PERÚ | Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

REVISIONES DE EVIDENCIAS | 10



Programa Nacional Cuna Más

Revisión de Evidencias 2013-2025

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Lily Norka Vásquez Davila
Ministra

Marco Antonio Maldonado Gutarra
Viceministro de Políticas y Evaluación Social

Rafael Eduardo Castillo Alfaro
Director General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social

Luis Fernando Llanos Zavalaga
Director de Evaluación

Elaborado por:
Marisut Guimet (DGSEI-Midis)
Selene Mendez (DGSEI-Midis)
Leslie Miranda (DGSEI-Midis)

Revisado por:
Luis Fernando Llanos Zavalaga

Foto de carátula:
Midis

Segunda edición digital, julio 2026

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2026
Av. Paseo de la República 3101, San Isidro
Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030
Página web: www.gob.pe/midis

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:
https://evidencia.midis.gob.pe/revisiones-de-evidencia-n10/

Reservados algunos derechos:
Este documento ha sido elaborado por el equipo profesional de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social del Midis. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas son de responsabilidad exclusiva del autor y no reflejan necesariamente la posición institucional del Midis. Ninguno de los contenidos de este documento constituye, ni debe interpretarse, como una limitación o renuncia a los privilegios y prerrogativas del Midis, los cuales se reservan íntegramente.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis)
Av. Paseo de la República 3101, Lima 27 – Perú
Central telefónica: (51-01) 631-8000 www.midis.gob.pe

Contenido

Introducción 06

1. Revisión de literatura 10

2. Plan Anual de Evaluaciones (PAE), 2013 - 2025 12

3. Estudios desarrollados 13

- 3.1. Evaluación del impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más - Resultados finales 13
- 3.2. Sistematización del Programa Nacional Cuna Más 16
- 3.3. Evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más - Resultados finales 19
- 3.4. Evaluación de diseño e implementación del modelo de cogestión comunitaria del Programa Nacional Cuna Más 21
- 3.5. Factores asociados al Desarrollo Infantil Temprano 25
- 3.6. Evaluación de impacto del piloto de mejora de la atención integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más 26
- 3.7. Evaluación de impacto a largo plazo del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más en resultados educativos 29
- 3.8. Evaluación de Continuidad del Programa Nacional Cuna Más 31
- 3.9. Diagnóstico de capacidades institucionales territoriales para la implementación de los Productos Colegiados del PPoR DIT 35
- 3.10. Diseño de instrumentos de medición de conocimientos y adopción de prácticas saludable y aprendizaje del PNCM 37
- 3.11. Evaluación de impacto del servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en el desarrollo infantil temprano, 2018-2022 38
- 3.12. Estudio sobre la permanencia y trayectorias de las madres cuidadoras en el voluntariado del SCD del PNCM 41
- 3.13. Medición del desarrollo infantil temprano en usuarios del Servicio de Cuidado Diurno del PNCM 42
- 3.14. Diseño y validación de las subdimensiones interacción madre-niño y regulación de emociones y comportamiento de la Dimensión Socioemocional de la Escala de Desarrollo Infantil (ESDI) del PNCM 46

4. Conclusiones y agenda futura 52

- 4.1. Inversión en la primera infancia: ¿cantidad vs. calidad? 52
- 4.2. Infancia como sujeto de derecho 52
- 4.3. Cuidado y género: el rol de las madres cuidadoras como base del SCD y SAF 53
- 4.4. Sostenibilidad del PNCM: Desafíos operacionales 54
- 4.5. Interculturalidad: La deuda pendiente 55

Referencias 56

Lista de acrónimos y siglas

CG: Comités de Gestión
CIAI: Centro Infantil de Atención Integral
CV: Comités de Vigilancia
DGSEI: Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social.
DIT: Desarrollo Infantil Temprano
ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESDI: Escala de Desarrollo Infantil
GL: Gobierno Local
GN: Gobierno Nacional
GR: Gobierno Regional
HOVRS: Home Visits Rating Scale
INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MC: Madre cuidadora
MCC: Modelo de Cogestión Comunitaria.
MEC: Metodología de Evaluación de Continuidad
MIDIS: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA: Ministerio de Salud
NBI: Necesidades básicas insatisfechas
PCM: Presidencia de Consejo de Ministros
PDLC: Plan de Desarrollo Local Concertado
PDRC: Plan de Desarrollo Regional Concertado
PNCM: Programa Nacional Cuna Más.
PNDIS: Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social
POI: Plan Operativo Institucional
PPoR-DIT: Programa Presupuestal orientado a resultados DIT
SAF: Servicio de Acompañamiento Familiar
SCD: Servicio de Cuidado Diurno
UPPM: Unidad de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
UT: Unidad Territorial

Presentación

Este documento corresponde a una actualización de la versión elaborada en octubre de 2020. Tiene como objetivo presentar las evaluaciones y estudios realizados al Programa Nacional Cuna Más (PNCM) que han sido desarrollados o promovidos por la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (DGSEI) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) durante el período 2013-2025 sobre la prestación de sus servicios: (i) Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y (ii) Servicio de Acompañamiento Familiar (SAF) en el marco del Desarrollo Infantil Temprano (DIT).

Se presentan un total de 08 evaluaciones y 06 estudios desarrollados sobre el PNCM. En cada una de las evaluaciones y estudios, se detalla el objetivo principal, la metodología utilizada, así como los principales hallazgos y recomendaciones con el fin de generar evidencia para la mejora continua de la prestación de sus servicios. En su mayoría, las evaluaciones corresponden a medir el impacto del programa en sus dos servicios (SCD y SAF). Por otro lado, se presenta una evaluación enfocada en identificar los nudos críticos del diseño e implementación del modelo de cogestión comunitaria. Asimismo, se presenta una evaluación enfocada en evaluar el desempeño y estado situacional del PNCM a fin de determinar su necesidad de continuidad. Finalmente, una de las evaluaciones se centra en la medición del DIT en niñas y niños usuarios del SCD.

A grandes rasgos, los hallazgos de las evaluaciones de impacto señalan que el SAF tiene efectos positivos sobre los niveles de desarrollo infantil de la población beneficiaria; además, se encuentran efectos positivos a largo plazo sobre resultados educativos en la etapa escolar. El SCD también muestra impactos positivos sobre el desarrollo infantil temprano de las niñas y niños usuarios; con respecto al piloto de mejora, se encuentra que la modalidad de ratio baja ha sido efectiva para lograr impactos positivos en los resultados de desarrollo infantil. Por otro lado, las evaluaciones enfocadas en el modelo de cogestión comunitaria señalan fortalezas importantes de este modelo; no obstante, se listan una serie de nudos críticos que influyen de manera negativa en la operatividad del SCD y SAF y en la implementación del modelo de cogestión comunitaria. Por ello, se plantean recomendaciones para los nudos críticos en los procesos que involucran la participación de la comunidad organizada en la operatividad de los servicios del PNCM. En la evaluación de continuidad del Programa se visualiza cuáles son los puntos de mejora que deben implementarse de manera general y en cada uno de los servicios para que estos sean de calidad y beneficien en mayor medida a la población usuaria; asimismo, en la evaluación se concluye la necesidad de que el PNCM continúe con sus funciones para la promoción del DIT. Finalmente, en la evaluación de medición del DIT.

Por otro lado, los estudios desarrollados sobre PNCM han estado enfocados en el diseño y validación de instrumentos de medición en el marco del DIT con el fin de potenciar las dimensiones y la representatividad de la ESDI, conceptualizando el territorio como un marco que brinda soporte técnico en capacidades institucionales, así como las experiencias de los actores involucrados en la administración y operación de los servicios que brinda el programa. Además, el interés por conocer los factores asociados al DIT, las capacidades institucionales territoriales para los productos del PPoR-DIT, así como la trayectoria y permanencia de madres cuidadoras del PNCM, desembocó en la realización de estudios orientados a retroalimentar la toma de decisiones, fortalecer la gestión de los servicios y contribuir a la mejora de las políticas públicas dirigidas al desarrollo infantil temprano.

Finalmente, a la luz de los hallazgos y recomendaciones, se presenta una agenda futura de temas a ser puestos a discusión y de propuestas de evaluaciones que permitan realizar análisis complementarios.

Introducción

El DIT está enmarcado en la agenda política peruana desde el año 2016 con los lineamientos "Primero la Infancia[1]" de carácter multisectorial con el fin de sentar las bases para abordar la primera infancia desde la gestación hasta los 5 años de vida con un enfoque integral. Sobre las bases de estos lineamientos, en el año 2019, se aprobó mediante Resolución Suprema N° 023-2019-EF el Programa Presupuestal orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano (PPoR DIT), que constituye una propuesta de valor del Estado y la comunidad para con los niños y niñas, el cual comprende las decisiones respecto a los factores condicionantes del desarrollo infantil temprano que deben ser abordados con prioridad. Este esquema de gestión y articulación integra una serie de servicios que se brindan en el marco del Programa Presupuestal 1001: "Productos Específicos para Desarrollo Infantil Temprano", así como productos de otros programas presupuestales, a fin de articular las intervenciones dirigidas a gestantes, niñas y niños menores de 5 años, además de realizar el seguimiento a la entrega de estos productos —proceso que incluye la integración de plataformas de información de los sectores. Dichos productos han sido agrupados en 5 categorías: i) Salud y nutrición de la adolescente, gestante, y del niño y niña, ii) condiciones para el hogar, iii) cuidado y aprendizaje infantil, iv) sistema de protección, y, v) acompañamiento familiar. Cada uno de los productos cuenta con una ficha técnica sustentada en el análisis de evidencias, en la que se consignan las intervenciones a entregar y sus respectivas modalidades de entrega, así como las características específicas para la adecuada provisión del servicio. A partir del año 2023, el Viceministerio de Políticas y Evaluación Social del MIDIS es responsable de la gestión estratégica y operativa del PPoR DIT[2].

Como un esfuerzo continuo del Estado peruano para reforzar los compromisos sectoriales respecto al DIT, en el año 2025, se declaró la Política de Estado N°36 sobre el DIT en el Foro del Acuerdo Nacional, marcando un hito en el desarrollo integral desde la gestión hasta los cinco años, etapa clave para sentar bases del desarrollo biológico, cognitivo, emocional y social.

Asimismo, según los objetivos prioritarios de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030[3] (PNDIS), se establece el DIT como parte del esfuerzo continuo del sector en fortalecer los servicios del PPorDIT provistos por distintos sectores y niveles de gobierno, con un esquema de seguimiento y evaluación liderado por el MIDIS. A continuación, se presentan

- Objetivo Prioritario 1 (OP1): Mejorar el desarrollo infantil temprano para asegurar su inclusión social.

- Objetivo Prioritario 5 (OP5): Mejorar las condiciones del entorno de la población para asegurar su inclusión social, dado que este último incorpora condiciones del entorno (servicios básicos e infraestructura, vivienda y prevención de violencia) que influyen directamente en el desarrollo y bienestar desde la primera infancia.

El PNCM[4], como herramienta de política de la PNDIS, tiene como objetivo general mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional a través de sus dos servicios:

[1]Decreto Supremo N°010-2016-MIDIS.
[2]Resolución Ministerial N° 184-2023-MIDIS.
[3]Decreto Supremo N.° 008-2022-MIDIS.
[4]Como antecedente, el Programa Wawa Wasi (1993) brindó servicios de atención a la primera infancia desde un enfoque de protección infantil mientras que Cuna Más (desde 2012) entrega dos servicios en el marco del DIT.

i. El Servicio de acompañamiento familiar (SAF), el cual está dirigido a madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses y sus familias de zonas de pobreza y extrema pobreza. A través del servicio se busca promover prácticas de cuidados saludables (por ejemplo, lactancia, alimentación, higiene, buen trato, entre otras) de forma que se contribuya a una adecuada atención de la salud, nutrición, aprendizaje temprano, juego, comunicación y protección de las niñas y los niños usuarios.
ii. El Servicio de cuidado diurno (SCD), el cual busca brindar 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 cuidado extrafamiliar, por ausencia de un adulto competente para su atención en el ámbito del hogar, con el fin de atender sus necesidades básicas de salud, nutrición y aprendizaje. De igual forma, se interviene en el fortalecimiento de prácticas en las familias de las niñas y niños usuarios del servicio.

Además, en la norma de creación del PNCM se plantean 3 objetivos específicos:

- Incrementar el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema.

- Mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje de sus niñas y niños menores de 36 meses de edad.

- Fortalecer el vínculo afectivo madre/padre/cuidador-hija/o-niña/o.

El diseño de este PPoR-DIT tiene como base el **Modelo de Cogestión comunal[5],** en el cual el Programa brinda ambos servicios (SCD y SAF) a través de los **Comités de Gestión (CG), los Consejos de Vigilancia (CV) y los actores comunales:**

i. Los Comités de Gestión (CG) **administran los recursos transferidos por el programa, contratan y coordinan a las madres cuidadoras o facilitadoras,** aseguran la operatividad del servicio en el Centro Infantil de Atención Integral (CIAI), gestionan bienes, alimentación, materiales y funcionamiento diario y coordinan con autoridades locales. Las personas que participan son las siguientes:

    - Presidente: Lidera la organización y gestión de los Servicios del PNCM a nivel comunal.

    - Secretario: Registra los acuerdos de las reuniones de la Junta Directiva del Comité de Gestión en el libro de actas

    - Tesorero: Gestiona de manera transparente, ordenada y documentada, los recursos transferidos por el PNCM, conjuntamente con el Presidente del Comité de Gestión y realiza la rendición de cuentas.

    - Vocales: Apoya a el Presidente y a el Secretario en la recepción y distribución del equipamiento y dotación de bienes.

ii. Los Comités de Vigilancia (CV) **tiene como función principal supervisar la gestión realizada por el Comité de Gestión,** asegurando que sus actividades se desarrollen de manera adecuada y conforme a las disposiciones del programa. Asimismo, se encarga de vigilar el uso correcto de los recursos económicos asignados, garantizando su transparencia y buen manejo. De igual manera, verifica la calidad del servicio que se

[5]Modelo de cogestión comunal para la implementación de los servicios y funcionamiento de los Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia en el Programa Nacional Cuna Más. Resolución Dirección Ejecutiva N°02100-2025-MIDIS/PNCM-DE

brinda a los usuarios, con el fin de asegurar que cumpla con los estándares establecidos. En caso de identificarse alguna irregularidad, el Consejo de Vigilancia tiene la responsabilidad de reportarla al Programa Nacional Cuna Más (PNCM). Finalmente, promueve la rendición de cuentas como mecanismo de transparencia y control social dentro de la comunidad.

iii. Para asegurar la realización de ambos servicios ofrecidos por el programa, **los actores comunales** se dividen de la siguiente manera:

- Madre Cuidadora: Atiende a la niña y niño con respeto, cariño y paciencia durante las actividades y los momentos de cuidado y juego, teniendo en cuenta sus intereses, necesidades y potencialidades, promoviendo la autonomía a través de una comunicación sensible y cariñosa, utilizando su capacidad de observación, respuesta y espera.

- Madre Guía: Orienta y/o apoya a la Madre Cuidadora para el cumplimiento de sus actividades.

- Guía de Familia: Cumple adecuadamente con el acompañamiento familiar de las cuidadoras/es principales de las niñas y niños usuarias/os del SCD, en el marco del voluntariado y la cogestión comunal, de acuerdo con el marco normativo establecido por el PNCM.

- Socia de Cocina: Prepara las raciones de acuerdo con la programación del menú establecido por el especialista en nutrición, garantizando que las mismas tengan buen aspecto, sabor y consistencia.

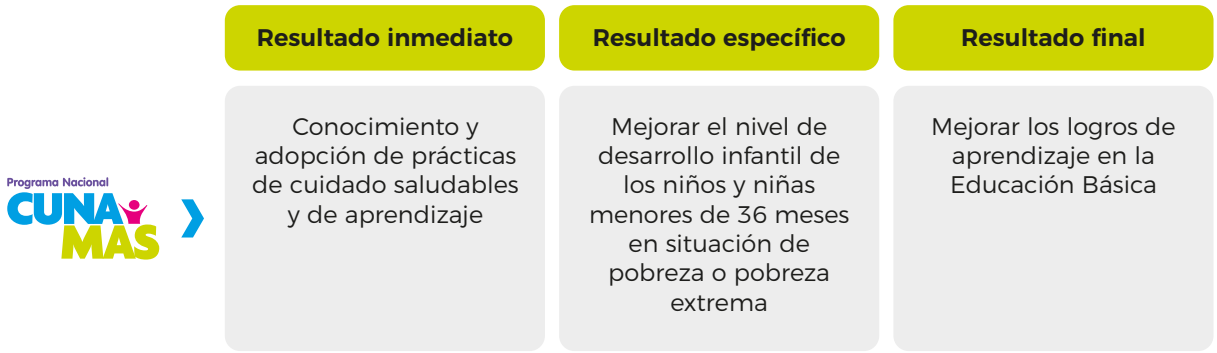
- Repartidor de alimentos: Integrante voluntario de la comunidad, de dieciocho (18) años de edad a más, con nivel educativo secundaria completa (preferentemente), previamente a asumir su labor de voluntariado, cuenta con certificado vigente de gozar de buena salud física y salud mental.

- Apoyo de limpieza y vigilancia: Realiza la limpieza y desinfección diaria, semanal y mensual profunda de los ambientes, mobiliario, juguetes y material educativo del CIAI. Dicha labor se realiza en ausencia de las/los usuarias/os y de acuerdo con lo descrito en la directiva de prestación de Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

El modelo de cogestión implica un compromiso entre el Estado —Unidades territoriales del Programa— con los actores comunales. Este vínculo es indispensable para concretar y brindar ambos servicios puesto que es una apuesta del gobierno para generar valor público desde la propia comunidad. Por otro lado, la Cadena de Valor del PNCM[6] establece de manera detallada los insumos y los procesos/actividades necesarios para la entrega de dos productos: (i) Acompañamiento a familias (familias acceden a acompañamiento en cuidado y aprendizaje de sus niñas y niños de 0 a 36 meses de edad que viven en situación de pobreza y extrema pobreza en zonas rurales), y (ii) Atención integral (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). Además, se detallan los resultados inmediatos, específicos y finales que se esperan obtener como producto de las intervenciones ofrecidas por el PNCM. Una versión acotada de la cadena de valor para el propósito de este documento se presenta en el Gráfico 1.

[6]Aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N°429 – 2020- MIDIS/PNCM, de fecha 18 de agosto de 2020, y posteriormente, modificada y actualizada a través de la Resolución de Dirección Ejecutiva Nº 1804-2021-MIDIS/PNCM-DE, de fecha 30 de diciembre del 2021.

Gráfico 1. Cadena de resultados del Servicio de Cuidado Diurno



Elaboración propia.

De esta manera, el PNCM cuenta con un marco normativo y gerencial que engloba sus principales servicios y resultados a fin de contribuir al desarrollo infantil temprano. Esta concepción y articulación entre Estado-comunidad converge con el enfoque de nueva administración pública (NPM)[7] el cual postula la gobernanza como mecanismo de cocrear un gobierno abierto y empoderar a la ciudadanía en la prestación de servicios.

Asimismo, de acuerdo al texto integrado del Reglamento de Organización y Funciones del MIDIS[8], la DGSEI es el órgano de línea responsable del seguimiento y evaluación de las políticas, sus instrumentos y los programas sociales en materia de desarrollo e inclusión social; así como de la gestión de la evidencia y del conocimiento. Se designa como una de sus funciones "establecer los lineamientos, metodologías, estándares y criterios para el seguimiento y evaluación de las políticas, sus instrumentos y los programas sociales en materia de desarrollo e inclusión social, así como para la gestión de la evidencia y del conocimiento a nivel sectorial e institucional". Además, como parte de sus funciones, la Dirección de Evaluación dirige y conduce el diseño y la supervisión de las evaluaciones de diseño, de implementación y de resultados e impacto de las políticas, sus instrumentos y los programas sociales en materia de desarrollo e inclusión social.

Así, en el marco de sus funciones, la DGSEI ha propuesto, realizado y supervisado una serie de evaluaciones y estudios con el fin de generar evidencia sobre el funcionamiento del PNCM para determinar sus fortalezas y nudos críticos que pueden influir en la manera cómo se implementan sus dos servicios, así como el impacto que tiene cada uno de estos en el desarrollo infantil de las niñas y niños usuarios y en resultados a largo plazo, como es el caso de los logros de aprendizaje en la etapa escolar.

La generación de evidencia ha permitido generar una serie de recomendaciones con el fin de mejorar los servicios otorgados a la población beneficiaria y tomar decisiones basadas en evidencia. Por tal motivo, el presente documento tiene como objetivo realizar una síntesis de todas las evaluaciones y estudios del PNCM desde el año 2013 con el fin de consolidar los hallazgos de cada evaluación y, de esta manera, elaborar de manera crítica una agenda futura.

El presente documento está dividido en 5 secciones: i) revisión de literatura, ii) plan anual de evaluaciones (PAE), iii) evaluaciones y estudios desarrollados, iv) conclusiones y agenda futura y; v) referencias.

[7]Nigro, F. A. & Nigro, L. G. (2014). New Public Personnel Administration. Cengage Learning.
[8]Aprobado mediante Resolución Ministerial N°24-2026-MIDIS.

1. Revisión de literatura

La presente revisión recoge evidencia de la literatura científica internacional sobre los principales ejes teóricos que sustentan el diseño e implementación del PNCM. Se organiza en seis subsecciones que articulan los marcos conceptuales y evidencia empírica de relevancia para el análisis del programa.

2.1 Definición DIT

El Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permiten a la niña y el niño desarrollar competencias a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno. Desde un enfoque de derechos, la primera infancia es sujeto de atención integral por parte del Estado y la sociedad (UNICEF, 2017).

Wu et al. (2024) señalan que el desarrollo en la primera infancia —incluyendo el desarrollo cerebral, la salud y el crecimiento físico, las capacidades cognitivas y las habilidades socioemocionales— sienta las bases para el éxito socioeconómico y la movilidad social posteriores, y está moldeado por la interacción de influencias a nivel micro (genética, salud prenatal, capacidades parentales), meso (comunidades, entornos educativos tempranos) y macro (contextos socioculturales, políticas públicas). Este abordaje requiere un enfoque ecológico y multinivel para comprender adecuadamente el fenómeno.

Grantham-McGregor et al. (2007) estiman que más de 200 millones de niños menores de cinco años en países de ingreso bajo y medio no alcanzan su potencial de desarrollo cognitivo, con consecuencias que se extienden a lo largo del ciclo de vida en términos de logros educativos, productividad económica y salud. Shonkoff et al. (2009) aportan evidencia desde la neurociencia molecular sobre cómo las adversidades tempranas generan una respuesta de estrés tóxico que altera el desarrollo cerebral de manera duradera, reforzando la urgencia de intervenciones oportunas en la primera infancia.

2.2 Infancia como sujeto de derecho

La conceptualización de la infancia como sujeto de derecho implica reconocer que el desarrollo integral de niñas y niños no es sólo un imperativo económico, sino una obligación ética y jurídica del Estado. La Política de Estado N°36 sobre DIT, declarada en el Foro del Acuerdo Nacional del año 2025, constituye un hito en este proceso, al reconocer explícitamente la primera infancia como prioridad de Estado.

Oropilla y Ødegaard (2021) destacan que la sostenibilidad social es explícitamente intergeneracional: incluye la equidad para las generaciones futuras y una extensión de los derechos colectivos. Los programas intergeneracionales en la educación y el cuidado de la primera infancia se definen como iniciativas que involucran a más de una generación, promueven el aprendizaje mutuo y contribuyen a la cohesión comunitaria. Esping-Andersen (2007) añade que, desde una lógica de externalidad, los hijos crean valor social y el apoyo familiar universal puede justificarse como una cuestión de equidad intergeneracional.

2.3 Inversión en la primera infancia: ¿cantidad vs calidad?

En el año 2025, el PNCM invirtió S/ 230,988,898 (USD 62,261,159) en la capacidad operativa y la mejora en la infraestructura de los Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI)[9]. Esta

[9]MIDIS (2025). Estudio a nivel de perfil del programa de inversión: "Programa de Mejora de la calidad de los servicios de Primera Infancia en el Perú". Documento de trabajo.

inversión refleja el compromiso multisectorial del Estado peruano en potenciar los programas de desarrollo infantil temprano.

Esta inversión responde a lo postulado por Heckman y Masterov (2007), quienes demuestran que el retorno a la inversión en capital humano declina en forma exponencial durante el ciclo de vida, estando en su pico más alto al comienzo del mismo. Es decir, mientras más temprano se realiza la inversión, más tiempo hay para recuperarla, con tasas de retorno estimadas de hasta 13% anual. De forma complementaria, Wu et al. (2024) reafirman este hallazgo, señalando que la educación infantil temprana puede generar tasas de retorno anuales entre el 7% y el 10% en general, y estimadas entre el 7% y el 15% para contextos rurales de países en desarrollo.

Sin embargo, la inversión cuantitativa no garantiza, por sí sola, mejoras en el desarrollo infantil. La evidencia acumulada del PNCM y de estudios internacionales muestra que la calidad del servicio —mediado por la formación, experiencia y estabilidad del personal cuidador— es un determinante fundamental de los resultados en el desarrollo de la primera infancia (Araujo et al., 2017). En este sentido, la pregunta sobre la cantidad versus calidad de la inversión adquiere especial relevancia para el caso peruano.

De La Mata et al. (2022) identifican tres canales a través de los cuales la persistencia intergeneracional de la desventaja se reproduce: la poca formación de capital humano, el limitado acceso a empleos de calidad y las bajas posibilidades de acumulación de activos y riqueza. El nivel socioeconómico del hogar de origen se asocia fuertemente con estas oportunidades. Esto justifica la intervención del Estado a través de programas como el PNCM, pues los entornos tempranos adversos generan déficits en habilidades y capacidades que reducen la productividad e incrementan los costos sociales a largo plazo.

2.4 Cuidado y género, el reto del DIT en el área gris del cuidado

Si bien en términos macroeconómicos, la inversión en el desarrollo infantil puede generar retornos sociales de entre 4 y 9 dólares por cada dólar invertido en la primera infancia (Heckman & Masterov, 2007), estos retornos descansan en una base frecuentemente invisible: el trabajo de cuidado realizado, en su mayoría, por mujeres. Históricamente, el cuidado ha sido percibido como una labor femenina y, aunque los roles domésticos han evolucionado, el 60% de los cuidadores a nivel mundial son mujeres (Revenson et al., 2016).

Adicionalmente, la transmisión intergeneracional de la desventaja incluye factores no monetarios: el conocimiento financiero muestra rezagos —particularmente relevantes en contextos de hogares monoparentales con jefatura femenina— y ciertos rasgos de personalidad vinculados a decisiones de acumulación de activos se transmiten de padres a hijos (De La Mata et al., 2022).

El modelo de cogestión comunitaria del PNCM, analizado por Boyd y Rentería (2018) y Arrunategui y Giesecke (2021), muestra que el voluntariado femenino no solo reproduce patrones tradicionales de la organización social del cuidado, sino que puede limitarlos. Estas dinámicas están sostenidas por factores socioculturales, políticos y económicos que refuerzan la asignación desigual de roles reproductivos (Esquivel, 2011; Zibecchi, 2014). La desigualdad heredada también presenta una dimensión étnico-racial y espacial: grupos afrodescendientes e indígenas están sistemáticamente sobrerrepresentados en la cola baja de la distribución del ingreso (De La Mata et al., 2022)

2. Plan Anual de Evaluaciones 2013 – 2025

El Plan Anual de Evaluaciones (PAE) es la herramienta administrativa empleada por la DGSEI del MIDIS para priorizar las evaluaciones y/o estudios a ser implementados. El Cuadro 1 muestra los estudios desarrollados durante el periodo 2013 – 2025.

Cuadro N° 1: Evaluaciones y estudios desarrollados entre el 2013 y 2025

N°	Evaluación o estudio	Año en el que aparece por primera vez en el PAE	Tipo de estudio	Periodo de desarrollo del estudio
1	Evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del PNCM- Resultados Finales	2013	Evaluación de impacto	Julio 2013- Setiembre 2016
2	Sistematización del Programa Nacional Cuna Más	2016	Estudio específico	Mayo 2016- Diciembre 2016
3	Evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) del PNCM- Resultados Finales	2017	Evaluación de impacto	Febrero 2017- Junio 2017
4	Evaluación de diseño e implementación del modelo de cogestión comunitaria del PNCM	2018	Evaluación de diseño y procesos	Noviembre 2018 -Junio 2019
5	Factores asociados al Desarrollo Infantil Temprano	2018	Estudio específico	2018
6	Evaluación de impacto del Piloto de mejora de la atención integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más	2018	Evaluación de impacto	Enero- diciembre 2020
7	Evaluación de impacto a largo plazo del Servicioi de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más en resultados educativos	2019	Evaluación de impacto	Julio 2021- Diciembre 2022
8	Evaluación de continuidad del Programa Nacional Cuna Más	2022	Evaluación específica	Enero- Diciembre 2022
9	Diagnóstico de capacidades institucionales territoriales para la implementación de los productos colegiados del PPoR-DIT	2023	Estudio específico	Marzo- Junio 2023
10	Diseño de instrumentos de medición de conocimientos y adopción de prácticas de cuidado saludable y aprendizaje del Programa Nacional Cuna Más	2023	Estudio específico	Octubre- Diciembre 2023
11	Evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en el desarrollo infantil temprano, 2018- 2022	2024	Evaluación de impacto	Junio 2023- Octubre 2024
12	Estudio de permanencia y trayectorias de las madres cuidadoras del Programa Nacional Cuna Más	2024	Estudio específico	Enero 2025- junio 2026
13	Medición del DIT con la ESDI	2025	Evaluación	Febrero 2025- Mayo 2026
14	Diseño y validación del módulo de desarrollo socioemocional de la ESDI	2025	Estudio específico	Mayo 2025- junio 2026

Elaboración propia.

3. Estudios desarrollados

A continuación, se presenta una breve descripción del objetivo general, metodología empleada, principales hallazgos y recomendaciones de los estudios señalados en el Cuadro 1.

3.1. Evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más – Resultados Finales[10]

Desarrollado por un equipo técnico del Ministerio de Economía y Finanzas y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre julio de 2013 y setiembre de 2016.

3.1.1. Objetivo general y metodología

El objetivo general del estudio fue estimar el efecto del SAF sobre el nivel del desarrollo de los niños en las dimensiones cognitiva, de lenguaje, motora y socioemocional. Asimismo, dado que la acción directa del Programa se dirige a la madre, se analizaron cambios en su conocimiento sobre el desarrollo infantil y en las prácticas de crianza que lo favorecen. Estos elementos se consideran los mecanismos de transmisión para lograr una mejora en el desarrollo del niño.

En relación a la metodología empleada, la expansión gradual del PNCM permitió el diseño de una evaluación de impacto experimental con asignación aleatoria del tratamiento a nivel de conglomerados (distritos). La muestra de evaluación estuvo conformada por 5,400 niños ubicados en 360 centros poblados rurales de 180 distritos (2 centros poblados por distrito), de los cuales 120 distritos debían contar con el servicio en la primera fase de expansión del Programa desde inicios de 2013, y los 60 distritos restantes (grupo de control) se incorporaron 24 meses después, luego del levantamiento de la línea de seguimiento[11].

Se realizaron dos encuestas, una medición de línea de base recogida entre abril y agosto de 2013, y una línea de seguimiento recogida entre junio y diciembre de 2015, cuando los niños asignados al grupo de tratamiento habían recibido el Programa por dos años aproximadamente. En cada una de estas encuestas se obtuvo información socioeconómica sobre el hogar y sus miembros, se caracterizó la calidad del ambiente en el hogar en cuanto a las oportunidades de estimulación que se ofrece a los niños, se tomaron medidas antropométricas de peso y talla, y se evaluó el desarrollo infantil en cinco áreas: cognitiva, comunicación, personal-social y motricidad fina y gruesa.

Para tener una mejor comprensión sobre la calidad de las visitas domiciliarias del SAF, la evaluación se complementó con una medida de la calidad de las visitas desarrolladas por las facilitadoras para una sub-muestra de niños del grupo de tratamiento menores de 36 meses. Para ello se administró un instrumento de observación conocido como Escala de Calificación de las Visitas Domiciliarias (Home Visits Rating Scale, HOVRS). Entre agosto y octubre de 2015 se filmaron 554 visitas, correspondientes a 176 facilitadoras, en 100 centros poblados de 9 departamentos. El HOVRS tiene dos dominios. El primero "Prácticas de la visitadora domiciliaria" tiene cuatro dimensiones: i) receptividad hacia la familia, ii) relación con la

[10]MEF (2016). "Evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más – Resultados Finales". Informe de evaluación. Elaborado por María Caridad Araujo, Marta Rubio-Codina, Marta Dormal, Lima, Perú. https://evidencia.midis.gob.pe/wp-content/uploads/2018/04/Informe_Final_4.pdf

[11]MIDIS (2013). "Nota Metodológica para la Evaluación de Impacto del Programa Nacional Cuna Más – Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)", documenta el diseño de la evaluación y la selección de la muestra en mayor detalle.

familia, iii) facilitación de la interacción entre el cuidador y el niño, y iv) no intrusión y colaboración. El segundo dominio "Involucramiento de la familia" consta de tres dimensiones: i) interacción entre el cuidador y el niño, ii) involucramiento del cuidador, y iii) involucramiento del niño. Puede administrarse por observación directa o codificarse a través de videos. Se puntúa en una escala de 1 a 7, donde 1 se interpreta como una visita de calidad inadecuada, 3 como adecuada, 5 como buena y 7 como excelente.

3.1.2. Principales hallazgos

Impactos sobre los resultados finales

- Los resultados mostraron efectos positivos del SAF en las dimensiones cognitiva y comunicación. Específicamente, el impacto del SAF en resolución de problemas y comunicación de los niños que recibieron al menos una visita del Programa son de una magnitud de 0,094 y 0,122 desviaciones estándar, respectivamente. Estos impactos equivalen a cerrar el 18% del gradiente socioeconómico en resolución de problemas y el 35% en comunicación, para los niños de esta muestra.

- En una sub-muestra de 1,038 niños más pequeños –indígenas en menor proporción– con menores tasas de desnutrición y con mayor intensidad de tratamiento (83% de la muestra recibió al menos una visita del SAF, en comparación con el 64% de la muestra total de la evaluación) y a quienes se administró una prueba diagnóstica denominada Escalas Bayley de Desarrollo infantil y del niño pequeño (Bayley Scales of Infant and Toddler Development, BSID), se identificaron impactos sobre desarrollo cognitivo y lenguaje receptivo de 0,295 y 0,193 desviaciones estándar, respectivamente, en esta medición.

Impactos sobre los resultados intermedios

- Mayor frecuencia de actividades de juego (en 0.20 desviaciones estándar) y mayor disponibilidad de juguetes caseros (8 puntos porcentuales sobre un promedio de 12.7% para el grupo de control) en el caso de niños que han participado en el SAF.

- Menos prácticas violentas de disciplina como gritos e insultos (3.8 puntos porcentuales por debajo de 30.9% para el grupo de control) y golpes con correa (2.4 puntos porcentuales por debajo de 13.2% para el grupo de control).

- Mayor frecuencia de padres que premian un comportamiento positivo mediante felicitaciones verbales o lenguaje no verbal como aplausos (8 puntos porcentuales sobre un promedio de 41.5%).

- Mayor tasa de matrícula en educación inicial (8.5 puntos porcentuales sobre un promedio de 50.7% para el grupo de control).

- Se observaron efectos modestos sobre las variables nutricionales: una reducción leve en la desnutrición global (1.2 puntos porcentuales por debajo del 7.9%) y un incremento leve del puntaje Z de talla para la edad (0.036 desviaciones estándar).

- Se observó que un área donde existe espacio de mejora para el SAF es en la promoción de una mayor variedad de materiales de juego, así como en el uso de objetos disponibles en el hogar para actividades de juego. Asimismo, se identificó un bajo uso de prácticas de disciplina positiva, como el uso de recompensas o premios para incentivar el buen comportamiento entre los niños que recibieron el SAF.

Calidad de las visitas domiciliarias

- Los resultados de la aplicación del HOVRS sugirieron que el Programa tenía un margen de mejora en lo referido al nivel de preparación de las facilitadoras para las visitas. Por ejemplo, los bajos puntajes en la escala de "Receptividad hacia la familia" revelaban que las facilitadoras podían mejorar en la planeación de la visita, en su capacidad de interesarse y preguntar a la familia por sus intereses y también en su habilidad para tomar en cuenta esta información en el desarrollo de su visita.

- Los bajos puntajes en la escala de "Facilitación de la interacción entre cuidador y niño" mostraron que el PNCM necesitaba fortalecer la capacidad de las facilitadoras para empoderar a las madres en su rol y en sus interacciones con sus hijos e hijas, de responder a las interacciones entre madre y niño, así como para emplear los materiales del entorno y aquellos que se llevan a la visita para estimular más y mejores interacciones.

- Los bajos puntajes en las escalas de "Relación con la familia" y "No intrusión y colaboración" mostraron que el PNCM necesitaba fortalecer las capacidades de las facilitadoras para desarrollar relaciones cálidas, de confianza y respetuosas con la familia, demostrando interacciones positivas no solo con la madre y el niño o niña, quienes son el foco de la visita, sino también con otros miembros que estén presentes en la visita.

- Se observó un mejor desempeño de las facilitadoras en la escala "Involucramiento de la familia". En particular, se observó que las visitas logran atraer la participación e interés de los niños, sin embargo, existe oportunidad de fortalecer las visitas para generar interacciones de mayor calidez, atención y receptividad entre la madre y el niño (subescala de "Interacción cuidador-niño"), y de promover una participación más cercana y activa de la madre en la visita, involucrándola e incluso ofreciéndole un rol físicamente más próximo al niño o niña durante la visita (subescala de "Involucramiento del cuidador").

3.1.3. Principales recomendaciones

Las principales recomendaciones que se derivan de esta evaluación de impacto son las siguientes:

- Mejorar la calidad de las visitas desarrolladas por las facilitadoras, principalmente en lo referido a su nivel de preparación para las visitas. Algunos aspectos que se deberían considerar en el diseño de las capacitaciones y sesiones de acompañamiento de los acompañantes técnicos son los siguientes:
    - Mejorar la planificación de las visitas, así como la capacidad de las facilitadoras para interesarse por los intereses de las familias y tomar en cuenta esta información durante el desarrollo de las visitas.
    - Fortalecer la capacidad de las facilitadoras para empoderar a las madres en su rol y en sus interacciones con sus hijos, para responder a las interacciones entre madre y niño y para emplear los materiales del entorno y los que se llevan a la visita para estimular más y mejores interacciones.
    - Fortalecer la capacidad de las facilitadoras para desarrollar relaciones cálidas, de confianza y respetuosas con la familia, demostrando interacciones positivas no solo con la madre y el niño que son el foco de la visita, sino también con otros miembros que estén presentes en la misma.
    - Mejorar las habilidades de las facilitadoras para desarrollar estrategias colaboradoras con las madres, sin que éstas se perciban intrusivas o rígidas.

- Fortalecer el currículo y mejorar el contenido de los mensajes para que las sesiones demuestren interacciones de mayor calidez, atención y receptividad entre la madre y el niño, y que se promueva una participación más cercana y activa de la madre en la visita, respondiendo a su interés (o falta de él), involucrándola e incluso ofreciéndole un rol físicamente más próximo al niño durante la visita.

- Garantizar el cumplimiento de la frecuencia y duración de las visitas (asegurar la intensidad del tratamiento prevista en el diseño del servicio).

- Diseñar estrategias para prevenir y disminuir la rotación y deserción entre acompañantes técnicos y facilitadoras.

- Optimizar los procesos de registro, reporte y procesamiento de la información recogida en campo.

- Mejorar el monitoreo de los avances de los niños y niñas en sus niveles de desarrollo y de la incorporación y adopción de las buenas prácticas de crianza en los hogares, mediante la validación y calibración de los instrumentos de medición correspondientes.

3.2. Sistematización del Programa Nacional Cuna Más[12]

3.2.1. Objetivo general y metodología

Desarrollado por la investigadora Jeanine Anderson, entre mayo y diciembre de 2016. El objetivo general del estudio consistió en generar evidencia sobre el proceso de implementación del PNCM mediante el análisis de sus fortalezas, potencialidades, cuellos de botella y nudos críticos, así como la relevancia y posibilidad de adaptar el Programa a contextos regionales.

En relación a la metodología empleada, el estudio es cualitativo basado en entrevistas a profundidad a actores relevantes. El análisis se organizó alrededor de una línea de tiempo, desde marzo de 2012 a julio de 2016, e incorpora datos del programa predecesor (ex Programa Nacional Wawa Wasi) en el momento que ha sido necesario para entender el proceso de implementación y al ser referido por los actores entrevistados. La reconstrucción del PNCM se basa en las experiencias de los actores que, desde diferentes posiciones en la organización –desde funcionarios hasta actores comunitarios– han participado de su proceso. Las entrevistas se realizaron entre julio y setiembre de 2016 en tres Unidades Territoriales (UT): Piura, Huancavelica y Ucayali. Para el caso del SCD se visitó 2 Comités de Gestión en cada UT (uno antiguo y uno nuevo) y 2 centros de cuidado diurno por Comité de Gestión (en total 12 centros de cuidado diurno); para el caso del SAF se visitó 2 Comités de Gestión por UT, en la UT de Ucayali se tuvo 1 Comité de Gestión con población shipiba. Se entrevistó 120 personas en las tres UT y 20 personas en la sede central del PNCM en Lima.

3.2.2. Principales hallazgos

Respecto de la operatividad del SCD

El estudio identificó algunas fortalezas, desde la mirada de los actores, como i) la calidad y seguridad de los alimentos provistos en el SCD, los cuales se constituyeron en referentes para los hogares, ii) la puesta en valor de los locales cedidos por las comunidades o municipalidades, que fueron percibidos como "islas de goce" para las niñas y niños y iii) la

[12]MIDIS (2016). Sistematización del Programa Nacional Cuna Más. Informe de evaluación. Elaborado por Jeanine Anderson, Lima, Perú. https://evidencia.midis.gob.pe/sistematizacion-del-programa-nacional-cuna-mas/

difusión de la importancia de la primera infancia entre las autoridades y líderes comunales.
Por otro lado, también se evidenció algunos nudos críticos como: i) escasez de locales para la expansión del SCD, con varias entidades compitiendo por el acceso a los mismos, ii) falta de estímulos o incentivos para mantener la motivación y satisfacción con la labor realizada por las madres cuidadoras, iii) falta de capacidad de las facilitadoras para detectar experiencias o intereses de las familias que permitan diseñar sesiones de juego/aprendizaje más espontáneos, iv) alta carga administrativa para los actores comunitarios y personal del Programa, v) falta de retroalimentación a los operadores a partir del sistema de seguimiento que permita mejorar la toma de decisiones a nivel local, vi) alta rotación del personal voluntario y contratado (por ejemplo, alrededor del 30% del personal comunitario que prepara los alimentos para el SCD, socias de cocina, deja el servicio cada año a nivel nacional), vii) la mayoría de locales del SCD no contaba con acceso a ambientes al aire libre y carece de condiciones de seguridad en los alrededores.

Respecto de la operatividad del SAF
Se identificaron las siguientes fortalezas: i) los costos por niño atendido en el SAF son la quinta parte de los costos por niño en el SCD, ii) tiene gran capacidad de expansión (SAF ha crecido de 3 mil a 80 mil usuarios en menos de 4 años), iii) exige relativamente poco de las familias usuarias, los costos de ingreso y salida del servicio son bajos y los usuarios determinan el grado de compromiso que quieren asumir sin mayor penalidad.

Los nudos críticos que se encontraron en el caso del SAF son los siguientes: i) alta rotación de facilitadoras y acompañantes técnicos debido a las condiciones laborales, ii) desconocimiento de la lengua nativa por parte de muchos colaboradores del SAF, iii) altos costos y dificultades de transporte y comunicaciones en las zonas rurales que atiende el servicio, iv) sistemas de registro de datos poco ágiles y con poca capacidad para retroalimentar el trabajo de los operadores locales (acompañantes técnicos y facilitadores), v) alta dependencia del servicio de una fuerza de trabajo voluntario (facilitadores) en contextos de alta migración y muchas alternativas laborales, incluyendo el autoempleo y la agricultura de subsistencia, vi) desconfianza y recelo entre el personal de los establecimientos de salud por el trabajo que desempeñan las facilitadoras con las familias, lo que dificulta las coordinaciones intersectoriales para las atenciones de salud (tamizaje, vacunación, control CRED) de los usuarios del SAF.

En el caso de ambos servicios, los operadores del PNCM perciben que pasan mucho tiempo llenando formatos y enviando información a la sede central, agregando que no reciben retroalimentación y tampoco tienen seguridad de que la información compartida esté siendo procesada y utilizada de manera oportuna para la toma de decisiones.
En relación al tema comunicacional de los objetivos del programa, se observó que algunos usuarios y miembros del equipo técnico a nivel de región (UT) confunden las características de cada servicio (SCD y SAF), e incluso siguen llamando al PNCM como Programa Wawa Wasi.

Respecto de los enfoques transversales
Se comprobó que el principio de equidad de género en el aspecto laboral se cumple, en alto grado, en todos los estamentos de colaboradores del PNCM, salvo en los puestos de madres cuidadoras y guías en los SCD, donde la presencia de varones como cuidadores de niños pequeños es poco frecuente, tal como suele suceder en este tipo de intervenciones. En el caso del SCD, se observó una baja frecuencia de voluntarios varones postulando a un puesto en un centro de cuidado diurno, bajo las condiciones que el Programa ofrece, situación no observada para los cargos de especialistas, acompañantes técnicos y facilitadores del SAF. En

general, lo observado en campo sugiere que el PNCM hace un esfuerzo notable por reclutar a varones y tratar en condiciones de igualdad a ambos géneros que realizan el mismo trabajo. Sin embargo, se encontró que los mensajes y materiales reflejan poco involucramiento de los papás en la crianza de los niños, lo cual podría aumentar las desigualdades de la división sexual del trabajo y recargar de actividades a las madres.

Con respecto al enfoque de interculturalidad, el estudio señala que no se ha encontrado un argumento consistente sobre la no pertenencia cultural de los mensajes que entrega el Programa con respecto a las actividades para promover el desarrollo de los niños.

3.2.3. Principales recomendaciones

Las principales recomendaciones que se derivaron de este estudio fueron las siguientes:

- Evaluar la implementación de incentivos monetarios y/o no monetarios para el personal comunitario "voluntario" (madres cuidadoras, facilitadoras, socias de cocina y madres guía) y el personal contratado (acompañantes técnicos), que contenga más peldaños y posibilidades de promoción, y que considere aspectos como la dispersión, accesibilidad y costos de transporte en la zona de intervención, de manera que se guarde una buena relación entre retribuciones y esfuerzos. Para apoyar este proceso, sería recomendable que el PNCM cuente con información socioeconómica (composición familiar, educación, historial laboral, aficiones, intereses, entre otros) que permita caracterizar a los actores comunitarios de manera que pueda haber sintonía entre los incentivos propuestos y los intereses de estos actores.

- En particular, en el caso de incentivos no monetarios, se sugiere considerar recompensas simbólicas como: constancias de trabajo o participación en apoyo de las actividades del PNCM, premios o reconocimientos públicos en eventos de la comunidad, así como la promoción de la incorporación del personal comunitario a la Ley del Voluntariado (2016)[13]. En caso no sea posible que el PNCM pueda emitir constancias de trabajo para los actores comunitarios, podría evaluarse la posibilidad de que sea el Comité de Gestión el que certifique las labores de los facilitadores, madres cuidadoras, madres guía, guías de familia, socios de cocina, entre otros.

- Evaluar la posibilidad de ofrecer paquetes de compensación variables entre UT. Para ello se sugiere desarrollar estudios sobre los mercados laborales a nivel local donde se recoja información sobre ingresos de mercado para los perfiles requeridos, así como el nivel de "competencia" por voluntarios de otros sectores (promotores de salud, auxiliares de educación), entre otros temas relevantes.

- Diseñar e implementar mecanismos de consulta y resolución de incidencias en campo, que permitan a los AT recibir un respaldo inmediato de las UT o sede central del PNCM frente a dudas que surgen en las madres cuidadoras/facilitadores con respecto a diversos temas.

- Desarrollar una estrategia comunicacional para incidir en el posicionamiento del Programa (y sus servicios SCD y SAF), y de la primera infancia como prioridad de Estado, apuntando a que se motive a los potenciales aliados locales de otros sectores. A nivel

[13]La Ley establece beneficios para los voluntarios que acrediten una prestación del voluntariado mayor a 180 jornadas de tres horas cada una. Por ejemplo, puntaje adicional si postulan a programas de viviendas de interés social, acceso a becas que administra el Ministerio de Educación a través del Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (PRONABEC), asimismo el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) otorga a los voluntarios que hayan prestado servicio voluntario una certificación como reconocimiento a la labor desarrollada, documento que le permitirá tener acceso a los beneficios posteriores a la acción voluntaria. Los voluntarios y las Organizaciones de Voluntariado, para ser reconocidos como tales, deben estar inscritos en el Registro de Voluntarios, a cargo del MIMP (con vigencia de cinco años contados desde la fecha de expedición de la respectiva inscripción). Revisar lo normado en el Decreto Supremo N° 008-2004-MIMDES.

regional o local, se sugiere mejorar los protocolos de comunicación dirigido a operadores del PNCM y usuarios donde se explique en forma breve y amigable los objetivos del programa, la diferencia entre sus dos servicios (principalmente en áreas donde coinciden ambos), los compromisos que asumen las familias y los beneficios que reciben de parte del PNCM.

- Revisar el sistema de monitoreo del programa para determinar si toda la información recabada es pertinente, será usada, y si podrá ser procesada en forma oportuna. Además, se sugiere definir indicadores de desempeño a nivel local que puedan ser calculados con datos administrativos y generar reportes con una frecuencia adecuada para la toma de decisiones que sean accesibles a todas las UT.

3.3. Evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más – Resultados Finales[14]

3.3.1. Objetivo general y metodología

Desarrollada por Gabriela Guerrero y Juan León del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), entre febrero y junio de 2017. El objetivo general del estudio fue estimar el impacto del SCD sobre el nivel del desarrollo infantil de los niños y niñas entre 30 y 36 meses. En relación a la metodología empleada, la evaluación tiene un diseño cuasi-experimental y utilizó técnicas de emparejamiento por medida de propensión (Propensity Score Matching, PSM). Los tipos de emparejamiento utilizados son: i) emparejamiento por vecino más cercano, y ii) emparejamiento por distribución de Kernel. El grupo de tratamiento estuvo conformado por los niños y niñas que asisten a un centro del SCD; mientras el grupo de control estuvo conformado por los niños y niñas que no asisten a ningún programa. La unidad de análisis son los niños y niñas que asisten a un centro del SCD. La metodología empleada para estimar el impacto del SCD sobre el desarrollo infantil temprano ha sido el emparejamiento por medida de propensión

Los datos provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los años 2015 y 2016, que recoge información sobre fecundidad, planificación familiar, mortalidad infantil, salud materno-infantil, nutrición, enfermedades de transmisión sexual y violencia doméstica. Desde el 2015, se incorporó un módulo para medir desarrollo infantil temprano en niñas y niños en diferentes tramos de edad (9 a 12 meses, 15 a 18 meses, 30 a 36 meses y 53 a 59 meses).

La evaluación utilizó datos de los niños y niñas del tramo 30-36 meses, ya que aquellos de 53 a 59 meses se encontraban fuera del rango de intervención del SCD y se tiene un número muy reducido de observaciones para el análisis de aquellos niños entre 9-12 y 15-18 meses. La muestra para el estudio estuvo constituida por 3,137 niños y niñas, de los cuales 200 fueron del grupo de tratamiento y 2,937 del grupo control, lo que permitió detectar, a diferentes niveles de poder, tamaño de efectos de 0.25 desviaciones estándar o más.

3.3.2. Principales hallazgos

- Los resultados mostraron un efecto positivo de la asistencia al SCD sobre el desarrollo infantil. El tamaño del efecto osciló entre 0.20 y 0.22 desviaciones estándar, dependiendo de la técnica de emparejamiento utilizada. El efecto se presenta tanto en el emparejamiento de vecinos más cercanos como en el de distribución de Kernel. Si

[14]MIDIS (2017). "Evaluación de Impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más – Resultados finales". Informe de evaluación. Elaborado por Gabriela Guerrero y Juan León, Lima, Perú.
https://evidencia.midis.gob.pe/evaluacion-de-impacto-del-servicio-de-cuidado-diurno-del-programa-nacional-cuna-mas/

bien se trata de un efecto pequeño[15], es de una magnitud similar a los reportados previamente en la literatura especializada.

- Una posible explicación del tamaño del efecto puede ser la heterogeneidad en la calidad del servicio. Un estudio de Araujo, Dormal y Schady (2017) mostró que los niños y niñas que han tenido en su sala a cuidadoras más experimentadas y capaces de ofrecer interacciones de mayor calidad, logran mejores resultados en su desarrollo. Otra explicación podría ser la alta rotación de las madres cuidadoras. Un estudio de Rey Sánchez (2017) encuentra que la rotación de madres cuidadoras es del 30%, motivado en parte por el bajo estipendio que entrega el programa. Finalmente, el bajo tamaño del efecto podría deberse también a que los materiales con los que cuentan los servicios son insuficientes o inadecuados. Una auditoría de desempeño de la Contraloría General de la República (2015) encontró que existe variabilidad en la reposición de los materiales educativos, señalando que no existe correspondencia entre las necesidades de materiales de los centros y la reposición de los mismos por parte del Programa.

- El estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de muestra sólo permitió explorar el efecto del SCD para un tramo de edad entre 30 y 36 meses. El tamaño de muestra tampoco ha permitido hacer análisis adicionales como, por ejemplo, análisis de emparejamiento diferenciando por quintiles socioeconómicos, lengua materna, entre otros. En segundo lugar, no fue posible explorar los efectos del SCD en diferentes dimensiones del desarrollo infantil. Si bien el módulo DIT para niños y niñas de 30 a 36 meses evalúa tres dimensiones del desarrollo infantil, el número de ítems sólo permite evaluar el rasgo latente (desarrollo infantil) detrás de estas tres dimensiones. Finalmente, la base de datos no permite diferenciar entre los diferentes tipos de locales: hogares, centros y CIAI.

3.3.3. Principales recomendaciones

Las principales recomendaciones que se derivan de este estudio fueron las siguientes:

- Fortalecer la capacitación inicial y en servicio de las madres cuidadoras, poniendo especial énfasis en las interacciones que se generan con los niños y niñas usuarios del servicio.

- Diseñar estrategias para retener a los actores comunitarios del programa. Si bien tienen estatus de voluntarios, sí parece necesario mejorar los incentivos que se les ofrece a fin de retenerlos por más tiempo en el Programa, asegurando la continuidad del trabajo que se realiza.

- Mejorar los sistemas de seguimiento y control de los recursos y materiales necesarios en los centros de cuidado diurno, tanto a nivel de los comités de gestión como del nivel central.

- Para superar las limitaciones del estudio, se sugirió extender el análisis considerando los datos de la ENDES 2017 para explorar los efectos del SCD en otros grupos de edad y analizar efectos heterogéneos por edad, quintil socioeconómico, lengua materna, u otras diferencias relevantes.

- Ampliar el módulo DIT, incluyendo un mayor número de ítems para cada una de las dimensiones evaluadas, a fin de poder explorar en qué dimensiones del desarrollo infantil estaría teniendo un mayor impacto el SCD.

[15]De acuerdo a Cohen (1988), un tamaño de efecto es pequeño si es menor a 0.50 desviaciones estándar, es mediano si es mayor o igual a 0.50 desviaciones estándar y menor que 0.80 desviaciones estándar, y es grande si es mayor o igual a 0.80 desviaciones estándar.

3.4. Evaluación de diseño e implementación del modelo de cogestión comunitaria del Programa Nacional Cuna Más[16]

3.4.1. Objetivo general y metodología

Desarrollado por la empresa Apoyo Consultoría S.A., entre noviembre de 2018 y junio de 2019. El objetivo general del estudio se centró en evaluar el diseño y los procesos del actual esquema de operación del PNCM basado en el Modelo de Cogestión Comunitaria (MCC)[17] para la entrega de los servicios en sus dos modalidades de atención SCD y SAF.

En relación a la metodología empleada, el estudio hace uso de técnicas cualitativas, integrando el análisis de información primaria y secundaria. En cuanto a la información secundaria, se revisaron los documentos normativos vinculados con el modelo, investigaciones y evaluaciones anteriores del PNCM y de su antecesor el Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW), así como literatura de esquemas de participación comunitaria. La información primaria se basó en el recojo de información en 13 Comités de Gestión de 7 distritos localizados en 6 regiones del país: Lima, Piura, Cusco, Puno, Loreto y Ucayali. Se realizaron entrevistas a profundidad a funcionarios de la Sede Central y Unidades Territoriales del PNCM, y entrevistas grupales a los actores comunitarios involucrados en la implementación del Programa; asimismo, se entrevistó a exfuncionarios del PNCM y del PNWW.

3.4.2. Principales hallazgos

Respecto al diseño del MCC

- Se identificó que la estructura del MCC no ha variado significativamente desde el PNWW. En general, se mantienen los mismos actores comunitarios a cargo de la prestación de servicios y aquellos a cargo de la gestión de los mismos, quienes participan bajo un esquema de voluntariado. Asimismo, se mantiene el rol asesor y de fortalecimiento de capacidades de los funcionarios del PNCM, tanto de la sede central como de las unidades territoriales.

- Los lineamientos del MCC establecen que los actores comunitarios y el Estado son corresponsables en la prestación de los servicios del PNCM. Los actores comunitarios tienen una alta relevancia en el trabajo directo con los niños/as y familias usuarias, tanto en el SCD como en el SAF. Sin embargo, no se han encontrado espacios de "negociación" con la comunidad en cuanto al diseño, seguimiento y evaluación de la intervención. La falta de corresponsabilidad en el diseño de la intervención no es un aspecto negativo necesariamente, pero supone que la comunidad no tiene injerencia en decidir que se demanda o que puede aportar al Programa.

- Otro punto identificado es que, mientras la estructura de actores comunitarios que soporta el modelo se ha mantenido desde el PNWW, con algunos ajustes, las características de los actores involucrados en este modelo, el contexto social y los servicios proveídos por el Programa han evolucionado en los siguientes aspectos:

[16]MIDIS (2019). Evaluación de diseño e implementación del Modelo de Cogestión Comunitaria del Programa Nacional Cuna Más. Informe de evaluación. Elaborado por Raúl Andrade Ciudad, Geoffrey Cannock Torero, Hugo Santa María de Apoyo Consultoría S.A.C. por encargo del MIDIS. Lima, Perú https://evidencia.midis.gob.pe/evaluacion-de-impacto-del-servicio-de-cuidado-diurno-del-programa-nacional-cuna-mas/

[17]El Decreto Supremo N° 01-2013-MIDIS define al modelo como una estrategia de gestión, basada en la corresponsabilidad, en la que el Estado y la comunidad organizada participan de manera coordinada y articulada en la ejecución de las prestaciones del PNCM, en base a los lineamientos que para tal efecto establezca el MIDIS. Asimismo, la Directiva N° 012-2016-MIDIS/PNCM establece los "Lineamientos técnicos para la implementación y funcionamiento de los servicios bajo el modelo de cogestión comunitaria del Programa Nacional Cuna Más" y propone tres pilares del modelo: (i) la participación social, (ii) el voluntariado y (iii) la vigilancia social. Además, se establecen roles y funciones de los actores comunitarios involucrados en la gestión (comité de gestión- CG y consejo de vigilancia- CV) y en la prestación del SCD (madres cuidadoras, madres guía, guías de familia y socias de cocina) y del SAF (facilitadoras).

- **Cambios en las comunidades:** Algunas tendencias han influido en el sentido de pertenencia a las comunidades de los ciudadanos: i) la violencia y percepción de inseguridad ciudadana, sobre todo en el ámbito urbano del país (87% de la población en 2017 se siente insegura en el país), lo cual ha afectado el sentido de comunidad, de tal forma que sólo el 40% de la población considera que puede confiar en la gente de su barrio o comunidad, tanto en entorno urbano como en rural. ii) la migración que tuvo como consecuencia una reconfiguración de la sociedad urbana y rural en el país (en 1993 el 56% de la población se encontraba en el ámbito urbano, mientras que en 2017 este porcentaje se ha incrementado a 79%[18]). Estas tendencias afectan el funcionamiento del MCC, dado que la pérdida del sentido de comunidad implica una pérdida en el sentido de contribución voluntaria de las comunidades, el cual es uno de los pilares del modelo.

- **Cambios en el Estado:** Dos tendencias en el Estado son relevantes para el funcionamiento del MCC: i) el incremento gradual en la cultura de transparencia en la gestión de recursos del Estado, y ii) la profesionalización de las actividades de entidades públicas. Lo primero está vinculado con la creciente percepción de corrupción en el Estado, por lo cual, con el paso de los años se ha promovido una mayor transparencia en la información sobre la gestión de recursos públicos. Ello podría tener implicancias en la labor de los comités de gestión, pues la justificación de gastos es una de sus funciones. En relación a lo segundo, el Estado está en camino de profesionalizar los servicios ofrecidos, muestra de ello es que entre los años 2004 y 2015 el Índice de Desarrollo del Servicio Civil en Perú se ha incrementado de 14 a 41, ubicándose por encima del promedio regional. Ello implicaría que la calidad técnica esperada de la prestación de servicios es cada vez más alta, con lo cual, las expectativas del trabajo con los actores comunitarios podrían requerir un mayor nivel de profesionalización. Estas dos tendencias guardan relación con la carga que asumen los actores comunitarios.

- **Cambios en los servicios que ofrece el PNCM:** El Programa parte de un enfoque centrado en el desarrollo integral del niño/a, distinto al del PNWW centrado en brindar oportunidades laborales o educativas a las madres, lo cual implicó una serie de cambios en las modalidades de atención del PNCM, siendo la más importante la transición de la atención brindada en el SCD desde los hogares de las madres cuidadoras hacia locales comunitarios. Ello generó más responsabilidades para los comités de gestión en relación a la gestión de locales y de recursos humanos, así como mayores exigencias de capacitación para las madres cuidadoras y facilitadoras, quienes deben cumplir con los estándares de calidad que requiere la atención integral de la primera infancia. Asimismo, la ampliación de cobertura ha implicado un mayor requerimiento de actores comunitarios por los comités de gestión, generando mayores exigencias para la gestión de recursos humanos y financieros a cargo de dichos comités.

- El estudio identificó que las asambleas comunitarias, que son espacios de elección de los miembros del comité de gestión, los consejos de vigilancia y de la rendición de cuentas, no se realizan con regularidad o tienen baja participación de los miembros de la comunidad.

- Los comités de gestión y consejos de vigilancia también adolecen de baja participación y dificultades para la renovación de sus miembros. Asimismo, dada la alta carga

[18]Según datos de los censos nacionales 1993, 2007 y 2017 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

administrativa para la rendición de gastos, los comités de gestión no realizan actividades de incidencia para el posicionamiento del PNCM y el desarrollo infantil temprano en la comunidad, recayendo esta labor en los acompañantes técnicos. También se observó que la mayoría de los consejos de vigilancia no estaban activos, no contaban con un instrumento estandarizando para realizar la vigilancia, y por lo general, su función se limitaba a apoyar al comité de gestión, dejando de lado su función de vigilancia.

- El estudio identificó una alta rotación de madres cuidadoras del SCD, quienes expresan descontento por el monto del estipendio recibido por la cantidad de horas dedicadas al servicio (generalmente de más de 8 horas diarias) y requerimientos de capacitación que exige su labor actual. Además, ante la dificultad para incorporar al apoyo de limpieza y vigilancia de locales, las labores de limpieza han recaído en las madres cuidadoras. Por otra parte, las facilitadoras del SAF manifestaron dificultades de desplazamiento para atender a las familias en zonas rurales dispersas.

Respecto a la implementación del MCC

- El estudio analizó dos de los tres procesos misionales del PNCM, donde se encontraban presentes los actores comunitarios: i) la implementación del servicio y ii) el desarrollo del servicio.

- Se identificó que cuatro de seis subprocesos misionales asociados a la implementación del servicio presentan dificultades y limitaciones en su correcto funcionamiento (la conformación de comités de gestión y consejos de vigilancia, la gestión de locales, la selección de actores comunitarios y la incidencia).

- La baja participación de actores dispuestos a asumir responsabilidades, afecta a los subprocesos de conformación de comités de gestión y comités de vigilancia, y selección de actores comunitarios. Mientras que la recarga de actividades que suponen los subprocesos de gestión de locales y de incidencia no permiten que se desarrollen adecuadamente.

- También se identificaron dificultades en los cuatro subprocesos asociados al desarrollo del servicio (capacitaciones, planificación y entrega, vigilancia del servicio y gestión financiera).

- En primer lugar, la gestión financiera es el subproceso que supone las mayores dificultades para los comités de gestión, principalmente por la diversidad de formularios a presentar para justificar gastos, contando con poco involucramiento o ningún apoyo administrativo, y debido al conocimiento técnico que esta labor requiere.

- En segundo lugar, la vigilancia del servicio, uno de los pilares del MCC, es mínima o nula, ya que los comités de gestión, en varios casos se encuentran inoperativos, debido a la baja participación y al poco seguimiento que los acompañantes técnicos realizan a estos actores.

- En tercer lugar, se encontró que las capacitaciones a los comités de gestión son muy intensivas, lo que dificulta el entendimiento de los temas abordados; los temas de capacitación no se adecuan a los actores comunitarios y las metodologías requieren ser más prácticas.

- Finalmente, con respecto a la planificación y entrega, se encontró que las actividades dispuestas en los lineamientos se cumplen durante la entrega de los servicios. Sin embargo, la calidad de estos varía en función de factores relacionados al contexto (dispersión, clima) y al PNCM (características del Acompañante Técnico, apoyo de autoridades locales), los cuales afectan el apoyo que reciben los actores comunitarios y el esfuerzo que deben realizar para prestar los servicios.

3.4.3. Principales recomendaciones

A continuación, se muestran las principales recomendaciones del estudio:

- Incorporar al modelo de cogestión comunitaria equipos de gestión territorial, dependientes de las unidades territoriales, que fortalezcan el acompañamiento técnico a los comités de gestión y consejos de vigilancia para una mejor implementación y desarrollo de los servicios, sobre todo en el inicio de sus operaciones. Cada equipo de gestión territorial estaría integrado por un coordinador territorial, acompañantes técnicos, acompañantes comunitarios, consejeros (profesionales encargados de brindar soporte emocional y psicológico a las madres cuidadoras y facilitadoras) y administradores.

- Reformular la estrategia de trabajo con actores comunitarios a cargo de la prestación de servicios (madres cuidadoras, madres guías, guías de familia y socias de cocina en el caso del SCD; y facilitadoras en el caso del SAF) desde un esquema de "voluntariado" hacia un esquema de "generación progresiva de competencias". Entre las alternativas sugeridas para este esquema, se propone:

    - Que el programa logre firmar convenios con IEST, que permitan que las madres tengan acceso a programas técnicos, y que permitan que se ponga en valor lo que las madres cuidadoras están logrando con el programa.

    - Crear esquemas de certificaciones. Perfil por competencias SINEACE.

    - Certificaciones de buenas prácticas pre-profesionales.

    - Que quienes logren el título y tengan más años de experiencia asuman cargos dentro del programa. En ese sentido, es posible formalizar estas alternativas a manera de línea de carrera, que permitan, por ejemplo, que madres cuidadoras puedan transitar a ser Acompañantes Técnicos en un futuro.

    - Explorar el rol de las municipalidades. Los esfuerzos anteriores pueden ser articulados con los Gobiernos Locales.

Ello requiere establecer un sistema de acreditación de competencias para los actores comunitarios a cargo de la presentación de servicios.

- Reformular la propuesta metodológica de las actividades de desarrollo de capacidades dirigidas a actores comunitarios, en lo relativo a la intensidad y contenido de las capacitaciones. Para ello se requiere:

    - Establecer un proceso de identificación de necesidades de capacitación que podría estar a cargo de los equipos de gestión territorial. Ello debe realizarse como un proceso conjunto a través del cual se establezcan los compromisos de participación y las necesidades de capacitación de los diferentes actores comunitarios.

    - Elaborar lineamientos para el diseño e implementación de las actividades de capacitación tomando en cuenta los enfoques andragógico y vivencial.

- Diseñar e implementar en forma continua un módulo de desarrollo de habilidades blandas dirigido a los actores comunitarios a cargo de la gestión de servicios.

- Incluir en los equipos de gestión territorial a profesionales encargados de brindar soporte emocional y psicológico a los actores comunitarios a cargo de la prestación de servicios.

- Articular las actividades de desarrollo de capacidades con reconocimientos por desempeño, los cuales deben servir a los acompañantes técnicos como mecanismos de reforzamiento hacia los actores comunitarios.

- Fortalecer el rol del PNCM en el involucramiento de actores locales, mediante la participación en los espacios de concertación que promueven los gobiernos locales, y mediante el establecimiento de convenios en el marco de competencias que otorga la Ley Orgánica de Municipalidades. La función de incidencia con los gobiernos locales podría estar a cargo de los acompañantes comunitarios que serían parte de los equipos de gestión territorial.

- Desarrollar un sistema de monitoreo de actores comunitarios, que sea de uso de la sede central y unidades territoriales del PNCM.

- Capacitar a actores clave del PNCM en el uso del sistema de monitoreo como herramienta de gestión.

3.5. Factores asociados al Desarrollo Infantil Temprano[19]

3.5.1. Objetivo general y metodología

Este estudio fue desarrollado en el año 2018, con el objetivo general de formular una propuesta de factores asociados al DIT en el marco de los Lineamientos "Primero la Infancia". Estos factores estaban referidos a: 1) características sociodemográficas (Educación de la madre, Nivel socioeconómico); 2) características de la relación madre-hijo (Sensibilidad materna y Afecto en la interacción madre-hijo); y, 3) características relacionados a la alimentación del niño o niña a partir de una revisión sistemática de evidencia reciente y avanzando del análisis bivariado al multidimensional mediante redes nomológicas.
La metodología consistió en una revisión sistemática de literatura científica nacional e internacional sobre factores asociados a los 7 resultados priorizados del DIT: (R1) Nacimiento saludable, (R2) Apego seguro, (R3) Estado nutricional adecuado, (R4) Comunicación verbal efectiva, (R5) Camina solo, (R6) Regulación de emociones y comportamientos, y (R7) Función simbólica.

3.5.2. Principales hallazgos

La revisión evidenció una relación significativa entre diversos factores y los resultados del DIT: 14 factores se relacionan con el Nacimiento saludable (R1), 7 con el Apego seguro (R2), 18 con el Estado nutricional (R3), 6 con la Comunicación verbal efectiva (R4), 5 con Camina solo (R5), 9 con Regulación de emociones y comportamientos (R6), y 2 con Función simbólica (R7).

Los factores asociados vinculados a más de un resultado DIT fueron los siguientes:

[19]MIDIS. (2018). Documento de trabajo Factores asociados al Desarrollo Infantil Temprano. Elaborado por Magaly Nóblega. http://evidencia.midis.gob.pe/estudio-dit/doctrabajo

- En cuanto a R1, R3, R4 y R7, el factor más resaltante fue el nivel socioeconómico.
- Sobre el R1 Y R3, la educación materna y el sexo del niño fueron los más resaltantes.
- Respecto al R3 y R5, los factores predominantes fueron la lactancia y los suplementos alimenticios del niño.
- Finalmente, en el caso de R2 Y R6, los factores relacionados a la sensibilidad materna y el afecto interacción madre-hijo fueron los más resaltante.

La intervención brindada por profesionales especializados implica la consejería y acompañamiento para informar la importancia de la sensibilidad materna y el afecto en la interacción madre-niño, sobre mejores prácticas de interacción entre los cuidadores y los niños; así el uso de videos como parte de la retroalimentación a las madres o cuidadores de sus conductas con sus hijos.

Por otro lado, la consejería busca que las madres comprendan la importancia de la lactancia materna exclusiva para el niño desde su nacimiento hasta los seis meses de edad, excluyendo otros alimentos, agua o infusiones en general de su alimentación. Asimismo, la consejería informa sobre los beneficios de la ingesta de suplementos alimenticios en la salud del niño, así como su apropiado uso y consumo.

3.5.3 Principales recomendaciones

- Diseñar intervenciones integrales, multisectoriales y eficientes que impacten sobre la mayor cantidad de resultados del DIT, priorizando dos grandes líneas: i) mejora de la interacción cuidador-niño (sensibilidad y afecto positivo), y ii) fortalecimiento de prácticas saludables de alimentación (lactancia y suplementos).
- Priorizar estas intervenciones en cuidadores de menor nivel de instrucción y menor nivel socioeconómico, que concentran los mayores déficits en factores asociados al DIT.
- Incorporar la salud mental de los padres y cuidadores como factor transversal en el diseño de los servicios del PNCM, especialmente en el módulo de acompañamiento familiar del SAF.

3.6. Evaluación de impacto del Piloto de mejora de la atención integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más[20]

3.6.1. Objetivo general y metodología

La evaluación fue desarrollada por personal de la DGSEI en el año 2020. El objetivo general fue estimar los efectos del Piloto de mejora del SCD del PNCM sobre el desarrollo infantil temprano de las niñas y niños de 12 a 36 meses de edad usuarios del servicio. El Piloto buscó potenciar los niveles de desarrollo de las niñas y niños usuarios del servicio mediante la implementación de mejoras en la calidad de los centros de cuidado infantil en aspectos como (i) la capacitación de los actores involucrados con la provisión del servicio, (ii) acompañamiento familiar, (iii) renovación, planificación y organización de experiencias de aprendizaje, (iv) disminución del coeficiente de atención y (v) ampliación del horario en algunos locales. Los indicadores de desarrollo infantil se enmarcan en los resultados

[20]MIDIS. (2020). Estudio de Línea de Base del Piloto de Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional CUNA MÁS. Informe Final. https://evidencia.midis.gob.pe/eval-piloto-cuidadodiurno-inform-linea-base/

priorizados por los Lineamientos "Primero la Infancia", y se generaron con información recogida a través del módulo DIT-ENDES. Asimismo, como objetivo específico, se buscó analizar los efectos del Piloto sobre los resultados inmediatos/intermedios relacionados con el conocimiento y adopción de prácticas saludables.

En relación a la metodología empleada, se planteó un diseño de evaluación con dos metodologías complementarias: (1) metodología experimental, la cual se basó en la asignación aleatoria de locales del SCD entre los grupos T2[21] y T3[22] para evaluar el impacto de la reducción del coeficiente de atención, y (2) metodología cuasi-experimental, la cual consiste en una técnica de emparejamiento (propensity score matching, PSM), en base a un conjunto de características observables a nivel de local de cuidado diurno, para seleccionar un grupo de locales de control. Esta metodología permitió identificar el efecto sobre el desarrollo infantil de cada modalidad de intervención, T2 y T3, al comparar cada una de ellas con un grupo de locales de control. Se recogió información primaria a través del módulo DIT-ENDES, una ficha de datos sociodemográficos, las fichas CRED y tamizaje de hemoglobina. La recolección de información para la línea de base se realizó de septiembre a diciembre de 2018, previo al inicio de la implementación del Piloto, y se contó con información para el análisis de 406 locales del SCD y 4,301 hogares con niñas y niños entre 12 y 36 meses de edad usuarios del servicio. La medición de seguimiento se desarrolló entre enero y febrero de 2020 y se recogió información para el análisis de 390 locales del SCD (ratio estándar, ratio bajo y controles) y 5,042 hogares con niñas y niños entre 12 y 36 meses de edad usuarios del servicio.

3.6.2. Principales hallazgos

Con respecto al efecto de la asistencia a locales de ratio bajo, los resultados muestran que:

- Para el tramo de 12 a 23 meses y 24 a 36 meses no se identificaron diferencias a favor de los locales de ratio bajo en relación a indicadores de desarrollo infantil temprano.

- En relación a los indicadores de resultados inmediatos/intermedios, para ambos tramos de edad (12 a 23 y 24 a 36 meses) se encuentran efectos positivos y estadísticamente significativos de la atención en locales de ratio bajo sobre el conocimiento de prácticas saludables, siendo los tamaños de los efectos del tramo de 24 a 36 meses menores que en el tramo de 12 a 23 meses.

Con respecto al efecto de la asistencia a locales de ratio regular, los resultados señalan lo siguiente:

- En los locales con ratio regular, tampoco se encontraron efectos positivos sobre desarrollo infantil en el tramo de edad de 12 a 23 meses. Para el tramo de 24 a 36 meses se identificaron efectos positivos y estadísticamente significativos sobre anemia (6.7 pp.), así como en el nivel de hemoglobina (0.24 desviaciones estándar).

- En relación con los indicadores de resultados inmediatos/intermedios, para el tramo de 12 a 23 meses no se encontró efectos. Sin embargo, en el tramo de 24 a 36 meses se encontró efectos positivos y estadísticamente significativos en tres indicadores, un indicador de factores asociados al DIT, un indicador de conocimiento de prácticas saludables, y un indicador de adopción de prácticas saludables.

Con respecto a la comparación entre locales de ratio bajo y ratio regular (impacto marginal de reducir el coeficiente de atención) los resultados señalan lo siguiente:

[21] Locales del SCD donde se implementó mejoras en la capacitación, se implementaron intervenciones efectivas con las niñas y niños y se realizó acompañamiento familiar (ratio de atención regular).
[22] Locales del SCD donde se implementaron las mejoras del grupo T2 y, además, se redujo la cantidad de niñas y niños por madre cuidadora (ratio de atención bajo).

- En el tramo de 12 a 23 meses no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de los tres resultados analizados entre modalidades de atención.

- En el tramo de 24 a 36 meses, se identificó un efecto positivo y estadísticamente significativo a favor de los locales de ratio bajo en relación al índice DIT que agrupa tres resultados (R4, R6 y R7), equivalente a 0.16 desviaciones estándar. Por otro lado, en el caso de anemia y hemoglobina (R3), los impactos son favorables para los locales de ratio regular, donde el porcentaje de niñas y niños sin anemia es 5.6 puntos porcentuales mayor y el nivel de hemoglobina es 0.27 desviaciones estándar más alto en los locales con ratio regular que en los locales de ratio bajo.

- Con relación a los resultados inmediatos/intermedios, se encuentran resultados favorables para los locales de ratio bajo en lo relacionado al conocimiento de prácticas saludables, tanto en el tramo de 12 a 23 meses como en el tramo de 24 a 36 meses. Asimismo, para el tramo de 24 a 36 meses, se encuentra resultados favorables para los locales de ratio bajo en un indicador de adopción de prácticas saludables.

En términos comparativos, los resultados encontrados son mixtos. Por un lado, la modalidad de ratio bajo ha sido más efectiva que la modalidad de ratio regular para lograr impactos positivos en los resultados de comunicación verbal, regulación de emociones y comportamientos y desarrollo cognitivo (medidos a través de un índice que los agrupa). Este resultado podría explicarse por la reducción de la cantidad de niños y niñas a cargo de una madre cuidadora, lo que le habría permitido contar con mejores condiciones para desarrollar las experiencias de aprendizaje dirigidas a las niñas y niños usuarios. Por otro lado, la modalidad de ratio regular ha sido más efectiva que la modalidad de ratio bajo para mejorar el resultado de adecuado estado nutricional.

3.6.3. Principales recomendaciones

Las principales recomendaciones que se derivan de esta evaluación fueron las siguientes:

- Considerar la modalidad con reducción del ratio de niñas y niños por madre cuidadora y complementar el diseño con mecanismos que promuevan una mayor participación de las familias en las actividades programadas (principalmente en las sesiones grupales).

- Se sugiere poner énfasis en las actividades que se desarrollan en los CIAI y con las familias de las niñas y niños de 12 a 23 meses de edad, debido a la falta de impactos en este tramo de edad.

- Incorporar al sistema de información del servicio un módulo que permita monitorear el desempeño de las madres cuidadoras durante las experiencias de aprendizaje con las niñas y niños, el cual debe ser complementado con incentivos monetarios o no monetarios que contribuyan a incrementar su permanencia en el servicio.

3.7. Evaluación de impacto a largo plazo del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más en resultados educativos [23]

3.7.1. Objetivo general y metodología

La evaluación fue desarrollada por personal de la DGSE entre julio de 2021 y diciembre de 2022. El estudio tuvo como objetivo principal estimar los impactos a largo plazo (de 2013 a 2019) del SAF sobre los resultados educativos de las niñas y niños en la etapa preescolar y escolar. Los resultados educativos analizados fueron los niveles de aprendizaje de lectura y matemática en segundo grado de primaria, matrícula, acceso oportuno a la educación inicial, acceso oportuno a educación primaria, y permanencia en la escuela.

En relación a la metodología empleada, la evaluación se basó en el diseño experimental de la evaluación de impacto del SAF realizada durante el periodo 2013-2015, en el que se eligió aleatoriamente el ingreso al servicio de 120 distritos a inicios de 2013 (grupo de tratamiento) y, posteriormente, de 60 distritos a partir del año 2015 (grupo control). En la presente evaluación se conservó la distribución de los grupos de tratamiento y control (aproximadamente 66% pertenecía al grupo de tratamiento y el resto al grupo de control). Para obtener información sobre los resultados educativos, se utilizó información secundaria de la Evaluación Muestral de Estudiantes del Ministerio de Educación (MINEDU) del año 2019 de las niñas y niños que formaron parte de la muestra de la evaluación de impacto del SAF 2013-2015 (cuando los niños y niñas de dicha muestra se encontraban en 2° de primaria). Adicionalmente, se consideraron otros indicadores de resultado referidos a matrícula, acceso oportuno a educación inicial, acceso oportuno a educación primaria y permanencia en la escuela, para los cuales se utilizó información administrativa del Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa del MINEDU para los años 2015 al 2019.

Debido a que el 34% de las familias asignadas al grupo de tratamiento no recibieron las visitas domiciliarias y con el fin de identificar el impacto del SAF sobre los resultados educativos, se utilizaron dos estimadores: el estimador de "intención de tratar" (Intent-to-treat, ITT) y el de "tratamiento en tratados" (Treatment-on-the-treated, TOT).

3.7.2. Principales hallazgos

Con respecto a los impactos del SAF sobre niveles de aprendizaje en la escuela, los resultados mostraron que el haber sido asignado al grupo de tratamiento:

- Incrementa en 0.62 desviaciones estándar en el puntaje de lectura y en 0.60 desviaciones estándar el de matemática.

- Incrementa en 23.7 puntos porcentuales la probabilidad de que un niño o niña alcance el nivel satisfactorio de lectura (incremento de 144% respecto del grupo de control) y de 15.2 puntos porcentuales en la probabilidad de alcanzar el nivel satisfactorio en matemática (incremento de 149% respecto del grupo de control).

Con respecto a los impactos del SAF sobre matrícula, acceso oportuno y permanencia, los resultados muestran que:

- La probabilidad de estar matriculado en el sistema educativo en el 2015 es 3.4 puntos porcentuales mayor entre los niños y niñas del grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control, lo cual representa un incremento de 4.1% en el nivel de matrícula. Las diferencias entre el grupo de tratamiento y el grupo de control se

[23] MIDIS. (2022). Evaluación de impacto a largo plazo del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más en resultados educativos Informe Final. https://evidencia.midis.gob.pe/eval-impacto-saf-ife/

mantienen significativas hasta 2016 aunque de menor magnitud, a razón de 2.5 puntos porcentuales.

- La probabilidad de que un niño o niña acceda oportunamente a la educación inicial de 3 años y se gradúe de inicial de 5 años es 2.8 puntos porcentuales mayor entre los niños y niñas del grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control, lo cual representa un incremento de 3.4% en la probabilidad de acceder a la educación inicial.

- Una vez que las niñas y niños están incorporados en el sistema educativo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la permanencia escolar de los niños y niñas del grupo de tratamiento en relación con los del grupo de control.

En la evaluación se concluye que las estimaciones son alentadoras y reflejan que la intervención de visitas domiciliarias provista por el SAF tiene impactos positivos que se mantienen a largo plazo y se visualizan en los resultados educativos alcanzados a la edad de 7 y 8 años, específicamente en segundo grado de primaria. De esta manera, se brindó evidencia que sustenta el resultado final de la Cadena de Valor del PNCM, "mejorar los logros de aprendizaje en la educación básica".

3.7.3. Principales recomendaciones

Las principales recomendaciones que se derivan de esta evaluación fueron las siguientes:

- Incorporar como parte del fortalecimiento de la intervención del SAF aspectos que impacten en el desarrollo de habilidades numéricas de las niñas y niños para mejorar el desempeño en matemática en la etapa escolar.

- Realizar mediciones que permitan entender qué es lo que sucede dentro del contexto del hogar de las familias usuarias del SAF y determinar si los niños y niñas están expuestos a condiciones adecuadas que potencien su desarrollo y desempeño a futuro (como la calidad de las interacciones entre los cuidadores y los niños y niña, la participación de los niños y niñas en actividades de aprendizaje, y la disponibilidad de materiales de aprendizaje).

- Realizar mediciones sobre las actitudes y conocimientos parentales en torno a la crianza, que permitan determinar cuál es la función mediadora que cumplen estas variables en el impacto de la intervención del SAF en el desarrollo infantil y en los resultados educativos a futuro.

- Fortalecer la medición de señales de alerta que permita detectar de manera temprana posibles retrasos en el desarrollo que, además, impacten negativamente en los logros que los niños y niñas alcancen en el futuro.

- Realizar un segundo seguimiento a la muestra de evaluación del SAF que permita el levantamiento de información primaria con respecto a aspectos educativos o al logro de hitos de desarrollo esperado (por ejemplo, funciones ejecutivas) en diferentes etapas de la vida, como la etapa escolar.

- Realizar un seguimiento a una muestra representativa de los usuarios del SAF a nivel nacional, con el fin de contar con información que permita observar cómo van evolucionando los resultados propuestos en la cadena de valor del PNCM.

3.8. Evaluación de Continuidad del Programa Nacional Cuna Más[24]

3.8.1. Objetivo general y metodología

La evaluación fue desarrollada por Apoyo Consultoría con financiamiento de la Fundación Bernard van Leer en el año 2022. El estudio tuvo como objetivo principal evaluar el desempeño y estado situacional del PNCM a fin de que la decisión de continuidad del PNCM se adopte en respuesta a resultados de evaluación basados en evidencia. Esto se llevó a cabo según la Metodología de Evaluación de Continuidad (MEC) de la Presidencia del Consejo de Ministros, establecida mediante el D.S. 143-2021-PCM.

En relación a la metodología empleada, la MEC estableció elementos metodológicos que permitieron aterrizar los temas de evaluación al contexto del PNCM. Por un lado, se tienen a los criterios, los cuales sirven de marco general para analizar a las entidades públicas evaluadas; estos son: pertinencia, eficacia y eficiencia, e impacto y sostenibilidad. Por otro lado, se encuentran las dimensiones, las cuales definen de manera más específica los aspectos por evaluar en cada entidad pública: (i) justificación y vigencia, (ii) adecuación, (iii) recursos, (iv) procesos, (v) producto, (vi) seguimiento y evaluación, (vii) efectos e impactos, y (viii) sostenibilidad. La calificación global del Programa se obtuvo mediante la asignación de pesos a cada dimensión que fueron ponderados según su relevancia.

De acuerdo con la MEC, la evaluación fue realizada a través de información que fue recopilada directamente del Programa. Las principales fuentes de información fueron las siguientes: (i) información secundaria de la entidad pública evaluada, la cual estuvo referida principalmente a documentos institucionales relevantes para la evaluación, (ii) la autoevaluación sustentada con evidencia, la cual tuvo como objetivo recoger la perspectiva del Programa respecto de los principales temas abordados en la evaluación y (iii) entrevistas en profundidad complementarias que fueron realizadas a funcionarios públicos con amplia trayectoria en la institución y/o en el sector evaluado, y también con los actores clave del Programa, con el objetivo de recoger sus opiniones respecto de la entidad pública evaluada.

3.8.2. Principales hallazgos

Con respecto al resultado general, se encontró que:

- La calificación global obtenida por el PNCM fue de 139 puntos de los 159 posibles. Aplicando la ponderación de las dimensiones, el puntaje resultó en 18.85 puntos de un posible 19.875.

Con respecto al resultado obtenido en cada una las dimensiones, se encontró lo siguiente:

- En la dimensión de Justificación/vigencia (referido a los aspectos relacionados a la racionalidad que respalda la existencia del PNCM) se obtuvo un puntaje de 26/27 (96%). El análisis refiere que el PNCM tiene bien justificada su existencia abordando un problema central documentado, y que es considerado un problema público con políticas nacionales relacionadas. No obstante, en la documentación oficial del PNCM comúnmente se presentan datos desactualizados como parte de su caracterización.

- En la dimensión de Adecuación (que analiza la relación y correspondencia entre el diseño y contenido de los documentos legales y herramientas de gestión del PNCM y el objetivo para el cual fue creado) se obtuvo un puntaje de 34/36 (94%). El análisis señala que el diseño actual del PNCM permite alcanzar el Objetivo Estratégico Institucional de "Mejorar las condiciones para el desarrollo en la primera infancia, la niñez y la adolescencia". Asimismo, se identifica cuáles son los problemas causantes y cuáles son las alternativas óptimas para el desarrollo de las Acciones Estratégicas Institucionales.

[24]MIDIS.(2022). Evaluación de Continuidad del Programa Nacional Cuna Más. Elaborado por APOYO consultoría. https://evidencia.midis.gob.pe/evaluacion-continuidadpncm-ife/

Sin embargo, se observa la carencia de una caracterización dinámica de la población usuaria que permita ver su evolución en el tiempo y los resultados que se obtienen.

- En la dimensión de Recursos (que evalúa la administración y correspondencia entre los recursos monetarios y no monetarios del PNCM) se obtuvo un puntaje de 6/12 (50%). Se señala que el PNCM establece sus necesidades presupuestales en los documentos oficiales respectivos (tales como la programación multianual del POI), los cuales presentan el monto total requerido en base a los costos unitarios establecidos por el Programa. No obstante, se observa que los costos unitarios no han sido actualizados en los últimos años, lo que puede llevar a problemas durante la ejecución al no cubrir los montos necesitados.

- En la dimensión de Procesos (que abarca la cadena de valor que permite la entrega de los servicios del PNCM a la población objetivo de manera oportuna) se obtuvo un puntaje de 22/27 (81%). En el análisis se señala que el Programa cuenta con una estructura de procesos que garantiza la prestación del SAF y SCD, y reconoce sus oportunidades de mejora. No obstante, es necesario atender las limitaciones propias de su estructura organizacional y operación bajo el modelo de cogestión, con el objetivo de garantizar la entrega de los bienes y servicios del Programa de acuerdo con los plazos y estándares de calidad propuestos.

- En la dimensión de Productos (referida a la relación y correspondencia entre los productos entregados por PNCM y lo establecido por sus documentos de planificación) se obtuvo un puntaje de 13/18 (72%). El análisis señala que la provisión de los servicios que involucran el SAF y el SCD están en línea con los documentos de planificación del PNCM. No obstante, existen limitaciones, como la dispersión geográfica, la falta de acceso a internet en localidades rurales, y el nivel de capacitación inicial de los actores comunales, que tienen que abordarse desde su planificación para evitar pérdidas en la calidad de la prestación del servicio.

- En la dimensión de Seguimiento y evaluación (que analiza la existencia de una cultura de evaluación institucionalizada con la intención de identificar oportunidades de mejora continua) se obtuvo un puntaje de 17/18 (94%). En el análisis se menciona que el PNCM establece indicadores asociados a sus objetivos en los documentos correspondientes, que en general cumplen con las características de ser específicos, medibles, relevantes, alcanzables y con un horizonte definido. Sin embargo, existen indicadores que no cuentan con metas definidas, con valores históricos o no habían sido definidos hasta diciembre del 2021.

- En la dimensión de Efectos e impactos (que evalúa los efectos e impactos generados por el PNCM sobre su población objetivo) se obtuvo un puntaje de 12/12 (100%). El PNCM sí genera efectos e impactos sobre su población atendida de manera positiva y significativa. Asimismo, las familias beneficiarias tienen una buena percepción y apreciación del Programa. Un punto de mejora es la definición de un diseño de evaluación de impacto de sus indicadores a largo plazo para el SCD, con el objetivo de tener una visión más amplia sobre el impacto total que genera a sus beneficiarios.

- En la dimensión de Sostenibilidad (que comprende el análisis de la duración de los efectos e impactos del PNCM en el largo plazo) se obtuvo un puntaje: 9/9 (100%). En el análisis se menciona que, más allá de que no existan varios análisis formales de sostenibilidad del PNCM, sí hay información sobre factores que pueden afectar la sostenibilidad del Programa y sus impactos, que sí se están tomando en cuenta por parte del PNCM.

Con respecto al resultado obtenido en cada una las dimensiones, se encontró lo siguiente:

- La brecha que atiende el PNCM es parte de los lineamientos "Primero la Infancia" donde se articulan diversas entidades del GN, GR y GL en la promoción del DIT.

- La no continuidad del PNCM dejaría sin intervención a las 115,554 familias atendidas en el SAF y a 59,621 niñas y niños en el SCD.7 Este vacío sería costoso y difícil de atender de manera inmediata debido a la gran magnitud actual del diseño de los servicios del PNCM.

- La extinción del PNCM causaría que no se generen los impactos positivos y significativos que actualmente genera hacia sus beneficiarios.

- Los beneficiarios y beneficiarias del PNCM se encuentran satisfechos con los servicios que reciben, tanto en el SAF como en el SCD.

- No existe otra entidad pública que realice las mismas funciones del PNCM.

- El objetivo principal del PNCM está alineado con los objetivos estratégicos del ministerio adscrito (MIDIS), por lo que no se considera conveniente un cambio de adscripción o dependencia.

3.8.3. Principales recomendaciones

Las principales recomendaciones que se derivaron de esta evaluación fueron las siguientes:

- La creación de un repositorio digital enfocado en evidencia empírica de DIT que permita tener acceso inmediato a esta información.

- La implementación de un observatorio de DIT a partir del establecimiento de un sistema de seguimiento de los niños beneficiarios.

- El establecimiento de canales de comunicación específicos para la solicitud y respuesta de requerimientos de información en materia de DIT con el INEI y MINSA.

- La implementación de un sistema de gestión que permita visibilizar los atributos de la población objetivo y contar con una diferenciación del servicio según las características y necesidades de cada región o macrorregión.

- Complementar la información contenida el Tablero de Control Interactivo (dashboard) con la caracterización de la población objetivo que permita realizar un seguimiento actualizado de las características de la población objetivo.

- Elaborar reportes periódicos sobre necesidades insatisfechas de actores comunales y población beneficiaria debido a temas presupuestales y establecer un plan de acción.
- Reforzar los canales de retroalimentación y con ello trabajar un plan de acción sobre los puntos prioritarios y que resulten factibles para el presupuesto asignado.

- Regularizar los estipendios de los actores comunales para que sean competitivos con el mercado.

- Establecer convenios de prácticas preprofesionales y pasantías a estudiantes de psicología/nutrición para habilitar el trabajo voluntario como actores comunales y/o soporte técnico al comité de gestión.

- Actualizar el presupuesto desagregado (por UT u OCT) y asignado a cada insumo considerado para el Programa. Ello implica elaborar un estudio de mercado sobre los precios actualizados.

- Elaborar un sistema de gestión que permita tener los principales costos del Programa actualizados por UT/OCT semanal, mensual o trimestralmente.

- Coordinar y llevar a cabo una reunión con la UPPM y UT para la determinación del problema en el reporte físico.

- Establecer dentro de la programación del POI multianual las necesidades o requerimientos de insumos de manera que no haya desabastecimientos entre periodos. Además, elaborar un cronograma mensual sobre las fechas de reposición por conjunto de equipos y zonas geográficas.

- Promover acuerdos de largo plazo para la cesión en uso de locales para el SCD.

- Involucrar a las empresas privadas y otros organismos en la creación de locales del Programa, y la implementación de estos.

- Complementar el Modelo de Cogestión por uno de Entidades Administradoras del Servicio que permita establecer un programa de incentivos monetarios, sujeto a indicadores de capacitaciones y desempeño para los actores comunales del Programa.

- Fomentar la participación y permanencia de los actores comunales en el Programa a través de incentivos no monetarios.

- Rediseñar la planificación de la reposición de equipamiento.

- Implementar un sistema que permita acelerar el procedimiento administrado para las compras de equipamiento en ubicaciones rurales, o con condiciones de oferta distintas a las previstas por el PNCM.

- Extender las encuestas sobre la calidad del servicio al SCD. Asimismo, continuar con las buenas prácticas del Programa como lo son las matrices de compromiso.

- Reforzar el planteamiento de metas físicas trimestrales y registro del avance del periodo.

- Incluir dentro de las encuestas de calidad y satisfacción preguntas sobre la idoneidad cultural del material y el servicio.

- Fortalecer los productos y servicios relacionados con la salud socio emocional de las niñas y niños.

- Establecer metas para los indicadores que cuenta con información histórica y para aquellos que no cuentan con datos pasados.

- Evaluar incluir dentro de los indicadores de resultado priorizados, el seguimiento de indicadores sobre el DIT.

- Continuar realizando las evaluaciones de impacto para ambos servicios.

- Realizar una sesión semestral de internalización de los aprendizajes brindados para afianzar el aprendizaje sobre las prácticas de cuidado y aprendizaje infantil con los padres de familia y los miembros de la comunidad.

- La implementación de una Certificación Cuna Más que delimite los lineamientos mínimos con los que se debe cumplir para brindar los servicios del PNCM, y evaluar el cumplimiento de estos en locales.

3.9. Diagnóstico de capacidades institucionales territoriales para la implementación de los Productos Colegiados del PPoR DIT[25]

3.9.1. Objetivo general y metodología

El estudio fue desarrollo entre marzo y junio de 2023, con el objetivo general de diagnosticar las capacidades institucionales territoriales de los gobiernos locales y regionales para asumir la gestión de los productos de Cuidado Diurno (3000891) y Acompañamiento Familiar (3000892) del PPoR DIT, en el marco de un posible proceso de transición intergubernamental. La metodología fue mixta, con alcance nacional (25 regiones).

El estudio sigue un esquema secuencial de seis pasos: (i) definición de variables preliminares que orientaron el levantamiento de información, sin pretender ser las variables finales de evaluación; (ii) definición de una muestra de Gobiernos Locales (GL) y Gobiernos Regionales (GR) para el recojo de información primaria, a partir del universo conformado por los GL y GR donde actualmente operan los servicios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM); (iii) recojo de información primaria (entrevistas a funcionarios de GL/GR y representantes comunitarios) y secundaria (para el universo); (iv) análisis de las variables preliminares según su relevancia y la viabilidad de su recojo; (v) determinación de las variables relevantes y efectivamente medibles, ajustando definiciones o usando variables alternativas cuando fue necesario; y (vi) definición de la metodología de medición de capacidades a partir de dichas variables.

Variables preliminares. Se establecieron criterios predeterminados organizados en ocho dimensiones, replicadas para GL y GR: (1) planificación —contar con PEI, Plan de Desarrollo Local Concertado (PDLC) y Plan de Desarrollo Regional Concertado (PDRC) vigentes—; (2) ejecución presupuestal —porcentaje de ejecución del gasto corriente y de capital en los últimos 5 años (2018-2022)—; (3) articulación de intervenciones en el territorio —existencia, frecuencia de reuniones y desempeño de la Instancia de Articulación Local/Regional (IAL/IAR) en el marco del DIT—; (4) estructura del GL/GR —existencia de un órgano de línea competente, personal vinculado a procesos de apoyo y a servicios sociales, y perfil de dicho personal—; (5) modelo de gestión —existencia de mapa de procesos y MAPRO aprobados—; (6) transparencia —Portal de Transparencia Estándar (PTE) actualizado y uso de redes sociales para difusión pública—; (7) participación —implementación del Presupuesto Participativo—; y (8) seguimiento —manejo del ciclo de información, uso de sistemas de información y seguimiento nominal de gestantes y niños menores de 6 años.

Muestra e instrumentos. Para GR se definió una muestra de 6 regiones agrupadas por región natural (costa, sierra, selva) y nivel de cobertura del paquete integrado (mayor/menor): Tacna y Arequipa (costa), Junín y Cajamarca (sierra), Madre de Dios y Loreto (selva). Para GL provinciales se eligieron provincias con mejor y peor desempeño en cobertura del paquete completo dentro de esas regiones (12 provincias en total). Para GL distritales se utilizó la "Tipología de Distritos" de la PCM (Resolución Viceministerial N° 005-2019-PCM/DVGT, ocho categorías)

[25]MIDIS. (2023). Diagnóstico de capacidades institucionales territoriales para la implementación de los productos colegiados del PPoR DIT. Elaborado por Videnza consultorres. https://evidencia.midis.gob.pe/ppordit-ife/

combinada con la cobertura del paquete integrado, buscando mayor variabilidad y representatividad; esta tipología está significativamente correlacionada con el Índice de Carencias de la DGSE. Los contactos se obtuvieron de listas del MIDIS, de Videnza y de los PTE de GR/GL, con apoyo de coordinadores de enlace del MIDIS. El levantamiento de entrevistas duró aproximadamente 8 semanas, al cabo de las cuales se cerró el recojo —quedando algunas entrevistas sin realizar por imposibilidad de coordinación—. A nivel regional se completaron 5 entrevistas a funcionarios y 5 a representantes comunitarios; a nivel provincial, 12 entrevistas a funcionarios y 4 a representantes comunitarios.

Análisis y definición de variables finales. A partir del análisis de relevancia y viabilidad se construyó, para GL y GR por separado, un cuadro comparativo entre las variables relevantes propuestas y las variables efectivamente medidas, identificando: variables que se mantuvieron sin cambios, variables no medidas por falta de información (p. ej., situación, frecuencia de sesión y acciones DIT de la IAL/IAR; estado de actualización del padrón nominal; toma de decisiones de articulación basada en información DIT), y fuentes de datos utilizadas (RENAMU, SIAF, entrevistas, resultados FED, entre otras), diferenciando entre fuentes para el universo y para la muestra.

Medición de capacidades. Se definieron 8 capacidades a evaluar, comunes a GL y GR: (1) ejecución presupuestal, (2) planificación, (3) generación de articulación territorial de intervenciones, (4) gestión, (5) fomento de la transparencia, (6) fomento de la participación comunitaria, (7) manejo de información, y (8) experiencia en temas DIT. Cada capacidad se mide mediante categorías secuenciales de valores 0-2 (y en algunos casos 0-1), donde el nivel 0 indica que no se alcanzó el desempeño mínimo esperado, y los niveles 1 o 2 reflejan distintos grados de desarrollo según la complejidad de los criterios y la cantidad de variables involucradas en cada capacidad.

Análisis de brechas. A nivel de universo, los GL distritales se agruparon según la tipología PCM y los GL provinciales según las categorías del MEF para el Programa de Incentivos (PI); los GR se agruparon por región natural predominante y desempeño en el indicador de cobertura del paquete integrado de niños. A nivel de muestra, el análisis se presentó de forma individual para cada GL/GR, complementado con información adicional de las entrevistas.

3.9.2. Principales hallazgos

En el universo de GL distritales, las capacidades de ejecución presupuestal, articulación territorial, participación comunitaria, manejo de información y experiencia DIT no muestran un patrón claro vinculado a la tipología de distrito; en cambio, en planificación, gestión y transparencia, los distritos con mayor población y concentración presentan mejor desempeño individual.

En el universo de GL provinciales, las provincias de grandes ciudades muestran mejor desempeño en planificación, articulación territorial, gestión, transparencia, participación comunitaria y manejo de información. En ejecución presupuestal, las provincias de grandes ciudades destacan en gasto corriente, pero presentan peor desempeño relativo en gasto de capital.

En los GR, contrariamente a lo esperado, aquellos con menor cobertura del paquete integrado de niños muestran mayor desempeño en articulación territorial, mientras que los de mayor cobertura destacan en la capacidad de gestión. No se observan relaciones claras entre los

grupos de GR (por región natural y cobertura) y su desempeño en las demás capacidades; el estudio señala que el reducido número de GR dificulta el agrupamiento y que, en su caso, hubo más variables que no pudieron medirse por falta de disponibilidad de información, en comparación con los GL.Sobre la propuesta de transición, el estudio establece que roles y competencias son indivisibles y define escenarios diferenciados según el nivel de desarrollo de capacidades alcanzado: para el servicio de cuidado y atención integral (más complejo) se identifican 2 escenarios para GL (desarrollo avanzado o no avanzado); para el servicio de acompañamiento a familias se identifican 3 escenarios para GL (avanzado, intermedio, básico o no alcanzado); y para los GR se identifican 4 escenarios (avanzado, intermedio, básico, o no alcanzado). El proceso de transición se estructura en fases —validación de la ruta, etapa piloto e implementación progresiva— acompañadas de paquetes de capacitación y acompañamiento personalizables según las capacidades con menor desarrollo, cuyo diseño estaría liderado por el MIDIS (con participación del PNCM para temas específicos) y cuya implementación correspondería al MIDIS, el PNCM y otras entidades según la especialidad requerida.

3.9.3. Principales recomendaciones

- Diseñar un plan gradual de transición de la gestión hacia los gobiernos subnacionales, diferenciado por nivel de capacidad institucional y contexto territorial.

- Fortalecer las capacidades técnicas de los gobiernos locales en DIT, incluyendo formación de recursos humanos especializados y mejora de sistemas de información.

- Establecer mecanismos de asistencia técnica y acompañamiento desde el MIDIS durante el proceso de transición, con énfasis en los municipios con menores capacidades institucionales.

3.10. Diseño de Instrumentos de Medición de Conocimientos y Adopción de Prácticas de Cuidado Saludable y aprendizaje del PNCM

3.10.1. Objetivo general y metodología

El estudio fue desarrollado entre octubre y diciembre de 2023. El objetivo fue diseñar instrumentos de medición de conocimientos y adopción de prácticas de cuidado saludable y aprendizaje del PNCM, dado que el Programa no contaba con instrumentos propios para cuantificar los indicadores de resultados inmediatos de su cadena de valor.
La metodología incluyó: Se aplicaron 2 instrumentos: i) Cuestionario de conocimientos y adopción de prácticas de la gestante acerca del cuidado saludable y aprendizaje con 29 preguntas, y ii) Cuestionario de conocimientos y adopción de prácticas del/de la cuidador/a acerca del cuidado saludable y aprendizaje con 48 preguntas.

Estos instrumentos son multidimensionales (incluyen las dimensiones de salud, nutrición, higiene y aprendizaje) con respuestas de tipo dicotómico y politómico. En el caso de la evaluación de prácticas se incluyen ítems que deben ser resueltos mediante la observación del encuestador.

En una primera fase, estos instrumentos fueron diseñados por el equipo consultor y pasaron por la fase de revisión y verificación de la correspondencia de los ítems o preguntas con los indicadores de desempeño del PNCM, así como la adaptación a los resultados cualitativos obtenidos de una prueba piloto. Como segunda fase consideramos la propuesta de validación que incluye la medición de la validez y la confiabilidad de los instrumentos de medición. La validez es una característica esencial de un buen instrumento de medición y permite medir el grado en el que el instrumento mide lo que debe de medir, por su lado la confiabilidad mide

la consistencia interna de los ítems y su capacidad de representar a la dimensión a la que se quiere evaluar. Además, un instrumento es confiable si es reproducible y mantiene valores estables en el tiempo si se aplica en las mismas condiciones.

El estudio analizó la estructura organizacional del PNCM para la entrega de los dos productos y el modelo de cogestión comunitaria, evaluando variables como recursos humanos, infraestructura, sistemas de información y capacidad de gestión financiera.

3.10.2. Principales hallazgos

Los dos cuestionarios diseñados abordan cuatro dimensiones: salud, nutrición, higiene y aprendizaje. La versión final de los instrumentos incorporó ajustes derivados de la aplicación piloto y del proceso de levantamiento de observaciones, garantizando la correspondencia de los ítems con los indicadores de desempeño del PNCM. Se espera que la implementación del proceso de validación nos brinde la siguiente información:

- Características de la muestra evaluada.
- Descripción de resultados de cada ítem e indicador evaluado.
- El grado de validez de contenido, constructo y criterio de los cuestionarios de conocimientos y adopción de prácticas sobre cuidado saludable y aprendizaje en gestantes y cuidadores de niños menores de 3 años, medidos mediante los indicadores cuantificables.
- Análisis y discusión de los resultados de validez total y de sus componentes (contenido, constructo y criterio), así como los resultados de confiabilidad.

3.10.3. Principales recomendaciones

- Proceder con la validación psicométrica formal de los instrumentos, incluyendo trabajo de campo con muestra representativa de usuarios del SAF y SCD, previo a su aplicación a escala.
- Aplicar los instrumentos de manera periódica para monitorear el cambio en conocimientos y prácticas de los cuidadores, articulándolos con la medición del DIT mediante la ESDI.
- Actualizar periódicamente los instrumentos en función de los ajustes en los lineamientos del PNCM y de la evidencia acumulada sobre prácticas de cuidado efectivas.

3.11. Evaluación de impacto del servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en el desarrollo infantil temprano, 2018-2022[26]

3.11.1. Objetivo general y metodología

La evaluación fue desarrollada por el equipo técnico de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social (DGSEI) entre junio de 2023 y octubre de 2024. El estudio tuvo como objetivo principal evaluar el impacto del SCD del PNCM en el desarrollo infantil temprano de niños/as de 6 a 36 meses usuarios del servicio. Para ello se utilizó información de la ENDES de los años 2018 a 2022, la cual contiene información sobre la prevalencia de anemia, prevalencia de desnutrición crónica infantil (DCI), y el logro de hitos de desarrollo

[26]MIDIS. (2024). Evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en el desarrollo infantil temprano, 2018-2022. Informe Final. https://evidencia.midis.gob.pe/eval-impacto-scd-dit-ife-2/

motor (camina solo), comunicación verbal, precursores del apego seguro, desarrollo socioemocional (regulación de emociones y comportamientos) y desarrollo cognitivo (función simbólica) en niños y niñas menores de 6 años.
Con relación a la metodología empleada, se utilizó un diseño cuasi-experimental basado en el método de emparejamiento por probabilidad de participación (Propensity Score Matching, PSM). Se comparó a niños/as usuarios del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) con un grupo de control de no usuarios, emparejados según características observables (como edad, sexo, nivel educativo de la madre, acceso a servicios básicos, entre otros). Se analizaron datos de los años 2018 a 2022, combinando registros administrativos del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del INEI. Finalmente, se realizó un análisis de sensibilidad marginal propuesto por Rosenbaum (2002) para explorar si las estimaciones podrían tener algún sesgo por variable omitida.

3.11.2. Principales hallazgos

Con respecto a los efectos del SCD

- Se evidencia que, en promedio, el SCD del Programa Nacional Cuna Más no tiene efectos significativos en los resultados de DIT considerados en la evaluación (R2, R3, R4, R5, R6 y R7). Para los siete indicadores analizados, ninguna diferencia entre el grupo de usuarios y el grupo de no usuarios resulta estadísticamente significativa: los p-valores van desde 0.152 (R5) hasta 0.908 (R3-DCI), todos por encima del umbral convencional de 0.05 (o incluso 0.10). Las diferencias estimadas son pequeñas y de signo variable (entre -0.041 y +0.036), sin un patrón consistente.

- No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de usuarios del SCD y el grupo de no usuarios para ninguno de los indicadores de resultado analizados, incluso considerando diferentes metodologías.

Con respecto a los resultados del SCD según variables de interés

- Por sexo, los resultados muestran que existe indicios de efectos diferenciados de la participación en el SCD solo para R3, según sexo. En el caso de los niños, se encontró una reducción de 4.0 pp en la prevalencia de anemia. Mientras que, en el caso de las niñas, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre usuarias y no usuarias del SCD.

- Por tiempo de permanencia, se observa una mayor prevalencia de anemia entre los niños y niñas que recién se incorporan al SCD (entre 1 y 3 meses de permanencia), con una diferencia de 7.1 pp a favor del grupo de no usuarios. No obstante, la prevalencia de anemia entre el grupo de usuarios se va reduciendo a medida que se incorpora en el análisis a niñas y niños que tienen más tiempo en el servicio, de modo que es posible observar un impacto de la asistencia al SCD en la reducción de la prevalencia de anemia, de 4.0 pp, entre los usuarios que asistieron por lo menos 4 meses al servicio, en relación con el grupo de no usuarios. También se observa que los efectos del SCD sobre la prevalencia de anemia aumentan a medida que el tiempo de permanencia en el servicio es mayor. Entre otros resultados, se observa un impacto positivo del SCD sobre R5 (marcha estable y autónoma), de 9 pp, entre los usuarios que asistieron al servicio al menos 8 meses. Para estos usuarios también se encuentra un incremento significativo en R7 (función simbólica) que fluctúa entre 4.6pp y 5.1pp dependiendo del tipo de emparejamiento. Asimismo, se observan impactos positivos del SCD sobre R4, R5 y R7 entre los usuarios que asistieron al menos 12 meses al servicio. Se encuentra un incremento de 7.1 pp en R4 (comunicación verbal efectiva), un incremento de 28.4pp

en R5, y un incremento de 6.2 pp en R7. Finalmente, cuando se analizan los impactos entre usuarios que han asistido por lo menos un año y medio al servicio, la magnitud del impacto se incrementa a 17.7 pp para R4 y 8.6 pp para R7, resultados que son robustos a distintos tipos de emparejamiento.

- Por periodos pre y durante pandemia, los resultados indican que no existen efectos diferenciados del SCD sobre la prevalencia de anemia . Asimismo, se observa una reducción en el indicador de interacciones adecuadas madre-hijo/a como precursor de R2 (Apego seguro) para el periodo pre-pandemia como producto de la asistencia al SCD, Además, durante el periodo de pandemia, no se observan diferencias entre usuarios y no usuarios del SCD en el indicador de R2. . Además, se encuentra un incremento en la prevalencia de DCI de 3.0pp en el periodo pre pandemia, cuando el servicio se brindaba de manera regular. Finalmente, no se encontró efectos diferenciados por período en los otros 5 resultados de DIT, incluso utilizando diferentes tipos de emparejamiento.

3.11.3. Principales recomendaciones

Fortalecer el tiempo de permanencia en el servicio, informando a las familias usuarias sobre la importancia de garantizar un tiempo mínimo de asistencia al servicio, al menos 6 meses, a fin de observar cambios positivos en el desarrollo de sus niñas y niños.

Con relación a las actividades para lograr la R6 (regulación de emociones y comportamientos), se recomienda realizar un seguimiento a la manera en cómo son desarrolladas por las madres cuidadoras e incorporar un proceso para verificar si se encuentran alineadas a las capacitaciones recibidas. Asimismo, se recomienda explorar la información del seguimiento nominal a partir de la aplicación de la Escala de Desarrollo Infantil (ESDI), lo cual podría permitir realizar estudios longitudinales sobre los efectos de la asistencia al SCD en el DIT.

Con relación a los resultados sobre el R2 (apego seguro), se recomienda que el Programa refuerce el trabajo con las familias usuarias del SCD, tal como se hace en el SAF, haciendo incidencia en la importancia de las interacciones de calidad entre las madres (o cuidadores principales) y sus niñas y niños en los momentos que comparten juntos. En la misma línea, se recomienda que el PNCM realice un seguimiento a la implementación de dichas actividades y a la participación de las familias.

En relación a la ausencia de efectos, en particular, sobre el R2 (apego seguro) y R6 (regulación de emociones y comportamientos), y su posible asociación con factores que afectan la calidad del servicio, como podría ser la rotación de las madres cuidadoras, se sugiere realizar un estudio específico para conocer el contexto y factores que influyen en la permanencia de las madres cuidadoras en el SCD, y en qué medida dicha permanencia está relacionada con el desarrollo de los niños y niñas usuarios del servicio.

Finalmente, con relación al impacto diferenciado del SCD sobre la prevalencia de anemia en los niños mas no en las niñas, se recomienda realizar un estudio específico que permita conocer las causas de tales diferencias.

3.12. Estudio sobre la Permanencia y Trayectorias de las Madres Cuidadoras en el Voluntariado del SCD del PNCM

3.12.1. Objetivo general y metodología

Este estudio fue desarrollado por la Dirección de Evaluación de la DGSEI-MIDIS entre enero 2025 y junio 2026. El objetivo general del estudio fue analizar la permanencia e identificar las trayectorias de las madres cuidadoras en el voluntariado del SCD del PNCM, estimando los factores que aceleran o retrasan su tiempo de permanencia y los determinantes de sus distintas trayectorias de vinculación.

El estudio es cuantitativo, usando datos administrativos del PNCM con frecuencia mensual para el período enero 2020 a diciembre 2025, correspondientes al seguimiento técnico de 10,329 madres cuidadoras (5,511 Tipo A y 4,818 Tipo B) en 659 Comités de Gestión que administran 2,553 CIAI. La estrategia empírica combina un modelo de supervivencia paramétrico (distribución Weibull, parametrización AFT) para analizar los determinantes del tiempo de permanencia, y un modelo logit multinomial para identificar los determinantes de tres trayectorias: permanencia completa, salida con reingreso y salida definitiva. Se analizaron ventanas de observación de 6, 12 y 18 meses.

3.12.2. Principales hallazgos

- El tiempo promedio de permanencia continua de una madre cuidadora es de 7.37 meses; sin embargo, excluyendo el período de atención remota por pandemia (2020-2022), el promedio en condiciones de presencialidad regular es de aproximadamente 5.5 meses, con una mediana de 5 meses. El 75% de las madres cuidadoras no logra superar los 9 meses de actividad ininterrumpida.

- El análisis de trayectorias en la ventana de 18 meses muestra que solo el 19% de las madres cuidadoras mantiene una permanencia completa, mientras que el 68% experimenta una salida definitiva y el 13% una salida con reingreso. La desvinculación definitiva ocurre de manera predominante en los primeros 6 meses del voluntariado.

- Los principales determinantes de mayor permanencia son: la promoción de Tipo B a Tipo A (incrementa el tiempo esperado de permanencia en un 48%), el aumento normativo del estipendio (incremento del 26%), la mayor edad de la cuidadora (las de 45 años o más tienen una permanencia 41% superior a las de 18-24 años), y tener un hijo/a en el CIAI (incremento del 7%). La modalidad de atención presencial reduce el tiempo esperado de permanencia en un 51% respecto al período remoto.

- Se evidencia una correlación negativa (rho = -0.61) entre los ingresos laborales femeninos promedio por departamento y la permanencia de las madres cuidadoras, lo que confirma la hipótesis del costo de oportunidad: en regiones con mayor dinamismo económico femenino, el estipendio del PNCM pierde capacidad de retención.

3.12.3. Principales recomendaciones

- Reducir el tiempo de permanencia ininterrumpida requerido para ascender de MC Tipo B a Tipo A de 12 a 6 meses, dado que la permanencia promedio en presencialidad es de aproximadamente 5.5 meses.

- Alinear el voluntariado del PNCM a la Ley General del Voluntariado (N. ° 28238, modificada en julio de 2025), aprovechando los nuevos beneficios en términos de acceso a becas, reconocimiento de créditos académicos y puntaje adicional en postulaciones.

- Desarrollar actividades formativas y ofrecer beneficios educativos, incluyendo cursos virtuales, validación de horas como prácticas preprofesionales, y gestión de cursos técnico-productivos en alianza con el MTPE e instituciones de educación superior.

- Implementar un plan de reconocimiento público al desempeño de las madres cuidadoras, incluyendo el "Día de la Madre Cuidadora" con reconocimiento presidencial o ministerial.

- Establecer estrategias territorialmente diferenciadas de retención, con mayor énfasis en departamentos de alta rotación como Ucayali, Ica, La Libertad y Lima, donde el costo de oportunidad laboral es más elevado.

- Promover campañas de salud mental para las madres cuidadoras, articuladas con los Centros de Salud Mental Comunitaria, para reducir el desgaste emocional asociado al cuidado presencial de niños menores de tres años.

- Fortalecer los registros administrativos del Programa, incorporando variables de gestión a nivel de CIAI y Comités de Gestión, motivos de desvinculación y tiempo de permanencia.

3.13. Medición del Desarrollo Infantil Temprano en Usuarios del Servicio de Cuidado Diurno del PNCM

3.13.1. Objetivo general y metodología

Antecedente:
Entre marzo y junio de 2024, se desarrolló un estudio orientado a la elaboración de lineamientos generales para la evaluación del desarrollo infantil temprano[27] (DIT) en su población usuaria. El instrumento central adoptado fue la Escala de Desarrollo Infantil (ESDI) en su versión actualizada de 2022, derivada de la Lista de Cotejo del Servicio de Acompañamiento a Familias (LiCoSAF, 2012) y enriquecida mediante consultorías sucesivas de validación (2016, 2018-2019, 2022). La ESDI actualizada comprende 121 ítems distribuidos en cinco dimensiones —cognitiva, comunicativa, motora, socioemocional y adaptativa— y siete subdimensiones, con evidencias de validez de contenido, constructo y criterio, así como de confiabilidad inter-evaluador, obtenidas a partir de trabajo de campo con 661 niñas y niños en cuatro regiones del país mediante análisis de Rasch y consistencia interna.

El estudio contempló como población objetivo a bebés y niños usuarios del PNCM entre 9 y 36 meses de edad, atendidos en las modalidades de Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), cuya cobertura ascendía, al cierre de agosto de 2023, a aproximadamente 128,000 niñas y niños en el rango etario de interés. Se diseñó un esquema de muestreo por conglomerados bietápico, con tamaños mínimos de 1,005 (SCD) y 1,190 (SAF) casos por indicador, que permite inferencia a nivel nacional, por modalidad de atención y por cuatro tramos de edad. La evaluación se definió en tres modalidades secuenciales —Observación Libre, Situación a Provocar y Reporte materno— con una duración aproximada de 60 minutos por caso. Se establecieron siete indicadores de resultado vinculados a las subdimensiones del instrumento, y un plan de capacitación diferenciado por rol —evaluadores, supervisores y monitores— con exigencias de confiabilidad inter-evaluador

[27] MIDIS. (2024). Elaboración de lineamientos generales, manual de la Escala de Desarrollo Infantil para la aplicación en estudios y manual de supervisión de trabajo de campo para la realización de la evaluación del DIT en usuarios del PNCM. Documento de trabajo.

como requisito de aprobación. El estudio, concebido como base metodológica para evaluaciones del DIT a gran escala, sentó los procedimientos éticos, el perfil del equipo de campo y los criterios analíticos requeridos para su implementación sistemática en el marco del PNCM.

Posteriormente, en el año 2025 se realizó la implementación metodológica para la formación cognitivas y práctica de evaluadores y supervisores en la aplicación de un instrumento para medir el desarrollo infantil[28]. El proceso formativo se estructuró en tres componentes articulados: capacitación teórica, práctica de confiabilidad interevaluador y supervisión en campo:

- **Capacitación teórica:** desarrollada presencialmente durante cuatro días consecutivos (32 horas), con metodología teórico-práctica y participativa que combinó presentaciones expositivas, análisis técnico de videos, lectura guiada del manual, ejercicios de simulación y role playing. Se cubrieron todas las sub-dimensiones de la ESDI actualizada (Función simbólica, Comunicación preverbal y verbal, Resolución de problemas, Motora fina, Motora gruesa, Interacción con otros y Autonomía), además de aspectos generales (objetivos, tramos de edad, secuencia de aplicación, puntuación, propiedades psicométricas) y operativos (cálculo de edad, reglas de inicio/continuación/finalización, llenado de protocolo).

- **Confiabilidad interevaluador:** cada participante calificó videos de aplicaciones reales (0 o 1 por ítem), comparando sus puntajes con el criterio de evaluadores expertos.

- **Supervisión en campo:** observación individual del desempeño real en Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI), mediante listas de verificación que registraron aspectos técnicos, éticos y actitudinales, con retroalimentación individualizada.

- **Criterios de habilitación:** puntaje máximo de 105 puntos (65 de evaluación continua + 40 de confiabilidad). Se requería un mínimo de 52/65 (80%) en evaluación continua para acceder a la fase de confiabilidad, y un total acumulado de 84/105 (80%) para ser habilitado/a.

Esta evaluación fue desarrollada entre febrero 2025 y mayo 2026. El objetivo general fue realizar la medición del desarrollo infantil aplicando la Escala de Desarrollo Infantil-ESDI del PNCM en una muestra representativa de las/los usuarias/os del Servicio de Cuidado Diurno (SCD), a fin de reportar los siete indicadores de resultados específicos directos de la Cadena de Valor del Programa.

La metodología incluye la aplicación de la ESDI actualizada en una muestra representativa de niñas y niños usuarios del SCD, complementada con una ficha sociodemográfica de las familias recogida mediante visitas al hogar. El diseño muestral fue elaborado en enero de 2026, garantizando representatividad a nivel nacional y por grupos etarios. El proceso incorpora formación de evaluadores, supervisión de trabajo de campo y control de calidad de datos.

Se cubrió la muestra mínima requerida de 737 bebés, niños y niñas de 9 a 36 meses de edad. En dicha muestra se realizará la aplicación de la ESDI y la Ficha de datos sociodemográfica, en donde ambos instrumentos deben estar completos y sin inconsistencias. En caso ello suceda o se identifique información faltante, se realizarán reemplazos a fin de mantener la muestra mínima:

[28]MIDIS. (2025). Implementación metodológica para la formación cognitiva y práctica de evaluadores y supervisores en la aplicación de un instrumento para medir el desarrollo infantil. Documento de trabajo.

Tabla 1. Muestra mínima según departamentos por rango de edad y CIAI

Departamento	9-17 meses	18-23 meses	24-36 meses	Total	CIAI
Ancash	21	17	43	81	3
Apurímac	22	6	37	65	3
Ayacucho	4	11	19	34	2
Cusco	8	13	20	41	3
Ica	22	23	52	97	4
Junín	13	8	22	43	3
La Libertad	10	13	30	53	3
Lambayeque	4	3	16	23	2
Lima	55	62	110	227	9
Piura	3	5	8	16	1
Puno	5	8	12	25	2
Tacna	3	6	23	32	2
Total	**170**	**175**	**392**	**737**	**37**

Elaboración propia.

Al respecto, la muestra fue definida conforme al padrón de usuarios/as del PNCM con corte al cierre de febrero de 2025, previo al inicio del trabajo de campo.

Definida la muestra a partir del padrón señalado, la forma de selección del informante es de acuerdo con los tramos de edad de el/la bebé, niña o niños y la disposición de las familias para participar en la evaluación de manera voluntaria. Para ello, el personal denominado Acompañante Técnico (AT) es el que desempeña un rol importante para facilitar la comunicación en los CIAI a cargo. Además, es importante resaltar el rol de los Actores Comunales (las madres cuidadoras, madres guías, entre otros) ya que, al ser personal cercano con las familias en la prestación de servicios del SCD, permitió generar una mayor confianza con las madres y/o cuidador/as principales respecto al estudio.

En el marco de la evaluación del desarrollo infantil temprano, se aplicaron dos instrumentos de recolección de información: Ficha sociodemográfica y Escala de Desarrollo Infantil (ESDI) actualizada.

En el caso de la Ficha sociodemográfica, su aplicación fue digitalizada, en tanto permite la optimización de procesos, la disminución de tiempos de digitación y los errores de transcripción, por lo que esta aplicación se realizó con mayor efectividad. En el caso de la ESDI, su aplicación se realizó en físico (papel impreso), considerando lo señalado en el documento de Lineamientos generales.

3.13.2 Principales hallazgos

A continuación, se reportan los siete indicadores de resultados específicos directos, considerando como cumplimiento del hito la suma de los niveles Logro Esperado + Logro Destacado.

- La subdimensión con mayor porcentaje de logro fue Autonomía, con 92,9% de bebés, niñas y niños de 18 a 36 meses que obtuvieron un nivel lo logro esperado o destacado, lo que evidencia un buen desarrollo adaptativo para este tramo de edad.

- La subdimensión de Motora gruesa alcanzó el 87,0% de bebés, niñas y niños de 15 a 18 meses de edad que obtuvieron un nivel de logro esperado o destacado; sin embargo, este resultado debe interpretarse solo como referencial, porque la muestra del tramo de 15 a 18 meses no tiene representatividad estadística suficiente.

- La subdimensión de Resolución de problemas obtuvo el 83,3% de bebés, niñas y niños de 24 a 36 meses de edad con un nivel de logro esperado o destacado, reflejando un desempeño favorable en habilidades vinculadas al pensamiento, exploración y solución de situaciones acordes a la edad.

- La subdimensión de Comunicación preverbal y verbal alcanzó el 77,7% bebés, niñas y niños de 9 a 36 meses de edad que obtuvieron un nivel de logro esperado o destacado es decir, la mayoría de niñas y niños evaluados se comunica de forma comprensiva y expresiva de manera apropiada para su edad.

- La subdimensión de Función simbólica obtuvo el 75,1% de bebés, niñas y niños de 9 a 36 meses de edad con un nivel de logro esperado o destacado, mostrando que la mayoría desarrolla capacidades de representación simbólica mediante el juego, gestos, sonidos o lenguaje emergente.

- La subdimensión de Motora fina alcanzó el 71,4% de bebés, niñas y niños de 24 a 36 meses de edad con un nivel de logro esperado o destacado; aunque la mayoría cumple el hito, también concentra un porcentaje importante en proceso, por lo que requiere mayor acompañamiento.

- La subdimensión con menor porcentaje de logro fue Interacción con otros/as, con el 66,7% de bebés, niñas y niños de 24 a 36 meses de edad que obtuvieron un nivel de logro esperado o destacado, lo que la convierte en una de las principales áreas de mejora para fortalecer habilidades socioemocionales, interacción con pares y participación en actividades grupales.

3.13.3 Principales recomendaciones

A continuación, se presentan las conclusiones del estudio, sintetizando los hallazgos descriptivos sobre los niveles de logro del desarrollo infantil temprano (DIT) en la población usuaria del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) en el Programa Nacional Cuna Más (PNCM):

- Altos niveles de adecuación de lo esperado por los indicadores en las subdimensiones.

- Los resultados de la evaluación evidencian que la mayoría de los niños y niñas usuarios/as del servicio alcanzan un desarrollo apropiado para el tramo de edad correspondiente a cada indicador, sumando los niveles de logro esperado y destacado. Las mayores fortalezas se encuentran en las subdimensiones de autonomía (92,9%) y resolución de problemas (83,3%).

- Oportunidades de mejora en indicadores en proceso de consolidación.

- Se identifican subdimensiones que presentan aspectos por mejorar como la interacción con otros/as (66,7%) y motora fina (71,4%), las cuales presentan menores proporciones de logro esperado o destacado, y concentran una mayor cantidad de usuarios/as en el nivel de logro en proceso, siendo subdimensiones que requieren una mayor atención y acompañamiento.

- Características sociodemográficas homogéneas.

- En cuanto al entorno del hogar y la familia, el análisis bivariado no evidencia asociaciones estadísticas significativas entre las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y los resultados de la evaluación según la ESDI. Esto responde a la alta homogeneidad socioeconómica de la población usuaria, en función de la focalización del SCD en hogares de sectores vulnerables. Además, la presencia de cuidadores/as con carga laboral y de trabajo doméstico reafirma la pertinencia del SCD en atender a población usuaria que requiere cuidados extrafamiliares seguros que acompañen su desarrollo.

- Reporte limitado en la subdimensión motora gruesa.

- Si bien la subdimensión motora gruesa fue reportada en resultados con un alto porcentaje de logro (87,0%), este dato debe entenderse de manera meramente referencial, debido a que el tamaño de la muestra enmarcado en un tramo de edad de 15 a 18 meses fue reducido (n=85).

3.14. Diseño y validación de los subdimensiones interacción madre-niño y regulación de emociones y comportamiento de la Dimensión Socioemocional de la Escala de Desarrollo Infantil (ESDI) del PNCM

3.14.1. Objetivo general y metodología

El objetivo general del estudio fue diseñar y validar las subdimensiones de i) interacción madre-niño (como proxy del apego) y ii) regulación de emociones y comportamientos de la dimensión socioemocional de la ESDI del PNCM. Este estudio fue desarrollado entre mayo de 2025 y junio de 2026.

Al respecto del diseño de los ítems, se realizó el siguiente proceso para cada una de las subdimensiones:

i)Subdimensión Interacción madre-niño (IMN)

- **Revisión del constructo e instrumentos:** Como parte de la revisión de la literatura, se identificaron constructos clave, como sensibilidad, responsividad, sincronía diádica, creencias sobre el llanto infantil, calidad de las interacciones, interacciones comunicativas y calidad del entorno del hogar.

- **Selección de instrumentos:** A partir de la revisión de meta-análisis y revisiones sistemáticas, se identificaron 18 instrumentos de reporte y de observación que permiten medir los constructos identificados previamente. Luego, se realizó una sistematización de los instrumentos identificados que permitió contar con una visión integrada de las herramientas de medición disponibles.

- **Priorización de instrumentos:** Para la identificación de aquellos instrumentos con mayor potencial como referencia conceptual y técnica para el desarrollo de ítems y situación observacional en el marco de la ESDI, se aplicaron criterios de pertinencia conceptual, viabilidad operativa, adecuación al perfil de evaluadores y disponibilidad de

información técnica. Como resultado de este proceso, se seleccionaron un total de 8 instrumentos.

- **Categorización de ítems observacionales y de reporte de instrumentos priorizados:** Se procedió a realizar una revisión detallada de los ítems incluidos en los instrumentos priorizados con el fin de identificar posibles elementos relevantes, como patrones conceptuales comunes, que permitan establecer agrupaciones temáticas para el diseño de nuevos ítems. Los ítems observacionales se clasificaron en categorías referidas a la madre (expresión de afecto, sensibilidad/reciprocidad, insensibilidad/no responsividad, hostilidad/comportamiento negativo, control directivo, disciplina, estimulación cognitiva y verbal, entre otras), al niño (engagement y exploración) y a la díada (sincronía/reciprocidad y falta de sincronía). Los ítems de reporte se categorizaron en sensibilidad/responsividad, emociones hacia el niño, control directivo, disciplina, estimulación cognitiva, interacciones lúdicas, ambiente de cuidado, expectativas sobre el comportamiento infantil y socialización emocional.

- **Priorización de categorías de ítems observacionales y de reporte:** Con el objetivo de seleccionar las categorías más pertinentes, se realizó un proceso de priorización conceptual (respaldada en la evidencia empírica) y operativa (considerando su viabilidad de aplicación en la ESDI). De las categorías observacionales, se seleccionaron las de la madre (sensibilidad/responsividad, insensibilidad/no responsividad, expresión de afecto de la madre) y del niño (involucramiento del niño). De las categorías de reporte, se seleccionaron sensibilidad/responsividad, emociones hacia el niño y control directivo.

- **Propuesta de evaluación:**
  - Situación observacional: Momento de observación con una duración de 10 minutos aproximadamente, en donde se le brindan consignas a la madre para que interactúe con su niño. En total 13 ítems para cada tramo de edad (1-18 meses y 19-36 meses).

  - Reporte materno: Se propusieron 20 ítems para cada tramo etario (1 a 18 meses y 19 a 36 meses) con escala Likert de 4 puntos.

ii) Subdimensión Regulación de emociones y comportamientos (REC)

- **Revisión y sistematización de instrumentos:** Como parte de la revisión de la literatura, se identificaron 6 instrumentos.

- **Selección de instrumentos:** Para la identificación de aquellos instrumentos con mayor potencial como referencia conceptual y técnica para el desarrollo de ítems en el marco de la ESDI, se aplicaron criterios de pertinencia conceptual, viabilidad operativa, adecuación al perfil de evaluadores y disponibilidad de información técnica. Como resultado de este proceso, se seleccionaron un total de 3 instrumentos.

- **Categorización de ítems de los instrumentos seleccionados:** Se procedió a realizar una revisión detallada de los ítems incluidos en los instrumentos priorizados con el fin de identificar posibles indicadores observables y de reporte materno que sirvan como insumos para el diseño de ítems. Los ítems observacionales se clasificaron en categorías según el grupo etario. Para el tramo de 1-18 meses, se identificó una categoría única de "regulación emocional". Para el tramo de 19-36 meses, se propuso una categoría centrada en la conducta del niño frente a la prohibición y los límites. Para los ítems de

reporte, se identificó una única categoría denominada “Regulación de emociones", diferenciada por grupo etario.

- **Propuesta de evaluación:**
  - Situación observacional: Se consideró que sea la misma situación propuesta para la evaluación de la subdimensión de interacción madre-niño.
  - Reporte materno: Se propusieron 4 ítems para cada tramo etario (1 a 18 meses y 19 a 36 meses) con escala Likert de 4 puntos.

La metodología de validación incluyó cinco sub-estudios, los cuales se detallan a continuación:

i) Validación de contenido con madres usuarias: Refleja el grado en el cual el contenido de una herramienta representa un constructo particular y, además, es congruente con los propósitos de la evaluación.

ii) Validación del proceso de respuesta: Evalúa que las personas que responden a una herramienta desplieguen el proceso cognitivo esperado -de acuerdo a lo que se quiere medir- para procesar cada uno de los indicadores y brindar su respuesta.

iii) Validación ecológica de la situación a observar: Se busca demostrar que la situación observacional no solo captura los comportamientos esperados en un entorno controlado, sino que estos comportamientos son representativos de la relación habitual entre la madre y su niño/a.

iv) Validación de contenido por jueces expertos: Consiste en solicitar a un grupo de jueces expertos que valoren la pertinencia de los indicadores en relación a su adaptación en diferentes contextos culturales y su ubicación en los rangos de edad propuestos.

v) Validación concurrente: Se refiere al grado en que los resultados de una prueba o medida coinciden con los de una prueba o medida existente y validada, que mide el mismo concepto o uno similar, y que se administra al mismo tiempo.

En el siguiente cuadro, se presenta los tipos de validez utilizados, la muestra y los resultados obtenidos para los ítems de reporte de ambas subdimensiones (IMN y REC), la situación a observar y los ítems de observación de ambas subdimensiones.

Cuadro 2. Subdimensión por tipo de ítem y conceptualización

Ítems/situación a validar	Tipo de validez utilizado	Muestra	Resultados
Ítems de reporte para las subdimensiones IMN y REC	Validez de contenido con madres usuarias	69 madres en 13 grupos focales de ambos servicios (SCD y SAF) de Lima, Cusco y Loreto	En base a los análisis realizados, considerando la claridad semántica, la pertinencia cultural y contextual y la relevancia por grupo etario, los ítems propuestos sufrieron modificaciones, además se eliminaron y agregaron ítems. Como resultado de este proceso, la propuesta quedó constituida de la siguiente manera: - IMN (1-18 meses): 19 ítems - IMN (19-36 meses): 20 ítems - REC (1-18 meses): 5 ítems - REC (19-36 meses): 4 ítems

Ítems/situación a validar	Tipo de validez utilizado	Muestra	Resultados
Ítems de reporte para las subdimensiones IMN y REC	Validez del proceso de respuesta	Entrevistas a 24 madres de ambos servicios (SCDy SAF) de Lima, Cusco y Loreto	En base a las entrevistas transcritas, la información obtenida fue codificada en categorías como la comprensión del ítem, el proceso de respuesta seguido por la participante y las propuestas de modificación brindada. En conjunto, este proceso permitió obtener una comprensión detallada del modo en que las madres interpretaron y respondieron a cada ítem, así como de la pertinencia y claridad de las opciones de respuesta propuestas. Los hallazgos derivados de este análisis constituyeron insumos para el ajuste y mejora del instrumento. Como resultado de este proceso, la propuesta quedó constituida de la siguiente manera: - IMN (1-18 meses): 17 ítems - IMN (19-36 meses): 26 ítems - REC (1-18 meses): 4 ítems - REC (19-36 meses): 4 ítems
	Validez de contenido por jueces expertos	14 especialistas con amplia experiencia en el trabajo con padres, madres y niños menores de tres años, todos ellos psicólogos con trayectoria en el área socioemocional.	En esta fase, se incorporaron nuevos ítems propuestos por los jueces y se restauraron ítems previamente eliminados en fases anteriores con ligeras variaciones en su redacción para mejorar su pertinencia al grupo etario y comprensión para la población objetivo, y se realizaron ajustes lingüísticos y conceptuales orientados a fortalecer la coherencia teórica y la claridad del instrumento. Posteriormente, en base a los resultados del índice V de Aiken, algunos ítems fueron eliminados por no cumplir con los valores mínimos establecidos. Como resultado de este proceso, la propuesta quedó constituida de la siguiente manera: - IMN (1-18 meses): 16 ítems - IMN (19-36 meses): 13 ítems - REC (1-18 meses): 3 ítems - REC (19-36 meses): 4 ítems
	Validez concurrente	En base a la integración de los videos de la interacción madre-niño filmados en el sub-estudio que recogió evidencias de validez ecológica para la situación a observar y los videos de esta fase de validez concurrente, se obtuvo para el análisis: - IMN: 24 videos para cada tramo de edad. - REC: 24 videos para cada tramo de edad.	En base a los análisis estadísticos realizados, la propuesta quedó constituida de la siguiente manera: - IMN (1-18 meses): 5 ítems - IMN (19-36 meses): 4 ítems - REC (1-18 meses): 3 ítems - REC (19-36 meses): 3 ítems

Ítems/situación a validar	Tipo de validez utilizado	Muestra	Resultados
Situación a observar	Validez ecológica	Observación y entrevistas a 12 madres y sus hijos de ambos servicios (SCD y SAF) de Lima, Cusco y Loreto.	En base al análisis de las grabaciones y de las entrevistas realizadas con las madres, se obtuvo evidencia de la validez ecológica del momento de puesta de límites y del juego libre de la situación a observar, así como la pertinencia de los ítems a observar para evaluar las conductas de interés. Los ítems cuya observación resultó poco clara fueron modificados o reformulados, manteniendo su coherencia conceptual con el constructo teórico correspondiente. Asimismo, se realizaron ajustes lingüísticos para alinear el formato y el estilo con las demás dimensiones de la ESDI, asegurando su coherencia interna y su aplicabilidad en campo. De esta manera, la propuesta de ítems de observación para ambas subdimensiones quedó constituida de la siguiente manera: - Interacción madre-niño/a (1-18 meses): 11 ítems. - Interacción madre-niño/a (19-36 meses): 11 ítems. - Regulación de emociones y comportamientos (1-18 meses): 3 ítems. - Regulación de emociones y comportamientos (19-36 meses): 5 ítems.
Ítems de observación para las subdimensiones IMN y REC	Validez de contenido por jueces expertos	14 especialistas con amplia experiencia en el trabajo con padres, madres y niños menores de tres años, todos ellos psicólogos con trayectoria en el área socioemocional.	En base al análisis de las grabaciones y de las entrevistas realizadas con las madres, se obtuvo evidencia de la validez ecológica del momento de puesta de límites y del juego libre de la situación a observar, así como la pertinencia de los ítems a observar para evaluar las conductas de interés. Los ítems cuya observación resultó poco clara fueron modificados o reformulados, manteniendo su coherencia conceptual con el constructo teórico correspondiente. Asimismo, se realizaron ajustes lingüísticos para alinear el formato y el estilo con las demás dimensiones de la ESDI, asegurando su coherencia interna y su aplicabilidad en campo. De esta manera, la propuesta de ítems de observación para ambas subdimensiones quedó constituida de la siguiente manera: - Interacción madre-niño/a (1-18 meses): 11 ítems. - Interacción madre-niño/a (19-36 meses): 11 ítems. - Regulación de emociones y comportamientos (1-18 meses): 3 ítems. - Regulación de emociones y comportamientos (19-36 meses): 5 ítems.
	Validez concurrente	En base a la integración de los videos de la interacción madre-niño filmados en el sub-estudio que recogió evidencias de validez ecológica para la situación a observar y los videos de esta fase de validez concurrente, se obtuvo para el análisis: - IMN (1-18 meses): 29 videos. - IMN (19-36 meses): 31 videos. - REC: 24 videos para cada tramo de edad.	En base a los análisis estadísticos realizados, la propuesta quedó constituida de la siguiente manera: - IMN (1-18 meses): 4 ítems. - IMN (19-36 meses): 5 ítems. - REC (1-18 meses): 3 ítems. - REC (19-36 meses): 3 ítems.

3.14.2. Principales hallazgos

Como producto de los distintos tipos de validez realizados tanto para los ítems de reporte como para los ítems observacionales, la propuesta para la Sub-dimensión Interacción madre-niño para el tramo de 1 a 18 meses quedó constituida por 9 ítems, 4 de observación y 5 de reporte. Los ítems en conjunto cubren las áreas de Involucramiento de la niña o niño, Responsividad materna, Expresión de afecto de la madre, Emociones hacia la niña o niño y Control directivo materno. En el caso del tramo de 19 a 36 meses, se cuenta con una propuesta también de 9 ítems, 5 de observación y 4 de reporte, que cubren las áreas de, Involucramiento de la niña o niño, Responsividad materna, Expresión de afecto de la madre y Emociones hacia la niña o niño.

En el caso de la sub-dimensión Regulación de emociones y comportamientos, las propuestas para el tramo de edad de 3 a 18 meses y de 19 a 36 meses quedaron constituidas por 6 ítems: 3 de observación y 3 de reporte.

3.14.3. Principales recomendaciones

- Incorporar formalmente las nuevas subdimensiones en la ESDI: Integrar las subdimensiones de interacción madre-niño y regulación de emociones y comportamientos en la estructura conceptual y operativa de la ESDI, definiendo su contribución a la medición del desarrollo infantil y al reporte de indicadores de resultados específicos establecidos en la cadena de valor del programa.

- Actualizar los documentos metodológicos y operativos: Revisar y adecuar los manuales de aplicación, protocolos, materiales de capacitación y demás documentos técnicos asociados a la ESDI, incorporando los procedimientos específicos para la aplicación, registro, puntuación e interpretación de las nuevas subdimensiones.

- Realizar una prueba piloto de la versión integrada de la ESDI: Implementar una aplicación piloto de la escala completa para evaluar la factibilidad operativa, los tiempos de aplicación, la comprensión de las instrucciones, la calidad de los registros y el funcionamiento de los procedimientos observacionales y de reporte materno, realizando los ajustes que resulten necesarios antes de una implementación a mayor escala.

- Evaluar el desempeño psicométrico de la ESDI integrada y desarrollar criterios de interpretación: Realizar una aplicación de la versión integrada de la ESDI que permita evaluar el funcionamiento de las nuevas subdimensiones dentro de la escala completa, incluyendo análisis de confiabilidad, estructura interna, relaciones entre dimensiones y comportamiento de los ítems. Asimismo, en función de las características de la muestra disponible, desarrollar o actualizar criterios de interpretación de los puntajes obtenidos —incluyendo normas o baremos cuando resulte metodológicamente viable— para las nuevas subdimensiones y, de ser pertinente, para las demás subdimensiones ya incluidas en la ESDI.

4. Conclusiones y agenda futura

Los estudios y evaluaciones realizados al PNCM entre 2013 y 2025 conforman un corpus de evidencia robusto y diverso que permite, más allá de la descripción de hallazgos puntuales, una lectura crítica y sistémica del programa y de los desafíos estructurales que enfrenta la política de desarrollo infantil temprano en el Perú. Esta sección analiza críticamente los ejes transversales que emergen de la evidencia acumulada y propone una agenda futura de investigación y política.

4.1 Inversión en la primera infancia: ¿cantidad vs. calidad?

El compromiso presupuestal del Estado peruano con el DIT es innegable: la inversión de S/ 230,988,898 en 2025, la creación del PPoR DIT en 2019 y la declaración de la Política de Estado 36 en 2025 son expresiones de una voluntad política sostenida. Sin embargo, la evidencia acumulada plantea una pregunta central: ¿es suficiente incrementar la inversión sin abordar los determinantes de la calidad del servicio?

La evaluación de impacto del SAF muestra que, si bien los impactos sobre el DIT son positivos y estadísticamente significativos, son menores en magnitud a los de programas similares implementados a menor escala en Jamaica, Colombia y Bangladesh. Esta brecha puede explicarse en parte por los desafíos de llevar a escala nacional el Programa: solo el 64% de los niños asignados al grupo de tratamiento recibió al menos una visita, y la calidad de las visitas medida con el HOVRS mostró márgenes de mejora importantes (MEF, 2016)
La Evaluación de Continuidad identifica que los costos unitarios del PNCM no han sido actualizados en los últimos años, lo que genera problemas de ejecución presupuestal (MIDIS, 2022). Este hallazgo es consistente con la evidencia sobre la permanencia de las madres cuidadoras, el estipendio no ha mantenido su valor real frente al incremento del costo de vida y a las alternativas laborales disponibles, especialmente en regiones de mayor dinamismo económico (MIDIS, 2025).

La literatura internacional advierte sobre esta tensión: Heckman y Masterov (2007) demuestran que la efectividad de la inversión en primera infancia depende crucialmente de la calidad del servicio entregado. Programas de alta inversión, pero baja calidad, producen retornos inferiores a los esperados, mientras que programas de menor escala, pero alta calidad —como el Perry Preschool o el Jamaican Study— han mostrado retornos excepcionales de largo plazo (Schweinhart et al., 2005; Grantham-McGregor et al., 1991). En este sentido, la agenda futura del PNCM debe priorizar la inversión en calidad: mejora del estipendio de los actores comunales, fortalecimiento de la capacitación, reducción de la rotación y medición sistemática de resultados con la ESDI.

4.2 Infancia como sujeto de derecho

La conceptualización de la infancia como sujeto de derechos impone al Estado obligaciones que van más allá de la eficiencia económica de los programas. Reconocer a las niñas y niños como sujetos de derechos implica garantizarles acceso universal a servicios de calidad, independientemente de su lugar de nacimiento, origen étnico o nivel socioeconómico de su familia.

Sin embargo, la evidencia muestra que el PNCM aún presenta brechas de cobertura significativas: el SAF alcanza apenas al 21.2% de su población objetivo y el SCD al 23.5% (BID,

2025). Estas brechas son especialmente pronunciadas en zonas rurales y entre poblaciones indígenas y afrodescendientes, que concentran los mayores déficits en DIT (De la Mata et al., 2022). La evaluación de impacto del SAF identificó que la muestra con mayor impacto corresponde a los niños más pequeños y con mayor intensidad de tratamiento, lo que sugiere que ampliar la cobertura con calidad —no solo cobertura nominal— es la clave para cerrar brechas (MEF, 2016).

La Evaluación de Continuidad señala que la continuidad del PNCM dejará sin intervención a más de 115,554 familias en el SAF y 59,521 niños en el SCD. Además, no existe otra entidad pública que cumpla las mismas funciones, lo que refuerza la relevancia del PNCM como herramienta de política para garantizar el derecho al desarrollo de la primera infancia en condiciones de vulnerabilidad. Más allá de la cobertura y la eficiencia, reconocer a la infancia como sujeto de derechos implica asumir compromisos normativos y éticos que trascienden la lógica de los programas focalizados. La evidencia acumulada del PNCM muestra que la intervención temprana produce impactos positivos y duraderos: el SAF mejora el desarrollo cognitivo y comunicacional de los niños, con efectos que persisten hasta la etapa escolar (MIDIS, 2022). El SCD muestra impactos positivos sobre el DIT, especialmente cuando la permanencia en el servicio es de al menos 8 a 12 meses.

No obstante, estos impactos se distribuyen de manera desigual: los grupos más vulnerables —niños en zonas rurales dispersas, niños de familias indígenas y niños con madres de bajo nivel educativo— son también los que tienen menor acceso a servicios de calidad y menor intensidad de tratamiento. Esta paradoja de las políticas sociales focalizadas —donde los más necesitados reciben un servicio de menor calidad— desafía la coherencia de un enfoque basado en derechos.

Wu, Li y Miao (2024) argumentan que, para promover la equidad, reducir las desigualdades sociales y fomentar la movilidad social, se requieren intervenciones políticas en las primeras etapas del desarrollo. Depender únicamente de los servicios de bienestar social en etapas posteriores de la vida resulta insuficiente. La agenda futura debe avanzar hacia la garantía universal del derecho al DIT, con estándares mínimos de calidad que sean exigibles y monitoreables, articulando el PNCM con los sistemas de salud, educación y protección social. Desde la perspectiva de los derechos, la agenda futura debe orientarse hacia la universalización progresiva del acceso al DIT de calidad, estableciendo metas claras de reducción de brechas territoriales y sociodemográficas, y articulando el PNCM con los demás componentes del PPOR DIT para garantizar una atención integral desde la gestación.

4.3 Cuidado y género: el rol de las madres cuidadoras como base del SCD y SAF

El PNCM descansa operativamente en el trabajo voluntario de mujeres de la propia comunidad: las madres cuidadoras en el SCD y las facilitadoras en el SAF. Este rasgo estructural, que es al mismo tiempo una fortaleza del modelo de cogestión comunitaria, plantea una tensión de fondo que la evidencia acumulada hace cada vez más difícil de ignorar: ambos servicios transfieren al voluntariado femenino una responsabilidad de alto valor social —el cuidado y la estimulación temprana de niñas y niños en situación de vulnerabilidad— sin ofrecer a cambio condiciones laborales ni reconocimiento económico proporcionales a esa carga. La literatura sobre economía del cuidado (Esquivel, 2011; Zibecchi, 2014; Boyd y Rentería, 2018) sitúa este fenómeno en una lógica más amplia: la organización social del cuidado históricamente asigna a las mujeres estas labores como una extensión de su rol reproductivo, naturalizando su subremuneración e invisibilizando su contribución económica y social.

En el SCD, el estudio sobre permanencia y trayectorias (DGSEI, 2025) documenta con rigor cuantitativo la magnitud del problema: el promedio de permanencia de las madres

cuidadoras en condiciones de presencialidad regular es de solo 5.5 meses; la desvinculación definitiva se concentra predominantemente en los primeros 6 meses de voluntariado, y el 68% experimenta una salida definitiva en el horizonte de 18 meses. Las madres cuidadoras realizan un trabajo a tiempo completo —con toda la carga física, emocional y cognitiva que implica el cuidado directo de niñas y niños menores de tres años— bajo un marco jurídico que lo clasifica como voluntariado y ofrece un estipendio que no compensa las responsabilidades asumidas. La correlación negativa entre ingresos laborales femeninos regionales y permanencia en el servicio (DGSEI, 2025) confirma que muchas mujeres permanecen en el SCD no por vocación o elección libre, sino porque el mercado laboral local no les ofrece alternativas mejores: allí donde sí existen, la rotación es significativamente mayor.

Una dinámica paralela opera en el SAF, aunque con condiciones de trabajo aún más exigentes dado el contexto rural y disperso en el que se presta el servicio. Las facilitadoras —también mujeres voluntarias de la comunidad— son el canal principal de transmisión de prácticas de cuidado saludable y estimulación temprana hacia los hogares de zonas de pobreza extrema. La Sistematización del PNCM (MIDIS, 2016) identificó que su alta rotación, junto con la de los acompañantes técnicos, es uno de los principales nudos críticos del SAF: afecta directamente la continuidad del vínculo con las familias y reduce la intensidad de tratamiento del servicio, que la evaluación de impacto del SAF (MEF-BID, 2016) señala como factor determinante de sus efectos sobre el DIT. Las condiciones que explican esta rotación son análogas a las del SCD —desplazamientos a zonas rurales dispersas, alta carga de trabajo y estipendios que no compensan el esfuerzo—, pero se agravan por las dificultades logísticas propias del ámbito rural. Desde la economía del cuidado, la función de las facilitadoras representa un trabajo de alta exigencia que el Estado terceriza en mujeres de las propias comunidades vulnerables que el programa busca atender, reproduciendo la lógica de invisibilización que caracteriza al trabajo de cuidado no remunerado o subremunerado (Esquivel, 2011).

En conjunto, estos hallazgos revelan que el modelo de cogestión comunitaria del PNCM —en tanto depende del voluntariado femenino como columna vertebral operativa de ambos servicios— puede reproducir y profundizar las desigualdades de género si no se incorporan explícitamente mecanismos de valoración, protección y desarrollo para las mujeres que lo sostienen. La agenda futura debe avanzar en dos direcciones complementarias: por un lado, una política de recursos humanos con perspectiva de género que reconozca el valor económico y social del trabajo de cuidado, articule el voluntariado con trayectorias de desarrollo laboral y educativo, y avance hacia modelos de compensación justos y sostenibles; por otro, estrategias diferenciadas por servicio y territorio que respondan a las condiciones específicas de las madres cuidadoras del SCD y de las facilitadoras del SAF, dadas las diferencias de contexto, carga y costo de oportunidad que cada rol implica.

4.4 Sostenibilidad del PNCM: Desafíos operacionales

La Evaluación de Continuidad (MIDIS, 2022) concluyó que el PNCM debe continuar con sus funciones. Sin embargo, la dimensión de Recursos obtuvo apenas 6/12 puntos (50%), evidenciando desafíos estructurales en la correspondencia entre necesidades presupuestales y recursos disponibles, agravados por la falta de actualización de los costos unitarios del programa.

La evidencia acumulada de múltiples evaluaciones identifica un conjunto de nudos críticos operacionales recurrentes: alta rotación de actores comunales (madres cuidadoras, facilitadoras, socias de cocina), alta carga administrativa para los comités de gestión, escasez de locales adecuados para el SCD, limitada retroalimentación de los sistemas de información hacia los operadores locales, y dificultades de coordinación intersectorial con los establecimientos de salud (MIDIS 2016; MIDIS, 2022; MIDIS, 2025).

La sostenibilidad del modelo de cogestión comunitaria —que es al mismo tiempo la principal

fortaleza y la principal vulnerabilidad del PNCM— depende de resolver la tensión entre las exigencias del servicio y las condiciones ofrecidas a los actores comunitarios. La evidencia internacional sobre servicios de cuidado infantil comunitario muestra que esta tensión no es exclusiva del PNCM: experiencias similares en Colombia (madres comunitarias del ICBF), México (promotores de salud) y Estados Unidos (Early Head Start) reportan problemas estructurales de rotación, desgaste emocional y limitada compensación (Hossain et al., 2012; Schaack et al., 2022; UNICEF, 2017).

La agenda futura de sostenibilidad operacional debe incluir: i) actualización y ajuste periódico de los costos unitarios y estipendios, ii) exploración de modelos alternativos o complementarios al voluntariado para la prestación del SCD, iii) simplificación de la carga administrativa de los comités de gestión, iv) implementación de sistemas de monitoreo que retroalimenten a los operadores locales y v) diseño de estrategias diferenciadas de retención por territorio.

4.5 Interculturalidad: La Deuda Pendiente

La diversidad cultural y lingüística del Perú es una realidad que el PNCM ha abordado de manera insuficiente a lo largo de su historia. La Sistematización del PNCM (MIDIS, 2016) identificó el desconocimiento de la lengua nativa como uno de los principales nudos críticos del SAF en zonas de alta diversidad, como la UT de Ucayali con población shipiba. Esta brecha no es menor: compromete la capacidad del servicio de establecer relaciones de confianza con las familias usuarias, que es un requisito fundamental para la efectividad de las visitas domiciliarias.

La Evaluación de Continuidad (MIDIS, 2022) también señala la necesidad de incluir preguntas sobre la idoneidad cultural del material y el servicio en las encuestas de satisfacción, reconociendo implícitamente que la pertinencia cultural del PNCM no ha sido sistemáticamente evaluada. Esta brecha en la evaluación refleja una brecha más profunda en el diseño: los materiales curriculares del SAF y SCD fueron desarrollados principalmente en español y para contextos mestizos urbanos y rurales, con adaptaciones culturales limitadas.
Desde la perspectiva del DIT, la interculturalidad no es un añadido decorativo sino un componente esencial de la calidad del servicio. Las prácticas de crianza, las concepciones del cuidado infantil, los patrones de comunicación y los roles de género varían significativamente entre culturas, y una intervención que no reconoce y valora estas diferencias corre el riesgo de imponer modelos de crianza ajenos a las familias usuarias, reduciendo su efectividad e incluso generando resistencias.

La agenda futura debe incluir: i) un diagnóstico sistemático de la pertinencia cultural de los servicios del PNCM en las principales zonas de diversidad cultural y lingüística, ii) el desarrollo de materiales apropiados a cada comunidad originaria e interculturales para el SAF y SCD, iii) la incorporación de criterios de competencia intercultural en la selección y formación de facilitadoras, acompañantes técnicos y madres cuidadoras, y iv) la inclusión de indicadores de pertinencia cultural en el sistema de seguimiento y evaluación del PNCM. Solo desde un enfoque genuinamente intercultural el PNCM podrá cumplir su promesa de garantizar el derecho al DIT de todas las niñas y niños del Perú, incluyendo aquellos de los pueblos originarios que históricamente han estado en los márgenes de las políticas públicas.

Referencias

Araujo, M., Dormal, M. y Schady, N. (2017), "La calidad de los jardines de cuidado infantil y el desarrollo infantil". Documento de trabajo del BID; 779.

Arrunategui, G. y Giesecke, M. (2021). ¿Reinserción y permanencia en el mercado laboral con equidad de género?: el Servicio Cuidado Diurno en madres jóvenes. GRADE/CIES.

Esping-Andersen, G. (2007). "Childhood investments and skill formation". Applied Economic Perspectives and Policy, 29(3), 446-493.

Barnett, W. (1995), "Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes", Future of Children, Vo. 5, N. ° 3, pp. 25-50.

Berlinski, S. y N. Schady (eds.) (2015), "The Early Years: Child Well-being and the Role of Public Policy", Development in the Americas Series. New York: Palgrave MacMillan y Washington, DC: Inter-American Development Bank.

Boyd, C., y Rentería, J. M. (2018). Economía del cuidado, desigualdades de género y participación en el mercado laboral: el caso de Cuna Más (Informe final PMA2AN60-333). Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).

Cohen, J. (1988), "Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ, Erlbaum.

Contraloría General de la República (2015), "Auditoría de Desempeño al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más". Lima, Perú.

Glewwe, P.; Jacoby, H. G. y King, E. M. (2001), "Early childhood nutrition and academic achievement: a longitudinal analysis", Journal of Public Economics 81 (2001) 345–368.

Grantham-McGregor, S.; C. Powell; S. Walker y J. Himes (1991), "Nutritional Supplementation, Psychosocial Stimulation, and Mental Development of Stunted Children: The Jamaican Study", Lancet 338:1-5.

Grantham-McGregor, S.; S. Walker; S. Chang; C. Powell (1997), "Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children", The American Journal of Clinical Nutrition, 66(2): 247-53.

Grantham-McGregor, S.; Y. B. Cheung; S. Cueto; P. Glewwe; L. Richter; y B. Strupp (2007), "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries", Lancet 369: 60–70.

Gutiérrez, N. y M. Zella (2017), "Evaluación de impacto de mensajería para la nutrición en Chimborazo". Banco Mundial. Documento de trabajo.

Heckman, James (2000), "Policies to foster human capital", Research in Economics, vol. 54, N° 1, pp. 3-56

Hossain, Z., Noll, E., y Barboza, M. (2012). Caregiver involvement, job condition, and job satisfaction of infant-toddler child-care teachers. Education Research International, 2012, 1–9. https://doi.org/10.1155/2012/909767

Kandel, E. (2019). La nueva biología de la mente. Bogota: PAIDOS.

Leseman, P. (2002), "Early childhood education and care for children for low-income or minority backgrounds", OECD.

Loeb, S.; B. Fuller; S. Kagan y B. Carrol (2004), "Child care in poor communities: early learning effects of type, quality, and stability", Child Development, 75(1), 47-65.

MEF (2016), "Informe Final. Evaluación de Diseño y Ejecución de Presupuesto de: Cuna Más". Estudio encargado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a los consultores C. Sanabria; N. Nadramija y J. Betalleluz. Lima, Perú.

MEF (2016). "Evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más – Resultados Finales". Informe de evaluación. Elaborado por María Caridad Araujo, Marta Rubio-Codina, Marta Dormal, Lima, Perú.

MEF, MIMP, MIDIS, MCLCP, UNICEF (2014). "Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes en el Perú. Metodología y Seguimiento". Lima, Perú.

Meyers, M.; D. Rosenbaum; C. Ruhm y J. Waldfogel (2003), "Inequality in early childhood education and care: what do we know?", Russell Sage Foundation.

MIDIS (2013). "Nota Metodológica para la Evaluación de Impacto del Programa Nacional Cuna Más – Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)". Nota Metodológica. Elaborado por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS, en base a los aportes del equipo técnico de la evaluación conformado por María Caridad Araujo (BID), Norbert Schady (BID), Renato Ravina (DGPP-MEF) y Leslie Miranda (DGSE-MIDIS), Lima, Perú.

MIDIS (2013). Conocer para incluir: Lineamientos para el Seguimiento, Evaluación y Gestión de la Evidencia de las Políticas, Planes, Programas y Proyectos del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. R.M. N. ° 192-2012-MIDIS. Lima, Perú.

MIDIS (2015). "Percepciones y prácticas en familias, actores locales y personal de salud respecto al consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en la provincia de Condorcanqui, Amazonas". Informe final. Elaborado por Armando Medina, Lima, Perú.

MIDIS (2016). "Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país". Informe de evaluación. Elaborado por el Instituto de Investigación Nutricional, Lima, Perú.

MIDIS (2016). "Sistematización del Programa Nacional Cuna Más". Informe de evaluación. Elaborado por Jeanine Anderson, Lima, Perú.

MIDIS (2017). "Evaluación de Impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más – Resultados finales". Informe de evaluación. Elaborado por Gabriela Guerrero y Juan León, Lima, Perú.

MIDIS. (2022). Evaluación de impacto a largo plazo del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más en resultados educativos. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

MIDIS (2022). Evaluación de Continuidad del Programa Nacional Cuna Más. Elaborado por Apoyo Consultoría.

MIDIS (2023). Diseño de instrumentos de medición de conocimientos y adopción de prácticas de cuidado saludable y aprendizaje del Programa Nacional Cuna Más. Documento de trabajo.

MIDIS (2024). Elaboración de lineamientos generales, manual de la Escala de Desarrollo Infantil para la aplicación en estudios y manual de supervisión de trabajo de campo para la realización de la evaluación del DIT en usuarios del PNCM. Documento de trabajo.

MIDIS(2025).Diagnóstico de capacidades institucionales territoriales para la implementación de los productos colegiados del PPoR-DIT. Documento de trabajo.

Naudeau, S.; Kataoka, N.; Valerio, A.; Neuman, M. J. y Elder, L. (2011). Investing in Young Children. An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation. The World Bank.

Oré, B.; Díaz, J. y Penny, M. (2011), "Impacto de una intervención con grupos de mamás y bebes en el desarrollo infantil", Revista de Psicología, Vol. 29 (1), pp. 37-66.

Oropilla, C. T. y Ødegaard, E. E. (2021). Strengthening the Call for Intentional Intergenerational Programmes in ECEC. Early Childhood Education Journal.

Rey Sánchez, V. (2017), "Más que una guardería. El tránsito de Wawa Wasi a Cuna Más en Jicamarca". Avance de investigación 26. Lima: GRADE.

Sayre, R. K.; Devercelli, A. E.; Neuman, M. J. y Wodon, Q. (2015), "Investing in Early Childhood Development", Review of the World Bank's Recent Experience. The World Bank.

Revenson, Tracey A., Konstadina Griva, Aleksandra Luszczynska, Val Morrison, Efharis Panagopoulou, Noa Vilchinsky, and Mariët Hagedoorn. Caregiving in the Illness Context. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2016. 10.1057/9781137558985.0008.

Schady, N. (2006), "Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean", World Bank Policy Research Working Paper 3869.

Schweinhart, J.; J. Montie; Z. Xiang; W. Barnett; C. Belfield y M. Nores (2005), "Lifetime effects: the High/Scope Perry Preschool study through age 40", Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

Schaack, D., Le, V.-N., Setodji, C., y Schweig, J. (2022). To stay or to leave: Factors shaping early childhood teachers' turnover and retention decisions. Journal of Research in Childhood Education, 36(2), 327–345. https://doi.org/10.1080/02568543.2021.1941322

Shonkoff, J.; Thomas Boyce, W. y McEwen, B. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities. Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. JAMA, Vol. 301, N° 21.

Siraj-Blatchford, I. y M. Woodhead (Eds.) (2009), "Programas eficaces para la primera infancia". La Primera Infancia en Perspectiva, 4. Milton Keynes, UK: The Open University.

U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families (2002), "Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: the impacts of early head start. Final Technical Report.

UNICEF. (2017). Early childhood care and development. United Nations Children's Fund. https://www.unicef.org/early-childhood-development

Verdisco, A., S. Cueto, J. Thompson y O Neuschmidt (2015), "Urgencia y posibilidad: una primera iniciativa para crear datos comparables a nivel regional sobre desarrollo infantil en cuatro países latinoamericanos". PRIDI. Washington, DC: BID.

Walker, S.; S. Chang; C. Powell; S. Grantham-McGregor (2005), "Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study", The Lancet, 366(9499): 1804-1807.

Walker, S.; S. Chang; M. Vera-Hernández; S. Grantham-McGregor (2011), "Early childhood stimulation with stunted children benefits adult competence and reduces violent behavior", Pediatrics, 127(5): 849-857

Walker, S.; S. Grantham-McGregor; C. Powell y S. Chang (2000), "Effects of growth restriction in early childhood on growth, IQ, and cognition at age 11 to 12 years and the benefits of nutritional supplementation and psychosocial stimulation", Journal of Pediatrics, 137(1): 36-41.

Wu, X., Li, X. y Miao, J. (2024). Early childhood education and economic returns: Evidence from developing countries. Journal of Development Economics.

Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children. Applied Economic Perspectives and Policy, 29(3), 446–493. https://doi.org/10.1111/j.1467-9353.2007.00359.x

Zambrano, D. (2024). Las habilidades de las cuidadoras infantiles y su influencia en el


PERÚ
Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social