



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS FISICAS Y MATEMATICAS

DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL

**ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA AL DISEÑO DEL MODELO DEL SERVICIO
DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS DE PERÚ**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN GESTION Y POLITICAS PÚBLICAS**

ANDREA LORETO TORRES SANSOTTA

PROFESOR GUÍA
MARÍA PÍA MUNCHMEYER

MIEMBROS DE LA COMISIÓN
LORETO MONTSERRAT MARTÍNEZ OYARCE
MARÍA FERNANDA MELIS JACOB

SANTIAGO DE CHILE
2015.

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL
GRADO DE: Magister en Gestión y Políticas Públicas

POR: Andrea Loreto Torres Sansotta

Fecha: 26/11/2015

PROFESOR GUÍA: María Pía Martin Munchmeyer

ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA AL DISEÑO DEL MODELO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS DE PERÚ

El presente estudio desarrolla un análisis del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) implementado desde el año 2012, por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) de Perú. Este Programa busca asegurar que las niñas y niños, independiente de su condición socioeconómica, lugar de nacimiento, raza o cualquier otra consideración, puedan contar con las mismas oportunidades para acceder, como mínimo, a salud básica, agua segura, saneamiento, nutrición y una educación básica de calidad.

El foco de este estudio es analizar los elementos de la arquitectura institucional que facilitan u obstaculizan la implementación de Cuna Más, es decir, la gestión y modelo de implementación que ha tenido esta política en Perú. Lo anterior para poder responder la pregunta respecto de qué factores deben tenerse en cuenta para implementar políticas de calidad en materia de desarrollo infantil temprano. El análisis se realiza estableciendo como ejes de estudio el contexto político-social del desarrollo infantil de Perú y las condiciones de implementación del programa que incluyen: modelo de cogestión, recursos humanos, infraestructura y estándares de la calidad; generando también un análisis comparado de las mejores experiencias de atención a la primera infancia en otros países.

Se realizó un análisis cualitativo que involucró la revisión de diferentes documentos técnicos, normativos y administrativos. Se realizaron entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas a actores claves, tanto del diseño como de la implementación, del Programa en diferentes zonas del país.

Las conclusiones apuntan a relevar que el diseño del programa está bien orientado y en sintonía con lo que señala la evidencia en materia de desarrollo infantil temprano. En lo que respecta a la implementación, los aspectos referidos al modelo de cogestión, recurso humano, infraestructura, financiamiento y la definición de estándares de calidad son factores determinantes en la ejecución del Programa. En esta línea se formulan una serie de recomendaciones de política pública en torno al modelo de atención integral, modelo de gestión, recursos humanos, infraestructura y coordinación intersectorial.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera realizar un reconocimiento especial y expresar mis mayores agradecimientos a la Profesora María Pía Martín, a quién debo, en gran parte, estar terminando esta etapa. Si no hubiera sido por su paciencia, exigencia, determinación y excelente retroalimentación simplemente no estaría finalizando lo que un día fue un sueño y después un pendiente que no lograba cerrar.

Anita, muchas gracias por tu apoyo incondicional, por creer en mí, por tu generosidad al momento de revisar estas páginas y aportar con contenidos y creatividad, pero por sobre todo, gracias por ser tú y estar siempre.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I. DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO INFANTIL	5
1.1. Desarrollo infantil integral.....	5
1.2. Aportes desde las neurociencias al desarrollo infantil temprano.	7
1.3. ¿Qué es el cuidado infantil de calidad? Consideraciones para una buena política.....	9
1.4. Efectos de la calidad del cuidado en el desarrollo infantil	11
1.5. La arquitectura institucional de las políticas públicas efectivas para un desarrollo infantil temprano de carácter integral	12
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE ESTUDIO	16
2.1. La primera infancia en el Perú	16
2.2. Descripción del Programa Nacional Cuna Más.....	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	25
3.1. Problema de estudio y objetivos de la investigación	25
Estrategia de análisis de información.....	27
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	28
4.1 Análisis de la implementación del Servicio de Cuidado Diurno	28
4.1.1. Modelo de cogestión	28
4.1.2 Recursos Humanos	36
4.1.3 Infraestructura.....	39
4.1.4 Medición de la calidad.....	42
4.1.5 Estándares de calidad del Servicio de Cuidado Diurno.....	47
4.1.6 Efectividad en el desarrollo infantil según personal de atención SCD	48
4.2. Análisis comparativo del SCD con otros programas de cuidado y educación infantil temprano de América Latina y El Caribe.	49
4.2.1 Programas de cuidado y educación infantil temprano en América Latina.	50
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
5.1 Conclusiones Generales sobre los hallazgos de la investigación.....	57
5.1.1 Hallazgos derivados de la pregunta de investigación.....	58
5.1.2 Hallazgos derivados de los objetivos de investigación.....	59
5.2 Recomendaciones.	59

BIBLIOGRAFÍA:	64
ANEXOS	68
ANEXO A: MARCOS NORMATIVOS Y REGULATORIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS	68
ANEXO B: PRINCIPIOS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL PNCM	74
ANEXO C: LISTADO DE ENTREVISTADOS/AS Y PAUTAS DE ENTREVISTAS	76

Introducción

El presente estudio desarrolla un análisis del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) implementado desde el año 2012, por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) de Perú, creado a través del Decreto Supremo N° 003. La política pública Cuna Más, busca asegurar que las niñas y niños, independiente de su condición socioeconómica, lugar de nacimiento, raza o cualquier otra consideración, puedan contar con las mismas oportunidades para acceder, como mínimo, a salud básica, agua segura, saneamiento, nutrición y una educación básica de calidad. El foco de este estudio será analizar los elementos de la arquitectura institucional que facilitan u obstaculizan la implementación de la política, es decir la gestión y modelo de implementación que ha tenido esta política en Perú.

La institucionalidad encargada de velar por el desarrollo integral de niñas y niños es diversa según los acentos políticos y técnicos que posiciona cada país. Principalmente, en el contexto latinoamericano se observa que la preocupación por la infancia está considerada desde la vulnerabilidad de los sujetos niña y niño, por ello el organismo rector de la política son los ministerios de desarrollo social o de inclusión. El órgano rector de la política recae sobre el Ministerio de Desarrollo Social (Chile) y Desarrollo e Inclusión Social (Perú). Resulta relevante analizar en profundidad la experiencia peruana, como una experiencia reciente que interviene a niñas y niños desde sus comunidades y con el apoyo directo de cuidadoras comunitarias.

La literatura sobre políticas públicas señala la importancia de mirar los factores institucionales que afectan la implementación de las políticas públicas (Lahera, 2008). Asimismo, es necesario analizar en específico cómo se implementan las políticas públicas. Desde los enfoques tradicionales de análisis de implementación, se pueden revelar las formas top-down y bottom up. Los enfoques top-down, que ponen acento en los procesos de formulación y toma de decisiones a nivel central, y los enfoques bottom up que privilegian el análisis de la participación de actores en la ejecución y el nivel local (Pülzl y Treib, 2007) asignando relevancia a las decisiones técnicas y políticas, que los actores que participan directamente en la ejecución elaboran y optan, poniendo el foco de análisis en las dinámicas y estrategias, así como en los resultados de recreación de dispositivos que en la situación de implementación los implicados desarrollan para hacer frente a las incertidumbres, indefiniciones, límites y vacíos de los diseños (Pülzl & Treib, 2007). Pero también son considerados los contextos institucionales, organizativos de la política, los marcos culturales y de relaciones y negociaciones dentro de las redes de los agentes que participan en la implementación (Hill & Hupe, 2002).

La implementación de los programas es un elemento central en el logro o no de los resultados que las intervenciones buscan alcanzar y aunque existe un amplio consenso entre diferentes autores (Durlak & DuPree, 2008) respecto de la influencia del proceso de implementación en los resultados de los programas de prevención y promoción dirigidos al desarrollo infantil temprano, la literatura todavía adolece de suficientes estudios que permitan identificar cómo y a través de qué factores los resultados son

afectados por la implementación de los programas. Desarrollar adecuados o excelentes procesos de implementación permitiría, no sólo aumentar las posibilidades de éxito de un determinado programa sino también alcanzar resultados más beneficiosos para los participantes (Durlak & DuPree, 2008). Lo anterior implica reconocer y abordar dos elementos importantes: por una parte, reconocer que la implementación perfecta o casi perfecta no real y que por lo mismo los programas deben tener la capacidad de adaptarse a diferentes contextos institucionales y territoriales. En segundo lugar, los proveedores de los programas y la arquitectura institucional en que se sustentan estos programas y servicios también presentan variaciones significativas en su nivel de desempeño. Por lo mismo, resulta relevante identificar también las características, condiciones u otros aspectos propios de los proveedores y de los arreglos institucionales involucrados.

A partir de este contexto de análisis, la pregunta que orienta el estudio de caso se centra en responder ¿qué factores deben tenerse en cuenta para implementar políticas de calidad en materia de desarrollo infantil temprano? En términos generales esta pregunta está orientada a describir la política Cuna Más y analizar los factores que intervienen en su implementación. En términos específicos se pretende desarrollar un modelo de análisis descriptivo en base a los documentos oficiales y entrevistas de actores claves en el proceso de implementación, tanto del nivel nacional, departamental y local. Otro objetivo específico es realizar un análisis comparativo de la política respecto de algunos estándares internacionales que se establecen para materializar políticas de calidad en el ámbito del desarrollo infantil temprano. Por último, se generan recomendaciones que permitan orientar la política pública en relación a disminuir brechas de calidad de la política.

Para dar cuenta del análisis se consideran como marcos conceptuales el desarrollo infantil temprano, la medición de calidad del desarrollo infantil temprano, los efectos del cuidado y las consideraciones para una implementación efectiva de la política de desarrollo infantil. Así como también, la revisión bibliográfica de programas de cuidado y atención integral en primera infancia, en los ámbitos de educación preescolar, salud y nutrición infantil en América Latina y el Caribe y un estudio de los programas equivalentes a nivel mundial.

En términos metodológicos, el diseño del estudio es un análisis cualitativo que involucra la revisión de documentos técnicos, normativos y administrativos que dan cuenta de la gestión y funcionamiento del Servicio de Cuidado Diurno. Además, se realizaron entrevistas individuales y grupales semi estructuradas a actores claves en el proceso de diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política: autoridades, equipos técnicos y actores comunitarios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). Entre los meses de octubre y diciembre 2013, se realizaron 12 entrevistas a actores claves y 6 entrevistas grupales a actores comunitarios en Lima, Cajamarca e Iquitos. Las entrevistas constituyen un material clave en el proceso de investigación, no solo por su valor testimonial sino porque cada discurso da cuenta del proceso de implementación de la política y el rol e implicancias que tiene cada actor.

A partir de esta consideración de múltiples actores y procesos en la implementación de la política es que esta investigación se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo General

Describir la política Cuna Más y analizar los factores determinantes que intervienen en su implementación.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar un modelo de análisis descriptivo en base a los documentos oficiales y entrevistas de actores claves en el proceso de implementación.
2. Analizar comparativamente la política respecto de los estándares internacionales que cuentan para materializar una política de calidad.
3. Generar recomendaciones que permitan orientar la política pública en relación a disminuir brechas de calidad de la política.

Dado que la revisión conceptual aborda diferentes ámbitos relacionados con las políticas de desarrollo infantil temprano y, en específico, con la implementación de las mismas, se realiza un análisis comparativo de casos entre actores del ámbito político-estratégico y actores comunitarios de diferentes territorios del Perú y que tienen a su cargo la implementación del programa. Las dimensiones seleccionadas son: el modelo de cogestión, el recurso humano, la infraestructura y los estándares de calidad. Las dimensiones seleccionadas responden, por una parte, a lo que se desprende de la revisión conceptual sobre los factores relevantes de analizar en los procesos de implementación de los programas de desarrollo infantil temprano y también a que son elementos que el propio diseño programático y los actores involucrados destacan como cruciales al momento de intentar alcanzar los objetivos del Servicio de Cuidado Diurno.

El texto se estructura en seis capítulos, el primero orientado a dar cuenta de las bases conceptuales respecto de las políticas públicas y el desarrollo infantil temprano. El segundo, describe el contexto de estudio y los antecedentes de la política a analizar “Cuna Más”. El tercer capítulo aborda las delimitaciones metodológicas, el problema y objetivos de estudio, para luego dar paso en un cuarto momento, a los resultados de la investigación. En quinto lugar, se realiza un análisis del programa eje de la política Cuna Más: el Servicio del Cuidado Diurno. Por último, se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Capítulo I. Desarrollo infantil integral y políticas públicas de cuidado infantil

Para analizar de las políticas públicas de desarrollo infantil se requiere situar los aspectos conceptuales contemporáneos del desarrollo infantil integral. Es por esto que, en los siguientes cinco puntos, se describen las principales teorías que materializan lo que se considera hoy en día como desarrollo infantil integral, los aportes desde las neurociencias al desarrollo infantil temprano, una descripción del cuidado infantil de calidad y sus consideraciones para una buena política. En cuarto título, se abordarán los efectos de la calidad del cuidado en el desarrollo infantil, para finalizar con la arquitectura institucional de las políticas públicas efectivas para un desarrollo infantil temprano de carácter integral

1.1. DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL

El desarrollo humano es un proceso complejo de crecimiento y diferenciación que se compone de varios dominios intrínsecamente relacionados. Existen diferentes definiciones del desarrollo infantil según el modelo teórico, los objetivos o el contexto de las intervenciones, pero se puede describir que la mayoría de estos modelos consideran cinco áreas principales; física, lenguaje, socio-emocional, cognitiva y función ejecutiva (la que se considera emergente y pertenece a estos últimos dos dominios). Los expertos han consensuado que el desarrollo humano, en cuanto despliegue de potencialidades, habilidades, conocimientos y conductas cada vez más complejas se realiza en una secuencia básica similar para todos los seres humanos, lo que se ha denominado como desarrollo normal o típico. No obstante, cada persona presenta su patrón particular de cambios que corresponde a la interacción que se produce entre los genes y el ambiente en los que se desenvuelve cada ser humano.

El patrón de cambios antes señalado se realiza en las diferentes áreas del desarrollo. De acuerdo a Shonkoff y Phillips (2000) estas corresponden a:

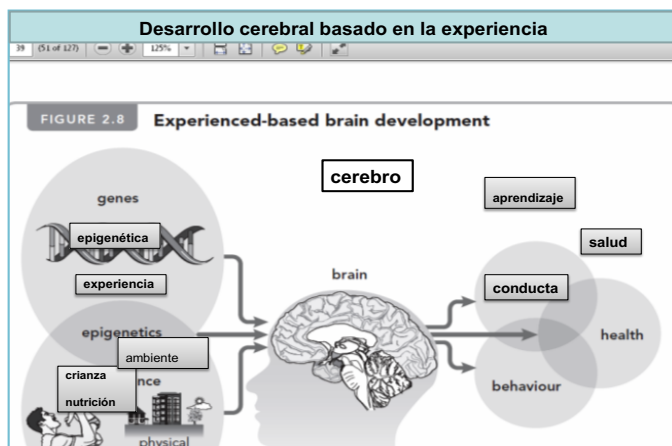
- Desarrollo físico (crecimiento)
- Desarrollo motor (la habilidad del niño para moverse y controlar las diferentes partes de su cuerpo)
- Desarrollo cognitivo (la expansión de las capacidades intelectuales)
- Desarrollo perceptivo (la creciente complejidad del uso de la información recibida por parte de los órganos de los sentidos: visión, audición, olfato, gusto y postura corporal)
- Desarrollo del lenguaje
- Desarrollo socioemocional

El modelo holístico e interactivo de los condicionantes del desarrollo infantil, describe la interrelación dinámica entre los factores del niño(a), con los familiares, la comunidad donde reside la familia (con toda la oferta de servicios) y el Estado (con las políticas públicas a favor del desarrollo infantil)

Muchos Estados han empezado a procurar políticas de protección a la infancia, no sólo por el valor de la infancia en sí, sino por el aporte a la formación de capital humano y por razones de desarrollo económico y social. Evidencia sobre el retorno económico de inversión en la primera infancia y sus beneficios económicos y sociales, arrojan retornos desde 3 a 17 dólares por cada dólar invertido en los primeros 3 años de vida de los niños (Heckman 2006).

Por otro lado, existe evidencia muy sólida que muestra un alto grado de acuerdo interdisciplinario respecto de que el desarrollo humano temprano es una intrincada danza entre la naturaleza y la crianza, entre los genes y el medio ambiente, tal como se muestra en esta imagen:

Figura 1: Desarrollo cerebral basado en la experiencia



Fuente: adaptado de Fields D. (2011), Kandel E., Schwartz J. & Jessell T (2000); McCain M, Mustard F & Shanker S. (2007), por McCain M, Mustard F. & McCuaig K. (2011).

El concepto de epigenética graficado aquí, nos ayuda a comprender el desarrollo como producto de la dinámica interacción entre la predisposición genética y la experiencia. La crianza, la estimulación y la nutrición interactúan con la carga genética del niño(a) hasta "meterse dentro la piel", para esculpir y construir la arquitectura del cerebro, influenciando el aprendizaje, el comportamiento y la salud física y mental para el resto de la vida (McCain et al 2011).

Así entonces el desarrollo individual está caracterizado por un aumento de complejidad de organización (por ejemplo; la emergencia de nuevas propiedades estructurales, funcionales, y competencias) en todos los niveles de análisis (molecular, intracelular, celular, orgánico) como una consecuencia de interacciones de las partes de una persona, y de interacciones entre el ambiente y la persona (Gottlieb 1991:7).

Por lo tanto, las discusiones pasadas durante décadas, sobre si el componente genético o el ambiental influían más en el desarrollo, han quedado atrás. La meta actual es difundir este conocimiento para influir positivamente el desarrollo infantil mediante:

- El mejoramiento de los ambientes del **contexto** de vida de los niños(as) y
- El mejoramiento de la calidad de las **relaciones** entre el niño(a) y los adultos a su cuidado; con sus figuras de apego y con los equipos que trabajan con ellos.

1.2. APORTES DESDE LAS NEUROCIENCIAS AL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.

A lo largo de las últimas décadas, se han producido impresionantes avances en la investigación en el área de las neurociencias, que han implicado cambios significativos en la manera en que se comprenden las bases biológicas del desarrollo cerebral y que tienen profundas implicancias para la realización de intervenciones efectivas en la infancia temprana.

A continuación se describen algunos de los hallazgos más relevantes y los conceptos más importantes de conocer en este ámbito:

- En el cerebro humano, la **densidad sináptica**, es decir la cantidad de interconexiones que se establecen entre las neuronas, es mayor en los primeros 3 años de vida, y va disminuyendo gradualmente hasta los 10 años, edad en que se alcanzan los niveles que se mantienen hasta la adultez. Paralelamente, el grado de metabolismo asciende rápidamente hasta los 3 a 4 años, manteniéndose alto hasta alrededor de los 9 años, y declina a niveles de adulto al llegar a la adolescencia (Chugani 1997:2). Cuando no existe una estimulación adecuada durante los primeros años de la vida, se producen alteraciones significativas en la cantidad y calidad de conexiones entre las neuronas, que se traducen en una menor capacidad del cerebro para poder funcionar adecuadamente y un nivel de desarrollo inferior en el niño o niña.
- Plasticidad neuronal:** Se define como “la capacidad del cerebro de responder y reorganizar su estructura y/o funciones frente a perturbaciones o daños que lo afecten”(Kandel 2000). Esta plasticidad tiene su período de máxima expresión durante los primeros años de la vida ya que el cerebro se encuentra menos especializado. Esto quiere decir que las neuronas de una zona pueden reorganizar sus funciones y conexiones para cubrir las tareas de otras (hay mayor multipotencialidad). Ello implica que la intervención y estimulación dirigida durante este período tienen una eficacia y efectividad mayores que en otros momentos de la vida y que la acción del ambiente que rodea al niño(a) es crítica para recuperar o aminorar las secuelas de daños o perturbaciones que haya sufrido este niño(a).
- Períodos críticos:** Se refieren a pequeñas ventanas de tiempo en las que una parte específica del cuerpo es totalmente vulnerable a la ausencia de estimulación. Esto quiere decir que si el niño(a) no recibe estimulación del ambiente en este período, tendrá un deterioro irreversible en sus posibilidades para desarrollar de manera efectiva una determinada habilidad. Investigaciones en animales y humanos han entregado múltiples evidencias respecto al impacto de la privación de estímulos específicos en déficits funcionales y anatómicos en diversas áreas sensoriales. Por ejemplo, se ha demostrado que la privación

de luz en mamíferos recién nacidos produce atrofia irreversible en la retina y daño en las células de la corteza visual. Asimismo, estudios en bebés humanos nacidos con cataratas (un tipo de enfermedad visual), han demostrado que aun cuando sean operados precozmente tienen menores niveles de agudeza visual en comparación con bebés sin esta condición y que el nivel de agudeza que alcancen depende fuertemente del tiempo transcurrido sin esta estimulación (Oates 2012).

- iv. **Períodos sensibles:** Se refieren a ventanas de tiempo algo más amplias en donde el cerebro del niño(a) se encuentra altamente receptivo a los estímulos ambientales y en un momento privilegiado para el aprendizaje y desarrollo. Sin embargo, implica también un período de alta vulnerabilidad en el cual si el niño(a) no recibe estimulación adecuada, el logro de habilidades y capacidades se compromete de manera significativa. Esto quiere decir que existe aún posibilidad de adquirirlas pero ello va a requerir intervenciones cada vez más intensivas y especializadas que tendrán menores espacios de efectividad a mayor edad del niño(a). Diversos estudios demuestran que niños(as) que han sido sometidos a niveles extremos de negligencia en los cuidados y privación de estímulos cognitivos, sociales y afectivos, tienen importantes deterioros en la estructura y funcionamiento de su cerebro, en donde a los 3 años de vida ya se observan consecuencias dramáticas en este desarrollo que afectan y condicionan de manera significativa el aprendizaje, funcionamiento y adaptación posterior del individuo (Shore 1996).
- v. **Factores de riesgo acumulativos:** Asimismo, los estudios también han mostrado asociaciones entre los factores de riesgo ambiental y la presencia de retrasos o rezagos en el desarrollo del niño(a). Existe un efecto aditivo en donde, a mayor cantidad de factores de riesgo que afecten a un infante en sus primeros años de vida, existe una mayor probabilidad de que este niño o niña presente retrasos en su desarrollo y vea comprometido su potencial de aprendizaje posterior (Barth et al 2008).
- vi. **Rol tóxico del estrés en el desarrollo cerebral del infante:** Durante el período entre la gestación y los 3 años de edad, el desarrollo cerebral se encuentra especialmente vulnerable a las experiencias estresantes crónicas o de alta intensidad que pueda tener el niño(a) (Gunnar 2006). En el campo de la neuroendocrinología también hay investigación concluyente que demuestra que las experiencias estresantes desde la concepción hasta los 3 primeros años de vida producen una sensibilización especial de todo el sistema biológico que media la respuesta al estrés, determinado por el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal, el que, al estar activado de manera permanente, puede producir cambios permanentes en el cerebro. Las investigaciones en animales y humanos han demostrado que la exposición a niveles elevados y/o crónicos de estrés en este período, produce una hiper – sensibilización del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (Gunnar 2007), el cual controla la liberación del cortisol, llamada también “la hormona del estrés” (Anisman, et al, 1998). Cuando este sistema se encuentra activado de manera excesiva en etapas tempranas, es mayor la probabilidad de que se provoquen cambios permanentes en el funcionamiento

cerebral. Esto quiere decir que el cerebro “aprende” precozmente a responder de una manera patológica frente a situaciones de estrés, sea con un patrón de respuesta exagerado o excesivamente disminuido, y ello se mantiene como una tendencia a lo largo del ciclo vital. Los estudios han mostrado que ello acarrea importantes consecuencias para el desarrollo de ese niño o niña y que existe una asociación significativa con la aparición de psicopatología y dificultades de adaptación a lo largo del ciclo vital, llegando incluso hasta la edad adulta (Heim et al 2008). Se ha postulado además que existiría también una transmisión intergeneracional de este patrón alterado de respuesta al estrés, en donde estas dificultades pasarían de una generación a otra constituyendo un factor de riesgo adicional para la aparición de psicopatología en grupos vulnerables.

En razón de todo lo anteriormente mencionado, la evaluación y detección precoz de los factores ambientales que constituyen riesgos para el desarrollo del infante se convierte en una acción esencial y de alto impacto. De la misma manera, la implementación oportuna de intervenciones integrales que aborden los riesgos pesquisados y potencien una adecuada estimulación ambiental, adquiere alta relevancia en tanto permiten mitigar o aminorar sus efectos negativos en el aprendizaje, conducta y afectividad del niño o niña. La vigilancia del desarrollo y la salud en los tres primeros años de vida será esencial porque cualquier alteración en esta etapa tendrá un impacto negativo para el logro del máximo potencial de desarrollo infantil.

1.3. ¿QUÉ ES EL CUIDADO INFANTIL DE CALIDAD? CONSIDERACIONES PARA UNA BUENA POLÍTICA.

Según Shonkoff, depende desde cual perspectiva se vea; desde los padres, es que el niño(a) reciba mucho cuidado individual y acceso a materiales e interacciones que lo preparen para la entrada al colegio. En cambio, desde la perspectiva de los resultados científicos, el aspecto fundamental de la calidad en el cuidado infantil reside en la interacción entre la cuidadora y el niño(a) y la cantidad de estimulación cognitiva y lingüística recibida durante el transcurso del día como especialmente crítica. Tres variables componen la calidad del cuidado infantil:

i. Interacción del niño(a) con cuidador (a)

La estabilidad del cuidador(a) y las habilidades de su interacción sensible, van a promocionar un desarrollo positivo. A pesar de que los centros de programas de alta calidad tienen un personal estable, no sucede lo mismo en el resto de los programas, que reportan una tasa de recambio en los años 1990 desde un 25 a 40% (Shonkoff 2000).

ii. Aspectos estructurales del cuidado infantil

Otra parte de la calidad está asociada a las interacciones cálidas, sensibles, y estimulantes emitidas desde la cuidadora, sólida evidencia muestra una asociación

entre la conducta de la cuidadora, su nivel de capacitación o entrenamiento, el contexto de trabajo inmediato (incluyendo ratio y tamaño grupal) y el ambiente de trabajo del adulto. Pareciera que el ratio es más relevante para bebés y gateadores; mientras que el nivel educacional del cuidador es más importante para caminantes y exploradores. Ambos aspectos, el nivel educacional y el entrenamiento en desarrollo infantil, han sido asociados consistentemente a interacciones de alta calidad en los centros de cuidado diurno y hogares comunitarios. Las cuidadoras que tienen creencias sobre crianza infantil más centradas en el bienestar del niño(a) y menos autoritarias, se han asociado a interacciones de cuidado de alta calidad.

Siguiendo los estudios de Burchinal (1996 en Shonkoff 2000), el ratio es uno de los factores más importantes para el cuidado de alta calidad. Los bebés que son cuidados con un ratio de 3 o menos, reciben cuidados apropiados y significativamente más sensibles, que puntúan 1 desviación estándar más alta en habilidades de comunicación, que otros niños(as) cuidados en ratios mayores (después de ajustar factores familiares que afectan el desarrollo). El ratio, el tamaño grupal y la educación personal es el triángulo de hierro que asegura calidad estructural (Money et al 2003).

Otra variable asociada positivamente a alta calidad, comparable con el entrenamiento y el ratio, son los incentivos y beneficios que recibe el personal tanto en centros de cuidado diurno como en hogares comunitarios. Mientras mayor es el incentivo, menor es la rotación (Whitebook 1996).

iii. Aspectos políticos y del ambiente comunitario

El ambiente en el que opera un programa dirigido al desarrollo infantil temprano es muy importante, esto dice relación con las regulaciones, las normas, los lineamientos estructurales de los centros, el financiamiento, la oferta de mercado de programas de cuidados y el sistema de capacitación del equipo.

Los centros que adoptan voluntariamente las recomendaciones regulatorias sobre calidad (Sociedad Americana de Pediatría y Sociedad Americana de Salud Pública, en Estados Unidos por ejemplo) proveen mejor cuidado y los niños(as) muestran mejores resultados que aquellos que asisten a otros centros.

1.4. EFECTOS DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN EL DESARROLLO INFANTIL

La calidad de la entrega de servicios de cuidado infantil es un tema emergente y esencial en la investigación científica. Aquellos contextos que proveen apoyo para el lenguaje y aprendizaje temprano se asocian a efectos positivos en el desarrollo infantil. La calidad del cuidado que reciben los niños(as) influye en casi todas las medidas del desarrollo. Mientras que las horas de asistencia diaria, la estabilidad en el cuidado, y el tipo de cuidado han estado asociados a resultados en el desarrollo, la calidad del cuidado y particularmente, la calidad de las interacciones entre el adulto que cuida y el niño(a), es la variable que lleva el mayor peso en la influencia del cuidado en el desarrollo infantil (Shonkoff 2000).

Dos áreas del desarrollo han sido las más estudiadas:

i. Efectos en cognición y lenguaje: Los resultados de múltiples estudios experimentales y descriptivos muestran consistentemente que las intervenciones basadas en centros, que son intensivas, de alta calidad, que proveen experiencias de aprendizaje directo a los niños; tienen un efecto positivo en el aprendizaje temprano: tanto en el desarrollo cognitivo, del lenguaje y en la preparación para la entrada a la escuela (Barnet 1995). Los tamaños del efecto alcanzan hasta 1.0 de desviación estándar (DE) para resultados en niños(as) preescolares y los efectos más robustos del cuidado de alta calidad se encuentran en niños cuyas familias tienen menos recursos y tienen mayor estrés. El estudio del National Institute Childhood Development (NICHD) (1996) mostró un tamaño del efecto en un rango de 0.09 a 0.14 para la asociación entre calidad del cuidado infantil y resultados en desarrollo cognitivo y lenguaje. Otros estudios muestran una alta consistencia en esta misma asociación pero, algunas veces la duración de los resultados fueron de corto alcance y a veces se observaron hasta los años escolares (Shonkoff 2000). Uno de los aspectos centrales de esta asociación es el ambiente verbal del contexto de cuidado, las cuidadoras de niños(as) en centros u hogares familiares, que eran apoyadoras y proveedoras de estimulación verbal, tenían niños(as) que mostraban más avances en su desarrollo cognitivo y lingüístico. Otros estudios sobre programas basados en centros, muestran que su personal recibe mayor formación y entrenamiento especializado que las cuidadoras en programas de hogares comunitarios.

ii. Efectos en desarrollo emocional: La calidad de los programas de cuidado infantil muestra asociaciones positivas con desarrollo social y emocional temprano. Se han demostrado efectos con alta significancia en niños(as) pequeños en sus habilidades sociales y en particular en la disminución de problemas de conducta (Yoshikawa 1994 en Sonkoff 2000) y esta es la parte esencial en la prevención de delincuencia en la adolescencia y juventud temprana, en donde se focalizan los efectos económicos más importantes. La relación que establece el niño(a) con su cuidadora en los programas de cuidado, parece ser de gran importancia para el desarrollo socio emocional, la seguridad en las relaciones de apego que establece con ella, se asocian a interacciones más competentes con los adultos y a experiencias de juego más avanzadas con sus pares.

Además la permanencia del niño(a) en el mismo grupo se asocia a una mayor orientación hacia sus pares y menos juego solitario, en comparación con aquellos niños(as) que han tenido cambios frecuentes y además, son más amistosos con niños(as) que se muestran estresados. Muy importante también es la estabilidad de la cuidadora del niño(a) en el programa.

En síntesis, mientras la mala calidad en el cuidado se asocia a resultados pobres en el desarrollo infantil, el cuidado de alta calidad se asocia a resultados positivos: niños(as) más cooperativos con los adultos, con una mayor iniciativa a entablar y mantener interacciones con sus pares, competencias tempranas en matemática y lectura.

1.5. LA ARQUITECTURA INSTITUCIONAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EFECTIVAS PARA UN DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO DE CARÁCTER INTEGRAL

Se ha descrito y analizado que es el desarrollo infantil temprano, cuáles son los aportes desde las neurociencias en este ámbito y que consideraciones deben tenerse en cuenta en términos de la calidad del cuidado infantil. Efectivamente hay intervenciones que tienen un mayor impacto en el desarrollo de los niños y que han sido ampliamente documentadas. No obstante lo anterior, las políticas y programas dirigidas a la primera infancia no ocurren en el vacío, sino que están situadas en un determinado contexto socio económico, cultural e institucional. Resulta necesario analizar entonces las características de la arquitectura institucional y cómo ésta impacta la implementación y calidad de las políticas y programas de desarrollo infantil temprano.

Antes de entrar a la especificidad de la implementación de los programas de desarrollo infantil temprano, resulta interesante relevar qué factores afectan los procesos de implementación en términos generales. Wandersman et al. (2008) observa que “entender la capacidad es central para abordar la brecha entre la investigación y la práctica” (2008: página 3). Utilizando el enfoque ecológico, otros autores plantean que la implementación está influenciada por cinco categorías: la innovación, los proveedores, las comunidades, el sistema de suministro o entrega en materia de prevención y el sistema de soporte (Durlak & DuPree, 2008). Para cada categoría se identifican un conjunto de variables que, en circunstancias favorables, pueden conducir a una implementación efectiva, es decir, a una intervención que se desarrolla de acuerdo a lo planificado. No obstante, identificar cuáles son esas circunstancias favorables va a depender de una diversidad de factores, principalmente porque los contextos de implementación son diferentes.

La revisión sistemática de diferentes estudios sobre implementación identifica diferentes elementos posibles de asociar a cada categoría señalada anteriormente y que permiten entender la ocurrencia o no de procesos de implementación exitosos.

A nivel de la comunidad es importante considerar los contextos donde ocurren las intervenciones, las políticas que ayudan o dificultan la provisión de servicios. Los recursos disponibles y la capacidad institucional para poner en práctica nuevos procedimientos administrativos.

En relación a los proveedores, hay algunas características que pueden contribuir a una implementación efectiva. Éstas dicen relación con la percepción de que es necesario innovar en las prácticas y de que estas innovaciones traerán beneficios y serán capaces de responder a las necesidades locales; la percepción de que existe la capacidad de hacer lo que se espera en términos de las intervenciones y de que se cuenta con las herramientas para desarrollar las tareas necesarias asociadas a los procesos de implementación.

Respecto de las características de la innovación que promueven una implementación efectiva, dicen relación con la posibilidad de adaptar los programas e intervenciones a las especificidades de las comunidades, organizaciones y proveedores. Y mucho más efectiva será la implementación de cualquier nuevo programa si se ajusta a los objetivos, prioridades y prácticas existentes en las diferentes organizaciones.

Por último, los factores relacionados con la capacidad organizacional, el entrenamiento, formación y capacitación y la asistencia técnica, también están muy relacionados con procesos exitosos de implementación.

En síntesis, es fundamental entender que los resultados que se buscan alcanzar en cualquier programa van a depender del proceso de implementación y que para comprender este proceso se requiere también tomar en consideración un enfoque ecológico que considere variables asociadas a las características de las políticas públicas, comunidades, personas, innovaciones y proveedores y que todos esos factores se relacionan, interactúan e influyen en cómo ocurren los procesos de implementación.

La revisión anterior permitió relevar, de manera general, la importancia de la implementación y delinear un conjunto de factores que pueden contribuir a una intervención efectiva. Junto con esto, es posible señalar también que ésta es una dimensión a la que no necesariamente se le otorga la atención y consideración que debiera. Esto es válido tanto para los programas en general, pero es particularmente relevante en las intervenciones dirigidas a potenciar un óptimo desarrollo infantil temprano. En muchas ocasiones, el estudio e investigación en este ámbito se focaliza en evaluar el impacto de las intervenciones en el desarrollo de los niños y niñas, lo que obviamente es muy necesario. No obstante, no siempre se presta la suficiente atención al hecho obvio de que las intervenciones se desarrollan en un contexto cultural, socio económico e institucional que afectan e influyen la implementación y por ende los resultados en el desarrollo infantil.

Hay autores, como Britto y Kagan (2012), que sostienen que los programas de desarrollo infantil temprano presentan desafíos específicos y que los arreglos institucionales o la gobernanza, entendida como los roles y responsabilidades que tienen los actores relevantes de la política en el diseño, coordinación, financiamiento, ejecución, soporte, monitoreo y evaluación de los servicios, tienen consecuencias importantes en la calidad, equidad y sustentabilidad de los programas de desarrollo infantil temprano que se proveen a los niños, niñas y sus familias.

La arquitectura institucional puede impactar de manera crítica el éxito o no de los programas de desarrollo infantil temprano, aspecto que tiene directa relación con el proceso de implementación. Esto puede ser explicado a partir de un conjunto de

razones que están muy relacionadas a las características específicas del propio desarrollo infantil. Esto es, los beneficiarios directos son los niños y sus familias; los servicios deben ser entregados de una manera sistémica e integral y abordando las distintas dimensiones del desarrollo infantil, pero además en un período muy corto del ciclo vital, es decir la implementación debe contener una dimensión temporal, es vital el principio de oportunidad. Junto con lo anterior, la responsabilidad en la prestación de los servicios no recae en un solo sector ni en un solo nivel territorial ni en un solo tipo de organización. Está educación, salud, protección social, por nombrar algunos, en el nivel nacional, regional y local, con participación del sector público, privado, organismos no gubernamentales y las propias comunidades. El esfuerzo en términos de coordinación y sinergia que demanda lo ya señalado, relevan la importancia de conocer y comprender cómo puede impactar la arquitectura institucional en la implementación efectiva de los programas de desarrollo infantil temprano.

Entre los principales elementos que se relevan para comprender la arquitectura institucional de los programas de desarrollo infantil temprano y cómo ésta afecta su implementación, destacan: la gobernanza, el financiamiento, el aseguramiento de la calidad, la capacidad del recurso humano y el compromiso de las familias y comunidades.

Existe un consenso creciente entre investigadores y gestores respecto de la necesidad de contar con mecanismos de gestión y coordinación que permitan organizar los servicios de salud, educación, protección social y nutrición de manera integrada y pertinente a las necesidades de los niños y sus familias. Esto implica desarrollar mecanismos de coordinación entre sectores pero también entre niveles territoriales, adecuando estas instancias a los diferentes contextos socio-culturales donde transcurren las intervenciones.

Una arquitectura institucional que permita la provisión oportuna y pertinente de servicios de desarrollo infantil temprano también requiere de un nivel de financiamiento que sea suficiente, sustentable, asignado de manera equitativa y que permita responder a las características específicas de los niños, familias y contextos. En esta línea, el desafío no está sólo referido a contar con los recursos para asegurar la provisión y cobertura sino, en forma creciente, la calidad de los programas. La distribución equitativa de los recursos disponibles en los distintos territorios es también un elemento de análisis a considerar y ésta puede verse afectada por la estructura administrativa de los países, por la capacidad de gestión e implementación de los gobiernos locales y/o por las características socio-geográficas de los territorios.

El aseguramiento de la calidad requiere, en términos generales, la definición de las características específicas de los servicios de desarrollo infantil temprano que se van a proveer y, lo más importante, cuáles son los resultados en el desarrollo infantil que se espera alcanzar. Además se requiere también definir cómo se evaluará si estos resultados se alcanzan o no y cómo se irán adoptando las medidas correctivas. Es un proceso complejo pero central para dar cuenta de si las intervenciones cumplen con los objetivos esperados y para generar retroalimentación de la política pública.

Los estudios de desarrollo infantil temprano sugieren que la definición e implementación de estándares, tanto de aprendizaje y desarrollo como aquellos referidos a la naturaleza

de los servicios que los niños deberían recibir (estándares programáticos) pueden ayudar a alcanzar los resultados declarados de las intervenciones.

Un elemento central en el proceso de aseguramiento de la calidad dice relación con la generación y registro de información relevante para monitorear y evaluar los servicios y resultados esperados. No obstante, suele ser un ámbito más bien olvidado en términos de la gestión pública de los programas de desarrollo infantil temprano. Lo anterior está asociado a diferentes razones como por ejemplo, resistencias culturales, falta de capacidad técnica, ausencia de consenso sobre la importancia de medir más allá de las coberturas de atención, déficit de instrumentos diagnóstico validados y estandarizados, la oportunidad y calidad de los registros, la capacidad institucional y humana para la generación, manejo y uso de sistemas de información, entre otras razones.

Los esfuerzos por asegurar la calidad también requieren mecanismos explícitos que promuevan el cumplimiento de los estándares y éstos pueden ser legales, administrativos, de abogacía, de difusión y el propio involucramiento de las familias.

Finalmente, el recurso humano es también uno de los elementos principales de la arquitectura institucional requerida para la implementación de los programas de desarrollo infantil temprano. No es, en todo caso, la referencia a cualquier tipo de recurso humano. El desafío de alcanzar resultados en el desarrollo de los niños implica, como ya se señaló, tener programas de alta calidad y éstos requieren también personal altamente calificado, entrenado y que se desempeñen en las mejores condiciones posibles. No obstante lo anterior, todavía persiste en América Latina y El Caribe un uso intensivo de voluntarios o de personal de las propias comunidades como fuerza de trabajo. La complejidad radica no tanto en que sean voluntarios o personas de los territorios, sino más bien en el hecho de que los países no realizan procesos adecuados de entrenamiento, tampoco generan supervisión y asistencia técnica para acompañar el trabajo de este personal y la mayoría de las veces la remuneración o incentivos son muy bajos generando rotación e inestabilidad, lo que afecta directamente la posibilidad de contribuir y mantener una fuerza de trabajo altamente calificada. Y en aquellos casos donde se han realizado esfuerzos para incorporar profesionales y técnicos, no siempre esto ha sido acompañado de los procesos de capacitación, supervisión y mejoramiento continuo que se requiere. También en estos casos se producen diferencias en las remuneraciones, condiciones laborales y valoración profesional en desmedro de los equipos que trabajan directamente con los niños y sus familias.

La revisión de los elementos anteriores, refuerza la idea de que alcanzar programas de desarrollo infantil temprano que sean de alta calidad, sustentables y equitativamente distribuidos en los territorios de un determinado país, requiere centrar la atención no sólo en los servicios que directamente llegan a los niños y sus familias sino también en la arquitectura institucional que sostiene los procesos de implementación. El Foco se centró en los procesos de gobernanza, financiamiento, capacidad del recurso humano y el aseguramiento de la calidad.

Capítulo II: Antecedentes y contexto de Estudio

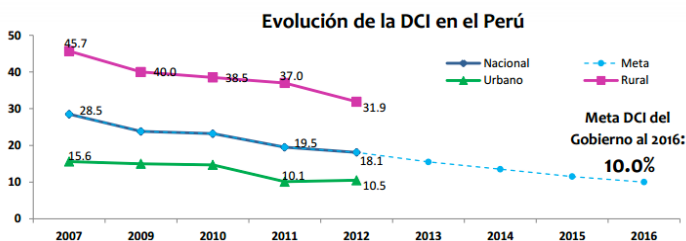
Los contextos sociales, económicos, políticos y culturales son determinantes al momento de diseñar, implementar y evaluar las políticas, por ello este capítulo se aproxima al contexto peruano y sus indicadores de infancia que finalmente contribuyen al diagnóstico que da origen a la Política Cuna Más y a su componente de Cuidado Diurno.

2.1. LA PRIMERA INFANCIA EN EL PERÚ

La cobertura de educación inicial en niños(as) de 0 a 2 años es aún muy baja en Perú, un 4.7% de los niños(as) a nivel nacional, pero en zona rural es aún más baja, alcanzando un 2%. Un 72% de los niños(as) de 3 a 5 años asiste a educación básica regular, siendo mucho menor en familias pobres (60.9%) y aún mucho menor en familias de extrema pobreza (56.6%) (MIDIS 2013)¹.

Las cifras de desnutrición crónica infantil han mejorado mucho en la última década, se observa una reducción desde 28.5% a un 18.1% el año 2012. Sin embargo esta cifra revela inequidades porque asciende a un 20.1% en niños(as) que viven pobreza y a un 38.8% para niños(as) que viven en pobreza extrema².

Gráfico 1: Evolución de la DCI en Perú.



Fuente: ENDES 2007-2012, extraído de MIDIS, Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, Presentación en Lima, agosto 2013, disponible en <http://www.unicef.org/peru/spanish/incluirparacrecer-midis.pdf>

La meta nacional para el año 2016 es reducir la desnutrición crónica de un 18.1% (2012) al 10%. Varias estrategias intersectoriales han ayudado a este progreso, entre ellos se destaca el programa de transferencias condicionadas JUNTOS en el año 2005 y la implementación de la Estrategia Nacional CRECER desde el año 2007 (INEI y UNICEF 2011).

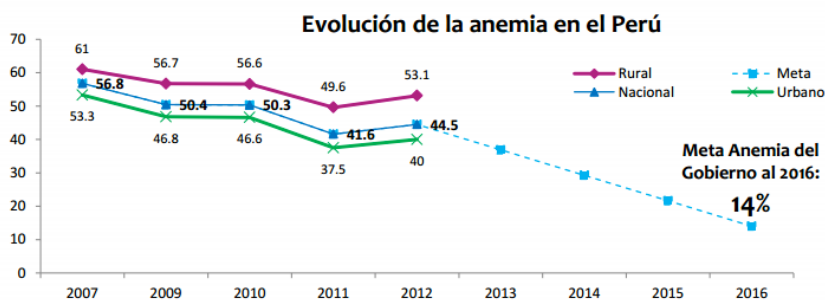
¹ <http://www.midis.gob.pe/mapas/website2013/>, consultado enero 2014

² Desnutrición Crónica Infantil a nivel Departamental: ENDES 2011-2012 – INEI. A nivel provincial y distrital se toma las estimaciones realizadas por el INEI 2009. La ENDES no tiene variable de pobreza monetaria. Esta es una aproximación por quintil, se consideran pobres a los hogares ubicados en el quintil II de ingreso y pobres extremos a los hogares en el quintil I.

Un nuevo apoyo para el logro de esta meta es la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” del MIDIS, puesto que pretende fomentar el desarrollo e inclusión social en las brechas no alcanzadas por la política universal, regular y de competencia sectorial; dirigiendo acciones a la población más vulnerable (16%) del país (MIDIS s/a).

Otro problema grave que afecta a la infancia temprana en Perú es la anemia, porque a pesar de que las cifras de prevalencia nacional han descendido desde el año 2007 (56.8%) hasta el 2012 (44.5%), sigue siendo muy alta y las mejorías no han beneficiado a la población más pobre que vive en zonas rurales y en las regiones de la sierra y selva. La anemia ferropénica en los primeros tres años de vida se relaciona con bajos indicadores del área cognitiva (INEI y UNICEF 2011).

Gráfico 2: Evolución de la Anemia en el Perú.



Fuente: ENDES 2007-2012, extraído de MIDIS, Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, Presentación en Lima, agosto 2013, disponible en <http://www.unicef.org/peru/spanish/incluirparacrecer-midis.pdf>

A pesar de que la desnutrición crónica infantil en el Perú ha decrecido de manera importante y las cifras de anemia han mejorado, aún queda trabajo por delante. En el año 2012, 4 departamentos aumentaron la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y 14 departamentos aumentaron la anemia.

Perú tiene la tasa más alta de lactancia materna exclusiva en bebés de 0 a 6 meses en Latinoamérica alcanzando un 67.6% (63-72.1%), lo que representa un alto potencial para el desarrollo infantil dado los amplios beneficios de la lactancia materna exclusiva.

Otros antecedentes nos indican que en el Perú, sólo el 29,8% de los niños y niñas de 8 años comprende lo que lee y sólo el 13,2% tiene una habilidad matemática acorde a su grado educativo (MIDIS 2014). Tal y como se ha señalado anteriormente, existe suficiente evidencia que establece que el desarrollo infantil es un proceso acumulativo y que los primeros años son un período particularmente sensible para este proceso, donde los déficits que se producen a temprana edad tienen consecuencias en los resultados futuros en distintas áreas del desarrollo de niños y niñas. Considerando esta evidencia es que los déficits en logros de aprendizaje que se mencionan (y que además

presentan diferencias según la condición socioeconómica del estudiante) son una razón prioritaria para la intervención pública en materia de desarrollo infantil temprano.

2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS

En sintonía con las políticas basadas en la evidencia en términos del desarrollo infantil temprano, el gobierno de Perú ha transitado desde el año 1998 con el Programa Wawa Wasi que tenía un foco más bien en el cuidado infantil, hacia el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) -creado en el año 2012- con un foco en cuidado y educación infantil.

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM), es un servicio de cuidado y educación infantil, que tiene por objetivo mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses de edad que viven en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema, para así superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. Para cumplir lo anteriormente señalado el Programa tiene dos modalidades de intervención:

- a) **Servicio de Acompañamiento Familiar (SAF)** que busca fortalecer las capacidades y las prácticas de cuidado y aprendizaje de familias rurales que viven en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema, mediante visitas a los hogares y sesiones de socialización.
- b) **El Servicio de Cuidado Diurno (SCD)**, que atiende de forma integral a niñas y niños entre 6 y 36 meses de edad, que viven en zonas de pobreza y pobreza extrema y que requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades. Dicha atención se realiza a través de 3 modalidades de infraestructura y atención: hogares de cuidado diurno, centros de cuidado diurno y centros infantiles de atención integral construidos por el Estado. Se realiza sobre la base de cuidadoras comunitarias y de un equipo multidisciplinario de asistencia técnica y soporte. Tiene como objetivos:
 - Brindar atención integral a niños y niñas de 6 a 36 meses de edad durante su permanencia en el servicio.
 - Generar experiencias de aprendizaje a través del juego y en los momentos de cuidado, que contribuyan al desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de niñas y niños.
 - Promover buenas prácticas de cuidado y aprendizaje en los padres para promover el desarrollo integral de sus hijos/as.
 - Involucrar a la comunidad organizada en la gestión y vigilancia de la prestación y la calidad de los servicios de cuidado diurno en su localidad.

El Servicio de Cuidado diurno del PNCM tiene cinco líneas de acción con sus respectivos componentes (MIDIS 2013):

1. Línea de acción de Atención Integral:
 - Componente de atención alimentaria y nutricional.
 - Componente de cuidado de la salud infantil.
 - Componente de aprendizaje infantil.
 - Componente de trabajo con familias.
2. Línea de acción de Formación y Desarrollo de Capacidades.
3. Línea de acción de Infraestructura y equipamiento:
 - Componente de Infraestructura.
 - Componente de Equipamiento.
4. Línea de acción de Gestión Comunitaria:
 - Componente de Gestión Comunitaria.
 - Componente de Vigilancia Comunitaria.
5. Línea de acción de Seguimiento:
 - Componente de Seguimiento.

El Decreto Supremo 003-2012 del MIDIS, establece que el PNCM tendrá una vigencia de 5 años, luego de la cual y previa realización de una evaluación de impacto, el Ministerio podrá proponer su formalización como política pública a través de su institucionalización y la progresiva descentralización de sus servicios.

En función de lo anterior, el PNCM ha venido elaborando e implementando diversas normativas, directivas y acciones que buscan consolidar el trabajo desarrollado a través de sus dos modalidades. Junto con esto, el PNCM, a través de su Unidad de Planeamiento y Resultados, ha propuesto un Plan de Acción Estratégico 2013-2016 que tiene como objetivos establecer las acciones requeridas para avanzar hacia la institucionalización, identificar debilidades tanto de la gestión interna como de factores externos y proponer medidas correctivas para enfrentarlas.

Desde el punto de vista de las normativas y directivas que rigen el funcionamiento del Servicio de Cuidado Diurno, el MIDIS y el PNCM han dictado un conjunto de regulaciones que norman diferentes materias que han permitido ir estructurando de manera coherente la gestión, procesos y resultados esperados, además de identificar y definir a los actores involucrados. Estas definiciones han tenido un carácter progresivo y acumulativo, en el sentido de que cada nueva normativa recoge y/o se sustenta en lo establecido anteriormente, con una orientación clara hacia el mejoramiento de la calidad de las acciones que se implementan en el marco del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) (Ver anexo n° 1).

Tabla N° 1: Normativa de soporte a la implementación del PNCM

Ámbito de la Normativa	Título
Administración y Recurso Humano	1.- Disposiciones aplicables al personal sujeto al régimen especial de contratación administrativa de servicios del PNCM (011-2012). 2.- Lineamientos para la implementación de las acciones de formación y desarrollo de capacidades en el servicio de cuidado diurno del PNCM (017-2013). 3.- Procedimiento para la entrega y recepción de cargo de parte

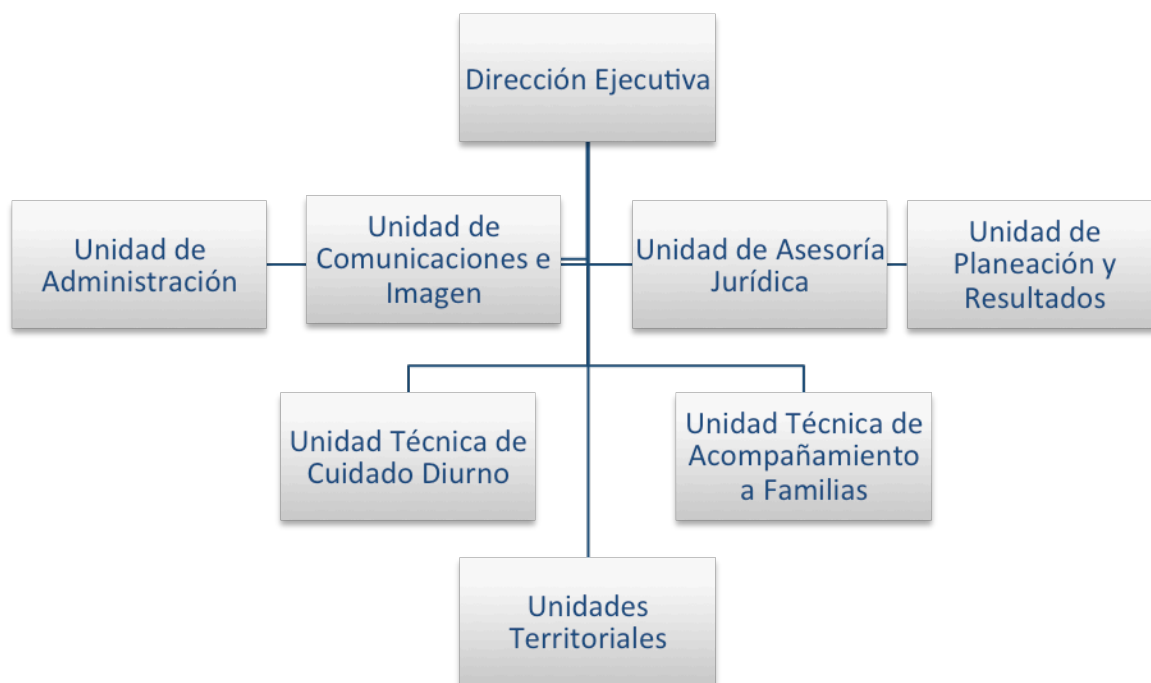
	de los trabajadores del PNCM (021-2013). 4.- Lineamientos para la contratación de personal bajo el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicios-CAS (003-2015).
Orientaciones Técnicas Estándares de Calidad	– de 1.- Lineamientos técnicos para la implementación del piloto del SCD (003-2012). 2.- Lineamientos Técnicos del Servicio de Cuidado Diurno del PNCM (016-2013). Esta normativa se actualiza cada año. 3.- Lineamientos y procedimientos de operación del sistema nacional de alertas y medidas de seguridad y atención inmediata de niñas y niños usuarios del servicio de cuidado diurno en situación de emergencia (Línea gratuita) del PNCM (009-2014). 4.- Orientaciones para la intervención del PNCM en pueblos indígenas que se ubican en la Amazonía peruana (005-2015).
Co-gestión comunal	1.- Lineamientos para la implementación del modelo de cogestión comunal del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más y para la transferencia de recursos financieros a sus comités de gestión (004 – 2013). Esta normativa se actualiza todos los años.
Equipamiento Infraestructura	e 1.- Lineamientos para el equipamiento y mejoramiento del SCD (004-2012). 2.- Normas técnicas para la construcción de centros infantiles de atención integral del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más” (181-2013). 3.- Procedimientos para la baja del equipamiento asignado a los Comités de Gestión del Servicio de Cuidado Diurno del PNCM (007-2013). 4.- Lineamientos técnicos para el proceso de migración de hogares de cuidado diurno (módulos familiares) a locales comunales (008-2013). 5.- Lineamientos para el control patrimonial y administración de bienes en el PNCM (024-2013). 6.- Lineamientos técnicos para el mantenimiento de locales del SCD del PNCM (007-2015).

Fuente: elaboración propia en base a documentos oficiales del PNCM.

El PNCM cuenta con una estructura orgánica que busca responder a las acciones que debe realizar para los dos servicios que lo componen: Cuidado Diurno y Acompañamiento a Familias. Tiene una Dirección Ejecutiva, con dos unidades de asesoría (Jurídica y de Planificación), dos unidades de apoyo (Administración y Comunicaciones) y dos unidades de línea (Cuidado Diurno y Acompañamiento a

Familias) más 36 Unidades Territoriales distribuidas en todo el país y que son las que ejecutan las acciones del Programa con los niños y sus familias.

Organigrama Programa Nacional Cuna Más:



Fuente: Manual de Operaciones del PNCM, 2012

Al revisar la evolución de los documentos técnicos y administrativos del PNCM se observa un esfuerzo explícito por entregar servicios de calidad, con pertinencia cultural y que consideren las necesidades de desarrollo de los niños y niñas. Lo anterior se expresa en un conjunto de mejoras que el programa ha introducido y que se grafican en aspectos de infraestructura, modelo de atención, equipos técnicos y comunitarios, y por último en las normativas:

i. Infraestructura y equipamiento:

Se ha realizado un esfuerzo por mejorar la infraestructura del programa, lo que ha implicado la construcción de nuevos Centros integrales de Atención infantil (CIAI) y el mejoramiento de locales comunales que ya existen o que han sido cedidos para concretar la migración desde los hogares de cuidado diurno a estos locales. En el caso de los CIAI, estos se han implementado a través de 2 mecanismos:

- La construcción de nuevos locales en terrenos cedidos por la comunidad, gobiernos locales, provinciales y regionales, u otras instituciones. El

financiamiento proviene de los saldos de distintos programas sociales adscritos al MIDIS y que se transfieren al Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES), institución que ejecuta los recursos transferidos para la construcción de los CIAI. Junto con lo anterior el PNCM está trabajando para establecer alianzas estratégicas con gobiernos regionales, provinciales o locales u otras instituciones públicas y privadas que pudieran concurrir al financiamiento de otros CIAI.

- Mejoramiento de Centros de Cuidado Diurno (CCD) existentes que cumplen con los requisitos para transformarse en CIAI. En este caso el financiamiento proviene del PNCM.

Además se han realizado acciones para mejorar los CCD existentes y aquellos que acogerán niños(as) desde los Hogares de Cuidado Diurno. Entre el año 2012 y 2013 se han realizado acciones que incluyen la implementación de servicios higiénicos, la pintura de paredes, el revestimiento de los pisos y la mejora de los techos, incluida también la división del centro en dos o más salas si correspondía. Por otra parte, tanto los Hogares de Cuidado Diurno, los CCD y los CIAI han recibido nuevo equipamiento de mobiliario y materiales de juego y aprendizaje.

El presupuesto asociado a este ámbito se ha mantenido en torno a los diez millones de dólares anuales para todo el proceso ya descrito.

ii. Nueva propuesta de Atención Integral:

Tal y como se indicara anteriormente, el PNCM ha establecido un conjunto de principios con sus respectivos estándares que abarcan las diferentes dimensiones consideradas clave para garantizar el desarrollo integral adecuado de los niños y niñas menores de 3 años: ambientes que promueven el bienestar, alimentación nutritiva y balanceada, vigilancia de la salud y crecimiento, calidad de los cuidados, promoción de prácticas saludables, calidad del ambiente de aprendizaje, participación y relación con las familias, calidad de las interacciones, planificación de actividades educativas con intencionalidad pedagógica, participación de la comunidad en la gestión y vigilancia de los servicios, pertinencia cultural e inclusión de niños con habilidades diferentes.

Para la implementación de esta nueva propuesta de atención integral se han elaborado tres documentos que se organizan a partir de los principios:

1. Guía para la Atención Integral en los servicios de Cuidado Diurno del PNCM
2. Guía del Acompañante Técnico
3. Plan de Formación y Desarrollo de Capacidades

Se han realizado diversas capacitaciones que buscan ir incorporando estos principios y estándares en el trabajo cotidiano de los equipos técnicos y de los actores comunitarios y se está trabajando con la lógica de capacitación en “cascada” para así abarcar a la mayor cantidad posible de participantes. Otro aspecto que se modificó a partir de julio del año 2013 fue el coeficiente de atención, en términos del número de niños por cuidadora, normándose además el número de niños por cada grupo definido (bebés, gateadores, caminantes y exploradores).

iii. Fortalecimiento de los equipos técnicos de campo y actores comunales:

Se ha incrementado el número de profesionales de las Unidades Territoriales, lo que ha permitido que los Acompañantes Técnicos tengan 12 centros asignados y se ha aumentado la exigencia del perfil. Con lo anterior el programa apuesta a que el personal que trabaja con los niños(as) pueda incorporar el nuevo modelo pedagógico en su labor cotidiana. Se han incorporado especialistas en salud, nutrición y gestión comunal, educadores y formadores, siendo estos últimos los responsables de los procesos de formación, supervisión y evaluación de los acompañantes técnicos, bajo el modelo de capacitación en cascada.

Además se incrementaron los salarios de los equipos técnicos de manera homogénea en el país, con excepción de la Zona del Valle de los Ríos de Apurímac, Ene y Mantaro (VRAE) que, por sus características particulares, recibe más que el resto de las Unidades Territoriales. También vieron aumentado su estipendio las cuidadoras quienes pasaron de 220-260 soles a 300-360 soles.

Por otra parte, se ha establecido que todos los CIAI cuenten con 1 educadora que hará las funciones de coordinación pedagógica del centro.

Finalmente, se ha reforzado la formación y acompañamiento al equipo técnico y cuidadoras. A través de un esquema de “Formación de Formadores” se capacita a los formadores, quienes a su vez transmiten lo aprendido a los acompañantes técnicos en cada Unidad Territorial y estos capacitan y realizan asistencia técnica a las educadoras, cuidadoras y guías. Se propone que las cuidadoras reciban talleres quincenales de capacitación y visitas semanales de acompañamiento técnico. En el caso de las guías estas visitas se efectuarían mensualmente. En estas visitas el acompañante técnico observa lo que ocurre en la práctica cotidiana, aporta, analiza y evalúa los logros y dificultades del trabajo de las cuidadoras.

iv. Nuevas normativas y lineamientos:

Inicialmente el PNCM se regía por los lineamientos técnicos del ex Programa Wawa Wasi, pero en octubre del 2012 elaboraron los lineamientos técnicos y de mejoramiento y equipamiento para el piloto del SCD. En julio del 2013, sobre la base de esta primera elaboración, se mejoraron y ampliaron los contenidos de los lineamientos técnicos, cuyas líneas de acción, componentes y ejes de intervención se señalan en el cuadro siguiente:

Tabla N° 2: Resumen esquemático de las líneas de acción, componentes y ejes de intervención PNCM

Línea de Acción	Componentes	Ejes de Intervención
Atención Integral	Atención alimentaria y nutricional	Eje 1: Atención alimentaria y nutricional Eje 2: Gestión de la atención alimentaria
	Cuidado de la salud infantil	Eje 1: Promoción de la salud Eje 2: Atención y prevención de la enfermedad Eje 3: Protección contra el maltrato infantil
	Aprendizaje infantil	Eje 1: Promoción del aprendizaje infantil Eje 2: Promoción de ambientes seguros, retadores, bellos, que invitan a la interacción Eje 3: Seguimiento del desarrollo y aprendizaje infantil Eje 4: Trabajo concertado con organismos e instituciones que trabajan a favor del desarrollo infantil
	Trabajo con familias	Eje 1: Promoción de la comunicación y la confianza en las relaciones con las familias Eje 2: Promoción de la participación de la familia Eje 3: Orientación y fortalecimiento de prácticas de cuidado y desarrollo infantil
Formación y desarrollo de capacidades	No tiene	No tiene
Infraestructura y equipamiento	Infraestructura Equipamiento	Eje 1: Diseño arquitectónico y seguimiento a la construcción de nuevos CIAI Cuna Más Eje 2: Mejoramiento de los espacios comunales destinados al Servicio de Cuidado Diurno Eje 3: Seguimiento a las medidas de seguridad Eje 4: Equipamiento de los Servicios de Cuidado Diurno Eje 5: Re-equipamiento de los locales que prestan el servicio
Gestión comunitaria	Gestión comunitaria Vigilancia comunitaria	No tiene
Seguimiento	Seguimiento	No tiene

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos oficiales del PNCM.

En resumen y tal como ha sido presentado, desde la creación del PNCM, el Servicio de Cuidado Diurno viene siendo fortalecido en distintos ámbitos.

Capítulo III: Metodología

3.1. PROBLEMA DE ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se plantea responder la pregunta respecto de cuáles son los factores que deben considerarse para implementar políticas de calidad en materia de desarrollo infantil temprano. Para estos efectos, se realiza una caracterización del Programa Cuna Más y, específicamente de uno de sus componentes, el Servicio de Cuidado Diurno, identificando y analizando las variables que están contenidas tanto en su diseño como en su implementación.

Para analizar el funcionamiento del Servicio de Cuidado Diurno se establecen como ejes de estudio el contexto político-social del desarrollo infantil en Perú y las condiciones de implementación del programa que corresponden a: el modelo de cogestión, los recursos humanos, la infraestructura y los estándares de calidad que el Servicio de Cuidado Diurno declara querer alcanzar. Junto con lo anterior se realiza un análisis comparado de las mejores experiencias de atención a la primera infancia en países de América Latina y la OCDE.

El diseño del estudio es un análisis cualitativo que involucra la revisión de documentos técnicos, normativos y administrativos que dan cuenta de la gestión y funcionamiento del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) (Directivas, instrumentos de evaluación, reportes estadísticos, fichas de trabajo, presentaciones, estudios y documentos presupuestarios). Además, se realizaron entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas a actores claves en el proceso de diseño, seguimiento y evaluación de la política: autoridades, equipos técnicos y actores comunitarios del Programa Nacional Cuna Más (PNCM). Entre los meses de octubre y diciembre 2013, se realizaron 12 entrevistas a actores claves y 6 entrevistas grupales a actores comunitarios en Lima, Cajamarca e Iquitos. Las entrevistas constituyen un material clave en el proceso de investigación, no solo por su valor testimonial sino porque cada discurso da cuenta del proceso de implementación de la política y el rol e implicancias que tiene cada actor.

A partir de esta consideración de múltiples actores y procesos en la implementación de la política es que esta investigación se propone los siguientes objetivos:

Objetivo General

Describir la política Cuna Más y analizar los factores determinantes que intervienen en su implementación.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar un modelo de análisis descriptivo en base a los documentos oficiales y entrevistas de actores claves en el proceso de implementación.
2. Analizar comparativamente la política respecto de los estándares internacionales que cuentan para materializar una política de calidad.
3. Generar recomendaciones que permitan orientar la política pública en relación a disminuir brechas de calidad de la política.

La **entrevista semi-estructurada**, cuyas preguntas fueron realizadas a partir de la operacionalización de los objetivos del estudio, permitió recoger la perspectiva que los entrevistados/as presentaban sobre el modelo de cogestión, los estándares de calidad y la infraestructura, y, además, profundizar en aspectos particulares relevantes tales como el contexto territorial, las capacitaciones del equipo comunitario entre otros.

Para la selección de la muestra de actores a entrevistar se utilizaron cuatro criterios generales. Uno basado en los distintos roles que desempeñan los actores: directivos del ámbito político-estratégico del MIDIS y del SCD, jefaturas técnicas y especialistas por cada uno de los componentes del Programa. Un segundo criterio, fue incorporar a los actores comunitarios del Programa dado el rol relevante que desempeñan en la implementación del SCD. Un tercer criterio fue que, en la selección de los actores comunitarios, se incorporó un componente territorial a fin de dar cuenta de las zonas de la sierra, selva y costa del Perú. Y un último criterio que se aplicó a las 2 categorías de actores, fue la evaluación sobre el nivel de información global que podían manejar en términos de identificar elementos facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política³. La siguiente tabla muestra la categorización de actores claves entrevistados:

Tabla N° 3: Selección de la muestra de entrevistas semi-estructuradas

Tipo de actores a nivel nacional	Número entrevistados
Actores del ámbito político-estratégico	3
Actores de implementación: Jefaturas Técnicas Especialistas por componente	2 7
Tipo de actores a nivel territorial (costa, sierra, selva)	Número de entrevistados
Actores comunitarios: Cuidadoras y Guías Comités de Vigilancia y Gestión	34 30
Total entrevistados	76

Fuente: Elaboración propia

³ El listado con el detalle de la totalidad de los entrevistados, así como las pautas elaboradas para realizar las entrevistas, se encuentran disponibles en el anexo 3 del presente estudio de caso.

Dado que la revisión conceptual aborda diferentes ámbitos relacionados con las políticas de desarrollo infantil temprano y, en específico, con la implementación de las mismas, se realiza un análisis comparativo de casos entre actores del ámbito político-estratégico y actores comunitarios de diferentes territorios del Perú y que tienen a su cargo la implementación del programa. Las dimensiones seleccionadas son: el modelo de cogestión, el recurso humano, la infraestructura y los estándares de calidad. Las dimensiones seleccionadas responden, por una parte, a lo que se desprende de la revisión conceptual sobre los factores relevantes de analizar en los procesos de implementación de los programas de desarrollo infantil temprano y también a que son elementos que el propio diseño programático y los actores involucrados destacan como cruciales al momento de intentar alcanzar los objetivos del Servicio de Cuidado Diurno.

Estrategia de análisis de información

La estrategia de análisis de información consideró un análisis de contenido cualitativo, en que la sistematización de las declaraciones recogidas con todos los actores entrevistados, se estableció a partir de la agrupación de las respuestas de los actores en las categorías de análisis del modelo de cogestión, observación del recurso humano, análisis y valoración de la infraestructura con la que cuenta el programa y la medición de calidad. Cada una de ellas están relacionadas con los objetivos que orientan el presente estudio de caso.

De este modo, el análisis de información se muestran en el orden de las categorías indicadas, las que varían en extensión a partir de la cantidad y significancia de los hallazgos obtenidos en el trabajo de campo realizado.

En ese sentido, siendo este estudio de caso un análisis exploratorio sobre los aportes y límites que la política Cuna Más ha presentado para el fortalecimiento del desarrollo infantil temprano, se analizan los resultados de manera de integrar la discusión presentada en el capítulo de revisión conceptual de este trabajo.

Capítulo IV: Análisis de resultados

4.1 ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Esta sección se enfoca en la revisión del diseño de Cuna Más considerando cuatro elementos de análisis:

- El Modelo de Cogestión: que analiza los elementos centrales de la implementación de la política,
- Los Recursos Humanos: se revisan las diferentes opciones que permiten continuar expandiendo el modelo, tomando como referencia la propuesta actual del Programa de contar con personal profesional (especialmente de las áreas de educación y psicología), además de actores de la comunidad para su funcionamiento. Se analizan las ventajas y desventajas de este modelo, identificando el perfil del recurso humano y su disponibilidad (oferta laboral) para cada una de las regiones geográficas del Perú (costa, sierra y selva). Se analiza también los aspectos relacionados al “voluntariado”, la utilización del trabajo no remunerado y el rol que cumplen las mujeres de la comunidad que se desempeñan como cuidadoras.
- La Infraestructura: en este punto se analiza la viabilidad de continuar expandiendo el modelo basado en infraestructuras como los CIAI o centros comunitarios versus los costos y los beneficios asociados con otras alternativas.
- Y finalmente, la Medición de la Calidad: en este acápite se revisan las herramientas de medición de calidad contenida en los principios y estándares de calidad que guían las estrategias y acciones para la implementación del SCD. Lo anterior para que se puedan considerar escalas de gradualidad que atiendan a la variedad de las modalidades de prestaciones del SCD en función al tipo de local y organización.

4.1.1. MODELO DE COGESTIÓN

Tal y como ya se indicara, el PNCM promueve un modelo de cogestión que funciona a través del trabajo conjunto entre actores técnicos contratados y la comunidad organizada, personas voluntarias que, agrupadas en comités de gestión y consejos de vigilancia, asumen la responsabilidad de gestionar el SCD en la comunidad y realizar acciones a favor de la infancia. Le corresponde al comité de gestión recepcionar, utilizar y rendir cuentas de los recursos financieros que les transfiere el programa, mientras el consejo de vigilancia actúa como una instancia de control social por parte de la comunidad, supervisando el uso adecuado de los recursos y la calidad de los servicios entregados.

Además están las cuidadoras, guías, socias de cocina y personal de limpieza y vigilancia, personas de la comunidad con distintos roles dentro del SCD, quienes, en estricto, no son voluntarias, pues reciben un estipendio por el desempeño de sus funciones, pero tampoco son personal del programa ya que no están contratadas ni tienen vinculación legal con el PNCM. La atención directa a los niños/as y el trabajo con

las familias recae en las cuidadoras y guías, las que deben cumplir un perfil determinado y están sujetas a evaluaciones físicas y psicológicas de manera semestral.

Al mes de septiembre de 2013 existían 595 comités de gestión y, a diciembre del mismo año, había 11.527 cuidadoras en el país.

Tabla 4: U.T. y N° de Comités de Gestión y Cuidadoras

UNIDAD TERRITORIAL	N° COMITÉS DE GESTIÓN	N° DE CUIDADORAS
ABANCAY	16	319
ANDAHUAYLAS	24	531
AREQUIPA	18	349
AYACUCHO	21	386
AMAZONAS	12	207
CAJAMARCA	19	335
CALLAO	18	288
CAÑETE	15	282
CAYLLOMA	16	349
CHICLAYO	19	336
CHIMBOTE	19	411
CUSCO	19	417
HUACHO	19	353
HUANCAVELICA	18	377
HUANCAYO	17	346
HUANUCO	17	352
HUARAZ	18	331
ICA	20	431
IQUITOS	17	297
JULIACA	17	316
LA MERCED	11	257
LIMA 1	18	341

LIMA 2	24	444
LIMA 3	12	232
LIMA 4	16	297
MOQUEGUA	9	146
PASCO	13	266
PIURA	17	323
PUCALLPA	17	316
PUNO	17	297
SAN MARTIN	12	227
TACNA	16	301
TAYACAJA	15	278
TRUJILLO	12	227
TUMBES	13	199
VRAEM	14	363
TOTAL GENERAL	595	11.527

Fuente: Elaboración propia. Fuente: Intervención del SCD, septiembre 2013 y Deserción de Cuidadoras año 2012-2013

Este modelo de cogestión, basado fuertemente en la participación comunitaria y que es parte central del diseño del programa, tiene impactos en la manera cómo se proveen los servicios a los niños y sus familias. La implementación del programa depende, entre otros aspectos, de la capacidad que tenga la comunidad tanto para constituir los comités de gestión y de vigilancia como para contar con mujeres que se desempeñen como cuidadoras y guías. Junto con lo anterior, una adecuada ejecución requiere también de que el voluntariado se mantenga en el tiempo y además se capacite, internalice e incorpore, en sus prácticas e interacciones cotidianas con los niños y las familias, tanto los principios como los estándares que están definidos por el SCD.

Desde el punto de vista del equipo directivo se reconoce el alto compromiso de las cuidadoras, guías, comités de gestión y consejos de vigilancia con el programa, valorando que muchas de las cuidadoras y guías tienen entre 8 y 10 años de experiencia, lo mismo que algunos comités de gestión que vienen funcionando desde la época del programa Wawa Wasi. Rescatan su flexibilidad e interés por capacitarse y aprender. Como señala una de las entrevistadas:

“Ellas se sienten parte del programa (...). Hay una altísima dedicación y ternura cuando trabajan con los niños/as. Muchas de ellas tienen años de experiencia.

En promedio algunas tienen entre 8 y 10 años. Son altamente moldeables y predispuestas a aprender a través de prácticas directas para que por réplica puedan hacerlo. La comunidad las ha asimilado como parte de ellas, hay relaciones de confianza” (Jefa Servicio de Cuidado Diurno).

Un elemento también destacado es que las cuidadoras son parte de las comunidades donde está inserto el programa lo que refuerza el enfoque intercultural del PNCM. Se valora que las cuidadoras saben el idioma cuando éste no es el castellano, que conocen las pautas de crianza y que cuentan con la confianza de las comunidades donde trabajan.

Por otra parte, el programa ha venido realizando un esfuerzo significativo por capacitar a las cuidadoras y guías en materias relacionadas con la propuesta pedagógica del Sistema de Cuidado Diurno (SCD), como así mismo en temas de seguridad, como por ejemplo, primeros auxilios. Lo anterior es también reconocido como una fortaleza por parte de las propias cuidadoras y guías las que también valoran experiencias como la que desarrolla la Unidad Territorial de Cajamarca que hace que las cuidadoras realicen pasantías en distintos locales para así observar cómo otras cuidadoras y guías se desenvuelven en sus tareas cotidianas. Las cuidadoras y guías evalúan que las capacitaciones son más fáciles de entender, más interactivas y entretenidas.

No obstante lo anterior, tanto miembros del equipo directivo como las cuidadoras y guías señalan como una debilidad el que estas capacitaciones no estén certificadas (con la excepción de la correspondiente a primeros auxilios).

“Hay que mirar los modelos de gestión tanto respecto a las madres cuidadoras como a los comités de gestión y vigilancia y pese a que hay capacitación no se certifica. Por ejemplo podríamos generar sistemas de certificación de competencias laborales” (Directora ejecutiva Programa Nacional Cuna Más).

Además, las cuidadoras y guías señalan que igual requieren más capacitación en diversos temas tales como nutrición, estimulación temprana y en cómo trabajar con niños/as que tienen necesidades educativas especiales. La encargada de capacitación del Sistema de Cuidado Diurno señala que:

“Los procesos de formación están solo para los formadores, acompañantes técnicos y para las educadoras (para cuando las tengamos). Pero en el caso de las capacitaciones igual se forman capacidades pero más específicas por su rol y función. Se están haciendo las acciones de inducción en forma periódica, ya que tenemos mucha rotación de profesionales y de actores comunitarios. Esto es un elemento que debería implementarse mejor. Existe un paquete de inducción que está en el aula virtual. Pero todavía está en un marco muy general. Yo preparé un manual de inducción. Pero es importante retomar este tema. Las áreas más débiles son formación y capacitación de los equipos profesionales, y de los

actores comunitarios". (Especialista en formación y capacitación del Servicio de Cuidado Diurno)

Entre las debilidades observadas por el equipo directivo respecto a las cuidadoras resalta el alto porcentaje de rotación que existe (30% el año 2013). De acuerdo a un estudio realizado por el programa, las propias cuidadoras indicaban como razones para explicar su deserción: motivos familiares, mejores oportunidades de empleo, problemas de salud, problemas con los actores comunales, embarazo y bajas remuneraciones.

Lo anterior se complementa con lo señalado por el equipo directivo en el sentido de que las guías y cuidadoras no tienen derecho a vacaciones, no existe personal de relevo (las guías pueden reemplazar a una cuidadora cuando existe alguna emergencia o situación especial) y tampoco tienen seguro de salud.

Lo anterior es consistente con el propio análisis que realizan las cuidadoras y guías sobre su situación de trabajo ya que señalan como una debilidad el no tener derecho a vacaciones ni a licencia médica. Agregan además que les parece injusto que haya que dar de baja a las cuidadoras que son mayores de 50 años, ya que indican que después de trabajar por años en el programa se van sin nada, sin ningún reconocimiento. También señalan que el estipendio es bajo y que a veces hay atraso en el pago del mismo. Hay una evaluación de que las exigencias han aumentado, lo que es bueno en función del trabajo con los niños/as pero no estaría acorde con el estipendio que reciben. En este punto es interesante consignar lo señalado por la Jefa de la Unidad de Descentralización y Coordinación de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en el sentido de que existirían otros programas del Estado que pagan mayores remuneraciones a mujeres que trabajan con niños/as y que tienen un perfil similar al del PNCM, como por ejemplo los Centros de Emergencia de la Mujer.

"Tenemos que ver qué otras alternativas de incentivos hay para apoyar el trabajo de las cuidadoras. Por otra parte, el Centro de Emergencia de la Mujer, contrata a mujeres que trabajan con los niños/as mientras las mamás hacen las denuncias y esas mujeres pueden llegar a ganar 1.500 soles". (Jefa Unidad de Descentralización y Coordinación de Programas Sociales, MIDIS)

Por último, existe la percepción por parte de las cuidadoras de que la evaluación que realizan algunos acompañantes técnicos para pasar de una categoría a otra no siempre obedece a criterios objetivos.

"Una de las dificultades en nuestro trabajo es que exista la categorización A, B y C en el pago de las cuidadoras, a veces es injusta la evaluación que hacen los acompañantes técnicos de nuestro trabajo y no sabemos bien porque una queda en una categoría o pasa a otra" (Cuidadora Unidad Territorial de Iquitos).

Respecto de los comités de gestión y consejos de vigilancia, si bien se reconoce su experiencia y el efecto positivo que irradian hacia sus comunidades en términos de gestión, existe la percepción, por parte del equipo directivo, de que no siempre están todos los miembros participando activamente y que, en algunas ocasiones, se producen incluso situaciones de mal uso de los fondos traspasados. En el caso específico de los consejos de vigilancia se plantea que no están funcionando de acuerdo a lo esperado y que no siempre trabajan coordinadamente con los comités de gestión. Incluso algunos miembros del equipo directivo plantean que son más bien los equipos técnicos de las U.T. quienes estarían gestionando los SCD y realizando gran parte del trabajo que les correspondería a los comités de gestión.

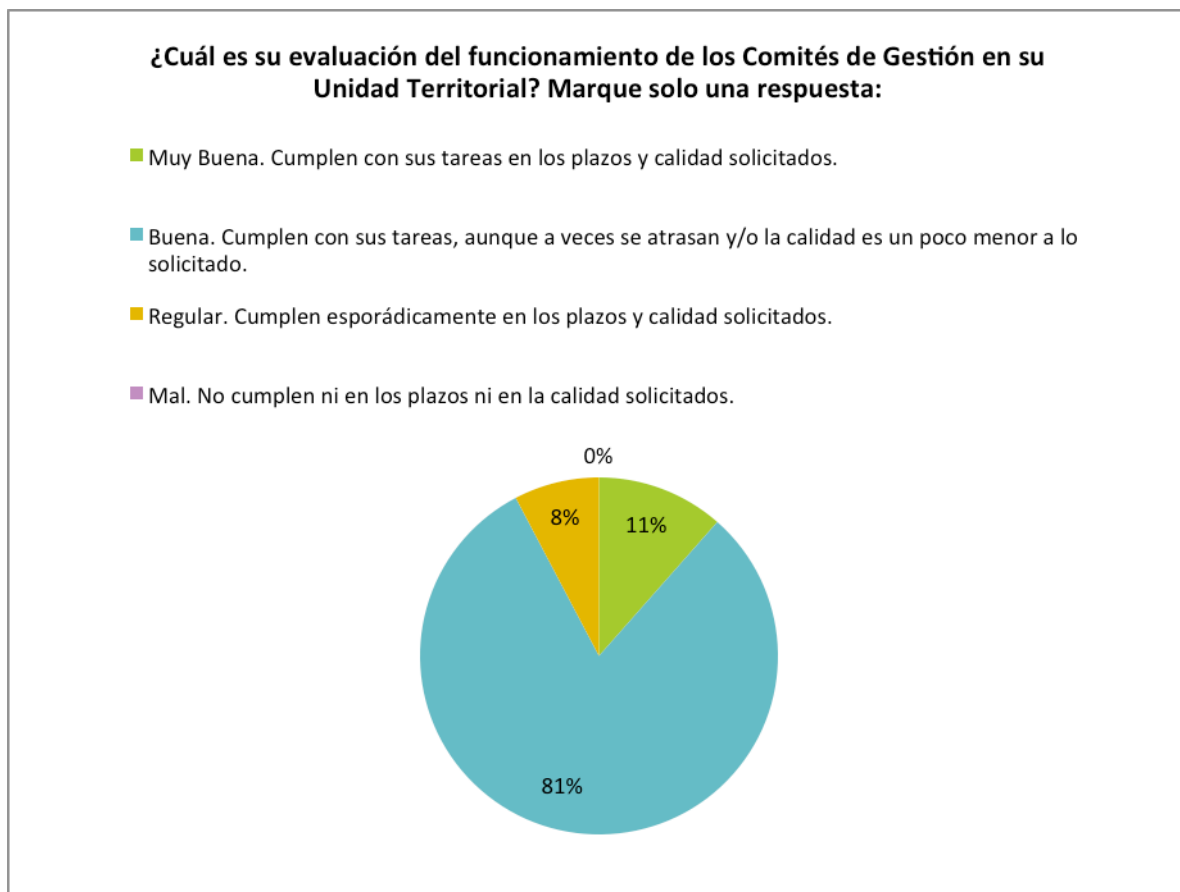
Lo anterior se suma a la percepción de que no siempre existe interés en las comunidades por constituir comités de gestión. Aunque en relación a este punto, miembros de los comités de gestión señalan que esta dificultad radica en la gran cantidad de tareas que tienen a su cargo por lo que no es fácil encontrar personas en la comunidad que tengan disponibilidad de tiempo para poder asumirlas:

“Los integrantes del comité no recibimos recursos, es puro trabajo voluntario y los gastos administrativos para los trámites y los viajes no alcanzan. Nos cuesta encontrar personas que quieran integrarse al comité de manera voluntaria porque trabajamos mucho. No tenemos seguro de salud y nosotros trabajamos para el gobierno” (miembro Comité de Gestión de Iquitos)”

En esta línea se señala la necesidad de fortalecer mucho más la capacitación a los actores comunales y hacer efectiva la posibilidad de que los comités de gestión estén constituidos no sólo por organizaciones de base sino también por gobiernos locales y otras instituciones que pudieran aportar para mejorar la gestión a nivel comunitario. Otra instancia que se plantea como alternativa futura de mejoramiento del control social es operar a través del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del Programa JUNTOS.

En las Unidades Territoriales existe, mayoritariamente, una percepción positiva sobre el trabajo que realizan los comités de gestión, tal y como puede apreciarse en el siguiente gráfico:

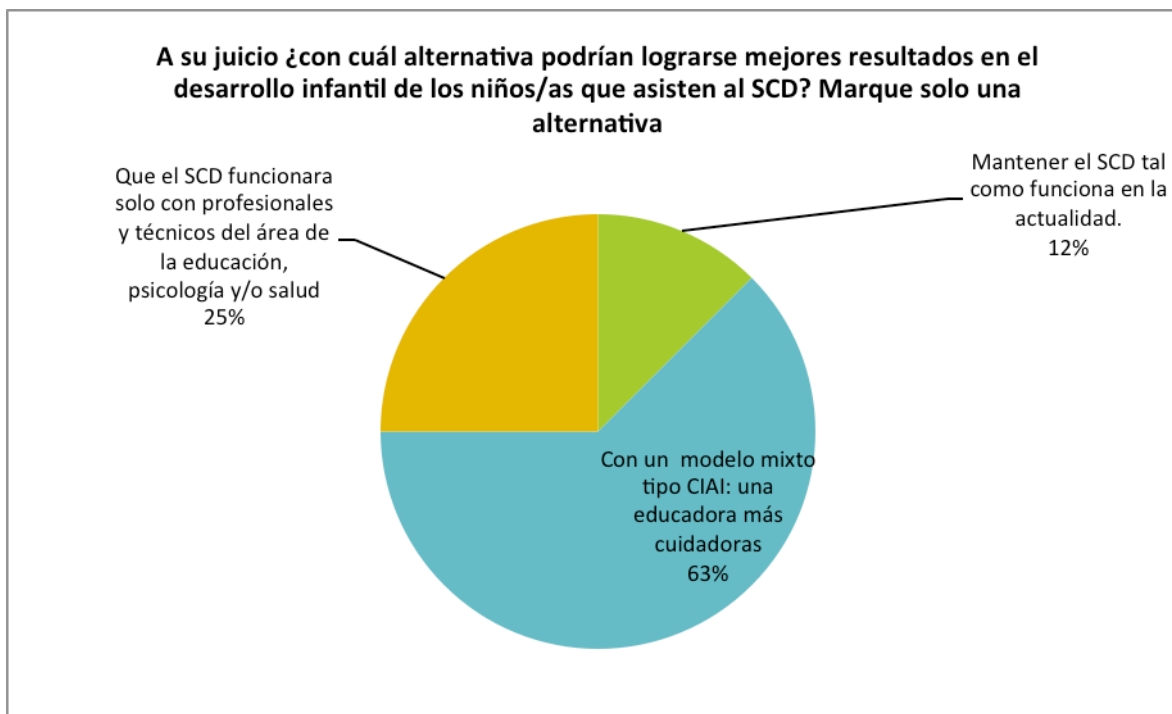
Gráfico n°3: Evaluación del funcionamiento de los Comités de Gestión



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a equipos de Unidades Territoriales.

Un aspecto que interesa evaluar es la percepción de los equipos territoriales respecto a cuál es la alternativa de funcionamiento del SCD que permitiría lograr mejores resultados en el desarrollo de los niños y niñas. En esta línea, la opción mayoritariamente elegida es aquella definida como modelo mixto tipo CIAI, es decir, contar con educadoras y cuidadoras. Es importante consignar que esta es una de las modalidades que actualmente está siendo analizada en la evaluación de impacto que el programa está llevando adelante. Un porcentaje bajo de los entrevistados plantea mantener el SCD tal y como funciona hasta ahora, mientras una gran mayoría opta por modalidades que impliquen transitar hacia una profesionalización de los servicios, tal y como puede apreciarse en el siguiente gráfico.

Gráfico nº4: Alternativas de gestión para lograr mejores resultados en el desarrollo infantil



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas.

De quienes manifiestan preferir un modelo de cuidado mixto, una educadora más cuidadoras, dicen que es la mejor alternativa porque es importante contar con los conocimientos de una profesional, y por otro lado, las cuidadoras aportan con su experiencia de ser mamás y de pertenecer a las propias comunidades. Así se genera un fortalecimiento en el trabajo y desarrollo de los niños. Como señala una de las entrevistadas:

“No es sostenible pensar que se pueden tener profesionales en todas las regiones. Yo veo más bien un modelo mixto, un pool de educadoras que estén monitoreando a las cuidadoras, con una buena selección y una capacitación que sea continua. Somos un programa social cuyo vínculo con la comunidad es fundamental. El que las comunidades confíen en el programa es porque están las cuidadoras a quienes conocen y eso no se puede cortar” (Jefa del Componente de Servicio de Cuidado Diurno).

Por otro lado, las personas que creen que el SCD lograría mejores resultados si solo trabajasen con profesionales técnicos, dicen que aportarían mayor conocimiento y se brindaría una atención de mayor calidad.

Y de las personas que dicen que hay que mantener el funcionamiento actual, lo prefieren así puesto que ha funcionado hasta la fecha.

Es interesante consignar la opinión de los acompañantes técnicos al consultárseles sobre cuáles alternativas podrían beneficiar el nivel de desarrollo de los niños. Aun cuando contar con educadoras tiene una aprobación entre las y los entrevistados, varios creen que, por encima de esto, sería más beneficioso aumentar el estipendio de las cuidadoras, reforzar su capacitación y fortalecer el trabajo con las familias usuarias. Como señala una de las entrevistadas:

“Creo que incorporar más educadoras podría ser beneficioso para los niños pero también creo que mejorando la capacitación y apoyo en el estipendio a las cuidadoras también se puede entregar un buen servicio” (Coordinadora del área de Gestión Comunitaria).

4.1.2 RECURSOS HUMANOS

Actualmente el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) basa su intervención en una estrategia de cogestión – modelo de cogestión comunal – en la que participan, por una parte, el programa y, por la otra, la comunidad organizada, entendiendo como tal a un conjunto de actores presentes en el espacio comunal, los que se articulan en función de los objetivos y actividades que el PNCM establece. Este modelo implica que tanto los actores técnicos como los comunales se comprometen en la gestión directa del Sistema de Cuidado Diurno (SCD), y conlleva algún nivel de participación de cada uno de ellos en las etapas de diseño, planificación, organización, implementación, monitoreo y evaluación. Pueden identificarse distintos actores involucrados. A nivel local están:

Tabla Nº 5: Actores involucrados en modelo gestión SCD.

Actores Técnicos	Actores Comunales
Jefe de la Unidad Territorial	La Asamblea de representación comunal
Coordinador del SCD	El Comité de Gestión
Acompañante Técnico (coordinación pedagógica de 12 salas)	El Consejo de Vigilancia
Especialista en Nutrición Infantil (8 – 10 comités de gestión en función de la dispersión geográfica)	Cuidadora
Especialista en Salud Infantil (8 – 10 comités de gestión en función de la dispersión geográfica)	Guía
Especialista en Gestión Comunal (8 – 10 comités de gestión en función de la dispersión geográfica)	Socia de Cocina
Especialista en Infraestructura y	Apoyo Administrativo

Equipamiento	
Educador (trabaja permanentemente en los CIAI donde existen salas y ludotecas)	Personal de limpieza y vigilancia
Formadores (1 por cada 10 comités de gestión)	
Asistente Administrativo y Técnico Informático	

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos oficiales del PNCM.

El Sistema de Cuidado Diurno (SCD) funciona de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 4:00 p.m., de enero a diciembre. Este servicio se entrega en locales de diversas características que pueden ser familiares, comunales o Centros Infantiles de Atención Integral. Cada local se organiza en salas, que es el módulo básico de organización del SCD. Estas salas están conformadas por un grupo de niños/as de grupos etarios establecidos que tienen a 1 adulto a su cargo. Los adultos a cargo son las Cuidadoras, mujeres de la comunidad que deben cumplir ciertos requisitos establecidos en las directivas del programa. Son las personas encargadas de la atención integral a los niños/as. Entre sus tareas está participar de los procesos de planificación de las acciones educativas, implementar las actividades con los niños/as y reportar los avances en el desarrollo infantil de los niños/as a su cargo. Reciben el apoyo de las Guías, las que pueden reemplazar a las cuidadoras en caso de enfermedad o ausencia y que además tienen a su cargo el acompañamiento a las familias con niños/as en riesgo nutricional.

Tanto la cuidadora como la guía reciben un estipendio establecido en la normativa del PNCM y no tienen vinculación laboral con él.

Junto con lo anterior, se ha establecido que los Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI) cuenten, de manera permanente, con una Educadora, quien debiera cumplir con la función de coordinadora pedagógica del Centro.

Actualmente, el PNCM cuenta con una dotación de 1.706 profesionales, los que se distribuyen como se señala a continuación:

Tabla nº 6: Dependencia y número de profesionales-PNCM.

Dependencia	Nº de Profesionales
Dirección Ejecutiva	17
Unidad Administrativa	38
Unidad de Asesoría Jurídica	3
Unidad de Comunicaciones e Imagen	3
Unidad de Planeamiento y Resultados	20
Acompañamiento a Familias	18
UNTAF – Unidades Territoriales	675
UTCD – Unidad Técnica de Cuidado	24

Diurno	
UTCD – Unidades Territoriales	908
Total	1.706

Fuente: Elaboración propia a partir de Información obtenida del Archivo “Personal-Bajas” entregado por el Jefe de Planeamiento y Resultados

En el caso específico del SCD, de los 908 profesionales, 551 corresponden a los Acompañantes Técnicos (AT), los que se distribuyen en las 36 Unidades Territoriales (UT) existentes en el país. Lo anterior es consistente con el esfuerzo del programa por reducir el coeficiente de centros por Acompañante Técnico a 12 y así mejorar la calidad del acompañamiento técnico y la presencia en campo a los SCD. Los Acompañantes Técnicos son, en su mayoría, educadoras de primaria (34%), educadoras de inicial (21%), del área de ciencias de la educación (16%) y enfermeras (10%).

Además se han contratado, en promedio, 2 formadores por unidad territorial (UT), quienes han sido los responsables de los procesos de formación de los AT en las unidades. Junto con lo anterior, las UT se han visto reforzadas con especialistas en gestión comunal, salud y nutrición. En general los formadores son educadores de primaria o de inicial y en casos acotados, psicólogos. En el caso de los especialistas en gestión comunitaria encontramos una mayor diversidad de profesiones, mayoritariamente del área de las ciencias sociales, tales como sociólogos, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos y educadores. Finalmente, los especialistas en salud y nutrición pertenecen, en su mayoría, al área de la salud, específicamente nutricionistas, enfermeras, obstetras, aunque también hay ingenieros agroindustriales y en industrias alimentarias.

De acuerdo a la información obtenida en las diferentes entrevistas realizadas al equipo directivo del programa, las áreas más difíciles de llenar son las de educación (actualmente sólo cuenta con 19 personas contratadas para el cargo de Educador en todo el país) y la de infraestructura y equipamiento (3 profesionales en las UT). Sobre el 60% de estos cargos han quedado desiertos en las convocatorias que se realizaron durante el 2013⁴. Y las zonas con mayor porcentaje de plazas desiertas respecto a las convocatorias realizadas corresponden a U.T. ubicadas mayoritariamente en la sierra y en la selva. Como señalan algunos de los directivos:

“Además requerimos personal del área de educación y hemos tenidos problemas para poder contratar en esta área, porque venían del Ministerio de Educación, con licencias y trabajaban mientras duraban estas licencias. Tampoco hay gran cantidad de profesionales que tengan que ver con primera infancia. Hay poca cantidad de profesionales que trabajen en esta área. Sobre todo en provincias”.
(Jefe de la Unidad de Planeamiento y Resultados)

“Es complejo contratar profesionales del área de la educación porque no tienen estabilidad laboral y el ministerio de educación no les reconoce la experiencia en

⁴ Documento Información de Procesos CAS – UTCD 2013, Unidad de Planeamiento y Resultados, SCD-PNCM.

este tipo de trabajos. Y además está el tema de los sueldos. Una docente que recién parte gana desde 1.800 soles” (Especialista en Aprendizaje).

“Hay regiones que tienen fortalezas en términos de la provisión de profesionales y otras regiones que no tienen personal idóneo. Como por ejemplo, Iquitos, San Martín y la zona del VRAEN. El año pasado operaron con menos del 50% del recurso humano requerido” (Jefa del Componente de Servicio de Cuidado Diurno).

Existe una decisión política-técnica desde el programa de reforzar a los equipos territoriales, no sólo a través del aumento del número de profesionales sino además a partir de la conformación de equipos multidisciplinarios que puedan dar cuenta del enfoque integral del desarrollo infantil que está a la base del trabajo del PNCM. Expresión de esto lo describe uno de los entrevistados:

“Hay retos importantes para el Programa, como por ejemplo, ir mejorando la calidad y provisión del servicio, como ir haciendo que los equipos incorporen los modelos que tenemos, los instrumentos, las herramientas, como por ejemplo, los protocolos de alimentación saludable, los estándares, el uso del equipamiento, etc., y para eso necesitamos contar con equipos compuestos por profesionales del área de la salud, de la nutrición, de la educación, que sepan trabajar con las comunidades y con las guías y cuidadoras” (Directora Ejecutiva Programa Nacional Cuna Más).

4.1.3 INFRAESTRUCTURA

A través del componente de infraestructura, el PNCM busca contar con condiciones adecuadas de infraestructura y seguridad en todos los locales donde opera el SCD y así aportar al desarrollo infantil integral de los niños/as que asisten a los locales. El programa inicia su funcionamiento sobre la base del ex programa nacional Wawa Wasi, que funcionaba casi exclusivamente en hogares familiares. Un esfuerzo importante del PNCM ha estado focalizado en un proceso que se denomina la migración de niños/as desde Hogares Familiares de Cuidado Diurno (HCD) a Centros de Cuidado Diurno (locales comunales, CCD) de manera que, al 2016, el número de niños en hogares familiares sea un porcentaje muy pequeño del total atendido. Una alternativa intermedia por la que han optado las U.T. ha sido la de concentrar la atención en hogares bifamiliares, mientras se avanza hacia la concreción de Centros de Cuidado Diurno (CCD) y/o Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI) en sus territorios.

Lo anterior ha implicado también iniciar un proceso de mejoramiento de la infraestructura de los SCD que comprenden la construcción de nuevos CIAI y el mejoramiento de los locales ya existentes del programa o que han sido cedidos en uso para el objetivo de la migración. La construcción de nuevos locales requiere contar con un terreno cedido por quien corresponda (comunidad, gobierno local, provincial o regional) y que cumpla con los requisitos técnicos establecidos por el programa. El

financiamiento para las nuevas construcciones tiene su origen en saldos de diferentes programas sociales adscritos al MIDIS del presupuesto 2012 y transferidos al FONCODES para este fin. Cabe señalar que se esperaba haber iniciado la construcción de CIAI nuevos el año 2013 pero la tramitación administrativa de este proceso (regularización de terrenos, cesión de uso, elaboración de diseños y presupuestos, entre otras materias) se alargó más allá de lo esperado, por lo que las autoridades del programa esperan que durante el 2014 se inicie la ejecución de obras para construir 85 CIAI.

Por otra parte, el propio PNCM cuenta en su presupuesto con los recursos para mejorar aquellos CCD que cumplen con las condiciones para convertirse en Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI). El mejoramiento, ya sea para convertir un CCD en un CIAI o para la migración de HCD contempla diversas partidas que pueden incluir implementación de servicios higiénicos, pintura, reparación de pisos y techos y la división de los espacios para habilitar salas pedagógicas.

A septiembre del año 2013 y de acuerdo a información del Sistema informático de registro y monitoreo del Programa Nacional Cuna Más (CUNANET), existía el siguiente detalle:

Tabla N° 7: Tipo de local, número de locales y de niños/as

Tipo de Local	N° de Locales	N° de Niños/as
Hogares de Cuidado Diurno	4.115	37.735
Centros de Cuidado Diurno	1.400	18.376
Centros Infantiles de Atención Integral	20	736
Total	5.535	56.847

Fuente: Elaboración propia a partir de documento: Intervención SCD sept. 2013.

De acuerdo a información entregada por el especialista de infraestructura, para el año 2014 se proyecta la construcción de 85 Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI), la adecuación de 45 Centros de cuidado Diurno (CCD) para que se conviertan en CIAI y el mejoramiento de 150 CCD para apoyar el proceso de migración. De estos 150 locales, 70 corresponden a reparaciones de servicios alimentarios.

En el área de infraestructura, el equipo directivo destaca el avance que significa, en el marco de la atención integral, contar con estándares de alta calidad tanto para la construcción y mejoramiento de locales como para el equipamiento de los mismos. En este último aspecto se han realizado esfuerzos por dotar a todos los SCD de nuevo equipamiento de mobiliario y de materiales de juego y aprendizaje.

“Tenemos un equipamiento y un estándar de infraestructura de altísimo nivel. Tenemos una ficha además para ir monitoreando las medidas de seguridad en cada uno de los recintos y el año pasado hicimos un esfuerzo grande por

entregar mobiliario y material didáctico acorde a los estándares definidos. Pudimos llegar a todos los tipos de locales que existen en el Servicio de Cuidado Diurno” (Especialista en Infraestructura).

Este punto también es destacado por las cuidadoras, guías y comités de gestión de acuerdo a lo señalado en las distintas entrevistas grupales. Lo anterior se complementa con el monitoreo de las condiciones de seguridad de los locales a través de la aplicación de una ficha diseñada para tales efectos.

“Existe mejor equipamiento, juguetes disponibles e instrumentos para que las cuidadoras hagan su trabajo” (Miembro Comité de Gestión de Lima)

“El programa ha mejorado, en cuanto a alimentación, material educativo y equipamiento y al trabajo con los niños/as, respecto a lo que era Wawa Wasi” (Miembro de Comité de Gestión de Cajamarca).

“Ahora el PNCM es más exigente, tenemos más capacitaciones, está más implementado, hay más equipamiento, hay más material para trabajar con los niños, hay más personal especialista que acompaña” (Cuidadora de Iquitos).

No obstante lo descrito anteriormente, todavía persisten algunas restricciones y desafíos en esta área que, de mantenerse en el tiempo, podrían complicar el cumplimiento de metas de cobertura y de atención integral. Por una parte, el no contar con profesionales del área en las U.T. implica una recarga para el equipo del nivel nacional, la dificultad operativa de aplicar correctamente la ficha de condiciones de habitabilidad y de hacer un seguimiento oportuno a las mejoras en este ámbito.

Muchos locales no cumplen con los estándares establecidos y aproximadamente el 70% de los servicios de alimentación tienen condiciones precarias de infraestructura. Algunos locales no cuentan con luz, agua y/o servicios higiénicos.

Junto con lo anterior la demora en la tramitación de los documentos legales para poder empezar a construir y/o mejorar un espacio han tenido impactos, por ejemplo, en el proceso de migración, que avanza más lento que la proyección realizada para alcanzar las metas de cobertura. Además genera incertidumbres en las comunidades, las que tienen terrenos cedidos pero que, al no concretarse los mejoramientos en un mediano plazo, corren el riesgo de que las cesiones de terreno o las voluntades manifestadas en ese sentido, se reviertan.

4.1.4 MEDICIÓN DE LA CALIDAD

La Dirección General de Seguimiento y Evaluación en coordinación con la Dirección General de Calidad de las Prestaciones Sociales (ambas pertenecientes al MIDIS) brindaron asistencia técnica al PNCM para el diseño de sus estándares de desempeño y para la construcción del instrumento que permitiera medir dichos estándares y que corresponden a un documento denominado Lista de Chequeo para el SCD. Desde fines del 2012 y el primer trimestre del 2013 se diseñó la primera versión de la lista de chequeo y se desarrollaron consultorías para validarla. Producto de este proceso y de la publicación de los Lineamientos Técnicos del PNCM en julio del 2013, se redefinieron los estándares de desempeño y la lista de chequeo. En este ámbito, los estándares son los parámetros de referencia que buscan que los procesos operativos y los productos cumplan con requisitos mínimos que se establecen en los diferentes documentos del programa (Informe MIDIS 2013). Es destacable esta metodología de seguimiento del desempeño ya que permitirá identificar áreas deficitarias, establecer recomendaciones, orientar la asistencia y acompañamiento técnico de manera más oportuna y pertinente y reconocer prácticas adecuadas en las distintas Unidades Territoriales (UT)

Los estándares de desempeño han sido clasificados de acuerdo a los componentes y procesos del Programa: gestión comunitaria, formación y desarrollo de capacidades, infraestructura y equipamiento y atención integral. Para cada componente se han identificado los procesos prioritarios y se han definido los estándares de desempeño correspondiente, los que suman un total de 46. Para comprobar el cumplimiento de cada estándar se definieron criterios operativos y objetivos. Se recogió información a través de entrevistas, de revisión documental y de pautas de observación.

Para medir la calidad del SCD se ha elaborado un instrumento denominado Escala de Medición de la Calidad que cuenta con 8 sub-escalas, donde cada sub-escala busca medir un principio del programa. Las sub-escalas a su vez están divididas en ítems. En total hay 33 ítems. Este instrumento no ha sido aplicado y de acuerdo a la información proporcionada se espera realizar un piloto a mediados de este año.

En relación a la calidad, el equipo directivo señala como fortalezas el hecho de que cuentan con instrumentos de gestión y con un sistema informático, CUNANET, que les permite recabar información. Por otra parte se han elaborado lineamientos y normas claras con adecuado contenido técnico que son producto de un trabajo conversado y consensuado al interior de la institución y con apoyo de expertos nacionales e internacionales. El foco de la intervención es el desarrollo integral de los niños y para el abordaje de las distintas dimensiones se han generado instrumentos que apuntan a tener un mejor monitoreo del crecimiento, salud y desarrollo de los niños y niñas.

“Otra de las fortalezas que tenemos, es que tenemos varios instrumentos de gestión: nutrición y alimentación: nunca han tenido problemas de intoxicación, menús altamente reconocidos, programación mensual, con incorporación de recetas regionales. Están buscando el reconocimiento BPM de la cadena y distribución de los alimentos. Son los equipos de salud quienes están realizando los controles.

Tienen protocolizado un procedimiento para la red de emergencia en caso de accidentes” (Jefa de Componente de Servicio de Cuidado Diurno).

“En temas de lineamientos, de normas, el programa ha logrado desarrollar este tipo de instrumentos. Para el próximo año tenemos estructurado el presupuesto por resultados y esto ha sido elaborado en base a evidencias. Ya hay una estructura organizativa que tiene una calidad mucho mayor. El ordenamiento de lo que queremos, cómo lo vamos a hacer y hacia donde queremos llegar está muchísimo más claro (Jefe de la Unidad de Planeamiento y Resultados).

“La fortaleza actual es haber logrado la articulación cada vez mayor con los servicios de salud. La otra fortaleza es que se están generando instrumentos que ayuden a tener un mejor monitoreo del crecimiento y salud de los niños (a través de los paneles de monitoreo y crecimiento infantil para que se pueda ver en tiempo real cómo está yendo el niño en términos de su peso y talla de acuerdo a los estándares de la OMS). Hay fichas donde se incluya toda la información que se genera en los controles de crecimiento y desarrollo y si están con todas sus vacunas y han recibido los micronutrientes. Este año ha sido fundamentalmente un tema de elaboración de instrumentos para mejorar el monitoreo. Los niños tienen una tarjeta de crecimiento y desarrollo y esa es la información que se recaba en el SCD. Hay especialistas en salud en todas las Unidades Territoriales” (Especialista en Salud).

“Partimos desde la base de Wawa Wasi que estableció todo un sistema sobre la atención alimentaria. Cuna Más se ha centrado sobre los principios y los estándares de calidad. Sobre esta base que teníamos hemos logrado implementar para cada una de las estrategias que trabajamos hemos desarrollado estándares de calidad y además hay un cuarto elemento que tiene que ver con las interacciones adulto – niño. Hemos avanzado bastante con el tema de la calidad sanitaria. Estamos avanzando en la creación de protocolos estandarizados, tenemos la facilidad de que hay profesionales especialistas en nutrición en las Unidades Territoriales que le dan soporte y capacitación a los servicios de cuidado diurno. Este trabajo se hace en gogestión con la comunidad organizada” (Especialista en Nutrición).

Los actores comunales valoran que el programa cuente con instrumentos para ir monitoreando áreas como la infraestructura, la seguridad, el servicio alimentario, etc. Las cuidadoras tienen instrumentos para programar el trabajo con los niños, además en un cuaderno se anotan los avances de cada niño, cómo reaccionó el niño ante las actividades programadas y cuáles fueron sus dificultades, entre otras materias. Además existe un cuaderno para el registro de las visitas y un cuaderno para el trabajo con las familias. También está el panel interactivo para evaluar si el niño cumple con ciertos hitos del desarrollo y al final del mes hay que llenar el reporte del panel interactivo. También existe el cuaderno para registrar la asistencia.

“Tenemos instrumentos para monitorear. A través de una ficha de monitoreo miramos la infraestructura, la seguridad, los espacios donde los niños van a estar, el contenido del botiquín, etc. Hacemos entre 1 y 2 visitas a cada local para aplicar esta ficha. Empezamos con el servicio alimentario. Dentro del comité de

gestión nos dividimos para revisar los SCD que tenemos. Aquí juega un rol muy importante el consejo de vigilancia que nos ayuda también a supervisar que la alimentación sea la que corresponde para cada grupo de edad” (Miembro Comité de Gestión, Unidad Territorial de Lima).

Las cuidadoras y guías señalan que los niños reciben buena alimentación, lo que les permite recuperar peso y además reconocen la importancia de haber incorporado más actividades dirigidas a estimular el desarrollo cognitivo de los niños. Refieren como ejemplo del buen trabajo desarrollado el que a los niños les vaya bien en la escuela, en comparación con aquellos niños que no asistieron al programa.

“Trabajamos con los recursos metodológicos que nos entregan del Programa. Consiste en la programación de un mes para hacer actividades con los niños y así apoyar su desarrollo. Anotamos en un cuaderno los avances de cada niño y además utilizamos el panel interactivo para ver la evaluación de cada niño” (Cuidadora, Unidad Territorial de Lima).

“Uno de los principales logros es lograr que un niño revierta su situación de bajo peso y llegar a los padres, especialmente de aquellos niños que están desnutridos” (Guía, Unidad Territorial de Cajamarca).

“También tenemos un cuaderno que es el de ocurrencias y ahí anotamos los intereses de los niños y sus dificultades o por qué no quieren realizar algo. Al final de cada semana se revisa el cuaderno con la Acompañante Técnico y ahí se ve qué se puede hacer para motivar a los niños y también la AT interactúa y participa con los niños, por ejemplo juega con los niños y también observa a los niños” (Cuidadora de Unidad Territorial de Cajamarca).

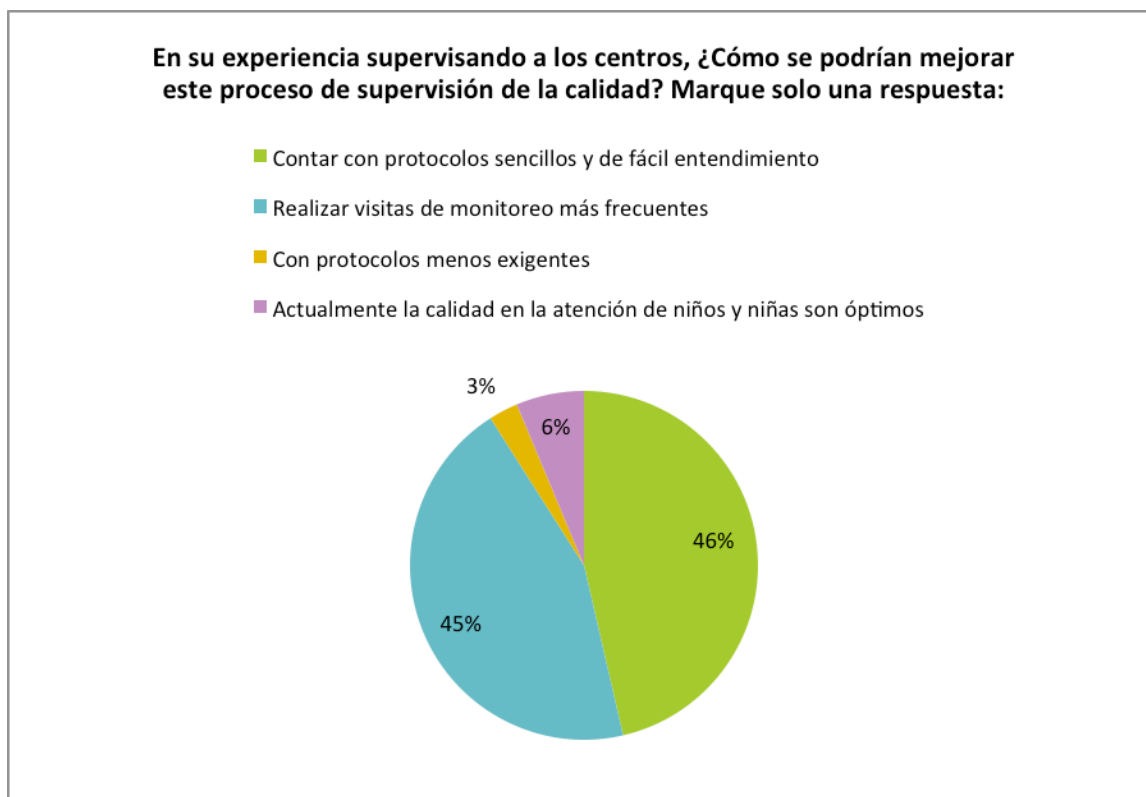
Llama la atención que los coordinadores del SCD señalen que ocupan diversas herramientas para realizar la medición de los estándares de calidad del programa, considerando que esta medición todavía no se realiza. De acuerdo a una encuesta realizada por el Programa, es posible indicar que los principales instrumentos que declaran utilizar son:

- El sistema Cunanet: es utilizado por un 38,5% de los encuestados
- Fichas de monitoreo: son utilizadas por el 77% de los encuestados para medir el cumplimiento de los estándares.
- Evaluaciones: el 15% dice evaluar el desempeño de las cuidadoras.
- Informes y Reportes: un 15% dice utilizar informes mensuales o trimestrales, ya sea de los acompañantes técnicos como de avances generales.
- Listas de Chequeos: el 35% de los encuestados dice ocupar listas de chequeos.
- Panel Interactivo: un 31% ocupa esta herramienta para medir el cumplimiento de los estándares.

Dada la diversidad de respuestas y considerando que el equipo directivo señala que los estándares de calidad todavía no han sido medidos, se estima relevante abordar con los equipos territoriales cuál es el objetivo de cada uno de estos instrumentos y su relación ya sea con los estándares de desempeño y/o con los de calidad.

Por otra parte, los acompañantes técnicos evalúan que la supervisión de la calidad podría mejorarse realizando alguna de las siguientes alternativas:

Gráfico N° 5: Alternativas para mejorar el proceso de supervisión de los centros



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas.

Un punto a considerar al momento de aplicar mediciones de calidad es que efectivamente los instrumentos a utilizar sean de fácil aplicación y que recojan la información justa y precisa, es decir, aquellas variables que afectan directamente el desarrollo infantil y sobre las cuales el programa tenga capacidad de actuar. Por lo mismo es interesante que el acento en esta respuesta esté puesto en la simplicidad de los instrumentos y en el acompañamiento más frecuente. El programa cuenta hoy día con un amplio número de registros (cuaderno de visitas, cuaderno de ocurrencias, cuaderno para el trabajo con familias, panel interactivo, reporte del panel interactivo, ficha 7, ficha 9, panel de monitoreo del crecimiento, etc.) los que deben ser llenados por las cuidadoras, guías y acompañantes técnicos. En las visitas a los SCD, en el marco de las entrevistas, se pudo constatar un deficiente y/o nulo llenado de estos instrumentos. En algunos casos se adujo falta de tiempo para ponerse al día, que no les

había llegado el plumón o simplemente desconocimiento de algún registro en particular. Por supuesto el número de visitas no permite hacer ninguna generalización, pero sí se estima relevante consignarlo.

El equipo directivo también identifica aspectos deficitarios en el ámbito de la calidad y que dan cuenta de una diversidad de situaciones. Por una parte, reconocen la necesidad de escalar la propuesta pedagógica y los principios y estándares en la práctica cotidiana de los equipos a nivel de todas las U.T., reconocen que existen dificultades para que los profesionales incorporen las prácticas esperadas de manera homogénea o relativamente similar en el país. Lo anterior se agudiza por la falta de recurso humano que permita realizar más monitoreo y acompañamiento a los actores comunitarios e incluso desde el nivel central a las U.T. Además existe la preocupación de que los acompañantes técnicos están más dedicados a labores administrativas que al trabajo en terreno.

“Hoy día la acompañante técnica no está acompañando adecuadamente a las guías y cuidadoras porque ocupan el 70% de su tiempo en temas administrativos” (Especialista en Aprendizaje).

“En mi área la debilidad que identifico es que tenemos que establecer una planificación bien programada para los equipos de las Unidades Territoriales porque el día a día y el trabajo administrativo los come, especialmente a los acompañantes técnicos que están más en la oficina que en campo” (Coordinadora del área de Gestión Comunitaria).

En términos de información, pese a que se valora el contar con un sistema informático, se reconoce que CUNANET funciona con un desfase de 2 meses y que presenta dificultades para el ingreso de información. Por otra parte se señala que aunque existe información, ésta no se encuentra ordenada de manera que permita monitorear el desarrollo de los niños y en el tema del monitoreo nutricional muchas veces no se tienen los datos para actuar en forma oportuna. Se indica que se usa el panel interactivo a nivel local para monitorear el desarrollo, pero a nivel nacional no se está haciendo gestión de la información. En la línea nutricional el especialista señaló que no se conoce qué niños con bajo peso necesitan un suplemento ni tampoco se hace un seguimiento en los plazos que correspondería. No existe información respecto al tratamiento oportuno de las infecciones que los niños pueden presentar producto del bajo peso. A lo anterior se agrega que a veces, en el nivel local, se generan dificultades para la articulación con salud porque no siempre actúan en función de lo que establecen los convenios. Otro elemento que se visualiza como una amenaza al esfuerzo que el programa realiza es la ausencia de continuidad en la oferta educativa para niños mayores de 3 años.

Por último, en el área de trabajo con familias del SCD todavía falta avanzar en un currículum específico para trabajar con las familias en función de los riesgos que los niños puedan presentar, lo que debería complementarse con una mejor caracterización de las familias con las que trabaja el programa. Existe la data para construir perfiles de

familias pero no se ha realizado. En este punto es interesante consignar que tanto el componente de trabajo con familias como el de formación y desarrollo de capacidades no tienen contrapartes a nivel local, lo que implica que la responsabilidad recae en el coordinador del SCD quién delega en algún miembro del equipo territorial.

4.1.5 ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Describir la calidad de algo exige una apreciación o juicio de valor que requiere de un estándar de comparación, por lo que es fundamental avanzar en la definición de ese estándar que permitirá ir monitoreando y evaluando la calidad de las intervenciones. Los estándares de calidad se refieren a los niveles máximos y mínimos deseados, es decir, corresponden a la norma técnica que se utilizará para evaluar la calidad de un servicio. Es un criterio global de referencia que señala un nivel deseable, tanto de las acciones como de las áreas de intervención de un proyecto (ICBF, 2001). Los estándares deberían ser realistas, es decir viables y posibles de alcanzar en condiciones normales de operación; dinámicos, posibles de ajustar en función del resultado de las evaluaciones que se realicen; medibles para poder efectivamente verificar su cumplimiento en base a indicadores concretos; pertinentes en términos de que responden a las necesidades y características socioculturales de los niños/as y sus familias y concertados, es decir, han sido comprendidos y acordados por todos los interesados en el marco de un programa o proyecto.

Para cada estándar propuesto se espera que exista una declaración que describa qué es lo que el estándar está tratando de alcanzar. Y ese mismo enunciado debiera establecer los criterios de desempeño por los cuales el estándar será evaluado. Considerando todo lo anteriormente señalado se estima que el PNCM todavía puede avanzar un poco más en la descripción operativa de cada estándar y en la definición de los criterios por los cuáles se evaluará si el estándar está siendo alcanzado. Un avance en esta línea, con las consideraciones ya señaladas, es la Escala de Medición de la Calidad de los Centros de Cuidado Diurno que busca medir los principios establecidos por el PNCM (Ver anexo nº 2). La duda radica en que, junto con los principios, el programa definió un conjunto de estándares, los cuáles no son fácilmente identificables en esta Escala ni tampoco cuentan con una definición operativa. Sólo a modo de ejemplo se graficará lo anterior en la siguiente tabla:

Tabla Nº 8: Principio Nº 1 del PNCM – comparación entre los estándares y la escala de medición de la calidad

Niños saludables, felices y competentes	
Estándares	Escala de Medición de la Calidad
La cuidadora promueve que niños y niñas sean protagonistas de su aprendizaje.	Oportunidades de aprendizaje

La cuidadora fortalece el proceso de construcción de identidad de niñas y niños.	Juego Libre
La cuidadora promueve prácticas para la formación de estilos de vida saludables en niños, niñas y adultos contribuyendo a la construcción de salud positiva.	Construcción de la identidad
	Prácticas saludables del personal
	Formación de hábitos en los niños
	Alimentación

Fuente: elaboración propia en base a documentos del PNCM

En general, los países de América Latina y El Caribe han optado por establecer estándares que abarcan distintas dimensiones, tales como: recurso humano, programas educativos y de desarrollo, interacciones con los niños, ambiente físico, equipamiento y mobiliario, salud, nutrición, seguridad, interacción con las familias y miembros de la comunidad, administración y finanzas, entre otros. En el caso del PNCM pareciera que, por una parte, se han definido estándares de calidad y por otra, estándares de desempeño y ambos tienen herramientas de medición distintas.

Se requiere aplicar ambos instrumentos en todos los SCD (o en una muestra representativa) que permita establecer la línea base para cada una de las modalidades (HCD, CCD y CIAI). A partir de esta primera aplicación se van a identificar aquellos locales con peor y mejor desempeño en cada modalidad lo que podría utilizarse como la escala de gradualidad que permita atender la variedad existente en función al tipo de local y organización. No parece posible realizar este ejercicio sin antes haber establecido la definición operativa de cada estándar y el o los indicadores que se utilizarán para medirlo.

4.1.6 EFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO INFANTIL SEGÚN PERSONAL DE ATENCIÓN SCD

Los factores que influyen en el desarrollo infantil son múltiples, y el peso lo llevan las características estructurales y la calidad de la interacción entre el adulto y el niño(a), no una determinada profesión o una especialidad. No hay estudios que sustenten la evidencia que una determinada profesión por sí sola determine un mejor desarrollo. Los programas con efectividad replican el modelo de un profesional altamente entrenado a cargo del equipo técnico de cuidado a los niños(as), la diferencia es que este personal de cuidado tiene una carrera técnica o bien un entrenamiento en infancia temprana, y el profesional a cargo está en contacto directo con el equipo.

Los factores relacionales de las cuidadoras son esenciales, la motivación de trabajar con los niños(as), la adherencia a la visión del niño y niña competente del programa, la sensibilidad para leer señales, su capacidad de establecer comunicaciones enriquecedoras cognitivamente y confortables afectivamente son esenciales para el desarrollo infantil.

El entrenamiento comunicacional de la cuidadora es fundamental, las características de la comunicación efectiva con bebés y preescolares es importante así como el manejo que permita evitar errores comunicacionales y solucionar situaciones difíciles. Por lo tanto, más importante que el tener o no grado universitario, es el nivel de entrenamiento práctico, efectivo e interaccional en cómo trabajar con los niños(as), adquiriendo el dominio sobre cómo establecer relaciones efectivas con los niños(as), familias y comunidades (BID 2010). Entrenamiento en manejo efectivo de conductas desde una comprensión interaccional y desde el enfoque de la teoría del apego.

El incentivo es esencial, para asegurar la permanencia, la estabilidad y la motivación de las cuidadoras.

4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SCD CON OTROS PROGRAMAS DE CUIDADO Y EDUCACIÓN INFANTIL TEMPRANO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

Esta sección busca comparar los rasgos de diseño y operación del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) con otros programas de cuidado y educación infantil de la primera infancia de la región y del mundo que tengan elementos similares, con el objetivo de identificar fortalezas y desafíos que aporten información relevante para responder la pregunta que da origen a este Estudio de Caso. Para ello se darán cuenta de algunas de las características centrales de los programas de los países de OCDE y luego a través de la revisión de los documentos programáticos y en los aspectos teóricos del diseño del PNCM se revisarán las características estructurales asociadas a la calidad de los programas, así como también aspectos específicos, como recurso humano, pautas de aprendizaje, focalización, cobertura, nutrición y salud, entre otros.

Los países nórdicos tienen modelos de avanzada para la prevención de la pobreza, ya que llevan muchos años de experiencia en políticas de infancia temprana y porque han confirmado que un niño(a) tiene muchas dificultades en recuperarse de un mal comienzo en su vida, por lo que adelantan la prevención para intentar evitar que los niños(as) entren en riesgo, ofrecen apoyo especial a las familias y ofrecen descanso postnatal de un año.

Los países con más antigüedad en el cuidado infantil, están preocupados de ofrecer una continuidad en las transiciones al nivel pre escolar, escolar y programas extra escolares. Por ejemplo, Bélgica, Dinamarca, Francia y Suecia, apoyan que sus profesionales se intercambien de contexto para acompañar a los niños(as) en estas transiciones y promuevan la continuidad en estas relaciones de cercanía con los niños(as).

La OECD recomienda que exista un modelo unificado de aprendizaje entre los servicios de cuidado y educación inicial y el nivel primario de educación, para que exista coherencia entre los modelos educativos que se orientan al niño(a). En Francia, han consolidado un ciclo unificado entre los dos últimos años del preescolar (école maternelles) y los dos años de primaria.

Por otro lado la experiencia de países de la OECD señala que integrar: control de la visión, de la audición, de la salud oral, salud física permite detectar precozmente a niños y niñas con necesidades especiales de salud. Otro aspecto fundamental es que la mayoría de los servicios tienen esfuerzos para acercar a la comunidad al servicio y trabajan cercanamente con las familias como aliadas, una de las estrategias efectivas es la política de puertas abiertas a los padres.

4.2.1 PROGRAMAS DE CUIDADO Y EDUCACIÓN INFANTIL TEMPRANO EN AMÉRICA LATINA.

Esta revisión se basó en dos informes recientes: Panoramas sobre los servicios de desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe (Araujo 2013) y Pautas para el aprendizaje temprano en América Latina y el Caribe y Desarrollo Infantil Temprano en México: Diagnóstico y Recomendaciones (BID 2013), ambos del BID.

Se seleccionaron 28 programas de cuidado y/o de educación infantil en LA y C similares al SCD-PNCM con los siguientes criterios: Programa de cuidado y educación infantil, atención en centros y/o en bases comunitarias, atención diaria y a niños de 0 a 36 meses, sin excluir programas con atención a niños de más de 36 meses; se excluyeron aquellos programas que sólo realizan estimulación infantil o apoyo parental, sin cuidado diario.

A continuación se presenta una tabla que resume los programas analizados de acuerdo al tipo de centro y a los componentes que contiene, de acuerdo a la siguiente clasificación:

CDI: Centro de cuidado y/o educación infantil: centro institucional, con personal capacitado.

CC: Centros comunitarios de cuidado y/o desarrollo infantil: Centro en comunidad u hogares familiares adaptados, puede haber personal capacitado o no, atendido generalmente por madres experimentadas de la comunidad.

PP: Componente de fortalecimiento parental para la crianza temprana: educación grupal en CDI, centros comunitarios o en visitas domiciliarias.

PS: Componente de salud: control de salud, del crecimiento, del desarrollo, inmunización, etc.

PN: Componente de alimentación y nutrición; con o sin suplementación específica.

Tabla nº 9: Resumen de los programas comparados

País	Nombre programa	Tipo de programa				
		CDI	CC	CP	CS	CN
Argentina	1. Centro de Protección Infantil CPI	X		X		X
	2. Jardines Infantiles de la ciudad de Buenos Aires	X		X		X
Bolivia	3. PAN Manitos-El Alto.	X		X		X
Brasil	4. Programa Espacio de Desarrollo Infantil	X				X
	5. Atención en Educación Infantil.	X		X		X
	6. Proyecto de Primera Infancia.	X		X		X
Chile	7. Fundación Integra	X		X		X
	8. Jardines infantiles de la JUNJI	X		X		X
Colombia	9. Buen Comienzo	X	X	X		X
	10. Proyecto para una Infancia y Adolescencia Feliz y Protegida Integralmente.	X	X	X		X
	11. Hogares Comunitarios de Bienestar		X	X		X
Costa Rica	12. CEN-CINAI del Ministerio de Salud	X		X		X
Ecuador	13. Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV)	X	X	X		X
El Salvador	14. Centros de Bienestar Infantil y Centros de Desarrollo Integral. CBI y CDI.	X	X	X		X
Guatemala	15. Hogares Comunitarios	X	X	X		X
Honduras	16. Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario.	X		X		X
Jamaica	17. Early Childhood Comission	X		X		X
México	18. Programa Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras.		X			X
	19. Guarderías	X		X	X	X
Nicaragua	20. Programa de Atención Integral de la Niñez Nicaragüense PAININ.	X	X	X		X
Panamá	21. Centro de Orientación Infantil y Familiar	X	X	X		X
República Dominicana	22. Programa de Atención Integral a la Primera Infancia.	X		X		X
	23. Administración de Estancias Infantiles de Salud Segura	X	X			X
	24. Espacios de Esperanza del	X		X		

	Despacho de la Primera Dama.					
Uruguay	25. Plan CAIF	X	X	X		X
	26. Programa Nuestros Niños (PNN)	X		X		X
	27. Programa de Primera Infancia (antiguos centros diurnos)	X		X		X
Trinidad y Tobago	28. Early Childhood Care and Education Centers.	X	X			X

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de los informes del BID.

En términos generales la mayoría de los programas dependen del Ministerio de Educación, Ministerio o Instituto de la Niñez y Adolescencia, y del Ministerio de Desarrollo Social o Instituto de Seguro Social, al igual que el SCD que depende del MIDIS, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Respecto de lo financiero, de los programas analizados, 25 se declaran gratuitos y 4 reciben aporte de parte de los padres que en promedio es de USD\$12.75, otros dos programas reciben aportes voluntarios pero sin declarar cifras. El SCD no recibe aporte de los padres actualmente.

En términos de focalización y cobertura El Servicio de Cuidado Diurno (SCD), presenta una proporción más baja que el promedio del resto de los programas de América Latina, desde los 6 hasta los 18 meses el SCD atiende a 4 niños(as) por adulto, y el promedio de 28 programas da una proporción promedio de 5,8 y 6,4 niños(as) en el primer y segundo año de vida por adulto. Desde los 18 hasta los 36 meses el SCD atiende 8 niños por adulto, y los otros programas alcanzan un promedio de 9,7 niños(as) en el tercer año de vida.

El SCD atiende niños(as) en un rango de edad de 6 a 36 meses, pero aún cuenta con un grupo de niños(as) que venían siendo atendidos por el Programa Wawa Wasi, que actualmente alcanza un 18% del total de cobertura y va en disminución. Además el Programa establece que aun cuando atienden hasta los 36 meses en la práctica se intenciona que ingresen niños hasta los 30 meses para que así tengan posibilidades de estar expuestos a estimulación temprana y recibir alimentación al menos por 6 meses.

El análisis de los otros programas de América Latina, nos muestra que la mayoría (76%) de los programas de cuidado infantil se inician desde el nacimiento, muchos de ellos incluyen en su atención psicoeducativa a madres gestantes. Sólo un 14% de los programas se asemeja al inicio del rango de edad del SCD, desde el séptimo mes, con la diferencia que el rango superior del SCD es de 36 meses y la mayoría de los programas extienden su atención a niños mucho después de los 36 meses, llegando hasta los 60 y 72 meses al egreso.

A continuación se comparan cuatro componentes de los programas de desarrollo infantil: los cuidados y la educación en términos del desarrollo infantil, los centros y las cuidadoras, la educación a padres y por último la salud y nutrición infantil

a. Cuidado y educación

Dos de los programas refieren control del desarrollo a través del Instrumento de auto reporte de padres y madres Ages and Stages. Dentro de la línea de acción de Atención Integral, el SCD cuenta con un componente llamado Aprendizaje Infantil que considera la promoción del aprendizaje, de ambientes seguros y retadores para la exploración, trabajo con el intersector y el seguimiento al desarrollo y aprendizaje infantil.

Esto último se realiza en el contexto del control de salud Crecimiento y Desarrollo (CRED) en forma anual a través de la aplicación de test específicos.

Para los niños(as) entre 0 a 30 meses se ocupa el Test Peruano del Desarrollo y para los niños(as) entre 3 a 4 años se usa Test Abreviado del Desarrollo Psicomotor. El primero mide comportamiento motor postural, viso motor, lenguaje, personal social e inteligencia y aprendizaje. Los criterios para la interpretación de resultados:

- **Desarrollo normal:** el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente
- **Riesgo para trastorno del desarrollo:** cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente, pero presenta un factor de riesgo para el desarrollo.
- **Trastorno del desarrollo:** cuando el niño no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra una desviación a la izquierda de uno o dos meses, con uno o más hitos afectados, o desviado a la izquierda un solo hito asociado a factor de riesgo.

El segundo test mide rendimiento en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

Desarrollo normal: cuando el niño(a) ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

Déficit del desarrollo: cuando una o más de las conductas evaluadas en el niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.

Estas categorías también se registran en el formulario de seguimiento y en el sistema Cunanet.

b. Centros comunitarios y las cuidadoras:

La mayoría de los programas (16) se compone de una mezcla de tipos de centros, y solo 10 tienen un solo tipo, no hay programas que funcionen exclusivamente con hogares comunitarios adaptados.

Tabla N° 10: Tipos de centros según programa.

Tipos de centros según programa	Número de programas
Sólo centros institucionales	9
Centros institucionales y comunitarios	4
Centros institucionales, comunitarios y hogares adaptados	5
Centros institucionales y/o comunitarios y/o hogares y/o centros anexados	7
Sólo centros comunitarios	1
Sólo hogares comunitarios adaptados	0

Fuente: Elaboración propia a partir documentos SCD y BID.

El SCD también presenta una mezcla de tres tipos de centros: 36 Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI), 1669 centros comunitarios (Centros de Cuidado Diurno) y 3.894 hogares adaptados que se denominan Hogares de Cuidado Diurno. En total cuenta con 5.599 centros.

Respecto de las cuidadoras, de los 25 programas con datos de formación, se puede afirmar que las madres comunitarias o cuidadoras presentan una gran heterogeneidad en su formación profesional, pero las maestras tienen una formación más homogénea.

Para la formación de la madre cuidadora, 4 programas no piden ningún requerimiento de educación, 6 programas exigen educación primaria completa, 3 requieren educación secundaria completa, 6 bachillerato completo, 2 programas requieren formación técnica y 2 programas tienen estudiantes de educación como cuidadoras. El SCD no solicita requisitos de educación formal, pero si exige dominio de lectura y escritura.

Las maestras, en su mayoría, son profesionales de educación o educación inicial con estudios superiores, una licenciatura terminada, o bien una carrera técnica, muy pocos casos tienen como requisito tener una especialidad en infancia temprana. La formación de la educadora de los CIAI tiene equivalencias a este perfil, y parcialmente los acompañantes técnicos, quienes son profesionales del área de educación o de salud.

El SCD cuenta además con especialistas en nutrición, salud y gestión comunitaria dentro de su equipo territorial.

El salario promedio en los programas revisados de una cuidadora es de USD\$424 y de una maestra es de USD\$558. El SCD cancela a una cuidadora categoría A: USD\$128, a una cuidadora categoría B: USD\$117 y a una cuidadora categoría C: USD\$107.

De los 16 programas con datos, sólo 7 refieren realizar capacitaciones al personal y sólo uno realiza inducción laboral. No se señalan las temáticas en que se capacitan.

El SCD ha desarrollado una estrategia de capacitación continua. Se realizó una formación oficial de formadores para cada unidad territorial. A su vez, el formador asume acciones formativas para el acompañante técnico (y la educadora) dos veces al

año, para que estos a su vez formen, orienten, capaciten y monitoreen a los equipos técnicos territoriales en tres jornadas anuales (Plan de acción PNCM 2013). Cada unidad territorial reporta oficialmente la cantidad de talleres, visitas de acción en terreno y reuniones de inter aprendizaje realizadas tanto a los actores comunitarios como a los equipo territoriales.

c. Educación a padres:

La mayoría de los programas realiza educación grupal de padres y madres, con frecuencias muy variables, pero los temas mencionados son muy homogéneos; alimentación, crianza, seguridad, vínculo y estimulación del desarrollo. El SCD también realiza educación grupal en torno a estos temas a través de dos vías, la que pertenece al componente de Atención Integral, el trabajo con familias, y otra vía que es el Servicio de Acompañamiento a Familias.

A través del trabajo con familias, la Guía⁵ se posiciona como un agente esencial para trabajar con las familias en el domicilio, y establece un vínculo más estrecho orientando a la familia a trabajar en torno a temas de infancia que son muy relevantes para el desarrollo y el fomento del vínculo entre el niño(a) y sus padres. Las cuidadoras también realizan tareas educativas

d. Salud infantil y nutrición:

De los programas analizados solo el programa mexicano de Guarderías realiza seguimientos de salud en sus centros a cargo de enfermeras, y otros 7 refieren controles de salud regulares en un servicio de salud. Como ya se ha mencionado, el SCD a través de su línea de acción Atención Integral, en su componente Cuidado de la Salud Infantil, realiza actividades de promoción de la salud, atención y prevención de la enfermedad y protección de maltrato infantil. Dentro de estos componentes, promueve la vigilancia de la salud a través del control periódico, la frecuencia de estos controles es muy variable, pero se puede afirmar que en niños de 0 a 6 meses los controles son mensuales, y desde los 7 a 1 año cada tres meses, y desde el segundo año cada seis meses. La frecuencia de controles es más frecuente en casos de niños(as) con desnutrición.

El SCD realiza la vigilancia de la antropometría dentro de la línea de acción Atención Integral, a través de componente de Cuidado de la Salud Infantil, en su eje Atención y Prevención de la Enfermedad, porque fomenta la asistencia al control CRED (Crecimiento y Desarrollo) de los niños(as) en los establecimientos de salud.

⁵ La Guía es un miembro reconocido por la comunidad a cargo de vigilar el desarrollo infantil, brindando acompañamiento a las familias con niños(as) en riesgo nutricional, de salud o del desarrollo, atiende a las familias que participan en 12 a 14 salas. Además promueve la participación de las familias y reemplaza a la cuidadora en caso de enfermedad. Su perfil es semejante a la madre cuidadora además tener conocimientos del programa del SCD, buenas relaciones interpersonales, haber sido cuidadora y contar con el apoyo de su familia.

En términos de la nutrición todos los programas con jornada completa dan raciones alimenticias, la mayoría entrega dos refrigerios y un almuerzo, pero 12 de ellos ofrecen además de esto un desayuno, y dos programas ofrecen además una cena. El SCD también entrega un almuerzo y dos refrigerios como la mayoría de los programas.

Los 14 programas que tenían el dato de la cobertura del aporte calórico, tuvieron un promedio de 75% calorías diarias, es importante mencionar que sólo dos programas otorgan el 100%. Respecto del aporte proteico, sólo dos programas ofrecen datos de cobertura.

El SCD satisface el 100% de necesidades proteicas, el 70% de necesidades calóricas, el 70% de las necesidades de Hierro y el 60% de necesidades de los demás micronutrientes. A pesar de la existencia de estas acciones, los lineamientos de PNCM explicitan que “no es un fin la recuperación nutricional porque ellos consideran el desarrollo infantil como principal objetivo de la intervención” (MIDIS 2013).

Las categorías para la vigilancia nutricional del SCD son:

- Crecimiento adecuado: cuando los indicadores de Peso/Edad (P/E) o Talla/Edad (T/E) están en los puntos de corte para normalidad, +2 a -2DS y la tendencia del grafico es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia.
- Crecimiento inadecuado o riesgo nutricional: cuando los indicadores de P/E o T/E están en los puntos de corte para normalidad +2 a -2DS, pero la tendencia del grafico no es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia.
- Problemas nutricionales (RMN MINSA 2010).

Los problemas nutricionales más frecuentes de los niños(as) atendidos por el SCD son:

- Diagnóstico de desnutrición aguda: déficit de peso para la talla.
- Diagnóstico de desnutrición crónica: déficit de talla para la edad.
- Anemia por deficiencia de fierro: bajos niveles de hemoglobina por insuficiente consumo de hierro.
- Sobrepeso y obesidad

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones

En este capítulo se presentan, en primer lugar, las conclusiones generales de los hallazgos de la investigación, posteriormente las conclusiones respecto de la pregunta y los objetivos de la investigación y finalmente se plantean recomendaciones que surgen del estudio de caso.

5.1 CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Para iniciar el proceso de reflexión final, se torna relevante señalar algunas conclusiones en función de los hallazgos de esta investigación.

El Programa Nacional Cuna Más está ofreciendo servicios a la infancia temprana lo que está en plena concordancia con todas las recomendaciones de inversión estatal para la superación de la pobreza e inequidades. Además está instalando el modelo de atención de Cuna Más sobre el de Wawa Wasi, lo que implica pasar de un modelo de cuidado infantil a un modelo de educación y cuidado infantil, puesto que se sabe que ambas dimensiones son inseparables.

EL PNCM ofrece una cobertura nacional pero focalizada a población rural (en zonas donde la tasa de desnutrición crónica es superior al 30%), alcanzando así los contextos más desfavorecidos de los niños/as que viven en hogares de pobreza y extrema pobreza. Esta focalización es oportuna y muy necesaria para proteger el desarrollo cerebral infantil. Por otro lado, con esta oferta de cuidado, se permite la participación laboral femenina que es necesaria para tener una mayor equidad de género, al igual que en el resto de los países de América Latina y El Caribe.

Perú tiene la visión correcta e ideal de considerar la oferta de cuidado y educación para la primera infancia como un bien público, y pretende pasar de una oferta focalizada hacia una más universal, lo que implica un compromiso de Estado que muy pocos países en el mundo logran. El costo por niño del Servicio de Cuidado Diurno (USD\$855) es más bajo que el promedio de los programas de LA y C (USD\$1444) y claramente más bajo que el de los servicios de más alta calidad de la OECD, a saber, USD\$10.000.

Es un servicio gratuito para las familias, lo que puede ser una fortaleza y también un desafío, ya que cuando las familias aportan una pequeña cantidad de dinero se puede generar mayor compromiso de las familias. En cambio, en la mayoría de los países de la OECD existe un copago importante, entre un 25 a 30%, aunque aliviado por algunos subsidios.

Los intervalos de edad de los niños/as atendidos en cuatro categorías están sustentadas en hitos relevantes del desarrollo que tienen implicancias positivas para la estructuración del ambiente y las interacciones con sus cuidadoras, lo que se considera como una fortaleza del programa dado que la mayoría de los países usan menos categorías que el PNCM.

La fortaleza de pertinencia cultural del SCD está sostenida, en gran parte, en el hecho que la madre cuidadora es un agente reconocido por la comunidad, habla el idioma materno de los niños/as, esto es esencial para la crianza de niños/as pequeños, el respeto a su identidad cultural y pertenencia grupal.

El SCD cuenta con el componente de Trabajo con Familias, lo que se alinea con la evidencia y con las recomendaciones internacionales de fomento de competencias parentales para la promoción de la salud y desarrollo infantil, y la necesidad de focalizar en aquellas familias con una mayor acumulación de factores de riesgo. La evidencia de la importancia de las competencias parentales en el desarrollo infantil y que las familias son el principal agente de cambio, son muy fuertes, lo que posiciona este lineamiento del programa en la dirección correcta. Además el programa cuenta con las áreas de desarrollo y aprendizaje infantil que son comunes a la mayoría de las referencias de infancia temprana.

Finalmente, los hallazgos de este estudio confirman que el diseño o la arquitectura institucional del Programa tienen un impacto en cómo están llegando los servicios de desarrollo infantil temprano a los niños y niñas atendidas por el Servicio de Cuidado Diurno. El modelo de cogestión basado en el trabajo voluntario de las comunidades, la capacidad y suficiencia del recurso humano que se requiere para las múltiples tareas que se ha impuesto el Programa, el financiamiento asociado a las necesidades de infraestructura y equipamiento y, por último, la definición de estándares son factores que tienen una clara incidencia en el comportamiento organizacional del Programa Cuna Más.

Continuando la reflexión vinculada a los hallazgos, este capítulo desagregará algunas conclusiones elaboradas a partir de la pregunta y los objetivos establecidos al inicio de la investigación.

5.1.1 HALLAZGOS DERIVADOS DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Este estudio buscó responder la pregunta respecto de ¿qué factores deben tenerse en cuenta para implementar políticas de calidad en materia de desarrollo infantil temprano? En relación a la misma, es posible señalar que los resultados son bastante coherentes con la revisión bibliográfica y con los mismos esfuerzos que actualmente lleva adelante el Programa Nacional Cuna Más.

Es decir, la gobernanza, en términos de las funciones y responsabilidades que tienen los principales actores del Programa sobre un sinfín de materias, incluida la apuesta por un modelo de cogestión que sostiene los servicios dirigidos a la infancia principalmente en el trabajo de voluntarias apoyadas por equipos profesionales. Junto con lo anterior, también fue posible establecer la relevancia de la definición de estándares de calidad que orienten el trabajo, la necesidad de contar con un recurso humano calificado, los aspectos de infraestructura y equipamiento y también los referidos al financiamiento para llevar adelante las acciones establecidas. Los hallazgos de esta investigación sostienen que los factores determinantes que intervienen en la implementación de Cuna

Más están referidos a los ya señalados, según se desprende de los documentos secundarios y del análisis de las entrevistas realizado.

No obstante, centrarse únicamente en las instituciones formales impide analizar la otra cara de la institucionalización, la de los actores, a veces no tan visible pero determinantes a la hora de establecer los factores de éxito o fracaso de la implementación del programa. Aunque quedan muchas preguntas por resolver respecto a la incidencia que adquieren las estructuras informales en el proceso de toma de decisiones, a partir de esta investigación se abren nuevas líneas de investigación a través de la reexaminación del diseño institucional de los programas de desarrollo infantil temprano en Latinoamérica.

5.1.2 HALLAZGOS DERIVADOS DE LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

Respecto del primer objetivo específico de desarrollar un modelo de análisis descriptivo en base a los documentos oficiales y entrevistas de actores claves en el proceso de implementación, se concluye que este se logra dado que se revisó casi la totalidad de la documentación oficial con que cuenta el Programa, se logró entrevistar a actores claves tanto del nivel nacional como de las Unidades Territoriales y además se pudieron desarrollar entrevistas grupales a actores de la comunidad que participan directamente de la implementación del Servicio de Cuidado Diurno.

Respecto del segundo objetivo específico de analizar comparativamente la política en relación a los estándares internacionales con que se cuenta para materializar una política de calidad también se logra definir un conjunto de dimensiones y realizar una comparación que permite identificar un conjunto de aspectos que pueden traducirse en fortalezas y desafíos del Programa, y específicamente del Servicio de Cuidado Diurno, al momento de comparar sus definiciones programáticas con las de otros países.

Respecto del tercer objetivo específico de generar recomendaciones que permitan orientar la política pública en relación a disminuir brechas de calidad de la política se detallan a continuación.

5.2 RECOMENDACIONES.

Finalmente, este estudio presenta un conjunto de propuestas de recomendaciones elaboradas a partir de los hallazgos previamente analizados.

Cuna Más está en una fase de implementación inicial y progresiva, en comparación a programas de sociedades industrializadas; lo que podría permitirle integrar aprendizajes del proceso en la ampliación a otros territorios del país. Es por ello que para efectos de transformar este estudio como insumo para la política pública se pasaran a exponer algunos desafíos y recomendaciones en cinco dimensiones respecto al Sistema de

Cuidado Diurno: modelo de atención integral, modelo de cogestión, el recurso humano, la coordinación intersectorial y la infraestructura.

Modelo de Atención Integral:

Consolidar la implementación progresiva del nuevo modelo de atención integral de calidad a niños y niñas en todas las unidades territoriales del país, evaluando la posibilidad de incorporar las sugerencias contenidas en este estudio.

Aplicación y análisis de la medición de estándares de calidad y de desempeño del SCD. Los resultados debieran permitir establecer la línea base para las modalidades involucradas y la escala de gradualidad entre los niveles mínimos, medios y superiores. Además con la información recogida podrá orientarse de manera más oportuna y pertinente la asistencia y acompañamiento técnico a las unidades territoriales y fijar un plan de mejora continua.

El SCD tiene un componente de trabajo con familias pero éste requiere avanzar en el desarrollo de un currículum específico que aborde el trabajo con las familias en función de los riesgos que puedan presentar los niños/as y que establezca cuáles son los indicadores que permitirán ir evaluando si las acciones desarrolladas van generando cambios en las familias que se traduzcan en un mayor bienestar de los niños y niñas.

Desarrollar flujogramas de trabajo por línea de intervención. Con la excepción de salud y nutrición, el resto de los componentes no tienen flujogramas que permitan graficar las acciones y distintas alternativas de trabajo de manera sencilla pero comprensible y que además permita fortalecer el trabajo coordinado al interior del propio programa entre los distintos componentes e incluso de manera más programada e intencionada con el Servicio de Apoyo Familiar (el otro componente del Programa Cuna Más).

El componente de Atención Alimenticia y Nutricional, tiene el desafío de hacer sinergia entre la acción de Alimentación en Niños con Problemas Nutricionales y el Seguimiento a Niños en Riesgo Nutricional o Malnutrido, del componente Cuidado de la Salud Infantil. De esta manera, la inserción de nuevas estrategias consensuadas y basadas en evidencia, podrían ir en la línea de:

a) Acciones institucionales

- Niños y niñas con riesgo nutricional: observación, vigilancia, educación a las familias.
- Niños y niñas con desnutrición aguda: tolerancia cero para incidencia y disminución con metas concretas (% y rango de tiempo) para la prevalencia. Revisar efectividad de suplemento de aceite según recomendaciones OMS.
- Niñas y niños con desnutrición crónica: tolerancia cero para incidencia y disminución con metas concretas (% y rango de tiempo) para la prevalencia.
- Como rango etario de mayor prioridad se deben poner a los niños y niñas de 6 a 24 meses.

b) Acciones Intersectoriales:

- Aumentar la conexión regional con intervenciones dirigidas a este objetivo, como lo son la Estrategia Nacional CRECER y la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” (MIDIS 2013).
- De este modo, el PNCM, se posicionaría como una intervención integral y efectiva en el ámbito nutricional infantil temprano, apoyaría directamente la meta de reducción de desnutrición infantil de un 18.1% (2012) a un 10% al año 2016, y sus acciones para el desarrollo y aprendizaje infantil serían mucho más efectivas.

Modelo de Cogestión:

Hasta la fecha el SCD se ha implementado bajo un modelo de cogestión basado en el voluntariado, tanto de quienes administran el servicio – los comités de gestión apoyados por los consejos de vigilancia – como de las cuidadoras, guías y socias de cocina, las que reciben un estipendio mensual. Y bajo este modelo el PNCM ha logrado atender casi 57.000 niños y niñas (cobertura 2013). Es perfectamente factible estimar que si siguen en la línea de las reformas que han introducido al programa más algunas mejoras específicas que pudieran incorporarse, puedan alcanzar la cobertura estimada para el año 2016, bajo el modelo actual de cogestión.

El modelo requiere de ajustes y mejoras que implican mejorar y fortalecer la capacidad técnica tanto de los comités de gestión, consejos de vigilancia como de las cuidadoras y guías. También se requiere revisar los procesos administrativos exigidos tanto para la constitución como para la renovación de comités de gestión ya que se comprobó en terreno que se producen períodos de latencia que disminuyen el interés y compromiso de las comunidades, que ponen en riesgo la cesión de locales y terrenos y que atrasan la entrega de los estipendios a las cuidadoras, guías y socias de cocina. Además es importante evaluar qué tareas que hoy día están bajo la responsabilidad de los comités de gestión están siendo asumidas por el equipo técnico de las Unidades Territoriales o exclusivamente por los apoyos administrativos contratados. En función de lo anterior podrían quizás redefinirse ciertas tareas de los comités de gestión y así mejorar y optimizar su trabajo. Por otra parte, la sostenibilidad del modelo de cogestión de voluntariado implica también considerar la posibilidad de aumentar el estipendio de las cuidadoras y guías, lo que permitiría probablemente disminuir la deserción y fortalecer el compromiso de este importante recurso en el marco del programa.

Por último, se sugiere diseñar e implementar distintos modelos de gestión que permitan ir explorando, de manera piloto, la posibilidad de que el Servicio de Cuidado Diurno sea cogestionado con gobiernos locales, regionales, ONG’s, etc. El tema central es resguardar el cumplimiento de los estándares y la fidelidad al modelo de intervención propuesto.

Recursos Humanos:

En general las debilidades encontradas en el área del recurso humano tienen más que ver con aspectos de gestión e implementación que con el diseño de la intervención y

por eso los esfuerzos debieran abocarse en esa dirección. Se estima que completar la dotación de profesionales en las Unidades Territoriales identificando e implementando estrategias para estabilizar la dotación de personal (diferenciación de sueldos por zona, esquema de incentivos, revisión del régimen laboral actualmente vigente), revisar la escala de sueldos, analizar la posibilidad de aumentar el estipendio y otras mejoras a la situación laboral de las cuidadoras y guías, (incentivos tales como certificación de competencias laborales, mejoramiento del nivel educativo, derecho a licencia y días de vacaciones, etc.), entre otros aspectos tendrían un impacto positivo en el desempeño del programa.

Hoy día las Cuidadoras y las Guías valoran el esfuerzo en capacitación y acompañamiento que el PNCM está realizando y señalan que contar con más educadoras sería un gran aporte para su trabajo. Una de sus principales preocupaciones dice relación con el estipendio que actualmente reciben y que esperan pueda ser mejorado en el futuro. En este punto coinciden también los comités de gestión y consejos de vigilancia.

En la actualidad las cuidadoras son un recurso humano fundamental para el PNCM. Y el foco en calidad que el programa está reforzando pasa, en una buena parte, por ser capaces de formar y fortalecer este recurso humano. Las cuidadoras son altamente valoradas, no sólo por el equipo técnico del programa, sino por los comités de gestión y por los consejos de vigilancia. Señalan que son ellas quienes conocen sus comunidades, a los niños/as y sus familias y que éstas últimas sienten más confianza porque las cuidadoras son personas del sector. Esto adquiere mayor relevancia en zonas indígenas con otros idiomas, distintos al español. Los equipos territoriales evalúan bien el funcionamiento de los comités de gestión y los propios miembros de los comités señalan que sería difícil que el programa operara adecuadamente si se prescindiera de su trabajo y del conocimiento que ellos tienen de las familias, cuidadoras y guías. Sin dejar de mencionar, además, su vinculación con las autoridades locales.

Por otra parte, hay que agregar al análisis que, la disponibilidad de recurso humano, especialmente de educadoras, es escasa en Perú y particularmente difícil en zonas de selva y costa. Algunos entrevistados señalaron también que mientras no exista un acuerdo con el Ministerio de Educación para que reconozca la experiencia en el Programa poder contratar masivamente a educadoras se constituye en un desafío de envergadura.

Coordinación Intersectorial:

Establecer coordinaciones interinstitucionales en función de objetivos específicos con indicadores de resultados claros y medibles. Por ejemplo, con gobiernos regionales, locales, Ministerio de Salud y de Educación. La coordinación intersectorial es clave para abordar integralmente el desarrollo infantil y hay áreas que, aunque no sean de competencia directa del PNCM, impactan igual en los resultados que el programa espera alcanzar. Por ejemplo, que los niños no tengan el Documento Nacional de Identidad (DNI) o seguro de salud incide en que población que lo necesita no pueda acceder al programa. La no asistencia al control CRED (Crecimiento y Desarrollo), la falta de vacunas y/o de micronutrientes afecta directamente el desarrollo infantil y la salud de los niños/as que asisten al programa. La alianza estratégica con gobiernos

regionales puede permitir ampliar la oferta de terrenos y de locales para la atención, contribuir a generar procesos de incidencia pública para asegurar inversión en primera infancia a nivel local, etc.

Infraestructura:

Las principales restricciones que hoy enfrenta el modelo Cuna Más, desde el punto de vista de la infraestructura, dice relación con la falta de terrenos para construir en varias zonas del país, los tiempos de tramitación y regularización de los terrenos (cuando existen), la falta de recursos asignados para el ítem infraestructura en el presupuesto 2014 y el déficit de mano de obra en algunas zonas del país. Lo anterior implica explorar otras alternativas que permitan que, junto con la construcción de CIAI que se realizarán durante el 2014 y que corresponden a la cartera 2013, se puedan agregar más mejoramientos de centros de cuidado diurno y/o la construcción de otros CIAI no contemplados en los ya señalados.

Existe disposición de algunos gobiernos locales para aportar a la construcción y/o mejoramiento de locales y también por parte del sector privado se ha manifestado el interés en explorar alianzas estratégicas para aportar en esta área. Propiciar y suscribir convenios con actores públicos y privados que pudieran aportar al área de infraestructura es una posibilidad que no se contrapone en lo absoluto a que el programa siga contando con presupuesto para realizar mejoras y que se puedan además asignar recursos financieros a la instancia que corresponda (FONCODES) para la construcción de nuevos CIAI. Todo lo contrario, son estrategias complementarias que permitirían potenciar el desempeño del programa.

Por otra parte y aunque el tema de la disponibilidad de recursos financieros es crítica para este ámbito, también es importante que el PNCM identifique con claridad dónde están los “cuellos de botella” en términos de la cesión y regularización de terrenos y que se puedan realizar acciones también en esta línea ya que, aun contando con los recursos presupuestarios, estos pueden no ejecutarse en su totalidad si no se gestionan terrenos y/o si los trámites asociados al saneamiento legal demoran, en promedio, 5 a 6 meses.

Aun cuando el programa se ha puesto como objetivo la migración de todos los HCD a CCD o CIAI, cabe preguntarse si existe alguna normativa legal que impida aportar en el mejoramiento de las condiciones de infraestructura de los hogares bifamiliares, sobre todo considerando que varios de ellos funcionarán como tales por lo menos hasta el 2016 y que el objetivo central es garantizar condiciones de habitabilidad y seguridad apropiadas para los niños y niñas que atiende el programa. Sobre todo en aquellas U.T. donde la construcción y o disponibilidad de locales es más escasa, debiera evaluarse esta alternativa.

Bibliografía:

- American Academy of Pediatrics, American Public Health Association, National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education. 2011. Caring for our children: National health and safety performance standards; Guidelines for early care and education programs. 3rd Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American Public Health Association. Disponible en <http://nrckids.org>
- Barth, R.P., Scarborough, A., Lloyd, E.C., Losby, J., Casanueva, C., & Mann, T. (2008). Developmental Status and Early Intervention Service Needs of Maltreated Children. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- BID (2010) First Meeting of the Advisory Committee on Early Childhood Development
- BID. Valdivia M, GRADE (2004) Poverty, Health Infrastructure and the Nutrition of Peruvian Children. Disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35425448>
- BID (2013) Desarrollo infantil temprano en México : diagnóstico y recomendaciones. Myers R., Martínez A., Delgado MA., Fernández JL., Martínez A, supervisión Araujo MC.
- BID. Araujo MC, López-Boo F., Puyana JM. 2013. Panoramas sobre los servicios de desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe. Disponible en www.iadb.org/proteccionsocial
- BID. Harris C., Rodríguez D. 2013. Pautas para el aprendizaje temprano en América Latina y el Caribe. Disponible en www.iadb.org/proteccionsocial.
- BC Parenting Vision Working Group: Munro C (2009) Planning for Parenting Education and Support in British Columbia, disponible en <http://www.playvictoria.org/assets/news/pdfs/Planning%20for%20Parent%20Education.pdf>
- BC Parenting Vision Working Group: Munro C (2009) Planning for Parenting Education and Support in British Columbia.
- Center on the Developing Child. Harvard University. (2007) A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children. Disponible en www.developingchild.harvard.edu.
- Desnutrición Crónica Infantil a nivel Departamental: ENDES 2011-2012 – INEI. <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/encuestas/>
- Durlak, J., DuPree, E., (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. American Journal of Community Psychology, 37, doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- ENDES 2007-2012, extraído de MIDIS, Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, Presentación en Lima, agosto 2013, disponible en <http://www.unicef.org/peru/spanish/incluirparacrecer-midis.pdf>
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (2006) The NICHD Study of Early Child Care and Youth

- Development (SECCYD): Findings for children up to age 4 1/2 years. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Estudio Longitudinal del Programa aeioTU para la Primera Infancia en Colombia con Milagros Nores y Steve Barnett (2010-2014, en progreso)
 - Evaluación de Impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar (2007)
 - Fernandez C., Bernal R. (2013) Subsidized child care and child development in Colombia: Effects of Hogares Comunitarios de Bienestar as a function of timing and length of exposure. *Social Sciences and Medicine*.
 - Gobierno de Chile – Chile Crece Contigo (2012) Orientaciones técnicas para las modalidades apoyo al desarrollo infantil: una guía para los equipos. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.
 - Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). Early care experiences and HPA axis regulation in children: a mechanism for later trauma vulnerability. *Progress in Brain Research*. Volume 167.
 - Heckman J., Grunewald R., Reynolds A. (2006). The dollar and cent of investing early: cost – benefits analysis in early care and education. *Zero to Three* 26 N°6.
 - INEI y UNICEF (2011) Estado de la Niñez en Perú. INEI y UNICEF (2011) Estado de la Niñez en Perú.
 - Kagan, S.L., & Kauerz, K. (Eds). (2012). *Early childhood systems: Transforming early learning*. New York, NY: Teachers College Press.
 - Lamy C., Barnett S. & Jung K. (2005) The Effects of the Michigan School Readiness Program on Young Children’s Abilities at Kindergarten Entry. The National Institute for Early Education Research, Rutgers University.
 - Love, J.; Eliason, E.; Ross C.; Raikes, et al. (2005). The Effectiveness of Early Head Start for 3-Year-Old Children and Their Parents: Lessons for Policy and Programs. *Developmental Psychology*, American Psychological Association, Vol. 41, No. 6, 885–901.
 - Masse L. & Barnett S. A Benefit Cost Analysis of the Abecedarian Early Childhood Intervention”. National Institute for Early Education Research New Brunswick, New Jersey. SAMHSA Model Programs: “PATHS—Promoting Alternative Thinking Strategies”
 - Mørch W., Clifford G. & Larsson B. (2004) *The Incredible Years*. The Norwegian Webster-Stratton Programme, 1998-2004.
 - Meadows P (2006) Cost Effectiveness of Implementing SSLPs: An Interim Report”. National Institute of Economic & Social Research.
 - Matusicky C., Crill Russell C, (2009) Best practices for parents: What is happening in Canada? *Pediatric Child Health*. December; 14(10): 664–665.
 - MIDIS (2012) Directiva N° 004-2012-MIDIS “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”.
 - Oates, J; Karmiloff – Smith, A; Jhonson, M. (2012). *Developing brains*. The Open University. U.K.
 - Olds, D. (2002) Calculation of the costs and benefits of the Elmira Prenatal/Early Infancy Project”, 1993. Tony Bertram, Christine Pascal, Sophia Bokhari, Mike Gasper & Sally Holtermann: “Early Excellence Centre Pilot Programme Second

Evaluation Report 2000-2001". Centre for Research in Early Childhood St. Thomas Centre, Birmingham.

- OECD. (2006) Starting Strong II. Early Childhood Education and Care. ISBN 92-64-03545-1
- OECD. (2001) Starting Strong II. Early Childhood Education and Care.OMS – OPS (2010) La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud
- Pan American Health Organization (2001) Regional Strategic Plan for Health Promotion and Integrated Child Development. Working Document. September 2001. Washington DC.
- Shore, R. (1996). Rethinking the brain: new insights into early development. F&W institute.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind*. New York: GuilfordPress.
- Lecannelier, F. (2009). Apego e intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos. LOM ediciones.
- Shonkoff J. And Phillips D., Eds. (2000) From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive system framework for dissemination and implementation. American Journal of Community Psychology, 37, doi: 10.1007/s10464-008-9174-z

Documentos del Programa Nacional Cuna Más:

- RMN990-2010-MINSA NTS 087 MINSA/DGSP-V01. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de cinco años.
- DS N° 003-2012-MIDIS. Crea el Programa Nacional Cuna Más.
- MIDIS 2012. Resumen Ejecutivo 2012. Disponible en www.cunamas.gob.pe
- RDE N° 266-2012-MIDIS/PNCM. Lineamientos para el Mejoramiento y Equipamiento de los Servicios del Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.
- RDE N° 995-2013-MIDIS/PNCM. Lineamientos Técnicos del servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.
- RDE N° 1056-2013-MIDIS/PNCM. Lineamientos para la Implementación de las Acciones de Formación y Desarrollo de Capacidades en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.
- RDE N° 229-2012-MIDIS/PNCM. Lineamientos Técnicos para la Implementación del Piloto de Servicio de Cuidado Diurno y para el Equipamiento y Mejoramiento de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más.
- RDE N° 012-2013-MIDIS/PNCM. Lineamientos para la Implementación del Modelo de Cogestión Comunal del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más y para la Transferencia de Recursos Financieros a sus Comités de Gestión.
- RDE N° 181-2013-MIDIS/PNCM. Normas Técnicas para la Construcción de Centros Infantiles de Atención Integral del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

- Resolución Ministerial N° 175-2012_MIDIS. Manual de Operaciones Programa Nacional Cuna Más.
- Escala de la Medición de la Calidad de los Centros de Cuidado Diurno. PNCM.
- PNCM. Centros Infantiles de Atención Integral Cuna Más. Especificaciones de Materiales para las Salas, Ludoteca, Sala CRED, Servicio Alimentario y Comedor.
- MIDIS 2013. Informe Diseño de Evaluación de Impacto de las Reformas a la Modalidad de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

Fuentes digitales:

Páginas web:

www.cunamas.gob.pe

<http://www.iadb.org/es/banco-interamericano-de-desarrollo,2837.html>

www.midis.gob.pe

<http://www.midis.gob.pe/mapas/website2013/>

www.developingchild.harvard.edu.

www.unicef.org

www.bid.org

www.iadb.org

www.inei.gob.pe

Bases de datos

Medline: www.pubmed.com

Scielo: www.scielo.org

PAHO/WHOLIS (<http://search.bvsalud.org/>)

OMS: [Http://www.who.int/](http://www.who.int/)

Organización Panamericana de la Salud: [Http://New.Paho.Org/](http://New.Paho.Org/)

Anexos

Anexo A: marcos normativos y regulatorios del Programa Nacional Cuna Más

Nombre	Directiva N° 003-2012-MIDIS-PNCM del 17 de julio de 2012 “Lineamientos Técnicos para la implementación del piloto de Servicio de Cuidado Diurno y para el equipamiento y mejoramiento de los servicios del Programa Nacional Cuna Más”
Contenidos	El documento aborda las definiciones de los principales enfoques que dan sustento al PNCM y que tienen que ver con la atención integral, el modelo ecológico, el enfoque de derechos, intercultural, de género, inclusivo y psicopedagógico. Además establece en qué consiste el SCD, la población objetivo, los componentes, cómo se organiza el servicio e identifica los actores involucrados, tanto técnicos como comunitarios. Establece los lugares y ambientes con los que funcionará el SCD, los contenidos específicos para la operación general y para cada uno de los componentes. Entrega orientaciones para la infraestructura y equipamiento de los locales. Señala los criterios de admisión, documentación y horario de atención y la normativa relativa para la transferencia de recursos a los comités de gestión.

Nombre	Directiva N° 004-2012-MIDIS-PNCM del 13 de agosto de 2012 “Lineamientos para el mejoramiento y equipamiento de los Servicios de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más”
Contenidos	A través de esta directiva se establecen las especificaciones técnicas para la provisión del equipamiento de los SCD. Además se detalla el proceso y criterios técnicos para el mejoramiento de los locales comunales y el rol de los actores que intervienen tanto en el mejoramiento como en la adquisición de equipamiento. Se abordan también las obras o partidas constructivas que deben ser consideradas en los proyectos de mejoramiento, la justificación de los gastos que involucran las obras y los flujogramas tanto para el proceso de mejoramiento como para el proceso de equipamiento.

Nombre	Resolución Ministerial N° 175 del 03 de octubre de 2012, MIDIS-PNCM “Manual de Operaciones del Programa Nacional Cuna Más”
Contenidos	En esta resolución se detalla la visión, misión, objetivos estratégicos y las funciones generales y específicas por cada una de las unidades que conforman el PNCM. Además se describen los principales procesos técnicos y administrativos del programa, el organigrama, las funciones específicas y los requisitos mínimos del personal directivo.

Nombre	Directiva N° 004-2013 del 29 de enero de 2013, MIDIS-PNCM “Lineamientos para la implementación del modelo de cogestión comunal del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más y para la transferencia de recursos financieros a sus comités de gestión”
Contenidos	El documento aborda aspectos conceptuales sobre la participación comunitaria y la cogestión comunal. Contextualiza el modelo de cogestión en el marco del PNCM. Describe las instancias de participación y de responsabilidad compartida e identifica a los actores locales involucrados y cuáles son sus responsabilidades específicas. En el ámbito de la transferencia de recursos a los comités de gestión establece cuáles son los rubros autorizados, los procedimientos asociados y la supervisión, monitoreo y control de los recursos financieros entregados a los comités de gestión.

Nombre	Resolución de Dirección Ejecutiva N° 181-2013-MIDIS-PNCM, abril de 2013 “Normas técnicas para la construcción de centros infantiles de atención integral del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más”
Contenidos	A través de este documento se establecen los criterios y parámetros técnicos para la construcción de los centros infantiles de atención integral que permitan asegurar condiciones adecuadas de infraestructura y equipamiento. Se detallan los ambientes que deben tener los centros, la propuesta arquitectónica, los criterios constructivos y se presentan 3 modelos arquitectónicos que responden a las características geográficas de la costa, selva y sierra.

Nombre	Directiva N° 008-2013 MIDIS-PNCM, abril 2013 “Lineamientos técnicos para el proceso de migración de hogares de cuidado diurno (módulos familiares) a locales comunales”
Contenidos	A través de este documento el programa busca garantizar un adecuado proceso de migración de los servicios que funcionan en hogares a locales comunales cedidos al programa, con el fin de mejorar la calidad de la atención a los niños/as. Esta directiva identifica a los actores involucrados en el proceso, tanto los técnicos del programa como los agentes comunitarios. Se aborda la necesidad de desarrollar procesos de incidencia pública ⁶ y se describen los procesos operativos para llevar adelante la migración a

⁶ Se define como un proceso estratégico mediante el cual se promueve o apoyan iniciativas para la atención integral a la primera infancia. Es necesario que estas iniciativas sean puestas en la agenda pública local o regional, promovidas de manera sistemática e intencionada, buscando influir en quienes toman decisiones públicas con la finalidad de generar cambios en la orientación y asignación de recursos en favor de la primera infancia.

	nivel local. Se incorporan también los procedimientos para la mejora y equipamiento de dichos espacios.
--	---

Nombre	Directiva N° 0016-2013 MIDIS-PNCM del 25 de julio de 2013. “Lineamientos Técnicos del Servicio de Cuidado Diurno del PNCM”.
Contenidos	<p>En este documento se actualizan y amplían los contenidos inicialmente descritos en la Directiva N° 003 de julio de 2012. El objetivo en esta Directiva es establecer los lineamientos técnicos y administrativos para la implementación y funcionamiento del SCD, para así asegurar una correcta aplicación de los procedimientos técnicos y administrativos y garantizar la implementación con calidad del SCD del PNCM.</p> <p>Se establecen los principios y estándares de calidad que el PNCM ha elaborado para orientar las acciones que se ejecutan a nivel del país. Estos estándares son los siguientes:</p> <p>Principios y Estándares</p> <p><u>Principio 1: Niñas y niños saludables, felices y competentes</u></p> <p><u>Estándares:</u></p> <p>1.1.- La cuidadora promueve que niños y niñas sean protagonistas de su aprendizaje.</p> <p>1.2.- La cuidadora fortalece el proceso de construcción de identidad de niñas y niños.</p> <p>1.3.- La cuidadora promueve prácticas para la formación de estilos de vida saludables en niños, niñas y adultos contribuyendo a la construcción de salud positiva.</p> <p><u>Principio 2: Los cuidados como fuente de afecto y aprendizaje</u></p> <p><u>Estándares:</u></p> <p>2.1.- La cuidadora realiza prácticas de cuidado individualizadas y respetuosas, que responden a las necesidades de cada uno de los niños y niñas.</p> <p>2.2.- La cuidadora promueve que niños y niñas participen en sus cuidados con autonomía.</p> <p>2.3.- La cuidadora favorece el proceso de adaptación de niños y niñas en las diversas transiciones que realizan.</p> <p><u>Principio 3: Un ambiente que promueve el bienestar</u></p> <p><u>Estándares:</u></p> <p>3.1.- La cuidadora asegura que el ambiente físico sea seguro y saludable.</p> <p>3.2.- La cuidadora organiza el ambiente físico para que sea retador y brinde a niños y niñas oportunidades diarias de exploración y autonomía.</p> <p>3.3.- Los centros cuentan con ambientes bellos y cálidos que invitan al uso de sus materiales, a establecer relaciones entre ellos y a explorarlos con placer.</p> <p>3.4.- La cuidadora fomenta un clima positivo que promueve la convivencia amorosa.</p>

Principio 4: Una relación cercana con las familias, las principales educadoras de niños y niñas

Estándares:

4.1.- La cuidadora promueve la comunicación y la confianza en las relaciones con las familias.

4.2.- La cuidadora promueve la participación de la familia.

4.3.- La cuidadora desarrolla acciones con las familias para fortalecer prácticas de cuidado.

Principio 5: Un adulto que escucha y responde respetando la individualidad de cada niño y niña.

Estándares:

5.1.- La cuidadora interactúa con cada niña y niño respondiendo a sus necesidades e intereses.

5.2.- La cuidadora facilita las interacciones entre niñas y niños.

Principio 6: Un adulto que observa, registra y planifica.

Estándares:

6.1.- La cuidadora observa y registra las experiencias de aprendizaje de niños y niñas.

6.2.- La cuidadora analiza la información y en base a ello, planifica las experiencias de aprendizaje utilizando el plan de posibilidades.

6.3.- La cuidadora documenta los procesos de aprendizaje de niñas y niños.

Principio 7: Una comunidad que participa para construir una cultura democrática.

Estándares:

7.1.- El programa promueve la participación de la comunidad en la co-gestión y vigilancia del servicio.

7.2.- El programa promueve la participación de la comunidad en la atención de la primera infancia.

7.3.- El programa promueve espacios de interacción de los niños y niñas con su comunidad.

Principio 8: Un programa que valora e incorpora la diversidad y promueve la inclusión de todos.

Estándares:

8.1.- La cuidadora ayuda a los niños y niñas a entender, aceptar y apreciar la diversidad.

8.2.- La cuidadora brinda igualdad de oportunidades para que cada niña, niño y familia participen en el centro.

En estos lineamientos se define el SCD y los objetivos de esta modalidad, la población objetivo y los principales actores involucrados, que corresponden a los equipos técnicos y actores comunitarios organizados.

Sede Central Unidad Técnica de Cuidado Diurno:

1.- Coordinación de Atención Integral

2.- Coordinación de Gestión Comunitaria

3.- Coordinación de Formación y Desarrollo de Capacidades

4.- Área de Seguimiento

Unidad Territorial:

- 1.- Jefe Unidad Territorial
- 2.- Coordinación del Servicio de Cuidado Diurno
- 3.- Especialista en Gestión Comunitaria
- 4.- Especialista en Nutrición y Alimentación infantil
- 5.- Especialista en Salud infantil
- 6.- Especialista en Infraestructura y equipamiento
- 7.- Formador
- 8.- Educador
- 9.- Acompañante Técnico
- 10.- Asistente Administrativo
- 11.- Técnico Informático

Actores Comunitarios:

- 1.- Asamblea Comunal
- 2.- Comité de Gestión
- 3.- Consejo de Vigilancia
- 4.- Cuidadora
- 5.- Guía
- 6.- Socia de Cocina
- 7.- Apoyo administrativo
- 8.- Personal de limpieza y vigilancia

En el documento se establecen los requerimientos de admisión, documentos que las familias deben tener para su ingreso y los horarios de atención. Se norma el estándar de asignación de cuidadoras por niño y la normativa para las excepciones y para la transición de niños y niñas por sala. Los estándares de asignación corresponden a:

- 1 cuidadora por cada 4 niños de 6-10 meses (bebés)
- 1 cuidadora por cada 4 niños de 11-18 meses (gateadores)
- 1 cuidadora por cada 8 niños de 19-24 meses (caminantes)
- 1 cuidadora por cada 8 niños de 25-36 meses (exploradores)

La definición de locales incluye a:

- Hogares de Cuidado Diurno (casas de familias) que pueden ser de 1 sala o de 2 salas.
- Centros de Cuidado Diurno (CCD): locales cedidos en uso por la comunidad, municipio u otra institución. También se organizan en salas.
- Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI): también son locales cedidos en uso por la comunidad, municipalidad u otra institución. Se establece un metraje mínimo de 190 metros cuadrados para los locales cedidos y de 380 metros cuadrados para los terrenos cedidos donde se construye especialmente un CIAI, el que debe ajustarse a los estándares establecidos de infraestructura, equipamiento y organización del espacio.

Esta directiva también establece las líneas de acción y componentes

	del SCD, detallando la definición de cada componente, su objetivo y los ejes y acciones que contienen, en una especie de guía metodológica orientadora de las actividades que se espera ocurran en términos de cada uno de los componentes. Finalmente la Directiva cuenta con un conjunto de Anexos metodológicos ordenados por componente que entregan recomendaciones prácticas y formatos a incorporar en el trabajo práctico.
--	--

Nombre	Directiva N° 017-2013 MIDIS-PNCM, agosto de 2013 “Lineamientos para la implementación de las acciones de formación y desarrollo de capacidades en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más”
Contenidos	<p>El objetivo de esta Directiva es establecer los lineamientos técnicos que permitan asegurar la correcta implementación de las acciones de formación y desarrollo de capacidades dirigidas a los equipos técnicos y actores comunitarios del SCD.</p> <p>El documento describe el marco conceptual que establece el sustento teórico de las acciones de formación y capacitación y que dicen relación con el aprendizaje de adultos, el aprendizaje significativo, los factores que dificultan el aprendizaje, el constructivismo pedagógico y la educación de adultos. Se establecen los principios que sustentan el proceso en el marco del SCD y se explican los aspectos operativos para llevar adelante las acciones. En particular se identifican los públicos objetivos de cada estrategia y se desagregan las acciones de formación y desarrollo de capacidades para cada uno de los actores involucrados.</p>

ANEXO B: Principios y estándares de calidad del PNCM

La Directiva N° 0016-2013 MIDIS-PNCM del 25 de julio de 2013, actualiza y amplía los contenidos inicialmente descritos en la Directiva N° 003 de julio de 2012, y establece los lineamientos técnicos y administrativos para la implementación y funcionamiento del SCD, para asegurar una correcta aplicación de los procedimientos técnicos y administrativos y para garantizar la implementación con calidad del SCD del PNCM.

Se establecen los principios y estándares de calidad que el PNCM ha elaborado para orientar las acciones que se ejecutan a nivel del país. Estos principios y estándares son los siguientes:

Principio 1: Niñas y niños saludables, felices y competentes

Estándares:

1. La cuidadora promueve que niños y niñas sean protagonistas de su aprendizaje.
2. La cuidadora fortalece el proceso de construcción de identidad de niñas y niños.
3. La cuidadora promueve prácticas para la formación de estilos de vida saludables en niños, niñas y adultos contribuyendo a la construcción de salud positiva.

Principio 2: Los cuidados como fuente de afecto y aprendizaje

Estándares:

1. La cuidadora realiza prácticas de cuidado individualizadas y respetuosas, que responde a las necesidades de cada uno de los niños y niñas.
2. La cuidadora promueve que niños y niñas participen en sus cuidados con autonomía.
3. La cuidadora favorece el proceso de adaptación de niños y niñas en las diversas transiciones que realizan.

Principio 3: Un ambiente que promueve el bienestar

Estándares:

1. La cuidadora asegura que el ambiente físico sea seguro y saludable.
2. La cuidadora organiza el ambiente físico para que sea retador y brinde a niños y niñas oportunidades diarias de exploración y autonomía.
3. Los centros cuentan con ambientes bellos y cálidos que invitan al uso de sus materiales, a establecer relaciones entre ellos y a explorarlos con placer.
4. La cuidadora fomenta un clima positivo que promueve la convivencia amorosa.

Principio 4: Una relación cercana con las familias, las principales educadoras de niños y niñas

Estándares:

1. La cuidadora promueve la comunicación y la confianza en las relaciones con las familias.
2. La cuidadora promueve la participación de la familia.
3. La cuidadora desarrolla acciones con las familias para fortalecer prácticas de cuidado.

Principio 5: Un adulto que escucha y responde respetando la individualidad de cada niño y niña.

- Estándares:
1. La cuidadora interactúa con cada niña y niño respondiendo a sus necesidades e intereses.
 2. La cuidadora facilita las interacciones entre niñas y niños.

Principio 6: Un adulto que observa, registra y planifica.

- Estándares:
1. La cuidadora observa y registra las experiencias de aprendizaje de niños y niñas.
 2. La cuidadora analiza la información y en base a ello, planifica las experiencias de aprendizaje utilizando el plan de posibilidades.
 3. La cuidadora documenta los procesos de aprendizaje de niñas y niños.

Principio 7: Una comunidad que participa para construir una cultura democrática.

- Estándares:
1. El programa promueve la participación de la comunidad en la cogestión y vigilancia del servicio.
 2. El programa promueve la participación de la comunidad en la atención de la primera infancia.
 3. El programa promueve espacios de interacción de los niños y niñas con su comunidad.

Principio 8: Un programa que valora e incorpora la diversidad y promueve la inclusión de todos.

- Estándares:
1. La cuidadora ayuda a los niños y niñas a entender, aceptar y apreciar la diversidad.
 2. La cuidadora brinda igualdad de oportunidades para que cada niña, niño y familia participen en el centro.

Anexo C: Listado de Entrevistados/as y Pautas de Entrevistas

Nombre	Cargo
Gianina García	Jefa del Componente de Servicio de Cuidado Diurno Programa Nacional Cuna Más
Jessica Soto	Directora Ejecutiva del Programa Nacional Cuna Más
Santiago Soriano	Asesor de Migraciones Unidad de Planeamiento y Resultados, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Jenny Menacho	Jefa de la Unidad de Descentralización y Coordinación de Programas Sociales – Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, MIDIS
Sergio Miranda	Jefe de la Unidad e Planeamiento y Resultados, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Felipe Leiva	Especialista en Salud, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Julio Andrade	Especialista en Nutrición y Alimentación Infantil, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Orlando Malaver	Especialista en Infraestructura, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Carmen Méndez	Especialista en trabajo con familias, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Zarela Hurtado	Especialista en Formación y Capacitación, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Eliana Rodríguez	Especialista en Aprendizaje, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más
Flor Montalvo	Coordinadora del área de Gestión Comunitaria, Componente de Servicio de Cuidado Diurno, Programa Nacional Cuna Más

Unidad Territorial	Zona	Participantes de las entrevistas grupales
Lima 4	Costa	Comité de Gestión y Consejos de Vigilancia
Lima 2	Costa	Cuidadoras y Guías
Cajamarca	Sierra	Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia
Cajamarca	Sierra	Cuidadoras y Guías
Iquitos	Selva	Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia
Iquitos	Selva	Cuidadoras y Guías

Pauta de temas para las entrevistas – Actores del ámbito político-estratégico

1.- ¿Cuáles son sus tareas y responsabilidades? ¿Cómo se relaciona con el Programa Cuna Más?

2.- A su juicio ¿Cuáles son las fortalezas y nudos críticos del Programa, específicamente en relación al recurso humano, infraestructura, estándares de calidad y el modelo de cogestión que el programa desarrolla?

3.- ¿Qué ámbitos del Programa hay que reforzar y/o mejorar? ¿Por qué?

4.- ¿Cuáles son las consideraciones políticas, técnicas y de gestión a tener en cuenta para introducir mejoras en el Programa?

5.- Específicamente en relación al Servicio de Cuidado Diurno:

5.1.- ¿Cuáles son los retos que usted visualiza en términos de:

- provisión de servicios de atención integral de calidad para los niños/as
- ampliación de cobertura de niños/as al 2016
- dotación de infraestructura
- institucionalización o universalización de los servicios del programa

5.2.- ¿Cómo cree que se pueden abordar?

5.3.- Si se incorporaran profesionales para el cuidado y atención de los niños/as en el SCD ¿cree que se lograrían mejores resultados en el desarrollo de niños y niñas?

5.4.- Si se prescindiera de la participación voluntaria de la comunidad en la cogestión de los servicios, ¿cuál cree usted que serían las implicancias en términos sociopolíticos y de calidad para el SCD?

6.- ¿Cuáles son las principales coordinaciones y alianzas que el Programa tiene con otros públicos, con privados y con gobiernos locales? ¿Cuáles deberían potenciarse en el futuro?

6.- ¿Cuál es la visión que tiene del Programa a futuro? ¿Qué resultados espera alcanzar en el corto, mediano y largo plazo?

Pauta de temas para las entrevistas – Actores de Implementación

1.- ¿Qué hace la Unidad/Departamento/Área en específico?

2.- ¿Cuáles son sus tareas y responsabilidades?

3.- A su juicio ¿Cuáles son las fortalezas y nudos críticos del SCD?

4.- ¿Qué ámbitos del SCD hay que reforzar y/o mejorar? ¿Por qué? ¿Cómo aporta la Unidad/Departamento o Área en esto?

5.- ¿Cuáles son las consideraciones técnicas y de gestión a tener en cuenta para introducir mejoras en el Programa?

6.- Específicamente en relación al Servicio de Cuidado Diurno:

6.1.- ¿Cuáles son los retos que usted visualiza en términos de:

- provisión de servicios de atención integral de calidad para los niños/as
- ampliación de cobertura de niños/as al 2016 ¿cómo visualizan que es posible lograr esto?
- dotación de infraestructura
- institucionalización o universalización de los servicios del programa

6.2.- ¿Cómo cree que se pueden abordar?

6.3.- Si se incorporaran profesionales para el cuidado y atención de los niños/as en el SCD ¿cree que se lograrían mejores resultados en el desarrollo de niños y niñas?

6.4.- Si se prescindiera de la participación voluntaria de la comunidad en la cogestión de los servicios, ¿cuál cree usted que serían las implicancias en términos sociopolíticos y de calidad para el SCD?

7.- ¿Cuáles son las principales coordinaciones y alianzas que el Programa tiene con otros públicos, con privados y con gobiernos locales? ¿Cuáles deberían potenciarse en el futuro?

8.- ¿Qué quieren decir con lograr la institucionalización o universalización de los servicios del programa?

9.- ¿Cuáles son las condiciones regulatorias –normativas, institucionales, incentivos y requisitos – que se establecen para la contratación de personal en el PNCM? ¿Existe mucha rotación de profesionales y agentes comunitarios?

10.- ¿Cómo lo hacen para motivar a la comunidad?, ¿funciona realmente como lo dictan las resoluciones?

11.- ¿Qué hacen los equipos de trabajo de las Unidades Territoriales?

12.- Para cada Unidad/Departamento o Área: ¿cuáles son los logros y desafíos asociados al recurso humano, infraestructura, estándares de calidad y modelo de cogestión?

13.- ¿Cuentan con estándares específicos del trabajo que realiza la Unidad/Departamento o Área? Si la respuesta es sí, ¿cómo monitorean su cumplimiento?

14.- ¿Cómo aseguran la pertinencia cultural en los procesos de trabajo con las familias que participan del Programa?

Pauta de temas para las entrevistas – Actores Comunitarios

1.- ¿Cuáles son sus funciones y tareas? ¿Qué hacen / Cómo es un día normal de trabajo?

2.- ¿Cómo organizan su trabajo con los/as niños/as?

- 3.- ¿Cuáles son las principales dificultades y desafíos que enfrentan en sus tareas habituales?
- 4.- ¿Cuáles son los principales logros de su trabajo?
- 5.- ¿Cómo evalúan el trabajo del PNCM? ¿Cuáles son sus logros y desafíos?
- 6.- ¿Cómo se coordinan con la Unidad Territorial? ¿Con quiénes? ¿Para qué?
- 7.- ¿Qué sugerencias harían para mejorar su trabajo?
- 8.- ¿Qué recomendaciones harían para mejorar el PNCM?