



**“SERVICIO DE CUIDADO DIURNO VERSUS SERVICIO DE
ACOMPañAMIENTO A FAMILIAS: ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS SERVICIOS DEL
PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN EL DESARROLLO
INFANTIL TEMPRANO”**

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

Presentado por

**Sr. Marcos Manuel Bravo Ñañez
Sr. Oscar Daniel Calderón Taramona**

Asesor: Profesor Manuel Fernando Barrón Ayllón

2018

Dedicatoria

A Nicolás, Johanna, Lucy y Oscar por la motivación, el apoyo y comprensión constante.

Daniel

A mi hijo Marcos Mauricio por iluminar mi vida, a mi esposa Maritza por apoyarme cada día, a mi madre, hermano y familia por enseñarme que con decisión y perseverancia se logran las cosas.

Marcos

Agradecimiento

Un agradecimiento especial al profesor Manuel Fernando Barrón Ayllón por los conocimientos y recomendaciones brindadas que fueron fundamentales en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Resumen ejecutivo

Los primeros años de vida son fundamentales para lograr el desarrollo adecuado de los niños, especialmente los de entornos más pobres, que presentan mayores brechas; estas brechas no solo se generan en este contexto, sino que perduran durante toda la vida. En América Latina y el Caribe, los niños que viven en condición de pobreza alcanzan niveles más bajos de desarrollo infantil, una mayor incidencia de deserción escolar y reciben salarios más bajos al crecer. Este contexto les dificulta salir del ciclo de pobreza en el que crecieron.

En el año 2011, se crea, sobre la base del ex Programa Nacional WawaWasi (PNWW), el Programa Nacional Cuna Más (PNCM), un programa focalizado que tiene el objetivo de mejorar el desarrollo infantil de los niños menores de 3 años de edad, a través de dos servicios: el Servicio de Cuidado Diurno (SCD), para brindar atención preferentemente en ámbitos urbanos, y el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), para brindar atención preferentemente en ámbitos rurales. Al respecto, es preciso resaltar que, existen centros de atención del SCD en ámbitos rurales, los que se heredaron del PNWW. Esta circunstancia, nos permite analizar y comparar los resultados alcanzados por el SCD y el SAF en el ámbito rural, generando evidencia que nos permita identificar oportunidades de mejora en los servicios del PNCM, análisis que se integra con estudios complementarios realizados al PNCM

La presente investigación utiliza un método cuasi experimental a través de un estimador de diferencias en diferencias, encontrando diferencias significativas a favor del SCD en las dimensiones socioemocional, comunicativa y motora fina, por lo que sugerimos principalmente implementar reformas al SAF para fortalecer esas dimensiones y revisar los criterios de focalización del PNCM. Asimismo, a pesar de que el método propuesto es el más acorde a las características de información disponibles, los presentes resultados deben ser tomados con cautela, pero son lo suficientemente robustos para iniciar la reflexión y el debate sobre las modalidades de intervención del PNCM.

Índice

Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	viii
Capítulo I. Introducción.....	1
1. Antecedentes.....	1
2. Planteamiento del problema.....	2
3. Justificación.....	3
4. Objetivo general.....	4
5. Objetivos específicos.....	4
6. Hipótesis.....	4
7. Alcances y limitaciones del estudio.....	6
Capítulo II. Revisión de la literatura.....	7
1. Descripción y resultados de programas de desarrollo infantil temprano.....	7
Capítulo III. El Programa Nacional Cuna Más (PNCM).....	11
1. Servicio de Cuidado Diurno (SCD).....	12
2. Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF).....	15
3. Marco lógico del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).....	18
4. Instrumento para medir los resultados en los niños del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).....	21
5. La calidad de los servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).....	22
Capítulo IV. Metodología.....	25
1. Justificación de la metodología elegida.....	25
2. Alcance.....	26
3. Enfoque metodológico.....	26
Capítulo V. Análisis de la información.....	28
1. Datos.....	28
2. La definición del tratamiento.....	31

Capítulo VI. Resultados.....	32
1. Resultados.....	32
Capítulo VII. Discusión	35
Conclusiones y recomendaciones.....	37
1. Conclusiones.....	37
2. Recomendaciones	38
Bibliografía.....	41
Notas biográficas.....	44

Índice de tablas

Tabla 1.	Efecto de tratamiento en los tratados del SAF	3
Tabla 2.	Efecto del SCD en el Desarrollo Infantil Temprano	4
Tabla 3.	Usuarios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). 2012-2016.....	11
Tabla 4.	Usuarios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) por ámbito - año 2016 .	12
Tabla 5.	Criterios de focalización del Servicio de Cuidado Diurno (SCD).....	12
Tabla 6.	Usuarios atendidos por el Servicio de Cuidado Diurno (SCD)	15
Tabla 7.	Criterios de focalización del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)	16
Tabla 8.	Usuarios atendidos por el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF).....	18
Tabla 9.	Modelo lógico del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).....	19
Tabla 10.	Estadísticas descriptivas	28
Tabla 11.	Resultados de las estimaciones.....	34

Índice de gráficos

Gráfico 1. Esquema del estimador de DiD	27
---	----

Capítulo I. Introducción

1. Antecedentes

De acuerdo con la literatura internacional, el desarrollo infantil temprano es el pilar del desarrollo socioeconómico de un país, y la evidencia científica documentada recientemente sugiere que es importante invertir en los niños durante sus primeros años de vida, incluso antes de su nacimiento, ya que las intervenciones posteriores a los 36 meses de edad podrían tener costos muy elevados y ser ineficaces. Lo recomendable es implementar intervenciones integrales que abarquen salud, nutrición, estimulación temprana y orientación a los padres para mejorar sus habilidades parentales, focalizando estas intervenciones hacia los más pobres que es donde se consiguen mayores retornos económicos. Los niños más pobres son quienes están expuestos a mayor riesgo debido a una mala nutrición, condiciones insalubres, déficit en los nutrientes y calorías consumidas, entornos de aprendizaje poco estimulantes y otros riesgos que afectan su desarrollo cognitivo, motora (fina y gruesa), comunicativa y socioemocional (Araujo, López-Boo y Puyana 2013; Berlinski y Schady 2015; López-Boo, Araujo y Tomé 2016; Bedregal, Gertner, Johannsen y Martínez 2016).

En América Latina y el Caribe, los programas de desarrollo infantil temprano se centran en estimulación cognitiva precoz, debido a los déficits de desarrollo entre los niños pobres, especialmente en el lenguaje y la cognición. Las intervenciones en la región suelen ser de dos tipos: i) servicios a través de centros infantiles, implementados generalmente en las zonas urbanas, y ii) servicios enfocados en el hogar, implementados generalmente en las zonas rurales; buscando que se generen cambios en el comportamiento de los padres y mejorar el entorno familiar.

La evidencia en las intervenciones que buscan el desarrollo infantil temprano, ha motivado que muchos países de América Latina y el Caribe, entre ellos Perú, incluyan este tipo de programas en la agenda. Según Berlinski y Schady (2015), Perú ha tenido un crecimiento importante en la inversión en la primera infancia, alrededor del 0,4% del PBI en niños menores de 5 años, pero por debajo del 0,7% que se invierten en promedio los países de la OECD.

En octubre del año 2011, se creó en el Perú el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). El año siguiente (2012), el MIDIS creó el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) con el objetivo de mejorar el desarrollo infantil de los niños menores de 3 años de edad, en las dimensiones cognitiva, motora (fina y gruesa), comunicativa y socioemocional, en zonas de pobreza y pobreza extrema. El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) se creó sobre la base del ex

Programa Nacional WawaWasi (PNWW), que ofrecía atención integral brindando alimentación, salud, actividades recreativas y formativas, a niños menores de 48 meses de edad, cuyos padres o cuidadores tenían que trabajar y no podían atenderlos en sus hogares. Los niños eran atendidos en el hogar de una madre cuidadora, que era una persona voluntaria de la comunidad, capacitada por el programa para cumplir esta tarea.

Actualmente, el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) ofrece dos servicios. En primer lugar, está el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) que es el modelo de atención iniciado por el ex Programa Nacional WawaWasi y que luego tuvo algunas modificaciones que se describen con detalle en el documento (principalmente una migración de la atención desde los hogares de las madres a los centros de cuidado diurno ubicados en locales comunales). En segundo lugar, desde el año 2012 el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) ha implementado el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) a través de visitas semanales a los hogares a cargo de un facilitador (miembro de la comunidad), capacitado por el programa, además de sesiones grupales de socialización e interaprendizaje, con el fin de dar asesoría a los padres para mejorar sus prácticas de cuidado.

2. Planteamiento del problema

Según a Araujo, López-Boo y Puyana (2013), en Perú, el 48% de los niños del quintil de ingresos más pobres padecen desnutrición crónica (en comparación con 5% del quintil de ingresos más rico). Además, muestran evidencia reciente en países de la región, donde documentan brechas alarmantes en el desarrollo cognitivo medido a través de una prueba de vocabulario entre niños de los estratos socioeconómicos más y menos pobres. Se encuentra que, a los 6 años de edad, los niños del cuartil más pobre tienen un nivel de vocabulario equivalente al de los de niños de 3,5 años en Nicaragua, 4 en Ecuador y Perú, y 4,5 años en Colombia. De acuerdo con Guerrero y Demarini (2016), en Perú el número de niños atendidos por los programas de Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI) focalizados en niños menores de 3 años de edad ha ido en aumento, aunque el porcentaje de la población que se atiende es bastante bajo, solo el 11,3% de niños menores de 3 años de edad participan en un programa de AEPI.

Por lo antes expuesto, es recomendable implementar servicios de desarrollo infantil temprano de calidad y focalizados en poblaciones vulnerables que permitan reducir las brechas existentes, pues los efectos adversos que se generan en los primeros años de vida, perduran y se evidencian durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta, afectando el aprendizaje, el rendimiento escolar, las decisiones de empleo y la salud, entre otras variables.

3. Justificación

Actualmente, ambos servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) han sido evaluados a través de evaluaciones de impacto, que se han llevado a cabo de forma independiente:

La evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) utilizó un diseño experimental y se encontraron impactos positivos y significativos en la resolución de problemas y comunicación, en niños de 1 a 24 meses, como se muestra en la Tabla 1. Dentro del estudio se evidencia que la actividad de las sesiones de socialización no se estaba implementando, esto debido a que exigía demasiado tiempo de los acompañantes técnicos del programa.

Tabla 1. Efecto de tratamiento en los tratados del Servicio de Acompañamiento a Familias.

Área	Impacto	EE	P-valor
Tratamiento: igual a 1 si el niño recibe al menos una visita del SAF			
Resolución de problemas	0,098*	0,048	0,042
Comunicación	0,122*	0,049	0,013
Motricidad fina	0,094+	0,055	0,089
Personal-social	0,102+	0,057	0,074
Motricidad gruesa	-0,012	0,047	0,801
Total (todas las áreas)	0,098*	0,043	0,024
Total (RP+Com+MF)	0,097**	0,037	0,009
Tratamiento: el número de visitas recibidas por el niño			
Resolución de problemas	0,001*	0,001	0,042
Comunicación	0,002*	0,001	0,013
Motricidad fina	0,001+	0,001	0,090
Personal-social	0,002+	0,001	0,074
Motricidad gruesa	0,000	0,001	0,801
Total (todas las áreas)	0,001*	0,001	0,025
Total (RP+Com+MF)	0,001**	0,001	0,009

Notas: La parte superior de la tabla define el tratamiento como una variable dicotómica de valor 1 si el niño recibió alguna visita y 0 si no lo hizo. La parte inferior define el tratamiento como el número de visitas efectivamente recibido. Los puntajes totales se calcularon por análisis factorial. Los controles incluyen la edad del niño, el sexo, los puntajes d LB en las 5 áreas del ASQ-3, los identificadores de los entrevistadores, la educación de la madre, una variable dicotómica igual a 1 si el hogar respondió la encuesta de LB en una lengua indígena, y el índice de riqueza. Todas las estimaciones incluyen un efecto fijo del trío de distritos según el cual se hizo la asignación aleatoria del tratamiento y corrigen los errores estándar a nivel de distrito. Coeficientes significativos al + p<0.10, * p<0.05, ** p<0.01.

Fuente: Evaluación de Impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más (2016).

Por otro lado, la evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) utilizó un diseño cuasi experimental (sin asignación aleatoria a cada grupo de estudio), utilizando la técnica *Propensity Score Matching*. Se puede ver en la Tabla 2, que en la muestra sin emparejamiento no existe impacto. Sin embargo, al comparar niños con características similares en las variables observables, se tendría un impacto positivo y significativo en el desarrollo infantil, en niños de entre 30 y 36 meses.

Tabla 2. Efecto del Servicio de Cuidado Diurno en el Desarrollo Infantil Temprano

Método de comparación	Promedio tratados	Promedio de controles	Diferencia	Error estándar	t-estadístico	p-value
Sin emparejamiento	0.042 (N=197)	-0.027 (N=2625)	0.069	0.072	0.957	0.338
Vecino más cercano. Tres vecinos. (cal.=0.01)	0.100 (N=175)	-0.115 (N=460)	0.215	0.093	2.303	0.022
Kernel (Bw=0.01 - Epanechnikov)	0.100 (N=175)	-0.103 (N=1240)	0.203	0.089	2.267	0.024

Nota: Diferencias en negrita indican que son estadísticamente significativas al 5% o menos.

Variables usadas para el emparejamiento: sexo (femenino), edad del niño o niña, peso del niño al nacer, orden de nacimiento del niño o niña, madre realizó controles pre-natales, parto en un lugar seguro, madre utiliza jabón o detergente para lavarse las manos, el agua del hogar es tratada para el consumo, edad de la madre, años de educación de la madre, lengua materna indígena de la madre, madre no trabaja, madre trabaja en labores técnicas, madre trabaja en labores no calificadas, madre actualmente casada o conviviente, número de personas con 18 años o más en el hogar, índice de nivel socioeconómico, periodo de la Encuesta.

Fuente: Evaluación de Impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más (2017).

Considerando que existen centros del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), en centros poblados del ámbito rural, no se ha evaluado cuál de estas dos intervenciones genera mejores resultados en el desarrollo infantil temprano. Por lo tanto, buscamos aprovechar esta situación atípica, en la que existen dos servicios con un objetivo común, ofrecidos a poblaciones de características similares, para analizar cual podría estar teniendo mayor impacto.

La presente investigación tiene como objetivo analizar los resultados obtenidos por ambos servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), a efectos de identificar oportunidades de mejora en ambos servicios, para proponer reformas en las intervenciones del programa.

4. Objetivo general

Proponer mejoras en las intervenciones del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).

5. Objetivos específicos

Analizar los resultados obtenidos de los servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) en el desarrollo infantil temprano.

Identificar oportunidades de mejora en los servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).

6. Hipótesis

Ambos servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), tienen como objetivo mejorar el desarrollo infantil en niños menores de 36 meses, en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema, en cinco dimensiones: desarrollo cognitivo, comunicativo, motora fina, motora gruesa y socioemocional. Sin embargo, cada servicio del programa tiene sus propios lineamientos

técnicos. De acuerdo con los lineamientos técnicos del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), la atención al niño se brinda en ambientes acondicionados, en jornadas de 40 horas semanales y donde se incluye la atención alimentaria. Por otro lado, de acuerdo a los lineamientos técnicos del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), la atención está enfocada en los padres y se brinda a través de visitas al hogar, que se realizan semanalmente, durante una hora. Además, dentro de los lineamientos se detalla que las familias beneficiarias del servicio reciben materiales para ayudar al desarrollo del niño. Las visitas a las familias se complementan con sesiones de socialización, sin embargo, estas sesiones no se están implementando, de acuerdo con la evidencia mostrada por Araujo, M.; Dormal, M.; y Rubio-Codina, M. (2016).

A simple vista, al comparar los lineamientos técnicos de ambos servicios, el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) parece ser más completo. Por ejemplo, los niños están expuestos a ambientes apropiados para desarrollarse en las cinco dimensiones del programa, tienen más horas de tratamiento y reciben alimentación adecuada para su edad. Además, dadas las características del servicio, existe un mayor control en que el servicio se brinde siguiendo la curricula propuesta, algo que no se podría asegurar en el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) donde se espera y asume que los padres pondrán en práctica las recomendaciones del programa.

Por otro lado, Baker-Henningham y López-Boo (2013), recopilan evidencia de estudios realizados en los Estados Unidos que sugieren que las intervenciones de visitas a los hogares son menos efectivas que los servicios en centros de cuidado para promover resultados en los niños. López-Boo, Araujo y Tomé (2016), encuentran evidencia que sugiere que, en el caso de los centros de cuidado infantil, la situación de los niños más vulnerables tiene un gran potencial de mejora, siempre y cuando se brinden servicios de calidad. De acuerdo con Guerrero y Demarini (2016), quienes indican que en términos de desarrollo cognitivo, los niños que asisten a un centro preescolar obtienen mejores resultados que aquellos que permanecen en el hogar, además en base al análisis realizado por López-Boo, Araujo y Tomé (2016), sugieren que en el caso de los niños de familias muy pobres, incluso los centros de cuidado que brindan atención de baja calidad pueden producir resultados positivos si el entorno es mejor que el de su propio hogar.

Por las razones expuestas anteriormente, la hipótesis propuesta es que el Servicio de Cuidado Diurno (SCD), logra mejores resultados en el desarrollo infantil temprano que el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), en poblaciones rurales que tengan entre 500 y 2000 habitantes.

7. Alcances y limitaciones del estudio

La base de datos con la que se cuenta es limitada de acuerdo con las variables, ya que no contiene información detallada de las familias que utilizan el Programa Nacional Cuna Más (PNCM), como el nivel de educación de los padres, el nivel socioeconómico de la familia, el número de niños en la familia, las características del hogar y la percepción de la importancia del desarrollo de la primera infancia de los padres o de las cuidadoras. Además, dentro de los datos no se distingue entre los tipos de locales donde se ofrece el Servicio de Cuidado Diurno (SCD): Hogares de Cuidado Diurno (HCD), Centros de Cuidado Diurno (CCD) y Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI), lo que impide hacer una evaluación más rigurosa. La muestra utilizada para esta investigación no fue diseñada para ser representativa, por lo tanto, los resultados deben ser interpretados con cautela y no deben generalizarse.

El desarrollo de la investigación se divide en siete capítulos: el capítulo I es introductorio; el capítulo II hace referencia a la revisión de la literatura de diferentes programas de desarrollo infantil temprano; en el capítulo III se describe de forma detallada el Programa Nacional Cuna Más (PNCM); en el capítulo IV se describe la metodología usada en la investigación; en el capítulo V se realiza el análisis de información; en el capítulo VI se muestran los resultados del análisis, y en el capítulo VII se realiza la discusión a partir de los resultados encontrados y la revisión de las diferentes evaluaciones realizadas al PNCM, consideradas en la investigación. Finalmente, en la última sección se plasman las conclusiones y se plantean las recomendaciones.

Capítulo II. Revisión de la literatura

1. Descripción y resultados de programas de desarrollo infantil temprano

Existe amplia literatura que sugiere que los primeros años de vida son fundamentales para alcanzar un adecuado desarrollo físico, psicosocial, emocional y cognitivo; para lograr estos resultados, son necesarios una buena nutrición, salud, así como estimulación y aprendizaje temprano. Es por eso que es necesario llevar a cabo intervenciones que ayuden a lograr estos objetivos, especialmente en entornos más pobres, que están expuestos a diferentes factores de riesgo, que podrían limitar el desarrollo de los niños, teniendo consecuencias en su vida adulta. Existe un consenso general de que las intervenciones deben ser de calidad e integrales, en las que deben abordarse salud, nutrición, aspectos cognitivos, socioemocionales, crianza y educación; además, la diversa evidencia generada a nivel internacional muestra que el rendimiento de la inversión es mayor en las intervenciones centradas en poblaciones más vulnerables, y si no se hacen estas intervenciones, será más difícil y costoso resolverlas más adelante (Araujo, López-Boo y Puyana 2013; Berlinski y Schady 2015; López-Boo, Araujo y Tomé 2016; Bedregal, Gertner, Johannsen y Martínez 2016).

López-Boo, Araujo y Tomé (2016) recopilan evidencia de que en América Latina y el Caribe los niños que viven en condición de pobreza alcanzan niveles de desarrollo más bajos, hay una mayor incidencia de abandono escolar y reciben salarios más bajos, lo que impide que escapen del ciclo de pobreza en el que crecieron. Por esta razón, las políticas dirigidas a los niños deben ocupar un lugar privilegiado en la agenda pública, porque este tipo de inversiones, cuando se lleva a cabo de manera adecuada, trae altos retornos, además de ayudar a reducir la transmisión continua de la pobreza y la desigualdad de una manera intergeneracional.

Araujo y López-Boo (2010) muestran que la mayoría de las intervenciones en América Latina y el Caribe están dirigidas a niños de 0 a 6 años de edad, enfocados en familias en situación de pobreza y que la forma de intervención ha sido variada, con centros de atención atendidos por profesionales o paraprofesionales, además de aquellos atendidos por madres de la comunidad, aquellos que se han enfocado en la educación a grupos de padres y aquellos que han recibido visitas a cargo de líderes comunales capacitados. Sin embargo, no todos cuentan con intervenciones complementarias en nutrición y salud. Berlinski y Schady (2015), rescatan que se ha incrementado el gasto en la región. Además, esta inversión es baja en comparación con la hecha por los países desarrollados, y que esta inversión puede ser deficiente si los recursos no se gastan bien, porque la evidencia muestra que los servicios en América Latina y el Caribe son de

mala calidad, donde en algunos casos podría dañar en lugar de ayudar a los niños que son usuarios del servicio.

Las intervenciones podrían agruparse en dos tipos: i) Servicios a través de centros infantiles, bastante común en las áreas urbanas; y ii) Servicios enfocados en el hogar, que generalmente se proporciona en las zonas rurales. Según Araujo, López-Boo y Puyana (2013) la oferta de servicios en centros infantiles ha crecido en los últimos años, mientras que los servicios enfocados en el hogar han reducido su cobertura, al contrario de lo que ha sucedido en Perú, con el Programa Nacional Cuna Más (PNCM), donde el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) ha aumentado considerablemente su cobertura en relación con el Servicio de Cuidado Diurno (SCD).

Con respecto a los servicios enfocados en los centros infantiles, estos tienden a ser de dos tipos: i) Centros Infantiles Institucionales, que se construyen o adaptan para proporcionar la atención de un centro infantil, donde los niños se agrupan generalmente según su edad y donde los cuidadores deben tener un certificado a nivel técnico o profesional en educación de primera infancia, a quienes se les paga, los que son muy comunes en países como Argentina, Chile, México y Uruguay.

ii) Centros Infantiles Comunitarios, que se implementan en países como Colombia, Guatemala y Perú, donde las cuidadoras son madres de la comunidad que son capacitadas en su lugar de trabajo, pero estas madres no necesariamente reciben un salario, ni son formalmente empleadas por el programa y no cumplen con los requisitos de formación académica o preparación laboral.

Dentro de los estudios más representativos en este tipo de intervenciones es el programa *High Scope Perry Preschool*, que se impartió en los Estados Unidos. De acuerdo con la revisión de la literatura de Guerrero y León (2017), el programa era brindado por maestros y tenía un diseño aleatorio, que combinó la asistencia de los niños al centro infantil, visitas domiciliarias semanales y sesiones grupales de padres, el que ha tenido seguimiento durante 40 años. La evidencia muestra que estos niños se encontraban mejor capacitados para comenzar la escuela primaria y más interesados en terminar la escuela secundaria, además, en la edad adulta, tuvieron menos probabilidades de participar en conductas delictivas y consiguieron mayores ingresos.

Araujo, López-Boo y Puyana (2013) analizan los resultados obtenidos a través de servicios orientados en centros infantiles en América Latina y el Caribe, y encuentran resultados muy variados. Por ejemplo, el programa Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) en Colombia, logró mejoras en el desarrollo cognitivo y, en el lenguaje, las matemáticas y el conocimiento

general, y estos se han mantenido a largo plazo. Sin embargo, en el corto plazo, aumentó la incidencia del comportamiento agresivo entre los niños del programa, el servicio es brindado por madres comunitarias que pasan por un proceso de formación y capacitación. En Bolivia, el Programa Integral de Desarrollo Infantil (PIDI), encontró efectos a corto plazo en el desarrollo motor, el lenguaje y las habilidades sociales, el servicio se brinda en centros de atención no formales, atendidos por madres cuidadoras de la comunidad que recibieron capacitación previa. En Chile, se identificó que los niños que asistieron a los jardines infantiles han logrado mejores resultados cuando ingresan a la escuela primaria. Asimismo, hay impactos positivos en el desarrollo cognitivo y social en Argentina y Uruguay, donde estos servicios se imparten a gran escala y son atendidos por profesionales. Por el contrario, la evaluación de impacto del Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense (PAININ) no muestra resultados significativos en el desarrollo de los niños. El análisis de Berlinski y Schady (2015) indica que los resultados han sido modestos y que los estudios muestran una relación beneficio-costo de 1,1 a 1,5 para este tipo de servicios, donde se ha demostrado que los programas tienen problemas de calidad que sugieren que estarían lejos de alcanzar su máximo potencial.

Por otro lado, Guerrero y Demarini (2016), indican que, en términos de desarrollo cognitivo, los niños que asisten a un centro preescolar obtienen mejores resultados que los que permanecen en el hogar. Además, en base al análisis realizado por López-Boo, Araujo y Tomé (2016) sugiere que, en el caso de los niños de familias muy pobres, incluso los centros de atención que ofrecen atención de baja calidad pueden producir resultados positivos si el entorno es mejor que el de su propio hogar.

Los servicios basados en el hogar ofrecen visitas domiciliarias 1 o 2 veces por semana, donde buscan mejorar las prácticas y actividades de los padres para lograr el desarrollo de sus hijos. El estudio más influyente se llevó a cabo en Jamaica, entre 1986 y 1989, y de acuerdo con la revisión de los estudios llevados a cabo en Jamaica, analizados por Berlinski y Schady (2015), los niños muestran resultados positivos en el desarrollo cognitivo de 0,8 desviación estándar. El seguimiento de los participantes también se realizó en la adolescencia y en el comienzo de la edad adulta. Los resultados muestran que después de 20 años de intervención, el grupo de tratados sigue teniendo un coeficiente intelectual más alto, mejores resultados escolares, mejor salud mental, comportamiento menos violento y salarios un 25% más altos que los del grupo de control. Entre las mejores prácticas dejadas por el programa de visitas domiciliarias en Jamaica están el uso de juguetes caseros, el diseño de un currículo estructurado que podría ser implementado por promotores de salud capacitados y no necesariamente por profesionales, y el componente de

supervisión ocasional para garantizar la calidad.

Dentro del estudio realizado por Schodt, Parr, Araujo y Rubio-Codina (2015), donde analizan los principales programas enfocados en las visitas domiciliarias, muestran los resultados en Colombia donde se adaptó el currículo del programa Jamaica a mayor escala y con un diseño de evaluación aleatorizado. La intervención ofreció estimulación cognitiva y suplementos de micronutrientes, encontrando resultados en desarrollo cognitivo y lenguaje receptivo, mientras que los suplementos nutricionales no tuvieron un impacto significativo. En esta adaptación, las madres líderes capacitadas fueron utilizadas para realizar las visitas domiciliarias. Los autores muestran también los resultados del programa *Nurse Family Partnership* (NFP) en los Estados Unidos, uno de los programas más evaluados, focalizado en madres primerizas de bajos recursos y sus niños. El programa brindaba atención a través de una enfermera titulada desde el embarazo hasta los 24 meses de edad del niño, logrando resultados positivos en salud prenatal y puntajes más altos en matemáticas y lenguaje después de 6 años en la escuela, lo que ayudó a su expansión. Sin embargo, los resultados en otros programas en los Estados Unidos han sido mixtos y menos claros. Estos autores indican que en América Latina y el Caribe, el modelo de visitas domiciliarias utilizado en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela se basa en el programa cubano Educa a tu Hijo. Esta intervención es un programa intersectorial a gran escala que sirve a la mayoría de los niños pequeños en Cuba, donde los promotores que realizan las visitas domiciliarias son educadores, médicos, enfermeras y voluntarios, todos capacitados por el programa.

En la investigación realizada por Berlinski y Schady (2015) sobre las intervenciones enfocadas en las visitas domiciliarias, encuentran que en la región, los visitantes logran establecer buenas relaciones con las familias. Sin embargo, existen deficiencias a la hora de implementar el currículo, ejecutar las actividades y lograr el cambio de comportamientos propuesto por el programa. Esta investigación encuentra estudios que muestran una relación beneficio-costos que varía de 2,6 a 3,6 para este tipo de servicios.

Capítulo III. El Programa Nacional Cuna Más (PNCM)

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) se creó sobre la base del ex Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW) en el año 2012, mediante el Decreto Supremo N° 003-2012-MIDIS. Este programa social focalizado del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) tiene como objetivo mejorar el desarrollo infantil en niños menores de 36 meses de edad en situación de pobreza y pobreza extrema para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. En cuanto a la implementación del presupuesto por resultados, esto comenzó progresivamente a partir del año 2013, implementándose inicialmente solo el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) y desde el año 2014 se incorporó el Servicio de Cuidado Diurno (SCD). El programa presupuestal 0098 es el correspondiente al Programa Nacional Cuna Más (PNCM), este tiene dos productos, cada producto se refiere a la implementación de los servicios de PNCM.

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) en marzo de 2012, tenía una cobertura de 55.977 usuarios a través del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y a diciembre de 2016, esta cobertura se ha ampliado a 136.582 usuarios, a través de sus dos servicios.

Tabla 3. Usuarios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). 2012-2016

Servicio	Mar 2012	Dic 2012	Dic 2013	Dic 2014	Dic 2015	Dic 2016	Dic 2017
SCD	55.977	57.817	56.312	57.284	53.493	51.691	59.586
SAF	Inicio en el II Semestre 2012	4.385	33.563	51.810	81.874	84.891	100.672
Cobertura del PNCM	55.977	62.202	89.875	109.094	135.367	136.582	160.258

Fuente: Elaboración propia 2018.

Es importante resaltar que el Servicio de Cuidado Diurno (SCD), heredo los centros de atención del ex Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW), razón por la cual no solo se implementa en zonas urbanas como lo indica los criterios de focalización, sino que actualmente viene atendiendo a niños en centros poblados rurales, como se detalla a continuación:

Tabla 4. Usuarios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) por ámbito - año 2016

Centro Poblado	SAF	SCD	PNCM
Rural	84.891	12.720	97.611
Urbano	-	38.971	38.971
NACIONAL	84.891	51.691	136.582

Fuente: Elaboración propia 2018.

1. Servicio de Cuidado Diurno (SCD)

El Servicio de Cuidado Diurno (SCD) según los lineamientos técnicos¹ es una de las modalidades de intervención del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), a través del cual se brinda atención integral a niñas y niños de 6 a 36 meses de edad, que viven en zonas de pobreza y pobreza extrema, y requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades.

El Servicio de Cuidado Diurno (SCD) se brinda en zonas urbanas en tres tipos de locales²: i) Hogares de Cuidado Diurno (HCD); ii) Centros de Cuidado Diurno (CCD); y iii) Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI). Este servicio es cogestionado entre el Estado y la comunidad. En cualquiera de estos tres tipos de locales, se brinda atención a los niños de lunes a viernes durante 8 horas al día (de 8 a.m. a 4 p.m.). El servicio incluye la atención alimentaria y nutricional.

Los criterios de focalización del programa, se aprobaron a través de la Resolución Ministerial 148-2013-MIDIS, estableciendo que el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) se implementará en el ámbito urbano, conforme a lo siguiente:

Tabla 5. Criterios de focalización del Servicio de Cuidado Diurno (SCD)

Criterios socioeconómicos	Distritos con incidencia de pobreza total mayor o igual al 19,1%
Criterios categóricos	Distritos con al menos un centro poblado urbano (no rurales).

Fuente: Resolución Ministerial 148-2013-MIDIS.

¹ Directiva N° 010-2014-MIDIS/PNCM: Lineamientos técnicos del Servicio de Cuidado Diurno, aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 485-2014-MIDIS/PNCM.

² Dicha clasificación de locales se modifica en agosto del año 2016 a través de la Directiva N° 009-2016-MIDIS/PNCM, directiva que mantiene la existencia de los HCD y junta los otros dos tipos de locales manteniendo la denominación original de CIAI.

Todo centro poblado que se encuentra en un distrito focalizado y requiere ampliación de cobertura del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) es analizado bajo el parámetro rural o urbano, para en función a ello proponer el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) o Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), según corresponda.

Para brindar este servicio, es necesario desarrollar las siguientes actividades específicas en marco de la implementación del presupuesto por resultados³:

- **Asistencia técnica para la gestión y vigilancia de la comunidad**

Actividad que promueve condiciones para la administración de los recursos necesarios para la implementación, operación y monitoreo de la calidad del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), a través de la participación de actores locales en la cogestión del servicio. Los actores locales que participan en la gestión y vigilancia de la comunidad son el Junta Directiva del Comité de Gestión y el Consejo de Vigilancia.

- **Capacitación de equipos técnicos y actores comunales**

Actividad orientada al desarrollo de capacidades en los equipos técnicos y actores comunales. En relación con la capacitación, se desarrollan talleres, sesiones interaprendizaje y pasantías, y en términos de asistencia técnica, se desarrolla soporte técnico y asesoramiento especializado permanente. Estas estrategias son provistas desde la sede hasta las unidades territoriales por especialistas y expertos en disciplinas relacionadas con el servicio, y por los coordinadores del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), formadores, especialistas y acompañantes técnicos, a los actores de la comunidad, en forma de cascada.

- **Acondicionamiento y equipamiento de locales para el Servicio de Cuidado Diurno**

Segunda actividad más importante de este servicio destinada a mejorar las condiciones de habitabilidad de las instalaciones, cedidas en uso por la comunidad, y equipadas con mobiliario y material educativo de calidad, de acuerdo con los estándares del programa. Los lineamientos técnicos para el mantenimiento de locales del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) se definen en la Directiva N° 007-2015-MIDIS / PNCM. En este sentido, cualquier requisito es aprobado por la oficina central y transferido a los comités de gestión para su ejecución.

³ Elaborado en base al producto “Niñas y niños de 6 a 36 meses de edad que viven en situación de pobreza y extrema pobreza en zonas urbanas reciben atención integral en servicio de cuidado diurno” del anexo 2 del Programa Presupuestal 098: CUNA MÁS.

- **Atención integral durante el Servicio de Cuidado Diurno**

Actividad principal de este servicio destinado a brindar atención integral durante aproximadamente ocho (8) horas diarias de lunes a viernes en los Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI), Centros de Cuidado Diurno (CCD) y Hogares de Cuidado Diurno (HCD), a través de un conjunto de intervenciones articuladas y actividades complementarias dirigidas a garantizar el desarrollo y el bienestar de los niños. La atención integral incluye: aprendizaje de los niños, la atención alimentaria y nutricional y el cuidado integral de la salud. Es provisto directamente por las cuidadoras con el apoyo y la asistencia del equipo técnico de las unidades territoriales.

Por otro lado, de acuerdo a los hallazgos de Guerrero y León (2017) en el documento de evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) planificó que a partir del año 2013, el SCD implementaría un “paquete básico de reformas” que incluye los siguientes aspectos:

- Mejoramiento en la infraestructura y equipamiento de locales comunales existentes del programa o cedidos en uso para la migración de Hogares de Cuidado Diurno (HCD).
- Como parte de la nueva propuesta pedagógica se definieron principios de atención integral que guíen el trabajo en los locales del Servicio de Cuidado Diurno (SCD). Asimismo, se reorganizaron las salas y la asignación de niños por cuidadora. A partir del 2013 se cambió a 1 cuidadora por cada 4 niños en el grupo de bebés (6 a 10 meses) y gateadores (11 a 18 meses), y 1 cuidadora por cada 8 niños en el grupo de caminantes (19 a 24 meses) y exploradores (25 a 36 meses).
- Fortalecimiento de los equipos técnicos de campo y actores comunales, ampliando el número y perfil de los profesionales en las unidades territoriales. De este modo, el equipo en cada sede incluye: coordinador del servicio, formadores, especialistas y acompañantes técnicos entre otros profesionales. Asimismo, se definió un esquema de capacitación en cascada para los equipos técnicos y actores comunales del programa.
- En el año 2014 se aprobaron los Lineamientos Técnicos del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), los que bajo un enfoque de integralidad se actualizaron el año 2016.

El Servicio de Cuidado Diurno (SCD) tiene cobertura nacional y se encarga de brindar atención desde 2012 en casi todos los departamentos del país, con la excepción del departamento de Madre de Dios. Es importante tener en cuenta que, al crear el Programa Nacional Cuna Más (PNCM), se heredan más de 50.000 usuarios, en este sentido, es importante reflexionar sobre la relevancia de la cobertura heredada y la perspectiva de focalización del PNCM.

Tabla 6. Usuarios atendidos por el Servicio de Cuidado Diurno (SCD)

Departamento	SCD					
	Mar. 2012	Dic. 2012	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Dic. 2016
AMAZONAS	514	554	572	568	572	606
ANCASH	3.782	3.742	3.254	2.930	2.493	2.675
APURIMAC	3.849	4.021	4.047	4.364	3.897	3.464
AREQUIPA	3.707	3.763	3.694	3.495	3.246	3.372
AYACUCHO	2.621	2.624	2.493	3.239	3.180	2.894
CAJAMARCA	2.539	2.579	2.520	2.512	2.508	1.888
CALLAO	1.541	1.577	1.497	1.288	1.399	1.247
CUSCO	2.561	2.489	2.483	2.824	2.837	2.614
HUANCAVELICA	3.001	3.006	3.040	2.986	2.766	2.586
HUANUCO	1.514	1.386	1.350	1.205	1.128	1.036
ICA	1.727	1.764	1.762	1.719	1.490	1.392
JUNIN	2.558	2.596	2.543	2.967	2.821	3.042
LA LIBERTAD	1.065	1.131	976	1.039	1.053	1.170
LAMBAYEQUE	1.755	1.907	1.652	1.540	1.042	1.067
LIMA	9.472	10.062	10.068	10.069	8.904	8.717
LORETO	1.808	1.825	1.703	1.519	1.134	1.240
MADRE DE DIOS						
MOQUEGUA	743	750	755	751	744	668
PASCO	1.000	1.256	1.257	1.324	1.324	1.399
PIURA	1.917	1.966	1.895	1.725	1.870	2.072
PUNO	3.237	3.335	3.317	3.595	3.591	2.884
SAN MARTIN	1.224	1.214	1.208	1.203	1.031	1.104
TACNA	1.410	1.462	1.418	1.306	1.312	1.290
TUMBES	1.192	1.280	1.296	1.419	1.585	1.509
UCAYALI	1.240	1.528	1.512	1.697	1.566	1.755
Total general	55.977	57.817	56.312	57.284	53.493	51.691

Fuente: Elaboración propia 2018.

2. Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)

El Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) según sus lineamientos técnicos⁴ es la modalidad de intervención en el ámbito rural del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) cuya estrategia es la atención integral. La atención se realiza a través de visitas a hogares y sesiones de socialización, con la finalidad de promover el desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, capacidades y prácticas de cuidado y aprendizaje de las familias (gestante, madre, padre o cuidador principal) para mejorar el desarrollo infantil de los niños.

El SAF opera a través de un modelo de cogestión con la comunidad, la cual se implementa a través del desarrollo de las siguientes acciones:

⁴ Directiva N° 002-2013-MIDIS/PNCM: Lineamientos técnicos del Servicio de Acompañamiento a Familias, aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 010-2012-MIDIS/PNCM.

- **Visitas al hogar**

Acción principal que consiste en sesiones individualizadas con las familias, lo que permite un acompañamiento a la madre, padre u otro cuidador principal, preferiblemente en el hogar o en el espacio donde la familia desarrolla su actividad productiva. Estas visitas son desarrolladas por los facilitadores del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), que son miembros reconocidos por la comunidad, entrenados y supervisados permanentemente por los acompañantes técnicos. Las sesiones individualizadas se llevan a cabo con una frecuencia semanal y una duración promedio de 60 minutos. Para el desarrollo de esta actividad, las familias usuarias reciben materiales de juego y materiales que promueven prácticas de salud y nutrición, de esta forma, se busca que los principales cuidadores (padres u otro cuidador primario), que participan voluntariamente en el programa, pueden asumir la crianza de sus hijos de una manera libre, informada, responsable y consistente con sus valores y prácticas culturales

- **Sesiones de socialización**

Son acciones complementarias y de refuerzo a las visitas domiciliarias que reciben las familias, son realizadas por el acompañante técnico cada mes o cada trimestre considerando las características del ámbito, donde la dispersión de los ámbitos de atención es un factor crítico a tomar en cuenta a fin de asegurar que la mayor cantidad de familias puedan participar. Estas sesiones se realizan en espacios comunales, teniendo una duración aproximada de hora y media.

Los criterios de focalización del programa, se aprobaron a través de la Resolución Ministerial 148-2013-MIDIS, estableciendo que el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) se implementará en el ámbito rural, conforme a lo siguiente:

Tabla 7. Criterios de focalización del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)

Criterios socioeconómicos	Distritos con incidencia de pobreza total mayor o igual al 50%
Criterios categóricos	Distritos predominantemente rurales
	Distritos con porcentaje de desnutrición crónica, en niñas y niños menores de 5 años, mayor o igual al 30%.
	Distritos del ámbito JUNTOS 2012.

Fuente: Resolución Ministerial 148-2013-MIDIS.

Todo centro poblado que se encuentra en un distrito focalizado y requiere ampliación de cobertura del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) es analizado bajo el parámetro rural o urbano, para en función a ello proponer el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) o Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), según corresponda.

Para brindar este servicio se deben desarrollar las siguientes actividades específicas en marco de la implementación del presupuesto por resultados⁵:

- **Asistencia técnica para la gestión y vigilancia comunitaria**

Actividad que inicia con la conformación y gestión de los Comités de Gestión y Consejo de Vigilancia, a través del cual se brinda asistencia técnica a la comunidad para la conformación de los Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia, así como para la gestión del servicio de acompañamiento a familias en la comunidad.

- **Capacitación a equipos técnicos y actores comunales**

Actividad con enfoque participativo, que parte de las experiencias previas, generando diversas situaciones de aprendizaje, lo cual es un continuo proceso de construcción de saberes nuevos, y aprendizajes significativos. Esta actividad contempla una etapa de formación inicial, y una etapa de formación continua, esta última se implementa a través de 2 a 3 eventos macrorregionales programados en el año.

- **Visitas domiciliarias a familias en zonas rurales**

Actividad desarrollada a través de visitas al hogar, las cuales tienen por objetivo orientar al padre, la madre o cuidador principal en temas relacionados a las prácticas de cuidado y aprendizaje, de sus niños y niñas o gestante, según corresponda. Las visitas se realizan una vez por semana teniendo una duración aproximada de 60 minutos, estas visitas serán mínimamente tres al mes. Las visitas se encuentran a cargo de facilitadores asistidos técnicamente por el acompañante técnico en forma permanente. Las visitas se realizan en dos etapas, la primera denominada reconocimiento y generación de condiciones; y la segunda denominada fortalecimiento de capacidades.

- **Sesiones de socialización e interaprendizaje**

Actividad orientada en desarrollar espacios de encuentro e intercambio entre las madres, padres de familia y sus niños menores de 36 meses de edad, y las madres gestantes. Las sesiones tienen una frecuencia mínima trimestral, con una duración promedio de 90 minutos, se encuentran a cargo del acompañante técnico, con el apoyo de la facilitadora o facilitador.

⁵ Elaborado en base al producto “Familias acceden a acompañamiento en cuidado y aprendizaje de sus niños y niñas menores de 36 meses, que viven en situación de pobreza y extrema pobreza en zonas rurales” del anexo 2 del Programa Presupuestal 0098: Programa Cuna Más.

De otro lado, el SAF inicia su intervención a finales del año 2012 en los departamentos de Ayacucho y Cajamarca, logrando al año 2015 incrementar la cobertura SAF a los departamentos de Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín y Ucayali. Al respecto, es importante tener en cuenta que la cobertura toma como base la perspectiva de focalización del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).

Tabla 8. Usuarios atendidos por el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)

Departamento	SAF					
	Mar. 2012	Dic. 2012	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Dic. 2016
AMAZONAS			768	1.378	3.134	2.951
ANCASH			599	2.570	4.494	4.591
APURIMAC			1.035	3.001	5.034	5.264
AREQUIPA						
AYACUCHO		3.795	5.821	5.621	6.580	6.408
CAJAMARCA		590	8.494	12.077	12.689	12.845
CALLAO						
CUSCO			1.275	3.124	7.177	7.282
HUANCAVELICA			2.875	3.778	5.528	5.420
HUANUCO			3.147	4.817	8.022	8.321
ICA						
JUNIN			448	1.649	3.621	3.805
LA LIBERTAD			4.175	5.501	6.134	6.567
LAMBAYEQUE					161	217
LIMA						
LORETO			793	1.445	4.686	5.953
MADRE DE DIOS					822	781
MOQUEGUA						
PASCO					583	521
PIURA			2.949	4.046	4.166	4.642
PUNO			1.124	2.723	5.549	5.711
SAN MARTIN					1.954	1.999
TACNA						
TUMBES						
UCAYALI			60	80	1.540	1.613
Total general	-	4.385	33.563	51.810	81.874	84.891

Fuente: Elaboración propia 2018.

3. Marco lógico del Programa Nacional Cuna Más (PNCM)

El marco lógico del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) tiene definidos como objetivo a nivel de resultado el “Mejorar en el nivel de desarrollo infantil de los niños y niñas menores de 36 meses de edad que viven en situación de pobreza y pobreza extrema”, para ello, tiene definidos dos productos, cada uno compuesto por 4 actividades.

Tabla 9. Modelo lógico del Programa Nacional Cuna Más (PNCM)

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final			
Mejora de los logros de aprendizaje	Mejora de las competencias en comunicación y matemáticas, entre otras	Resultados de la evaluación nacional MED-UMC	
Resultado específico			
Mejora en el nivel de desarrollo infantil de los niños y niñas menores de 36 meses que viven en situación de pobreza y pobreza extrema.	<ul style="list-style-type: none"> • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos motricidad fina esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran hitos de motricidad gruesa esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos cognitivos esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos de lenguaje esperados para su edad • % de niñas y niños menores de 36 meses de edad que logran los hitos socio-emocional esperados para su edad 	Encuesta de salud y desarrollo en la primera infancia	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación prioritaria de políticas educativas con inclusión social. - El MINEDU e instituciones regionales y locales bajo su rectoría, aseguran la oferta de educación básica regular (EBR) con pertinencia cultural según el ámbito de intervención - Servicios públicos educativos dirigidos a la primera infancia de calidad - El MINSA e instituciones regionales y locales bajo su rectoría, aseguran la oferta de servicios de salud (CRED, suplementación con MMN, vacunas, etc.), con pertinencia cultural según ámbito de intervención - Existe una continuidad en la política actual del Estado con relación a la infancia temprana.
Productos			
1. Familias acceden a acompañamiento en cuidado y aprendizaje de sus niños y niñas menores de 36 meses, que viven en situación de pobreza y extrema pobreza	N° de familias que reciben acompañamiento en el cuidado y aprendizaje de sus niños y niñas menores de 36 meses (incluye trabajo con gestantes)	Ficha de visitas al hogar (reconocimiento y fortalecimiento)	<ul style="list-style-type: none"> - Padres dispuestos para recibir información y aplicar de las prácticas de cuidado y aprendizaje para el desarrollo de sus niños/as - Adecuado estado nutricional de las niñas y los niños - Acceso de la población objetivo a servicios de salud y nutrición de calidad - La comunidad organizada gestiona la oferta de servicios de cuidado y atención a la infancia temprana de acuerdo con sus demandas - Actores comunales comprometidos en el cuidado y atención a la niña y el niño menor de tres años - Las instituciones públicas y privadas cumplen con los compromisos asumidos como colaboradores en la implementación y gestión de los servicios del programa
% de familias con un mínimo de 36 meses de permanencia en el Servicio de Acompañamiento a Familias que aplican las 6 prácticas de cuidado y aprendizaje infantil promovidas por el servicio	Ficha de evaluación de prácticas de cuidado y aprendizaje		
% de niñas y niños con un mínimo de 6 meses de permanencia que participan al menos en 15 visitas familiares en su etapa de fortalecimiento de capacidades	Ficha de visitas al hogar (fortalecimiento)		
% de cobertura de la población objetivo que reciben el servicio de acompañamiento a familias	Ficha de visitas al hogar (reconocimiento y fortalecimiento) Registro de asistencia a las sesiones		
2.- Niñas y niños de 6 a 36 meses de edad que viven en situación de pobreza y pobreza extrema reciben atención integral en servicio de cuidado diurno.	N° de niños y niñas usuarios del Servicio de Cuidado Diurno.	Ficha de seguimiento diario de la atención	<ul style="list-style-type: none"> - Las instituciones públicas y privadas cumplen con los compromisos asumidos como colaboradores en la implementación y gestión de los servicios del programa
% de niñas y niños con un mínimo de permanencia de 6 meses atendidos en Centros Cuna Más que reciben la atención integral de cuidado diurno	Ficha de seguimiento diario de la atención		
% de cobertura de la población objetivo que reciben el servicio de cuidado diurno	Ficha de seguimiento de la atención integral y desarrollo Ficha de seguimiento diario de la atención		
Actividades			
Producto 1. Familias acceden a acompañamiento en cuidado y aprendizaje de sus niños y niñas menores de 36 meses, que viven en situación de pobreza y extrema pobreza			
1.1 Capacitación a equipos técnicos y actores comunales	N° de equipo técnico y actores comunales capacitados	Registro de asistencia de acciones de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición de las madres/padres cuidadoras de recibir semanalmente la visita de las facilitadoras - Disposición de autoridades y líderes comunales para participar de los espacios de capacitación - Equipo técnico local (A.C. y A.T.), completo - Personal técnico en la zona que domine la lengua materna del ámbito de acción, con capacidad para traducir los términos técnicos de la capacitación a los códigos culturales de la zona - Aliados estratégicos de salud y educación con disposición para articular acciones de vigilancia comunitaria a favor del desarrollo infantil - Las familias promueven en su hogar relaciones respetuosas y afectivas entre todos sus miembros - Buenas relaciones interpersonales entre las familias de la comunidad. - Disposición de espacios y locales comunitarios para el encuentro entre familias
1.2. Asistencia técnica para la gestión y vigilancia comunitaria	N° de Comités de Gestión y Consejo de Vigilancia del Servicio de Acompañamiento a Familias en funcionamiento	Solicitud de requerimientos mensuales de los comité de gestión	
1.3. Visitas domiciliarias a familias	N° de familias visitadas en el hogar	Ficha de visita al hogar	
4.Sesiones de socialización e inter aprendizaje	N° de Familias que participan de las sesiones de socialización e inter aprendizaje	Registro de asistencia	

			<ul style="list-style-type: none"> - Disposición de la comunidad de poner en su agenda como prioridad los temas de desarrollo infantil - Interés de la comunidad en la importancia de la vigilancia del desarrollo de las niñas y niños. - Disposición de las autoridades locales (municipios) para considerar en sus instrumentos de planificación y gestión como prioridad los temas de desarrollo infantil.
Producto 2. Niñas y niños de 6 a 36 meses de edad que viven en situación de pobreza y extrema pobreza reciben atención integral en el servicio de cuidado diurno.			
2.1 Asistencia Técnica para la Gestión y Vigilancia Comunitaria	N° de Comité de Gestión y Consejo de Vigilancia en Funcionamiento	Sistema de información Servicio de Cuidado Diurno	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición de los padres para dejar a sus hijos en los servicios de cuidado diurno - Asistencia regular de los niños y las niñas a los servicios de cuidado diurno - Compromiso de los padres de prolongar las prácticas de cuidado y aprendizaje en sus hogares - Niños y niñas con sus controles CRED - Comunidad comprometida y apoyando la adecuada implementación de los servicios de cuidado diurno en sus comunidades
2.2. Capacitación de equipos técnicos y actores comunales	N° de equipo técnico y actores comunales capacitados	Ficha de formación y desarrollo de capacidades de equipo técnico Ficha de formación y desarrollo de capacidades de actores comunales	
2.3 Acondicionamiento y equipamiento de locales para el Servicio de Cuidado Diurno	N° de locales acondicionados según lo establecido por el Servicio de Cuidado Diurno	Ficha de infraestructura y equipamiento	
2.4. Atención integral durante el Servicio de Cuidado Diurno	N° de atenciones brindadas a las niñas y niños a través del Servicio de Cuidado Diurno	Ficha de seguimiento diario del niño/niña	

Fuente: Anexo 2 del Programa Presupuestal 0098: Programa Cuna Más.

4. Instrumento para medir los resultados en los niños del Programa Nacional Cuna Más (PNCM)

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) ha diseñado un instrumento para medir el desarrollo infantil de los niños usuarios del programa. Este instrumento se denomina “Escala de Desarrollo Infantil (ESDI)⁶” y mide el desarrollo infantil en cinco dimensiones, desarrollo cognitivo, comunicativo, socioemocional, motora fina y motora gruesa. Dicho instrumento ha sido aplicado de forma censal los años 2015 y 2016 a la totalidad de usuarios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).

La ESDI, es un instrumento descriptivo de seguimiento que enfatiza los hitos del desarrollo del niño, en las dimensiones socioemocional, motora, comunicación y cognitiva de 1 a 36 meses de edad. Este instrumento se ha construido en base a la secuencialidad de desarrollo y con rangos que dan cuenta del desarrollo que puede tener cada niño o niña de acuerdo con sus características, necesidades de aprendizaje, intereses y oportunidades que su entorno promueve.

La ESDI es aplicada por el acompañante técnico y registra la conducta del niño frente a las situaciones que se den de manera espontánea. La metodología de evaluación responde al enfoque socio-constructivista del programa que define a los niños como seres competentes, con iniciativa, autónomos y protagonistas de su propio aprendizaje. La aplicación de la ESDI permite identificar las múltiples potencialidades del niño a través de la técnica de observación estructurada y no participativa, registrando sus logros en situaciones cotidianas de juego espontáneo y momentos de cuidados. Algunos ítems, debido a su complejidad serán obtenidas a partir del reporte de la mamá (SAF) o madre cuidadora (SCD).

El manual de aplicación de la ESDI (2016) define y contempla las siguientes dimensiones:

- **Dimensión socioemocional**

Dimensión referida al desarrollo progresivo de su identidad personal, del conocimiento y la valoración de sí mismo a través de un vínculo de apego seguro que le brinda el cuidador principal; lo que será la base para desarrollar la confianza en sí mismo, el control emocional y que a su vez, redundará en una adecuada socialización. Esta dimensión alude a los factores que contribuyen a que el niño crezca sintiéndose seguro, sano y protegido.

⁶ La ESDI ha sido elaborada en base a la revisión de instrumentos internacionales como el Bayley, ASQ-3 y el Battle, el que cuenta con validez y confiabilidad del instrumento.

- **Dimensión motora gruesa**

Abarca ítems que miden el progreso en el desarrollo de movimientos en los niños vinculados principalmente a mantener el equilibrio y cambios de posición del cuerpo.

- **Dimensión motora fina**

Abarca el desarrollo progresivo de la independización segmentaria a nivel del brazo y el desarrollo de habilidades de prensión cada vez más complejas que le permiten desenvolverse con mayor dominio.

- **Dimensión comunicativa**

Referida al proceso que le permite al niño comunicarse desde que nace mediante vocalizaciones, gestos, sonidos, palabras y comprender a los que lo rodean. Esto le permite comunicarse consigo mismo y con los demás. Asimismo, ayuda a que pueda dirigir su atención, resolver problemas, planear, formarse conceptos y lograr autocontrol.

- **Dimensión cognitiva**

Referida a la variedad de habilidades ligadas al pensamiento, resolución de problemas y juego simbólico y, a su vez, relacionadas con la dimensión motora, comunicativa y emocional. Ayudan al niño a entender la realidad y adaptarse e integrarse a su medio social.

5. La calidad de los servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM)

Según Bedregal, Gertner, Johannsen y Martínez (2016), es importante considerar la calidad en el diseño, implementación y evaluación de los programas de desarrollo infantil, ya que solo las intervenciones de calidad aseguran resultados positivos, mientras que un servicio de mala calidad puede incluso afectar negativamente el desarrollo de niños. Según Berlinski y Schady (2015), el problema de la baja calidad parece ser una constante en América Latina y el Caribe, y el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) parece no ser una excepción.

De acuerdo con la auditoría de desempeño llevada a cabo por la Contraloría General de la República (2015), al Servicio de Cuidado Diurno (SCD) del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), se evidenció que no había un perfil de competencias que deberían cumplir las cuidadoras, por lo que no había claridad en las tareas que debían realizarse para alcanzar los objetivos. La deserción de las cuidadoras fue alta y hubo poca capacidad de respuesta para planificar la capacitación de nuevas cuidadoras, donde algunos comenzaron su trabajo sin capacitación, lo que generó una falta de planificación en las experiencias de aprendizaje de los

niños, dejando al criterio de cada cuidador la forma de llamar su atención. Los acompañantes técnicos, no pudieron identificar las necesidades de capacitación de las cuidadoras, ni adaptarlas a las necesidades locales. No se evidenció un estándar en el plan de capacitación. Los acompañantes técnicos gastaban gran parte de su tiempo desarrollando tareas administrativas y aspectos relacionados con los diferentes componentes del servicio, teniendo poca disponibilidad para llevar a cabo las capacitaciones, además, en muchos casos no contaban con el presupuesto para realizar reuniones y talleres de capacitación con las cuidadoras. La auditoría evidenció también el desconocimiento de los lineamientos y del plan curricular por parte de los acompañantes técnicos, por el hecho de que los cambios no fueron comunicados de manera adecuada. Además de un inadecuado e inoportuno proceso de retroalimentación debido a que la sede no tenía el personal necesario, se generó la ausencia de criterios para definir buenas prácticas de cuidado y retrasos en el reemplazo de materiales educativos, con diferentes criterios en la priorización del gasto, lo que afectó la cobertura adecuada. Todo ello debido a la ausencia de un sistema de monitoreo de inventarios, que no fue actualizado ni sistematizado.

La auditoría de desempeño, encontró que el contenido de las hojas de evaluación del desempeño de las cuidadoras no estaba actualizado ya que correspondían al ex Programa Nacional Wawa Wasi. La información no era confiable porque el desempeño tenía un efecto en los pagos a las cuidadoras y se buscaba evitar su deserción. Este registro de la información no se realizó de manera completa o rigurosa en el sistema, generando diferencias en las listas de priorización de niños en riesgo obtenidas con información del sistema CunaNet. En el caso de las visitas de seguimiento a los hogares, no fue posible verificar si las visitas se realizaron porque la información solo se registró en los cuadernos de las madres guías, y no se sistematizó ni se envió por medio de un informe a la sede central.

Según Berlinsky y Schady (2015), los centros del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) tienen en promedio un puntaje de 3,6 en la Escala de Calificación del Ambiente de la Primera Infancia (ITERS), que corresponde a la calidad mínima en una escala donde 7 es la puntuación más alta. Los puntajes del Sistema de Clasificación para la Evaluación en el Aula (CLASS) también son de mala calidad, donde los centros con el puntaje más alto alcanzan 2,3 indicando la ausencia de un entorno favorable para la promoción de las habilidades cognitivas y la preparación escolar.

De acuerdo con la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), realizado por Araujo, Dormal y Rubio-Codina (2016), también se encuentra que es necesario mejorar la calidad de las visitas domiciliarias a través de una mejor preparación de las facilitadoras y su capacidad para lograr una mayor participación de la madre y el niño en las actividades de la visita.

Capítulo IV. Metodología

1. Justificación de la metodología elegida

La disponibilidad de información de línea de base y de salida permite implementar un estimador de diferencias en diferencias para analizar los impactos del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) y del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). Para ello, de modo general debe entenderse que el presente documento, que usa metodologías de evaluación de impacto, es un ejercicio que busca determinar si un tratamiento ha producido los efectos deseados en los agentes de interés (niñas/os usuarios menores de 36 meses), comparando la situación observada contra una situación contrafactual (es decir, la que hubiera prevalecido si es que la intervención nunca se hubiera realizado), valiéndose de un grupo de comparación (control) que sea similar, pero que no sea sujeto a la intervención. Se busca asegurar que no existan diferencias sistemáticas entre ambos grupos, tanto en características observables (edad, experiencia, escolaridad, etc.) como en no observables (motivación, prejuicios, estigmas, etc.), necesario para evitar sesgos en la estimación de los impactos.

Contemporáneamente, la evaluación de impacto descansa en el modelo de resultados potenciales de Rubin (1974, 1978) y Holland (1986). Según indican, idealmente se esperaría comparar los resultados de los individuos en los estados de intervención y no intervención, pero ello no es posible debido a que solo uno de estos estados es observable en un individuo. Por ello, la estrategia factible recomendada es utilizar un grupo de control. En el ideal, el modo más efectivo de seleccionar el grupo de control es asignando aleatoriamente el tratamiento. Sin embargo, ese no es el caso, pues es un programa que se asigna siguiendo reglas de focalización, como se vio anteriormente.

Es por ello que, lo que busca el presente documento es, basándonos en la información disponible por el programa, reconstruir el grupo de comparación o contrafactual más idóneo para posteriormente analizar dichos resultados.

En ese contexto, viendo la perspectiva metodológica se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

- Debido a que no se cuenta con una asignación o promoción aleatoria o disposición de alguna variable tipo instrumental, no es factible considerar los diseños experimentales o de variable instrumental.
- No se tiene un umbral fijo de división vinculado a una variable continua que permita la aplicación de un modelo de regresión discontinua.

De acuerdo con lo anteriormente señalado, se tienen previsto metodológicamente realizar una diferencia en diferencias de una regresión, donde si bien la variable resultado es desarrollo infantil (variable dependiente), y la variable independiente es si pertenece al Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) o al Servicio de Cuidado Diurno (SCD).

2. Alcance

El fin del presente documento, no es realizar una evaluación de impacto como tal, sino por el contrario, busca analizar los resultados a través de metodologías cuasi experimentales. Todo ello en virtud de proponer mejoras en las intervenciones del Programa Nacional Cuna Más (PNCM).

En esa línea, el análisis cuantitativo propuesto si bien tiene limitaciones de disponibilidad de información, este procede a aplicar el enfoque metodológico que más se adecua a su contexto, tratando de controlar los sesgos que se pudieran generar por las variables no observables del presente estudio. Por ello, si bien el presente documento da una primera aproximación de las diferencias que podría tener un servicio sobre el otro, estos resultados pretenden dar un primer alcance que promueva la reflexión y discusión de los resultados encontrados.

3. Enfoque metodológico

El estimador de diferencias en diferencias, que es el que se propone implementar, es parte de un conjunto general de técnicas cuasi experimentales, cuya utilidad emerge en contextos de asignación no aleatoria del tratamiento. El supuesto detrás de estas técnicas es que, condicionado a factores que determinan la asignación al tratamiento, la comparación de los resultados entre beneficiarios y controles permite recuperar el efecto de la intervención (Wooldridge 2010). Para describirlos en un contexto general, definimos un variable binaria que indica el estado de tratamiento de los individuos (1=beneficiarios, 0=controles) y sea la variable de resultado de interés, que puede ser expresada como $Y_t = Y_t(0) + D(Y_t(1) - Y_t(0))$. Si se asume que los resultados potenciales de los hogares son independientes del tratamiento una vez que este se condiciona en las variables $X_{it}, Y_{it}(1), Y_{it}(0) \perp D_i | X_{it}$, entonces el impacto del programa se puede obtener como:

$$\tau_{ATE|X} = E[Y_{it}(1) - Y_{it}(0) | X_{it}]$$

En el caso particular del estudio, se implementa el estimador de diferencias en diferencias con efectos fijos a nivel de individuo, tomando ventaja de la disponibilidad de información de línea de base y de seguimiento para un panel de niños (Cameron y Trivedi 2005). El supuesto que este estimador adopta es que el resultado potencial en el estado de no tratamiento es completamente

descrito por una estructura aditiva de efectos fijos a nivel de niño (ω_i) y tiempo (λ_t), los cuales son comunes a ambos grupos de tratamiento. Es decir:

$$E[Y_{it}(0)|\omega_i, \lambda_t, X_{it}] = \omega_i + \lambda_t + X_{it}\beta$$

Este supuesto implica que, condicional a los efectos fijos de individuo y tiempo (y otras variables potencialmente explicativas), las trayectorias de las variables de resultado del grupo de control replican correctamente las trayectorias que enfrentarían los beneficiarios en ausencia de la intervención.

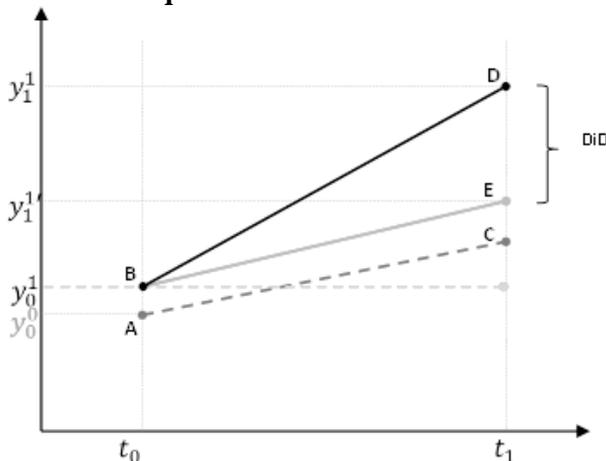
Adicionalmente, si se asume que el impacto esperado del tratamiento es constante entre individuos, de modo que $E[Y_{it}(1) - Y_{it}(0)] = \tau$, entonces la variable de resultado puede expresarse como:

$$Y_{it} = \omega_i + \lambda_t + \tau(D_i \times \lambda_t) + X_{it}\beta + u_{it} \quad (1)$$

Donde $E[u_{it}|\omega_i, \lambda_t, X_{it}] = 0$. Los parámetros de este modelo se pueden estimar fácilmente a través de mínimos cuadrados ordinarios añadiendo *dummies* para identificar a cada niño y el año post-tratamiento. Esto además hace posible utilizar el estimador de Huber-White de la matriz de varianzas y covarianzas para efectos de inferencia y tomar en cuenta la correlación de los errores a nivel de niño o localidad (Bertrand, Duflo y Mullainathan 2004).

El siguiente gráfico muestra la lógica detrás de la metodología de diferencias en diferencias en su formulación más simple. En la línea de base (t_0) beneficiarios y controles reportan valores de la variable de resultado equivalentes a B y A, respectivamente. Luego, en la línea de salida (t_1), los valores respectivos son D y C. Siendo así, la diferencia de la diferencia es D-C-(B-A), la cual representa el impacto.

Gráfico 1. Esquema del estimador de DiD



Fuente: Elaboración propia 2018.

Capítulo V. Análisis de la información

1. Datos

La base de datos utilizada procede principalmente de los registros administrativos del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). El programa, en los años 2015 y 2016, realizó una prueba a todos los infantes beneficiarios que aborda cinco dimensiones de desarrollo: socioemocional, motora gruesa, motora fina, comunicativa y cognitiva. Cada dimensión se puntúa con valores que van de 0 a 100. Para el estudio, se cuenta con información de los infantes en los años 2015 y 2016. Se trata un panel de datos, lo cual implica que los mismos niños son observados en ambos períodos.

La base de datos también presenta otras variables de interés, como la edad y sexo de los niños, así como el tiempo de permanencia en el programa (en meses) en el período de evaluación de 2015. Finalmente, cuenta con códigos de identificación de los centros poblados donde se prestan los servicios. Tomando ventaja de este hecho, a la base se le ha agregado el número de habitantes por centro poblado según información de los Censos Nacionales (2007), así como la altitud distrital, los años de educación promedio de personas de 25 años a más y el ingreso familiar per cápita del distrito. La siguiente tabla presenta estadísticas descriptivas de las variables contenidas en la base de datos estimable. Es interesante notar que si bien existen diferencias en la mayoría de variables de desarrollo infantil del año base, la dirección no siempre va en el mismo sentido. Por ejemplo, en la variable de desarrollo socioemocional, los niños del SAF tiene un promedio mayor, mientras que en habilidad motora, los niños del SCD llevan la delantera.

Tabla 10. Estadísticas descriptivas

	SAF		SCD		Pruebas de diferencias en media	
	t=0	t=1	t=0	t=1		
	(1)	(2)	(3)	(4)	[1]-[3]	[2]-[4]
Dimensiones de desarrollo infantil						
Socioemocional	84,879	91,561	83,472	91,582	1,407***	-0,022
	[0,223]	[0,172]	[0,344]	[0,269]		
Motora	80,439	88,292	84,383	88,929	-3,944***	-0,637*
	[0,253]	[0,193]	[0,376]	[0,282]		
Motora gruesa	80,326	91,145	86,582	93,697	-6,256***	-2,552***
	[0,310]	[0,236]	[0,403]	[0,279]		
Motora fina	82,533	86,570	83,407	85,737	-0,874	0,833*

	SAF		SCD		Pruebas de diferencias en media	
	t=0	t=1	t=0	t=1	[1]-[3]	[2]-[4]
	(1)	(2)	(3)	(4)		
	[0,302]	[0,233]	[0,453]	[0,433]		
Comunicativa	69,790	82,585	57,170	82,555	12,620***	0,030
	[0,447]	[0,334]	[0,801]	[0,507]		
Cognitiva	72,912	83,144	65,389	80,654	7,523***	2,490***
	[0,446]	[0,279]	[0,678]	[0,494]		
Total	77,023	86,546	72,627	86,065	4,396***	0,481
	[0,269]	[0,188]	[0,453]	[0,303]		
Edad (meses)	15,557	26,702	18,745	29,387	-3,188***	-2,685***
	[0,077]	[0,076]	[0,084]	[0,077]		
Mujer	0,497		0,474		0,023***	0,023***
	[0,005]		[0,006]			
Permanencia en el programa en 2015 (meses)	8,795		6,349		2,446***	
	[0,084]		[0,077]			
Variables por CCPP y Distritos						
Ln [Habitantes]	5,692		9,120		-3,427***	
	[0,039]		[0,204]			
Altitud (msnm)	2835,5		1590,6		1244,9***	
	[23,3]		[104,7]			
Años de educación	4,876		6,629		-1,753***	
	[0,034]		[0,326]			
Ingreso per cápita	5,300		5,020		0,280	
	[0,015]		[0,226]			
Tasa de pobreza 2013 (%)	61,887		28,905		32,9***	
	[0,416]		[0,996]			
Departamentos						
Amazonas	0,020		0,016		0,004	
	[0,003]		[0,007]			
Ancash	0,053		0,060		-0,007	
	[0,006]		[0,017]			

	SAF		SCD		Pruebas de diferencias en media	
	t=0	t=1	t=0	t=1		
	(1)	(2)	(3)	(4)	[1]-[3]	[2]-[4]
Apurímac	0,054		0,061		-0,007	
	[0,006]		[0,014]			
Arequipa			0,076		-0,076***	
			[0,015]			
Ayacucho	0,078		0,060		0,018	
	[0,006]		[0,016]			
Cajamarca	0,290		0,086		0,204***	
	[0,013]		[0,017]			
Callao			0,024		-0,024	
			[0,021]			
Cusco	0,048		0,038		0,010	
	[0,006]		[0,009]			
Huancavelica	0,113		0,045		0,068***	
	[0,010]		[0,009]			
Huánuco	0,105		0,025		0,080***	
	[0,009]		[0,011]			
Ica			0,017		-0,017***	
			[0,005]			
Junín	0,047		0,059		-0,013	
	[0,007]		[0,013]			
La Libertad	0,093		0,020		0,073***	
	[0,008]		[0,008]			
Lambayeque			0,019		-0,019**	
			[0,008]			
Lima			0,168		-0,168***	
			[0,032]			
Loreto	0,009		0,024		-0,015	
	[0,003]		[0,010]			
Moquegua			0,004		-0,004	

	SAF		SCD		Pruebas de diferencias en media	
	t=0	t=1	t=0	t=1	[1]-[3]	[2]-[4]
	(1)	(2)	(3)	(4)		
			[0,003]			
Pasco			0,024		-0,024***	
			[0,008]			
Piura	0,008		0,036		-0,028***	
	[0,001]		[0,008]			
Puno	0,082		0,057		0,025	
	[0,009]		[0,018]			
San Martín			0,008		-0,008***	
			[0,003]			
Tacna			0,035		-0,035***	
			[0,013]			
Tumbes			0,033		-0,033**	
			[0,013]			
Ucayali			0,005		-0,005*	
			[0,003]			

Nota: Entre paréntesis se presentan los desvíos estándar. ***, **, and * indicate significance at the 1, 5, and 10 percent critical level. Los errores estándar están clustereados a nivel de centro poblado.

2. La definición del tratamiento

En el estudio, la base de datos solo tiene información de niños de beneficiarios del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF). Es decir, no existe un grupo que no esté siendo intervenido. Por ello, se ha optado por definir como tratados a todos los beneficiarios del SCD, mientras que los controles será los niños beneficiarios del SAF. Siendo así, los parámetros deberán ser entendidos como el impacto marginal que el SCD tiene sobre el impacto del SAF. No mide el impacto neto de cada intervención, debido a que no es posible construir el contrafactual de no intervención.

Capítulo VI. Resultados

1. Resultados

La tabla 9 presenta los resultados de las estimaciones. En las primeras tres columnas se reportan los resultados utilizando la totalidad de observaciones de la base de datos. La primera columna, en particular, muestra los parámetros de las estimaciones bajo la especificación básica de diferencias en diferencias, sin incluir efectos fijos de niños ni otros regresores. La segunda columna añade efectos fijos de niño para controlar por la heterogeneidad no observada a este nivel que pueda potencialmente sesgar los resultados. La tercera presenta la especificación básica de diferencias en diferencias (sin efectos fijos de niños) pero añadiendo regresores. Los resultados de este primer panel sugieren que los parámetros son bastante estables entre las tres especificaciones consideradas, pues las magnitudes no difieren entre sí.

Del panel A, que refiere a la diferencia en diferencia de todos los datos, encontramos resultados muy marcados de los servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), que orientan que el SCD obtiene mejores resultados que el SAF en las dimensiones de socioemocional, cognitiva, comunicativa y la dimensión total. No obstante, en todas las dimensiones vinculadas al área motora, estas se encuentran orientadas a favor del SAF. De este primer análisis se observa además que el promedio de permanencia de usuarios de SAF es mayor al promedio de SCD en lo que respecta a la medición inicial.

Los resultados del primer panel son sugerentes, pero pueden estar influenciados por diferencias iniciales entre tratados y controles. Como se vio en la tabla 8, por ejemplo, los niños del SAF tienen en general un mayor promedio de permanencia en el programa. Por ello, en el panel B de la tabla se ha vuelto a estimar los tres modelos anteriores, pero únicamente entre niños que en 2015 tenían como mucho 2 meses de participación en el programa. Razonablemente, los niños de esta submuestra pueden ser considerados como no tratados en el período base.

Los parámetros estimados en el panel B que busca focalizar el análisis solo a usuarios nuevos (o de reciente ingreso), son cualitativamente similares a los del panel A, pero las significancias difieren. Así, bajo este grupo de estimaciones, el SCD incrementaría el desarrollo socioemocional, la motora fina, comunicativa, cognitiva y el total en alrededor de 4,1, 3,1, 18,3, 3,2 y 6,3 puntos, respectivamente, más de lo que lo hace el SAF. Estos parámetros son también robustos a la incorporación de efectos fijos a nivel de niño y/o los controles considerados.

Los resultados del panel B, en general cuentan con mayor cantidad de beneficiarios del SCD que proceden de localidades más grandes. Entonces, estas diferencias determinarían trayectorias de evolución diferentes que podrían estar incluyéndose en los parámetros estimados.

Para aislar este hecho, en el panel C de la tabla se ha vuelto a estimar los tres modelos anteriores, pero únicamente entre niños que en 2015 tenían como mucho 2 meses de participación en el programa y que habitan en centros poblados de 500 a 2000 habitantes. Razonablemente, los niños de esta submuestra pueden ser considerados que habitan en centros poblados de características similares. Este último panel es el más idóneo y razonable para los fines del presente documento.

Los resultados de la estimación en esta submuestra se presentan en las columnas 7 a 9. Como se aprecia, los parámetros solo son significativos en el caso de la dimensión socioemocional, comunicativa, motora fina y total. En los demás casos, los parámetros pierden significancia. Bajo este resultado adicional, el SCD generaría impactos adicionales sobre los del SAF en alrededor de 6,8, 21,1, 9,6 y 7,6 puntos, respectivamente, más de lo que lo hace el SAF.

Tabla 11. Resultados de las estimaciones

	Panel A			Panel B			Panel C		
	DID con todos los datos			DID con niños con permanencia en el programa en 2015 <= 2meses			DID - con niños con permanencia en el programa en 2015 <= 2meses, en CCPP de 500 a 2000 habitantes		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Socioemocional	1,429***	1,429***	1,545***	4,134***	4,134***	4,106***	6,954***	6,954***	6,830***
	(0,407)	(0,407)	(0,407)	(0,845)	(0,845)	(0,846)	(1,776)	(1,776)	(1,787)
R2	0,070	0,142	0,114	0,049	0,094	0,073	0,033	0,064	0,065
Motora	-3,307***	-3,307***	-3,112***	-0,328	-0,328	-0,251	1,083	1,083	1,364
	(0,534)	(0,534)	(0,535)	(1,057)	(1,057)	(1,061)	(2,284)	(2,284)	(2,320)
R2	0,045	0,077	0,081	0,115	0,199	0,133	0,120	0,209	0,145
Motora gruesa	-3,705***	-3,705***	-3,456***	-0,467	-0,467	-0,415	-2,202	-2,202	-1,987
	(0,575)	(0,575)	(0,573)	(1,252)	(1,252)	(1,250)	(2,713)	(2,712)	(2,747)
R2	0,057	0,094	0,093	0,098	0,170	0,123	0,112	0,198	0,150
Motora fina	-1,707**	-1,707**	-1,652**	3,177**	3,177**	3,197**	9,402***	9,402***	9,561***
	(0,675)	(0,675)	(0,677)	(1,383)	(1,383)	(1,394)	(2,985)	(2,984)	(3,025)
R2	0,007	0,013	0,023	0,036	0,067	0,050	0,036	0,059	0,054
Comunicativa	12,590***	12,590***	12,696***	18,381***	18,381***	18,266***	21,511***	21,511***	21,072***
	(0,978)	(0,978)	(0,981)	(1,950)	(1,950)	(1,958)	(3,934)	(3,933)	(3,876)
R2	0,115	0,202	0,138	0,077	0,113	0,106	0,049	0,073	0,097
Cognitiva	5,034***	5,034***	5,126***	3,265*	3,265*	3,081*	1,455	1,455	1,207
	(0,898)	(0,898)	(0,901)	(1,862)	(1,862)	(1,871)	(3,373)	(3,372)	(3,346)
R2	0,071	0,124	0,097	0,036	0,064	0,061	0,020	0,028	0,050
Total	3,914***	3,914***	4,042***	6,372***	6,372***	6,310***	7,742***	7,742***	7,611***
	(0,529)	(0,529)	(0,530)	(1,057)	(1,057)	(1,061)	(2,034)	(2,039)	(2,012)
R2	0,145	0,272	0,191	0,116	0,210	0,149	0,081	0,150	0,123
Observations	38,258	38,258	38,016	6,636	6,636	6,598	1,672	1,672	1,660
Nino FE	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No
Controles	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si
Number of codwawa		19,129			3,318			836	

Nota: Entre paréntesis se presentan los errores estándar clustereados a nivel de centro poblado. ***, **, and * indicate significance at the 1, 5, and 10 percent critical level.

Los controles incluidos son los que se presentan en la tabla 8.

Capítulo VII. Discusión

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) tuvo un comportamiento muy similar al de otros programas de desarrollo infantil en la región, ya que su cobertura pasó de atender a 55.997 niños en el 2012 a 136.582 niños en el 2016. Sin embargo, la expansión de cobertura no ha ido de la mano con el aseguramiento de la calidad en sus servicios, esto ha sido evidenciado por la Contraloría General de la República (2015), Berlinski y Schady (2015), y Araujo, Dormal y Rubio-Codina, (2016), en ambos servicios del programa. Ante este escenario debemos cuestionar si el programa está invirtiendo adecuadamente para lograr el desarrollo infantil de los niños beneficiarios; a primera vista, parece que gran parte de lo que se invierte, se invierte mal y que el programa estaría lejos de alcanzar su máximo potencial. Este problema parece ser endémico en la región, sin embargo, otros países están tomando medidas para revertir la situación.

Dentro de las deficiencias del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) que afectan la calidad en sus dos servicios está el perfil de cuidadores y facilitadores, lo cual es una limitación especialmente en áreas rurales, debido a la falta de recursos humanos de alta calidad, estos suelen tener bajo nivel educativo y poca capacitación en desarrollo infantil. Según Berlinski y Schady (2015), el problema es bastante común en la región, especialmente en programas donde el personal a cargo de la ejecución pertenece a la comunidad. En Perú, donde los niveles de desarrollo infantil son bastante bajos y los logros de aprendizaje en educación primaria y secundaria, en matemáticas y lenguaje bastante desalentadores. Por lo tanto, es necesario analizar si debemos continuar intentando con fórmulas que no han logrado resultados o migrar a modelos más sofisticados, aunque a menudo más caros, como los modelos de desarrollo infantil institucionalizados donde los encargados de la ejecución son profesionales o actores comunales altamente capacitados para prestar el servicio.

Según Guerrero y León (2017), se necesita una agenda a largo plazo para formar personal con una adecuada capacitación en desarrollo infantil. En el Perú, hoy los cuidadores y facilitadores son voluntarios, aunque reciben incentivos monetarios (estipendios), estos son bastante bajos (S/ 360.00) y poco atractivos, lo que impide que se retenga al personal y se asegure la continuidad del servicio. Guerrero y León (2017) evidencian que la rotación de madres cuidadoras es del 30%. Por esta razón, es necesario que el estado analice el migrar a un modelo institucionalizado o implementar mejoras que le permitan obtener resultados efectivos en el desarrollo infantil de los niños.

Según el análisis realizado en esta investigación, se observa que el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) ha logrado mejores resultados que el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) en las dimensiones socioemocional, comunicativa, motora fina y total del desarrollo infantil, asumiendo que las poblaciones donde se ha realizado el análisis son similares, con niños pertenecientes a centros de población entre 500 y 2000 personas. Otro aspecto importante a considerar es que, según los criterios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), estos niños solo deberían recibir el SAF. Por lo tanto, se deben evaluar los criterios para focalizar el programa y se debe considerar si es conveniente escalar el SCD en estas poblaciones. Esto alineado con el análisis realizado por López-Boo, Araujo y Tomé (2016), donde se sugiere que, en el caso de los niños de familias muy pobres, incluso los centros de cuidado que ofrecen atención de baja calidad, como el SCD, pueden producir resultados positivos si el entorno es mejor que el de su propio hogar.

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Del análisis de resultados realizado, se valida la hipótesis y se concluye, de acuerdo al panel C:

Respecto a las dimensiones socioemocional y comunicativa, encontramos diferencias significativas a favor del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) en 6,8 y 21,1 unidades, respectivamente. Lo que podría deberse a las características propias del servicio donde la interacción del niño no solo se limita a su primer entorno, que es su casa, sino que la interacción con otros niños promueve la regulación de emociones, comportamiento y vocabulario, permitiendo alcanzar un mejor desarrollo en estas dimensiones. Asimismo, en la dimensión motora fina se observan diferencias significativas a favor del SCD en 9,6 unidades, lo que podría estar condicionado a las características propias del servicio, donde un factor importante a considerar es la disponibilidad y acceso al equipamiento de los locales del SCD.

Respecto a la dimensión total del desarrollo infantil temprano, encontramos diferencias significativas a favor del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) en 7,6 unidades en promedio. En este punto, es importante tener en cuenta que, para niños de reciente ingreso, donde las características del centro poblado se encuentran en el rango de 500 a 2000 habitantes, el servicio que podría estar alcanzando mejores resultados en desarrollo infantil temprano es el SCD.

Considerando las limitaciones del presente estudio, estos hallazgos dan una primera aproximación de los resultados de un servicio sobre el otro, en centros poblados rurales de entre 500 a 2000 habitantes, lo que nos invita a reflexionar sobre cuál debe ser el servicio más idóneo que debe brindar el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) en estas poblaciones.

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM), hoy se encuentra lejos de alcanzar su máximo potencial, pues se han evidenciado limitaciones en la capacidad de las cuidadoras y facilitadores del programa, además de deficiencias en instalaciones del Servicio de Cuidado Diurno (SCD).

A pesar de todas las limitaciones, los resultados a favor del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), son robustos a la inclusión de efectos fijos a nivel de niño y a la inclusión de controles que aíslan características a nivel del niño y de centro poblado.

2. Recomendaciones

A partir del análisis de los resultados antes mencionados, se proponen las siguientes recomendaciones:

En cuanto a los resultados del análisis realizado, donde al parecer el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) tendría mejores resultados que el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) en la dimensión socioemocional y comunicativa, se propone:

- Escalar las sesiones de sociabilización e interaprendizaje, actividad que ha sido suprimida actualmente, donde se generen espacios de interacción con los padres y los niños beneficiarios del SAF. Tomando como referencia los espacios de interacción que se generan en la prestación del SCD, pero adaptándola al contexto rural, fomentando el intercambio de buenas prácticas y experiencias para lograr el desarrollo infantil temprano. Es importante analizar que se aumente la frecuencia de estas sesiones.

En cuanto a los resultados del análisis realizado, donde al parecer el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) tendría mejores resultados que el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) en la dimensión de motora fina, se propone:

- Mejorar los kits que son entregados a los beneficiarios del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), incorporando elementos que promuevan el desarrollo infantil temprano en esta dimensión.

A efectos de promover mejoras en el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), se propone implementar el uso de material audiovisual, enfocado en los padres, con prácticas que ayuden a mejorar el desarrollo infantil temprano. Tomando como referencia la evidencia que recogen Berlinski y Schady (2015) de una evaluación en Jamaica, Santa Lucía y Antigua con resultados positivos, gracias al uso de videos enfocados en los padres.

Por otro lado, teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio y que el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) realizó la evaluación censal de la ESDI de los años 2015 y 2016, se recomienda recopilar información adicional y realizar una evaluación más rigurosa. Para lo cual, se propone recoger información complementaria como el nivel de educación de los padres, el nivel socioeconómico del hogar, número de hijos en la familia, características del hogar y la percepción de importancia del desarrollo de la primera infancia de los padres o cuidador principal, además de información existente como el peso y talla de los niños (información del sector Salud). Con esta información se propone hacer un emparejamiento (aplicando un *Propensity Score Matching*), complementándolo con la metodología de diferencias en diferencias.

Considerando el resultado favorable del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) con respecto al Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) en la dimensión total del desarrollo infantil, es importante se analicen los criterios de focalización del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). Actualmente, se promueve la implementación del SAF en centros poblados con menos de 2000 habitantes y la implementación del SCD cuando el centro poblado excede este umbral. Este criterio al parecer es muy estricto y es algo que debe analizarse a partir de los resultados obtenidos en este documento, donde observamos que el SCD obtiene mejores resultados en niños que pertenecen a centros poblados entre 500 y 2000 habitantes, con usuarios recién admitidos. La recomendación es que se implementen pilotos, que sean evaluados rigurosamente, para comprobar si es factible escalar el SCD en poblaciones rurales, siempre que las condiciones lo permitan y que exista la concentración de niños requerida.

En el caso que se decida por un escalamiento progresivo del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) en centros poblados entre 500 y 2000 habitantes, se propone priorizar los centros poblados con resultados más críticos en el logro de aprendizaje de comprensión de textos. Esto debido a que, a partir de los resultados de esta investigación, el SCD ha demostrado cerrar las brechas y tener mejores resultados en la dimensión comunicativa, la que está ligada al logro de aprendizaje de comprensión de textos.

Considerando los estudios previos, realizados a ambos servicios del programa, donde se encuentran oportunidades de mejora, se recomienda analizar cambios en el modelo del programa que contribuyan a mejorar la calidad:

- Cambiar el perfil de las cuidadoras y facilitadores, por técnicos y/o profesionales, en salud y/o educación; ya que, al tener perfiles más calificados se podría lograr mejores resultados y alcanzar el máximo potencial del programa en ambos servicios. Sin embargo, esto podría ser muy costoso para el programa, por lo que también se debería analizar la implementación con personal paraprofesional, con una capacitación previa adecuada y que reciba capacitación constante una vez que ingresa al programa, en desarrollo infantil, hitos del desarrollo, prácticas educativas y estimulación en la primera infancia, que este certificado por un organismo independiente dentro del PNCM. Además, se propone mejorar el estipendio que reciben las cuidadoras y facilitadores, proponiendo escalas diferenciadas, basadas en la permanencia en el programa y las certificaciones obtenidas, promoviendo la continuidad y generando condiciones para hacer línea de carrera basado en la meritocracia.

Es recomendable, que las propuestas detalladas anteriormente puedan ser evaluadas de manera rigurosa por el Programa Nacional Cuna Más (PNCM), donde se implementen cambios y mejoras en el perfil de las cuidadoras y facilitadores del programa, en centros poblados entre 500 y 2000 habitantes, para lo cual se propone 5 grupos de evaluación a considerar:

- Servicio de Cuidado Diurno (SCD) con técnicos y/o profesionales en salud y/o educación, remunerados.
- Servicio de Cuidado Diurno (SCD) con paraprofesionales, con una capacitación previa adecuada, y que reciban capacitación constante una vez que ingresan al programa, y que reciben nueva escala de estipendios.
- Acompañamiento a Familias (SAF) con técnicos y/o profesionales en salud y/o educación, remunerados.
- Acompañamiento a Familias (SAF) con paraprofesionales, con una capacitación previa adecuada, y que reciban capacitación constante una vez que ingresan al programa, y que reciben nueva escala de estipendios.
- Grupo de control (sin intervención).

Considerando que el programa está lejos de alcanzar su máximo potencial, se recomienda medir anualmente los logros en desarrollo infantil, utilizando como herramienta la Escala de Desarrollo Infantil (ESDI), considerando que, gracias a la implementación censal de la ESDI en el 2015 y 2016, esta investigación pudo llevarse a cabo. Lo recomendable es que la aplicación de la ESDI sea censal, lo que permitiría identificar mejoras de acuerdo a los problemas identificados en cada centro poblado y en función de eso, analizar la información y desarrollar estrategias diferenciadas, que respondan a las características de los niños y el cierre de brechas en el desarrollo infantil que estas poblaciones requieren. Asimismo, esta información censal de la ESDI servirá de base para realizar un análisis con un enfoque evaluativo de los servicios. Sin embargo, si la aplicación censal de la ESDI no fuera posible debido a cuestiones presupuestarias, sería aconsejable que se aplique de manera muestral, con representatividad a nivel nacional.

Tomando como referencia las experiencias revisadas en la literatura, se recomienda implementar el seguimiento de más largo plazo, que incluyan la trayectoria de la escolaridad, el rendimiento académico enfocado en logros de aprendizaje de comprensión de textos y lógico-matemática; así como la productividad económica en la adultez.

Bibliografía

- Araujo, M.; Dormal, M.; y Schady, N. (2017). *La calidad de los jardines de cuidado infantil y el desarrollo infantil*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Araujo, M. y López-Boo, F. (2010). *Invertir en los primeros años de vida. Una prioridad para el BID y los países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Araujo, M.; López-Boo, F.; y Puyana, J. (2013). *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Araujo, M.; Dormal, M.; y Rubio-Codina, M. (2016). *Evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más – Resultados Finales. Informe de evaluación*. Lima, Perú: MEF.
- Baker-Henningham, H. y Lopez Boo, F. (2010). *Early Childhood Stimulation Interventions in Developing Countries: A comprehensive literature review*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bedregal, P.; Gertner, G.; Johannsen, J.; y Martínez, S. (2016). *Centros infantiles en Bolivia: atención, infraestructura y calidad de servicios de desarrollo infantil*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Berlinski, S. y Schady, N. (2015): *Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bertrand, M; Duflo. E.; y Mullainathan. S. (2004). “How Much Should We Trust Differences-In-Differences Estimates?” *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 119, Issue 1, 1 February 2004, Pages 249–275, <https://doi.org/10.1162/003355304772839588>.
- Cameron, C. y Trivedi, P. (2005), *Microeconometrics*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Contraloría General de la República (2015). *Informe de Síntesis de la Auditoría de Desempeño al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más*. Lima, Perú: Contraloría General de la República.
Directiva N° 002-2013-MIDIS/PNCM: *Lineamientos técnicos del Servicio de Acompañamiento a Familias*.
- Directiva N° 010-2014-MIDIS/PNCM: *Lineamientos técnicos del Servicio de Cuidado Diurno*.
- Directiva N° 009-2016-MIDIS/PNCM: *Lineamientos Técnicos de los servicios del PNCM*.
- Galiani, S.; Gertler, P.; y Schargrotsky, E. (2005). “Water for Life: The Impact of the Pri-

- vativation of Water Services on Child Mortality”. *Journal of Political Economy*, 113(1), 83-120. doi:10.1086/426041
- Guerrero, G. y Demarini, F. (2016). *Atención y educación de la primera infancia en el Perú: avances y retos pendientes. Investigación para el desarrollo en el Perú: once balances*. Lima, Perú: GRADE.
 - Guerrero, G. y León, J. (2017). *Evaluación de Impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más - Resultados finales. Informe de evaluación*. Lima, Perú: MIDIS.
 - Guerrero, G. y León, J. (2012). *Demanda social por programas de atención y educación de la primera infancia (AEPI) en el Perú: ¿qué tipo de programas de AEPI demanda la población? ¿Cuáles son las posibilidades y retos de llevar a escala este tipo de intervenciones?* Lima, Perú: GRADE.
 - Grantham-McGregor, S (1995). “A Review of the Studies of the Effect of Severe Malnutrition on Mental Development”. *The Journal of Nutrition*, Vol. 125, 2233-2238.
 - Holland, P. (1986). “Statistics and Causal Inference”. *Journal of the American Statistical Association* Vol. 81, N° 396, pp. 945-960.
 - INEI (2007). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. Lima, Perú: INEI.
 - Josephson, K.; Guerrero, G.; y Coddington C. (2017). *Cómo apoyar al personal que trabaja en programas a gran escala dirigidos a la primera infancia: El caso del Servicio de Acompañamiento a Familias de Cuna Más en Perú*. Washington, D.C., USA: Results for Development.
 - López Boo, F.; Araujo, M. y Tomé, R. (2016). *¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado infantil?* Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
 - Martorell, R.; Rivera, J.; Kaplowitz, H.; y Pollitt, E. (1992). *Long-term consequences of growth retardation during early childhood*. En M. Hernandez, & J. Argente, *Human growth: basic and clinical aspects* (pp. 143-149). Ámsterdam, Holanda: Elsevier Science Publisher B.V.
 - Myers, R.; Martínez, A.; Delgado, M.; Fernández, J.; y Martínez, A. (2013). *Desarrollo Infantil Temprano en México Diagnóstico y recomendaciones*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
 - Programa Nacional Cuna Más (2016). *Manual de aplicación. Escala de Desarrollo Infantil*. Lima, Perú: MIDIS.
Programa presupuestal 0098: Programa Cuna Más.
 - Resolución Ministerial 148-2013-MIDIS. *Aprobación de los criterios de focalización del Programa Nacional Cuna Más.*

- Rubin, D. (1974). "Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies". *Journal of Educational Psychology* 66(5): 688-701.
- Rubin, D. (1978). "Bayesian Inference for Causal Effects: The Role of Randomization". *Ann. Statist.* 6, n°. 1, 34-58.
- Rubio-Codina, M.; Tomé, R. y Araujo, M. (2016). *Los primeros años de vida de los niños peruanos. Una fotografía sobre el bienestar y el desarrollo de los niños del Programa Nacional Cuna Más*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Schodt, S.; Parr, J.; Araujo, M.; y Rubio-Codina, M. (2015). *La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias. Una revisión de la literatura*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Wooldridge, J. (2010). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. London, England: The MIT Press
- Young, M. (1996). *Early Child Development: Investing in the Future*. Washington, D.C., USA: Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas biográficas

Marcos Manuel Bravo Ñañez

Nació en Lima, el 18 de mayo de 1985. Ingeniero de Sistemas titulado de la Universidad Nacional de Ingeniería. Cuenta con un Diplomado de especialización en Monitoreo y Evaluación de Proyectos y Programas Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Tiene más de seis años de experiencia en seguimiento y evaluación. Participó en el proceso de diseño del programa presupuestal CUNA MÁS, evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias y evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno. Actualmente es parte del equipo de seguimiento y evaluación de la Oficina de Monitoreo y Evaluación de Políticas del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Oscar Daniel Calderón Taramona

Nació en Lima, el 22 de abril de 1984. Licenciado en Administración de Negocios Internacionales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cuenta con un Diplomado en Gerencia de Proyectos, bajo el enfoque del PMI en la Universidad de Piura y es Becario del Gobierno Belga para la Maestría en Gestión de la Inversión Social en la Universidad del Pacífico.

Cuenta con diez años de experiencia trabajando en la banca de desarrollo, en el diseño e implementación de proyectos de desarrollo económico rural, emprendimiento juvenil e inclusión financiera. Actualmente se desempeña como Analista de Gestión de Proyectos en la Corporación Financiera de Desarrollo - COFIDE.