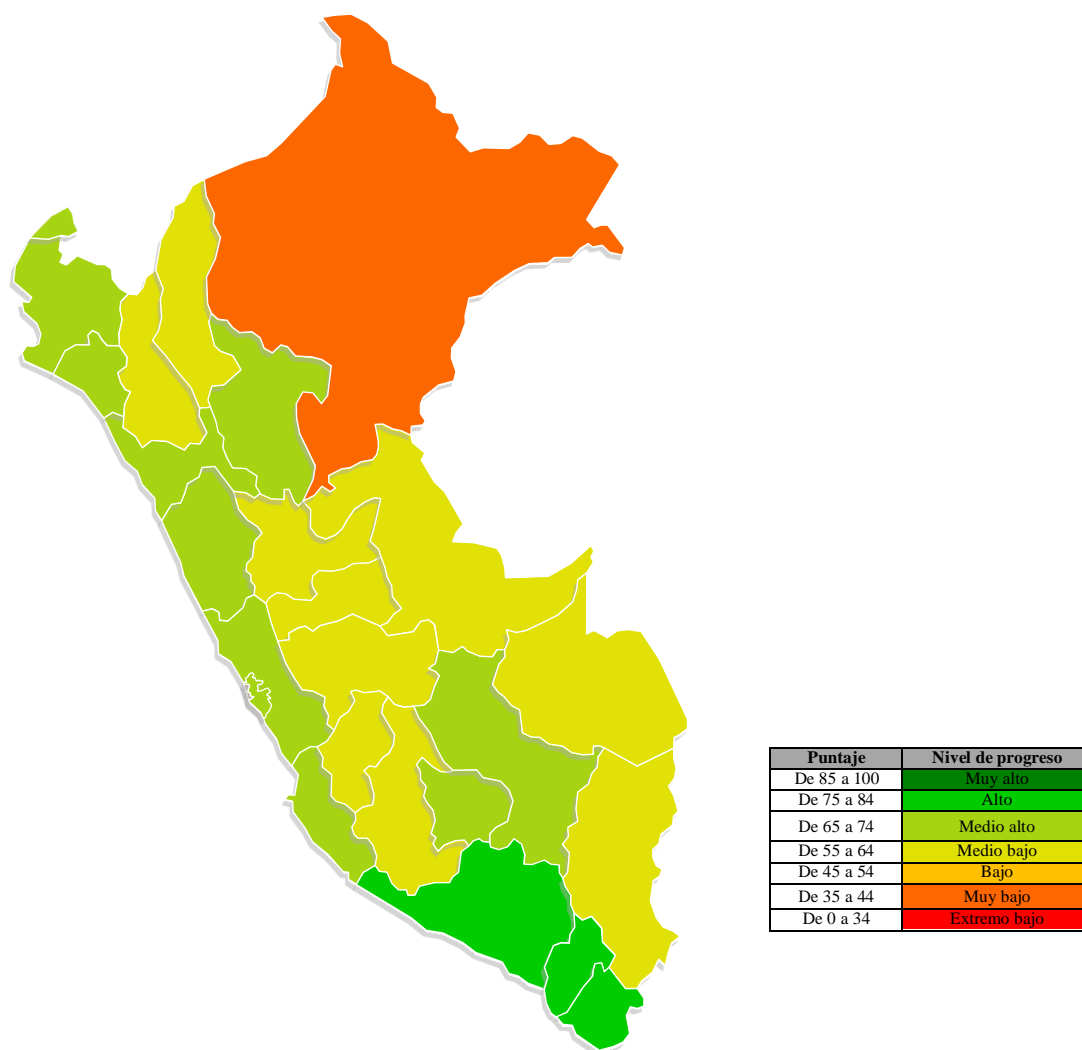
En última posición de este ranking se encontraría el departamento de Loreto, con 39 puntos lo cual significa que sería el departamento con el nivel de inversión más bajo en infancia para para el 2018. Este resultado respondería a los resultados obtenidos en los distintos indicadores de las condiciones de vida de la población infantil, como por ejemplo nutrición, salud materna y agua y saneamiento.

**Tabla 7. Ranking departamental del índice de inversión pública en primera infancia - IPPI**

2016		2017		2018	
Perú	57.99	Perú	58.74	Perú	64.29
Moquegua	65.11	Tacna	72.92	Moquegua	80.78
Tacna	64.66	Moquegua	72.49	Tacna	79.65
Arequipa	62.25	Arequipa	69.99	Arequipa	77.52
Callao	60.37	Ica	65.23	Ica	74.65
Lima	59.61	Callao	65.17	Callao	73.02
Ica	59.43	Tumbes	64.37	Lambayeque	70.67
Tumbes	57.57	Áncash	63.24	Áncash	70.11
Áncash	57.33	Lambayeque	62.51	Tumbes	69.28
Lambayeque	56.66	Lima	62.40	Lima	69.09
Apurímac	56.20	Apurímac	60.68	Piura	68.70
La Libertad	54.30	La Libertad	58.89	San Martín	67.88
Piura	54.03	Ayacucho	58.56	La Libertad	67.59
Ayacucho	53.69	San Martín	58.24	Cusco	67.24
Cusco	53.59	Piura	57.46	Apurímac	67.03
San Martín	51.07	Junín	57.21	Ayacucho	64.60
Cajamarca	50.11	Cusco	56.89	Junín	62.61
Huánuco	49.83	Pasco	55.47	Madre de Dios	61.63
Junín	49.74	Huánuco	54.18	Cajamarca	61.33
Pasco	48.77	Cajamarca	51.59	Pasco	60.73
Madre de Dios	48.00	Huancavelica	51.55	Huánuco	60.22
Amazonas	47.00	Madre de Dios	51.48	Amazonas	58.74
Puno	45.53	Amazonas	51.22	Huancavelica	57.99
Huancavelica	45.33	Puno	49.50	Ucayali	57.02
Ucayali	37.45	Ucayali	43.15	Puno	56.94
Loreto	34.04	Loreto	33.43	Loreto	39.90

Elaboración propia

**Gráfico 4. Mapa departamental según resultados del IPPI - 2018**

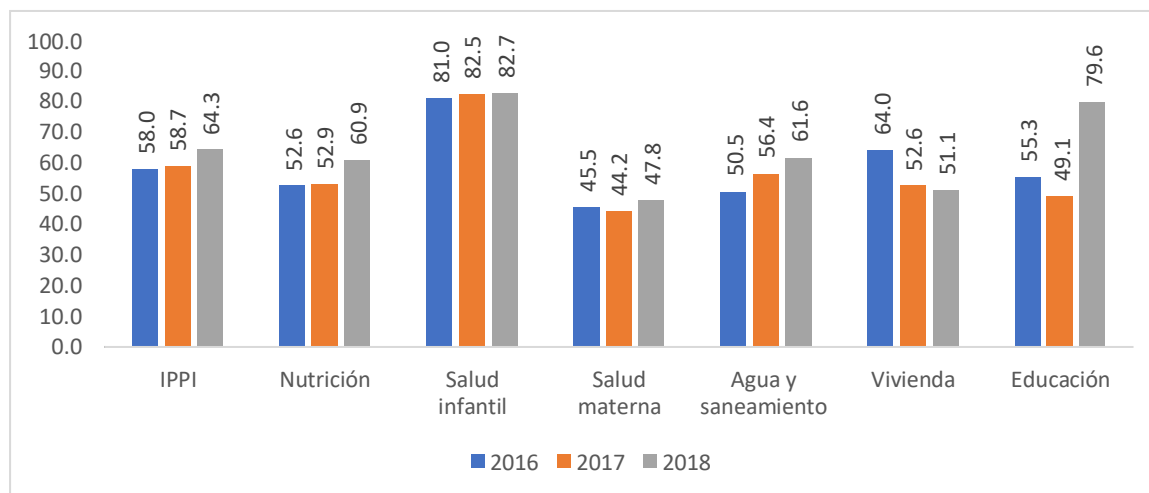


Elaboración propia

En cuanto a los resultados nacionales de los componentes del IPPI, se observa que el componente de salud infantil habría tenido los puntajes más altos en la escala de puntuación (82 puntos en promedio para los 3 años de análisis). Este componente está integrado principalmente por indicadores relacionados a la cobertura de la vacunación completa en niños y niñas, atención de partos en establecimientos de salud, tasa de mortalidad e incidencia de enfermedades; en los cuales las brechas son diferenciadas. Los indicadores de la incidencia de enfermedades como las EDAs e IRAs o la tasa de mortalidad infantil tienen las mayores brechas en comparación al resto de indicadores.

Seguidamente se encuentran los componentes de educación (61 puntos en promedio), vivienda (56 puntos), agua y saneamiento (56 puntos), nutrición (55 puntos), y salud materna (46 puntos). El gráfico 5 muestra estos resultados.

**Gráfico 5. Índice de inversión pública en primera infancia, según componentes  
2016 - 2018**



Elaboración propia

En cuanto a los resultados departamentales por componentes, iniciaremos analizando el componente de nutrición. En este componente destacan los departamentos de Tacna y Moquegua, los cuales tienen las mejores puntuaciones en los 3 años de análisis, cifras que en los años 2018 son de 87 y 83 puntos, respectivamente. Estos puntajes estarían respaldados por los resultados en los indicadores de anemia, desnutrición crónica y lactancia exclusiva, en los cuales se observa menores brechas.

Seguidamente se encontrarían los departamentos de Arequipa, Callao y Lima, que destacan dentro del grupo de departamentos con resultados por encima de los 64 puntos, es decir, pertenecerían a los departamentos con una inversión medio alta en infancia.

Asimismo, dentro del grupo de departamentos con puntuación entre 55 y 64 (inversión medio baja en nutrición), destacan los departamentos de Lambayeque, Tumbes y San Martín, quienes habrían obtenido puntuaciones de 64, 62 y 60, respectivamente.

Por otro lado, entre los departamentos con puntuaciones bajas en inversión en la nutrición de los niños, resaltan los casos de Junín (48), Loreto (47) y Huánuco (45), quienes se encontrarían en las posiciones más bajas entre los departamentos con baja inversión en nutrición. Estos resultados se sustentan en los altos índices de desnutrición crónica y

anemia en estos departamentos, brechas que aún son muy grandes y requieren de mayores intervenciones en dichos departamentos.

Finalmente, entre los departamentos con peores puntuaciones en inversión en nutrición para la primera infancia, se encuentran Pasco (45), Cajamarca (39) y Huancavelica (31). Estos resultados tendrían la calificación de muy bajo y extremadamente bajo, en referencia a la atención de los servicios de nutrición de los niños y niñas, los cuales también están integrados por controles de salud que complementan el buen estado de nutrición de los niños, y que no estarían siendo coberturados en buena parte de la población infantil de estos departamentos.

**Tabla 8. Ranking departamental del componente de Nutrición del IPPI**

2016		2017		2018	
<b>Perú</b>	<b>52.55</b>	<b>Perú</b>	<b>52.93</b>	<b>Perú</b>	<b>60.87</b>
Tacna	73.26	Tacna	77.65	Tacna	86.95
Moquegua	71.97	Moquegua	73.42	Moquegua	82.65
Lima	67.36	Arequipa	72.83	Arequipa	73.29
Arequipa	63.28	Lima	67.43	Callao	70.96
Callao	60.97	Callao	66.51	Lima	69.36
Ica	57.73	Lambayeque	59.19	Madre de Dios	68.34
La Libertad	57.43	Ica	56.48	Ica	65.20
Lambayeque	55.00	Tumbes	56.32	Lambayeque	63.96
Cusco	53.22	Madre de Dios	55.47	Tumbes	62.31
Madre de Dios	53.08	Cusco	54.45	San Martín	60.20
Tumbes	52.81	Áncash	51.73	Cusco	59.79
San Martín	52.67	San Martín	50.76	Piura	59.16
Piura	46.72	La Libertad	48.17	La Libertad	55.57
Áncash	45.18	Puno	47.34	Áncash	54.50
Apurímac	44.66	Amazonas	46.50	Puno	51.71
Puno	43.75	Junín	45.20	Apurímac	51.06
Ayacucho	43.65	Piura	44.39	Ucayali	50.34
Amazonas	42.57	Ayacucho	41.91	Ayacucho	49.99
Huánuco	41.78	Huánuco	41.59	Amazonas	48.09
Junín	38.39	Apurímac	40.40	Junín	47.92
Pasco	31.76	Ucayali	36.11	Loreto	47.31
Cajamarca	31.58	Pasco	30.14	Huánuco	45.15
Loreto	29.31	Cajamarca	25.82	Pasco	44.97
Ucayali	23.01	Loreto	25.42	Cajamarca	38.99
Huancavelica	14.05	Huancavelica	16.97	Huancavelica	30.62

Elaboración propia

Sobre los resultados del componente de salud infantil, se puede mencionar que entre los 3 años de análisis los resultados departamentales señalan que los puntajes representan un desempeño que va de medio alto a muy alto. Para el 2018, destacan los departamentos de Huánuco, Apurímac y San Martín con puntuaciones por encima de los 90 puntos. Es preciso señalar que estos resultados no necesariamente implican que las condiciones de salud de los niños serían las mejores, esto debido a que si bien el componente recoge indicadores sobre la incidencia de enfermedades de los niños, también está complementados por algunos indicadores de cobertura en vacunación, disponibilidad de establecimientos de salud para atenciones, los cuales tendrían alta cobertura en estos departamentos señalados y en el resto de departamentos a nivel nacional y tendrían efectos significativos en los resultados de este componente.

**Tabla 9. Ranking departamental del componente de Salud Infantil del IPPI**

2016		2017		2018	
<b>Perú</b>	<b>80.96</b>	<b>Perú</b>	<b>82.50</b>	<b>Perú</b>	<b>82.73</b>
Tumbes	88.95	Huánuco	91.32	Huánuco	91.90
Apurímac	88.17	Apurímac	91.06	Apurímac	91.63
Áncash	86.86	San Martín	89.85	San Martín	91.26
Huánuco	86.17	Junín	89.52	Junín	90.62
Junín	84.77	Moquegua	89.31	Moquegua	90.19
San Martín	83.49	Tumbes	89.18	Tacna	88.52
Cusco	83.17	Cajamarca	87.94	Cajamarca	88.27
Cajamarca	82.60	Tacna	87.27	Tumbes	87.46
Piura	81.18	Áncash	86.53	Áncash	86.47
Tacna	81.08	Callao	84.81	Arequipa	85.66
Arequipa	80.73	Arequipa	84.50	Callao	85.46
Callao	80.67	Huancavelica	84.00	Ayacucho	85.43
Lima	80.24	Ayacucho	83.93	Cusco	84.61
Huancavelica	79.71	Cusco	83.59	Huancavelica	84.57
Ica	79.54	Amazonas	82.36	Amazonas	83.86
Moquegua	78.92	Lima	81.79	Lima	82.97
Ayacucho	77.60	Ica	81.61	Ica	82.17
Amazonas	76.75	Pasco	81.06	Pasco	81.94
Lambayeque	74.69	Piura	78.91	Piura	80.21
Pasco	74.26	Puno	77.58	Puno	78.12
Madre de Dios	72.12	La Libertad	76.66	La Libertad	76.34
Puno	70.82	Lambayeque	75.03	Lambayeque	75.48
Loreto	70.51	Madre de Dios	71.81	Madre de Dios	73.29
Ucayali	70.11	Ucayali	71.00	Ucayali	70.16
La Libertad	68.28	Loreto	70.08	Loreto	70.04

Elaboración propia

Con respecto al componente de salud materna a nivel departamental, se observa que en los 3 años de análisis los resultados señalan que el desempeño departamental se encontraría entre medio bajo y extremadamente bajo. Para el 2018, destacan Arequipa (60), Callao (59), Lima, Tacna (57), Moquegua (56) y Cusco (56) con una inversión media baja en este componente. Mientras que, los departamentos de San Martín (31), Ucayali (29), Cajamarca (29), Amazonas (27) y Loreto (5) tendrían un desempeño extremadamente bajo. Entre los indicadores que integran este componente se encuentran la proporción de madres gestantes que recibieron controles prenatales, atención en establecimientos de salud, el acceso al parto institucional, entre otros. Estos resultados responderían a las condiciones precarias en las cuales se atienden las mujeres gestantes, especialmente en los departamentos que conforman la selva peruana, donde muchos de los servicios públicos son limitados y las condiciones geográficas dificultan su acceso. Asimismo, es importante señalar que haría falta estrategias diferenciadas y articuladas para la intervención prioritaria de aquellos departamentos con resultados extremadamente bajos en este componente, que se complementen con los enfoques de género e intercultural para mejores resultados.

**Tabla 10. Ranking departamental del componente de Salud Materna del IPPI**

2016		2017		2018	
<b>Perú</b>	<b>45.54</b>	<b>Perú</b>	<b>44.19</b>	<b>Perú</b>	<b>47.83</b>
Arequipa	60.19	Arequipa	60.01	Arequipa	60.40
Lima	58.61	Moquegua	55.58	Callao	59.23
Moquegua	58.58	Tacna	54.49	Lima	57.21
Tacna	54.20	Cusco	53.83	Tacna	56.73
Cusco	51.73	Lima	53.29	Moquegua	56.47
Callao	50.40	Callao	52.73	Cusco	56.15
Apurímac	49.42	Apurímac	48.04	Lambayeque	51.72
Junín	46.42	Junín	46.89	Áncash	51.71
Áncash	44.78	Pasco	46.38	Ica	49.55
Lambayeque	44.10	Áncash	45.82	Apurímac	48.33
Puno	41.92	Lambayeque	45.70	Pasco	47.75
La Libertad	41.72	Ica	43.96	Puno	46.06
Huancavelica	41.59	Puno	42.96	Piura	45.00
Piura	40.72	Piura	41.70	Junín	44.96
Ayacucho	39.37	Huancavelica	41.37	La Libertad	43.06
Ica	38.99	Tumbes	40.04	Huancavelica	42.39
Pasco	38.36	Huánuco	37.27	Ayacucho	41.21
Tumbes	37.76	La Libertad	36.93	Tumbes	40.93
Huánuco	36.20	Ayacucho	36.31	Madre de Dios	39.76
Cajamarca	36.16	Madre de Dios	34.03	Huánuco	36.30
Madre de Dios	32.75	Cajamarca	31.64	San Martín	31.00

Amazonas	26.71	San Martín	31.57	Ucayali	28.91
San Martín	25.02	Amazonas	18.11	Cajamarca	28.65
Ucayali	9.76	Ucayali	17.64	Amazonas	26.90
Loreto	2.89	Loreto	0.75	Loreto	4.93

Elaboración propia

Con respecto al componente de servicios básicos a nivel departamental, se observa que en los 3 años de análisis ha habido una mejora en el índice a nivel nacional. Este crecimiento ha sido en casi la totalidad de los departamentos liderado sobre todo por Tacna, Callao, Arequipa, Moquegua y Lima. Los resultados señalan que el desempeño departamental se encontraría entre medio bajo y muy alto en su mayoría. En el 2018 destacan Callao (90), Arequipa (90), Tacna (87), Lima (87) y Moquegua (86). Sin embargo y en paralelo Loreto muestra un decrecimiento que va de 16 en el 2016 a 3 en el 2018, demostrando una situación crítica en relación con el acceso a servicios básicos de parte de la población lo que tiene un impacto directo en la calidad de vida de las personas. Por encima del promedio nacional están la mayoría de los departamentos en cada uno de los años, y en menor porcentaje los departamentos de la Selva en su totalidad. De las cuales, en el 2018, Tacna, Moquegua y Arequipa son las que poseen los mejores estándares de vida a nivel de nutrición, salud, agua y saneamiento, vivienda y seguridad personal para los niños y niñas menores de 5 años, debido a que poseen un indicador medio alto. A comparación de Loreto que para los tres años reporta los puntajes de progreso social más bajos.

**Tabla 11. Ranking departamental del componente de Agua y saneamiento del IPPI**

2016		2017		2018	
<b>Perú</b>	<b>50.50</b>	<b>Perú</b>	<b>56.39</b>	<b>Perú</b>	<b>61.60</b>
Tacna	70.51	Tacna	81.08	Callao	89.59
Lima	66.73	Lima	80.93	Arequipa	89.15
Callao	65.35	Callao	79.58	Tacna	86.99
Ica	64.88	Arequipa	79.26	Lima	86.49
Arequipa	64.07	Moquegua	74.81	Moquegua	85.94
Moquegua	63.16	Ayacucho	72.64	Cusco	83.26
Ayacucho	62.00	Cusco	71.88	Ica	82.47
Pasco	60.90	Pasco	71.77	Junín	82.43
Cusco	60.16	Apurímac	71.69	Ayacucho	80.17
Apurímac	59.33	Junín	71.33	San Martín	79.27
Lambayeque	58.72	Ica	69.87	Lambayeque	78.99
Junín	58.48	Lambayeque	69.25	Madre de Dios	78.47
Áncash	54.59	Tumbes	67.08	La Libertad	77.81
Tumbes	53.65	Áncash	64.77	Apurímac	76.27

Cajamarca	52.97	La Libertad	61.35	Cajamarca	75.04
Huancavelica	49.58	Amazonas	60.65	Pasco	73.73
Amazonas	48.45	Huancavelica	56.68	Áncash	71.54
La Libertad	47.23	Madre de Dios	51.35	Piura	67.10
Piura	45.58	San Martín	50.48	Amazonas	66.69
San Martín	42.31	Cajamarca	49.96	Tumbes	62.23
Huánuco	40.97	Piura	49.40	Huancavelica	62.17
Puno	38.39	Huánuco	47.50	Huánuco	59.88
Madre de Dios	37.33	Puno	40.74	Ucayali	56.55
Ucayali	25.99	Ucayali	20.54	Puno	55.50
Loreto	16.46	Loreto	14.56	Loreto	3.34

Elaboración propia

En cuanto a las condiciones de la vivienda, la situación es aún más precaria (tabla 8). A nivel nacional, el progreso nacional ha descendido dramáticamente, de 64 puntos que presenta este componente en el 2016, para el 2018 alcanza 51, del total de 100 puntos. Si bien el promedio nacional ha bajado, se ve una mejora de niveles en la mayoría de los departamentos, pasando del 2016 de una mayoría entre medio bajo, bajo, muy bajo y extremo bajo a un 2018 con alto, medio alto, medio, bajo y muy bajo. Se mantienen Loreto, Cusco y Lima como los departamentos con peores condiciones de vivienda. Por tanto, en la costa, los niños y niñas menores de 5 años cuentan con una mayor cobertura de saneamiento básico y de mejores condiciones de vivienda que favorece la formación y el desarrollo de sus habilidades.

**Tabla 12. Ranking departamental del componente de Vivienda del IPPI**

2016		2017		2018	
<b>Perú</b>	<b>64.02</b>	<b>Perú</b>	<b>52.64</b>	<b>Perú</b>	<b>51.11</b>
La Libertad	58.41	Moquegua	75.28	Moquegua	82.92
Ica	58.18	Ica	71.25	Ica	81.76
Moquegua	57.68	Piura	69.54	Piura	78.68
Tumbes	56.94	La Libertad	69.12	Tacna	77.84
Piura	56.78	Tumbes	68.72	Tumbes	76.95
Áncash	55.21	Tacna	68.06	Áncash	76.69
San Martín	54.28	Áncash	66.05	Lambayeque	76.46
Lambayeque	53.64	San Martín	64.89	Arequipa	72.84
Tacna	52.23	Lambayeque	63.67	La Libertad	71.10
Arequipa	50.02	Arequipa	56.70	San Martín	68.85
Ucayali	47.51	Ucayali	56.02	Ucayali	58.70
Callao	47.11	Ayacucho	52.74	Cajamarca	54.36
Cajamarca	42.62	Cajamarca	47.07	Huánuco	49.76

Madre de Dios	42.60	Huánuco	46.31	Apurímac	48.07
Ayacucho	42.09	Huancavelica	44.72	Ayacucho	47.92
Huánuco	40.51	Apurímac	44.64	Callao	46.33
Pasco	36.50	Callao	44.12	Amazonas	46.31
Loreto	35.39	Madre de Dios	42.63	Huancavelica	42.21
Apurímac	34.57	Pasco	41.29	Puno	38.53
Huancavelica	32.26	Amazonas	34.06	Cusco	38.13
Amazonas	31.61	Puno	30.58	Madre de Dios	37.22
Lima	29.02	Loreto	30.16	Pasco	35.53
Puno	25.82	Junín	29.62	Loreto	34.53
Junín	20.49	Lima	24.43	Lima	34.40
Cusco	17.22	Cusco	12.34	Junín	33.63

Elaboración propia

El componente de educación es uno de los que mejores logros en el tiempo de medición ha logrado. Si bien en general son mejores promedios que los otros componentes, hay departamentos con índice muy bajo y son siempre los de la selva (Ucayali, Loreto, Huánuco, Madre de Dios), a diferencia que en el 2018 todo logran mejorar sus condiciones y presentar mejores resultados. El año 2017 en el primer semestre se dio la huelga del magisterio, que impactó en los niveles de asistencia y participación a la escuela, así como la generación de condiciones para una buena educación. El 2018 se dispararon los indicadores de asistencia y participación debido a la pérdida de clases y/o servicios el año anterior. Los servicios educativos de atención a la primera infancia tuvieron buenos niveles de participación y demanda en las diferentes zonas del país.

**Tabla 13. Ranking departamental del componente de Educación del IPPI**

2016		2017		2018	
<b>Perú</b>	<b>55.34</b>	<b>Perú</b>	<b>49.10</b>	<b>Perú</b>	<b>79.59</b>
Tacna	79.33	Tacna	67.24	Apurímac	86.84
Moquegua	75.08	Moquegua	61.39	Ica	86.75
Callao	67.14	Arequipa	61.14	Callao	86.58
Arequipa	65.53	Lima	55.57	Moquegua	86.52
Lima	62.95	Callao	54.43	Huancavelica	85.96
Ayacucho	60.78	Ica	54.13	Tumbes	85.83
Ica	60.75	Cusco	53.10	Lima	84.13
Lambayeque	56.48	Apurímac	52.23	Arequipa	83.77
Cusco	55.93	Junín	51.51	Ayacucho	82.86
Puno	55.42	Ayacucho	49.54	Cajamarca	82.65
Junín	54.92	Lambayeque	47.81	Piura	82.06

Piura	54.16	Áncash	47.33	La Libertad	81.65
Pasco	53.05	Huancavelica	47.13	Cusco	81.50
Huancavelica	52.32	Puno	46.78	Tacna	80.85
Apurímac	51.62	Cajamarca	45.41	Amazonas	80.58
Amazonas	51.11	Piura	44.69	Pasco	80.46
La Libertad	49.79	La Libertad	44.60	Áncash	79.74
Áncash	49.74	Amazonas	44.29	Loreto	79.26
Madre de Dios	49.67	Pasco	43.59	Huánuco	78.35
San Martín	47.06	Tumbes	41.01	Ucayali	77.48
Cajamarca	46.16	Huánuco	40.21	Lambayeque	77.42
Tumbes	45.94	San Martín	39.34	San Martín	76.74
Huánuco	44.19	Madre de Dios	36.88	Junín	76.12
Ucayali	37.33	Ucayali	32.00	Madre de Dios	72.72
Loreto	31.97	Loreto	27.96	Puno	71.72

Elaboración propia

## 2. Análisis de los resultados del gasto público en infancia

Los resultados de la estimación del gasto público en niños y niñas de 0 a 5 años de edad muestran que entre los años 2016 y 2018 el presupuesto se ha incrementado en 3%, observándose que para el 2018 se cuenta con un monto estimado de 9 mil 699 millones de soles.

Por otro lado, el Gasto Público Total para el 2018 es de 129 mil 368 millones de soles habiéndose incrementado en 21% con respecto al 2016. En la tabla siguiente se muestra estos resultados e indican que el gasto público en infancia representa en promedio el 8% del Gasto Total para los 3 años de análisis. Asimismo, la participación de este gasto sobre el PBI es de 1.4% en promedio entre los años 2016 y 2018. Cabe señalar que para este análisis se utilizó las estimaciones del PBI a precios corrientes que publica el INEI de manera anual y trimestral.

**Tabla 14. Gasto Público Total y Gasto en Infancia, 2016 – 2018**  
(Millones de soles)

Año	Gasto Público Total			Gasto Público en Infancia			Porcentaje de Gasto en Infancia sobre el Gasto Total		
	PIA	PIM	Devengado	PIA	PIM	Devengado	PIA	PIM	Devengado
2016	107,538	132,218	112,931	9,417	11,711	9,842	8.8	8.9	8.7
2017	113,764	146,577	123,889	9,938	12,830	10,927	8.7	8.8	8.8
2018	129,368	159,435	134,240	9,699	13,249	11,054	7.5	8.3	8.2

Fuente: MEF – Consulta Amigable  
Elaboración propia

**Tabla 15. PBI y Gasto Público en Infancia, 2016-2018**  
(Millones de soles)

Año	PBI (Precios corrientes en Millones S/)	Gasto Público en Infancia			Porcentaje de Gasto en Infancia sobre el PBI		
		PIA (Millones de S/)	PIM (Millones de S/)	Devengado (Millones de S/)	PIA	PIM	Devengado
2016	647,668	9,417	11,711	9,842	1.5	1.8	1.5
2017	687,989	9,938	12,830	10,927	1.4	1.9	1.6
2018	729,773	9,699	13,249	11,054	1.3	1.8	1.5

Fuente: MEF – Consulta Amigable

Elaboración: Propia

Según el tipo de gasto, la tabla siguiente se muestra la participación del gasto específico y no específico en el gasto en infancia a partir del proceso de clasificación realizada. Al respecto se puede decir que el gasto específico representa en promedio el 38% del gasto en niños y niñas de 0 a 5 años entre los años 2016 y 2018, mientras que el gasto no específico el 62%; lo que quiere decir que las intervenciones que se realizan para beneficiar de forma directa a la población entre 0 y 5 años es menor frente a aquellas que benefician a toda la población en su conjunto en la cual también se encuentra la población infantil. Asimismo, es preciso destacar que la ejecución presupuestal en ambos casos se encuentra por encima del 80%.

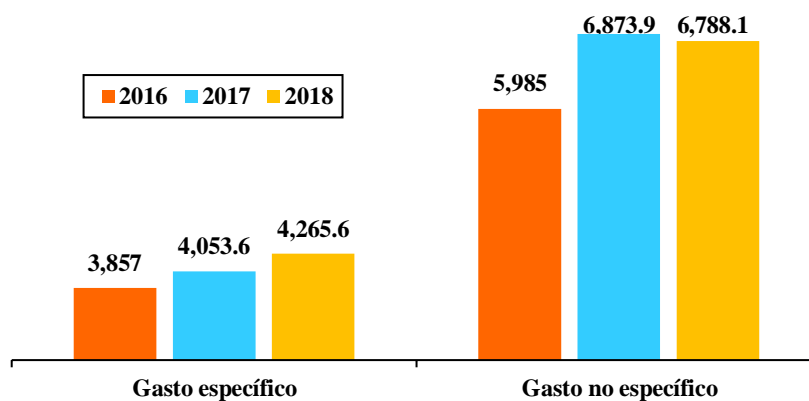
**Tabla 16. Gasto Público en Infancia según Tipo de Gasto, 2016-2018**  
(Millones de soles)

Año	PIA/PIM/Devengado	Tipo de gasto		Total
		Gasto específico	Gasto no específico	
2016	PIA	2,972	6,444	9,417
	PIM	4,535	7,176	11,711
	Devengado	3,857	5,985	9,842
	Participación (%)	39.2	60.8	100.0
	Ejecución (%)	85.1	83.4	84.0
2017	PIA	3,239	6,699	9,938
	PIM	4,695	8,135	12,830
	Devengado	4,054	6,874	10,927
	Participación (%)	37.1	62.9	100.0
	Ejecución (%)	86.3	84.5	85.2
2018	PIA	3,389	6,309	9,699
	PIM	4,943	8,306	13,249
	Devengado	4,266	6,788	11,054

Año	PIA/PIM/Devengado	Tipo de gasto		Total
		Gasto específico	Gasto no específico	
	Participación (%)	38.6	61.4	100.0
	Ejecución (%)	86.3	81.7	83.4

Fuente: MEF – Consulta Amigable  
Elaboración propia

**Gráfico 6. Devengado del Gasto Público en Infancia según Tipo de Gasto, 2016-2018**  
(Millones de soles)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

En cuanto al gasto público según funciones presupuestarias, la tabla siguiente se muestra que la ejecución presupuestaria en niñas y niños de 0 a 5 años entre los años 2016 y 2018 estuvo concentrada básicamente en las funciones de Educación, Salud, Protección Social, Transporte y Saneamiento, los cuales para el año 2018 representan en conjunto el 96% del gasto en esta población.

**Tabla 17. Gasto Público en Infancia según Función, 2016-2018**  
(Millones de soles)

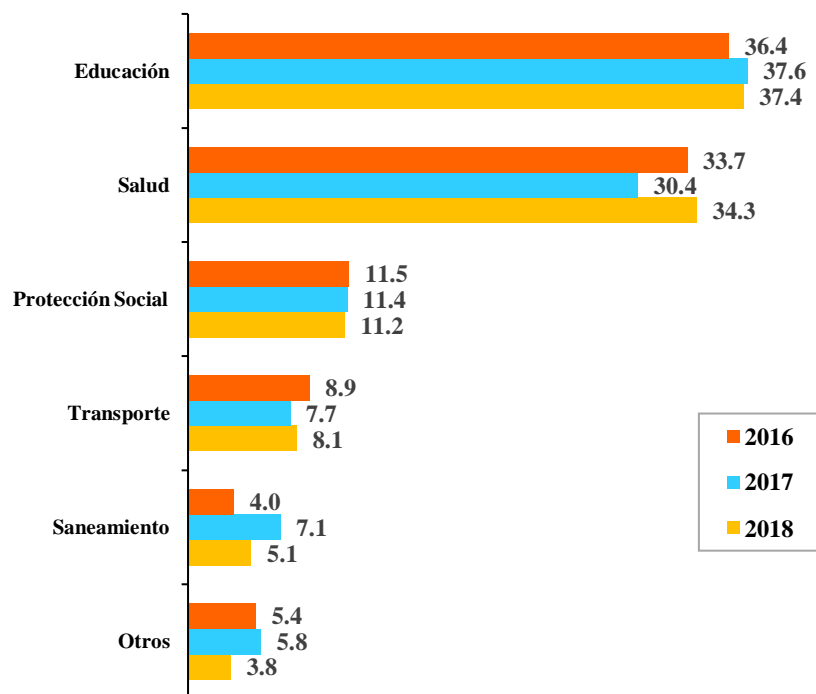
Función	2016			2017			2018		
	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)
<b>Total</b>	<b>9,842</b>	<b>100.0</b>	<b>84.0</b>	<b>10,927</b>	<b>100.0</b>	<b>85.2</b>	<b>11,054</b>	<b>100.0</b>	<b>83.4</b>
Planeamiento, Gestión y Reserva de Contingencia	47	0.5	87.0	41	0.4	80.6	46	0.4	71.4
Orden Público y Seguridad	37	0.4	71.4	44	0.4	75.7	40	0.4	58.1
Justicia	12	0.1	98.6	16	0.1	78.0	23	0.2	85.0
Agropecuaria	11	0.1	79.6	12	0.1	64.3	24	0.2	79.9
Energía	36	0.4	55.9	54	0.5	77.3	50	0.5	72.3
Transporte	879	8.9	57.5	841	7.7	56.7	897	8.1	52.7
Comunicaciones	2	0.0	84.3	2	0.0	86.4	1	0.0	12.2
Ambiente	130	1.3	82.0	137	1.3	80.3	164	1.5	84.4

Función	2016			2017			2018		
	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)
Saneamiento	394	4.0	63.7	771	7.1	74.6	567	5.1	66.4
Vivienda y Desarrollo Urbano	249	2.5	93.5	305	2.8	95.0	42	0.4	75.0
Salud	3,315	33.7	92.0	3,327	30.4	89.4	3,795	34.3	88.5
Cultura y Deporte	12	0.1	68.1	18	0.2	68.1	31	0.3	73.7
Educación	3,582	36.4	86.2	4,112	37.6	89.4	4,131	37.4	89.9
Protección Social	1,136	11.5	97.6	1,248	11.4	99.6	1,244	11.2	99.3

Fuente: MEF – Consulta Amigable  
Elaboración propia

Así también, para los tres años de análisis, la ejecución presupuestal muestra un avance importante y superior al 85% para las funciones de Educación, Salud y Protección Social, destacando principalmente este último, con una ejecución por encima del 97%. Mientras que las funciones de Transporte y Saneamiento muestran un avance superior al 50% y 60%, respectivamente.

**Gráfico 7. Participación del Gasto Público en Infancia según Función presupuestaria, 2016-2018**  
(Porcentaje)



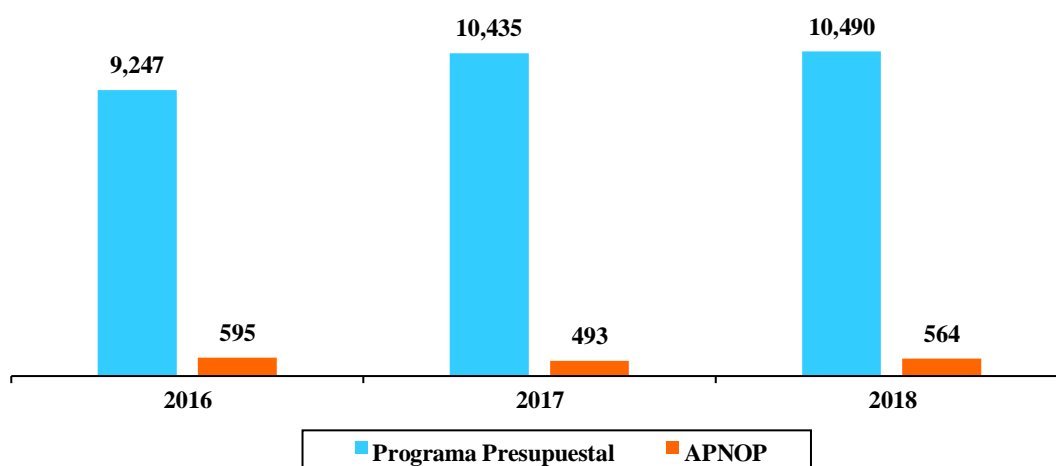
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

Según la composición del gasto público en infancia (ver gráfico 8), la mayor participación se encuentra en los Programas Presupuestales (PPs), los cuales representan más del 94%

del gasto anual, porcentaje que es mayor al de las Asignaciones Presupuestarias que No Resultan en Productos (APNOP), cuyo valor es del 5%. Se puede observar también que, el porcentaje de ejecución del gasto es mayor cuando está destinado a PPs con orientación a resultados (por encima del 85%) en contraposición a las APNOP, cuyos valores son inferiores al 70%, esto debido a que no está alineado al logro de resultados.

Igualmente, se puede observar como año tras año las asignaciones presupuestales orientadas a resultados han tenido un crecimiento continuo, pasando de 9 mil 247 millones en el 2016 a 10 mil 490 millones en el 2018, lo cual representa un crecimiento del 13%.

**Gráfico 8. Gasto Público en Infancia según Categoría Presupuestal, 2016 – 2018**  
(Millones de soles)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

El análisis del gasto público en la población infantil según los 35 Programas Presupuestales evaluados en este estudio indica que, el presupuesto promedio dirigido a estas intervenciones en los 3 años fue de 9 mil 153 millones de soles, mientras que el promedio de su porcentaje de ejecución fue del 86%. Asimismo, entre el 2016 y 2018 el presupuesto creció en 10% (ver tabla 18).

Asimismo, de los 35 PPs que se analizaron para la población de 0 a 5 años, se puede observar que el programa “Logros de aprendizaje de estudiantes de la educación básica regular” cuenta con más de 30% de participación en el gasto, seguido por los PPs “Programa Articulado Nutricional” con más del 20%, “Salud Materno Neonatal” y “Reducción del costo, tiempo e inseguridad vial en el sistema de transporte terrestre” ambos con más del 7%, el “Programa nacional de alimentación escolar” con más del 4%, “Cuna Más” con alrededor del 3%, “Programa Nacional de Saneamiento Rural”,

“Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular” y el “Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres” con alrededor de 2% y otros programas que suman más del 8%. Cabe señalar que estos 9 programas conforman alrededor del 89% del presupuesto público en infancia, al cual se destinó en promedio más de 8 mil millones de soles por año (ver el gráfico 9).

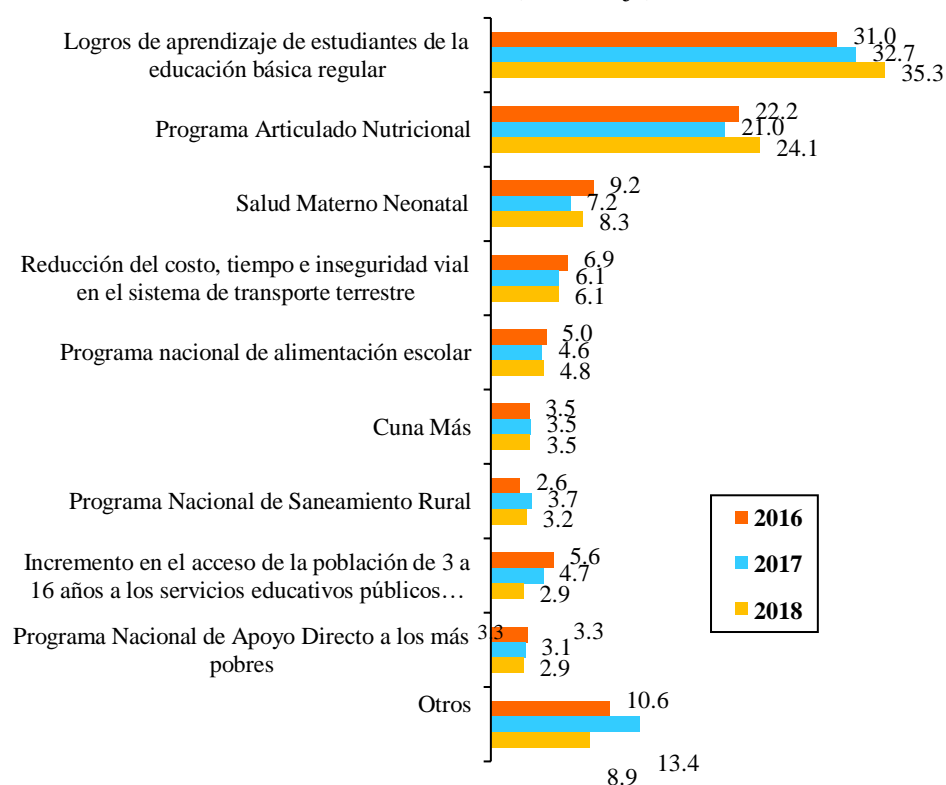
**Tabla 18. Gasto Público en Infancia según Programa Presupuestal, 2016-2018**  
(Millones de soles)

Programas Presupuestales	2016			2017			2018		
	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)
<b>Total</b>	<b>9,247</b>	<b>100.0</b>	<b>85.3</b>	<b>10,435</b>	<b>100.0</b>	<b>86.5</b>	<b>10,490</b>	<b>100.0</b>	<b>85.1</b>
Programa Articulado Nutricional	2,056	22.2	94.8	2,186	21.0	92.6	2,528	24.1	92.2
Salud Materno Neonatal	853	9.2	94.4	748	7.2	91.0	867	8.3	92.3
TBC-VIH/SIDA	45	0.5	98.9	46	0.4	95.7	67	0.6	96.9
Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	21	0.2	94.6	16	0.2	96.8	17	0.2	91.9
Enfermedades no Transmisibles	13	0.1	97.7	13	0.1	96.6	18	0.2	94.7
Prevención y Control del Cáncer	56	0.6	99.6	38	0.4	99.0	28	0.3	96.3
Gestión Integral de Residuos Sólidos	129	1.4	82.1	136	1.3	80.8	161	1.5	84.2
Acceso y uso de La Electrificación Rural	32	0.3	58.2	51	0.5	77.6	49	0.5	72.6
Acceso y uso adecuado de los Servicios Públicos de Telecomunicaciones e Información Asociados	2	0.0	94.5	2	0.0	85.3	1	0.0	10.5
Prevención y Atención de Incendios, Emergencias Médicas, Rescates y Otros	1	0.0	88.7	1	0.0	48.3	2	0.0	58.6
Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres	304	3.3	97.2	322	3.1	99.6	305	2.9	99.8
Acceso de la población a la propiedad predial formalizada	5	0.1	99.4	5	0.1	98.7	5	0.0	96.2
Bono Familiar Habitacional	190	2.1	99.8	254	2.4	100.0	0	0.0	0.0
Celeridad en los procesos judiciales de familia	12	0.1	98.9	14	0.1	99.7	17	0.2	99.5
Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	118	1.3	69.2	192	1.8	76.7	55	0.5	60.3
Programa de desarrollo alternativo integral y sostenible	7	0.1	86.0	4	0.0	46.4	5	0.0	91.0
Acceso de la población a la identidad	34	0.4	95.6	37	0.4	90.8	36	0.3	76.4
Lucha contra la violencia familiar	7	0.1	98.1	10	0.1	99.0	14	0.1	98.6
Programa Nacional de Saneamiento Urbano	102	1.1	62.4	364	3.5	80.2	210	2.0	56.5
Programa Nacional de Saneamiento Rural	244	2.6	63.2	383	3.7	72.4	338	3.2	74.9
Mejora de los servicios del sistema de justicia penal	2	0.0	50.7	2	0.0	61.6	6	0.1	86.0
Logros de aprendizaje de estudiantes de la educación básica regular	2,867	31.0	94.0	3,415	32.7	92.5	3,702	35.3	93.1
Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular	522	5.6	62.3	492	4.7	74.7	309	2.9	67.1
Cuna Más	320	3.5	96.2	369	3.5	99.3	370	3.5	99.2
Incremento de la práctica de actividades físicas, deportivas y recreativas en la población peruana	12	0.1	68.1	18	0.2	68.1	31	0.3	73.7

Programas Presupuestales	2016			2017			2018		
	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas	27	0.3	95.5	29	0.3	97.0	44	0.4	96.0
Inclusión de niños, niñas y jóvenes con discapacidad en la educación básica y técnico productiva	8	0.1	89.6	2	0.0	89.5	2	0.0	67.1
Mejoramiento integral de barrios	106	1.1	65.0	105	1.0	66.7	0	0.0	0.0
Nuestras ciudades	1	0.0	41.0	3	0.0	51.2	16	0.2	73.6
Apoyo al hábitat rural	22	0.2	99.3	18	0.2	99.5	21	0.2	78.9
Programa nacional de alimentación escolar	460	5.0	99.9	482	4.6	100.0	500	4.8	99.8
Atención oportuna de niñas niños y adolescentes en presunto estado de abandono	29	0.3	104.1	37	0.4	125.6	33	0.3	95.7
Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	1	0.0	93.2	1	0.0	88.4	1	0.0	84.4
Reducción del costo, tiempo e inseguridad vial en el sistema de transporte terrestre	639	6.9	54.9	640	6.1	55.2	639	6.1	49.1
Reducción del tiempo, inseguridad y costo ambiental en el transporte urbano	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	93	0.9	64.9

Fuente: MEF – Consulta Amigable  
Elaboración propia

**Gráfico 9. Participación del Gasto Público en Infancia según Programa Presupuestal, 2016-2018**  
(Porcentaje)



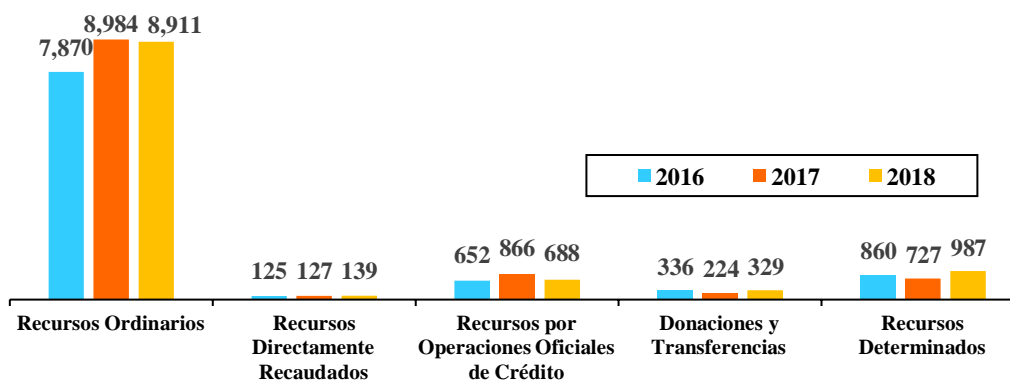
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

Entre las fuentes de financiamiento que componen el gasto público para la población de 0 a 5 años, destacan los “Recursos Ordinarios” que para los tres años de análisis tienen un

promedio de 8 mil 404 millones de soles, seguido por los “Recursos Determinados” con 589 millones, “Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito” (537 millones en promedio), “Recursos Directamente Recaudados” (128 millones en promedio) y “Donaciones y Transferencias” (26 millones en promedio). Dichos resultados se observan en el gráfico 10.

Cabe señalar también que, los Recursos Ordinarios están constituidos por ingresos provenientes principalmente de la recaudación tributaria, los cuales son transferidos del nivel de gobierno nacional a los gobiernos locales. Asimismo, según se observa su porcentaje de ejecución en los tres años de análisis es superior al 90%.

**Gráfico 10. Ejecución Presupuestal del Gasto Público en Infancia según Fuentes de Financiamiento, 2016-2018**  
(Millones de soles)

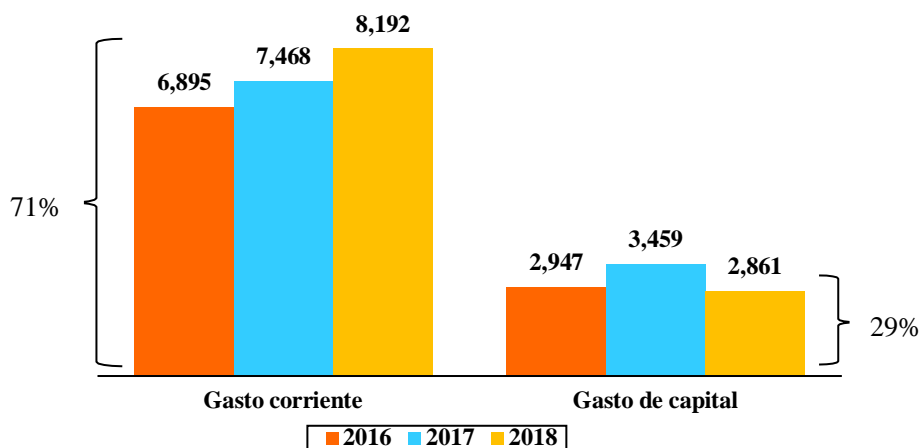


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

Sobre el análisis de las categorías de gasto corriente y de capital en la población de 0 a 5 años se evidencia que, el 71% anual está representado por los gastos corrientes, mientras que el 29% por los gastos de capital. Esto quiere decir que, el gran porcentaje del gasto en infancia está dirigido al pago de salarios, pensiones y la adquisición de bienes y servicios; en tanto que una menor cantidad se destina a las inversiones en infraestructura tanto social como productiva (ver el gráfico 11).

Igualmente, se puede observar un crecimiento de los gastos corrientes entre el 2016 y el 2018 del 18%, mientras que los gastos de capital habrían sufrido una reducción del 3%.

**Gráfico 11. Gasto Público en Infancia según Fuentes de Financiamiento, 2016-2018**  
(Millones de soles)

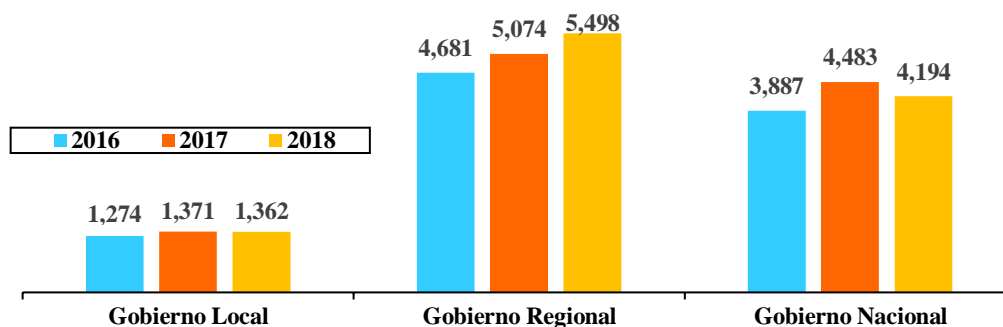


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

Según el tipo de gobierno, el mayor monto del gasto público en infancia lo ejecutan principalmente los gobiernos regionales con un promedio anual de 5 mil 084 millones de soles, seguido del gobierno nacional con una ejecución promedio de 4 mil 188 millones y finalizando con los gobiernos locales (mil 133 millones anuales), quienes a su vez reciben las menores asignaciones presupuestarias en relación a los demás niveles de gobierno (menos de 600 millones de soles anuales) y en consecuencia ejecutan montos menores.

Asimismo, según se observa en el gráfico 12, el porcentaje de ejecución presupuestal es mayor en tanto el nivel de gobierno sea Nacional (en promedio 93%) y menor en tanto la asignación sea Local (58%). Igualmente, como ya se mencionó anteriormente, se observa la diferencia de recursos con los que cuentan las unidades ejecutoras locales quienes son los responsables de materializar el gran porcentaje de proyectos en un distrito, como por ejemplo de servicios de saneamiento, electrificación, transitabilidad vial, entre otros.

**Gráfico 12. Ejecución Presupuestal del Gasto Público en Infancia según Nivel de Gobierno, 2016-2018**  
(Millones de soles)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

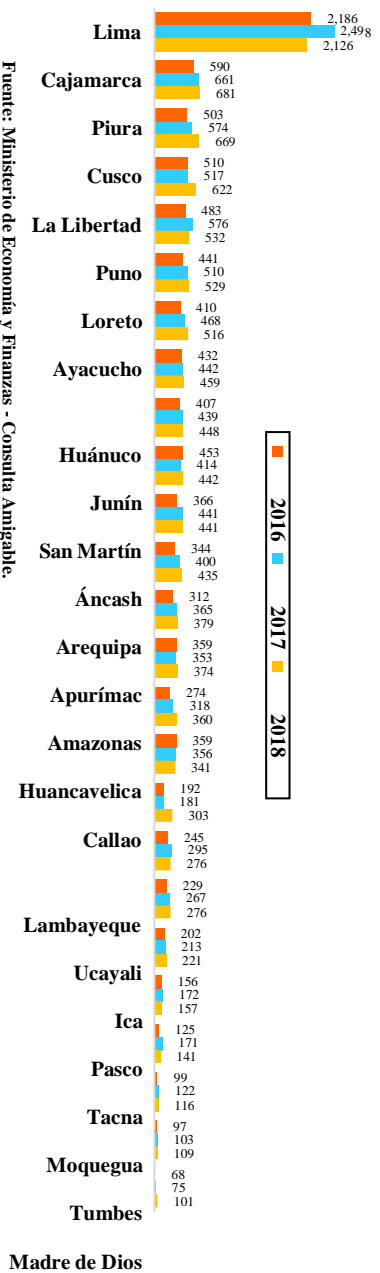
En cuanto a la ejecución del gasto a nivel departamental (ver tabla 19), se puede observar que Lima es el departamento con el mayor monto ejecutado, el cual en promedio asciende a los 2 mil 270 millones por año. A continuación, le siguen los departamentos de Cajamarca, Piura, Cusco, La Libertad y Puno que en conjunto tuvieron una participación de más del 26% en los tres años. Asimismo, los departamentos cuyo gasto en infancia se incrementó entre los años 2016 y 2018 son: Callao (con 58%), Madre de Dios (49%), Piura(33%) y Amazonas (con 31%). Mientras que los departamentos que más han reducido su gasto fueron Huancavelica en 5%, Lima en 3% y Junín en 2%.

**Tabla 19. Gasto Público en Infancia según Departamento, 2016-2018**  
(Millones de soles)

Región	2016					2017					2018				
	PIA	PIM	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	PIA	PIM	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)	PIA	PIM	Devengado	Participación (%)	Ejecución (%)
<b>Total</b>	<b>9,264</b>	<b>11,431</b>	<b>9,580</b>	<b>100.0</b>	<b>83.8</b>	<b>9,938</b>	<b>12,830</b>	<b>10,927</b>	<b>100.0</b>	<b>85.2</b>	<b>9,699</b>	<b>13,249</b>	<b>11,054</b>	<b>100.0</b>	<b>83.4</b>
Amazonas	211	315	274	2.9	87.0	267	367	318	2.9	86.5	264	416	360	3.3	86.4
Áncash	450	417	344	3.6	82.6	341	484	400	3.7	82.5	392	581	435	3.9	74.9
Apurímac	259	450	359	3.7	79.8	276	457	353	3.2	77.3	257	461	374	3.4	81.0
Arequipa	230	405	312	3.3	77.1	307	456	365	3.3	80.0	313	484	379	3.4	78.2
Ayacucho	331	522	432	4.5	82.8	354	527	442	4.0	83.7	345	523	459	4.2	87.8
Cajamarca	506	723	590	6.2	81.6	591	798	661	6.0	82.8	633	859	681	6.2	79.3
Callao	150	225	192	2.0	85.0	162	207	181	1.7	87.4	255	356	303	2.7	85.2
Cusco	489	634	510	5.3	80.3	542	664	517	4.7	77.9	509	803	622	5.6	77.4
Huancavelica	282	416	359	3.7	86.3	273	421	356	3.3	84.7	293	399	341	3.1	85.5
Huánuco	369	467	407	4.2	87.2	368	537	439	4.0	81.8	357	533	448	4.1	84.0
Ica	167	238	202	2.1	85.1	189	242	213	1.9	87.8	211	251	221	2.0	87.8
Junín	193	284	191	2.0	67.2	345	507	414	3.8	81.6	377	528	442	4.0	83.7
La Libertad	414	582	483	5.0	83.0	442	686	576	5.3	84.0	524	714	532	4.8	74.5
Lambayeque	219	303	245	2.6	80.9	235	359	295	2.7	82.2	234	328	276	2.5	84.1
Lima	2,689	2,497	2,186	22.8	87.5	2,735	2,735	2,498	22.9	91.3	2,342	2,374	2,126	19.2	89.6
Loreto	399	465	410	4.3	88.3	444	552	468	4.3	84.7	428	560	516	4.7	92.2
Madre de Dios	68	83	68	0.7	82.3	69	88	75	0.7	85.0	80	118	101	0.9	85.7
Moquegua	75	127	99	1.0	77.9	81	148	122	1.1	82.3	88	144	116	1.1	80.6
Pasco	163	189	156	1.6	82.8	147	208	172	1.6	82.8	117	222	157	1.4	70.4
Piura	487	596	503	5.3	84.5	513	681	574	5.2	84.2	530	820	669	6.1	81.6
Puno	382	502	441	4.6	87.9	443	583	510	4.7	87.4	437	585	529	4.8	90.4
San Martín	325	438	366	3.8	83.6	376	509	441	4.0	86.5	312	555	441	4.0	79.5
Tacna	95	162	125	1.3	77.2	129	196	171	1.6	87.1	106	177	141	1.3	79.6
Tumbes	94	115	97	1.0	84.4	104	120	103	0.9	85.8	99	126	109	1.0	86.6
Ucayali	216	279	229	2.4	82.1	203	298	267	2.4	89.5	195	331	276	2.5	83.4

Fuente: MEF – Consulta Amigable  
Elaboración propia

**Gráfico 13. Ejecución Presupuestal del Gasto Público en Infancia según Departamento, 2016-2018**  
(Millones de soles)

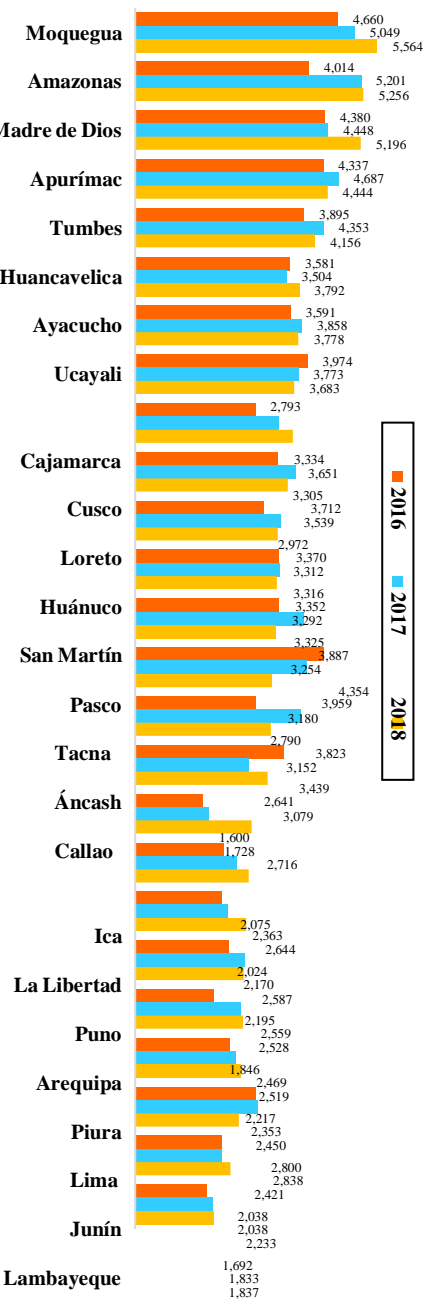


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.

Por otro lado, en relación al gasto anual departamental por niño y niña entre 0 y 5 años, el gráfico 14 permite evidenciar que para el 2018 los departamentos de Lambayeque, Junín, Lima y Piura gastaron los montos más bajos por niño y niña<sup>22</sup>, con valores de 1 mil 837, 2 mil 233, 2 mil 421 y 2 mil 450 soles, respectivamente. Mientras que los departamentos en los cuales se observa una reducción de su gasto con respecto al 2016 fueron Pasco (-27%), Lima (-14%), Ancash (-11%), Ucayali (-7%) y San Martín (-2%).

Por otro lado, los departamentos que mayor crecimiento presentaron con respecto al año 2016 en su gasto por niño y niña fueron: el Callao (70%), Arequipa (36%) y Amazonas (31%).

**Gráfico 14. Presupuesto por Niño y Niña de 0 a 5 años según Departamento, 2016-2018**  
(Millones de soles)

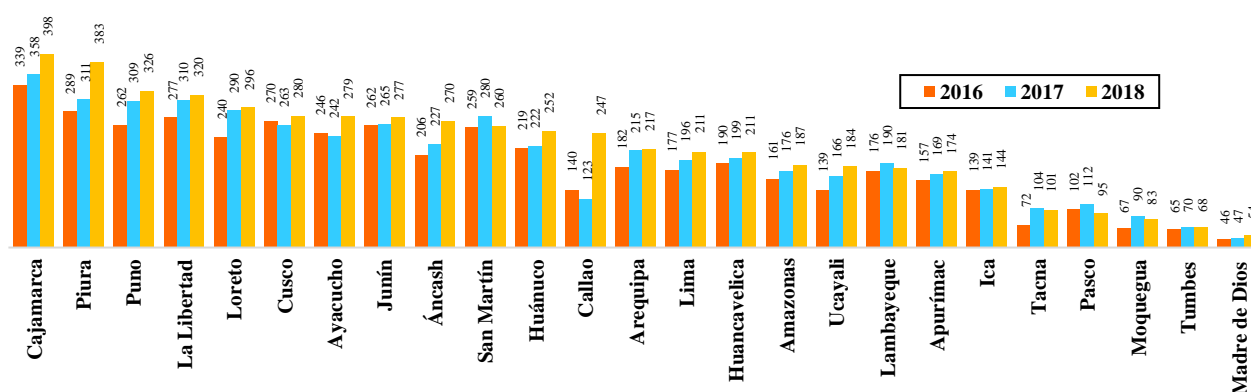


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

<sup>22</sup> Los gastos por niño y niña fueron calculados dividiendo el PIA por año entre el número de niños y niñas por departamento, este último dato fue obtenido en base a las proyecciones de población al 2025 del INEI.

En referencia a la ejecución del gasto público a nivel de gobierno regional, los resultados indicarían que Cajamarca, Piura, Puno y La Libertad son las regiones con mayor ejecución presupuestal en el año 2018, con montos superiores a los 300 millones de soles. Mientras que las regiones de Madre de Dios, Tumbes, Moquegua y Pasco cuentan con una ejecución presupuestal menor a los 100 millones para el mismo año (Ver gráfico 15).

**Gráfico 15. Ejecución Presupuestal del Gasto público en Infancia según Región, 2016-2018**  
(Millones de soles)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - Consulta Amigable.  
Elaboración propia.

### 3. Análisis de la relación entre el IPPI y el GPI

En esta sección se analiza la relación que existe entre el índice en infancia (IPPI) y el gasto per cápita departamental en la primera infancia (GPI). En la sección del marco teórico de esta investigación, se describió la importancia de la inversión del Estado en el capital humano, salud, servicios básicos en la vivienda, entre otros; por sus efectos multiplicadores en la mejora de las condiciones de vida de los niños y niñas que les permite ejercer plenamente sus derechos y llevar una vida plena. Para tal fin, es importante una gestión adecuada de los recursos económicos del Estado, es decir, su uso eficiente.

La evaluación de la eficiencia del gasto público tiene dos connotaciones, la primera en base a los productos o outputs y la segunda sobre los resultados o outcomes de la gestión. En la evaluación de los outputs se toman en cuenta la cobertura y la calidad de los bienes y servicios producidos, mientras que por el lado de los outcomes se evalúa los efectos de las políticas sobre las condiciones de vida de la población. Por tanto, resulta más clara la relación entre los recursos asignados y los productos obtenidos, que establecer una relación causal entre los recursos asignados y las condiciones de vida de la población, esto último,

dado los múltiples factores que determinan las condiciones sociales y de bienestar de la población (Barraud, & Torres, 2013).

En ese sentido, queda claro que los resultados de la relación entre el gasto público y el índice de infancia de esta investigación brindan una evaluación aproximada de la eficiencia del gasto público en infancia, ya que en este caso solo sería posible determinar la eficiencia entre departamentos que son comparables según características y resultados del IPPI similares. Asimismo, el índice en si mismo recoge en su mayoría indicadores de resultado de los programas presupuestales y de las condiciones de vida de la población y en menor parte indicadores de productos; sin embargo, nos brinda alcances sobre la disponibilidad de recursos y los resultados obtenidos a nivel departamental para la toma de decisiones.

En esa línea, los resultados entre los años 2016 y 2018 ofrecen evidencia sobre la relación negativa entre el IPPI y el GPI. A nivel nacional el puntaje promedio del IPPI para los 3 años es de 60.34 puntos, mientras que el GPI en promedio es de S/. 2,833. Los puntajes promedios de IPPI y GPI en los departamentos como: Loreto (35.79; S/ 3,177), Ucayali (45.88; S/.3,779), Puno (50.66; S/.2,422), Huancavelica (51.62, S/.3,602), Amazonas (52.32; S/. 4,747), Madre de Dios (53.7 puntos; S/. 4,656), Cajamarca (54.14; S/. 3,207), Huánuco (54.74; S/. 3,295) y Pasco (54.99; S/.3,819), se encuentran debajo de la línea de tendencia, mostrando una relación inversa entre el IPPI (bajo) y GPI (alto). Asimismo, se observa que ante un incremento del 1% del gasto per cápita en infancia, el IPPI en promedio disminuye en 4 puntos en los departamentos.

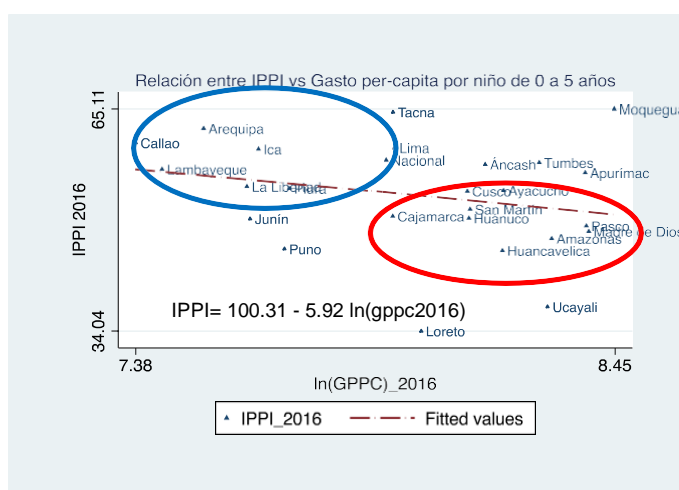
Por otro lado, los departamentos con puntajes promedios más altos de IPPI como Tacna (72.41; S/.3,242), Arequipa (69.992; S/. 2,277), Ica (66.44; S/. 2,350), Lima (63.70; S/.2,693), Lambayeque (63.28; S/. 1,776), Callao (66.19; S/. 2,014), son los departamentos que se encuentran ubicados por encima de la recta y, por lo tanto, tienen un alto IPPI y con menos GPI. Asimismo, se observa que el departamento de Moquegua que tiene un alto puntaje promedio de IPPI (72.79 puntos) y un alto promedio en GPI (S/. 5,068) en los tres años de análisis.

A nivel nacional, se observa que los porcentajes de la ejecución del GPI son altos, pero el impacto no se vería reflejado en los indicadores que conforman el IPPI. Lo anteriormente señalado se podría explicar de diversas maneras, una de ellas es la ineficiencia en la gestión del gasto público en los tres niveles de gobierno, que demuestran que en el Perú se podía

alcanzar la misma provisión de bienes y servicios locales con 57.6% menos de recursos públicos (Herrera & Francke, 2009). Otra de las razones, sería la naturaleza del gasto en infancia, cuyo 70% estaría dirigido a gastos corrientes<sup>23</sup> reduciendo el margen del gasto de capital, que tendrían un mayor impacto en los resultados de los indicadores de la infancia.

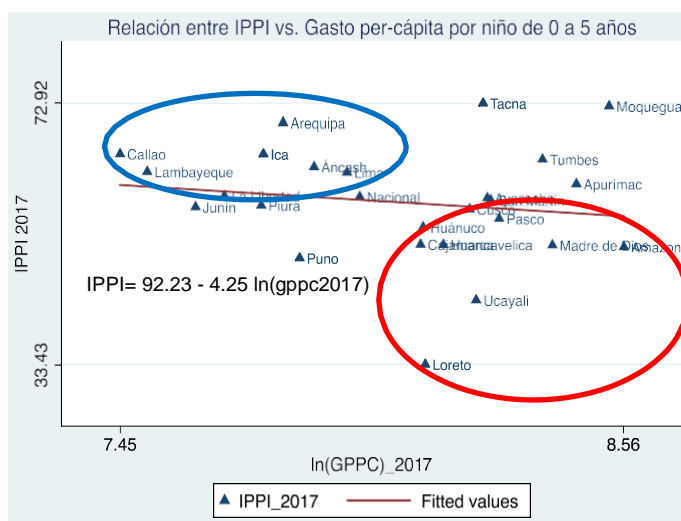
Finalmente, para el 2018, se puede evidenciar una mayor eficiencia de la ejecución del gasto público en infancia de Lambayeque frente a Ancash, Tacna frente a Moquegua, Huánuco frente a Amazonas, Cusco frente a Apurímac, Junín frente a Pasco y Puno frente a Huancavelica.

**Gráfico 16. Relación entre el IPPI VS GPI, 2016**

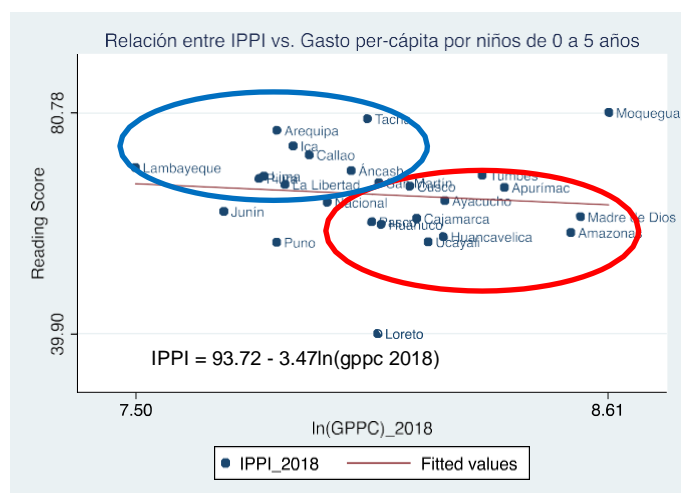


Elaboración propia

<sup>23</sup> Los Gastos Corrientes hacen referencia a gastos de consumo y gestión operativa, servicios básicos, prestaciones de la seguridad social, gastos financieros y otros:  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/archivos-descarga/guia\\_de\\_orientacion\\_para\\_el\\_ciudadano\\_presupuesto2020.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/archivos-descarga/guia_de_orientacion_para_el_ciudadano_presupuesto2020.pdf)

**Gráfico 17. Relación entre el IPPI VS GPI, 2017**

Elaboración propia

**Gráfico 18. Relación entre el IPPI VS GPI, 2018**

Elaboración propia

#### 4. Análisis de la relación entre los componentes que conforman IPPI y el GPI por sectores

En esta sección se analizará los sectores de salud, educación, vivienda y saneamiento, en comparación con los componentes de salud materna e infantil, educación, vivienda y saneamiento. Con el propósito de realizar esta comparación, se promediaron los puntajes de los componentes de Nutrición, Salud Materna y Salud Infantil, representados como un solo componente de Salud; esto mismo se realizó para los componentes de agua - saneamiento y vivienda.

Los resultados indican que Lima y otros departamentos de la costa como Arequipa, Ica, Callao, Lambayeque y Áncash, cuentan con mejores puntajes para el IIPP y a la vez son los que menos gastan, en promedio, en cada uno de los sectores de análisis. En términos generales, que tengan un IPPI alto en promedio sobre otros departamentos y menor GPI, no significa que tengan mejores indicadores sociales, pero si se podrían decir que son menos eficientes que otros departamentos.

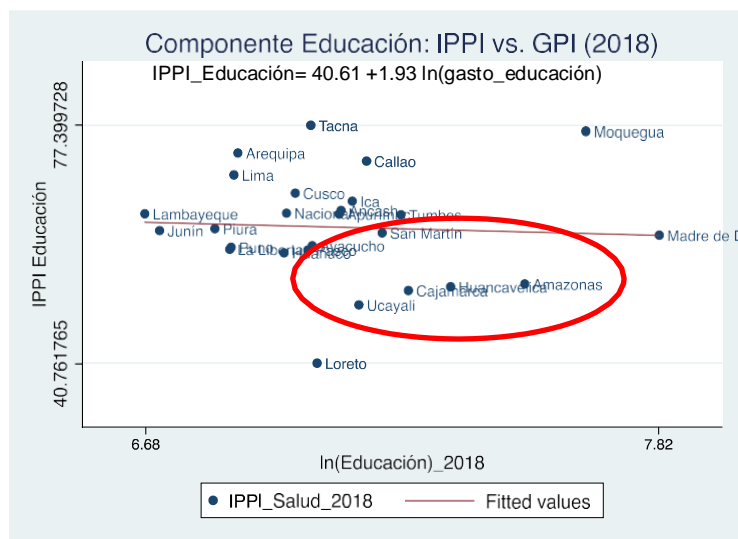
Según los resultados obtenidos, los departamentos de las regiones de selva y sierra tienen bajos puntajes en el IPPI, en promedio, pero un alto nivel de gasto por componente. Es decir; en el caso de saneamiento básico se evidencia amplias diferencias entre departamentos. En 2018 cuatro departamentos poseen los IPPIs más altos, de ellas destaca Moquegua con 84.43 puntos. En contraste con los departamentos de la selva - Loreto con (18.27) puntos - y la sierra como Puno (47.01), Huancavelica (52.19), Huánuco (54.82) y Pasco (54.63) que se ubican en la parte inferior y a su vez, son los departamentos que tienen asignado un mayor presupuesto.

En el sector de vivienda y saneamiento, se observa que los departamentos con mayor eficiencia son Madre de Dios frente a Ucayali, La Libertad frente a Áncash, Ica frente a Tacna, Huánuco frente a Pasco y Junín frente a Amazonas. Asimismo, Loreto tiene el mayor gasto per cápita de S/. 374.43 entre todos los departamentos, sin embargo, los indicadores de acceso a agua y alcantarillado aún reflejan amplias brechas de cobertura, evidenciando ineficiencia y también los altos costos en la implementación de los servicios de saneamiento en la selva y los territorios con población dispersa.

Por otro lado, en el sector salud, se observa que los departamentos con mayor eficiencia son Lambayeque frente a Áncash, San Martín frente a Madre de Dios, Tacna frente a Moquegua, Puno frente a Pasco y Ayacucho y Cajamarca frente a Huancavelica y Amazonas. Asimismo, el promedio nacional del año 2018 del IPPI es de 63.81 puntos y los departamentos que encabezan los puntajes más altos son Moquegua (76.44 puntos) y Arequipa (73.12 puntos); siendo Moquegua el departamento con el más alto gasto per cápita con S/. 1,747 y Arequipa con el menor gasto per cápita con S/. 618.02. En el mismo año 2018, los departamentos de Loreto, Ucayali, Cajamarca y Huancavelica reportan los niveles más bajos de progreso, pero un con nivel alto en el gasto per cápita en este sector.



**Gráfico 21. Relación entre el componente Educación y el GPI, 2018**



Elaboración propia

## Conclusiones y recomendaciones

En el contexto actual es necesario fortalecer la inversión en programas y servicios de atención integral a la primera infancia a nivel nacional para revertir los efectos de la pandemia y el aumento de la pobreza. Es necesario también ampliar la cobertura de atención con acciones integradas entre los sectores e interinstitucionales para hacer práctica la equidad y oportunidad; con servicios de calidad para la infancia más vulnerable e impactada por la pandemia; usando enfoques y metodologías adaptadas y contextualizadas; trabajando de manera asociada entre gobierno, empresas, sociedad civil, padres y madres de familia; garantizando iniciativas pertinentes e inclusivas; formando y capacitando agentes educativos especializados; incrementando la investigación, la generación de data, monitoreando y evaluando todos los procesos para la atención integral de la primera infancia que le permita a los niños y niñas el ejercicio pleno de sus derechos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se ha podido evidenciar que los departamentos con un mayor gasto público per cápita en niños de 0 a 5 años no tienen mejores resultados en el índice de inversión pública en primera infancia (IPPI) durante el periodo 2016 - 2018. En ese sentido, los departamentos con mejores resultados en el IPPI y menores GPI serían los más eficientes. Asimismo, según región geográfica en 2018 los departamentos de la costa resultan ser los más eficientes en relación a los de la sierra y la selva, destacando Lambayeque, Arequipa, Ica, Piura y Lima.

Según los resultados obtenidos, existe una relación positiva entre los gastos per cápita en salud para la primera infancia y los puntajes obtenidos en el índice de inversión pública a nivel departamental. Al respecto es importante aclarar que, si bien existe una tendencia positiva entre ambos resultados departamentales, a diferencia del componente de salud infantil, los componentes de nutrición y salud materna han mostrado resultados preocupantes y que necesitan ser entendidos con urgencia. Aún cuando existen avances en la dotación de servicios y programas para la atención de gestantes, niños y niñas entre 0 y 3 años, aún se tiene en la agenda Estatal la lucha contra la anemia y la desnutrición crónica, principalmente en los departamentos con mayores índices como Huancavelica, Junín, Puno, Cajamarca, entre otros; que tienen población culturalmente diversa y es preciso intervenciones con enfoque intercultural y de género que garanticen su acceso a los servicios de manera inclusiva y sin dejar a nadie atrás.

Existe una relación negativa entre los gastos per cápita en educación para la primera infancia y los puntajes obtenidos en el índice de inversión pública a nivel departamental. Los resultados obtenidos señalan puntajes bajos en el IPPI principalmente en los departamentos ubicados en la selva peruana, como Huánuco, San Martín, Madre de Dios, Ucayali y Loreto, donde también son evidentes los altos costos logísticos para la implementación de los servicios de educación, debido a las características geográficas de estos departamentos y su diversidad étnica. En tal sentido, es necesario adoptar estrategias que permitan que más niños y niñas accedan a la educación inicial, priorizando la Educación Intercultural Bilingüe (EIB) en departamentos como Huánuco, San Martín, Madre de Dios, Ucayali y Loreto donde predomina la población de lengua materna indígena y que en sus primeros años de educación necesitan recibir este servicio en sus lenguas indígenas.

Existe una relación negativa entre los gastos per cápita y los puntajes obtenidos en el índice de inversión pública en vivienda y saneamiento a nivel departamental. Resulta importante señalar que entre los departamentos con peores resultados se encuentran tanto departamentos de la Amazonía como de la sierra, donde las condiciones y características de los servicios de agua y saneamiento son muy precarios, especialmente en departamentos como Loreto, Amazonas y Ucayali. La precariedad de estos servicios ha tenido efectos directos sobre la salud, principalmente de los niños y niñas de estos departamentos, donde es urgente la implementación de estos servicios básicos.

Para el 2018, los departamentos con mejores resultados en el índice de inversión pública en primera infancia y menores gastos per cápita por niño entre 0 y 5 años, serían los más eficientes. Al respecto, es preciso señalar que esta interpretación se limita solo a aquellos departamentos que son comparables según características y resultados del IPPI. Los resultados de la relación entre el gasto público y el índice de infancia de esta investigación brindan una evaluación aproximada de la eficiencia del gasto público en infancia a nivel departamental, y nos brinda alcances sobre la disponibilidad de recursos y los resultados obtenidos a nivel departamental para la toma de decisiones. En tal sentido, se puede decir que, en 2018, se evidencia una mayor eficiencia de la ejecución del gasto público en infancia de Lambayeque frente a Ancash, Tacna frente a Moquegua, Huánuco frente a Amazonas, Cusco frente a Apurímac, Junín frente a Pasco y Puno frente a Huancavelica.

En el sector de vivienda y saneamiento, para el año 2018, se observa que comparativamente los departamentos con mayor eficiencia son Madre de Dios frente a Ucayali, La Libertad frente a Áncash, Ica frente a Tacna, Huánuco frente a Pasco y Junín frente a Amazonas. Por otro lado, en el sector salud, se observa que los departamentos con mayor eficiencia son Lambayeque frente a Áncash, San Martín frente a Madre de Dios, Tacna frente a Moquegua, Puno frente a Pasco y Ayacucho y Cajamarca frente a Huancavelica y Amazonas. Asimismo, en el caso del sector de educación, se observa que los departamentos con mayor eficiencia son Junín frente a San Martín, San Martín frente a Madre de Dios, Tacna frente a Moquegua, Huancavelica frente a Amazonas, Lambayeque frente a Áncash, Puno frente a Ayacucho.

## Bibliografía

Alcázar, Lorena y Alan Sánchez (2016). El gasto público en infancia y niñez en América Latina y el Caribe: ¿cuánto y cuán efectivo? Documento para Discusión, 448. Washington, DC: BID.

Barraud, A., & Torres, G. (2013). Una medición de la eficiencia del gasto público en las provincias argentinas. CEPAL Disponible en: [https://www. CEPAL. org/sites/default/files/events/files/barraud\\_torres\\_-\\_eficiencia\\_gastoar. pdf](https://www. CEPAL. org/sites/default/files/events/files/barraud_torres_-_eficiencia_gastoar. pdf).

Becker, G. S. y Tomes (1986), “Human Capital and the Rise and Fall of Families”, *Journal of Labor Economics*, 4, 1-39.

Bloom, B. S. (1964). Compensatory Education for Cultural Deprivation. (Based on Working Papers Contributed by Participants in the Research Conference on Education and Cultural Deprivation).

Cala-Vecino, J. (2018). Es preciso reconocer nuestra deuda con la infancia. *MedUNAB*, 21(2), 69-76.

Campbell, F. A., & Ramey, C. T. (1994). Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: a follow-up study of children from low-income families. *Child development*, 65(2), 684-698.

Carneiro, P., Hansen, K. y Heckman, J. (2003). “Estimating Distributions of Treatment Effects with an Application to the Returns to Schooling and Measurement of the Effects of Uncertainty on College Choice”.

Carrasco, G., Chumpitaz, C., Leiva, D., Rodríguez, E., Yamamoto, J., Burga, P., ... & Talla, K. (2014). Gasto público en las niñas, niños y adolescentes en el Perú: metodología y seguimiento.

Cunha, F., y Heckman, J. (2007). “The Technology of Skill Formation”. En: *The American Economic Review*.

Dercon, S. (2004). Risk, insurance, and poverty: a review. *Insurance against poverty*, 9-37.

Garcimartín, C., Frutos, R., Rodrigo, J. A., & Rodríguez, M. (2018). Medición de la inversión presupuestaria la infancia. Retrieved from:

Hanushek, Eric A., 1995, "Interpreting Recent Research on Schooling in Developing Countries", World Bank Research Observer, vol. 10, No. 2, págs. 227–46.

Heckman, J. J. (2008a). Schools, skills, and synapses. *Economic inquiry*, 46(3), 289-324. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp3515.pdf>

Heckman, J.; Stixrud, J.; y Urzúa, S. (2006). "The effects of cognitive and noncognitive abilities on labor market outcomes and social behavior". En: *Journal of Labor Economics*.

Heckman, J.J. (2006b) Investing in Disadvantaged Young Children is an Economically Efficient Policy, ponencia presentada durante la conferencia Building the Economic Case for Investments in Preschool, Nueva York, 10 de enero de 2006, Nueva York, Comité de Desarrollo Económico/The Pew Charitable Trusts/PNC Financial Services Group.

Herrera Catalán, P., & Francke, P. (2009). Análisis de la eficiencia del gasto municipal y de sus determinantes.

Índice de Progreso Social Regional del Perú 2017, disponible en: <http://vcentrum.pucp.edu.pe/promomails/folleto.pdf>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2013). Informe General "Optando por la Paz y la Prosperidad Social". Informe de implementación de la Ley 1098 de 2006 y Rendición Pública de Cuentas Nacional sobre la Garantía de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Juventud, 2005-2012. Bogotá, D.C. Imprenta Nacional de Colombia.

LEY N° 28927 disponible en:  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/sectr\\_publ/presu\\_2007/Ley28927\\_Presupuesto\\_2007.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/sectr_publ/presu_2007/Ley28927_Presupuesto_2007.pdf)

Mansilla, M. E. (2011). Etapas del desarrollo humano.

Muñoz, I. (2007). Gasto público en educación, salud y nutrición de niños, niñas y adolescentes en el Perú (2000–2005). *Economía*, 30(59-60), 219-246.

Myers, R. (1979). *Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*. OPS,

OEA (2010). *Primera infancia: Una mirada desde la neurociencia*. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/pdf-iin/rh/primera-infancia-esp.pdf>

Psacharopoulos, G. (1980). *The Economics of Early Childhood Services: A Conceptual Framework and Some Empirical Dimensions*. OECD, Centre for Educational Research and Innovation.

Schweinhart, L. J., Barnes, H. V., & Weikhart, D. P. (2005). Significant benefits: The High/Scope Perry preschool study through age 27. *Child welfare: Major themes in health and social welfare*, 9-29.

Shonkoff & Phillips (2000) “De Neuronas a Barrios: La Ciencia del Desarrollo de la Primera Infancia”

Sparling, J., & Meunier, K. (2019). Abecedarian: An Early Childhood Education Approach that has a Rich History and a Vibrant Present. *International Journal of Early Childhood*, 51(2), 207-216.

Tuñón, I. (2011). *Situación de la Infancia a inicios del Bicentenario. Un enfoque multidimensional y de derechos*.

UNICEF & INEI (2010). “Estado de la niñez en el Perú”, disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/576>

UNICEF (2015). *Informe sobre la equidad del gasto publico en la infancia y la adolescencia en México*. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2019-10/UNICEF\\_PNUD\\_Equidad\\_Gasto.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2019-10/UNICEF_PNUD_Equidad_Gasto.pdf)

UNICEF (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Informe. Nueva York: Unicef.

UNICEF (2018) *Gasto en niñez y adolescencia del presupuesto nacional*. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/gasto-en-ninez-y-adolescencia-del-presupuesto-nacional>

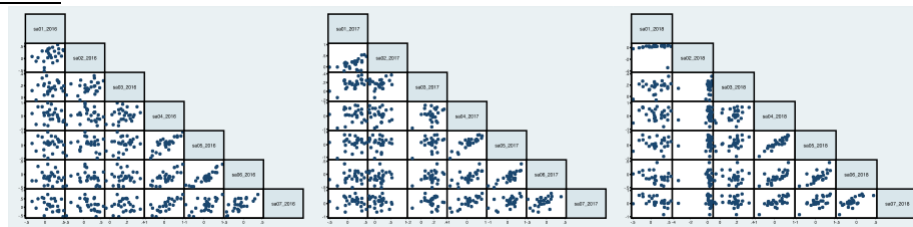
Vásquez, E. (2012). El Perú de los pobres no visibles para el Estado: la inclusión social pendiente a julio del 2012. Lima: Universidad del Pacífico, Centro de Investigación. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11354/383>

Webb, S., Janus, M., Duku, E., Raos, R., Brownell, M., Forer, B., ... & Muhajarine, N. (2017). Neighbourhood socioeconomic status indices and early childhood development. *SSM-population health*.

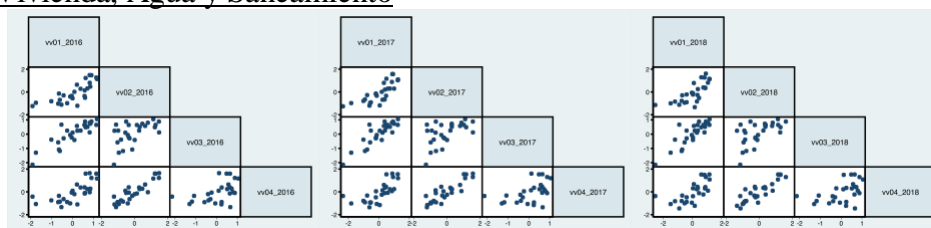
## Anexos

### Anexo 1. Matriz de correlaciones según componente, 2016 – 2018

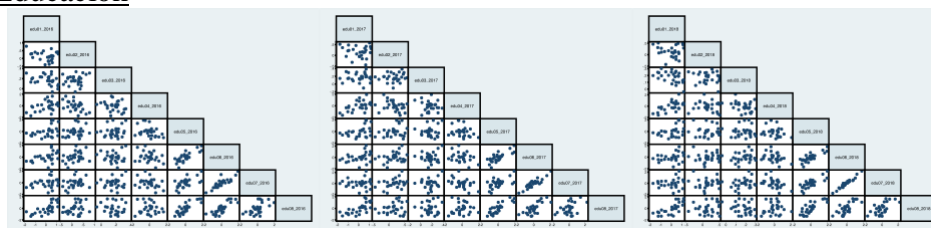
#### Salud



#### Vivienda, Agua y Saneamiento



#### Educación



### Anexo 2. Listado de Programas Presupuestales analizados para la evaluación del gasto público en infancia

COD	PROGRAMA PRESUPUESTAL	POBLACIÓN OBJETIVO	TIPO DE GASTO
0001	Programa articulado nutricional	Niñas y niños menores de 5 años	E
0002	Salud materno neonatal	Población integrada por mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años de edad) y varones en edad fértil, y a todo recién nacido, desde el nacimiento hasta los 28 días de vida (neonato). Algunos productos del Programa presupuestal tienen además una población objetivo de varones	NE
0016	TBC-VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población en general afectada por tuberculosis en cualquiera de sus formas</li> <li>• Población en general contacto cercanos y/o domiciliarios de personas afectadas por tuberculosis</li> <li>• Población general con conductas de riesgo, especialmente varones jóvenes</li> <li>• Gestantes con diagnóstico de VIH, sífilis y hepatitis B,</li> <li>• Niños con diagnóstico de VIH, sífilis y hepatitis B.</li> <li>• Población clave: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadora (e)s sexuales, población privada de libertad, ente otras</li> <li>• Gestantes, recién nacidos niños y adultos con diagnóstico confirmado de hepatitis B crónica</li> </ul>	NE

COD	PROGRAMA PRESUPUESTAL	POBLACIÓN OBJETIVO	TIPO DE GASTO
0017	Enfermedades metaxénicas y zoonosis	Población susceptible de adquirir una enfermedad metaxénica o zoonosis. Estas personas son residentes en zonas endémicas de estas enfermedades, así como migrantes que se movilizan hacia estas zonas. Todas las edades y sexos son susceptibles de enfermar.	NE
0018	Enfermedades no transmisibles	Salud Ocular: Niños recién nacidos con factores de riesgo para ROP , niños de 3 a 11 años con errores refractivos no corregidos, personas mayores de 50 años con ceguera por catarata en situación de pobreza y pobreza extrema. Persona mayor de 30 años con glaucoma. Paciente diabético con Retinopatía en situación de pobreza y pobreza extrema Salud Bucal: Niños, gestantes y adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema No Transmisibles: Población en situación de pobreza y pobreza extrema Salud Mental: Población en situación de pobreza y pobreza extrema Metales Pesados: Población expuesta a una fuente contaminante, considerando como población vulnerable a niños (de 0 a 11 años) y gestantes en las regiones priorizadas (Ancash, Cajamarca, Cusco, Madre de Dios, Huánuco, Junín, Cerro de Pasco y Puno)	NE
0024	Prevención y control del cáncer	Población general en condición de pobreza y pobreza extrema	NE
0036	Gestión integral de residuos solidos	1874 distritos a nivel nacional	NE
0046	Acceso y uso de la electrificación rural	La población rural, aislada o de frontera que no cuenta con servicio eléctrico que alcanzará cobertura con los proyectos previstos en el Plan Nacional de Electrificación Rural (PNER) 2014-2023	NE
0047	Acceso y uso adecuado de los servicios públicos de telecomunicaciones e información asociados	Población sin acceso a servicios públicos de telecomunicaciones e información asociados	NE
0048	Prevención y atención de incendios, emergencias médicas, rescates y otros	Toda la población del territorio nacional que sufra una emergencia.	NE
0049	Programa nacional de apoyo directo a los más pobres	La población objetivo al año 2019 asciende a 737,012 hogares en condición de pobreza que cuentan con gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años de edad, que cumplen con los criterios de focalización.	NE
0058	Acceso de la población al a propiedad predial formalizada	Posesionarios de lotes urbanos informales identificados en el estudio de la demanda remanente. Se consideran también las posesiones informales establecidas entre el 01 de enero del 2005 al 24 de	NE
0059	Bono familiar habitacional	Población urbana con recursos insuficientes para acceder a condiciones de habitabilidad adecuada.	NE
0067	Celeridad en los procesos judiciales de familia	Personas que son parte procesal (demandante o denunciante, demandado o denunciado por propio derecho o representación de niño, niña y adolescente) en un proceso judicial tramitado en un órgano jurisdiccional de Familia en 34 Cortes Superiores de Justicia, conformado por 185 órganos jurisdiccionales de Familia.	NE
0068	Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	Población expuesta a la acción de peligros o amenazas de intensidad muy elevada como son Fenómeno El Niño, los sismos fuertes y los tsunamis. Población expuesta a la alta recurrencia de peligros meteorológicos (bajas temperaturas, lluvias e inundaciones y remoción de masas)	NE
0072	Programa de desarrollo alternativo integral y sostenible-pirdais	Familias rurales que cultivaron, cultivan y podrían cultivar coca con fines ilícitos, o afectadas por la dinámica de la economía ilegal impulsada por el tráfico ilícito de drogas, que cumplen con los criterios de focalización del programa	NE
0079	Acceso de la población a la identidad	Todos los peruanos, residentes y no residentes en el país. Según las estimaciones del INEI, para el 2015, la población total será de 31'151,643 peruanos	NE

COD	PROGRAMA PRESUPUESTAL	POBLACIÓN OBJETIVO	TIPO DE GASTO
0080	Lucha contra la violencia familiar	Para la prevención: Población en general Para la atención: Niños, niñas, adolescentes, mujeres adultas y personas adultas mayores, afectadas por violencia familiar y sexual.	NE
0082	Programa nacional de saneamiento urbano	La población que vive en el ámbito urbano (más de 2000 habitantes) que no tiene acceso pleno de calidad y sostenible a los servicios de agua potable y alcantarillado.	NE
0083	Programa nacional de saneamiento rural	Habitantes de los Centro Poblados Rurales del País, sin acceso a servicio de agua y saneamiento sostenible y de calidad; priorizando la atención de aquellas comprendidas en centros poblados con más de 200 y menos de 2000 habitantes	NE
0086	Mejora de los servicios del sistema de justicia penal	Personas que han sido víctimas de la presunta comisión de un Delito y que han sido de conocimiento de las autoridades competentes	NE
0090	Logros de aprendizaje de estudiantes de la educación básica regular	Estudiantes de instituciones educativas públicas o programas de II (3-5 años) a VII ciclo de educación básica regular.	NE
0091	Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular	Niños, niñas y adolescentes de 3 a 16 años que no acceden a servicios de la Educación Básica Regular en la edad oficial establecida para el nivel inicial, primaria y secundaria.	NE
0098	Cuna Más	La población objetivo está definida por niños y niñas menores de 36 meses que viven en los centros poblados focalizados	E
0101	Incremento de la práctica de actividades físicas, deportivas y recreativas en la población peruana	Población de 5 a más años de edad	NE
0104	Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas	Aquella población con una mayor exposición a emergencias y urgencias médicas, como accidentes de tránsito, accidentes en viviendas, accidentes laborales, enfermedades agudas que se presentan fuera de los establecimientos, y que ellos mismos o terceros llamen o acudan a los servicios de atención de emergencias	NE
0106	Inclusión de niños, niñas y jóvenes con discapacidad en la educación básica y técnico productiva	Personas con discapacidad intelectual, visual, auditiva y/o motora, o autismo de 0 a 29 años que no han culminado la educación básica	NE
0108	Mejoramiento integral de barrios	Población asentada en Barrios Urbano Marginales – BUM carentes de servicios de infraestructura y de equipamiento, cuyo origen se encuentra en la ocupación informal del suelo sobre el que están asentados	NE
0109	Nuestras ciudades	Población en ciudades priorizadas e identificadas por los criterios de selección considerando: ciudades intermedias con una población entre 20,000 y 500,000 habitantes, las ubicadas en zonas de frontera, las afectadas por fenómenos naturales y las que por razones de ubicación y/o función real o potencial resulten siendo estratégicas para el desarrollo nacional	NE
0111	Apoyo al hábitat rural	Familias rurales en situación de pobreza y pobreza extrema.	NE
0115	Programa nacional de alimentación escolar	Niñas y niños en el nivel de educación inicial, a partir de los 3 años de edad, y en el nivel de educación primaria que asisten a las instituciones educativas públicas del Perú	NE
0117	Atención oportuna de niñas niños y adolescentes en presunto estado de abandono	Niñas, niños y adolescentes cuyas madres biológicas utilizan castigo severo	NE
0129	Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	Personas con discapacidad que desarrollan condiciones secundarias y/o incrementan su grado de discapacidad	NE
0061 - 0138	Reducción del costo, tiempo e inseguridad vial en el sistema de transporte terrestre	Intervención Universal	NE
0148	Reducción del tiempo, inseguridad y costo ambiental en el transporte urbano	14,759,757 habitantes que son afectados por un mal transporte urbano, los cuales habitan en 11 ciudades	NE
9002	Acciones presupuestarias que no resultan en productos - APNOP	-	(Calificación caso a caso)