



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Programa Nacional
**CUNA
MÁS**

SERIE EVALUACIONES

INFORME LÍNEA DE BASE



Estudio de Línea de Base del Piloto de Mejora de la
Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno
del Programa Nacional Cuna Más

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Dina Ercilla Boluarte Zegarra
Ministra

María Abigunda Tarazona Alvino
Viceministra de Políticas y Evaluación Social

José Enrique Velásquez Hurtado
Director General de Seguimiento y Evaluación

Elmer Lionel Guerrero Yupanqui
Director de Evaluación

Elaborado por:

Leslie Miranda Solano (DGSE-Midis)
Cristian Bancayán Navarro (DGSE-Midis)
Mariella Carnero Díaz (DGSE-Midis)

Supervisado por:

Elmer Guerrero (DGSE-Midis)

Foto de carátula:

Midis

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2020
Av. Paseo de la República 3101, San Isidro
Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030
Página web: www.gob.pe/midis

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:
<http://evidencia.midis.gob.pe/eval-piloto-cuidadodiurno>

Reservados algunos derechos:

Este documento ha sido elaborado por el equipo de profesionales de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Midis. El Midis no garantiza la veracidad de los datos que figuran en esta publicación. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del MIDIS, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

Citación:

Miranda Solano, L., Bancayán Navarro, C. y Carnero Díaz, M. (2020). *Estudio de Línea de Base del Piloto de Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional CUNA MÁS*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. <http://evidencia.midis.gob.pe/eval-piloto-cuidadodiurno-inform-linea-base/>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Viceministerio de Políticas y Evaluación Social

Dirección General de Seguimiento y Evaluación Social

**ESTUDIO DE LÍNEA DE BASE DEL PILOTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN
INTEGRAL EN EL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA
NACIONAL CUNA MÁS**

Lima, febrero de 2020¹

¹ El presente estudio ha sido elaborado por Leslie Miranda Solano, con la asistencia de Cristian Bancayán Navarro y Mariella Carnero Díaz de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS. Esta versión incluye los comentarios remitidos por el PNCM mediante Oficio N° 098-2020-MIDIS/PNCM/DE del 18/02/2020.

Contenido

1	Introducción	3
2	El Piloto	4
3	Evaluación de impacto del Piloto	8
3.1	Teoría de cambio del Piloto	8
3.2	Modalidades de intervención en el Piloto.....	10
3.3	Metodología de evaluación, cálculos de poder y tamaño de muestra	11
3.3.1	Metodología de evaluación	11
3.3.2	Cálculos de Poder estadístico y tamaño de muestra	11
4	Descripción del levantamiento de información de la línea de base	13
5	Resultados de la línea de base.....	14
5.1.1	Características de la vivienda y del hogar.....	15
5.1.2	Ingresos del hogar	19
5.1.3	Pobreza según el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).....	19
5.2	Características de la madre	21
5.2.1	Características básicas de la madre	21
5.2.2	Historial de embarazos	22
5.2.3	Empleo e ingresos de la madre	22
5.2.4	Conocimientos de la madre sobre la anemia infantil	23
5.2.5	Capacitaciones en prácticas saludables	25
5.3	Características de los niños y niñas.....	25
5.3.1	Anemia durante el embarazo y bajo peso al nacer	25
5.3.2	Controles de crecimiento y desarrollo.....	26
5.3.3	Enfermedades diarreicas agudas (EDA) y parasitosis	27
5.3.4	Lactancia materna	28
5.3.5	Anemia infantil.....	29
5.3.6	Suplementación con hierro	29
5.3.7	Desarrollo infantil temprano	31
6	Balance de indicadores en línea de base	33
6.1	Balance en indicadores de resultado	33
6.2	Balance en covariables.....	34
7	Conclusiones	45
8	Recomendaciones	46
9	Referencias bibliográficas.....	47

1 Introducción

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) es un programa social focalizado a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. El Programa implementa dos servicios:

- Servicio de Cuidado Diurno (SCD): Brinda atención integral a las niñas y los niños menores de 3 años de edad en distritos pobres y pobres extremos y requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades.
- Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF): Se realiza a través de visitas a hogares y sesiones de socialización e inter aprendizaje en distritos rurales pobres y pobres extremos, con la finalidad de promover el desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, capacidades y prácticas de cuidado y aprendizaje de las familias (madre/padre/cuidador principal) para mejorar el desarrollo infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema.

Durante el año 2017, la Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE) del MIDIS realizó un estudio para conocer el impacto del SCD sobre el nivel de desarrollo de los niños y niñas usuarios del servicio. La evaluación utilizó información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los años 2015 y 2016, la cual recoge información sobre las características del hogar, fecundidad, salud materno-infantil, nutrición, violencia doméstica, acceso a programas sociales, entre otros, y además, a partir del año 2015, cuenta con un módulo de desarrollo infantil temprano (módulo DIT). Los resultados del estudio mostraron que existe un impacto positivo y significativo de la asistencia al SCD sobre el desarrollo infantil temprano, y el efecto estimado es bastante robusto a distintas especificaciones de los modelos econométricos utilizados. El efecto del SCD está entre 0.20 y 0.22 desviaciones estándar, el cual es similar al efecto de programas de primera infancia sobre las habilidades cognitivas de los niños y niñas en diversos países, incluyendo Latinoamérica. El estudio concluye que, si bien el efecto encontrado es moderado, hay aspectos del servicio que podrían mejorarse para incrementar los impactos, entre ellos:

- Mejorar la capacitación de las madres cuidadoras a cargo de la atención a los niños y niñas, poniendo énfasis en el desarrollo de habilidades de las madres cuidadoras para generar interacciones más cálidas con los niños y niñas usuarios del servicio.
- Diseñar estrategias para reducir la rotación de las madres cuidadoras, asegurando la continuidad del trabajo que se realiza en el servicio.
- Mejorar los sistemas de seguimiento y control de los recursos y materiales necesarios en los centros de cuidado diurno, tanto a nivel de los Comités de Gestión como del nivel central.

En el año 2015, la Contraloría General de la República realizó una auditoría de desempeño al SCD, a partir de la cual se generaron las siguientes recomendaciones:

- Definir claramente los roles y tareas que deben desempeñar los miembros de los equipos técnicos de las unidades territoriales, especialmente las acompañantes técnicas que se encuentran sobrecargadas por múltiples tareas. Tomando en cuenta estas definiciones, se debe aprobar un perfil de competencias para cada cargo y actualizar los instrumentos de gestión pertinentes de manera articulada.
- Definir los roles y tareas de la madre cuidadora, que guarde relación con los objetivos del servicio para el desarrollo integral del niño y sobre la base de éstos, aprobar el perfil de competencias que permita orientar las capacitaciones y hacer un seguimiento del desempeño de las cuidadoras.

A raíz de las recomendaciones derivadas de estos estudios, el PNCM decidió implementar un Piloto con acciones de mejora en su atención en 655 locales de cuidado diurno pertenecientes a 170 Comités de Gestión, con la finalidad de incrementar el desarrollo infantil de las niñas y niños usuarios que participan en él.

De este modo, el Programa solicitó a la DGSE asistencia técnica para desarrollar una evaluación de impacto del mencionado Piloto en indicadores relacionados al desarrollo infantil temprano. Para el desarrollo de esta evaluación se contempló implementar las siguientes fases: i) desarrollo de la nota metodológica del estudio, ii) medición de línea de base, iii) medición de línea de seguimiento y estudio de evaluación de impacto.

2 El Piloto

De acuerdo con el documento técnico “Plan Piloto Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más” (en adelante “el Piloto”), aprobado por RDE N° 573-2018-MIDIS/PNCM, tiene como finalidad incrementar el desarrollo infantil de las niñas y niños usuarios que participan en él. Para ello, el Piloto tiene como objetivo general fortalecer la atención integral de las niñas y niños en los momentos de cuidado y juego en el SCD a fin de potenciar su desarrollo infantil.

La propuesta de mejora de la atención integral en el SCD busca tener un impacto positivo en los siguientes resultados del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), priorizados en los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia”² (en adelante Lineamientos “Primero la Infancia”):

- R3: Niñas y niños usuarios del SCD de 6 a 36 meses sin anemia.
- R4: Niñas y niños usuarios del SCD de 6 a 36 meses con adecuada comunicación verbal efectiva.
- R5: Niñas y niños usuarios del SCD de 6 a 36 meses con adecuado desarrollo motor.
- R6: Niñas y niños usuarios del SCD de 6 a 36 meses con adecuada regulación de emociones y comportamientos.
- R7: Niñas y niños usuarios del SCD de 6 a 36 meses con adecuado desarrollo cognitivo.

El Piloto propone las siguientes mejoras en el SCD:

- (a) Reformulación de la capacitación al equipo técnico y a los actores comunitarios que brindan el servicio. Esta incluye una capacitación inicial y capacitación continua que considera la realización de una serie de jornadas y de acompañamiento personalizado.
- (b) Implementación de intervenciones efectivas con los niños y niñas destinadas a favorecer el desarrollo integral de los usuarios y la disminución de los cocientes de atención (proporción de niños/madre cuidadora).
- (c) Implementación del acompañamiento familiar dirigido a cuidadores principales de los usuarios.
- (d) De manera exploratoria, el Piloto contempla implementar la ampliación del horario de atención a las niñas y niños en 2 horas. Esta medida será implementada en algunos locales en los que los padres o cuidadores principales han expresado la demanda de tener un servicio con horario ampliado.

Con respecto al punto (a), el documento técnico del Piloto señala que la mejora en la capacitación se centra en la estrategia de “mentoría” para los actores comunales que brindan el servicio a los niños y niñas, así como a las familias, lo que implica una malla curricular, sesiones de capacitación y un seguimiento en el desarrollo de sus capacidades de acuerdo a sus funciones, a través de un

² Aprobados por Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, el 28 de julio de 2016.

acompañamiento más cercano, más frecuente y direccionado a los resultados esperados en los niños y niñas (estrategia trabajada con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo).

Con respecto al punto (b), la mejora de la intervención en la atención de las niñas y niños usuarios del SCD se centra en que la madre cuidadora será capacitada y monitoreada mediante la visita del Acompañante Técnico para desarrollar las intervenciones efectivas señaladas en la Tabla 1.

Tabla 1: Intervenciones efectivas realizadas con los niños y niñas usuarios del piloto por resultado de desarrollo

Resultado DIT	Intervención mejorada	Período de entrega
R3: Niñas y niños de 6 a 36 meses usuarios del SCD sin anemia	Provisión de alimentos ricos en hierro	Diario
	Administración de micronutrientes, jarabes o gotas como parte del manejo preventivo de la anemia	Diario
	Administración de sulfato ferroso como tratamiento para la anemia	Diario
	Alimentación responsiva	Diario
	Otras prácticas de cuidado de la salud	Diario
R4: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuada comunicación	Experiencias de aprendizaje que fortalecen el desarrollo de la comunicación verbal efectiva	- Entre 4 y 10 sesiones dependiendo de la edad para el caso de los locales que atenderán en horario regular. - Entre 8 y 20 sesiones dependiendo de la edad para los locales que atenderán en horario ampliado.
	Promoción de interacciones madre cuidadora-niño que promueven la comunicación verbal	Diario
R5: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuado desarrollo motor	Experiencias de aprendizaje que fortalecen el desarrollo motor	- Entre 4 y 10 sesiones dependiendo de la edad para el caso de los locales que atenderán en horario regular. - Entre 8 y 20 sesiones dependiendo de la edad para los locales que atenderán en horario ampliado.
	Provisión de espacios seguros que facilitan el desplazamiento	Diario
R6: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuada regulación de emociones y comportamientos	Experiencias de aprendizaje que fortalecen el desarrollo socioemocional	Diario
	Interacciones responsivas entre madre cuidadora-niño	Diario
R7: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuado desarrollo cognitivo	Experiencias que fortalecen el desarrollo cognitivo (función simbólica)	- Dos sesiones para todas las edades en los locales que atenderán en horario regular. - Entre 3 y 4 sesiones dependiendo de la edad en los horarios que atenderán en horario ampliado.
	Experiencias de aprendizaje que fortalecen el desarrollo cognitivo (resolución de problemas)	- Dos sesiones para todas las edades en los locales que atenderán en horario regular. - Entre 3 y 4 sesiones dependiendo de la edad en los horarios que atenderán en horario ampliado.
	Juego propuesto por el adulto priorizando la resolución de problemas y la función simbólica	- Entre 4 y 10 sesiones dependiendo de la edad en los locales que atenderán en horario regular. - Entre 8 y 20 sesiones dependiendo de la edad en los horarios que atenderán en horario ampliado.
	Provisión de materiales variados al alcance de los niños y niñas	Diario

Fuente: Documento técnico del "Plan Piloto Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más", aprobado por RDE N° 573-2018-MIDIS/PNCM.

El Piloto plantea una disminución de los coeficientes de atención de usuarios, según se presenta en la Tabla 2. Como se puede apreciar en la Tabla 2, se busca alcanzar mejoras en los coeficientes de atención (columna 4) respecto a la forma estándar del PNCM (columna 3); por ejemplo, a través de

la incorporación de más Madres Cuidadoras en el servicio y la reorganización de los módulos en los locales, se espera reducir la carga de las Madres Cuidadoras en al menos 1 niño o niña cuando se trata de bebés y gateadores; y reducir 2 niños o niñas por Madres Cuidadoras cuando son caminantes y exploradores.

Tabla 2: Coeficientes de atención a usuarios estándar y mejorado

Actor comunal (1)		Coeficiente de atención		
		Indicador / Unidad de medida (2)	Estándar (3)	Mejorado (4)
Madres Cuidadoras (MC)	Módulo de bebés y gateadores	Niños y niñas de 6 a 18 meses / MC	4 niños (1 menor de 12 meses) / MC	3 niños (1 menor de 12) / MC
	Módulo de caminantes y exploradores	Niños y niñas de 19 a 36 meses / MC	8 niños / MC	6 niños / MC
Madres Guía (MG)		MC / MG	1 MG para un Comité de Gestión en zonas cercanas 2 MG para un Comité de Gestión en zonas dispersas	8 MC / MG
Guías de Familia (GF)		Familias	1 GF por Comité de Gestión	15 familias por GF

Fuente: Documento técnico del "Plan Piloto Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más", aprobado por RDE N° 573-2018-MIDIS/PNCM.

Adicionalmente, en un subgrupo de 23 locales del Piloto con coeficientes de atención mejorados, el PNCM planteó un incremento de 2 horas en el horario de atención, es decir, el nuevo horario de atención en estos locales es de 8:00 am a 6:00 pm. Esta medida se implementaría sólo en los locales ubicados en las zonas en las que las familias usuarias hayan expresado esta demanda. Para ello, el Programa incorporará Madres Cuidadoras adicionales en el servicio a fin de que pueda implementarse un doble turno, de modo que un grupo de Madres Cuidadoras atendería en el turno de mañana y otro grupo, en el turno de tarde.

En relación al punto (c), la mejora de la intervención en el acompañamiento a familias usuarias comprende visitas a los hogares de todos los usuarios del servicio, a cargo de las Guías de Familia, para fortalecer las capacidades de las madres, padres o cuidadores principales con relación a prácticas de cuidado, interacción y juego, así como sesiones en los locales del SCD. Las acciones a desarrollar con los padres comprenden:

- La vigilancia al control CRED oportuno y la disponibilidad de suplementos para el consumo de la niña o niño en el centro de cuidado diurno.
- Sesiones de socialización para fortalecer en el cuidador principal capacidades relacionadas al fortalecimiento de interacciones que favorezcan la regulación de emociones y comportamientos, y actividades para favorecer las narraciones dialogadas y el acompañamiento del adulto en el juego de la niña o niño. Dichas sesiones son actividades de encuentro lúdico vivencial orientadas al intercambio de saberes y experiencias entre los padres mediante el desarrollo de temas para promover la regulación de emociones y comportamientos, así como también, el desarrollo de experiencias de juego y narraciones dialogadas.
- Sesiones individuales en el SCD con el acompañamiento de la Guía de Familia para favorecer la interacción responsiva de la familia con la niña o niño.
- Sesiones grupales en el SCD de preparación de alimentos ricos en hierro, actividades vivenciales orientadas al intercambio de saberes respecto a la preparación de alimentos ricos en hierro".

La Tabla 3 presenta la propuesta de intervenciones dirigidas a las familias según los resultados esperados del piloto.

Tabla 3: Acompañamiento a las familias usuarias por resultado de desarrollo

Resultado DIT	Intervención mejorada	Cantidad de sesiones
R3: Niñas y niños de 6 a 36 meses usuarios del SCD sin anemia	Fortalecimiento de prácticas de cuidado saludable a familias de todos los niños y niñas usuarios	▪ 16 sesiones individuales de visita al hogar ▪ 02 sesiones grupales demostrativas de preparación de alimentos
R4: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuada comunicación	Promoción de narraciones dialogadas y de la comunicación verbal en la interacción adulto-niño	▪ 03 sesiones individuales en visita al hogar ▪ 04 sesiones individuales en SCD ▪ 03 sesiones grupales de socialización
R5: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuado desarrollo motor	Promoción de condiciones en el hogar para el desarrollo motor (juego y desplazamiento)	▪ 03 sesiones de visita al hogar
R6: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuada regulación de emociones y comportamientos	Promoción de la regulación de emociones y comportamientos	▪ 03 sesiones individuales de visita al hogar ▪ 03 sesiones de socialización grupal
R7: Niños y niñas de 6 a 36 meses con adecuado desarrollo cognitivo	Promoción del juego libre y el acompañamiento del adulto en el juego de la niña o niño	▪ 03 sesiones individuales de visita al hogar ▪ 04 sesiones individuales en el SCD ▪ 03 sesiones de socialización grupal

Fuente: Documento técnico del "Plan Piloto Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más", aprobado por RDE N° 573-2018-MIDIS/PNCM.

El PNCM ha definido tres fases de implementación del Piloto:

Fase 1: Preparación de las condiciones previas. Incluye:

- Contratación y capacitación de personal profesional asignado al Piloto para las Unidades Territoriales.
- Selección de Madres Cuidadoras, Madres Guía y Guías de Familia en base a una evaluación de habilidades en el marco del Piloto.
- Capacitación inicial de actores comunales: Madres Cuidadoras, Madres Guía y Guías de Familia.
- Organización de los ratios de atención y/u horarios ampliados según corresponda.
- Medición de línea de base.

Fase 2: Implementación de las intervenciones. Incluye:

- Intervención con niños.
- Intervención con familias.
- Capacitación continua de profesionales y actores comunales.
- Seguimiento y monitoreo del proceso de implementación.

Fase 3: Cierre. Incluye:

- Medición de línea de seguimiento.

De acuerdo con el documento técnico del Piloto, inicialmente la duración del mismo estaba programada hasta mayo de 2019, sin embargo, el PNCM dispuso la extensión de la duración hasta diciembre de 2019, a fin de que se cuente con un plazo prudente para la medición de la línea de seguimiento para la evaluación de impacto del Piloto. El cronograma de implementación actualizado del Piloto se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4: Cronograma actualizado de implementación del piloto

Fases del piloto	2018										2019												2020	
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
1. Preparación de las condiciones previas (línea de base)																								
2. Implementación de las intervenciones																								
3. Línea de seguimiento																								

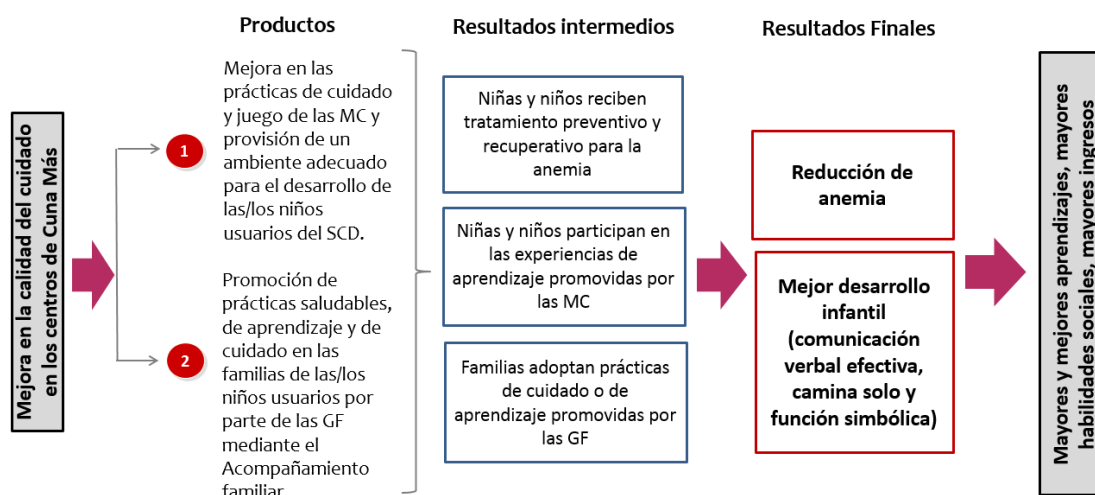
Fuente: Documento técnico del "Plan Piloto Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más",
Nota: Cronograma actualizado por la DGSE en base al cronograma aprobado en la RDE N° 573-2018-MIDIS/PNCM.

3 Evaluación de impacto del Piloto

3.1 Teoría de cambio del Piloto

La teoría del cambio del Piloto propone que los impactos sobre el desarrollo infantil temprano operan, entre otras cosas, mediante más y mejores conocimientos sobre el desarrollo infantil, mejoras en las interacciones y prácticas saludables a cargo de las madres cuidadoras en los centros; así como también mejores prácticas de cuidado saludable y aprendizaje en las familias, las mismas que se reflejan en mayores oportunidades de juego y aprendizaje para los niños y niñas. El Gráfico 1 resume la teoría de cambio subyacente en la propuesta del Piloto.

Gráfico 1: Teoría del cambio del Piloto de mejora del SCD



El objetivo del estudio de evaluación de impacto es estimar el efecto del Piloto sobre el nivel de desarrollo de las niñas y niños asistentes al servicio. Si bien los resultados finales se miden en los niños y niñas, se espera que estén mediados por cambios en el conocimiento y prácticas de las madres cuidadoras y de las familias de los niños y niñas.

La Tabla 5 muestra los resultados que se medirán en la evaluación y los indicadores propuestos por nivel de objetivo. La evaluación de impacto analizará los indicadores de resultado final del Piloto, así como algunos de resultado intermedio (en negrita):

Tabla 5: Matriz de indicadores para el seguimiento y evaluación del Piloto

INSUMO	ACTIVIDAD	PRODUCTO	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO FINAL
* N° de AT contratados * N° de EAI contratados * N° de MC en el SCD * N° de GF en el SCD * N° de niños con disponibilidad de sulfato ferroso en el Centro * N° de niños con disponibilidad de Micronutriente en el Centro * N° de Experiencias de Aprendizaje en comunicación verbal efectiva en niños por grupo etario * N° de Experiencias de Aprendizaje en desarrollo motor en niños por grupo etario * N° de Experiencias de Aprendizaje en regulación de emociones y comportamiento en niños por grupo etario * N° de Experiencias de Aprendizaje en desarrollo cognitivo en niños por grupo etario * N° de locales que cuentan con paquete básico para la intervención con niños * N° de niñas y niños registradas en CUNANET * N° de Cuidadores Principales registradas en CUNANET * N° de GF que cuentan con kit básico para su visita	*% de AT que han recibido el paquete de formación (1 taller inicial, mínimo 07 jornadas de formación continua y mínimo 6 sesiones de acompañamiento)	* % de MC que administran Micronutriente, jarabe o gotas a las niñas y niños sin anemia del SCD (preventivo) * % de MC que administran Sulfato Ferroso, a las niñas y niños con anemia del SCD * % de MC que realizan experiencias de aprendizaje que promueven la comunicación verbal en las niñas y niños en los momentos de cuidado y juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa	* % de niñas y niños que consumen Micronutriente, jarabe o gotas (preventivo) * % de niñas y niños con diagnóstico de anemia que consumen Sulfato Ferroso * % de niños y niñas que participan en experiencias de aprendizaje que promueven la comunicación verbal en los momentos de juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa * % de niños y niñas que participan en experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo motor grueso en los momentos de juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa * % de niños y niñas que participan en actividades que promueven la regulación de emociones y comportamientos según metodología establecida y programación por el programa * % de niños y niñas que participan en experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo de la función simbólica en el momento de juego libre según metodología y programación establecida por el programa	R3. Niñas y niños de 12 a 36 meses usuarios del SCD sin anemia. % Niñas y niños de 12 a 36 meses usuarios del SCD sin anemia R4. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con adecuada comunicación verbal efectiva. % Niños y niñas de 24 a 36 meses usuarios del SCD con comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo apropiada para su edad.
	*% de EAI que han recibido el paquete de formación (1 taller inicial y mínimo 07 jornadas de formación continua)	* % de MC que realizan experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo motor grueso en las niñas y niños en los momentos de cuidado y juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa * % de MC que realizan actividades que promueven la regulación de emociones y comportamientos según metodología y programación establecida por el programa * % de MC que realizan experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo de la función simbólica en el momento de juego libre según metodología y programación establecida por el programa * % de MC que organizan espacios y materiales para los momentos de cuidado y juego según metodología y programación establecida por el PNCM		R5. Niñas y niños de 12 a 23 meses usuarios del SCD con adecuado desarrollo motor. % Niñas y niños de 12-23 meses usuarios del SCD que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.
	*% de MC que han recibido el paquete de formación por parte de AT (1 taller inicial, mínimo 7 jornadas de formación continua y mínimo 14 sesiones de acompañamiento)			R6. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con regulación de emociones y comportamientos. % Niños y niñas de 24 a 36 meses usuarios del SCD que regula sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites.
	* N° de niños y niñas por MC (Módulo de bebés y gateadores) * N° de niños y niñas por MC (Módulo de caminantes y exploradores)			R7. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con adecuado desarrollo cognitivo. % Niñas y niños de 24 a 36 meses que representa sus vivencias a través del juego y el dibujo.
	* % de GF que han recibido el paquete de formación (1 taller de formación inicial, mínimo 05 jornadas de formación continua y mínimo 16 sesiones de acompañamiento)	*% de GF que promueven prácticas de cuidado saludable de acuerdo a la programación * % de GF que promueven narraciones dialogadas y comunicación verbal en la interacción adulto niño de acuerdo a la programación * % de GF que promueven condiciones en el hogar para el desarrollo motor grueso y fino. * % de GF que promueven la regulación de emociones y comportamientos de acuerdo a la programación * % de GF que promueven el juego y el acompañamiento del adulto en el juego de la niña o niño de acuerdo a la programación	* % de familias que demuestran dos prácticas: ubicación de Micronutriente o sulfato ferroso en un lugar adecuado según lineamientos del MINSA y disposición de 3 materiales para el juego según orientaciones del programa	
	N° de GF que cuentan con 15 familias o menos a su cargo asignadas por el PNCM			
	* % de Familias que reciben 14 o más visitas al hogar por parte de la GF			

Nota: Los resultados finales están en el Marco de la Política del Desarrollo Infantil Temprano.

AT=Acompañante Técnico, EAI=Especialista de Atención Integral, MC=Madre Cuidadora, GF=Guía de Familia

3.2 Modalidades de intervención en el Piloto

El PNCM seleccionó 170 Comités de Gestión para participar en el Piloto. Los locales de los centros de cuidado diurno activos a la fecha del diseño de la evaluación (abril de 2018) fueron 655 locales, los cuales fueron agrupados a partir de las acciones de mejora que el PNCM planificó implementar.

En la modalidad de intervención 1 (T1), las acciones implementadas son:

- Capacitación inicial y jornadas de capacitación continua a los actores comunales.
- Intervenciones efectivas con los niños/as, con un coeficiente de atención regular y horario de atención estándar.
- Intervención con las familias de los niños/as usuarios.

En la modalidad de intervención 2 (T2) las acciones implementadas son:

- Capacitación inicial, jornadas de capacitación continua y acompañamiento técnico a los actores comunales.
- Intervenciones efectivas con los niños/as, con un coeficiente de atención regular y horario de atención estándar.
- Intervención con las familias de los niños/as usuarios.

En la modalidad de intervención 3 (T3) las acciones implementadas son:

- Capacitación inicial, jornadas de capacitación continua y acompañamiento técnico a los actores comunales.
- Intervenciones efectivas con los niños/as, con un coeficiente de atención disminuido y horario de atención estándar.
- Intervención con las familias de los niños/as usuarios.

Finalmente, en la modalidad de intervención 4 (T4), las acciones implementadas son:

- Capacitación inicial, jornadas de capacitación continua y acompañamiento técnico a los actores comunales.
- Intervenciones efectivas con los niños/as, con un coeficiente de atención disminuido y horario de atención ampliado.
- Intervención con las familias de los niños/as usuarios.

La evaluación de impacto del Piloto comparará las variantes T2 y T3 para evaluar cuál de estas alternativas sería más costo-efectiva para el Programa. En particular, se busca determinar en qué medida la implementación del paquete de mejoras (capacitación especializada completa a madres cuidadoras, intervenciones efectivas con los niños e intervención con las familias) y la inversión asociada a estas mejoras pueden dar los mejores resultados con el coeficiente de atención regular, o si este paquete de mejoras requiere de una mayor inversión para la contratación de madres cuidadoras a fin de reducir el coeficiente de atención y la carga laboral asociada.

En este sentido, la evaluación cuenta con dos grupos de tratamiento (T2 y T3) y un grupo de control (C):

- T2 = Locales del SCD con paquete de mejoras (capacitación especializada de madres cuidadoras y acompañamiento técnico, intervenciones efectivas con niños/as, intervención con las familias)
- T3 = Locales del SCD con paquete de mejoras (capacitación especializada de madres cuidadoras y acompañamiento técnico, intervenciones efectivas con niños/as, intervención con las familias) + reducción del coeficiente de atención.
- C = Locales del SCD fuera del ámbito del piloto.

Además, de manera exploratoria³ se incluyó en la muestra de evaluación a los 23 locales que además contarán con horario ampliado:

- T4 = Locales con paquete de mejoras (capacitación especializada de madres cuidadoras y acompañamiento técnico, intervenciones efectivas con niños/as, intervención con las familias) + reducción del coeficiente de atención + ampliación de horario de atención.

3.3 Metodología de evaluación, cálculos de poder y tamaño de muestra

3.3.1 Metodología de evaluación

Debido a los rangos etarios de la muestra de evaluación, se ha planteado un diseño de la evaluación con dos metodologías complementarias⁴:

- i) Metodología experimental: Se basó en la asignación aleatoria de locales del SCD entre los grupos T2 y T3. Esta metodología permitirá evaluar el impacto de la reducción del coeficiente de atención, cuya implementación a escala tendría implicaciones importantes en cuanto al financiamiento que se requiere para sostener y expandir este modelo en el tiempo pues supone contar con personal comunitario adicional. En este sentido, la comparación entre T2 y T3 permitirá conocer si la presencia de personal en mayores números (que supone costos mayores) se justifica en términos de los impactos que tiene sobre el desarrollo infantil de los niños y niñas usuarios del servicio.
- ii) Metodología cuasi-experimental: Se basó en una técnica de emparejamiento, en base a un conjunto de características observables a nivel de local de cuidado diurno, para seleccionar un grupo de locales de control. Esta metodología permitirá identificar el efecto sobre el desarrollo infantil de cada modalidad de intervención, T2 y T3, al comparar cada una de ellas con un grupo de locales que no son parte del Piloto de mejora del SCD (grupo de control, C). De este modo, la comparación entre T2 y C permitirá conocer el impacto del paquete básico de mejoras sobre el nivel de desarrollo de los niños y niñas; mientras que la comparación entre T3 y C permitirá conocer el impacto del paquete completo de mejoras, incluyendo la reducción del coeficiente de atención, sobre el nivel de desarrollo de los niños y niñas.

3.3.2 Cálculos de Poder estadístico y tamaño de muestra

La Tabla 6 muestra los resultados de los cálculos de poder estadístico para la estimación de los tamaños muestrales. Se utilizó una correlación intracluster (ICC) de 0.09 para el indicador de tamizaje de anemia de los usuarios del SCD del año 2017 y de 0.13 para el indicador de comunicación verbal efectiva provenientes del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que se viene aplicando a nivel nacional a partir del año 2015.

Según los cálculos de poder estadístico, con una muestra de 144 locales en cada grupo de estudio (T2, T3, C) y 6 niños por local sería posible identificar impactos de 7 puntos porcentuales de reducción en la prevalencia de anemia, así como incrementos de 0.16 desviaciones estándar en el puntaje de comunicación verbal efectiva. Considerando dos modalidades del Piloto y el grupo de control (T2, T3 y C) se tendría una muestra total de 432 locales y 2,592 niños y niñas. Este fue el

³ Por el bajo número de locales, no es posible considerar esta modalidad como un grupo de tratamiento adicional a fin de evaluar impactos, pero se desarrollará un análisis de regresión multidimensional para evaluar si la ampliación del horario de atención está correlacionada positivamente con una mayor participación laboral de las madres usuarias del servicio.

⁴ Para un mayor detalle sobre los aspectos metodológicos de la evaluación véase la "Nota Metodológica para la evaluación de impacto del Piloto de Mejora de la Atención Integral del SCD del PNCM".

tamaño muestral seleccionado para la evaluación, en coordinación con el PNCM para el paquete completo de intervenciones en T2 y T3.

Tabla 6: Cálculos de poder

Anemia: ICC = 0.09						
Locales por grupo de estudio	Niños por local	Total niños por grupo de estudio	Porcentaje de anemia en C	Porcentaje de anemia en T	Efecto en puntos porcentuales de anemia	Efecto en desviaciones estándar
100	6	600	32.00	23.00	9.00	0.19
143	6	858	32.00	25.00	7.00	0.15
250	6	1500	32.00	27.00	5.00	0.11
100	10	1000	32.00	24.00	8.00	0.17
143	10	1430	32.00	26.00	6.00	0.13
250	10	2500	32.00	27.00	5.00	0.11
100	15	1500	32.00	25.00	7.00	0.15
143	15	2145	32.00	26.00	6.00	0.13
250	15	3750	32.00	28.00	4.00	0.09
Comunicación verbal efectiva: ICC = 0.13						
Locales por grupo de estudio	Niños por local	Total niños por grupo de estudio	Puntaje total en el módulo DIT en C	Puntaje total en módulo DIT en T	Efecto en puntos del módulo DIT	Efecto en desviaciones estándar
100	6	600	83.00	90.00	7.00	0.18
143	6	858	83.00	89.00	6.00	0.16
250	6	1500	83.00	88.00	5.00	0.13
100	10	1000	83.00	89.00	6.00	0.16
143	10	1430	83.00	88.00	5.00	0.13
250	10	2500	83.00	87.00	4.00	0.11
100	15	1500	83.00	89.00	6.00	0.16
143	15	2145	83.00	88.00	5.00	0.13
250	15	3750	83.00	87.00	4.00	0.11

Como se puede observar en la Tabla 7, el tiempo de permanencia en el servicio se incrementa con la edad de los niños y niñas: el tiempo de permanencia promedio en el servicio es de casi 3 meses en los niños y niñas entre 6 a 12 meses de edad, y casi 12 meses en los niños y niñas entre 24 y 36 meses de edad. En ese sentido, en coordinación con el PNCM, se vio por conveniente concentrar la evaluación en el rango etario de 12 a 36 meses de edad, dado que son los niños y niñas que permanecen más tiempo en el servicio.

Tabla 7: Asistencia promedio por grupo de edad (a diciembre 2017)

Rango etario	Número de niños y niñas	Porcentaje (%)	Permanencia en el servicio (En meses)
Entre 6 a 12 meses	5,776	9.97%	2.61
Entre 13 a 23 meses	21,724	37.49%	6.02
Entre 24 a 36 meses	30,447	52.54%	11.92
Total	57,947	100.00%	8.78

Fuente: PNCM

Dado que los indicadores de resultado final en los niños y niñas se miden por tramos de edad, se consideró pertinente estratificar la muestra de evaluación en dos rangos etarios relevantes para la medición de los mismos: 12-23 meses y 24-36 meses. De este modo, el tamaño de muestra para la evaluación considera 2,592 niños y niñas en cada rango etario, haciendo un total de 5,184 niños y niñas la muestra requerida para la evaluación de impacto.

Es importante señalar que, si bien el tamaño de muestra requerido es de 2,592 niños y niñas de 12-23 meses y 2,592 niños y niñas de 24-36 meses, según el padrón de usuarios del PNCM la cantidad de niños y niñas que asistían al servicio a julio de 2018 era menor a lo requerido, por ejemplo, en dicho mes existían 122 locales de la muestra con menos de 6 niños en el rango de 12-23 meses y 16 locales con menos de 6 niños en el rango de 24-36 meses.

De ese modo, la muestra programada para el operativo de campo fue de 2,182 niños y niñas entre 12-23 meses y 2,473 niños y niñas entre 24-36 meses, según se muestra en la Tabla 8. Adicionalmente, dada la baja cantidad de locales con horario ampliado, se consideró necesario levantar información de todos los niños y niñas en los rangos etarios relevantes que se encontraban en el servicio, según los registros administrativos del PNCM.

Tabla 8: Muestra programada para el operativo de campo de línea de base

Rango etario	Muestra Programada					
	T2 (Coeficiente estándar)	T3 (Coeficiente mejorado)	C (Control)	Total T2+T3+C	T4 (Horario ampliado)	Total
12-23 meses	703	734	745	2,182	175	2,357
24-36 meses	814	840	819	2,473	249	2,722
Total	1,517	1,574	1,564	4,655	424	5,079

4 Descripción del levantamiento de información de la línea de base

El operativo de campo para el levantamiento de información de línea de base se realizó entre setiembre y diciembre de 2018, y se aplicaron los siguientes instrumentos:

- i) Módulo de Desarrollo Infantil Temprano (Módulo DIT) de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).
- ii) Ficha sociodemográfica del hogar.
- iii) En el caso del tamizaje de hemoglobina, se registró la medición realizada por los establecimientos de salud, previamente coordinada por personal del PNCM, en el marco de las campañas realizadas por el Ministerio de Salud (MINSA).

El operativo estuvo a cargo de dos equipos: i) un equipo conformado por los Acompañantes Técnicos (AT) del PNCM encargados de la aplicación de la ficha sociodemográfica del hogar y de recabar la ficha de tamizaje de hemoglobina, y ii) un equipo de 40 aplicadores y 5 supervisores (externos) contratados por el PNCM para aplicar el módulo DIT⁵.

⁵ La aplicación de la encuesta se realizó a cargo de dos equipos diferentes debido principalmente a temas presupuestales, no obstante, se presentaron algunas complicaciones relacionadas con el descalce entre la información de los códigos de identificación de locales y de usuarios que manejaban los AT y la que manejaban los aplicadores externos, lo que dificultó la vinculación individual de la información recogida por ambos equipos.

En el desarrollo del operativo de campo los equipos de las Unidades Territoriales (UT) del PNCM llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Coordinar con los establecimientos de salud a fin de que las niñas y niños de la muestra de evaluación accedan al tamizaje de hemoglobina en las campañas realizadas, durante el período de levantamiento de información de la línea de base.
- Explicar a las familias usuarias sobre los objetivos del estudio y confirmar su participación a través de la firma de un “Consentimiento Informado”.
- Coordinar con las madres de los niños y niñas de la muestra que hayan decidido participar su asistencia a los locales del SCD en las fechas previstas por el cronograma del trabajo de campo.

Aproximadamente el 15% de la muestra original de evaluación tuvo que ser reemplazada⁶, debido a los siguientes motivos:

- Los niños o niñas habían sido retirados del servicio.
- Al momento del recojo de información los niños o niñas excedían los 36 meses y ya no asistían al servicio.
- Las madres no tenían disponibilidad por motivos laborales o se encontraban de viaje.
- Las madres no aceptaron participar del estudio.

La Tabla 9 muestra la distribución de la muestra recogida en la línea de base. La base de datos cuenta con 4,607 registros, de los cuales 62 no tienen un local del SCD asociado o se trata de registros duplicados, con lo cual, la información analizada corresponde a 4,545 niños y niñas, lo que representa el 89% de la muestra programada.

Tabla 9: Muestra con información de línea de base

Rango etario	T2 (Coeficiente estándar)	T3 (Coeficiente mejorado)	C (Control)	Total T2+T3+C	T4 (Horario ampliado)	Total Muestra recogida (T2+T3+T4+C)	Muestra programada	Recogida / Programada
12 a 23 meses	562	635	602	1,799	95	1,894	2,357	80%
24 a 36 meses	821	837	844	2,502	149	2,651	2,722	97%
Total	1,383	1,472	1,446	4,301	244	4,545	5,079	89%

5 Resultados de la línea de base

A continuación, se presentan los resultados de la línea de base para la muestra total recogida (T2+T3+T4+C), organizados en tres secciones. En primer lugar se presentan las características más relevantes de los hogares y viviendas donde residen los niños y niñas que son parte del estudio de evaluación, en segundo lugar se presentan las características de los niños y niñas, y finalmente se muestran las características de sus madres.

⁶ En relación al procedimiento para la selección de los reemplazos, la DGSE seleccionó de manera aleatoria hasta 4 niños y niñas de reemplazo por rango de edad en cada local. A los niños y niñas de reemplazo se les asignó un número correlativo del 1 al 4, a manera de ranking, de tal manera que ante la ausencia de un niño o niña de la muestra debía recurrirse al reemplazo N° 1, ante la ausencia de éste al reemplazo N° 2, y así sucesivamente.

5.1.1 Características de la vivienda y del hogar

5.1.1.1 Estructura del hogar

Los hogares de los niños y niñas del estudio están conformados, en promedio, por 5 personas, de las cuales dos personas trabajan. En la mitad de hogares, la jefatura del hogar es atribuida al esposo o cónyuge de la madre del niño o niña, en el 34% de casos es la madre del niño o niña quien ocupa este rol, y en el 14% restante otro miembro del hogar (ver Tabla 10). Al respecto, cabe precisar que el porcentaje de jefes del hogar que es mujer es similar al promedio de hogares a nivel nacional, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares y Condiciones de Vida (ENAH) del año 2018 (30%). Por otro lado, el 40% de los jefes del hogar ha concluido con la educación secundaria.

Tabla 10: Estructura del hogar

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
N° miembros del hogar	4.9	5.0	4.8
N° miembros del hogar que trabajan	1.9	2.0	1.9
Jefe del hogar			
▪ Esposo o cónyuge de la madre del niño o niña	52.4%	52.4%	52.4%
▪ Madre del niño o niña	33.7%	32.2%	34.8%
▪ Otro miembro del hogar	13.9%	15.4%	12.8%
Nivel educativo del jefe de hogar			
▪ Sin nivel	1.8%	1.9%	1.7%
▪ Educación inicial	0.2%	0.4%	0.1%
▪ Primaria incompleta	6.6%	6.8%	6.4%
▪ Primaria completa	9.4%	10.1%	8.9%
▪ Secundaria incompleta	12.8%	13.5%	12.3%
▪ Secundaria completa	39.8%	38.9%	40.4%
▪ Superior	29.5%	28.5%	30.3%

5.1.1.2 Características de las viviendas y acceso a servicios básicos

A continuación, se presenta un conjunto de indicadores asociados a las características de las viviendas en las cuales residen los niños de la muestra del Piloto (ver Tabla 11). Con respecto a las **paredes exteriores de las viviendas**, se tiene que el material más frecuente es el ladrillo (58%), seguido por el adobe (18%) y la madera (10%). Respecto al **material de los pisos**, en la mayoría de viviendas el piso es de cemento (59%), mientras que en el 23% el piso es de tierra y en un 8% de losetas. No se observan diferencias cuando se distingue por rangos etarios de los niños y niñas. Finalmente, respecto a los **techos de la vivienda**, el material predominante entre las viviendas son las planchas de calamina, fibra de cemento o materiales similares (50%). Por otro lado, en promedio, los hogares cuentan con 2 habitaciones de uso exclusivo para dormir.

Tabla 11: Características de las viviendas

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Material de las paredes exteriores			
▪ Ladrillo	57.6%	57.3%	57.9%
▪ Adobe	18.1%	17.8%	18.3%
▪ Madera	10.4%	9.2%	11.2%
▪ Tapia	4.5%	4.6%	4.4%
▪ Quincha (caña con barro)	4.4%	5.3%	3.7%
▪ Otro material	5.1%	5.8%	4.6%
Material de los pisos			
▪ Cemento	59.3%	58.4%	59.9%
▪ Tierra	22.9%	23.4%	22.5%
▪ Losetas, terrazos o similares	8.0%	8.6%	7.5%
▪ Madera (entablados)	5.2%	5.0%	5.4%
▪ Otro material	4.7%	4.6%	4.8%
Material de los techos			
▪ Planchas de calamina, fibra de cemento o similares	50.4%	50.1%	50.6%
▪ Concreto armado	33.6%	33.0%	34.1%
▪ Tejas	9.8%	10.2%	9.5%
▪ Otro material	6.2%	6.7%	5.8%
N° de habitaciones	2.1	2.0	2.1

5.1.1.3 Acceso a servicios básicos

Se analizan algunos indicadores que permiten caracterizar el nivel de acceso a servicios básicos de los hogares como: acceso a agua, saneamiento, electricidad, tipos de combustible utilizados para cocinar y acceso a telecomunicaciones.

Con respecto al acceso a servicios de agua, es tan importante la cobertura como la continuidad del servicio. Como se puede ver en la Tabla 12, **por el lado de la cobertura de agua**, el 86% de hogares se abastecen de agua a través de red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda, siendo este porcentaje similar entre las familias de los dos rangos etarios del estudio. El resto, en su mayoría, se abastece de agua a través de pilón o grifo de uso público (6%) o de pozo (2%). Entre los que cuentan con conexión domiciliaria, solo el 40% cuenta con agua todo el tiempo (las 24 horas del día, los 7 días de la semana), el resto tiene agua por momentos. Así, un hogar, en promedio, tiene agua 6 días a la semana durante 14 horas a lo largo del día.

Tabla 12: Abastecimiento de agua

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Abastecimiento de agua			
▪ Red pública dentro de la vivienda	81.6%	81.8%	81.4%
▪ Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	4.8%	4.8%	4.8%
▪ Pílon o grifo de uso público	6.3%	6.1%	6.4%
▪ Pozo	2.2%	1.9%	2.5%
▪ Camión cisterna u otro similar	2.0%	2.1%	1.9%
▪ Otro	3.1%	3.3%	2.9%
Continuidad del abastecimiento(*)			
▪ Tienen agua todo el tiempo (7 días a la semana, 24 horas al día)	39.6%	39.5%	39.7%

N° de días a la semana con agua	6.3	6.3	6.3
N° de horas al día con agua	14.3	14.2	14.3

(*) Condicionado a los hogares que se abastecen de agua de red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda.

Con respecto al **acceso a saneamiento**, la mayoría de los hogares (90%) cuenta con una conexión adecuada (conexión a red pública, letrina o pozo séptico), solo un 7% cuenta con pozo ciego o negro y un 3% no cuenta con ningún sistema de eliminación de excretas. Cabe mencionar que no se observan diferencias entre rangos etarios. Además, entre los que cuentan con una solución de saneamiento, el 87% manifestó que este es de uso exclusivo del hogar.

Tabla 13: Acceso a saneamiento

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Servicio higiénico conectado a:			
▪ Red pública dentro de la vivienda	70.1%	69.1%	70.8%
▪ Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	5.0%	5.0%	5.0%
▪ Letrina	9.1%	9.3%	9.0%
▪ Pozo séptico	5.5%	6.4%	4.9%
▪ Pozo ciego o negro	6.6%	6.5%	6.6%
▪ Otro	0.9%	0.9%	0.8%
▪ No tiene	2.8%	2.9%	2.8%
Servicio higiénico es de uso exclusivo del hogar	86.9%	85.9%	87.7%

En relación al **acceso a electricidad**, la gran mayoría de familias (96%) cuenta con luz proveniente de red pública (96%). Con respecto **al combustible utilizado para cocinar**, la mayoría de las familias del estudio utiliza gas, ya sea GLP (63%) o natural (28%), mientras que el 17% utiliza leña y el 2.5% hace uso del carbón (ver Tabla 14). Entre el 18% de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta, o combinaciones entre ellas, se indagó por la tenencia de cocinas mejoradas.

Las cocinas mejoradas son estructuras, usualmente fabricadas sobre la base de adobe o barro, que tienen como función reducir la contaminación en el espacio destinado para la cocina provocado por el humo generado durante la cocción de los alimentos. En ese sentido, ayudan a reducir la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRAs) en el hogar, así como afecciones a la vista, de este modo contribuyen en preservar la salud de los niños y niñas. Se encontró que el 39% de los hogares que utilizan carbón, leña o bosta cuenta con cocinas mejoradas, y sólo en el 19% de los casos dichas cocinas mejoradas se implementan adecuadamente, de tal manera que no dejan escapar el humo al interior de las casas (ver Tabla 14). La situación es muy parecida si se distingue por rango etario de los niños y niñas.

Finalmente, en relación al **acceso a servicios de telefonía**, se observa que el 93% de los hogares cuenta con telefonía móvil, pero sólo el 9% con telefonía fija. También se observa que sólo el 18% cuenta con Internet.

Tabla 14: Acceso a electricidad y tipo de combustible utilizado para cocinar

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Tipo de alumbrado:			
▪ Electricidad (red pública)	96.3%	96.0%	96.4%
▪ Vela	1.5%	1.8%	1.2%

▪ Otro	2.3%	2.0%	2.5%
▪ No tiene	0.5%	0.4%	0.5%
Tipo de combustible usado para cocinar:			
▪ Gas (GLP)	63.0%	62.5%	63.3%
▪ Gas natural	27.7%	26.4%	28.5%
▪ Leña	16.8%	17.9%	15.9%
▪ Carbón	2.5%	2.8%	2.3%
▪ Otra	2.1%	2.1%	1.9%
▪ No cocina	0.5%	0.4%	0.5%
Cocina mejorada(*):			
▪ Cuenta con cocina mejorada	39.0%	37.7%	40.0%
✓ Cuenta con cocina mejorada y no deja escapar humo	19.0%	19.7%	18.3%
✓ Cuenta con cocina mejorada, pero deja escapar humo	20.0%	18.1%	21.7%
▪ No cuenta con cocina mejorada	61.0%	62.3%	60.0%
Acceso a telecomunicaciones			
▪ Teléfono fijo	8.8%	8.4%	9.1%
▪ Celular	93.0%	91.9%	93.7%
▪ TV Cable	36.0%	36.4%	35.6%
▪ Internet	17.8%	16.5%	18.7%

Nota: (*) Condicionado a los hogares que utilizan carbón, leña o bosta para cocinar.

5.1.1.4 Activos del hogar

Respecto a la **tenencia de activos en el hogar** (ver Tabla 15), se tiene que los más recurrentes son las cocinas a gas (92%), los televisores (91%), las licuadoras (73%), las radios (64%) y las planchas (60%). Se observa una situación similar si se distingue por rangos etarios de los niños y niñas.

Tabla 15: Tenencia de activos

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Activos del hogar:			
▪ Cocina a gas	91.7%	90.5%	92.5%
▪ TV	90.8%	90.1%	91.3%
▪ Licuadora	73.1%	71.6%	74.1%
▪ Radio	64.4%	63.6%	65.0%
▪ Plancha	59.8%	58.9%	60.5%
▪ DVD/Blue-ray	46.4%	44.6%	47.6%
▪ Refrigeradora/congelador	45.7%	44.4%	46.6%
▪ Equipo de sonido	33.8%	32.2%	32.2%
▪ Lavadora	24.7%	24.5%	25.0%
▪ Computadora	22.9%	22.9%	23.7%
▪ Bicicleta	22.4%	21.3%	23.2%
▪ Otro vehículo con motor	16.6%	17.1%	16.2%
▪ Horno microondas	15.5%	14.6%	16.2%
▪ Auto, camioneta	8.7%	8.5%	8.9%
▪ Máquina de coser	7.7%	6.6%	8.5%
▪ Cocina a kerosene	2.7%	2.5%	2.8%

5.1.2 Ingresos del hogar

La encuesta de línea de base indagó por el ingreso mensual aproximado que perciben las familias. Cabe señalar que, a diferencia de las encuestas especializadas para medir pobreza (ENAH0 por ejemplo), donde el ingreso del hogar se calcula como la suma de los ingresos de cada uno de los miembros objetivo, en la encuesta de línea de base del Piloto se le solicitó al informante (en este caso, la madre) que estime el nivel de ingreso del hogar de manera agregada.

De acuerdo con lo reportado por las madres, el ingreso promedio mensual de los hogares del estudio asciende a S/1,104, siendo similar si distinguimos por rangos etarios. Este nivel de ingresos se corresponde con un ingreso per cápita promedio de S/221 mensuales, S/38 por encima de la línea de pobreza extrema a nivel nacional (S/ 183), y S/30 por encima de la línea de pobreza extrema en el área urbana (S/191), según datos de la ENAH0 2018. No obstante, el ingreso per cápita promedio mensual de los hogares de estudio está S/123 por debajo de la línea de pobreza total (S/344).

Tabla 16: Ingresos del hogar

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Ingresos mensuales			
▪ Menos de S/ 500	19.9%	19.8%	20.0%
▪ De S/ 500 a S/ 999	31.6%	32.8%	30.7%
▪ De S/ 1,000 a S/ 1,499	22.1%	21.8%	22.3%
▪ De S/ 1,500 a más	26.5%	25.6%	27.1%
Ingreso mensual aproximado	1,104.1	1,087.2	1,116.2
Ingreso mensual per cápita	254.1	244.7	260.8

5.1.3 Pobreza según el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

El método de estimación de la pobreza según NBI define cinco tipos de necesidades: (i) hogares en viviendas con características físicas inadecuadas (viviendas improvisadas o con paredes exteriores de esteras o quinchá, piedra con barro, madera u otro material; y el piso de tierra); (ii) hogares en viviendas hacinadas (más de 3 personas por habitación exclusiva para dormir); (iii) hogares en viviendas sin acceso a servicios de desagüe; (iv) hogares con niños de 6 a 12 años que no asisten a la escuela; y (v) hogares con alta dependencia económica (jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por perceptor de ingresos). De este modo, se identifica a un hogar como pobre si cuenta con al menos una de estas cinco NBI.

En la Tabla 17 se presenta el resultado de las estimaciones para la medición de la pobreza según el método de NBI. De acuerdo con dichas estimaciones, la NBI más frecuente entre los hogares del estudio fue la NBI 2 que mide la proporción de hogares en viviendas hacinadas (31%). Otras NBI frecuentes fueron las condiciones inadecuadas de las viviendas (8%) y niños o niñas que no asisten a la escuela (7%). La alta dependencia económica y la proporción de hogares sin acceso a saneamiento sólo alcanzaron al 4% de hogares. Luego, al analizar a los hogares que cuentan con al menos una NBI se tiene que el 43% de los hogares clasifica como pobre. Comparando estos resultados con los de la ENAH0, se tiene que la población bajo estudio es relativamente más pobre que el promedio nacional calculado por el INEI, utilizando la misma metodología, para el año 2017 (18%).

Tabla 17: Pobreza según el método de NBI

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Hogares según NBI			
▪ NBI 1: Vivienda inadecuada ^{1/}	8.1%	7.6%	8.4%
▪ NBI 2: Hacinamiento ^{2/}	31.0%	32.4%	30.0%
▪ NBI 3: Sin acceso a saneamiento ^{3/}	3.7%	3.8%	3.6%
▪ NBI 4: Niños que no asisten a la escuela ^{4/}	6.9%	7.3%	6.7%
▪ NBI 5: Alta dependencia económica ^{5/}	4.0%	4.7%	3.5%
Hogares según número de NBI			
▪ Ninguna NBI	56.6%	54.9%	57.8%
▪ 1 NBI	34.1%	35.8%	33.0%
▪ 2 NBI	7.8%	7.8%	7.8%
▪ 3 NBI	1.3%	1.2%	1.3%
▪ 4 NBI	0.1%	0.2%	0.1%
▪ 5 NBI	0.0%	0.1%	0.0%
Pobreza según NBI			
▪ Pobres	43.4%	45.1%	42.2%
▪ No Pobres	56.6%	54.9%	57.8%

Nota:

1/ Vivienda inadecuada: Vivienda improvisada o con paredes exteriores de esteras o quinchá, piedra con barro, madera u otro material; y piso de tierra.

2/ Hacinamiento: Hogar en el que hay más de 3 personas por habitación de uso exclusivo para dormir.

3/ Sin acceso a saneamiento: Vivienda sin servicio higiénico.

4/ Niños que no asisten a la escuela: Hogares con niños de 6 a 12 años que no asiste a la escuela.

5/ Alta dependencia económica: Hogares con jefe de hogar con primaria incompleta y con tres personas o más por perceptor de ingresos.

Los elevados niveles de pobreza presentados deberían corresponderse con una alta participación en programas sociales. En la Tabla 18 se presenta información del acceso de los hogares a los programas sociales del Estado peruano. Además del Programa Nacional Cuna Más, la mayoría de hogares accede al Programa del Vaso de Leche (39%) y Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (26%). Entre los programas a cargo del MIDIS, aquellos con menor cobertura son Pensión 65 (0.9%) y Haku Wiñay (0.6%).

Tabla 18: Acceso a programas sociales

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
¿En qué programa social participa Ud. o algún miembro de su hogar?			
▪ Cuna Más	100.0%	100.0%	100.0%
▪ Vaso de Leche	39.1%	38.9%	39.3%
▪ Qali Warma	25.8%	26.9%	24.9%
▪ Juntos	9.7%	10.3%	9.3%
▪ Comedor popular	5.4%	4.7%	5.9%
▪ Pensión 65	0.9%	0.9%	0.9%
▪ Haku Wiñay	0.6%	0.9%	0.4%
▪ Beca 18	0.6%	0.6%	0.6%
▪ Otro	0.4%	0.6%	0.3%

5.2 Características de la madre

En esta sección se caracteriza a las madres de los niños o niñas del estudio que a su vez son las cuidadoras principales de los mismos. Se entiende como cuidador principal a la persona que asume la responsabilidad en la atención y cuidados diarios de las niñas o niños. Si bien esta figura puede ser asumida por el padre o por otros miembros del hogar, sean parientes o no, o incluso por algún allegado o miembro de la comunidad, cabe señalar que en la encuesta de línea de base del Piloto sólo se entrevistó a las madres que sean cuidadoras principales de las niñas o niños seleccionados. La principal razón es porque se indaga por preguntas relacionadas con el embarazo y nacimiento de los niños y niñas, y porque el módulo DIT ha sido elaborado para que las madres sean las informantes clave de algunos aspectos del desarrollo de sus hijas e hijos, por lo cual solo debe ser aplicado a aquellos niños o niñas que vivan con su madre.

5.2.1 Características básicas de la madre

En la Tabla 19 se presentan algunas características básicas de las madres. En promedio, las madres de las niñas y niños seleccionados tienen 29 años de edad. Además, el 80% tiene pareja (60% es conviviente y 20% se encuentra casada). La lengua materna predominante entre las madres es el castellano (81%), mientras que la segunda lengua más frecuente es el quechua (15%).

Tabla 19: Características básicas de la madre

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Edad			
▪ Menos de 18 años	1.0%	1.9%	0.3%
▪ De 18 a 24 años	28.0%	29.4%	26.9%
▪ De 25 a 34 años	25.3%	25.2%	25.3%
▪ De 35 a 39 años	38.7%	37.6%	39.4%
▪ De 40 a más años	7.2%	5.8%	8.2%
Edad promedio	29.1	29.1	29.5
Estado civil			
▪ Conviviente	59.7%	59.4%	59.9%
▪ Casada	20.6%	21.0%	20.3%
▪ Soltera	11.8%	12.0%	11.7%
▪ Separada	7.3%	7.2%	7.3%
▪ Viuda	0.4%	0.3%	0.5%
▪ Divorciada	0.2%	0.2%	0.2%
Lengua materna			
▪ Castellano	81.3%	81.7%	81.0%
▪ Quechua	15.1%	15.0%	15.2%
▪ Aymara	2.6%	2.3%	2.9%
▪ Otra	0.9%	1.0%	0.9%

En relación al **nivel educativo de las madres**, el 33% ha culminado la educación secundaria, mientras que el 36% cuenta con estudios superiores, ya sean concluidos (22%) o inconclusos (15%) (ver Tabla 20). No se observan diferencias entre las madres de los dos rangos etarios. Por otro lado, la tasa de analfabetismo es baja, de acuerdo con lo reportado por las madres, sólo el 2% no sabe leer ni escribir.

Tabla 20: Nivel educativo de la madre

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Nivel educativo			
▪ Sin nivel	0.9%	1.2%	1.2%
▪ Educación inicial	0.2%	0.3%	0.3%
▪ Primaria incompleta	5.5%	6.1%	6.1%
▪ Primaria completa	6.7%	6.7%	6.7%
▪ Secundaria incompleta	17.0%	17.4%	17.4%
▪ Secundaria completa	33.4%	32.5%	32.5%
▪ Superior incompleta	14.9%	15.3%	15.3%
▪ Superior completa	21.5%	20.6%	20.6%
Años de educación promedio	11.1	11.0	11.1
No sabe leer ni escribir	2.2%	2.5%	2.1%

5.2.2 Historial de embarazos

En promedio, las madres del estudio tienen 2 hijos nacidos vivos. Lo más frecuente es tener uno (30%) o dos hijos (34%). Un porcentaje muy bajo de madres (3%) se encontraba gestando en el momento de la encuesta.

Tabla 21: Historial de embarazos de la madre

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Nº hijos nacidos vivos			
▪ 1	29.8%	30.3%	29.5%
▪ 2	34.1%	32.7%	35.2%
▪ 3	20.5%	21.1%	20.1%
▪ 4	9.3%	9.6%	9.2%
▪ 5 a más	6.3%	6.5%	6.1%
Nº promedio de embarazos	2.3	2.3	2.3
Se encuentra actualmente embarazada	3.4%	3.2%	3.5%

5.2.3 Empleo e ingresos de la madre

El 78% de las madres del estudio reportan que trabajan, y el 49% de ellas reporta que trabaja de manera independiente. El 80% de madres que trabaja lo hace fuera del hogar, mientras que el modo de pago es primordialmente en dinero (92% de los casos). No obstante, cerca del 3% de madres entrevistadas afirma no recibir pago alguno por su trabajo. Con respecto al total de horas trabajadas, en promedio, las madres entrevistadas trabajan 31 horas semanales, además se puede apreciar que el 30% de ellas trabaja menos de 10 horas a la semana, y el 60% trabaja de 20 a más horas semanales. En relación al ingreso, en promedio, las madres ganan alrededor de S/600 mensuales. No se encuentran diferencias entre grupos etarios.

Tabla 22: Estatus laboral de la madre

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Madre trabaja	77.7%	76.5%	78.5%
¿Para quién trabaja?			
▪ Para un familiar	9.7%	9.4%	9.8%
▪ Dependiente	41.1%	39.8%	42.0%
▪ Independiente	49.3%	50.9%	48.2%
¿Dónde trabaja?			
▪ En el hogar	19.5%	20.3%	19.0%
▪ Fuera del hogar	80.5%	79.7%	81.0%
¿Cómo le pagan?			
▪ En dinero	92.4%	91.8%	92.9%
▪ En dinero y especie	3.6%	3.7%	3.4%
▪ Sólo en especie	1.1%	1.5%	0.9%
▪ No le pagan	2.9%	3.0%	2.9%
¿Cuántas horas trabaja en la semana?			
▪ Menos de 10 horas	30.4%	29.7%	30.9%
▪ De 10 a 19 horas	10.1%	9.9%	10.1%
▪ De 20 a 29 horas	9.8%	10.2%	9.5%
▪ De 30 a 39 horas	10.9%	10.2%	11.3%
▪ De 40 a más	38.9%	40.0%	38.1%
▪ Horas promedio que trabaja a la semana	30.5	30.5	30.6
Ingreso mensual			
▪ Menos de S/500	52.2%	52.1%	52.2%
▪ Entre S/500 y S/999	31.9%	32.0%	31.9%
▪ Entre S/1,000 y S/1,999	12.8%	12.8%	12.9%
▪ Entre S/2,000 y S/2,999	2.3%	2.5%	2.2%
▪ De S/3,000 a más	0.7%	0.6%	0.8%
▪ Ingreso promedio mensual	613.5	614.9	612.4

5.2.4 Conocimientos de la madre sobre la anemia infantil

Entre los temas investigados en la encuesta de línea de base se encuentran los conocimientos de la madre sobre la anemia infantil, entre ellos, síntomas, signos y daños que ocasiona la anemia en los niños y niñas, así como medidas de prevención y conocimientos sobre alimentos ricos en hierro.

La gran mayoría de las madres (81%) declara conocer qué es la anemia infantil, asimismo, entre aquellas que saben qué es la anemia, el 91% identifica los signos y síntomas de la misma. Entre los síntomas de anemia más reconocidos por las madres se encuentran la pérdida del apetito (76%), el sueño excesivo (70%) y la coloración pálida en cara y manos de los niños y niñas (50%).

En cuanto a las **consecuencias de la anemia**, el 77% de las madres identifica el bajo desarrollo del cerebro como la principal consecuencia de padecer anemia infantil. Mientras que **para combatir la anemia**, casi todas las madres (99%) identifican que la principal medida es la alimentación rica en hierro, seguida por la suplementación durante el embarazo (96%) y la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad del niño o niña (96%). Por su parte, entregar suplementos de hierro a los niños y niñas a partir de los 4 meses es identificado por el 83% de las madres que dicen conocer cómo evitar la anemia.

Al grupo de madres que señalaron conocer qué es la anemia infantil también se les consultó sobre su conocimiento de alimentos ricos en hierro. El 97% de ellas señaló conocer qué alimentos son ricos en hierro, siendo los más mencionados el hígado (85%) y la sangrecita (83%). Como se verá en la sección 5.3.6, estos resultados guardan coherencia con los alimentos que las madres brindan a sus hijos e hijas como parte de su tratamiento contra la anemia.

Tabla 23: Conocimientos de la madre sobre anemia infantil

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Conoce qué es la anemia infantil	81.2%	80.1%	82.0%
Identifica los signos y síntomas de la anemia infantil	91.1%	90.3%	91.7%
▪ No quiere comer	75.7%	74.5%	76.5%
▪ Duerme mucho	69.6%	69.4%	69.7%
▪ Cara o manos pálidas	50.7%	50.5%	50.8%
▪ Se cansa al jugar	50.3%	48.0%	51.9%
▪ Desgano, frío o desmayos	30.5%	29.9%	30.9%
▪ Otro	20.4%	21.8%	19.5%
Identifica los daños que causa la anemia infantil	87.1%	87.5%	86.9%
▪ No desarrolla su cerebro	76.6%	78.1%	75.5%
▪ No avanza en su desarrollo	49.1%	48.1%	49.8%
▪ Baja de peso	44.8%	43.2%	45.9%
▪ No crecen	44.5%	43.6%	45.1%
▪ Presenta más infecciones (diarrea, tos, fiebre)	23.2%	22.9%	23.5%
▪ Otro	18.7%	19.5%	18.2%
Conoce cómo evitar que un niño/a tenga anemia	97.5%	97.0%	97.8%
▪ Darle de comer alimentos ricos en hierro como vísceras, sangrecita, carnes rojas	99.4%	99.1%	99.6%
▪ Tomar suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo	96.2%	96.9%	95.7%
▪ Dar lactancia materna exclusiva durante 6 meses	96.1%	95.9%	96.3%
▪ Lavarse las manos antes y después de atender al niño, cocinar e ir al baño	92.2%	92.5%	91.9%
▪ Consumir agua segura (clorada o hervida)	91.5%	91.1%	91.2%
▪ Realizar controles de parásitos al niño/a	89.1%	88.6%	89.4%
▪ Dar suplementos de hierro al niño/a a partir de los 4 meses de edad	83.2%	84.8%	82.1%
▪ Esperar 2 a 3 minutos desde el nacimiento del niño/a para cortar el cordón umbilical	52.2%	54.2%	50.7%
Conoce qué alimentos son ricos en hierro	97.2%	97.1%	97.2%
▪ Hígado	85.3%	85.0%	85.5%
▪ Sangrecita	83.1%	83.1%	83.0%
▪ Lentejas	58.8%	58.2%	59.2%
▪ Bazo	58.4%	57.0%	59.3%
▪ Pescado (sardina, bonito y/o caballa)	56.9%	55.7%	57.8%
▪ Bofe	45.5%	43.1%	47.3%
▪ Verduras de color verde oscuro	45.5%	45.9%	45.2%
▪ Carnes rojas	42.0%	42.9%	41.5%
▪ Otros	40.5%	41.6%	39.8%
Proporción de madres que identifican 3 de 5 alimentos ricos en hierro (*)	98.7%	98.5%	98.9%

(*) Se consideran los siguientes alimentos: 1) bazo, 2) sangrecita, 3) hígado, 4) carnes rojas, y 5) pescado (sardina, bonito y/o caballa).

5.2.5 Capacitaciones en prácticas saludables

En cuanto a las capacitaciones recibidas por las madres en prácticas saludables de cuidado del niño durante el último año previo a esta encuesta (ver la Tabla 24), se encontró que el 81% de las madres refirió haber recibido alguna capacitación de este tipo durante el último año. Las capacitaciones recibidas fueron principalmente en alimentación del niño o niña (95%), suplementación con hierro del niño o niña (89%), juego libre (87%), controles CRED (85%), prácticas saludables de crianza (81%) y vacunación (80%). Los porcentajes se mantienen similares entre las madres de los niños más pequeños, 12-23 meses, y los más grandes, 24-36 meses.

En relación a la institución de la cual recibieron las capacitaciones, las madres señalan con mayor frecuencia al Programa Nacional Cuna Más (92%) y a los establecimientos de salud (63%).

Tabla 24: Capacitaciones de las madres en prácticas saludables relacionadas al cuidado del niño o niña

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Entre 2017 y 2018 ha recibido alguna capacitación en prácticas saludables relacionadas al cuidado del niño o niña	80.8%	78.5%	82.4%
¿En qué temas la capacitaron?			
▪ Alimentación del niño o niña	94.5%	94.4%	94.6%
▪ Suplementación con hierro al niño o niña	88.5%	89.0%	88.2%
▪ Juego libre con sus hijos e hijas	87.3%	87.4%	87.3%
▪ Controles de crecimiento y desarrollo	85.2%	86.0%	84.7%
▪ Prácticas saludables de crianza	80.8%	80.2%	81.2%
▪ Vacunas	80.4%	82.8%	78.6%
▪ Lactancia materna	69.9%	73.4%	67.4%
¿Qué institución le dio la capacitación?			
▪ Programa Cuna Más	92.2%	89.7%	93.9%
▪ Establecimiento de salud	62.5%	64.5%	61.1%
▪ Ministerio de Salud (campañas)	18.7%	20.1%	17.7%
▪ Escuela	11.1%	11.3%	11.0%
▪ Programa Juntos	9.2%	9.7%	8.9%
▪ Iglesia	3.5%	3.4%	3.5%
▪ Otras	4.7%	4.9%	4.6%

5.3 Características de los niños y niñas

5.3.1 Anemia durante el embarazo y bajo peso al nacer

La Tabla 25 presenta algunas características básicas de los niños y niñas en línea de base. Como se observa, la mitad de los niños son hombres y la mitad mujeres. La edad promedio de la muestra total es de 23.1 meses, siendo de 16.7 meses para el rango etario de 12-23 y de 27.6 meses para el rango etario de 24-36 meses.

De acuerdo con la evidencia identificada en los Lineamientos “Primero la infancia”, la anemia durante el primer trimestre del embarazo incrementa el riesgo de bajo peso al nacer y prematuridad del niño

o niña; a su vez el bajo peso al nacer está asociado con un mayor riesgo de morbilidad, mortalidad y persistencia de bajo peso durante la infancia y constituye una de las causas de la desnutrición crónica infantil. Según lo reportado por las madres, el 26% de ellas tuvo anemia durante el embarazo del niño o niña de esta evaluación. Por otro lado, se indagó por el peso al nacer de los niños y niñas a fin de determinar la proporción que nació con un peso menor al deseado. Se considera que un niño o niña nace con un peso bajo si pesa menos de 2.5 kilogramos al nacer. Según la información recogida, el 6% de los niños y niñas nació con bajo peso. Este porcentaje está por debajo del promedio nacional reportado en la ENDES 2018 (7.4%).

Tabla 25: Características básicas de los niños y niñas

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Sexo:			
▪ Hombres	50.9%	52.4%	50.2%
▪ Mujeres	49.1%	47.6%	49.8%
Edad (meses)	23.1	16.7	27.6
Anemia durante el embarazo del niño o niña de este estudio	25.5%	27.9%	23.8%
Peso al nacer			
▪ Menos de 2.5 Kg (bajo peso al nacer)	5.9%	6.0%	5.9%
▪ De 2.5 Kg a más	94.1%	94.0%	94.1%
▪ Peso promedio (Kg)	3.3	3.3	3.3

5.3.2 Controles de crecimiento y desarrollo

Los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) son el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por profesionales de salud calificados con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de los niños con la finalidad de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud. Los controles CRED permiten evaluar el estado nutricional y el desarrollo del niño (desarrollo motor, de la comunicación, etc.), verificar el cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro, orientar a la familia sobre el modo en que deben alimentar a los niños y niñas, detectar y tratar situaciones de riesgo como desnutrición crónica, infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas agudas, facilitando su diagnóstico y posterior intervención. Según la “Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”⁷ todo recién nacido debe recibir 4 controles durante el primer mes de vida: el primero, a las 48 horas del alta y posteriormente un control cada semana. Estos controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en su domicilio. Asimismo, los niños menores de 12 meses deben recibir 11 controles de acuerdo con un intervalo mínimo de 30 días. Además, durante el segundo año de vida (desde los 12 hasta los 23 meses), deben recibir 6 controles. A partir del año, los controles deben realizarse en establecimiento de salud y el tiempo promedio de duración de cada control debe ser de 45 minutos. La Tabla 26 muestra el esquema de periodicidad de los controles CRED del Ministerio de Salud.

Tabla 26: Esquema de periodicidad de controles de la niña y niño menor de 36 meses

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	4	48 horas de alta, 7, 14 y 21 días de vida
1 a 11 meses	11	1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses y 11 meses

⁷ Norma Técnica de Salud N° 137 – MINSA/2017/DGIESP aprobada por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.

12 a 23 meses	6	12 meses, 14 meses, 16 meses, 18 meses, 20 meses y 22 meses
24 a 35 meses	4	24 meses, 27 meses, 30 meses y 33 meses.

Fuente: Norma Técnica de Salud N° 137 – MINSA/2017/DGIESP

En la Tabla 27 se presentan algunos indicadores sobre los controles CRED. Se cuenta con información de 4,135 niños y niñas a partir de las tarjetas de control CRED mostradas por las madres, lo cual representa el 91% de la muestra. Según lo registrado en las tarjetas, el 49% de los niños recibió algún control CRED durante el primer mes, siendo lo más frecuente haber recibido dos controles. Un porcentaje similar se observa si se distingue por rangos etarios. Por otro lado, la totalidad de niños y niñas ha recibido al menos un control CRED después del primer mes de vida.

Como ya se mencionó, entre el primer mes y los 12 meses de vida, los niños deben asistir a 11 controles, a razón de 1 vez por mes. Luego del primer año, deben asistir cada dos meses. El 23% de los niños y niñas de la muestra total cuenta con controles CRED completos para su edad, este porcentaje es menor al 61% a nivel nacional reportado por la ENDES 2018 para niños menores de 36 meses⁸. Distinguiendo por rangos etarios, como se muestra en la Tabla 27, el 29% de los niños y niñas de 12-23 meses cuenta con controles CRED completos para su edad, mientras que el porcentaje entre los niños y niñas de 24-36 meses se reduce a 19%.

Tabla 27: Controles de crecimiento y desarrollo

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Controles CRED durante el primer mes de vida			
▪ Ningún control	50.6%	50.9%	50.4%
▪ 1 control	18.1%	17.7%	18.5%
▪ 2 controles	31.3%	31.4%	31.1%
N° controles CRED después del primer mes de vida	14.2	12.5	15.4
Niños y niñas con controles CRED después del primer mes de vida	100.0%	99.9%	100.0%
Niños y niñas con controles CRED completos para su edad	23.3%	28.8%	19.3%

5.3.3 Enfermedades diarreicas agudas (EDA) y parasitosis

Se define como diarrea a la presencia de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24 horas. Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea aguda. Si dura 14 días o más, se la denomina persistente, que es la que suele causar problemas nutricionales y puede producir la muerte de los niños y niñas. Cuando la deposición viene acompañada con sangre, se convierte en su forma más severa, la disentería. Cada episodio de diarrea priva a los niños de los nutrientes necesarios para su crecimiento. Como consecuencia, las EDA son una de las principales causas de desnutrición infantil, generando un círculo vicioso porque los niños desnutridos, a su vez, son más propensos a enfermarse por EDA. Sin embargo, estos episodios de diarrea pueden prevenirse. Algunas medidas son la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de los niños, tener buenas prácticas de alimentación, lavado de manos en momentos críticos, consumo de agua segura, acceso a saneamiento adecuado, manejo y eliminación adecuada de residuos sólidos, entre otras medidas.

⁸ Cabe señalar que en nuestro caso, a diferencia de la ENDES, la muestra de evaluación no incluye a niños y niñas menores de 12 meses, por lo cual, las cifras no son estrictamente comparables, no obstante, se muestra el dato como referencia.

Según lo reportado por las madres, el 19% de los niños y niñas tuvo un episodio de EDA las dos semanas anteriores a la entrevista, lo cual está por encima de 14% a nivel nacional para niños y niñas menores de 36 meses, de acuerdo con la ENDES 2018. Distinguiendo por rango etario, la prevalencia de EDA entre los niños y niñas de 12-23 meses es de 23% y disminuye con la edad siendo de 16% entre los niños y niñas de 24-36 meses. Esto es consistente con lo observado a nivel nacional, según la ENDES 2018, donde la prevalencia de EDA entre los niños y niñas de 12-23 meses es de 18% y se reduce a 11% entre los niños y niñas de 24-35 meses. Esta tendencia podría deberse a que los niños y niñas más grandes tienen mayor inmunidad y un comportamiento de menor exposición a agentes infecciosos. Por otra parte, solo 1% de los niños y niñas presentó diarreas con sangre o disentería.

La parasitosis es una enfermedad causada, por lo general, por parásitos que se encuentran en los intestinos de las personas y se contagia, principalmente, por contaminación oral-fecal. No obstante, esta puede prevenirse tomando una pastilla de desparasitación cada seis meses. La parasitosis causa anemia, y, en ese sentido, resulta relevante para los fines de la evaluación del Piloto. De acuerdo con lo señalado por las madres, 46% de los niños y niñas ha sido desparasitado en los últimos 6 meses, siendo el porcentaje más alto entre los niños y niñas de 24-36 meses (59%), en relación con los niños y niñas de 12-23 meses, como se puede observar en la Tabla 28.

Tabla 28: EDA y parasitosis

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Prevalencia de EDA y de disentería			
▪ Niños y niñas con EDA en las últimas 2 semanas	18.7%	23.1%	15.6%
▪ Niños y niñas con disentería en las últimas 2 semanas	1.3%	1.3%	1.3%
Parasitosis			
▪ Niños y niñas desparasitados en los últimos 6 meses	45.6%	27.7%	58.6%

5.3.4 Lactancia materna

La lactancia materna es la práctica de alimentar a la niña o niño con leche materna. La leche materna contiene todos los nutrientes que los niños y niñas necesitan en sus primeros meses de vida para un crecimiento y desarrollo adecuados, refuerza su sistema inmunológico y los protege de una gran cantidad de enfermedades comunes en la infancia, como las infecciones respiratorias agudas, razones por las cuales es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida.

En la Tabla 29 se presentan algunos indicadores relacionados a la lactancia materna. De acuerdo con el reporte de las madres, el 98% de los niños y niñas de la muestra del estudio lactaron alguna vez y la gran mayoría ha lactado durante 6 meses a más (94%), siendo 16 los meses que en promedio los niños y niñas han recibido leche materna. Los indicadores son similares entre rangos etarios.

Tabla 29: Lactancia materna

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Niñas y niños que alguna vez recibieron leche materna	97.8%	97.7%	97.8%
Niñas y niños que recibieron leche materna durante menos de 1 semana	0.5%	0.9%	0.1%

Niñas y niños que recibieron leche materna menos de 6 meses	6.3%	7.8%	5.2%
Niñas y niños que recibieron leche materna de 6 meses a más	93.7%	92.2%	94.8%
N° de meses que recibieron leche materna	16.5	14.8	17.6

5.3.5 Anemia infantil

De acuerdo con el reporte oral de las madres, el 36% de los niños tenía anemia al momento de la entrevista, siendo mayor el porcentaje entre los niños y niñas de 12-23 meses (48%), en relación con los niños y niñas de 24-36 meses (27%). Por otro lado, para la encuesta de línea de base, el PNCM coordinó con los establecimientos de salud a fin de que los niños y niñas de la muestra sean tamizados durante el período que duró el operativo de campo. Por ello, se cuenta con información del nivel de hemoglobina de 4,542 niños y niñas. Los resultados de la prevalencia de anemia, a partir del reporte oral de las madres y de las fichas de tamizaje, se muestran en la Tabla 30. Como se observa, la prevalencia de anemia, de acuerdo con los tamizajes realizados en los establecimientos de salud, es de 25%, y es mayor entre los niños y niñas más pequeños de 12-23 meses (35%), en comparación con los niños y niñas de 24-36 meses (18%). También se encuentra que el tipo de anemia presente en los niños y niñas del estudio es, principalmente, anemia leve (17%), y que, independientemente del tipo de anemia, las prevalencias son mayores entre los niños más pequeños.

Tabla 30: Prevalencia de anemia

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
Prevalencia de anemia según el reporte oral de las madres			
▪ ¿Alguna vez el niño o niña ha sido diagnosticado(a) con anemia?	65.6%	70.8%	61.8%
▪ ¿Actualmente el niño o niña tiene anemia?	36.3%	47.8%	27.4%
Prevalencia de anemia según ficha de tamizaje	25.2%	35.4%	17.9%
▪ Prevalencia de anemia leve	17.1%	23.4%	12.7%
▪ Prevalencia de anemia moderada	5.8%	8.9%	3.6%
▪ Prevalencia de anemia severa	0.0%	0.1%	0.0%

5.3.6 Suplementación con hierro

Según la normativa vigente, la suplementación con hierro en los niños debe realizarse de manera preventiva a partir de los 4 meses de edad. Los niños de 4 a 5 meses deben recibir hierro en gotas con una frecuencia diaria y los niños de 6 meses en adelante, micronutrientes en polvo también con una frecuencia diaria. Además, mientras que el consumo de las gotas debe ser de manera directa, en el caso de los micronutrientes en polvo, estos deben ser mezclados con alimentos tibios. El consumo diario de micronutrientes a partir de los 6 meses de edad es promovido por el PNCM en todos los centros de cuidado diurno, donde las madres cuidadoras se encargan de administrar el micronutriente a los niños y niñas durante la primera comida de la mañana.

En la encuesta de línea de base se indagó por la suplementación con hierro que reciben los niños y niñas de manera diferenciada según el consumo de hierro sea para prevención o para tratamiento. En la Tabla 31 se observa que el 70% de los niños y niñas sin anemia al momento de la entrevista (según el reporte oral de las madres) consume hierro de manera preventiva. No obstante, este porcentaje es mayor (en 19 puntos porcentuales) entre los niños y niñas de 12-23 meses en comparación con los de 24-36 meses (82% vs. 63%). De acuerdo con lo establecido por el MINSA, a partir de los 6 meses el consumo del suplemento de hierro debe ser bajo la presentación de polvo

(chispitas o multimicronutrientes). Se puede ver que esta es la forma más frecuente de consumo de hierro entre los niños de la muestra (47%), cuyas edades fluctúan entre 12 y 36 meses. Asimismo, el 83% de los niños y niñas recibe el hierro en polvo de manera adecuada, es decir, mezclado con alimentos tibios, tal como lo indica el MINSA.

Para los niños cuyas madres sabían que tenían anemia al momento de la entrevista, se realizaron preguntas adicionales sobre su tratamiento. El 90% de los niños y niñas que tiene anemia recibe un tratamiento con hierro, según lo reportado por la madre, no obstante, cuando se compara con el porcentaje de niños y niñas que reciben el tipo de hierro recomendado por el MINSA para tratamiento contra anemia, es decir, jarabe o gotas, el indicador se reduce a 85%, siendo el jarabe el más frecuente (82%) y con una frecuencia diaria (96%). Además, el 88% de las madres refirió que, como parte de su tratamiento para la anemia, le da al niño o niña alimentos específicos, siendo lo más frecuente el hígado (83%) y la sangrecita (49%).

Tabla 31: Prevención y tratamiento de la anemia

Indicador	Muestra total	12-23 meses	24-36 meses
1. Suplementación con hierro como medida preventiva (para niños y niñas sin anemia según reporte de las madres)			
▪ Niños y niñas que reciben algún tipo de hierro	70.1%	82.0%	63.1%
▪ Niños y niñas que toman jarabe	32.7%	42.1%	27.6%
▪ Niños y niñas que toman micronutrientes	46.5%	57.0%	40.6%
▪ Niños y niñas que toman gotas	5.3%	8.9%	3.3%
▪ Niños y niñas que toman hierro en otra presentación	4.3%	3.2%	4.8%
1.1 ¿De qué forma le da el hierro en polvo?			
▪ Disuelto en líquidos fríos	0.9%	1.2%	0.7%
▪ Disuelto en líquidos tibios	5.0%	5.7%	4.3%
▪ Disuelto en líquidos calientes	0.4%	0.6%	0.2%
▪ Mezclado con alimentos fríos	7.9%	8.1%	7.7%
▪ Mezclado con alimentos tibios	83.4%	83.1%	83.7%
▪ Mezclado con alimentos calientes	1.9%	3.0%	1.0%
▪ Directo en polvo	0.2%	0.3%	0.2%
2. Tratamiento de anemia (para niños y niñas con anemia según reporte de las madres)			
▪ Niños y niñas que reciben tratamiento según el reporte de la madre	89.8%	93.6%	84.5%
▪ Niños y niñas que reciben tratamiento de acuerdo a norma técnica del MINSA (jarabe o gotas)	85.2%	87.8%	81.7%
✓ Niños y niñas que toman jarabe	82.4%	84.6%	79.5%
✓ Niños y niñas que toman gotas	64.9%	67.7%	61.0%
2.1 Frecuencia con que toman hierro como tratamiento			
▪ Todos los días	95.7%	96.2%	95.0%
▪ 1 a 3 veces a la semana	0.8%	0.5%	1.3%
▪ 4 a 6 veces a la semana	2.5%	2.6%	2.4%
▪ Otra frecuencia	0.9%	0.7%	1.3%
2.2 Duración del tratamiento con hierro	5.3	5.4	5.2
2.3 ¿Cómo parte de su tratamiento para la anemia el niño o niña recibe algún alimento específico?			
▪ Hígado	87.9%	88.8%	86.6%
▪ Sangrecita	83.2%	84.3%	81.6%
▪ Pescado	49.2%	52.8%	43.5%
▪ Bazo	44.3%	42.5%	47.2%
▪ Bazo	37.1%	40.6%	31.7%
▪ Carnes rojas	30.1%	27.2%	34.7%

▪ Bofe	20.7%	21.7%	19.2%
▪ Otros alimentos de origen animal	11.4%	11.5%	11.2%
▪ Alimentos de origen vegetal (lentejas, betarraga, espinacas, entre otros)	31.4%	31.2%	31.8%

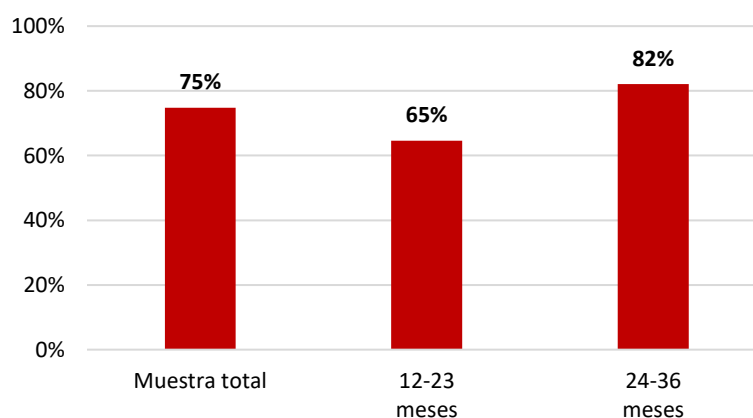
5.3.7 Desarrollo infantil temprano

Según lo reportado en la matriz de indicadores para la evaluación del piloto (ver Tabla 5), los resultados esperados del Piloto son los siguientes:

- ✓ **R3. Niñas y niños de 12 a 36 meses usuarios del SCD sin anemia.**
Indicador: Porcentaje de niñas y niños de 12 a 36 meses usuarios del SCD sin anemia.
- ✓ **R4. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con adecuada comunicación verbal efectiva.**
Indicador: Porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses usuarios del SCD con comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo, apropiada para su edad.
- ✓ **R5. Niñas y niños de 12 a 23 meses usuarios del SCD con adecuado desarrollo motor.**
Indicador: Porcentaje de niñas y niños de 12 a 23 meses que camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.
- ✓ **R6. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con regulación de emociones y comportamientos.**
Indicador: Porcentaje de niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD que regula sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites.
- ✓ **R7. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con adecuado desarrollo cognitivo.**
Indicador: Porcentaje de niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD que representa sus vivencias a través del juego y el dibujo.

En relación al primer resultado esperado del Piloto, se encuentra que el porcentaje de usuarios del SCD sin anemia, en línea de base, es de 75% para la muestra completa, siendo este porcentaje mayor entre los niños y niñas de 24-36 meses de edad (82%), en relación con los niños más pequeños de la muestra de 12-36 meses (ver el Gráfico 2).

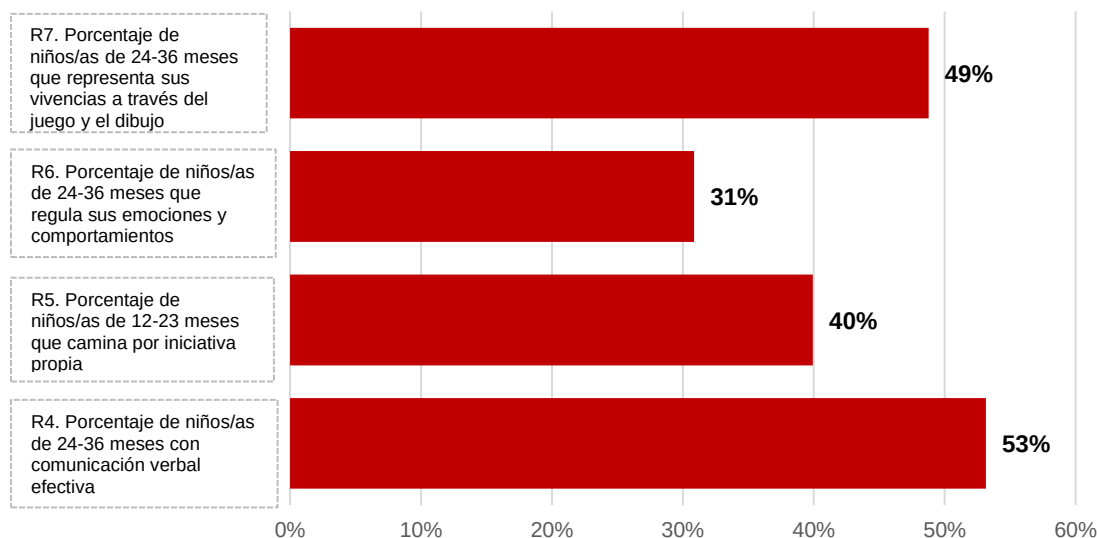
Gráfico 2: R3. Porcentaje de niños y niñas de 12-36 meses usuarios del SCD sin anemia



El segundo resultado esperado del Piloto es una mejora en el desarrollo de la comunicación de los niños y niñas usuarios del SCD. En línea con los Lineamientos de DIT, se define la comunicación

verbal efectiva como “la capacidad de las niñas y niños de expresar lo que conocen, sienten y piensan en su lengua materna”. Se encuentra que el porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses con **comunicación verbal efectiva** a nivel comprensivo y expresivo, apropiada para su edad, es de 53% (ver el Gráfico 3).

Gráfico 3: Indicadores de desarrollo infantil temprano



El tercer resultado final esperado del Piloto es una mejora en el desarrollo motor de los usuarios del SCD. Según los Lineamientos de DIT, un hito muy importante del desarrollo motor de los niños y niñas hacia los 12 meses de edad es la capacidad para desplazarse caminando por su propia iniciativa, sin ayuda ni incitación de los adultos y sin necesidad de detenerse a cada paso para regular el equilibrio (**camina solo**). Como se puede ver en el Gráfico 3, se encuentra que el porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses que logran este hito es de 40% en la muestra de evaluación.

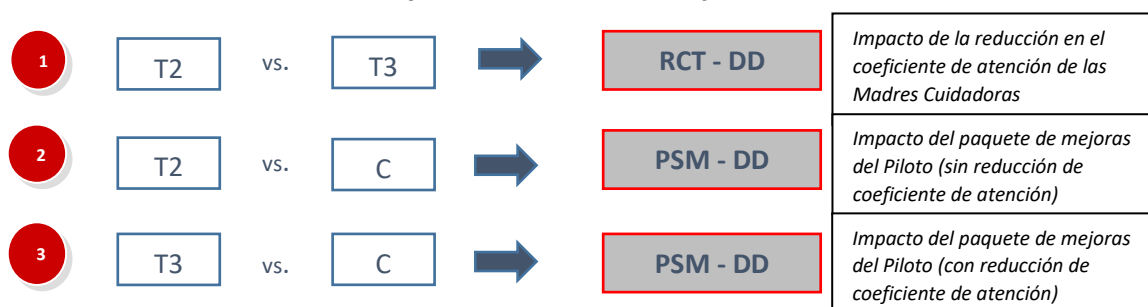
El cuarto resultado final esperado del Piloto es una mejora en el desarrollo emocional de los usuarios del SCD. De acuerdo con los Lineamientos de DIT, un hito importante de la trayectoria del desarrollo emocional de los niños y niñas, hacia los 24 meses de edad, es el inicio del aprendizaje de la **regulación de emociones y comportamientos**. En el Gráfico 3 se observa que el porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses que regula sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites es de 31% en la muestra de evaluación. Como referencia, según datos de la ENDES 2018, el porcentaje de niños y niñas de 24 a 71 meses que regula sus emociones y comportamientos es de 36%, siendo mayor en el área rural (43%) que en el área urbana (34%).

El quinto resultado final esperado del Piloto es una mejora en el desarrollo cognitivo de los usuarios del SCD. Según los Lineamientos de DIT, un hito importante en la trayectoria del desarrollo cognitivo de los niños y niñas, hacia los 24 meses de edad, es la capacidad para representar sus vivencias y evocar en su mente objetos que no están presentes y acontecimientos pasados (**función simbólica**). Como se puede ver en el Gráfico 3, se encuentra que el porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses que representa sus vivencias a través del juego y el dibujo es de 49% en la muestra total. Como referencia, según datos de la ENDES 2018, el porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses que representa sus vivencias a través del juego y el dibujo es de 42% a nivel nacional, siendo mayor en las zonas urbanas (43%) que rurales (39%).

6 Balance de indicadores en línea de base

En el contexto de una evaluación de impacto es importante verificar que, en línea de base, las variables de resultado y las covariables estén balanceadas entre los grupos analizados. Al respecto, la nota metodológica de la evaluación plantea como primer análisis, estimar el impacto de reducir el coeficiente de atención de las Madres Cuidadoras, para lo cual se seleccionó de manera aleatoria a los locales que contarían con el coeficiente de atención mejorado y aquellos que mantendrían el coeficiente de atención estándar, es decir, los locales que serían parte de los grupos de evaluación T2 y T3. Como segundo análisis se planteó estimar el impacto de las mejoras en la calidad del SCD comparando los resultados de los niños y niñas de los locales de T3 contra un grupo de locales de control que reciben el servicio regular del Programa pero no son parte del Piloto, lo mismo para el caso de los locales de T2. El Gráfico 4 resume los análisis planificados:

Gráfico 4: Análisis de impactos del Piloto de Mejora de la Atención en el SCD



RCT= Randomized Controlled Trial
 PSM= Propensity Score Matching
 DD = Diferencias en diferencias

La nota metodológica de la evaluación del Piloto también plantea un análisis exploratorio en los 22 locales del SCD que, además del paquete de mejoras y la reducción del coeficiente de atención de la Madre Cuidadora, contaron con un horario de atención ampliado en dos horas, es decir, de 8:00 am a 6:00 pm, siendo que el horario normal de atención es de 8:00 am a 4:00 pm. En lo que sigue este grupo de locales es denominado T4. El objetivo de este tercer análisis es identificar si el acceso de las familias a un horario de atención extendido en los centros de cuidado está correlacionado con una mayor participación de las madres en actividades laborales o educativas, además de los resultados vinculados al desarrollo infantil temprano. Para realizar este análisis se requiere realizar un emparejamiento adicional para identificar entre los locales del grupo de control aquellos que sean más parecidos en covariables a los 22 locales con horario ampliado.

6.1 Balance en indicadores de resultado

Como se observa en la Tabla 32, se comprueba un balance en la mayoría de variables de resultado final, aunque existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de resultado R3 y R5, entre los niños que asisten a locales con coeficiente de atención estándar (T2) y aquellos que asisten a locales de control (C) (véase la columna 3 de la Tabla 32). Dado que la validez del efecto puede verse afectada si los grupos de tratamiento y control difieren en características distintas a las derivadas de la participación en el Piloto, las diferencias observadas en los valores de los indicadores de resultado en línea de base deberán ser incorporadas en el análisis de evaluación de impacto para reducir el potencial sesgo de selección en las estimaciones (Dehejia y Wahba, 1999).

Tabla 32: Balance en indicadores de resultado final

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2-C (3)	Diferencia T3-C (4)	Diferencia T2-T3 (5)	Diferencia T4-C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
R3. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 36 meses sin anemia	0.807	0.750	-0.070***	-0.057	-0.013	0.058*	2826	1687
R4. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses con comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo, apropiada para su edad	0.535	0.512	0.020	-0.023	0.043	-0.042	1617	974
R5. Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses que camina por iniciativa propia sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio	0.356	0.409	0.075**	0.052	0.023	0.069	1160	695
R6. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses que regula sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites	0.292	0.329	0.026	0.036	-0.010	-0.054	1620	979
R7. Porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses que representa sus vivencias a través del juego y del dibujo	0.494	0.477	0.003	-0.017	0.020	-0.039	1562	950

Nota: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

6.2 Balance en covariables

En relación al balance de las covariables, las Tablas 33 a 37 presentan los resultados de los test de diferencia de medias entre los distintos grupos de evaluación para el rango etario de 12-23 meses, mientras que las Tablas 38 a 42 muestran los resultados para el rango etario de 24-36 meses.

En general, se observa que la muestra de evaluación está balanceada en la mayoría de los indicadores, aunque se observan algunas diferencias estadísticamente significativas en algunas características de la vivienda (material de paredes, pisos, techos y tipo de combustible utilizado para cocinar), características del hogar (educación del jefe de hogar, tenencia de activos como cocina a gas y presencia de una NBI como vivienda inadecuada), características de la madre (edad, educación y conocimiento de la anemia infantil) y características de los niños y niñas (edad, embarazo con diagnóstico de anemia, consumo preventivo de hierro y alimentación específica recibida para combatir la anemia). Al igual que en el caso de los indicadores de resultado, estas diferencias también podrán ser incorporadas en el análisis de evaluación de impacto para reducir el potencial sesgo de selección en las estimaciones.

Las Tablas 33 a 42 también presentan diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de indicadores si se compara a los locales de horario ampliado (T4) con los locales del grupo de control (ver columna 6). Es importante mencionar que estas comparaciones se han realizado considerando a todos los locales del grupo de control. Tal como se mencionó previamente, para el análisis de evaluación de impacto se requerirá hacer un emparejamiento adicional a nivel de locales con el objetivo de afinar el grupo de comparación para los locales de horario ampliado.

Tabla 33: Balance en características de la vivienda para el rango de edad 12 - 23 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2-C (3)	Diferencia T3-C (4)	Diferencia T2-T3 (5)	Diferencia T4-C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Material de las paredes exteriores								
▪ Ladrillo	0.541	0.517	0.102**	-0.024	-0.126***	0.168**	1114	660
▪ Adobe	0.182	0.208	-0.021	0.027	0.047	-0.128***	1114	660
▪ Madera	0.115	0.084	-0.042	-0.030	0.011	0.004	1114	660
▪ Tapia	0.081	0.045	-0.063***	-0.037	0.026*	-0.070***	1114	660
▪ Quincha (caña con barro)	0.046	0.076	-0.004	0.030	0.034	-0.035**	1114	660
Material de los pisos								
▪ Cemento	0.559	0.544	0.084**	-0.015	-0.098**	0.093	1111	657
▪ Tierra	0.258	0.286	-0.083**	0.028	0.110***	-0.171***	1111	657
▪ Losetas o similares	0.090	0.076	-0.013	-0.015	-0.001	0.095	1111	657
▪ Madera	0.044	0.048	0.022	0.003	-0.018	-0.044***	1111	657
Material de los techos								
▪ Planchas de calamina, fibra de cemento o similar	0.474	0.556	0.039	0.081*	0.042	-0.249***	1116	660
▪ Concreto armado	0.317	0.281	0.047	-0.036	-0.083**	0.199***	1116	660
▪ Tejas	0.145	0.105	-0.083***	-0.039	0.043	-0.080**	1116	660
N° habitaciones	2.111	1.983	-0.127	-0.127	0.000	0.083	1088	644
Abastecimiento de agua								
▪ Red pública dentro de la vivienda	0.853	0.787	-0.045	-0.067*	-0.022	0.016	1114	658
▪ Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	0.057	0.041	-0.007	-0.015	-0.008	-0.024	1114	658
▪ Pilón o grifo de uso público	0.035	0.073	0.039*	0.037*	-0.002	0.019	1114	658
▪ Pozo	0.027	0.018	-0.012	-0.008	0.004	-0.027***	1114	658
▪ Camión cisterna o similar	0.011	0.031	0.008	0.021**	0.013	0.022	1114	658
▪ Otro	0.009	0.035	0.019**	0.026**	0.007	0.002	1114	658
Tiene agua todo el tiempo (7 días de semana y 24 horas al día)	0.397	0.396	0.000	-0.001	-0.001	-0.144*	1114	574
N° días a la semana con agua	6.464	6.038	-0.300	-0.425**	-0.125	0.370**	959	527
N° horas al día con agua	14.002	14.209	0.706	0.207	-0.499	-1.068	889	555
Servicio higiénico conectado a:								
▪ Red pública dentro de la vivienda	0.732	0.637	-0.049	-0.095**	-0.046	0.105*	1109	655
▪ Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	0.053	0.048	-0.007	-0.005	0.002	0.012	1109	655
▪ Letrina	0.098	0.114	-0.028	0.016	0.044*	-0.032	1109	655
▪ Pozo séptico	0.050	0.066	0.033	0.016	-0.016	-0.028	1109	655
▪ Pozo ciego o negro	0.044	0.078	0.038*	0.033	-0.005	-0.044***	1109	655
▪ Otro	0.005	0.005	0.007	-0.000	-0.008	-0.005*	1109	655
Servicio higiénico es de uso exclusivo de su hogar	0.856	0.855	-0.012	-0.001	0.010	0.132***	1071	629
Tipo de alumbrado								
▪ Electricidad (red pública)	0.966	0.946	-0.001	-0.021	-0.020	0.023*	1116	659
▪ Vela	0.014	0.025	-0.001	0.011	0.012	-0.003	1081	650
▪ Otro	0.016	0.022	0.009	0.006	-0.003	-0.016***	1084	652
▪ No tiene	0.002	0.008	0.000	0.007	0.006	-0.002	1083	652
Tipo de combustible								
▪ Gas (GLP)	0.687	0.536	-0.051	-0.152***	-0.101*	0.076	1099	656
▪ Gas natural	0.173	0.333	0.122***	0.160***	0.038	0.020	1101	659
▪ Carbón	0.023	0.037	0.003	0.014	0.010	-0.012	1090	654
▪ Leña	0.214	0.197	-0.080**	-0.017	0.062*	-0.096	1086	653
▪ Otra	0.032	0.015	-0.011	-0.017*	-0.006	0.000	1087	654
▪ No cocina	0.002	0.007	0.000	0.005	0.005	0.009	1085	654
Cuenta con cocina mejorada	0.231	0.224	-0.079*	-0.007	0.072*	-0.112*	1115	661
Acceso a telecomunicaciones								
▪ Teléfono fijo	0.094	0.058	-0.003	-0.036*	-0.033*	0.047	1036	624
▪ Celular	0.911	0.918	0.006	0.007	0.001	0.079***	1100	653
▪ TV cable	0.361	0.340	-0.002	-0.021	-0.019	0.187**	1054	638
▪ Internet	0.162	0.139	0.017	-0.023	-0.040	0.096*	1043	629

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

Tabla 34: Balance en características del hogar para el rango de edad 12 - 23 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2-C (3)	Diferencia T3-C (4)	Diferencia T2-T3 (5)	Diferencia T4-C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
N° miembros del hogar	5.076	5.065	-0.097	-0.011	0.085	-0.099	1087	640
N° miembros del hogar que trabajan	1.996	1.956	-0.051	-0.041	0.011	0.068	1104	650
Jefe del hogar								
▪ Esposo o cónyuge de la madre del niño o niña	0.539	0.521	0.000	-0.018	-0.019	-0.170***	1105	654
▪ Madre del niño o niña	0.281	0.349	0.049	0.068**	0.019	0.067	1105	654
▪ Otro miembro del hogar	0.180	0.131	-0.049**	-0.049**	-0.000	0.103**	1105	654
Nivel educativo del jefe de hogar								
▪ Sin nivel	0.014	0.028	0.004	0.014	0.010	0.018	813	495
▪ Primaria incompleta	0.074	0.054	-0.012	-0.020	-0.009	0.071	813	495
▪ Primaria completa	0.111	0.082	0.011	-0.029	-0.040	-0.030	813	495
▪ Secundaria incompleta	0.173	0.136	-0.072***	-0.038	0.034	-0.093**	813	495
▪ Secundaria completa	0.386	0.397	0.001	0.012	0.010	-0.079	813	495
▪ Superior	0.240	0.304	0.061*	0.064*	0.002	0.099*	813	495
Activos del hogar								
▪ Radio	0.610	0.652	0.043	0.042	-0.001	-0.023	1082	641
▪ Televisión	0.892	0.876	0.030	-0.017	-0.047**	0.097***	1102	651
▪ Equipo de sonido	0.310	0.311	0.016	0.001	-0.015	0.125***	1066	637
▪ Video	0.453	0.432	-0.015	-0.021	-0.007	0.079	1065	637
▪ Computadora	0.205	0.201	0.032	-0.003	-0.036	0.096*	1057	635
▪ Plancha	0.576	0.549	0.039	-0.027	-0.066*	0.196***	1083	648
▪ Licuadora	0.689	0.701	0.065*	0.012	-0.053*	0.075	1088	649
▪ Cocina a gas	0.887	0.877	0.056***	-0.010	-0.066***	0.092***	1099	649
▪ Cocina a kerosene	0.015	0.028	0.016*	0.013	-0.003	0.018	1038	620
▪ Refrigerador	0.449	0.422	-0.018	-0.027	-0.009	0.175***	1072	643
▪ Lavadora	0.250	0.218	-0.004	-0.032	-0.028	0.120**	1060	636
▪ Horno microondas	0.129	0.126	0.047*	-0.003	-0.050*	0.078	1057	636
▪ Máquina de coser	0.076	0.066	-0.017	-0.009	0.008	-0.032	1054	633
▪ Bicicleta	0.195	0.216	0.018	0.021	0.003	0.109*	1055	635
▪ Automóvil	0.078	0.069	0.018	-0.009	-0.027	0.085*	1049	632
▪ Otro vehículo con motor	0.182	0.159	-0.004	-0.023	-0.019	-0.040	1048	628
Ingresos del hogar								
▪ Menos de S/500	0.217	0.204	-0.040	-0.012	0.027	-0.052	975	568
▪ De S/500 a S/999	0.321	0.326	0.035	0.005	-0.030	-0.106*	975	568
▪ De S/1000 a S/1499	0.219	0.216	-0.011	-0.003	0.008	0.072*	975	568
▪ De S/1500 a más	0.243	0.253	0.016	0.010	-0.006	0.086	975	568
Ingreso mensual	1068.2	1039.5	83.9	-28.8	-112.7	79.2	1046	631
Ingreso mensual per capital	239.4	235.8	18.1	-3.6	-21.7	24.8	1021	613
Hogares según NBI								
▪ NBI 1: Vivienda inadecuada	0.050	0.121	0.011	0.071***	0.060**	-0.006	1111	657
▪ NBI 2: Hacinamiento	0.308	0.348	0.010	0.040	0.030	-0.013	1087	640
▪ NBI 3: Sin acceso a saneamiento	0.023	0.058	0.014	0.035**	0.021	-0.012	1109	655
▪ NBI 4: Niños y niñas que no asisten a la escuela	0.103	0.065	-0.047**	-0.038*	0.009	-0.061**	975	563
▪ NBI 5: Alta dependencia económica	0.040	0.047	0.010	0.006	-0.004	0.028	1078	633
Pobreza según NBI	0.433	0.485	0.005	0.051	0.046	-0.039	932	537
Participación del hogar en programas sociales								
▪ Vaso de Leche	0.435	0.372	-0.049	-0.063	-0.014	-0.196***	1088	651
▪ Comedor popular	0.055	0.034	0.002	-0.022	-0.023	-0.023	1087	652
▪ Qali Warma	0.252	0.273	0.046	0.021	-0.024	-0.067	1088	652
▪ Juntos	0.109	0.134	-0.032	0.025	0.057*	-0.098***	1086	650
▪ Haku Wiñay	0.020	0.003	-0.016	-0.016	-0.000	-0.020*	1085	650
▪ Pensión 65	0.013	0.005	-0.003	-0.008	-0.004	-0.002	1084	649
▪ Beca 18	0.009	0.003	-0.003	-0.006	-0.002	-0.009**	1084	649

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

Tabla 35: Balance en características de la madre, para el rango de edad 12 – 23 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2–C (3)	Diferencia T3–C (4)	Diferencia T2–T3 (5)	Diferencia T4–C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Edad de la madre	27.869	28.862	1.126***	0.994**	-0.132	1.884***	1110	656
Estado civil								
▪ Conviviente	0.604	0.614	-0.034	0.010	0.044	-0.056	1115	659
▪ Casada	0.214	0.208	0.003	-0.006	-0.009	-0.052	1115	659
▪ Viuda	0.002	0.002	0.002	-0.000	-0.002	0.009	1115	659
▪ Divorciada	0.002	0.002	-0.002	-0.000	0.002	0.009	1115	659
▪ Separada	0.058	0.064	0.031*	0.006	-0.025	0.038	1115	659
▪ Soltera	0.120	0.111	0.000	-0.010	-0.010	0.052	1115	659
Lengua materna								
▪ Castellano	0.804	0.787	0.042	-0.017	-0.058*	0.118**	1088	646
▪ Quechua	0.162	0.173	-0.036	0.012	0.048	-0.095**	1088	646
▪ Aymara	0.018	0.031	0.005	0.013	0.008	-0.018**	1088	646
▪ Otra	0.016	0.009	-0.011	-0.008	0.003	-0.005	1088	646
Educación de la madre								
▪ Primaria incompleta	0.061	0.075	-0.011	0.014	0.025*	-0.018	1104	652
▪ Primaria completa	0.047	0.097	0.010	0.050***	0.040**	0.018	1104	652
▪ Secundaria incompleta	0.191	0.166	-0.026	-0.025	0.001	-0.030	1104	652
▪ Secundaria completa	0.363	0.295	-0.040	-0.069**	-0.028	-0.073	1104	652
▪ Superior incompleta	0.147	0.140	0.020	-0.007	-0.027	0.068	1104	652
▪ Superior completa	0.177	0.220	0.038	0.043	0.005	0.049	1104	652
Años de escolaridad	10.812	10.833	0.283	0.021	-0.262	0.950**	946	569
Sabe leer y escribir	0.968	0.976	0.010	0.009	-0.001	0.032***	1095	647
N° hijos nacidos vivos	2.295	2.357	0.105	0.062	-0.043	-0.090	1117	660
Se encuentra actualmente está embarazada	0.020	0.031	0.028**	0.012	-0.016	0.002	1114	657
Madre trabaja	0.764	0.757	-0.011	-0.008	0.004	0.128***	1091	649
¿Para quién trabaja?								
▪ Para un familiar	0.085	0.110	0.021	0.025	0.004	-0.060***	832	509
▪ Dependiente	0.373	0.378	0.041	0.005	-0.036	0.133*	832	509
▪ Independiente	0.542	0.512	-0.062	-0.030	0.032	-0.072	832	509
¿Dónde trabaja?								
▪ En el hogar	0.247	0.220	-0.065**	-0.027	0.038	-0.054	845	516
▪ Fuera del hogar	0.753	0.780	0.065**	0.027	-0.038	0.054	845	516
¿Cómo le pagan?								
▪ En dinero	0.898	0.891	0.033	-0.008	-0.041**	0.053*	844	516
▪ En dinero y especie	0.042	0.046	-0.012	0.004	0.017	-0.017	844	516
▪ Sólo en especie	0.005	0.024	0.008	0.019**	0.012	0.019	844	516
▪ No le pagan	0.055	0.039	-0.029	-0.016	0.013	-0.055***	844	516
Horas trabajadas a la semana	26.8	30.572	4.819**	3.766	-1.054	11.700***	864	499
Ingreso mensual	593.9	603.91	40.930	10.060	-30.870	90.902	821	486

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

► (... Continúa)

Tabla 36: Balance en características de la madre, para el rango de edad 12 – 23 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2–C (3)	Diferencia T3–C (4)	Diferencia T2–T3 (5)	Diferencia T4–C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Sabe qué es la anemia infantil	0.802	0.793	1.126***	-0.009	-0.132	1.884***	1110	658
Identifica signos de anemia	0.891	0.886	-0.001	-0.004	-0.008	0.035	905	538
▪ No quiere comer	0.777	0.715	0.002	-0.062*	-0.006	-0.028	835	502
▪ Se cansa al jugar	0.468	0.499	-0.069*	0.030	0.007	-0.129***	826	498
▪ Duerme mucho	0.683	0.685	-0.012	0.002	0.043	-0.088	831	500
▪ Cara o manos pálidas	0.505	0.530	-0.001	0.025	0.003	-0.021	824	499
▪ Desgano, frío o desmayos	0.283	0.303	-0.025	0.020	0.050	-0.082	817	495
▪ Otro	0.210	0.171	0.030	-0.038	-0.010	-0.058	629	405
Identifica daños que causa la anemia	0.869	0.864	0.051	-0.005	-0.090**	0.088	916	548
▪ No desarrolla su cerebro	0.810	0.775	-0.025	-0.035	0.020	0.007	800	486
▪ Baja de peso	0.467	0.429	-0.075**	-0.038	0.040	-0.105*	789	480
▪ Presenta más infecciones	0.268	0.199	-0.051	-0.070	0.013	-0.143*	780	477
▪ No avanza en su desarrollo	0.455	0.473	-0.036	0.018	-0.034	-0.184***	793	482
▪ No crecen	0.468	0.401	0.048	-0.067	-0.029	-0.018	785	479
▪ Otro	0.184	0.168	-0.033	-0.016	-0.034	-0.130*	616	377
Conoce como evitar la anemia	0.958	0.967	0.006	0.010	-0.022	0.138*	923	555
▪ Dar de comer alimentos ricos en hierro	0.989	0.998	0.009	0.009*	0.001	0.006	895	541
▪ Tomar suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo	0.977	0.959	-0.003	-0.018	0.012**	-0.002	848	517
▪ Esperar 2 a 3 minutos desde el nacimiento del niño/a para cortar el cordón umbilical	0.538	0.548	-0.004	0.010	-0.014	-0.028	455	263
▪ Dar lactancia materna exclusiva durante 6 meses	0.961	0.947	-0.023	-0.014	0.032	0.082	845	515
▪ Dar suplementos de hierro al niño/a	0.829	0.858	0.005	0.029	-0.019	0.000	799	481
▪ Realizar controles de parásitos al niño/a	0.894	0.851	0.022	-0.043	0.007	-0.012	789	482
▪ Lavarse las manos antes y después de atender al niño, cocinar e ir al baño	0.940	0.911	0.008	-0.030	-0.050*	0.003	843	511
▪ Consumir agua segura (clorada o hervida)	0.931	0.897	-0.006	-0.034	-0.023	-0.085*	824	496
Conoce qué alimentos son ricos en hierro	0.967	0.967	-0.004	-0.001	-0.030	0.014	898	542
▪ Bazo	0.557	0.592	-0.011	0.035	0.010	0.020	894	546
▪ Sangrecita	0.815	0.828	0.012	0.014	0.024	-0.137**	893	545
▪ Hígado	0.834	0.881	0.001	0.047*	0.013	0.087**	894	545
▪ Bofe	0.446	0.469	0.000	0.023	0.047*	-0.109**	889	545
▪ Pescado (sardina, bonito y/o caballa)	0.592	0.525	-0.060	-0.067	0.083**	-0.137**	888	544
▪ Carnes rojas	0.418	0.423	-0.044	0.005	-0.024	-0.061	887	543
▪ Verduras de color verde oscuro	0.459	0.454	0.027	-0.005	-0.022	-0.121	893	544
▪ Lentejas	0.610	0.571	-0.023	-0.038	0.018	-0.047	892	545
Proporción de madres que identifican 3 de 5 alimentos ricos en hierro	0.762	0.735	-0.063	-0.027	0.025	-0.079	1164	697
Entre 2017- 2018 ha recibido capacitación en prácticas saludables para cuidado del niño/a	0.808	0.780	-0.008	-0.028	-0.019	0.090**	1098	649
Temas de la capacitación								
▪ Lactancia materna	0.712	0.757	-0.006	0.045	0.051	-0.026	862	514
▪ Alimentación del niño/a	0.946	0.941	-0.038*	-0.005	0.033	0.026	892	538
▪ Suplementación con hierro al niño/a	0.874	0.873	0.025	-0.002	-0.027	-0.001	883	525
▪ Controles de crecimiento y desarrollo	0.862	0.850	-0.030	-0.011	0.018	0.053	864	518
▪ Vacunas	0.791	0.826	0.034	0.034	0.001	0.138***	861	515
▪ Prácticas saludable de crianza	0.795	0.790	-0.009	-0.005	0.005	0.093**	862	519
▪ Juego libre con sus hijos/as	0.872	0.850	-0.004	-0.022	-0.019	0.073**	866	520
Institución que le dio la capacitación								
▪ Cuna Más	0.883	0.902	0.000	0.019	0.018	0.007	910	553
▪ Programa Juntos	0.091	0.128	-0.030	0.037	0.068**	-0.036	887	547
▪ Ministerio de Salud (campañas)	0.185	0.216	0.011	0.031	0.020	0.075	888	548
▪ Establecimiento de salud	0.592	0.631	0.089**	0.039	-0.050	0.011	901	551
▪ Escuela	0.099	0.101	0.026	0.002	-0.024	0.052	883	547
▪ Iglesia	0.023	0.023	0.035**	-0.000	-0.035**	-0.010	883	546

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

◀ (Fin)

Tabla 37: Balance en características de las niñas y niños para el rango de edad 12 – 23 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2–C (3)	Diferencia T3–C (4)	Diferencia T2–T3 (5)	Diferencia T4–C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Sexo (hombre=1)	0.527	0.534	-0.018	0.007	0.025	-0.000	1164	697
Edad (meses)	16.640	16.409	0.531***	-0.230	-0.761***	0.150	1164	697
Embarazo con diagnóstico de anemia	0.292	0.232	0.032	-0.060**	-0.093***	-0.042	1084	643
Bajo peso al nacer (menos de 2.5 Kg)	0.061	0.052	0.001	-0.009	-0.010	0.023	1164	697
Peso promedio (Kg)	3.266	3.286	0.027	0.021	-0.006	-0.020	1005	603
Controles CRED durante el primer mes de vida								
▪ Ningún control	0.571	0.529	-0.124***	-0.042	0.082*	-0.220***	1060	630
▪ 1 control	0.161	0.197	0.021	0.035	0.014	-0.052	1060	630
▪ 2 controles	0.267	0.274	0.103**	0.007	-0.096**	0.271***	1060	630
N° controles CRED después del 1er mes de vida	12.230	12.691	0.265	0.461	0.196	1.199***	1060	630
Niños y niñas con controles CRED completos para su edad	0.236	0.292	0.073*	0.057	-0.017	0.215***	1060	630
Niños y niñas con EDA	0.273	0.223	-0.033	-0.050*	-0.017	-0.090*	1112	658
Niños y niñas con disentería	0.005	0.015	0.013*	0.010	-0.003	0.005	1112	658
Niños y niñas desparasitados en los últimos 6 meses	0.281	0.287	-0.014	0.006	0.020	-0.023	1107	656
Lactancia materna								
▪ Niñas y niños que alguna vez recibieron leche materna	0.972	0.977	0.014*	0.005	-0.008	-0.014	1115	662
▪ Niñas y niños que recibieron leche materna durante menos de 1 semana	0.013	0.002	-0.002	-0.011	-0.009	-0.002	1091	642
▪ Niñas y niños que recibieron leche materna menos de 6 meses	0.078	0.077	0.006	-0.001	-0.007	0.038	964	566
▪ Niñas y niños que recibieron leche materna de 6 meses a más	0.922	0.923	-0.006	0.001	0.007	-0.038	964	566
▪ N° meses que recibieron leche materna	14.649	14.664	0.474	0.014	-0.460	-0.604	968	567
Anemia (según reporte materno)								
▪ ¿Alguna vez el niño o niña ha sido diagnosticado(a) con anemia?	0.709	0.720	0.008	0.010	0.002	-0.138**	1103	652
▪ ¿Actualmente el niño o niña tiene anemia?	0.448	0.479	0.066	0.031	-0.035	-0.013	873	515
Prevención de anemia								
▪ Reciben algún tipo de hierro	0.854	0.827	-0.015	-0.027	-0.012	0.047	824	527
▪ Toman jarabe	0.473	0.465	-0.106**	-0.008	0.098**	-0.089	659	441
▪ Toman micronutrientes	0.575	0.574	0.029	-0.001	-0.030	0.020	724	462
▪ Toman gotas	0.103	0.114	-0.008	0.012	0.020	-0.012	592	378
▪ Toman hierro en otra presentación	0.037	0.024	-0.007	-0.013	-0.006	-0.021	515	328
Tratamiento de anemia								
▪ Reciben tratamiento (según reporte materno)	0.899	0.945	0.052*	0.046	-0.007	0.101***	387	203
▪ Reciben tratamiento de acuerdo a norma técnica del MINSA (jarabe o gotas)	0.821	0.894	0.078*	0.073*	-0.005	0.137***	387	203
▪ Toman jarabe	0.810	0.862	0.046	0.052	0.007	0.065	387	203
▪ Toman gotas	0.575	0.711	0.165***	0.136**	-0.029	0.008	387	203
Frecuencia del tratamiento								
▪ Todos los días	0.905	0.958	0.038	0.053*	0.015	0.034	529	297
▪ 1 a 3 veces por semana	0.049	0.007	-0.034	-0.042*	-0.008	-0.019	529	297
▪ 4 a 6 veces por semana	0.045	0.021	-0.015	-0.025	-0.009	-0.015	529	297
Duración del tratamiento (meses)	5.515	5.300	0.004	-0.215	-0.218	0.189	410	225
Alimentación específica contra la anemia	0.807	0.931	0.041	0.123***	0.082**	0.096	519	280
▪ Bazo	0.438	0.373	-0.028	-0.065	-0.038	-0.032	476	267
▪ Sangrecita	0.566	0.472	-0.093*	-0.094*	-0.001	0.079	478	266
▪ Hígado	0.779	0.844	0.072*	0.065	-0.007	-0.005	476	266
▪ Bofe	0.246	0.219	0.002	-0.027	-0.029	-0.149***	470	263
▪ Pescado	0.438	0.422	0.003	-0.017	-0.020	-0.083	475	266
▪ Carnes rojas	0.258	0.281	0.041	0.023	-0.018	-0.096	471	264
▪ Alimentos de origen vegetal	0.274	0.245	0.065	-0.029	-0.094*	0.160**	476	264

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

Tabla 38: Balance en características de la vivienda para el rango de edad 24 - 36 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2-C (3)	Diferencia T3-C (4)	Diferencia T2-T3 (5)	Diferencia T4-C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Material de las paredes exteriores								
▪ Ladrillo	0.522	0.551	0.121***	0.03	-0.091**	0.168***	1564	934
▪ Adobe	0.224	0.184	-0.059	-0.040	0.019	-0.170***	1564	934
▪ Tapia	0.066	0.048	-0.044**	-0.018	0.026*	-0.053***	1564	934
▪ Quincha (caña con barro)	0.043	0.048	-0.018	0.005	0.022	-0.043***	1564	934
▪ Madera	0.109	0.123	-0.012	0.014	0.025	0.039	1564	934
Material de los pisos								
▪ Losetas o similares	0.076	0.062	-0.006	-0.014	-0.009	0.079*	1565	933
▪ Madera	0.036	0.058	0.034*	0.022	-0.011	0.005	1565	933
▪ Cemento	0.617	0.561	-0.008	-0.055*	-0.048	0.039	1565	933
▪ Tierra	0.234	0.267	-0.037	0.032	0.069**	-0.140***	1565	933
Material de los techos								
▪ Concreto armado	0.338	0.313	0.006	-0.026	-0.032	0.141**	1566	934
▪ Tejas	0.123	0.114	-0.066**	-0.009	0.056**	-0.090***	1566	934
▪ Planchas de calamina, fibra de cemento o similar	0.481	0.524	0.061	0.043	-0.018	-0.123	1566	934
N° habitaciones	2.133	2.024	-0.139	-0.109	0.031	0.242	1529	912
Abastecimiento de agua								
▪ Red pública dentro de la vivienda	0.838	0.792	-0.034	-0.047	-0.013	0.025	1556	926
▪ Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	0.045	0.036	0.018	-0.009	-0.027	0.003	1556	926
▪ Pilón o grifo de uso público	0.049	0.075	0.021	0.027	0.006	0.013	1556	926
▪ Camión cisterna o similar	0.017	0.031	-0.004	0.014	0.018	-0.010	1556	926
▪ Pozo	0.029	0.029	-0.009	-0.000	0.009	-0.029***	1556	926
▪ Otro	0.018	0.031	0.005	0.003	-0.000	-0.004	1556	926
Tiene agua todo el tiempo (7 días de semana y 24 horas al día)	0.366	0.427	0.029	0.013	0.007	0.003	1556	926
N° días a la semana con agua	6.419	6.126	-0.275	0.060	0.031	-0.038	1317	808
N° horas al día con agua	13.946	14.837	0.254	-0.294*	-0.019	0.417***	1200	712
Servicio higiénico conectado a:								
▪ Red pública dentro de la vivienda	0.746	0.661	-0.046	-0.086**	-0.040	0.044	1552	929
▪ Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	0.029	0.046	0.044**	0.016	-0.028	0.031	1552	929
▪ Letrina	0.097	0.115	-0.035	0.017	0.053**	-0.030	1552	929
▪ Pozo séptico	0.047	0.051	0.005	0.004	-0.001	-0.014	1552	929
▪ Pozo ciego o negro	0.054	0.080	0.018	0.027	0.009	-0.020	1552	929
▪ Otro	0.006	0.004	0.004	-0.003	-0.007	-0.006*	1552	929
Servicio higiénico es de uso exclusivo de su hogar	0.882	0.878	-0.021	-0.005	0.017	0.011	1485	897
Tipo de alumbrado								
▪ Electricidad (red pública)	0.968	0.948	0.004	-0.020	-0.024*	0.018	1566	933
▪ Vela	0.015	0.013	-0.006	-0.002	0.004	-0.009	1523	926
▪ Otro	0.023	0.038	-0.006	0.015	0.021**	-0.023***	1523	927
▪ No tiene	0.006	0.004	-0.001	-0.002	-0.001	-0.006**	1523	926
Tipo de combustible								
▪ Gas (GLP)	0.675	0.533	-0.008	-0.142***	-0.135***	0.082	1543	930
▪ Gas natural	0.219	0.381	0.053	0.162***	0.109**	-0.009	1553	935
▪ Carbón	0.019	0.023	0.008	0.004	-0.004	-0.006	1525	929
▪ Leña	0.201	0.156	-0.078**	-0.045	0.034	-0.059	1528	930
▪ Otra	0.028	0.008	-0.007	-0.020**	-0.013*	-0.008	1525	929
▪ No cocina	0.005	0.003	0.000	-0.003	-0.003	0.008	1519	928
Cuenta con cocina mejorada	0.211	0.170	-0.069**	-0.041	0.027	-0.069	1569	936
Acceso a telecomunicaciones								
▪ Teléfono fijo	0.101	0.062	-0.008	-0.039**	-0.031*	0.084**	1462	881
▪ Celular	0.918	0.942	0.028	0.023	-0.004	0.047**	1538	920
▪ TV cable	0.349	0.353	0.004	0.004	-0.000	0.083	1485	897
▪ Internet	0.179	0.167	0.014	-0.011	-0.025	0.130**	1463	885

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

Tabla 39: Balance en características del hogar para el rango de edad 24 - 36 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2-C (3)	Diferencia T3-C (4)	Diferencia T2-T3 (5)	Diferencia T4-C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
N° miembros del hogar	4.942	4.749	-0.099	-0.193*	-0.094	-0.106	1541	918
N° miembros del hogar que trabajan	1.942	1.864	-0.004	-0.078	-0.074	0.179	1559	926
Jefe del hogar								
▪ Esposo o cónyuge de la madre del niño o niña	0.482	0.533	0.079**	0.051	-0.027	0.025	1552	924
▪ Madre del niño o niña	0.368	0.359	-0.042	-0.008	0.034	-0.066	1552	924
▪ Otro miembro del hogar	0.150	0.107	-0.037*	-0.043**	-0.006	0.041	1552	924
Nivel educativo del jefe de hogar								
▪ Sin nivel	0.019	0.021	-0.008	0.003	0.011	0.000	1107	646
▪ Primaria incompleta	0.072	0.063	-0.014	-0.009	0.005	-0.025	1107	646
▪ Primaria completa	0.096	0.086	-0.010	-0.010	-0.000	-0.011	1107	646
▪ Secundaria incompleta	0.130	0.122	-0.015	-0.008	0.007	0.021	1107	646
▪ Secundaria completa	0.411	0.406	-0.000	-0.005	-0.005	-0.071	1107	646
▪ Superior	0.269	0.302	0.051	0.033	-0.018	0.090*	1107	646
Activos del hogar								
▪ Radio	0.602	0.661	0.094***	0.059*	-0.035	-0.001	1507	900
▪ Televisión	0.925	0.888	-0.001	-0.037*	-0.036*	0.007	1547	919
▪ Equipo de sonido	0.319	0.358	0.045	0.039	-0.006	0.066	1495	900
▪ Video	0.452	0.461	0.050	0.009	-0.041	0.088*	1481	895
▪ Computadora	0.218	0.229	0.028	0.011	-0.017	0.113**	1480	895
▪ Plancha	0.585	0.587	0.035	0.002	-0.033	0.138***	1516	912
▪ Licuadora	0.702	0.736	0.076***	0.034	-0.042	0.082*	1521	912
▪ Cocina a gas	0.910	0.919	0.030	0.009	-0.021	0.043*	1529	916
▪ Cocina a kerosene	0.021	0.032	0.006	0.011	0.005	0.020	1432	857
▪ Refrigerador	0.434	0.463	0.049	0.029	-0.020	0.131**	1495	903
▪ Lavadora	0.248	0.213	0.011	-0.035	-0.046	0.150***	1476	897
▪ Horno microondas	0.155	0.152	0.005	-0.003	-0.007	0.102**	1470	892
▪ Máquina de coser	0.074	0.079	0.019	0.005	-0.015	0.061*	1467	892
▪ Bicicleta	0.214	0.229	0.030	0.015	-0.015	0.058	1472	899
▪ Automóvil	0.069	0.100	0.023	0.030*	0.007	0.046	1458	882
▪ Otro vehículo con motor	0.150	0.167	-0.006	0.017	0.023	0.131*	1447	878
Ingresos del hogar								
▪ Menos de S/500	0.227	0.214	-0.054*	-0.013	0.041	-0.101**	1314	797
▪ De S/500 a S/999	0.337	0.312	-0.057*	-0.025	0.032	-0.077	1314	797
▪ De S/1000 a S/1499	0.207	0.200	0.046*	-0.007	-0.053**	0.045	1314	797
▪ De S/1500 a más	0.228	0.273	0.065*	0.045	-0.020	0.134**	1314	797
Ingreso mensual	1041.0	1099.1	144.8**	58.1	-86.7	194.4**	1495	889
Ingreso mensual per capital	238.8	260.9	38.8**	22.2	-16.7	48.6**	1463	869
Hogares según NBI								
▪ NBI 1: Vivienda inadecuada	0.060	0.127	0.007	0.067***	0.060**	0.014	1562	932
▪ NBI 2: Hacinamiento	0.315	0.283	0.001	-0.032	-0.033	-0.089*	1541	918
▪ NBI 3: Sin acceso a saneamiento	0.026	0.047	0.015	0.022	0.007	-0.012	1552	929
▪ NBI 4: Niños y niñas que no asisten a la escuela	0.063	0.076	-0.008	0.013	0.022	0.035	1388	822
▪ NBI 5: Alta dependencia económica	0.043	0.039	-0.017	-0.005	0.012	-0.023*	1529	908
Pobreza según NBI	0.436	0.439	-0.030	0.004	0.033	-0.099**	1343	797
Participación del hogar en programas sociales								
▪ Vaso de Leche	0.403	0.421	-0.024	0.018	0.042	-0.143***	1521	918
▪ Comedor popular	0.059	0.061	0.004	0.002	-0.002	-0.039***	1520	923
▪ Qali Warma	0.210	0.265	0.066**	0.055*	-0.011	0.026	1527	928
▪ Juntos	0.088	0.121	-0.003	0.034	0.037	-0.067***	1523	924
▪ Haku Wiñay	0.008	0.003	-0.006	-0.005	0.001	-0.001	1521	923
▪ Pensión 65	0.012	0.009	-0.008*	-0.002	0.005	0.015	1521	924
▪ Beca 18	0.004	0.007	0.003	0.003	-0.000	0.003	1520	923

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

Tabla 40: Balance en características de la madre para el rango de edad 24 – 36 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2–C (3)	Diferencia T3–C (4)	Diferencia T2–T3 (5)	Diferencia T4–C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Edad de la madre	29.374	29.365	0.266	-0.010	-0.275	0.031	1573	931
Estado civil								
▪ Conviviente	0.615	0.586	-0.024	-0.028	-0.005	0.014	1561	934
▪ Casada	0.174	0.228	0.040*	0.054**	0.014	-0.012	1561	934
▪ Viuda	0.008	0.005	-0.004	-0.003	0.001	-0.008**	1561	934
▪ Divorciada	0.003	0.003	-0.001	-0.000	0.001	0.004	1561	934
▪ Separada	0.074	0.081	-0.005	0.007	0.013	-0.020	1561	934
▪ Soltera	0.127	0.097	-0.006	-0.030	-0.024	0.021	1561	934
Lengua materna								
▪ Castellano	0.791	0.789	0.037	-0.003	-0.039	0.140***	1524	912
▪ Quechua	0.173	0.176	-0.047	0.002	0.049	-0.118***	1524	912
▪ Aymara	0.022	0.030	0.016	0.008	-0.007	-0.015	1524	912
▪ Otra	0.013	0.005	-0.005	-0.008	-0.003	-0.006	1524	912
Educación de la madre								
▪ Primaria incompleta	0.061	0.046	-0.016	-0.015	0.000	-0.027*	1559	934
▪ Primaria completa	0.075	0.078	-0.018	0.002	0.021	-0.048***	1559	934
▪ Secundaria incompleta	0.178	0.174	-0.022	-0.004	0.018	-0.036	1559	934
▪ Secundaria completa	0.333	0.335	0.016	0.002	-0.014	0.011	1559	934
▪ Superior incompleta	0.132	0.131	0.022	-0.001	-0.023	0.111***	1559	934
▪ Superior completa	0.206	0.227	0.031	0.021	-0.009	0.003	1559	934
Años de escolaridad	10.791	11.051	0.613**	0.259	-0.353	1.087***	1354	821
Sabe leer y escribir	0.972	0.976	0.019***	0.004	-0.015**	0.008	1549	924
N° hijos nacidos vivos	2.357	2.332	-0.056	-0.025	0.031	-0.228**	1570	936
Se encuentra actualmente embarazada	0.033	0.030	0.007	-0.003	-0.009	0.008	1567	935
Madre trabaja	0.784	0.801	-0.024	0.017	0.042	0.063**	1515	910
¿Para quién trabaja?								
▪ Para un familiar	0.110	0.086	-0.013	-0.024	-0.011	-0.028	1203	730
▪ Dependiente	0.419	0.400	0.021	-0.019	-0.040	-0.042	1203	730
▪ Independiente	0.470	0.514	-0.008	0.043	0.052	0.071	1203	730
¿Dónde trabaja?								
▪ En el hogar	0.216	0.212	-0.027	-0.004	0.023	0.026	1222	749
▪ Fuera del hogar	0.784	0.788	0.027	0.004	-0.023	-0.026	1222	749
¿Cómo le pagan?								
▪ En dinero	0.896	0.913	0.037**	0.017	-0.020	0.071***	1214	739
▪ En dinero y especie	0.042	0.037	-0.015	-0.005	0.010	-0.018	1214	739
▪ Sólo en especie	0.005	0.011	0.007	0.006	-0.001	-0.005*	1214	739
▪ No le pagan	0.057	0.038	-0.028**	-0.018	0.010	-0.049***	1214	739
Horas trabajadas a la semana	25.664	31.686	6.804***	6.022***	-0.782	12.908***	1186	717
Ingreso mensual	623.3	579.6	-23.1	-43.7	-20.6	17.4	1158	703

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

► (... Continúa)

Tabla 41: Balance en características de la madre para el rango de edad 24 – 36 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2–C (3)	Diferencia T3–C (4)	Diferencia T2–T3 (5)	Diferencia T4–C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Sabe qué es la anemia infantil	0.811	0.821	0.025	0.010	-0.015	-0.035	1545	929
Identifica signos de anemia	0.902	0.916	-0.020	0.014	0.034**	0.013	1285	760
▪ No quiere comer	0.775	0.764	-0.029	-0.011	0.018	-0.132***	1175	712
▪ Se cansa al jugar	0.543	0.508	-0.034	-0.035	-0.001	-0.159***	1175	712
▪ Duerme mucho	0.708	0.688	-0.027	-0.021	0.006	-0.092*	1181	712
▪ Cara o manos pálidas	0.508	0.506	0.012	-0.003	-0.014	-0.151**	1179	712
▪ Desgano, frío o desmayos	0.314	0.308	-0.017	-0.006	0.010	-0.107*	1165	709
▪ Otro	0.179	0.195	0.019	0.015	-0.004	0.126**	925	591
Identifica daños que causa la anemia	0.849	0.878	-0.012	0.029	0.040*	-0.042	1307	781
▪ No desarrolla su cerebro	0.788	0.741	-0.053	-0.047	0.006	-0.170**	1151	678
▪ Baja de peso	0.517	0.422	-0.075*	-0.095**	-0.020	-0.167***	1132	673
▪ Presenta más infecciones	0.257	0.221	-0.023	-0.037	-0.014	-0.134***	1121	672
▪ No avanza en su desarrollo	0.497	0.511	-0.020	0.015	0.034	-0.084	1142	675
▪ No crecen	0.483	0.429	-0.035	-0.053	-0.019	-0.142*	1128	669
▪ Otro	0.156	0.159	0.040	0.002	-0.038	0.149**	888	558
Conoce como evitar la anemia	0.959	0.979	0.012	0.019*	0.008	0.007	1305	778
▪ Dar de comer alimentos ricos en hierro	0.998	0.997	-0.006*	-0.002	0.005	-0.025*	1269	758
▪ Tomar suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo	0.943	0.954	0.025	0.011	-0.014	0.002	1194	711
▪ Esperar 2 a 3 minutos desde el nacimiento del niño/a para cortar el cordón umbilical	0.582	0.423	-0.085*	-0.159***	-0.073	0.077	617	352
▪ Dar lactancia materna exclusiva durante 6 meses	0.965	0.957	-0.010	-0.007	0.003	-0.010	1183	706
▪ Dar suplementos de hierro al niño/a	0.834	0.807	-0.023	-0.027	-0.004	0.024	1104	661
▪ Realizar controles de parásitos al niño/a	0.916	0.863	-0.021	-0.053**	-0.033	-0.026	1122	678
▪ Lavarse las manos antes y después de atender al niño, cocinar e ir al baño	0.925	0.907	-0.004	-0.018	-0.015	-0.017	1177	711
▪ Consumir agua segura (clorada o hervida)	0.922	0.905	-0.020	-0.016	0.004	-0.002	1149	698
Conoce qué alimentos son ricos en hierro	0.958	0.975	0.007	0.017	0.009	-0.019	1285	764
▪ Bazo	0.618	0.564	-0.027	-0.054	-0.027	-0.149***	1263	762
▪ Sangrecita	0.844	0.847	-0.046*	0.002	0.049**	-0.057	1273	762
▪ Hígado	0.867	0.867	-0.031	-0.001	0.031	-0.053	1268	762
▪ Bofe	0.516	0.461	-0.063	-0.055	0.008	-0.177**	1255	761
▪ Pescado (sardina, bonito y/o caballa)	0.593	0.567	-0.002	-0.026	-0.024	-0.168***	1259	759
▪ Carnes rojas	0.374	0.439	0.058	0.064	0.006	-0.065	1263	762
▪ Verduras de color verde oscuro	0.450	0.464	-0.000	0.014	0.014	-0.193***	1261	760
▪ Lentejas	0.610	0.587	-0.037	-0.022	0.015	-0.079	1254	761
Proporción de madres que identifican 3 de 5 alimentos ricos en hierro	0.757	0.759	0.009	0.002	-0.007	-0.019	1658	993
Entre 2017-2018 ha recibido capacitación en prácticas saludables para el cuidado del niño/a	0.823	0.835	-0.012	0.012	0.024	0.017	1542	919
Temas de la capacitación								
▪ Lactancia materna	0.673	0.691	-0.035	0.017	0.052	-0.026	1225	740
▪ Alimentación del niño/a	0.939	0.950	-0.009	0.012	0.021	-0.027	1274	777
▪ Suplementación con hierro al niño/a	0.857	0.898	0.017	0.041*	0.024	-0.012	1256	761
▪ Controles de crecimiento y desarrollo	0.824	0.863	0.011	0.039	0.028	0.004	1224	758
▪ Vacunas	0.744	0.810	0.034	0.066**	0.032	0.075	1209	732
▪ Prácticas saludable de crianza	0.811	0.800	-0.030	-0.011	0.018	0.058	1212	757
▪ Juego libre con sus hijos/as	0.850	0.881	0.014	0.031	0.018	0.027	1220	747
Institución que le dio la capacitación								
▪ Cuna Más	0.940	0.940	-0.018	0.000	0.019	-0.005	1309	793
▪ Programa Juntos	0.080	0.105	0.008	0.025	0.017	-0.048*	1274	787
▪ Ministerio de Salud (campañas)	0.144	0.190	0.050**	0.046*	-0.004	0.032	1273	787
▪ Establecimiento de salud	0.570	0.616	0.053	0.047	-0.007	0.084	1293	793
▪ Escuela	0.101	0.102	0.016	0.001	-0.015	0.027	1271	789
▪ Iglesia	0.023	0.030	0.029**	0.007	-0.022	0.001	1267	787

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

◀ (Fin)

Tabla 42: Balance en características de las niñas y niños para el rango de edad 24 – 36 meses

Indicador	C (1)	T3 (2)	Diferencia T2-C (3)	Diferencia T3-C (4)	Diferencia T2-T3 (5)	Diferencia T4-C (6)	Obs. (7)	Obs. (8)
Sexo (hombre=1)	0.487	0.502	0.011	0.015	0.004	0.057	1658	993
Edad (meses)	27.627	27.655	-0.021	0.028	0.049	-0.137	1658	993
Embarazo con diagnóstico de anemia	0.256	0.211	0.007	-0.045*	-0.051**	-0.098***	1541	917
Bajo peso al nacer (menos de 2.5 Kg)	0.066	0.061	-0.018	-0.005	0.012	-0.006	1658	993
Peso promedio (Kg)	3.244	3.269	0.038	0.025	-0.013	0.033	1400	821
Controles CRED durante el primer mes de vida								
▪ Ningún control	0.501	0.531	-0.001	0.030	0.031	-0.099	1471	887
▪ 1 control	0.158	0.191	0.063**	0.032	-0.031	-0.060**	1471	887
▪ 2 controles	0.341	0.278	-0.063*	-0.063*	0.000	0.159**	1471	887
N° controles CRED después del 1er mes de vida	15.289	15.432	0.028	0.143	0.115	0.493	1471	887
Niños y niñas con controles CRED completos para su edad	0.207	0.192	-0.035	-0.015	0.020	0.026	1471	887
Niños y niñas con EDA	0.151	0.164	0.019	0.013	-0.006	0.094***	1556	931
Niños y niñas con disentería	0.015	0.014	-0.004	-0.001	0.002	-0.009	1556	931
Niños y niñas desparasitados en los últimos 6 meses	0.595	0.584	-0.009	-0.011	-0.002	-0.045	1547	922
Lactancia materna								
▪ Niñas y niños que alguna vez recibieron leche materna	0.975	0.977	0.007	0.003	-0.005	0.005	1572	938
▪ Niñas y niños que recibieron leche materna durante menos de 1 semana	0.001	0.000	0.000	-0.001	-0.001	0.006	1538	915
▪ Niñas y niños que recibieron leche materna menos de 6 meses	0.046	0.068	0.009	0.022*	0.012	-0.016	1432	848
▪ Niñas y niños que recibieron leche materna de 6 meses a más	0.954	0.932	-0.009	-0.022*	-0.012	0.016	1432	848
▪ N° meses que recibieron leche materna	17.628	17.190	0.181	-0.438	-0.619	-0.807	1440	850
Anemia (según reporte materno)								
▪ ¿Alguna vez el niño o niña ha sido diagnosticado(a) con anemia?	0.619	0.618	0.014	-0.001	-0.015	-0.082	1554	927
▪ ¿Actualmente el niño o niña tiene anemia?	0.228	0.261	0.118***	0.033	-0.085**	-0.014	1127	677
Prevención de anemia								
▪ Reciben algún tipo de hierro	0.618	0.618	0.026	-0.000	-0.026	0.009	1280	791
▪ Toman jarabe	0.285	0.292	-0.011	0.007	0.018	-0.079	1125	694
▪ Toman micronutrientes	0.414	0.409	0.003	-0.005	-0.007	-0.002	1166	723
▪ Toman gotas	0.026	0.028	0.019	0.002	-0.016	0.032*	1013	630
▪ Toman hierro en otra presentación	0.030	0.042	0.020	0.012	-0.008	-0.012	880	541
Tratamiento de anemia								
▪ Reciben tratamiento (según reporte materno)	0.810	0.899	0.037	0.089	0.052	-0.143	264	144
▪ Reciben tratamiento de acuerdo a norma técnica del MINSA (jarabe o gotas)	0.786	0.877	0.027	0.091	0.064	-0.175	264	144
▪ Toman jarabe	0.762	0.862	0.029	0.100*	0.071	-0.206	264	144
▪ Toman gotas	0.548	0.667	0.084	0.119	0.035	-0.159	264	144
Frecuencia del tratamiento						0.018		232
▪ Todos los días	0.899	0.922	0.012	0.023	0.010	-0.011	425	232
▪ 1 a 3 veces por semana	0.053	0.014	-0.013	-0.039	-0.026*	0.018	425	232
▪ 4 a 6 veces por semana	0.024	0.018	0.004	-0.006	-0.010	-0.612	425	171
Duración del tratamiento (meses)	5.660	5.219	0.042	-0.441	-0.483	-0.110	319	233
Alimentación específica contra la anemia	0.818	0.842	0.022	0.024	0.002	-0.088	431	238
▪ Bazo	0.352	0.366	-0.030	0.014	0.044	-0.061	435	238
▪ Sangrecita	0.534	0.519	-0.119**	-0.015	0.104*	-0.026	431	238
▪ Hígado	0.763	0.826	0.069	0.064	-0.006	-0.320***	432	238
▪ Bofe	0.320	0.212	-0.152***	-0.107**	0.045	-0.191	431	238
▪ Pescado	0.507	0.474	-0.011	-0.032	-0.021	-0.078	434	236
▪ Carnes rojas	0.341	0.305	0.004	-0.036	-0.040	0.043	430	237
▪ Alimentos de origen vegetal	0.220	0.213	0.079	-0.007	-0.085	-0.143	429	144

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se consideran errores estándares clusterizados.

La columna (7) contiene el número mínimo de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T2, T3 y C.

La columna (8) contiene el número de observaciones utilizadas en los test de diferencia de medias entre T4 y C.

7 Conclusiones

El objetivo del presente informe es caracterizar, en línea de base, a los hogares de los usuarios y usuarias que forman parte de la muestra de evaluación del Piloto de Mejora de la Atención Integral del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) del PNCM, información que será útil para la posterior evaluación de impacto del mencionado Piloto.

El Piloto plantea mejoras en el SCD con el objetivo de mejorar los niveles de desarrollo infantil de los niños y niñas usuarios del SCD. Los ajustes en el servicio incluyen mejoras en la implementación de las actividades de cuidado y juego de las Madres Cuidadoras con los niños y niñas, mejoras en la capacitación de los actores comunitarios y equipos técnicos que brindan el servicio, mejoras en las actividades con las familias de los niños y niñas a través de la implementación de visitas y sesiones grupales para el acompañamiento familiar. Además, el Piloto plantea la ampliación del horario de atención en un subgrupo de locales donde las familias han demandado dicha ampliación. La muestra de evaluación se estratificó en dos rangos de edad de interés para el PNCM: 12-23 meses y 24-36 meses.

En línea con la nota metodológica de la evaluación del Piloto, la encuesta de línea de base indagó por el entorno de los usuarios del SCD en tres niveles: i) características de la vivienda y el hogar, ii) características de la madre, y iii) características del niño o niña.

En relación a las características de los hogares y las viviendas de las niñas y niños del estudio, en promedio, éstos pertenecen a hogares de 5 miembros, donde dos de ellos trabajan, y el jefe de hogar ha culminado la educación secundaria (40%) o posee educación superior (30%). La mayoría de viviendas son de ladrillo o adobe (76%), tienen piso de cemento, losetas o madera (73%), y tienen techos de planchas de calamina, fibra de cemento o concreto armado (84%). En relación al acceso de los hogares a servicios básicos, la cobertura de agua a través de red pública es relativamente alta (86%), sin embargo, sólo el 40% de hogares cuenta con agua de manera continua (24 horas al día los 7 días de la semana). Casi todos los hogares tienen acceso a electricidad (96%) y cuentan con saneamiento adecuado, es decir, servicios higiénicos conectados a red pública, letrina o pozo séptico (90%). El ingreso promedio mensual de los hogares es de S/1104, lo que corresponde a un ingreso per cápita mensual de S/221. Dicho ingreso per cápita está S/38 por encima de la línea de pobreza extrema, pero S/123 por debajo de la línea de pobreza total. Bajo el enfoque de necesidades básicas insatisfechas (NBI), el 43% de los hogares clasifica como pobre, y las NBI más frecuentes son la NBI 1 (vivienda inadecuada) y la NBI 2 (hacinamiento).

Con respecto a las madres de los niños y niñas, en promedio, tienen 29 años, la mayoría tiene pareja (80%), han tenido 2 hijos y su lengua materna es el castellano (81%). Dos tercios de las madres tienen educación secundaria completa o estudios superiores. Gran parte de las madres se encuentra trabajando (78%) y, en general, trabajan fuera del hogar (80%). En promedio, las madres trabajan 30 horas semanales y el ingreso mensual que reciben es de S/600. En cuanto a sus conocimientos sobre la anemia infantil, las madres declaran saber de qué se trata e identifican sus síntomas. La mayoría de ellas identifica el bajo desarrollo del cerebro como la principal consecuencia de padecer anemia y también identifican la alimentación rica en hierro como la principal medida para combatir la misma, siendo el hígado y la sangrecita los alimentos más reconocidos. Finalmente, se observa que en línea de base la gran mayoría de madres señala haber recibido algún tipo de capacitación en prácticas saludables en el último año, siendo la alimentación del niño o niña y la suplementación con hierro los principales temas tratados en las mismas.

En relación a las características de los niños y niñas bajo estudio, se tiene un balance entre hombres y mujeres, siendo 17 meses la edad promedio del rango etario de 12-23 meses, y 28 meses la edad promedio para el rango etario de 24-36 meses. Un bajo porcentaje de madres presentó anemia durante el embarazo (26%). La mitad de los niños y niñas no ha tenido controles CRED durante el primer mes de vida, mientras que todos los niños y niñas cuentan con al menos un control CRED

después del primer mes de vida. No obstante, el porcentaje de niños y niñas que ha tenido los controles CRED completos para su edad es de sólo 23%. La mayoría de niños y niñas han recibido lactancia materna por más de 6 meses, mientras que el consumo de hierro de manera preventiva es alto (70%), y tiende a ser mayor entre los niños más pequeños de 12 a 23 meses, siendo el hierro en polvo (micronutrientes o chispitas) el formato más consumido. El consumo de hierro como tratamiento – jarabe o gotas – también es alto (85%), y la gran mayoría de madres reporta que los niños y niñas lo consumen diariamente. Con respecto al consumo de alimentos ricos en hierro, el hígado y la sangrecita son los alimentos señalados con más frecuencia por las madres como parte del tratamiento contra la anemia. Finalmente, en relación a los indicadores de desarrollo infantil temprano se observa que el porcentaje de niños y niñas sin anemia es de 75%, siendo más bajo entre los niños y niñas de 12-23 meses (65%) en relación con los de 24-36 meses (82%). En cuanto al desarrollo del lenguaje y la motricidad, el porcentaje de niños con comunicación verbal efectiva es de 53% y el porcentaje de niños y niñas de 12-23 meses que puede desplazarse por su cuenta (camina solo) es de 40%, respectivamente. En relación al desarrollo emocional y cognitivo, el porcentaje de niños y niñas de 24 a 36 meses que regula sus emociones y comportamientos es 31% y el porcentaje de niños y niñas que representa sus vivencias a través del juego y el dibujo es 49%, respectivamente.

En relación a la evaluación de impacto, las muestras de tratados y controles parecen estar bien balanceadas en la mayoría de indicadores, no obstante, se observan algunas diferencias que deben ser incorporadas en las estimaciones de impacto.

8 Recomendaciones

Dado que la metodología elegida para realizar la evaluación del Piloto es de diferencias en diferencias, en principio, no se requiere que los valores iniciales de ambos grupos sean iguales, sino que tengan trayectorias similares, no obstante, es recomendable incluir cualquier diferencia que se observe en línea de base en las estimaciones de los efectos para controlar por el potencial sesgo de selección. Por otro lado, dado que la siguiente medición se desarrollará post Piloto, es recomendable contar con información sobre temas relacionados con la implementación del mismo a fin de tener en cuenta el grado de exposición a la intervención en el análisis.

En relación al levantamiento de información de la línea de base, dado que éste se realizó a cargo de dos equipos diferentes (Acompañantes Técnicos del PNCM y aplicadores externos) surgieron algunas complicaciones en campo al vincular la información nominal recogida por ambos equipos, según se detalla en la sección 4 del presente informe. Por ello, por un tema de eficiencia, se recomienda que el levantamiento de información de la línea de seguimiento sea realizado por un único equipo especializado en este tipo de actividades y que aplique el cuestionario de manera consolidada, con el fin de garantizar la homogeneidad en la aplicación de todos los módulos de la encuesta y evitar inconsistencias en la información levantada.

9 Referencias bibliográficas

- [1] Contraloría General de la República (2015). Auditoría de Desempeño al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más. Lima, Perú.
- [2] Dehejia y Wahba (1999) Causal Effects in Non-Experimental Studies: Reevaluating the Evaluation of Training Programs. *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 94, No. 449.
- [3] INEI (2018). Resultados de la Pobreza Monetaria 2017. Abril de 2018.
- [4] INEI (2019). Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2018, Informe Técnico. Abril de 2019.
- [5] INEI (2019). Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales. Primer Semestre 2019. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares al 50% de la muestra).
- [6] INEI (2019). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES 2018. Mayo de 2019.
- [7] Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia”. Aprobada por Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, del 28 de julio de 2016.
- [8] MIDIS (2015). Consultoría para el diseño de la versión final del módulo de medición del Desarrollo Infantil Temprano para su implementación en la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Estudio realizado por Magaly Nóbrega de la Pontifica Universidad Católica del Perú.
- [9] MIDIS (2017). Evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más. Estudio realizado por Gabriela Guerrero y Juan León del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) por encargo de la DGSE-MIDIS.