



PERÚ

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

SERIE EVALUACIONES

## NOTA METODOLÓGICA

---



Nota Metodológica para la Evaluación de impacto del  
Piloto de la Estrategia de Gestión Territorial "Primero  
la Infancia" (EGTPI)

---

## 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:**

Macroconsult por encargo del Midis

**Supervisado por:**

Elmer Guerrero (DGSE-Midis)

Leslie Miranda (DGSE-Midis)

Fiorella Castro (DGSE-Midis)

**Estudio financiado por:**

Fundación Bernard van Leer

**Foto de carátula:**

Midis

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2022

Av. Paseo de la República 3101, San Isidro

Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030

Página web: [www.gob.pe/midis](http://www.gob.pe/midis)

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:

<https://evidencia.midis.gob.pe/eval-piloto-egtpi>

**Reservados algunos derechos:**

Este documento ha sido elaborado por la empresa consultora bajo la supervisión del Midis. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Midis. 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:**

Macroconsult (2022). *Nota metodológica de la Evaluación de impacto del Piloto de la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” (EGTPI)*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. <https://evidencia.midis.gob.pe/eval-piloto-egtpi-notametodologica>



Servicio para asesorar al MIDIS en el diseño de una propuesta metodológica de evaluación de impacto de la EGTPI

Segundo Producto

Preparado para:



Septiembre 2021

# Índice

1	Antecedentes.....	3
2	Estrategia de Gestión Territorial Primero la Infancia (EGTPI) .....	5
2.1.	Breve Descripción de la EGTPI.....	5
2.2.	Breve descripción del piloto de la EGTPI .....	16
3	Teoría de cambio de la EGTPI.....	21
3.1.	Experiencias similares en otros contextos .....	22
3.2.	Teoría de cambio de la EGTPI.....	24
3.3.	Sustento empírico de la teoría de cambio .....	28
3.4.	Selección de indicadores para la evaluación de la teoría de cambio.....	31
4	Diseño de la evaluación de impacto.....	35
4.1.	Alternativa 1: Regresión Discontinua (RD) .....	36
4.2.	Alternativa 2: Diferencias en Diferencias.....	45
4.3.	Consideraciones adicionales .....	51
4.4.	Detalles del Estudio Cualitativo para el recojo de información primaria.....	54
4.5.	Ficha cuantitativa para el recojo de información primaria.....	55
	Referencias.....	57
	Normas legales .....	60
	Otros documentos.....	61

# 1 Antecedentes

La literatura académica sugiere que las inversiones en el desarrollo infantil temprano (DIT) tienen el más alto rendimiento social en comparación con intervenciones alternativas en otras etapas etarias. Esto porque los efectos negativos que se generen en los infantes pueden ser irreversibles y acompañarán al individuo por el resto de su vida. Debido a esta razón en tiempos recientes las políticas públicas se han orientado a atender de manera especial a la infancia temprana y Perú no es una excepción. El desarrollo de documentos normativos y estrategias para atender a la primera infancia, como son la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer, el Programa Presupuestal orientado a Resultado para el Desarrollo Infantil Temprano (PPorDIT), los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientados a promover el Desarrollo Infantil Temprano denominados “Primero la Infancia”, entre otros, y programas sociales que atienden a la primera infancia, como Juntos, Cuna Más, la Meta 4 del programa de incentivos a la gestión municipal, evidencian el interés del Estado por la edad temprana de la vida.

De acuerdo al Banco Interamericano de Desarrollo, para que los sistemas de desarrollo de la primera infancia operen efectivamente deben considerar una infraestructura que sirva de respaldo a los programas o servicios entregados directamente a la población conformada por cuatro elementos: la gobernanza, el financiamiento, la garantía de calidad y los recursos humanos. En particular, la gobernanza contempla que los servicios se encuentren integrados de manera coordinada tanto entre los diversos sectores involucrados como en todos los niveles de gobierno, con el fin de que la prestación de servicios se realice en torno a las necesidades de desarrollo de cada infante y no de las necesidades de los proveedores de servicios (BID, 2015).

Siguiendo esta premisa es que se desarrolla la Estrategia de Gestión Territorial Primero la Infancia (EGTPI), que busca ampliar el acceso a servicios críticos para el desarrollo infantil dirigidos a niños y niñas desde la etapa gestacional hasta los 5 años a partir de la gestión articulada intergubernamental e intersectorial en el territorio. La EGTPI es la respuesta del Estado para optimizar la gestión de los servicios para evitar duplicidades y superposiciones, aprovechando sinergias de los diversos actores que trabajan en favor del desarrollo infantil y complementariedades de la oferta de servicios y la demanda. El modelo operativo de esta estrategia ha sido sometido a un proceso de validación a partir de un piloto en 234 distritos de cuatro regiones del país que requiere de una evaluación de impacto para verificar su efectividad en términos de la ampliación de la cobertura de servicios priorizados y los resultados en desarrollo infantil temprano. Con este interés, Macroconsult ha sido contratado por la Fundación Bernanr Van Leer para la elaboración del diseño de evaluación de la EGTPI y el presente documento constituye el primer informe de la consultoría.

De manera general, el objetivo del servicio prestado es *asesorar a los equipos técnicos del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en la formulación de una propuesta metodológica para la evaluación de impacto de la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” (EGTPI)*. Para esto, se entiende que la pregunta de interés de la evaluación de impacto es “¿qué hubiera pasado con los gobiernos subnacionales y niños residentes en los distritos de intervención, en términos de los resultados que se espera alcanzar, si el piloto no hubiera tenido lugar?”.

Los contenidos del presente informe se sujetan a la cotización de servicios presentada por Macroconsult y los acuerdos establecidos en las reuniones de presentación y coordinación con las contrapartes técnicas. Por completitud, las secciones del documento incluyen lo presentado

en el primer entregable, más lo correspondiente propiamente a este segundo producto, de acuerdo con lo ofrecido en la propuesta técnica. En detalle se incluye lo siguiente:

- Detalle de la revisión de los procesos y toda la documentación asociada a la EGTPÍ y su piloto.
- Revisión de la literatura de evaluaciones de intervenciones de naturaleza en otros contextos, tanto a nivel nacional como internacional, con énfasis en los detalles metodológicos considerados.
- Se ha añadido la construcción de la teoría de cambio de la EGTPÍ y se hacen reflexiones a tomarse en cuenta para el diseño de la metodología de evaluación. Sin embargo, en correspondencia con los acuerdos tomados, se ha postergado la metodología de evaluación para el segundo producto.
- Propuesta metodológica bajo dos alternativas que descansan en el uso de información secundaria de fuente pública. Además, se sugiere una estrategia cualitativa para indagar mecanismos.
- *Dofiles* y bases de datos utilizadas en las estimaciones para validar, donde fue posible, los diseños metodológicos.
- En el desarrollo del documento se incluyen los comentarios y recomendaciones recogidos durante las reuniones con las contrapartes técnicas.

El documento está estructurado de la siguiente manera. Después de estos antecedentes, en la segunda sección se describe brevemente la EGTPÍ, enfatizando los elementos conceptuales y operativos de la estrategia, así como el detalle del piloto bajo estudio. Seguidamente, en la tercera sección se desarrolla la teoría de cambio, para lo cual se hizo una revisión de la literatura nacional e internacional sobre experiencias similares en otros contextos y su impacto. La cuarta sección, finalmente, presenta los diseños de evaluación de impacto y las consideraciones en torno a ellos.

## 2 Estrategia de Gestión Territorial Primero la Infancia (EGTPI)

### 2.1. Breve Descripción de la EGTPI

La Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” (EGTPI) se aprueba en el año 2019, mediante Decreto Supremo N° 003-2019-MIDIS. A través de ella se busca la articulación intersectorial e intergubernamental que tiene como propósito efectivizar el acceso al paquete integrado de servicios priorizados que contribuyen al desarrollo de las niñas y los niños desde la gestación hasta los 5 años de edad, a través de la gestión articulada de las entidades que conforman el Gobierno Nacional, Regional y Local, fortaleciendo las sinergias y eliminando las duplicidades, de acuerdo con sus roles y capacidades (Dirección General de implementación de Políticas de Articulación Territorial, 2021).

La EGTPI se enmarca en la estrategia “Incluir para Crecer”, reconocida como la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (Resolución Ministerial N° 163-2019-MIDIS), cuyos ejes primero y segundo se vinculan con la nutrición infantil y el desarrollo infantil temprano y apuntan a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil e incrementar el desarrollo físico, cognitivo, motor, emocional y social en la primera infancia de infantes de 0 a 5 años de edad. También se vincula con el Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (PporDIT), que constituye la “propuesta y promesa de valor del Estado y la sociedad para con los niños y niñas y comprende las decisiones respecto de qué factores condicionantes del Desarrollo Infantil Temprano deben ser abordados con prioridad, qué intervenciones son prioritarias y qué metas específicas se buscan alcanzar en materia de resultados en los próximos años”<sup>1</sup>. Además, se ciñe a los Lineamientos “Primero la Infancia”, que define los resultados asociados al Desarrollo Infantil Temprano (DIT) y orienta las intervenciones que garanticen su consecución. De acuerdo a este documento, el DIT es “un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permiten a la niña y niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos” (Anexo del DS N° 010-2016-MIDIS, Lineamientos Primero la Infancia). En esta línea, se definen siete resultados de interés priorizados que deberán alcanzarse:

- a) Lograr un **nacimiento saludable**. Esto es, que al momento de nacer las niñas y niños alcancen un peso adecuado (mayor a 2 500 gramos) y no enfrenten prematuridad (es decir, que tengan una edad gestacional entre las 37 y 41 semanas). Lo contrario puede expresar padecimiento de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU).
- b) Fortalecer el vínculo afectivo entre el niño o niña con su madre o un adulto significativo, de manera que **a los 12 meses exhiban un apego seguro**. Esta relación cimienta el desarrollo de autonomía, seguridad emocional y otras relaciones que la niña o niño desarrollará en su vida.
- c) Preservar el **adecuado estado de salud y nutricional de las niñas o niños durante los primeros 36 meses de vida** para evitar las deficiencias de micronutrientes (observado en la prevalencia de anemia) y el retardo en el crecimiento (observado en la desnutrición crónica).

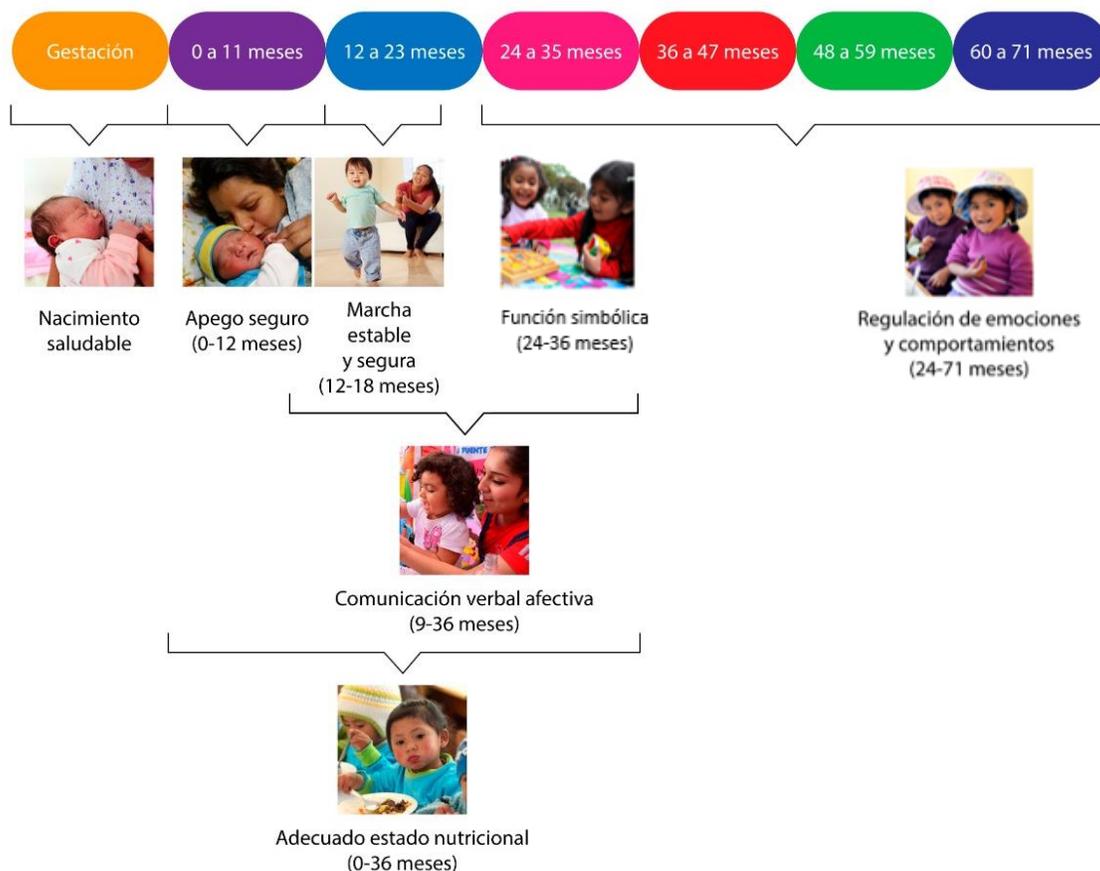
---

<sup>1</sup> Documento elaborado por el Grupo de Trabajo Multisectorial encargado de desarrollar los contenidos técnicos del Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano.

- d) Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo de la comunicación de acuerdo con la edad para que **entre los 9 y los 36 meses las niñas y niños se comuniquen verbalmente de manera efectiva.**
- e) Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo motor de acuerdo con la edad para que **entre los 12 y 18 meses las niñas y niños caminen solos**, esto es, sin necesidad de detenerse a cada paso para regular el equilibrio, por propia iniciativa y sin ayuda ni incitación.
- f) Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo emocional de acuerdo con la edad para que **entre los 2 y 5 años las niñas y niños aprendan a regular sus emociones y comportamientos**, de manera que al finalizar este período sean capaces de relacionarse satisfactoriamente con los demás.
- g) Favorecer el inicio y el logro de cada uno de los hitos de la trayectoria del desarrollo cognitivo de acuerdo con la edad para que **desde los dos años de edad niños y niñas desarrollen la función simbólica**, que permitirá que a los 5 años realicen juegos de representación más elaborados y utilicen signos no convencionales para expresar gráficamente sus experiencias.

El siguiente gráfico presenta los resultados esperados en torno a DIT según la etapa del ciclo de vida de la niña o niño.

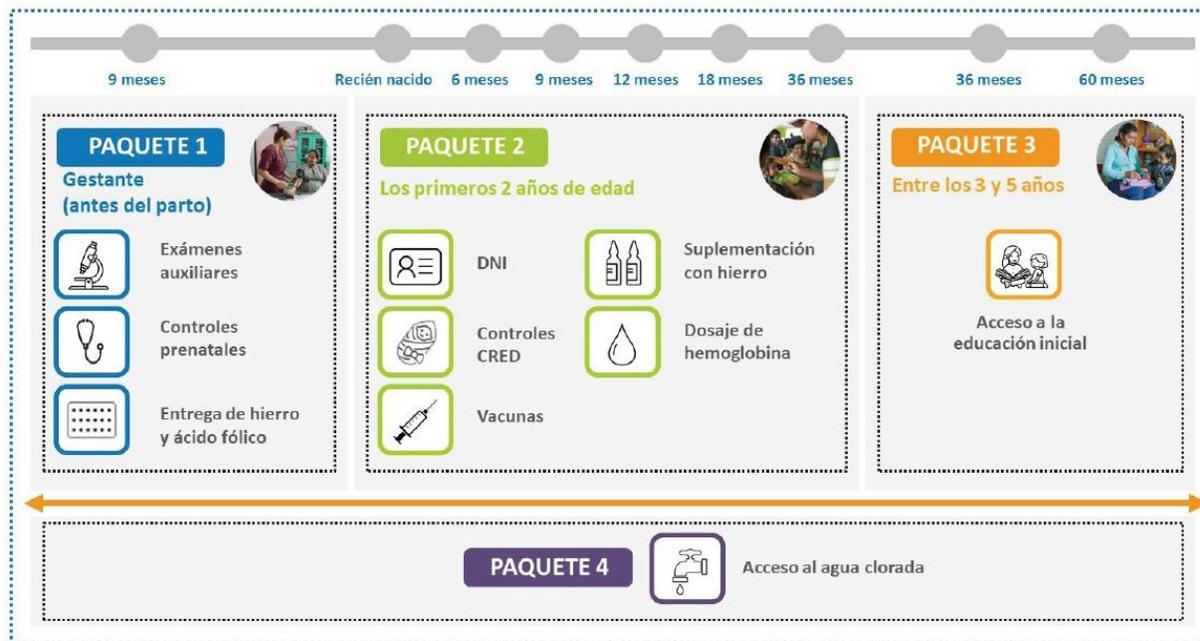
**Gráfico 1. Resultados en torno al desarrollo infantil temprano según etapa del ciclo de vida**



Fuente: Basado en la *Caja de Herramientas para Gobiernos Regionales* elaborada por el MIDIS (2021)  
 Elaboración: Macroconsult S.A..

Para alcanzar los siete resultados anteriores, los lineamientos priorizan factores según etapa de vida que se materializan en la forma de paquetes de servicios que el Estado ofrece a los menores, desde la etapa de gestación hasta los cinco años de edad. De esa manera, el Paquete Integrado de servicios priorizados “Primero la Infancia” es el conjunto de servicios priorizados e identificados en el marco de los Programas Presupuestales, que cada gestante, niña y niño debe recibir para contribuir al logro de los resultados del Desarrollo Infantil Temprano (DIT). El **Gráfico 2** presenta los paquetes según grupos etarios y la **Tabla 1** los expone en detalle, indicando las instituciones prestadoras de los servicios.

**Gráfico 2. Paquetes integrados de servicios “Primero la infancia” según edades (en meses)**



Fuente: MIDIS (2021) Tomado de la *Caja de herramientas para Gobiernos Regionales 2021*.

**Tabla 1. Paquetes de servicios según grupo etario**

Paquete	Grupo objetivo	Actividades	Encargado
Paquete 1	Gestantes hasta antes del parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el primer trimestre, cuatro exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje sífilis).</li> <li>- Al menos cuatro atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.</li> </ul>	MINSA
Paquete 2	Niñas y niños menores de dos años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento Nacional de Identidad (DNI) a los 30 días de nacido.</li> <li>- Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo según edad.</li> <li>- Vacunas neumococo y rotavirus.</li> <li>- Suplementación con hierro.</li> <li>- Dosaje de hemoglobina.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de anemia: suplementación con gotas de hierro a los 4 y 5 meses de edad.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de anemia: niñas y niños menores de 12 meses con diagnóstico de anemia, y reciben tratamiento con hierro.</li> </ul> </li> </ul>	RENIEC MINSA
Paquete 3	Niñas y niños de 3 a 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a la educación inicial desde los 3 años de edad.</li> </ul>	MINEDU
Paquete 4	Niñas y niños hasta 5 años (paquete de entorno).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso al agua clorada para consumo humano (cloro residual en muestra de agua para consumo humano <math>\geq 0.5</math> mg/l).</li> </ul>	MVCS

Fuente: Decreto Supremo N° 003-2019-MIDIS

## a) Diseño conceptual de la EGTP

La EGTP puede entenderse como una estrategia que busca integrar la oferta de servicios críticos orientados a DIT con la demanda, articulando el trabajo conjunto intergubernamental e intersectorial para el seguimiento pormenorizado de infantes desde la etapa gestacional hasta los primeros cinco años de vida. Esta estrategia descansa en tres componentes: (i) la articulación, (ii) la sectorización y (iii) el seguimiento nominal<sup>2</sup>.

- *La articulación* es el proceso por el cual se coordinan las acciones de las instituciones encargadas de prestar los servicios detrás de los paquetes integrados a través de la plataforma ofrecida por las Instancias de Articulación Regional (IAR) y Local (IAL), las cuales deben ser formadas, reactivadas y puestas en funcionamiento. La IAR es el espacio organizado y liderado por cada Gobierno Regional y es responsable de la articulación y seguimiento de acciones que aseguren las condiciones para la entrega oportuna, en su territorio, del Paquete Integrado de Servicios Priorizados. La IAL, a diferencia, es el espacio organizado y liderado por cada Gobierno Local y es responsable de articular los intereses y actores, así como las acciones, recursos y capacidades disponibles a nivel local que permita la implementación de la EGTP. La IAR e IAL son lideradas por el gobernador regional y el alcalde, respectivamente, y participan otros miembros de los gobiernos subnacionales respectivos, así como representantes de los sectores y órganos descentralizados de Salud (DIRESA, GERESA, etc.), Educación (Dirección Regional de Educación), RENIEC, Vivienda (Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento), MIDIS (Juntos, Cuna Más, PAIS, Qali Warma, etc.), MIMP, MINCUL, etc., y representantes de la sociedad civil, como ONG, universidades/institutos, la cooperación internacional, etc.
- *La sectorización* es la actividad por la cual se organiza el territorio en *sectores* (que pueden ser agrupaciones de manzanas, centros poblados, áreas del distrito, entre otros) para la optimización del seguimiento nominal. Esta actividad permite identificar la distribución de los niños y niñas en el territorio, así como la dotación de recursos para la prestación de los servicios del paquete integrado. La definición de los sectores es realizada por la IAL basada en la identificación de características específicas del territorio vinculadas a particularidades geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas, culturales y tamaño poblacional, accesibilidad, riesgos, acceso a servicios básicos, etc. Esta actividad se complementa con la información actualizada y detallada de los Mapeos Comunitarios de Salud en aquellos distritos que lo implementen<sup>3</sup>.
- El *seguimiento nominal* consiste en realizar la verificación individualizada del acceso a los servicios que conforman el paquete integrado en cada niño del distrito. Este es un proceso continuo realizado por el gobierno local utilizando el padrón nominal, que recoge el conjunto de infantes en el distrito del grupo etario de interés, y permite identificar las brechas y nudos críticos

---

<sup>2</sup> Esta sección está basada en la Directiva N° 004-2021-MIDIS, Directiva para la implementación de la Estrategia de Gestión territorial “Primero la infancia” a nivel regional y local.

<sup>3</sup> Algunos indicadores relevantes a considerar para esta actividad sugeridos por la Directiva N° 004-2021-MIDIS son:

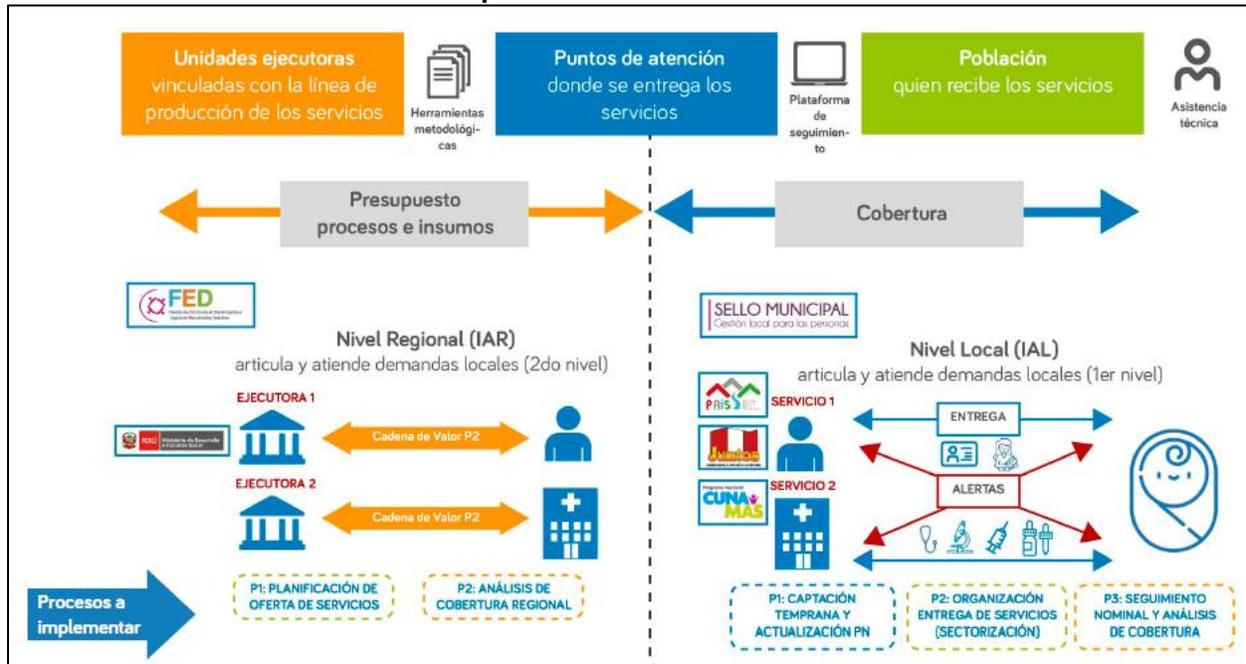
- Total de Gestantes en el distrito
- Total de niñas y niños menores de cinco años en el distrito
- Total de IPRESS en el distrito y ámbito de atención en el distrito
- Total de Instituciones Educativas del nivel inicial
- Total de zonas de riesgo de desastres en el distrito
- Total de Sistemas de agua existentes en el distrito

de las líneas de producción de los servicios que impiden o dificultan el acceso y uso de estos, a fin de gestionar propuestas de solución a nivel local o regional.

De manera general, bajo la EGTPÍ se busca que la articulación ocurra en la IAL y la IAR a partir de la convergencia de todos los actores involucrados en DIT en espacios de coordinación común. Por un lado, en la IAR se articula acciones con las unidades ejecutoras de salud, educación, RENIEC, entre otros, para organizar los recursos, insumos y presupuestos que permita organizar la oferta en el territorio, tomando en cuenta la presencia de intervenciones a favor del DIT en las jurisdicciones regionales (como los programas Juntos, Cuna Más, País, etc). De esa manera identifica la cobertura de servicios e identifica brechas y cuellos de botella que impidan la atención plena de la demanda. Por otro lado, la IAL organiza el seguimiento a la demanda, que está compuesta por menores en etapa gestacional y hasta los 5 años de edad, para lo cual sectoriza el territorio e implementa el seguimiento nominal. De esa manera identifica y capta tempranamente a los niños, e implementa la actualización del padrón nominal. Luego de ello organiza la entrega de los servicios con los proveedores en el distrito y realiza el seguimiento correspondiente, identificando alertas de niños y/o gestantes que carezcan de acceso a los servicios que les corresponda, para analizar las causas subyacentes y plantear acciones de respuesta con los propios prestadores de servicio o con la IAR, de ser el caso. En esta labor reconoce la labor de los programas sociales con presencia local que contribuyen al DIT, como Juntos, Cuna Más y la Meta 04 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal, que establecen contacto con las familias de manera presencial o remota a través las visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, u otros.

Para la implementación de la EGTPÍ, el gobierno central desde el MIDIS brinda herramientas y promueve la asistencia técnica y el fortalecimiento de capacidades dirigidas a los actores involucrados en los tres niveles de gobierno (funcionarios, profesionales y actores sociales) a través de capacitaciones, asesoría y asistencia técnicas u otras actividades. Además, dispone de mecanismos de incentivos que contribuyen a articular los esfuerzos del nivel regional y local en favor de la EGTPÍ. Por un lado, está el *Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados* (FED), que es un mecanismo de incentivos a gobiernos regionales basado en la entrega de transferencias presupuestales condicionales al cumplimiento de compromisos de gestión y metas de cobertura vinculados a la línea de producción que permiten mejorar principalmente la entrega del paquete de servicios a la población objetivo de la EGTPÍ. De otro lado está el *Premio Nacional Sello Municipal 'Incluir para Crecer' - Gestión local para las personas* (Sello Municipal), que es un mecanismo de reconocimiento no monetario, de participación voluntaria y con enfoque orientado a resultados, que en el marco de la EGTPÍ promueve el fortalecimiento de los servicios públicos que se brindan en el nivel distrital, contribuyendo al seguimiento de la entrega del paquete integrado de servicios y fortaleciendo las capacidades de los equipos técnicos y funcionarios municipales para mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas de la comunidad, a través de la ejecución de actividades relacionadas con el cumplimiento de metas de los productos o servicios diseñados conjuntamente con las entidades públicas (RM N° 085-2021-MIDIS).

**Gráfico 3. Esquema del modelo de coordinación**



Fuente: Tomado de la Caja de herramientas para los Gobiernos Regionales desarrollada por el MIDIS (2021)

### b) Diseño operativo de la EGTP

De acuerdo a la directiva N° 004-2021-MIDIS, directiva para la implementación de EGTP a nivel regional y local, la estrategia exige la participación conjunta en el territorio de un conjunto de actores con roles definidos. En la siguiente tabla se presenta a cada uno de estos y se describe su responsabilidad en el marco de la EGTP. En el nivel regional, el gobierno regional es el que lidera la estrategia en su jurisdicción. Este lidera la IAR y conforma el Equipo Técnico Regional y busca su conformación con presencia de otras instancias desconcentradas de los sectores vinculadas al gobierno regional, como las Direcciones Regionales de Salud, Educación, Vivienda, RENIEC, entre otros, pero además de otros actores del MIDIS con presencia regional, como el coordinador de enlace del MIDIS, el coordinador regional del FED y/o los jefes de las unidades territoriales de Juntos, Cuna Más y País.

En el nivel local, el gobierno local es el actor que lidera la conformación de la IAL y la Secretaría Técnica de la misma, y conduce la estrategia de articulación en su territorio. Dentro de la IAL tienen presencia las instituciones prestadoras de los servicios que son parte del paquete integrado, como las instituciones prestadoras de servicios de salud, educación, el registro civil, entre otros. Además, se cuenta con la participación de los actores locales vinculados a las intervenciones del MIDIS, como el/la Acompañante Técnico del Programa Nacional Cuna Más, el Gestor Institucional del Programa País, Gestor Local del Programa Nacional Juntos, entre otros, y el personal de Salud, y el actor social de la Meta 4, a cargo del Gobierno Local.

**Tabla 2. Responsabilidad de los actores del nivel regional y local**

Nivel	Responsabilidades	Actores	Otros actores
<b>Regional (IAR)</b>	<p>a) Organizar y liderar la conformación y el funcionamiento de la Instancia de Articulación Regional (IAR) o el espacio afín al DIT.</p> <p>b) Asegurar las condiciones para el adecuado funcionamiento de la línea de producción asociada a la entrega de los servicios de salud, educación inicial y acceso al agua segura que forman parte del Paquete Integrado de Servicios Priorizados.</p> <p>c) Asumir la responsabilidad de la articulación y seguimiento de acciones que aseguren las condiciones para la entrega oportuna del Paquete Integrado de Servicios Priorizados.</p> <p>d) Articular y atender las demandas que surjan desde el nivel local, a partir del análisis de nudos críticos en la prestación del Paquete Integrado de Servicios Priorizados,</p> <p>e) Articular los lineamientos de política que desde el nivel nacional se emitan.</p>	<p>a) Gerencia Regional de Desarrollo Social y/o Gerencia afín.</p> <p>b) Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces (DIRESA/GERESA/DIRIS).</p> <p>c) Dirección Regional de Educación o la que haga sus veces (DRE/GRE).</p> <p>d) Dirección Regional de Vivienda Construcción y Saneamiento o la que haga sus veces (DRVCS).</p> <p>e) Oficina Regional de Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (OR -RENIEC):</p> <p>f) Oficinas desconcentradas del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables:</p> <p>g) Direcciones Desconcentradas de Cultura (DDC)</p> <p>h) Representantes de la Sociedad Civil</p>	<p>a) Coordinador/a de Enlace MIDIS.</p> <p>Equipo Técnico Regional de la IAR</p> <p>b) Coordinador/a del Fondo de Estímulo al Desempeño y logro de resultados Sociales (FED).</p> <p>c) Jefe/a de Unidad Territorial del Programa Nacional Cuna Más.</p> <p>d) Jefe/a de la Unidad Territorial del Programa Juntos</p> <p>e) Jefe/a de Unidad Territorial del Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social (PAIS)</p>
<b>Local (IAL)</b>	<p>a) Organizar y liderar la conformación y el funcionamiento de la Instancia de Articulación Local (IAL) o el espacio afín al DIT.</p> <p>b) Conducir y gestionar la sectorización territorial, el seguimiento nominal, organizar la gestión de alertas, a través de puntos focales representantes de los servicios en el distrito (salud, educación, identidad, etc.), realizar el análisis de la cobertura, la identificación de nudos críticos y plantear alternativas de solución para el cierre de brechas con relación al Paquete Integrado de Servicios Priorizados.</p> <p>c) Gestionar las dificultades e impedimentos en el acceso al Paquete Integrado de Servicios Priorizados y/o canalizarlas a nivel regional, cuando corresponda.</p> <p>d) Coordinar de manera permanente con las entidades que forman parte de la IAL o espacio afín.</p> <p>e) Informar sobre las necesidades identificadas en el territorio para la atención del Paquete Integrado de Servicios Priorizados a los diferentes espacios de coordinación intergubernamental e intersectorial.</p>	<p>a) Gerencia de Desarrollo Social y/o afines.</p> <p>b) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas.</p> <p>c) Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL).</p> <p>d) Área Técnica Municipal (ATM).</p> <p>e) Oficinas de Registro Civil.</p> <p>f) Responsable del Padrón Nominal.</p>	<p>a) Acompañante Técnico del Programa Nacional Cuna Más.</p> <p>b) Actor Social Meta 4.</p> <p>c) Coordinador de Visitas Meta 4.</p> <p>d) Facilitador/a del Programa Nacional Cuna Más.</p> <p>e) Gestor Institucional del Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social (PAIS).</p> <p>f) Gestor Local del Programa Juntos.</p> <p>g) Puntos Focales. - Son miembros de la IAL, que representan a las entidades prestadoras de servicios en el territorio.</p> <p>h) Representantes de la Sociedad Civil.</p> <p>i) Representantes de las Oficinas Desconcentradas y Programas del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.</p> <p>j) Funcionarios de las Direcciones Desconcentradas de Cultura (DDC)</p>

Fuente: Resolución Viceministerial N° 011-2021-MIDIS  
Elaboración Macroconsult

Desde el nivel central, el MIDIS promueve la gestión articulada de las entidades que conforman el Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local, coordinando las acciones de planificación, diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la Estrategia; siendo la Dirección General de Implementación de Políticas y Articulación Territorial (DGIPAT), quien lidera el proceso y teniendo a cargo las siguientes responsabilidades:

- a) Dirigir, promover y apoyar la coordinación, articulación, cooperación y apoyo mutuo, a nivel intersectorial e intergubernamental, para la implementación de la EGTP.

- b) Elaborar y proponer documentos técnico-normativos y herramientas vinculadas a la implementación y seguimiento de la EGTPÍ.
- c) Asesorar técnicamente a los actores involucrados en el análisis de la información e identificación de acciones conducentes al logro de metas y resultados en el marco de la EGTPÍ.
- d) Asesorar y brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales, locales u otros actores para el diseño e implementación de otros mecanismos de incentivos que coadyuven a la implementación de la EGTPÍ.
- e) Gestionar acciones de fortalecimiento de capacidades y de asistencia técnica a los gobiernos regionales, locales y otros actores del territorio vinculados al Desarrollo Infantil Temprano e intervenciones consideradas en el marco de la implementación de la EGTPÍ, con un enfoque de gestión territorial.

Por otro lado, de acuerdo al *Manual para la implementación de la EGTPÍ*, esta estrategia se implementa en el territorio a través de cinco procesos que competen a los gobiernos regionales y locales de acuerdo al esquema que se muestra en la

**Tabla 3.** En las siguientes líneas se describen en detalle los procesos contemplados:

Los gobiernos regionales desarrollan dos procesos: el primero asociado a la planificación de la oferta de servicios y el segundo del análisis de la cobertura regional. El primer proceso (columna 1 de la

**Tabla 3)** se implementa a través de 4 pasos que se inician con el Paso 1: la identificación de la presencia de intervenciones en favor de DIT en el territorio, como Juntos, Cuna Más, Meta 4, entre otros. Sigue con el Paso 2, asociado al desarrollo de estrategias para la gestión articulada de las intervenciones, lo que implica establecer acuerdos de coordinación entre los proveedores de servicios (Salud, Educación, RENIEC, etc) y las intervenciones a favor del DIT para aprovechar complementariedades. Este proceso continúa con el Paso 3, relacionado a la definición de la estrategia regional para la entrega y recuperación del paquete integrado, que es propuesto por los prestadores de servicios y en el marco del piloto ha sido priorizado sobre el segmento de niños menores de 24 meses, por lo que básicamente compete a las sedes regionales de RENIEC y Salud. Finalmente, el proceso termina con la difusión de estas estrategias en el nivel local para que estas sean recogidas por las IAL (Paso 4).

El segundo proceso del nivel regional (columna 2 de la

**Tabla 3)** se implementa a través de dos pasos que contemplan, como Paso 1, el análisis de la cobertura en el territorio, de los cuellos de botella y el planteamiento de alternativas de solución que se realiza en las sesiones mensuales de la IAR. Para esto, el Equipo Técnico Regional brinda asistencia técnica a los proveedores de servicios a fin de que puedan analizar la cobertura de los servicios del paquete integrado en la región, se identifiquen nudos críticos y planteen alternativas de solución. Seguidamente, en el Paso 2 se da atención a las demandas locales surgidas desde las IAL, para lo cual el Equipo Técnico Regional coordina directamente con la Secretaría Técnica de la instancia local.

Desde el nivel local se desarrollan tres procesos, como se observa en el panel B] de la

**Tabla 3.** El primer proceso (columna 3 de la

**Tabla 3)**, relacionado a la identificación y captación temprana, toma lugar a través de tres pasos que se inician con la identificación de niños y niñas del distrito, prestando especial atención a aquellos con menos de 30 días de nacidos. Este paso demanda la homologación del padrón con los listados de niños y niñas de las diferentes instituciones sociales locales, con ánimo de validarlo y actualizarlo. Luego sigue el Paso 2, relacionado a la verificación de la información de los niños haciendo uso de una ficha ad hoc de identificación y captación temprana de niñas y niños que es llenada a través del contacto con las familias, ya sea por medio de las visitas domiciliarias o la vía telefónica. Dentro de este paso también se incluye, cuando es posible, la georreferenciación de las viviendas, que es utilizada para alimentar la **sectorización**. Este proceso termina con el Paso 3, que es la actualización del padrón normal a cargo del responsable del Padrón Nominal de la IAL, haciendo uso de la lista validada y actualizada de niñas y niños menores de 30 días y una lista validada de niños y niñas menores de seis años de edad migrantes en el distrito. Para la ejecución de este primer proceso se debe contar la sectorización. Si esta no está disponible, una primera actividad consiste en elaborarla.

El segundo proceso (columna 4 de la

**Tabla 3)** se orienta a la organización de los servicios y se implementa a través de cuatro pasos, los cuales empiezan con la solicitud de información a los prestadores de servicios de salud, educación, identidad, vivienda, entre otros (Paso 1). Los puntos clave de análisis son la situación de la cobertura de los servicios del Paquete Integrado, la organización y ubicación de los puntos de atención en donde se prestan servicios dirigidos a las niñas, niños y gestantes, y la identificación de dificultades en la organización y entrega de los servicios. El Paso 2 es la presentación de la información solicitada por parte de los prestadores de servicios ante la IAL en sesiones mensuales, y el Paso 3 es el análisis de la misma por parte del Equipo Técnico Local. El Paso 4 es la prestación de la entrega del paquete por parte de los prestadores de servicios ante la IAL, considerando modalidades de entrega, características, sectores priorizados, entre otros. Ese proceso, finalmente, termina con la actualización de la sectorización del territorio (Paso 5).

El tercer proceso a nivel de gobiernos locales (columna 5 de la

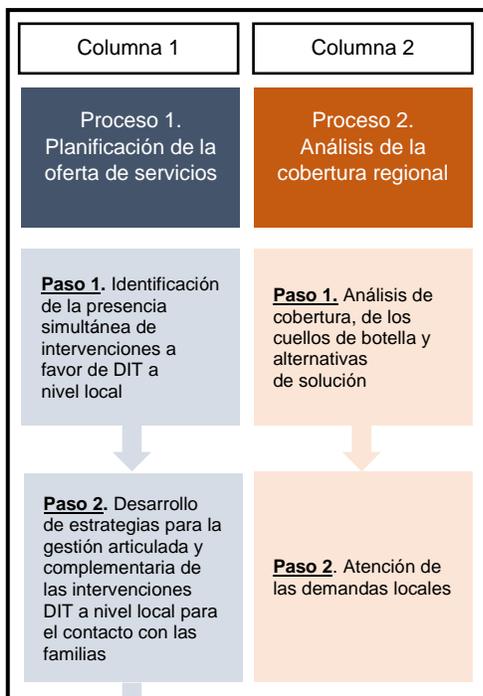
**Tabla 3)**, finalmente, consiste en el seguimiento nominal y análisis de la cobertura, para lo cual se ejecutan cuatro pasos que se inician con el seguimiento al paquete (Paso 1). Para esto, la IAL, a través de las intervenciones DIT en el territorio (Juntos, Cuna Más, Meta 4, IPRESS entre

otros) u otro actor local, identifica el estado de la entrega de los servicios del paquete a las niñas y niños en el distrito de acuerdo a su edad a partir del contacto con hogares por medio de las visitas domiciliarias o llamadas telefónicas (los acuerdos respecto a las responsabilidades deben estar establecidos con antelación). Seguidamente, el Paso 2 es la identificación y gestión de alertas, lo que consiste en identificar a las gestantes, niñas y niños que tengan pendiente y/o no hayan recibido ningún servicio programado para su edad. En tales casos, organiza y gestiona su atención con los proveedores de servicios a través de sus puntos focales IAL. El Paso 3 es el análisis de cobertura del paquete integrado, para lo cual la IAL identifica y analiza los cuellos de botellas o nudos críticos de oferta o demanda, identificando a responsables para superarlos. Esto puede incluir demandas a nivel regional (IAR).

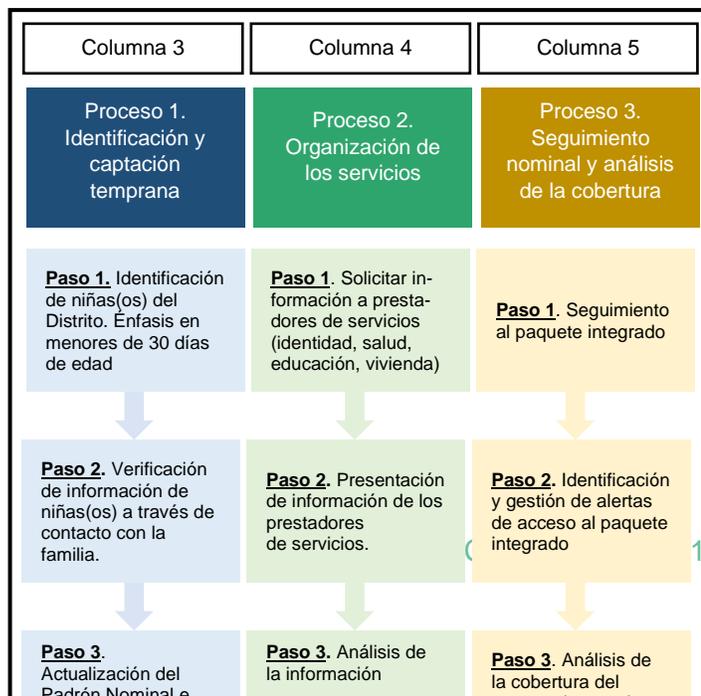
La implementación de los procesos a nivel local y regional es dinámica y se retroalimentan entre sí para dar lugar a ciclos ininterrumpidos que dan operatividad al sistema.

**Tabla 3. Procesos de la estrategia en nivel subnacional**

**A] Procesos en el nivel regional**



**B] Procesos en el nivel local**



Fuente: Resolución Viceministerial N° 0001-2021-MIDIS  
Elaboración: Macroconsult

## 2.2. Breve descripción del piloto de la EGTPÍ

El diseño operativo de la EGTPÍ fue sometido a pilotaje a través de un proceso que se desarrolló entre enero y julio de 2021 (**Gráfico 4**). Para llegar a ello, sin embargo, hubo acciones antecedentes que empezaron en el año 2019, cuando se priorizó la sensibilización con los Gobiernos regionales y locales de todo el país a través de la socialización del Decreto Supremo N° 003-2019-MIDIS. Esto se hizo por medio de cinco talleres descentralizados por mancomunidades con la participación de los gobernadores regionales, autoridades de las municipalidades provinciales y distritales, así como funcionarios de las entidades del Estado involucradas en la atención de los servicios priorizados para la primera infancia y actores que ya se encuentran realizando acciones de seguimiento y/o acompañamiento a familias con niños y niñas.

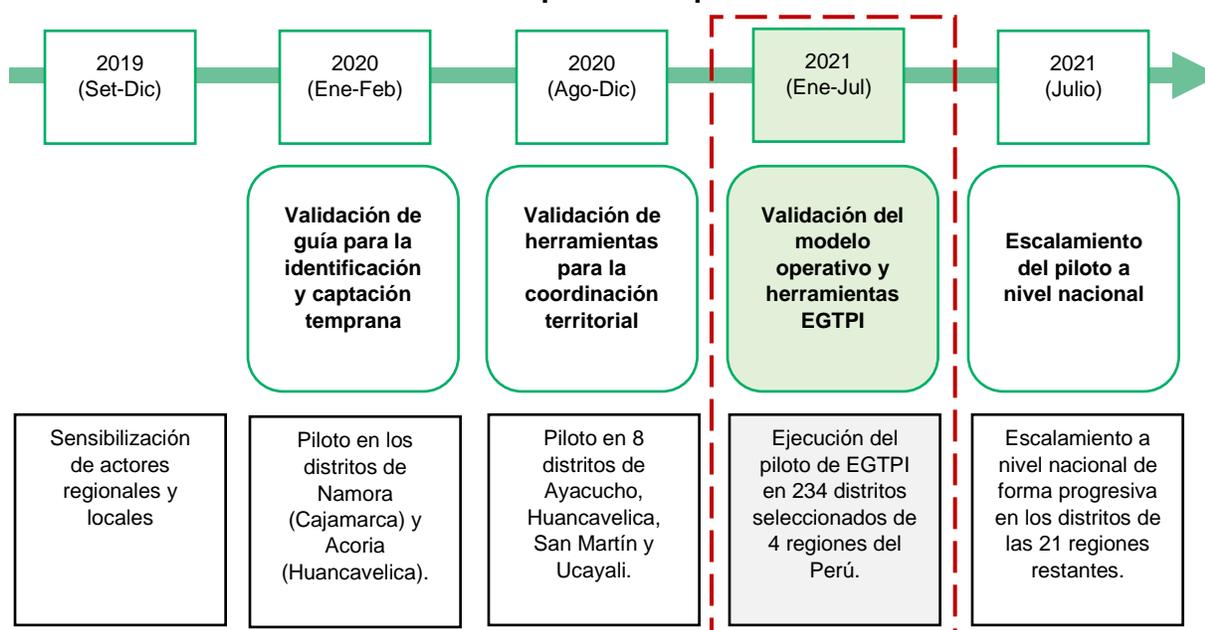
Posteriormente, entre enero y febrero de 2020 se implementó un ejercicio de validación de las herramientas metodológicas para el proceso de identificación y captación temprana de niños y niñas menores de 30 días en el nivel local. Esto se hizo en los distritos de Namora (Cajamarca) y Acoria (Huancavelica). Este proceso se vio interrumpido con la emergencia sanitaria.

Seguidamente, entre agosto y diciembre de 2020 se implementó la validación de las herramientas metodológicas para la coordinación territorial y el seguimiento del paquete integrado en niños menores de 24 meses desde las IAR y las IAL. Esto se hizo en 8 distritos: Acoria y Huando (Huancavelica), San Martín y Santa Rosa (San Martín), Callería y Masisea (Ucayali) y Huanta y Soccus (Ayacucho). Los aprendizajes obtenidos fueron fundamentales para la implementación de la herramienta informática para la gestión territorial en favor de la infancia.

Con los aprendizajes extraídos de las actividades anteriores, entre enero y julio de 2021 se implementó el piloto de validación del modelo operativo y las herramientas desarrolladas para la operativización de la EGTPÍ. Este proceso de validación se enfocó en los distintos componentes de la misma (articulación, sectorización y seguimiento nominal), para lo cual se seleccionaron 234 distritos de cuatro regiones del país. Esta es la experiencia cuya evaluación es materia de interés del presente estudio.

A partir de julio de 2021 se ha iniciado un proceso de escalamiento de la estrategia a nivel nacional y de forma progresiva.

**Gráfico 4. Línea de tiempo de la implementación de la EGTPÍ**



Fuente: Tomado del Informe Técnico "Desarrollo infantil temprano: avances en el marco de la política nacional de desarrollo e inclusión social, instrumentos e intervenciones prioritizadas implementadas" (p. 6) por MIDIS, 2021

a) Detalle de la validación del modelo operativo

La validación del modelo operativo recogió el consenso de roles y responsabilidades entre los Viceministerios de Políticas y Evaluación Social (VMPES) y el Viceministerio de Prestaciones Sociales (VMPS). En el terreno, tuvo como elemento crucial la asesoría y acompañamiento realizado por el Equipo Territorial MIDIS a gobiernos regionales, a cargo de los Coordinadores de Enlace, Coordinadores FED del MIDIS y Jefes de las Unidades Territoriales de los Programas sociales PNCM, JUNTOS y PAIS; y a gobiernos locales, a cargo de los Gestores Institucionales del PAIS, los Gestores Local del Programa Juntos y Acompañantes Técnicos del Programa Nacional Cuna Más. La **Tabla 4** describe las responsabilidades asignadas a cada actor del equipo territorial del MIDIS.

**Tabla 4. Organización del Equipo Territorial MIDIS**

Ámbito	Dependencia	Actor	Responsabilidades
Regional	MIDIS - VMPES	Coordinador/a de Enlace MIDIS.	Brinda asistencia técnica a los actores regionales que implementan la Estrategia de Gestión Territorial Primero la Infancia (EGTPÍ). El/La Coordinador de Enlace del MIDIS es parte del Equipo Técnico Regional de la IAR y además organiza al Equipo territorial MIDIS.
	MIDIS - VMPES	Coordinador/a del Fondo de Estímulo al Desempeño y logro de resultados Sociales (FED)	Brinda asistencia técnica para la gestión de mecanismos de incentivos que contribuyen a la implementación de la EGTPÍ en la región y forma parte del Equipo Técnico de la IAR. Asimismo, fortalece capacidades y brinda la asistencia técnica al Equipo Territorial MIDIS para el análisis de la cobertura.
	MIDIS - VMPS	Jefe/a de Unidad Territorial de los Programas Sociales (Juntos, PAIS y Cuna Más)	Tienen la responsabilidad de hacer seguimiento y monitoreo de las acciones que realiza su equipo en el territorio a favor de la implementación de la EGTPÍ en sus ámbitos de intervención, en donde se incluye su participación en espacios existentes en este ámbito (Instancias, Comités, etc.).

<b>Local</b>	MIDIS – VMPS DE Programa Nacional PAIS	Gestor Institucional del Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social (PAIS).	Brinda asesoría y acompañamiento a los Gobiernos Locales para la implementación de la EGTPi y participa activamente en la IAL.
	MIDIS – VMPS DE Programa Nacional Juntos	Gestor Local del Programa Juntos	Brinda asesoría y acompañamiento a los Gobiernos Locales para la implementación de la EGTPi y participa activamente en la IAL.
	MIDIS – VMPS DE Programa Nacional Cuna Más	Acompañante Técnico del Programa Nacional Cuna Más	Realiza el seguimiento nominal y gestiona la atención de las alertas de sus gestantes, niñas y niños usuarios bajo la organización establecida desde los espacios de articulación local y participa activamente en la IAL.

Fuente: Tomado del Informe Técnico “Desarrollo infantil temprano: avances en el marco de la política nacional de desarrollo e inclusión social, instrumentos e intervenciones priorizadas implementadas” (p. 4) por MIDIS, 2021.

Las regiones y distritos seleccionadas para la validación del modelo operativo del piloto cumplieron dos criterios:

- Regiones con IAR conformada y con experiencia en la conducción de acciones intersectoriales – intergubernamentales a favor de la infancia.
- Distritos con IAL conformada y/o activa y con presencia de los Programas Nacionales Juntos, Cuna Más y PAIS.

La selección de los distritos estuvo a cargo de los equipos territoriales del MIDIS. Se priorizaron distritos con las mejores condiciones para la validación y se consideró principalmente la presencia de recurso humano “exclusivo” de los Programas Nacionales Juntos y/o PAIS, ya que, de acuerdo a su perfil, ellos cumplirían un rol de asesoría y acompañamiento a los Gobiernos Locales. Es importante mencionar que las regiones seleccionadas para implementar el piloto a nivel agregado suman un total de 294 distritos, pero no todos fueron aptos para implementación del piloto y por ello sólo se seleccionaron 234, que representan el 80% del total.

La ejecución de la validación del modelo operativo atravesó tres actividades claves<sup>4</sup>:

**Asesoría y acompañamiento a las IAR y las IAL:** Esto implicó un proceso de capacitación y asistencia técnica desde el nivel nacional a los Equipos Técnicos Regionales (MIDIS – DIREAS/GERESAS) y ellos a su vez a los Equipos Técnicos Locales (Gestores de los Programas Nacionales Juntos, PAIS, Cuna Más, Gestores de Salud PROMSA-Meta 4-IPRESS). Los objetivos de estas capacitaciones fueron fortalecer las capacidades de los funcionarios y actores que forman parte de las Instancias de Articulación (IAR/IAL), para el trabajo articulado a favor de la primera infancia en el territorio; promover el liderazgo del Gobierno Regional y Local, a través de una IAR/IAL activa (sesionando); y asesorar en el análisis de las brechas del paquete de servicios priorizados y en la implementación de estrategias. Estas acciones se realizaron de manera conjunta entre el MIDIS y MINSA con participación del Equipo de la Dirección de Promoción de la Salud (DPROM – Meta 4). Ello permitió que en el nivel regional se cuenten con representantes de las DIREAS y GERESAS que actúen con puntos focales.

**Instalación de procesos liderados desde las IAR y las IAL que contribuyan a la implementación de los componentes de la EGTPi** bajo una gestión intersectorial e intergubernamental. Para esto se contó con las *cajas de herramientas para los gobiernos regionales y locales*, que son instrumentos que consideran pautas para la instalación de los procesos en el territorio.

<sup>4</sup> Tomado del Informe Técnico “Desarrollo infantil temprano: avances en el marco de la política nacional de desarrollo e inclusión social, instrumentos e intervenciones priorizadas implementadas” elaborado por MIDIS, 2021.

**Implementación de herramienta informática para la Gestión Territorial en favor de la infancia.** Esta herramienta informática es denominada “Portal EGTPI”, que ha sido diseñada, validada e implementada de forma progresiva, cuenta con cuatro (4) módulos:

- **Módulo de articulación** (abril): permite a los gobiernos locales y regionales el registro de información relacionada a la conformación y funcionamiento de las instancias de articulación a nivel local y regional. Para este módulo, se ha considerado pertinente integrar la información de las IAL conformadas por Meta 4.
- **Módulo de identificación y captación temprana** (mayo): permite a los gobiernos locales ubicar a los niños y niñas registrados en el padrón nominal, identificar su estado de aseguramiento, afiliación a programas sociales, etc.
- **Módulo de sectorización** (mayo): en donde los gobiernos locales han podido realizar el registro de los sectores, según la ubicación de los niños en el territorio
- **Módulo de seguimiento nominal** (junio): debe recoger información prestacional de los servicios entregados a cargo del MINSa para el seguimiento del acceso al paquete integrado de servicios priorizados y la generación de alertas que conduzcan a priorizar las medidas necesarias para garantizar la atención en la población objetivo que hayan accedido a servicios del paquete integrado de forma oportuna.

b) Características de los distritos que son parte del piloto para la validación del modelo operativo

En el **Mapa 1** se presenta los distritos del piloto. En la siguiente tabla presentamos algunos indicadores de los distritos para observar características relevantes que diferencian a aquellos que son parte del piloto de la EGTPI del resto de distritos del país. Se han considerado variables asociadas a los criterios de selección de los distritos, descritos y definidos en la estrategia. Adicionalmente se han incluido características que inciden en las condiciones de vulnerabilidad de la población del distrito, acceso a servicios públicos y presencia de instituciones públicas.

El primer hecho que llama la atención es que los distritos del piloto en general tienen mayor presencia de programas sociales, en particular de Juntos, que casi está en todos ellos. Sin embargo, se observa que no existen diferencias en la inscripción a Sello Municipal. Esto es interesante, pues la inscripción en Sello Municipal es voluntaria, lo cual indica que el interés de obtener reconocimiento por la mejora de los servicios públicos orientados a la lucha contra la pobreza es similar en ambos grupos.

En segundo lugar, los distritos del piloto tienen mayores tasas de pobreza y menor acceso a agua y electricidad, lo cual refleja una mayor condición de vulnerabilidad, que se corresponde con la mayor presencia de programas sociales. A pesar de ello, el piloto no parece haber sido focalizado en distritos con mayor masa crítica de niños objetivo, aun cuando el promedio en el grupo del piloto es menor que en el resto del país.

Finalmente, los distritos del piloto tienen un ratio de personas por establecimiento de salud más bajo que los del resto del país, pero no se visualizan diferencias en los indicadores de oferta educativa inicial.

**Tabla 5. Características de los distritos de intervención**

	No Piloto	Piloto	Dif.
<b>Nro de distritos</b>	1640	234	
<b>Presencia de programas sociales</b>			
Programa Juntos regularmente.	0.67 [0.01]	0.99 [0.01]	-0.32***
Programa Juntos – intervención temporal	0.84 [0.01]	0.95 [0.01]	-0.12***
Programa PAIS	0.17 [0.01]	0.42 [0.03]	-0.25***
Programa Cuna Mas (SAF)	0.38 [0.01]	0.61 [0.03]	-0.24***
Programa Cuna Mas Temporal (SAF)	0.34 [0.01]	0.55 [0.03]	-0.21***
Meta 4	0.45 [0.01]	0.53 [0.03]	-0.08**
Sello Municipal 2020	0.59 [0.012]	0.59 [0.032]	0.00
<b>Características de la población</b>			
Distrito perteneciente al quintil 1 y quintil 2 de pobreza	0.65 [0.01]	0.66 [0.03]	-0.01
Tasa de pobreza monetaria	0.34 [0.00]	0.39 [0.01]	-0.05***
Número promedio de niños y niñas entre 0 - 5 años.	1659.04 [123.59]	1216.82 [151.37]	442.23
Número promedio de niños y niñas entre 0 a 2 años	793.50 [59.42]	574.74 [72.00]	218.76
Porcentaje de viviendas con abastecimiento de agua de la red pública.	0.36 [0.01]	0.32 [0.012]	0.04***
Porcentaje de viviendas con alumbrado eléctrico de la red pública.	0.51 [0.00]	0.48 [0.01]	0.03**
<b>Servicios de salud y educación</b>			
Número promedio de personas por institución de salud	3296.49 [159.65]	2315.45 [199.81]	981.05**
Ratio de alumno profesor del nivel inicial.	11.95 [0.09]	11.99 [0.23]	-0.04
Tamaño promedio de las clases del nivel inicial	13.46 [0.11]	13.09 [0.27]	0.36

\*\*\*, \*\* y \* indican significancia en el nivel crítico de 1, 5 y 10 por ciento. El valor que se muestra para las pruebas t son las diferencias en las medias entre los grupos.

Fuente: Información provista por el equipo técnico de MIDIS, Censo Escolar del MINEDU y Censo de Población y Vivienda 2017 del INEI.

**Mapa 1. Distritos de intervención**



Elaboración: Macroconsult S.A.

### **3 Teoría de cambio de la EGTPÍ**

En la sección precedente se hizo una descripción breve de la EGTPÍ. A partir del entendimiento de la estrategia, en esta sección se plantea una teoría de cambio que define los mecanismos causales por los cuales la estrategia debería impactar sobre la cobertura de los servicios contenidos en el paquete integral. Para esto, se parte de un análisis de causa-efecto que guía una teoría de cambio estándar, en la cual se reconocen insumos que desencadenan actividades que dan lugar a productos y estos a su vez a resultados inmediatos y mediatos (Gertler et al., 2016). Para el análisis particular de la EGTPÍ, se entiende que el interés está en conocer los impactos de una estrategia que articula acciones de diversos actores e intervenciones que entregan productos a niños, niñas y gestantes. No es el propósito evaluar el impacto de las intervenciones o los productos sobre el desarrollo infantil temprano, sino de la estrategia sobre

la entrega de productos. Por supuesto, debe entenderse razonablemente que impactar sobre la entrega de productos impactará ulteriormente sobre los resultados a nivel de DIT, pero ese mecanismo sólo será evaluado sólo de manera indirecta. En la sección metodológica se discutirá este punto.

Para desarrollar esta sección, se hace una revisión inicial de experiencias similares a la EGTPi en otros contextos con ánimo de extraer aprendizajes de experiencias en otros países que sean de utilidad para el diseño de evaluación. Luego, sobre la base de esta revisión y la descripción de la estrategia, se propone una teoría de cambio de la EGTPi, que en una sección posterior es sustentada a partir de literatura empírica.

### 3.1. Experiencias similares en otros contextos

En la región existen experiencias de articulación de intervenciones en favor de la DIT que sirven de referencia para el estudio actual. Por ejemplo, a partir del 2007 **Chile** implementó el **Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile crece contigo”** conformado tanto por prestaciones de carácter universal como prestaciones diferenciadas según necesidad, el cual contempla un acompañamiento desde la gestación hasta el ingreso al sistema escolar (Saavedra, 2015). El subsistema *Chile crece contigo* ofrece un sistema integrado de intervenciones sociales dirigidas a las niñas y niños, así como a sus familias y comunidades, que se encuentran organizados en torno a cuatro componentes: i) prestaciones universales dirigidas a todas las niñas y niños menores de cuatro años y sus familias, compuesto por un programa educativo; ii) prestaciones para todas las niñas y niños atendidos en el Sistema público de salud, compuesto por el Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial y el Programa de apoyo al recién nacido/a; iii) prestaciones diferenciadas para las niñas y niños en situación de vulnerabilidad, a través de prestaciones garantizadas y prestaciones de acceso preferente; y iv) programas de apoyo a la gestión e implementación del subsistema. Finalmente, la operatividad de este subsistema se sostiene en el correcto funcionamiento del modelo de gestión local, el cual se materializa con las “Redes comunales Chile crece contigo” que constituyen las unidades de coordinación y articulación local (Saavedra, 2015).

Similarmente, a partir del 2011 **Colombia** implementó la **Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia “De cero a siempre”**, orientada a brindar una atención integral en la primera infancia mediante acciones planificadas a nivel nacional y territorial, con el fin de promover y garantizar el DIT desde la gestación hasta los seis años (Universidad de Los Andes, 2017). Como parte de sus lineamientos, la estrategia define la atención integral en torno a cinco componentes: i) cuidado y crianza, ii) salud, alimentación y nutrición, iii) educación inicial, iv) recreación, y v) participación y ejercicio de la ciudadanía. De esta manera, la estrategia comprende un conjunto de esfuerzos intersectoriales y articulados en los distintos niveles territoriales con el fin de brindar una atención integral en la primera infancia, para lo cual desde el nivel central se establecieron cinco líneas de acción que contribuyan a la transición de una atención integral de calidad en los territorios: i) el fortalecimiento institucional local, ii) la promoción de servicios de calidad, iii) la implementación de procesos de seguimiento y evaluación, iv) la movilización social a favor de la niñez, y v) la generación de conocimiento para lograr atenciones integrales de calidad (Universidad de Los Andes, 2017).

En **Ecuador** se implementó la **Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia “Infancia plena”** desde el 2012, con el objetivo de brindar una atención integral para la primera infancia a través de un modelo de articulación intersectorial que garantice el acceso, cobertura y calidad de los servicios dirigidos a las niñas y niños de cero a cinco años y a sus familias, y que promueva la generación de capacidades en la familia y comunidad, con énfasis en las

poblaciones más vulnerables (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, s.f.). La estrategia *Infancia plena* se implementa en el territorio a partir de un trabajo intersectorial y articulado en Red, el cual agrupa los servicios locales de los sectores vinculados directamente, tales como salud, inclusión económica y social y educación en todos los niveles de gobierno, así como también articula el trabajo con los gobiernos autónomos descentralizados y la sociedad civil. Por otro lado, la estrategia contempla un modelo de gestión organizado en un Comité Nacional Intersectorial a nivel central y en Mesas Técnicas Intersectoriales en tres niveles de gestión: nacional, zonal y distrital (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, s.f.).

En el 2012, **Uruguay** desarrolló como política pública de cobertura nacional el **Programa “Uruguay crece contigo”** (teniendo como referencia la estrategia chilena), con el objetivo de consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia que garantice un desarrollo integral, teniendo como público objetivo a hogares con mujeres embarazadas y/o niñas y niños menores de cuatro años, con prioridad en situaciones de vulnerabilidad (Ministerio de Desarrollo Social, 2012). De esta manera, *Uruguay crece contigo* constituye un espacio de articulación y fortalecimiento de las acciones del Estado para brindar una atención integral que promueva el DIT, para lo cual el programa se organiza en torno a cuatro componentes: i) acompañamiento familiar y trabajo de cercanía; ii) acciones socio educativas sanitarias universales; iii) generación de conocimiento; y iv) fortalecimiento de capacidades institucionales. La implementación del programa se encuentra a cargo de una Unidad Técnica Central, siendo la entidad responsable de la planificación estratégica y la coordinación intersectorial; a nivel territorial, la gestión operativa se desarrolla a través de un espacio de coordinación e integración interinstitucional, conformado por el Gobierno departamental y demás instituciones y organismos sectoriales relevantes (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

**México** implementó desde el 2019 la **Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI)** dirigida a niñas y niños menores de seis años, con el objetivo de garantizar su pleno desarrollo integral y la garantía de sus derechos a través de mecanismos institucionales que proporcionen las intervenciones y el seguimiento necesarios para su consecución, siguiendo un enfoque de integralidad, coordinación intersectorial y complementariedad (SIPINNA, 2020). La *ENAPI* establece la Ruta Integral de Atenciones (RIA) como el marco integrador de los 29 servicios e intervenciones públicas que garantizan el desarrollo integral de la primera infancia en sus diferentes etapas, la cual se encuentra dirigida a tres públicos objetivos: i) adolescente en edad reproductiva; ii) mujer gestante o próxima a ser madre, hombre próximo a ser padre, persona cuidadora, entre otras; y iii) niñas y niños de cero a seis años. Asimismo, la RIA se organiza en torno a cuatro componentes interrelacionados que permitan un desarrollo físico, cognitivo y psicoafectivo: i) salud y nutrición, ii) educación y cuidados, iii) protección y iv) bienestar. Por último, este marco integrador se encuentra desagregado según los distintos poderes públicos, sectores, entidades y dependencias en los tres órdenes de gobierno, así como en sus respectivos espacios de coordinación interinstitucional (SIPINNA, 2020).

En el 2019, **Argentina** desarrolló la **Estrategia Nacional Primera Infancia Primero (ENPIP)** bajo una perspectiva intersectorial y federal y dirigida las niñas y niños desde el periodo prenatal hasta los seis años, con el propósito de reducir las brechas sociales y territoriales que inciden en su desarrollo infantil (UNICEF y SENNAF, 2019). Para ello, la ENPIP propone una intervención coordinada y articulada de los diversos niveles de gobierno y organismos estatales en torno a cinco dimensiones del desarrollo integral: i) vida y salud, ii) identidad, iii) condiciones para garantizar la crianza, iv) educación y cuidado para el desarrollo, y v) promoción de derechos y actuación ante situaciones de riesgo y/o vulneración. A nivel nacional, la ENPIP se implementa mediante la conformación de una Unidad Estratégica Nacional de Primera Infancia integrada por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y los sectores salud y educación; a nivel

territorial, se implementa a partir de la conformación de las Mesas de Primera Infancia (provinciales y locales), las cuales tienen son responsables de elaborar las Estrategias de Primera Infancia en sus respectivos niveles de gobierno (UNICEF y SENNAF, 2019).

Además de la región, también se encontraron experiencias de articulación a favor de la primera infancia en otros continentes. En **Indonesia**, por ejemplo, se desarrolló el **Programa Holístico Integrado para el Desarrollo y Educación Infantil Temprano (HI-ECED)** por sus siglas en inglés) con el objetivo de integrar los servicios para la primera infancia bajo una perspectiva multisectorial, el cual permita abordar el desarrollo integral a partir de cinco dimensiones: i) educación, ii) salud, iii) cuidado, iv) protección infantil, y v) bienestar infantil (Siagian y Vina, 2019). Igualmente, en **Sierra Leona** implementó la **Política Nacional de Desarrollo Infantil Temprano Integral (PDITSL)**, que está dirigida a las niñas y niños de cero a ocho años, con el propósito de garantizar el acceso a servicios equitativos y de calidad que les permitan alcanzar un pleno desarrollo. La PDITSL establece el marco general para la coordinación multisectorial, el financiamiento, la planificación y la prestación de los servicios integrados para el DIT, los cuales se estructuran en torno a cinco componentes: i) salud, ii) nutrición, iii) cuidado receptivo, iv) seguridad y protección, y v) aprendizaje temprano (MBSSE, 2021). De la misma manera, en **Uganda** se elaboró la **Plan Nacional de Acción para el Desarrollo Infantil Temprano Integral en Uganda (PDITU)** por sus siglas en inglés) dirigido a la atención de todas las niñas y niños desde la gestación hasta los ocho años, el cual presenta tres objetivos: i) armonizar las estrategias, iniciativas, objetivos y metas existentes para el DIT dentro de los sectores involucrados y de manera intersectorial entre ellos; ii) establecer, mejorar y alinear los estándares para garantizar el acceso integral a los servicios adecuadamente coordinados, de calidad, equitativos e inclusivos; y iii) desarrollar y fortalecer la capacidad de los sistemas y estructuras existentes para la oferta integral de programas de DIT (MGLSD, 2016).

### 3.2. Teoría de cambio de la EGTPÍ

A partir de la revisión de las experiencias señaladas en la sección anterior, así como los documentos de la EGTPÍ compartidos con el equipo consultor, en esta sección buscamos identificar los mecanismos causales por los cuales el piloto desencadenará impactos a nivel de la ampliación del acceso al paquete integrado de servicios. Para ello, en el marco del piloto en principio **definimos como objeto a evaluar una estrategia de fortalecimiento institucional a gobiernos subnacionales para liderar la gestión de los servicios dirigidos a infantes a partir de la intervención articulada de diversos actores involucrados en el DIT.** Operativamente, por fortalecimiento institucional nos referimos a las capacitaciones y asistencia técnica realizada por el MIDIS a los gobiernos regionales y locales para transferirles los procesos, procedimientos y formatos para implementar la EGTPÍ. En esta línea, el tratamiento está definido a nivel local y el sujeto de intervención es el gobierno local. El gobierno regional es sujeto de tratamiento, pero el resultado inmediato de sus acciones se materializa en el ámbito local. Se espera que los resultados del tratamiento se visualicen en la cobertura del paquete integrado de servicios, por lo cual los sujetos receptores de los impactos son los niños(as) comprendidos entre la etapa de gestación y los cinco años.

Bajo la definición que realizamos, el tratamiento no está compuesto por los componentes definidos en la EGTPÍ vinculados a la conformación de IAL, la sectorización o el seguimiento nominal. En realidad, todos estos componentes han existido con antelación como parte de los procesos operativos de algunas intervenciones sociales, como la *Meta 4 del programa de incentivos a la mejora de la gestión municipal* o el *Servicio de acompañamiento familiar de Cuna Más*, pero las acciones no se implementaban de manera articulada, necesariamente, y no se seguían los procesos descritos en la EGTPÍ. Más bien, el tratamiento es el fortalecimiento

institucional que deviene en la institucionalización de procesos y dan lugar a la articulación intersectorial e intergubernamental en el marco de la EGTPI.

Como se podrá visualizar en el **Gráfico 5**, el fortalecimiento institucional inicia con las acciones de capacitación y asistencia técnica que se brinda a los gobiernos locales y regionales a través de las cuales se les trasfiere todos los procesos, manuales y formatos para la implementación de la EGTPI (eslabón 1 de la cadena de impactos). Los gobiernos subnacionales responden ante esto adoptando interés por el DIT en la gestión municipal y regional (eslabón 2), lo que a su vez los conduce a priorizar actividades en favor de niños y niñas del grupo etario de interés de la EGTPI, que se visualiza en la asignación de recursos para este fin, como la designación del secretario técnico de la IAL y el responsable del padrón nominal, entre otros (eslabón 3). Además, aumentan sus conocimientos y capacidades para liderar la gestión de la entrega del paquete integrado desde sus ámbitos de responsabilidad (eslabón 2), lo que debería permitirles ejecutar acciones con mayor eficiencia y eficacia (eslabón 3). El resultado de los dos eventos implica un cambio de comportamiento en las autoridades, que se materializa en el cumplimiento de sus responsabilidades asignadas y el funcionamiento del mecanismo de coordinación intergubernamental e intersectorial de acuerdo a lo planificado (eslabón 4). En la medida que estas acciones se ejecuten de manera regular, entonces los procesos tenderán a institucionalizarse.

Dado lo anterior, las ganancias de la articulación tendrán lugar cuando como resultado de la ejecución de los procesos se generen sinergias entre los actores y se aprovechen complementariedades entre la oferta y demanda, tomando el ciclo de vida como el eje articulador que define la estrategia (eslabón 5). Es a partir de esto que, por ejemplo, la demanda por servicios de los niños en cada grupo etario debería ser mayor y, a su vez, la oferta desde las instituciones debería ajustarse permanentemente a ella dado el flujo de información continuo que existe entre la IAL y la IAR para analizar la cobertura, identificar nudos críticos y atenderlos rápidamente. En tal caso, se debería alcanzar mayor eficacia en la entrega del paquete integrado correspondiente a cada grupo etario en comparación con un escenario alternativo en el cual la sinergias y complementariedades no se desarrollen debido al trabajo desarticulado de las instituciones, como ha ocurrido hasta ahora. Este es, por tanto, el principal mecanismo de impacto por el que la estrategia operaría para impactar en el aumento de la cobertura en la entrega del paquete integrado de servicios (eslabón 6). Además, estos impactos deben ser vistos como inmediatos, dado que operan en los niños y niñas en la etapa etaria que se encuentren.

De la estrategia se entiende que el acceso al paquete integrado de servicios debe ser permanente a lo largo del periodo etario priorizado por la EGTPI. Es decir, un infante que es identificado y captado en la etapa gestacional debería acceder al primer paquete y luego transitar a los demás paquetes en cada etapa de vida. Igualmente, si un infante es captado a los 30 días debería iniciar con el paquete 2 y luego continuar con los demás. Esto define dos mecanismos de impacto que se trasladan a los resultados de DIT. El primero es el mecanismo directo asociado al acceso a los servicios en cada etapa. El segundo es el mecanismo acumulativo que deviene de haber accedido a los paquetes en etapas anteriores y es resultado de la intensidad de uso de los servicios. Ambos mecanismos desencadenan los impactos a nivel de los resultados en DIT priorizados y son definidos como de alcance mediano porque, si bien son observados en el periodo etario priorizado por la EGTPI, ocurren después del uso de los servicios contenidos en los paquetes (eslabón 7). Visto de manera agregada, estos impactos pueden verse como la contribución que hace la EGTPI a los objetivos de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social en sus ejes primero y segundo vinculados a la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y el incremento del desarrollo físico, cognitivo, motor, emocional y social en la primera infancia de infantes de 0 a 5 años, respectivamente.

Finalmente, los impactos a nivel de DIT hasta los 5 años deben traducirse en impactos sobre resultados finales que la literatura ha documentado como el desarrollo de capital humano que se puede observar, por ejemplo, a partir de los aprendizajes (Heckman y Cunha et al. 2010). Estos impactos no se visualizan en el período etario priorizado por la EGTPi, sino fuera de él, cuando el infante se encuentra, por ejemplo, en la escuela (eslabón 8).

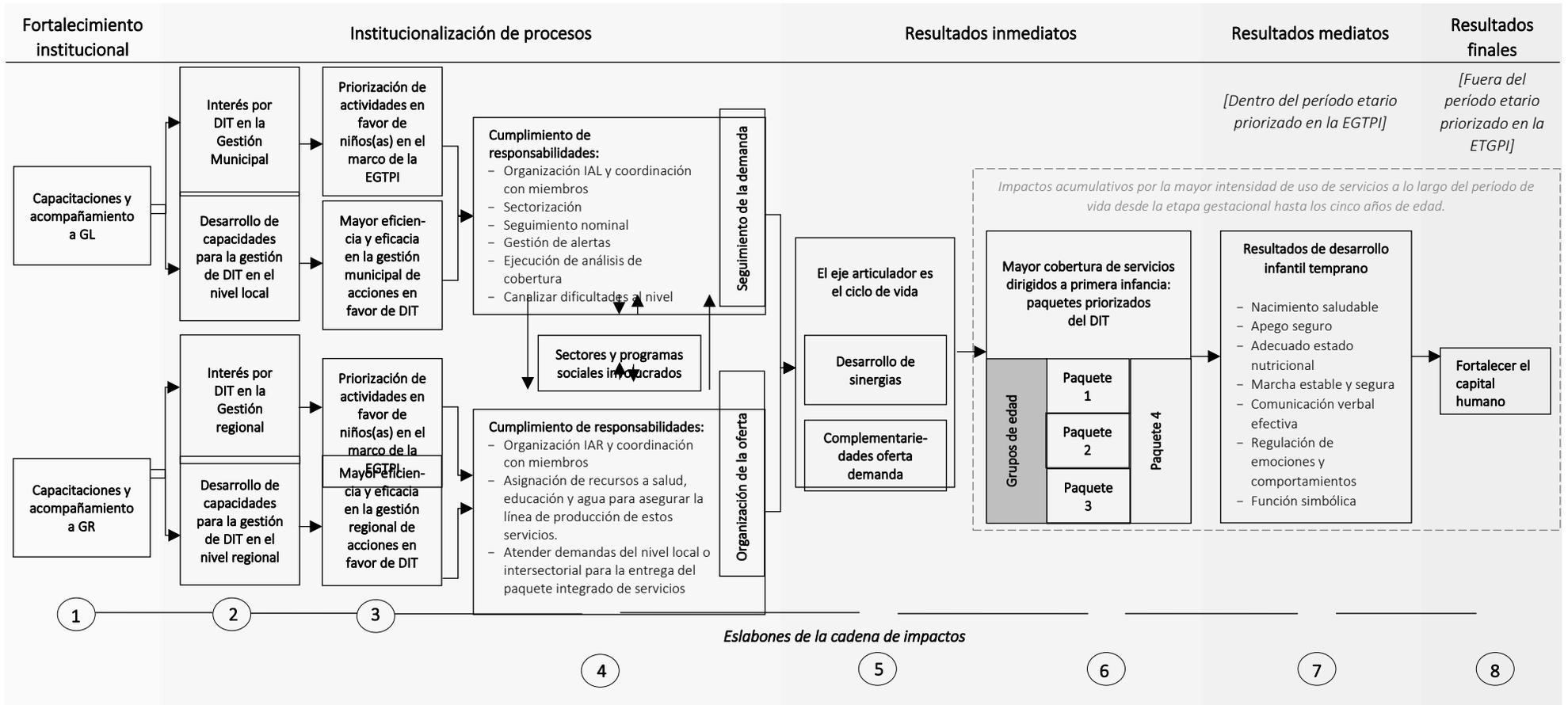
#### **a) Consideraciones de la teoría de cambio en el marco del piloto**

La ejecución del piloto a evaluar se implementó exclusivamente en torno a la entrega del paquete 2, dirigido al grupo de niños y niñas de 0 a 2 años, que se compone del acceso temprano al DNI, el CRED, el cumplimiento de las vacunaciones según calendario, la suplementación de hierro y el dosaje de hemoglobina para la detección suplementación y /o tratamiento oportuno de la anemia<sup>5</sup> y, por ende, en términos de la teoría de cambio esto redefine los impactos en tres niveles. Primero, se limitan los impactos acumulativos, dado que se prescinde de la etapa gestacional como un período objetivo para impulsar el acceso al paquete dirigido a gestantes. Segundo, se prescinde del paquete 3, que está dirigido a los infantes en etapa de inserción a la educación inicial. Con ello, los impactos mediatos de la estrategia sólo deben observarse en los 24 primeros meses de vida. Tercero, se prescinde de la contribución del paquete 4, dirigido a brindar un entorno saludable a partir del acceso a agua con niveles adecuados de cloro. Estas consideraciones serán tomadas en cuenta posteriormente para la definición de indicadores.

---

<sup>5</sup> La pág. 26 de la *Caja de Herramientas para los Gobiernos Regionales* del MIDIS (2021) y la página 13 del *Manual para la implementación de la estrategia de gestión territorial "Primero la infancia"* aprobado por Resolución Viceministerial 001-2021-MIDIS mencionan únicamente paquete 2.

**Gráfico 5. Modelo conceptual básico**



### 3.3. Sustento empírico de la teoría de cambio

Para efectos de la revisión de la literatura empírica que sustenta la teoría de cambio propuesta, optamos por dividirla en tres secciones. La primera sección es la compuesta por los eslabones 1 a 6 que va de las capacitaciones y acompañamiento técnico a gobiernos subnacionales (eslabón 1) hacia la articulación (eslabón 6). Este eslabón contempla los impactos que se trasladan del fortalecimiento institucional hasta la ampliación en el acceso del paquete integrado de servicios. La segunda sección va del acceso a los servicios priorizados del paquete (eslabón 6) hacia los resultados a nivel de DIT (eslabón 7). El tercero, finalmente, va de los resultados en DIT (eslabón 7) hacia los resultados en aprendizajes (eslabón 8). En esta sección se busca evidencia que sustente los eslabones de la primera y última sección. No se revisa evidencia del segundo nivel debido a que esta ha sido profusamente presentada en los Lineamientos “Primero la Infancia”.

Respecto al primer tramo de la cadena de impactos, según la teoría de cambio, los gobiernos regionales y municipales manifestarían un mayor interés en abordar el tema del DIT dentro de sus gestiones, lo cual se reflejaría en una priorización de este tema dentro de las acciones y actividades que lleven a cabo, siendo un ejemplo de ello una mayor asignación de recursos para tal propósito. En efecto, uno de los objetivos del desarrollo de la capacidad institucional es fortalecer el sentido de propiedad en las partes involucradas, tal que se visibilice un mayor compromiso de estos, así como una mayor participación en el establecimiento de prioridades (World Bank Institute, 2012). Al respecto, existe evidencia en el campo de la salud que atribuye este efecto a intervenciones que comparten el objetivo de fortalecer o mejorar capacidades en las unidades locales (Neilson y Smutylo, 2004; Martineau et al., 2018). En Tanzania, un programa de fortalecimiento de capacidades para la planificación y gestión de la prestación de servicios de salud a nivel distrital tuvo efectos en la priorización de intervenciones, y su respectivo financiamiento por parte de los gestores de salud en el distrito, quienes emplearon efectivamente los conocimientos adquiridos en la planificación por el programa (Neilson y Smutylo, 2004). De igual modo, una intervención para el fortalecimiento de la gestión dirigida a equipos de gestión de la salud en distritos de Ghana, Tanzania y Uganda mejoró la capacidad de los equipos para el análisis y priorización de problemas en cuanto a la gestión de los sistemas de salud en sus localidades (Martineau et al., 2018).

Por otro lado, en el mismo tramo de impactos, las autoridades subnacionales que lideran las instancias de articulación deberían desarrollar adecuadas capacidades para la gestión de servicios de la primera infancia en sus jurisdicciones, de tal manera que ello se traduzca en un mejor desempeño de la gestión y, de esta manera, una mayor efectividad a favor del DIT. Ciertamente, otro de los objetivos del desarrollo de las capacidades institucionales se encuentra asociado a una mayor efectividad de los acuerdos institucionales, de modo que se alcancen los resultados esperados acompañados de una eficiencia operativa (World Bank Institute, 2012). En ese sentido, diversos estudios en el campo de la salud evidencian mejoras en la capacidad de gestión de los equipos intervenidos y su consecuente efectividad en la prestación de servicios (Neilson y Smutylo, 2004; Conn et al., 1996; Díaz-Monsalve, 2004; Martineau et al., 2018; Desta et al., 2020). En el estudio desarrollado por Neilson y Smutylo (2004) en Tanzania se encontró que efectivamente la intervención mejoró la capacidad de gestión de los equipos en el distrito, tanto en aspectos técnicos como administrativos. Asimismo, se identificó que la adecuada planificación e implementación en la prestación de servicios de salud en los distritos intervenidos influyó en la consecución de mejores resultados de salud, evidenciando así mayores niveles de efectividad en la gestión. Por otro lado, se implementaron intervenciones similares en Gambia (Conn et al., 1996) y de manera conjunta en México, Colombia y El Salvador (Díaz-Monsalve, 2004) dirigidas a gestores de la salud a nivel distrital, encontrando efectos positivos en el

desempeño a nivel de todo el equipo de gestión y en el rendimiento individual de los gestores, respectivamente. Finalmente, en el estudio de Ghana, Tanzania y Uganda (Martineau et al., 2018) y en un estudio que evaluó una intervención de capacitaciones en liderazgo, gestión y gobernanza dirigida al centro de salud de atención primaria a nivel distrital en Etiopía (Desta et al., 2020) encontraron que los distritos intervenidos alcanzaron mejores resultados de desempeño a nivel de gestión de la salud<sup>6</sup>.

Luego de alcanzar el cambio de comportamiento e institucionalizar procesos que conduzcan a la articulación intersectorial e intergubernamental, se espera lograr un efecto inmediato en el aumento del acceso al paquete integrado de servicios. En un estudio realizado en Etiopía se obtienen resultados que evidencian este encadenamiento causal, en la medida que reporta que el fortalecimiento de la gestión en las unidades de salud distritales puede mejorar la calidad y cobertura de servicios salud, observado a partir de indicadores como la cobertura de atención prenatal, la asistencia calificada durante el parto, el uso de anticonceptivos, entre otros (Fetene et al., 2019). Por otra parte, el estudio desarrollado en Tanzania (Neilson y Smutylo, 2004) también identifica mejoras asociadas a la calidad en la prestación de servicios a partir de una mejor capacidad de gestión en los equipos distritales de la salud intervenidos. De manera relacionada, aunque en otros indicadores, en el Perú Navarro y Allpas (2018) realizaron un estudio para medir el efecto de la gestión municipal en la probabilidad de acceso de los hogares a servicios de saneamiento integral, para lo cual elaboraron un Índice de gestión municipal que integraba las dimensiones financiera, organizacional, técnica y administrativa. El estudio encontró que la probabilidad de acceso de los hogares a servicios de saneamiento integrales era mayor en aquellos distritos que manifestaban una mejor gestión municipal. De igual modo, un estudio realizado en Uganda encontró que una mayor capacidad técnica y administrativa de los gobiernos locales puede generar en sus distritos un incremento en la matrícula escolar en colegios públicos o privados (Steiner, 2008).

Por otro lado, la evidencia más directa del impacto de estrategias de articulación sobre indicadores mediatos es encontrada en el estudio realizado por la Universidad de Los Andes (2017) para el caso Colombiano. En efecto, los autores realizaron la evaluación de impacto a corto y mediano plazo de la estrategia “De cero a siempre” sobre las niñas y niños elegibles de cero a cinco años a partir de información secundaria proveniente de la Encuesta Longitudinal Colombiana (2011, 2013 y 2016) de la Universidad de Los Andes. De manera específica, el estudio planteó evaluar si el aumento en la disponibilidad de cupos<sup>7</sup> de atención integral a la primera infancia (dada la expansión gradual de la estrategia en 2011 y 2013) tuvo efectos positivos sobre el desarrollo de la población infantil beneficiaria, medido a través del estado nutricional, desarrollo verbal y desarrollo socioemocional. Los resultados evidenciaron, en primer lugar, que la expansión gradual de la estrategia De cero a siempre a partir de 2011 generó un efecto positivo y significativo sobre el lenguaje receptivo en las niñas y niños de municipios de tratamiento; no obstante, solo evidenciaron efectos en el corto plazo (esto es, al 2013), pero no se encontraron ganancias adicionales en el mediano plazo. En segundo lugar, el estudio encontró que la estrategia generó efectos diferenciados por género a favor de los niños en los indicadores de peso e IMC: mientras que hubo efectos positivos y significativos sobre el peso y el IMC en los niños, en las niñas no se encontraron efectos significativos para el caso del peso y, por el contrario, en el IMC se evidenció un efecto negativo y significativo.

---

<sup>6</sup> En el contexto peruano, dado que los gobiernos locales no tienen injerencia directa en salud, este mecanismo operaría a través de la relación que se establece con los actores sociales de la Meta 4. En el nivel regional, sin embargo, el mecanismo sí opera de manera directa, dado que las Diresas son parte de los gobiernos regionales y estas participan en la organización de la oferta de servicios en el territorio desde la IAR.

<sup>7</sup> Los cupos son el equivalente al Paquete Integrado de Servicios Priorizados en el marco de la EGPI.

De la misma manera, en Chile Asesorías para el desarrollo (2012) realizó la evaluación del subsistema “Chile crece contigo” con el objetivo de analizar los resultados intermedios y los impactos en las niñas y niños de cero a cuatro años, así como para obtener juicios evaluativos respecto al diseño y a los productos del subsistema. Para la evaluación de impacto, debido a la imposibilidad de generar grupos de control que no hayan accedido a la intervención (dada su cobertura universal), el estudio trabajó con pseudos grupos de control que correspondían a diversas intensidades de tratamiento, ya sea por el tiempo de operación o por el grado/calidad de la implementación, lo cual les permitió plantear diversas hipótesis de estudio en torno a las cuatro submuestras generadas. El instrumento utilizado para la medición del desarrollo infantil fue una versión adaptada del Inventario de desarrollo Battelle que evalúa las dimensiones de motricidad, coordinación, lenguaje y competencias emocionales y sociales. Utilizando un estimador de *propensity score matching*, los resultados de la evaluación sugieren que “Chile crece contigo” tiene efectos positivos sobre el desarrollo infantil global cuando se manifiestan dos condiciones: por un lado, que se haya realizado una buena implementación (o de calidad) en la comuna y, por otro lado, que las prestaciones sean incorporadas durante la gestación, parto y primeros meses de vida. En particular, la evaluación evidenció efectos positivos y significativos al comparar los resultados en el Puntaje T de Battelle del grupo de la cohorte 2007 atendidos en comunas con buena implementación respecto al grupo en el mismo tipo de comunas a partir de 2008/2009.

En Uruguay, Marroig et al. (2017) realizaron una primera evaluación del programa “Uruguay crece contigo” (partiendo del componente “Acompañamiento familiar y trabajo de cercanía”) con el objetivo de analizar los resultados e impacto de la intervención en la salud, nutrición, desarrollo infantil y acceso a prestaciones sociales de la primera infancia<sup>8</sup>. El estudio siguió un diseño experimental aleatorio simple, con el fin de explotar el hecho que la oferta de cupos sería menor que el número de niñas y niños elegibles y, por tanto, quedarían infantes elegibles en lista de espera<sup>9</sup>. De acuerdo a los resultados, por un lado se encuentra un efecto positivo sobre la dimensión de motricidad gruesa en las niñas y niños tratados con un magnitud en torno del 10% y 20%; esto se evidencia tanto en el puntaje continuo como en las estimaciones de la probabilidad de estar en la zona de riesgo. Por otro lado, en la dimensión de comunicación se encuentra un efecto de similar magnitud solo en la reducción de la probabilidad de riesgo. Finalmente, los autores concluyen que los efectos encontrados en cuanto al desarrollo infantil podrían atribuirse al rol de las visitas de los operadores, el mejor bienestar psicosocial de las madres y a mayores niveles de escolarización de la población infantil.

Finalmente, en Indonesia Siagian y Adriany (2019) analizan el proceso de implementación de HI-ECED a partir de una revisión documentaria y un recojo de información cualitativa que incluyó entrevistas y grupos focales a diversos actores involucrados en tres distritos donde se puso en marcha el programa de DIT. En primer lugar, los hallazgos del estudio señalan que, para lograr una implementación de manera exitosa en el territorio, es necesario un sistema de gobernanza más eficaz y eficiente que oriente a los distritos en el proceso de implementación. En ese sentido, instrumentos como guías institucionales o marcos regulatorios, así como grupos de trabajo a

---

<sup>8</sup> El estudio solo consideró a los nueve departamentos donde el programa aún no había iniciado en el 2013, debido a que los criterios de elegibilidad de beneficiarios no permitieron trabajar con los demás departamentos.

<sup>9</sup> A partir de la construcción de un índice de elegibilidad al programa conformado por características determinantes de vulnerabilidad sanitaria, el estudio asignó aleatoriamente a 480 niñas y niños entre aquellos con el mayor riesgo sanitario a los cupos previstos de la intervención y, para los 480 niñas y niños del grupo de control, se realizó un sorteo entre la población elegible con menor situación de gravedad sanitaria. Asimismo, el grupo de tratamiento fue dividido, a su vez, en dos grupos: aquellos efectivamente tratados y aquellos que por algún motivo interrumpieron el tratamiento. El relevamiento de información para el estudio se realizó en dos periodos: antes de iniciar la intervención y al menos nueve meses después de su inicio cuando la misma se completó.

nivel local, son elementos relevantes que, acompañados de acciones de asistencia y fortalecimiento de capacidades, permitirían una correcta implementación acorde a las necesidades en cada territorio. Finalmente, Siagian y Adriany (2019) identifican como otro factor necesario para una implementación exitosa la concientización de todas las partes involucradas respecto al valor y la importancia del programa.

### 3.4. Selección de indicadores para la evaluación de la teoría de cambio

#### a) Consideraciones iniciales

La teoría de cambio propuesta es compleja pues descansa en numerosos eslabones que dan lugar a indicadores cuya información no es públicamente disponible o su construcción requiere el levantamiento de información primaria. Por ejemplo, de acuerdo a Patrick y Patrick (2007), las evaluaciones de las capacitaciones deben realizarse en cuatros niveles que consideren las reacciones a las capacitaciones, los aprendizajes, los comportamientos y los resultados de los comportamientos. Puesto en perspectiva de la teoría de cambio, el eslabón 1 requeriría una medición de la calidad de las capacitaciones y asistencia técnica a través de las reacciones y aprendizajes obtenidos por los gobiernos subnacionales. Claramente, lo primero no es posible por el tiempo transcurrido hasta ahora y lo segundo requeriría desarrollar instrumentos de medición estandarizados para aplicarlos sobre los receptores de las capacitaciones. Los comportamientos en este caso están vinculados a los eslabones 3 a 5 y, cuando estos se refieren a intereses o desarrollo de capacidades, parece también necesario desarrollar instrumentos de medición ad hoc. Cuando se refiere al cumplimiento de responsabilidades, en cambio, los indicadores pueden ser aproximados a partir de la información recogida en el portal-EGTPI, cuya información debería ser sistematizable. El eslabón 5, vinculado al desarrollo de sinergias y complementariedades, no puede ser aproximado con información disponible, así que podría ser recogida de manera cualitativa. El eslabón 6 procede de las bases administrativas de RENIEC y el sector SALUD. Ambas instituciones disponen de información individualizada que permite identificar a cada uno de los niños atendidos dentro de la estrategia. Además, se tienen protocolos de procesamiento de la información para el cómputo de cada uno de los paquetes. De manera complementaria, también es posible calcular estos indicadores en la Encuesta Demográfica y de Salud Infantil (ENDES), pero el vínculo con la identificación de “beneficiario de la estrategia” sólo puede realizarse de manera agregada a partir del distrito de residencia. Esto es imperfecto, pues muchos niños encuestados en un distrito podrían ser residentes ocasionales o recientes y no haber sido expuestos a la estrategia por mucho tiempo. No ocurre esto con los datos administrativos de salud y RENIEC, cuya información procede de las propias unidades prestadoras de servicios.

Por su parte, los indicadores del eslabón 7 pueden medirse con los datos del módulo recientemente introducido de desarrollo infantil en la ENDES, pero enfrentan los mismos problemas de identificación imperfecta mencionados en el párrafo anterior. Es posible vincular esta información con los datos administrativos de monitoreo de la EGTPI, pero ello demandaría solicitar al Instituto Nacional de Estadística e Informática que realice esta labor y alcanzarle las bases de datos nominadas. Basados en nuestra experiencia en estudios similares, esta institución dispone de protocolos de enlace, pero los tiempos necesarios para implementarlos puede exceder el plazo considerado en esta consultoría.

El eslabón 8, finalmente, puede medir se con la Evaluación Muestral de Estudiantes del Ministerio de Educación dirigida a estudiantes de segundo de primaria, pero enfrenta dos limitaciones a considerar. Por un lado, la última edición de 2019 presenta una muestra recogida de alrededor

de 165 mil estudiantes en cerca de 6000 centros educativos, por lo que puede ser pequeña para extraer una base de datos de la población de interés con dimensiones suficientes para realizar los ejercicios evaluativos. De todas maneras, la decisión de su utilización deberá descansar en la disponibilidad de datos cuando corresponda.

#### **b) Indicadores propuestos y medios de verificación**

Por las consideraciones anteriores, se recomienda realizar la evaluación de impacto del piloto de la EGTPÍ sobre indicadores vinculados de los eslabones 4, 6, 7 y 8 de la cadena de impactos. Estos indicadores están disponibles en bases de datos de fuente y su constructo es factible. En la **Tabla 6** se presentan los indicadores con la fuente de datos y el período disponible, de acuerdo con la revisión de la información provista por la contraparte al equipo consultor. A nivel local, sólo se consideran indicadores que son pasibles de ser procesados estadísticamente. A nivel regional también se proponen indicadores cuantitativos del Portal-EGTPÍ pero al ser correspondiente a sólo cuatro unidades, no podrá ser procesada estadísticamente, por lo que sólo se utilizarán para el análisis descriptivo. Los indicadores del eslabón relacionado a la institucionalización de procesos se recogen del Portal-EGTPÍ que tiene el MIDIS y dispone de información al momento actual. Esta información existe desde el inicio del piloto pero, en tanto el uso del aplicativo fue razonablemente progresivo, es posible que las posibilidades de tomarla con fines evaluativos sólo haga viable comparaciones transversales.

La información del nodo de resultados inmediatos se extrae del sistema HIS-MINSA y RENIEC. Esto es posible ya que en el marco de la evaluación solo se considera el paquete 2 que ha sido implementado en el piloto de la EGTPÍ. Esta información es vinculada con la del padrón nominal por lo que puede vincularse con los indicadores de institucionalización para los meses recientes. Más aún, esta información está disponible con suficiente antelación para hacer seguimiento longitudinal del indicador a nivel distrital en el período anterior al piloto. En la tabla se incluye de manera referencial el periodo 2015-2021.

La información del nodo de resultados mediatos procede de la ENDES, que desde 2018 implementó un módulo de desarrollo infantil temprano. Como indicamos anteriormente, esta información puede vincularse con la del piloto a partir de identificadores de ubigeo o de manera individualizada a partir de nombres, pero ello exige solicitar al INEI que haga el enlace.

La información del nodo de resultados finales procede de la Evaluación Muestral de Estudiantes (EME), pero en las ediciones que vendrán a futuro. En la tabla se señala de modo referencial la EME de 2026 que servirá para observar, por ejemplo, a los infantes que hoy tienen 2 años cuando se inserten en segundo de primaria, esperablemente.

**Tabla 6. Indicadores propuestos según eslabones de la cadena de impactos**

Eslabón/ Dimensión	Indicador	Unidad de obs.	Fuente de datos	Período
<b>Institucionalización de procesos a nivel local</b>				
Conformación y coordinación en la IAL	Conformación de la IAL	IAL en cada mes	Portal- EGTPI	2021
	Fecha de constitución de la IAL			
	# de miembros activos en la IAL			
	# de sesiones realizadas			
	Participantes promedio por sesión			
	# acuerdos formulados			
	% de acuerdos completados			
	% de acuerdos completados en el nivel local			
Seguimiento nominal	% de acuerdos completados en el nivel regional			
	% de acuerdos completados según categoría de acuerdo (presupuestal, sectorización, etc.)			
	# niños y niñas en el padrón nominal			
	# niños por sector			
	% de niños captados tempranamente			
<b>Institucionalización de procesos a nivel regional</b>				
Conformación y coordinación en la IAR	Conformación de la IAR	IAR en cada mes	Portal- EGTPI	2021
	Fecha de constitución de la IAR			
	# de miembros activos en la IAR			
	# de sesiones realizadas por la IAR			
	Participantes promedio por sesión de la IAR			
	# acuerdos formulados en la IAR			
	% de acuerdos completados en el nivel regional			
Asignación de recursos a salud para asegurar la línea de producción de estos servicios.	% de acuerdos completados según categoría de acuerdo (presupuestal, sectorización, etc.)			
	Presupuesto ejecutado en salud en distritos con mayores brechas de acceso al paquete de salud		MEF (consulta amigable)	2015- 2021
<b>Resultados inmediatos vinculados a la cobertura del paquete de servicios</b>				
DNI	% de niñas y niños menores de 12 meses de edad con DNI emitido hasta los 30 días de nacido		RENIEC	
CRED	% de niños y niñas menores de 12 meses con CRED completo y oportuno para edad			
Dosaje	% de niñas y niños de 6 meses de edad con dosaje de hemoglobina			
Suplementación (inicio)	% de niñas y niños entre 110 y 130 días del departamento, que reciben hierro en gotas			
Tratamiento / Suplementación Vacunas	% de niñas y niños de 6 a 8 meses de edad con dosaje de hemoglobina que inician tratamiento o suplementación con hierro	Niño o niña en cada mes	HIS- Minsa	2015- 2021
	% de niñas y niños menores de 12 meses de edad vacunados contra rotavirus			
	% de niñas y niños menores de 18 meses de edad vacunados contra neumococo			
	% de niñas y niños menores de 18 meses de edad con vacunas completas para la edad			
Paquete Integrado (paquete 2)	% de niñas y niños menores de 24 meses de edad con paquete integrado de servicios			
	% de niñas y niños menores de 12 meses de edad con paquete integrado de servicios			
<b>Resultados mediatos vinculados al DIT</b>				
Nacimiento saludable	Nacimiento prematuro	Niño o niña en	ENDES	2018- 2020
	Bajo peso al nacer			

Apego seguro	% de niños y niñas menores de 12 meses que registra apego seguro	cada		
Adecuado estado nutricional	% de niños y niñas de 6 a 36 meses con anemia	período		
	% de niños y niñas menores de 36 meses con desnutrición crónica			
Marcha estable y segura	% de niños y niñas de 12 a 18 meses que caminan solos			
Comunicación verbal efectiva	% de niños y niñas de 9 a 36 meses que tienen comunicación verbal efectiva			
Regulación de emociones y comportamientos	% de niños y niñas de 24 a 71 meses que muestra regulación de emociones			
Función simbólica	% de niños y niñas de 24 a 36 meses que muestra función simbólica			
Resultados finales vinculados al fortalecimiento del capital humano				
Capital humano	% de niños que en 2do de primaria tienen un rendimiento satisfactorio en comunicación	Niño o	EME	2026 y
	% de niños que en 2do de primaria tienen un rendimiento satisfactorio en matemática	niña		sigui-
				entes
Elaboración Macroconsult				

## 4 Diseño de la evaluación de impacto

En esta sección se presenta el diseño de evaluación de impacto propuesto para la evaluación de impacto del piloto de la EGPTI. De manera general, se busca responder a la pregunta **“¿qué hubiera pasado con los gobiernos subnacionales y niños residentes en los distritos de intervención, en términos de los resultados que se espera alcanzar, si el piloto no hubiera tenido lugar?”**. El contrafactual esperado es, precisamente, el resultado en el escenario de **“no piloto”**. Para ello, inicialmente se toma en consideración algunos elementos observados durante la revisión de la documentación o recogidos en las reuniones con la contraparte:

- Los distritos del piloto son muy diferentes, en promedio, de aquellos no intervenidos en un conjunto de características observables. En general evidencian mayores niveles de vulnerabilidad en promedio que el resto de los distritos del país.
- Los distritos no piloto ubicados cerca a los límites de las regiones del piloto son más parecidos a los distritos en los que se implementó la EGPTI. Esto es intuitivo, ya que es esperable que las condiciones geográficas, y por tanto las características socioculturales, transiten suavemente a lo largo de los espacios fronterizos. Para validar esto, al comparar las características observables entre los distritos de las regiones seleccionadas para el piloto con aquellos de los espacios colindantes, los valores se tornan similares entre sí.
- El inicio de actividades del MIDIS en las municipalidades para realizar labores de capacitación y asistencia técnica ocurrió entre fines de febrero e inicios de marzo. Para efectos prácticos, el inicio del tratamiento fue continuo y, dadas las muy pequeñas diferencias entre regiones, no es posible explotar tiempos de exposición diferenciadas entre regiones.
- Los indicadores de institucionalización de los procesos a nivel local y regional de los datos obtenidos del portal EGPTI sólo tienen variabilidad transversal (entre distritos piloto y no piloto) y temporal post tratamiento (con frecuencia mensual). Esto limita la implementación de estrategias de evaluación que exploten variabilidad temporal pre y post piloto. Además, de acuerdo a las conversaciones sostenidas en las reuniones con el MIDIS, es posible que la calidad de los datos suministrados por los distritos que no fueron parte del piloto de la EGPTI sean de menor calidad que la de los distritos del piloto, lo que limita en alguna medida la comparabilidad.
- Los indicadores del paquete de servicios de fuente HIS-MINSA tienen variabilidad transversal y temporal (con frecuencia mensual). Sin embargo, de acuerdo a las conversaciones realizadas con la contraparte técnica del MIDIS, es posible que la disponibilidad a los datos individualizados a nivel de niño/a sea de difícil acceso. Por tanto, es posible que solo se disponga de datos agregados a nivel de distrito para el ejercicio de evaluación a realizar. Esto exige plantear estrategias metodológicas que descansen en información con ese nivel de agregación.
- En caso se tuviera la disponibilidad de datos a nivel de niño/a, la evaluación en resultados dentro del grupo etario se construiría en un horizonte de corto plazo, según el cronograma estipulado para la estrategia 7 meses. En cambio, la evaluación en resultados fuera del grupo etario se realizaría en un horizonte de largo plazo, en particular para los eslabones 7 y 8 de la cadena de impacto de la teoría de cambio.

Con las consideraciones anteriores, en la siguiente sección se plantean dos estrategias de evaluación de impacto complementarias. La evaluación de impacto se entiende como un ejercicio que busca determinar si una intervención ha producido los efectos deseados en las personas,

hogares e instituciones hacia los cuales estaba dirigido, y si dichos efectos pueden ser atribuidos a la intervención. Para esto, no es suficiente con comparar a los sujetos sometidos a la intervención en sus estados anterior y posterior (o durante) a la misma, debido a que las diferencias observadas pueden explicarse por causas diferentes pero que pudieran tener significativa influencia. Por ello, las técnicas de evaluación de impacto buscan recrear el “estado contrafactual” de los sujetos que participaron en la intervención, es decir, el resultado que habría obtenido en un escenario de no participación, valiéndose para ello de un grupo de control que sea “similar” en todos los aspectos, con excepción a su estado de participación. Evitar que existan diferencias sistemáticas entre ambos grupos, tanto en características observables (edad, escolaridad, etc.) como en no observables (motivación, prejuicios, estigmas, etc.), es necesario para evitar sesgos en la estimación de los impactos.

En el caso del estudio actual, la intervención (o tratamiento) es el piloto de la EGTPÍ que fue implementado sobre un conjunto de 234 distritos de Cusco, Huancavelica, Piura y Ucayali. Los sujetos de intervención (o tratados) son los gobiernos locales y regionales sobre los cuales se implementó el piloto y los agentes receptores de impactos son, inicialmente, los mismos gobiernos subnacionales, que deberían institucionalizar los procesos detrás de la EGTPÍ que les fueron transferidos, y los niños y niñas menores de 2 años de edad, que deberían ampliar su acceso al paquete de servicios 2.

En la actualidad, el *gold standard* de la evaluación de impacto es el diseño experimental. Bajo este, partiendo de un *pool* de sujetos igualmente elegibles, la selección de tratados y controles se realiza aleatoriamente (ya sea entre individuos o entre localidades). De este modo, se garantiza que las características observables y no observables sean ortogonales a la intervención y el efecto causal de la intervención puede recuperarse tan sólo comparando los valores promedio de las variables de resultado de tratados y controles. Sin embargo, este no es el caso del Piloto de la EGTPÍ, toda vez que la selección de distritos intervenidos estuvo guiada por criterios de focalización. Por esta razón, las propuestas que se presentan a continuación descansan en diseños “cuasi experimentales”, que buscan identificar fuentes de variabilidad plausiblemente exógenas para aproximar las estimaciones que se obtendrían bajo un diseño experimental. La primera es un diseño de regresión discontinua, que descansa en el uso de información de corte principalmente transversal, mientras que la segunda es de diferencias en diferencias, que usa datos longitudinales.

#### **4.1. Alternativa 1: Regresión Discontinua (RD)**

##### **a) Planteamiento**

La RD es una técnica que permite evaluar el impacto de una intervención cuando la asignación de éste se realiza observando una “variable de asignación”  $Z_i$ , de modo que la probabilidad de tratamiento cambia discontinuamente a partir de un punto referencial  $c$ . Cuando esto ocurre, entonces es posible obtener el estimador comparando las unidades de análisis que, por ejemplo, están marginalmente por encima de  $c$  (beneficiarios) con lo que están marginalmente por debajo (controles)<sup>10</sup>.

En el caso de la EGTPÍ, el piloto fue implementado sobre 234 distritos de 4 regiones. Esto puede entenderse como una regla de asignación que depende de la distancia de los distritos hacia las fronteras de las regiones del piloto: estando fuera de las regiones intervenidas la probabilidad de ser parte del piloto es nula, pero se torna positiva apenas se llega a la frontera o al interior de las

---

<sup>10</sup> Véase Lee (2005), Cameron y Trivedi (2005), cap. 25, entre otros

regiones de intervención. Por tanto, la evaluación de impacto puede realizarse con distritos ubicados en un entorno cercano a las fronteras de las regiones del piloto. Esto es posible porque la división política administrativa regional es un constructo arbitrario que no necesariamente define cambios bruscos en las condiciones geográficas, o económicas, que son más bien variables que transitan suavemente en el territorio. Por ende, es razonablemente plausible afirmar que la población de los distritos más cercanos a una demarcación territorial sea muy parecida. Esta misma estrategia ha sido utilizada por Lavy (2006), Datar y Carpio (2009), Dell (2010), Michalopoulos y Papaioannou (2013), Galiani et al (2017), Keele y Titiunik (2015), Grosfeld et al. (2013), Grosfeld y Zhuravskaya (2015), entre otros.

## b) Estimación

El diseño de regresión discontinua puede ser estimado de manera paramétrica y no paramétrica. Actualmente, la estimación no paramétrica suele ser la más utilizada, pero exige tener numerosas observaciones en el entorno cercano al punto (o umbral en este caso) de discontinuidad, debido a que las estimaciones se hacen sólo con la información contenida en un ancho de banda calculado sobre la base de criterios de sesgo-varianza (Cattaneo et al., 2017)<sup>11</sup>. Alternativamente, por ello, se utiliza una estimación semiparamétrica, que utiliza formas funcionales polinomiales para controlar la relación entre la variable de resultado y la variable de asignación fuera del entorno de discontinuidad. En el caso del piloto de la EGTP, los datos disponibles sólo permiten calcular las distancias desde los centroides. No se tiene información más desagregada, como a nivel de localidad, por ejemplo. Debido a ello la variabilidad de la distancia estará determinada por el nivel de agregación del distrito<sup>12</sup> y, por tanto, las observaciones en la frontera de discontinuidad serán poco numerosas, por lo que las estimaciones podrían sufrir de ineficiencia. Por esa razón, las estimaciones deberían ser semiparamétricas. Si se lograra obtener datos individuales con direcciones que puedan ser georeferenciadas, entonces será posible calcular distancias con mayor precisión y por tanto la estimación semiparamétrica será factible.

Por otro lado, dada la discontinuidad geográfica definida por la frontera de las regiones que se propone como fuente de variación exógena para la evaluación de la EGTP, existen dos alternativas de estimación (Cattaneo et al. 2017). Por un lado, es posible utilizar una aproximación de RD con múltiples variables de asignación (longitud y latitud) teniendo como umbral de discontinuidad puntos específicos de la frontera. Por otro, es posible utilizar un enfoque univariado, teniendo la distancia a la frontera regional como única variable de asignación. Para el estudio se propone utilizar un enfoque univariado, dado que ello permite recoger un estimado promedio.

Dado el planteamiento del diseño de RD, el estimador semiparamétrico sigue la mecánica de estimación de dos etapas de variables instrumentales (Angrist y Pischke 2008: cap. 6): en la primera etapa se ajusta el tratamiento contra la regla de asignación (el instrumento) y en la segunda se regresa la variable de resultado de interés contra la variable de tratamiento ajustada en la primera etapa. El modelo sigue la siguiente especificación:

$$Piloto_{jk} = a + \gamma \cdot z_{jk} + f(Distancia_{jk}) + X'_{jk}\gamma + e_{jk} \quad (i)$$

<sup>11</sup> Existen diversos algoritmos para estimar los anchos de banda. Al respecto, véase las propuestas de Imbens y Kalyanaraman (2012), Calonico et al. (2014), entre otros.

<sup>12</sup> El equipo del MIDIS ha entregado al equipo consultor información desagregada por edad en meses dentro de cada distrito. Sin embargo, incluso con esa información el cálculo de las distancias sólo podrá hacerse utilizando los centroides de los distritos.

$$y_{jk} = a + \beta \cdot \widehat{Piloto}_{jk} + f(Distancia_{jk}) + X'_{jk}\gamma + e_{jk} \quad (ii)$$

$$z_{jk} = Distancia_{jk} < 0 \quad (iii)$$

Donde  $y_{jk}$  es una variable de resultado,  $Piloto_{jk}$  una variable *dummy* que indica si el distrito  $j$  en la región  $k$  pertenece al piloto y  $Distancia_{jk}$  es la distancia en *km* a la frontera de la región piloto más cercana. Esta variable toma valores negativos para distritos dentro de las regiones piloto y positivos para distritos fuera de la región piloto. Asimismo,  $f(Distancia_{jk})$  es la función polinómica de la distancia del distrito  $j$  a la región piloto y  $X_{jk}$  es un vector de regresores adicionales con variabilidad a nivel de distrito. Dado el nivel de agregación, es deseable que este vector incluya variables que se vinculen con los resultados, así como efectos fijos para distritos con límites colindantes con el borde de las regiones piloto (Dell, 2010). En este modelo,  $\beta$  es el parámetro de impacto de interés.

El diseño de estimación es conocido como *RD Fuzzy* debido a que  $Piloto_{jk}$  cambia de manera probabilística con la regla de asignación  $Distancia_{jk} < 0$ , pero no de manera determinística. Esto es así debido a que en las regiones intervenidas hay distritos que no fueron parte del piloto, pero que se incluyen en la estimación.

Si se lograra obtener información a nivel individual, entonces el estimador a implementar de *RD Fuzzy* sería el siguiente:

$$Piloto_{ijk} = a + \gamma \cdot z_{ijk} + f(Distancia_{ijk}) + X'_{ijk}\gamma + \mu_{edad} + e_{ijk} \quad (v)$$

$$y_{ijk} = a + \beta \cdot \widehat{Piloto}_{ijk} + f(Distancia_{ijk}) + X'_{ijk}\gamma + \mu_{edad} + e_{ijk} \quad (vi)$$

$$z_{ijk} = Distancia_{ijk} < 0 \quad (vii)$$

Donde las variables están definidas de la misma manera que en (i) a (iii), pero los subíndices  $i$  indican que la información es medida a nivel de niño/a. Esta vez  $X_{ijk}$  debe incluir características del niño y la madre, y se añade  $\mu_{edad}$ , que es un efecto fijo por grupo etario.

Las ventajas de esta última estimación con información a nivel individual frente a las estimaciones agregadas distritales son fundamentalmente dos. Por un lado, permitiría una construcción más precisa de las distancias en tanto sea posible georreferenciar la dirección de residencia de los niños/as (o una unidad algo más agregada, como los centros poblados). De esa manera la variabilidad de la variable instrumental  $z_{ijk}$  sería mucho mayor y brindaría mayores grados de libertad para realizar estimaciones más precisas. Por otro lado, los datos individuales brindan mayor oportunidad para lidiar con los problemas de agregación que surgen por tomar valores promedio sobre unidades agregadas de variables que recogen el comportamiento de individuos. En particular, para interpretar los resultados a nivel de distritos, debe suponerse que no existen impactos heterogéneos individuales<sup>13</sup>.

### c) Validación del estimador de RD

El supuesto que subyace a la consistencia del estimador de regresiones discontinuas es que el resultado potencial en el estado contrafactual sea continuo en el umbral (o frontera) de discontinuidad y en un entorno a él (Imbens y Lemieux 2008). Para que esto funcione, se espera que los determinantes de las variables de resultado transiten suavemente en el entorno de discontinuidad, de manera que se descarte que los impactos se deban a cambios en sus

<sup>13</sup> Al respecto, ver, por ejemplo, Stoker (2008)

determinantes (Lee y Lemieux 2010). Para verificar esto, se ha seleccionado una muestra de distritos cuyos centroides se ubican dentro de 35 km alrededor de la frontera de las regiones piloto. El **Mapa 2** presenta esta selección. Con estos datos, se ha ajustado la especificación (*i*) para diversas variables. En la **Tabla 7** se presentan los resultados. En ella, además de las estimaciones con distritos dentro de 35 km de distancia, para verificar la sensibilidad de los parámetros también se incorpora dos selecciones muestrales adicionales: distritos dentro de 15 km y distritos dentro de 50 km. Las columnas [C], [F], [I] representan la diferencia entre distritos piloto y no piloto en la frontera de discontinuidad, controlando por una función de distancia de cuarto grado. El resto de las columnas representan los promedios para distritos fuera y dentro de las regiones piloto. Como se aprecia, solo existe una variable que registra un parámetro estadísticamente significativo en las estimaciones dentro del rango de 15km.

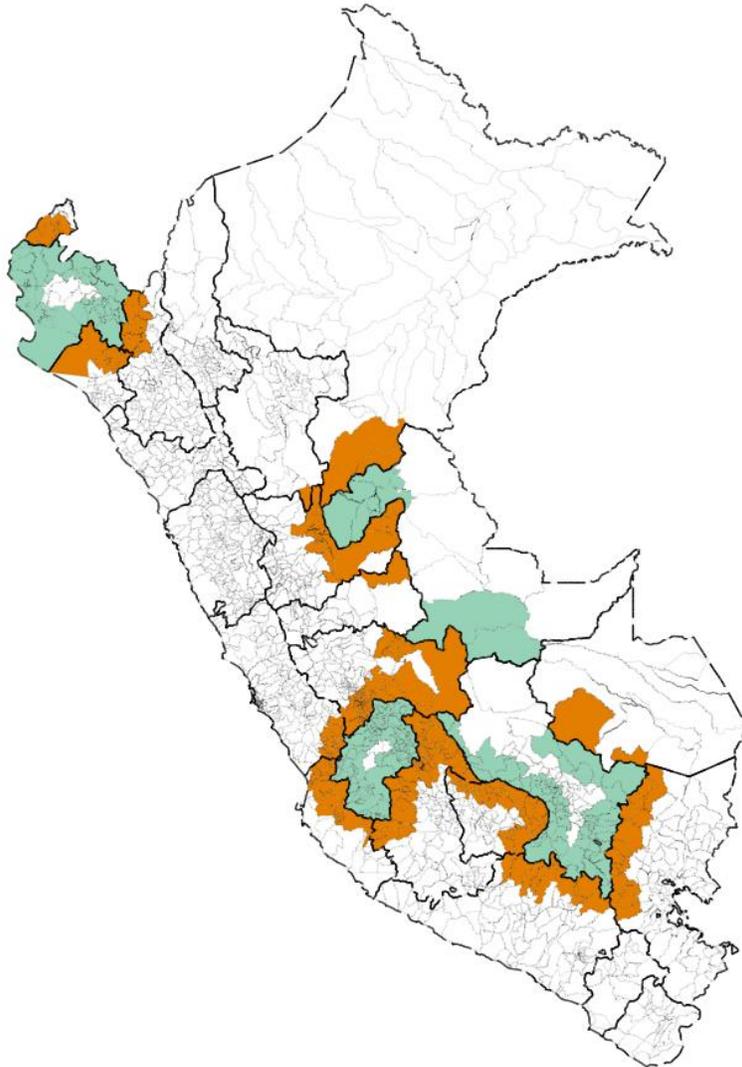
En el **Gráfico 6** se presenta este mismo análisis para una selección de variables dentro de la selección de 35 km, pero de manera visual. En el panel a) se presentan variables que capturan la presencia de programas sociales en los distritos, algunas características de la población, entre otros, mientras que en el panel b) se exhiben las variables de resultado a nivel de cobertura de servicios del paquete 2. Se observa que las variables explicativas transitan suavemente alrededor del punto de discontinuidad, con la única excepción de aquella que identifica la probabilidad de ser parte del piloto.

**Tabla 7. Continuidad de covariables**

	Distancia < 50km			Distancia < 35km			Distancia < 15km		
	$Z_i = 0$	$Z_i = 1$	$\beta$	$Z_i = 0$	$Z_i = 1$	$\beta$	$Z_i = 0$	$Z_i = 1$	$\beta$
	[A]	[B]	[C]	[D]	[E]	[F]	[G]	[H]	[I]
<b>Presencia de programas sociales</b>									
Juntos	0.75	0.88	0.21	0.78	0.91	0.18	0.86	0.92	0.57
Meta 4	0.44	0.49	0.38	0.47	0.49	0.15	0.50	0.55	-1.16
Programa País	0.25	0.34	-0.40	0.26	0.33	-0.15	0.32	0.32	1.64
Cuna Más Regular	0.50	0.51	-0.11	0.50	0.51	0.07	0.57	0.48	-0.24
Cuna Más Temporal	0.45	0.46	-0.41	0.46	0.44	-0.29	0.50	0.43	0.93
Sello Municipal	0.74	0.56	-0.61	0.76	0.55	-0.38	0.75	0.58	1.05
<b>Características de la población</b>									
Quintil 1 y 2 de pobreza	0.78	0.88	0.00	0.79	0.88	0.09	0.82	0.87	1.65
Tasa de Pobreza 2018	0.33	0.36	-0.02	0.34	0.36	-0.01	0.38	0.36	0.12
Número de niños de 0 a 5 años	6.10	6.18	-0.49	6.19	6.00	-0.47	5.89	5.82	-1.52
Número de niños entre 0 a 2 años	5.36	5.42	-0.48	5.45	5.24	-0.39	5.13	5.07	-1.42
% de viviendas con acceso a agua de red pública	0.35	0.34	-0.12	0.35	0.33	-0.33	0.29	0.29	-0.51
% de viviendas con acceso a alumbrado eléctrico de red pública	0.49	0.50	-0.01	0.49	0.48	-0.20	0.43	0.47	-0.37
<b>Acceso a servicios de salud y educación</b>									
Número de personas por institución de salud	7.26	7.36	0.52	7.32	7.24	0.16	7.00	7.06	-0.28
Ratio de alumno profesor del nivel inicial	12.50	12.20	-2.03	12.59	11.77	0.18	11.42	11.38	-1.44
Características físicas del distrito									
Ln[Altura del distrito (msnm)]	7.67	7.39	-0.60	7.73	7.39	-0.29	7.85	7.48	2.19
<b>Acceso al paquete 2</b>									
% Niñas/os menores de 12 meses con DNI emitido hasta los 30 días de nacido	0.52	0.49	0.00	0.51	0.49	-0.19	0.52	0.49	0.35
% Niñas/os menores de 12 meses con CRED completo y oportuno para edad	0.17	0.18	0.00	0.17	0.19	0.03	0.22	0.19	0.21
% Niñas/os de 6-8 meses con dosaje hemoglobina que inician tratamiento o suplementación con hierro	0.17	0.21	-0.02	0.17	0.20	-0.16	0.16	0.18	-0.05
% Niñas/os con suplementación oportuna	0.36	0.37	0.19	0.36	0.38	0.35	0.40	0.41	0.98 **
% Niñas/os menores de 12 meses vacunados contra rotavirus	0.58	0.58	0.02	0.57	0.58	0.05	0.59	0.58	0.26
% Niñas/os menores de 18 meses vacunados contra neumococo	0.33	0.34	0.06	0.33	0.33	0.05	0.35	0.34	0.16
% Niñas/os menores de 18 meses con vacunas completas para la edad	0.33	0.33	0.04	0.33	0.33	0.03	0.35	0.34	0.17
% Niñas/os menores de 12 meses con paquete integrado de servicios	0.05	0.05	0.00	0.04	0.05	-0.02	0.06	0.05	0.04
% Niñas/os menores de 24 meses con paquete integrado de servicios	0.02	0.03	0.00	0.02	0.03	-0.02	0.03	0.03	0.02

Elaboración: Macroconsult S.A.

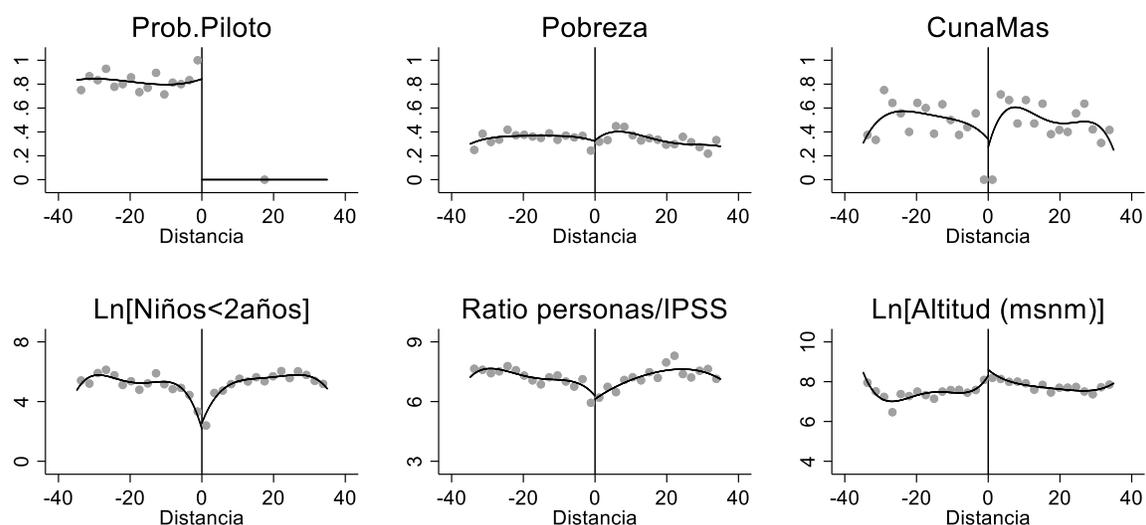
**Mapa 2. Selección muestral en un entorno de 35 km**



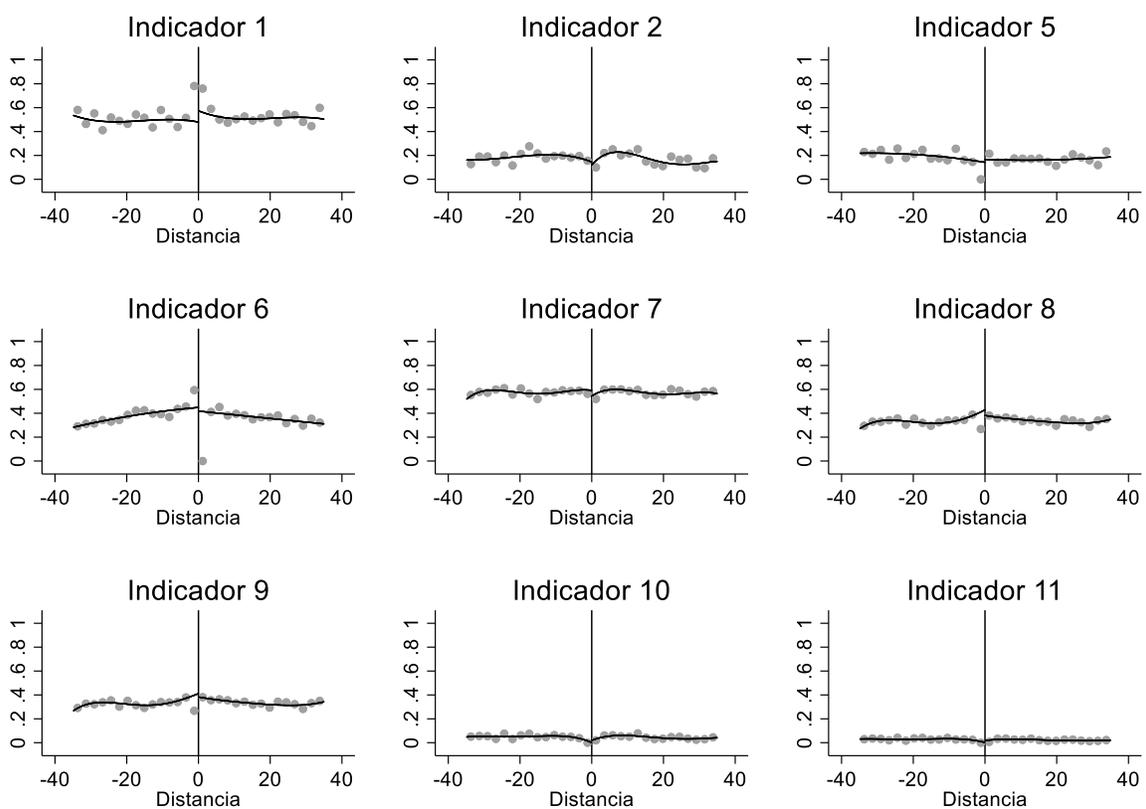
Elaboración Macroconsult

## Gráfico 6. Continuidad de Covariables

### a) Características de los distritos



### b) Indicadores del paquete 2 (ver nota al pie del gráfico)



Nota: Los indicadores del paquete 2 presentados en el gráfico son los siguientes:

- Indicador 1 "niñas/os menores de 12 meses con DNI emitido hasta los 30 días de nacido"
- Indicador 2 "% niñas/os menores de 12 meses con CRED completo y oportuno para edad"
- Indicador 3 "niñas/os de 6 meses con dosaje de hemoglobina"

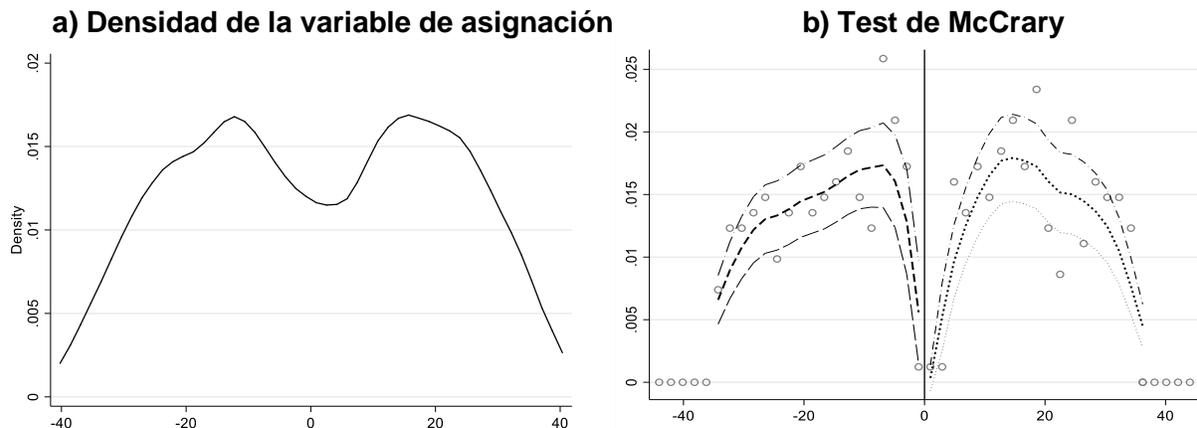
- Indicador 4 "niñas/os entre 110 y 130 días del departamento, que reciben hierro en gotas"
- Indicador 5 "niñas/os de 6-8 meses con dosaje hemoglobina que inician tratamiento o suplementación con hierro"
- Indicador 6 "niñas/os con suplementación oportuna"
- Indicador 7 "niñas/os menores de 12 meses vacunados contra rotavirus"
- Indicador 8 "niñas/os menores de 18 meses vacunados contra neumococo"
- Indicador 9 "niñas/os menores de 18 meses con vacunas completas para la edad"
- Indicador 10 "niñas/os menores de 12 meses con paquete integrado de servicios"
- Indicador 11 "niñas/os menores de 24 meses con paquete integrado de servicios"

No se presentan los gráficos de los indicadores 3 y 4 debido a que tienen valor nulo en todos los distritos.  
Elaboración Macroconsult

El supuesto de identificación del diseño de RD podría ser violado si existiera clasificación selectiva de las unidades de observación en el entorno del punto de discontinuidad (McCrary, 2008). Cuando la unidad de observación es el gobierno local, esto es trivialmente imposible dado que la demarcación territorial es fija. De todas maneras, en el **Gráfico 7** se analiza la continuidad de esta variable y, si bien bajo el Test de McCrary se observan escasas observaciones alrededor del umbral, esto se explica principalmente porque hay pocos centroides cerca de las fronteras. A pesar de esto, sin embargo, el test no reporta un quiebre en la densidad.

Cuando los datos se midan a nivel individual, esto podría ocurrir, por ejemplo, si los padres o madres residentes en un distrito de región no tratada decidieran migrar hacia el distrito tratado más próximo después de la implementación de la norma para aprovechar los beneficios de la EGTPÍ.

f  
**Gráfico 7. Test de McCrary**



Elaboración Macroconsult

#### d) Ventajas y desventajas del estimador de RD

Entre las ventajas de esta alternativa de evaluación de impacto, está el hecho de ser muy confiable en la medida que se sostengan los supuestos de identificación. Además, puede implementarse con datos de corte transversal, como los de institucionalización de procesos a nivel de los gobiernos subnacionales. Es decir, el estimador de RD presentado como está puede ser factible para evaluar el impacto del piloto sobre la ejecución de actividades de los gobiernos locales en el marco de la EGTPÍ. Para ello, los indicadores de institucionalización de procesos a nivel de gobiernos locales presentados en la **Tabla 6** podrían ser utilizados como variable dependiente, tomando ventaja de que la información disponible, en particular la de los meses

más recientes, está disponible para gobiernos locales del piloto y fuera del piloto (sujetas a las limitaciones discutidas líneas arriba).

Más aún, esta metodología también puede implementarse con los resultados de acceso al paquete 2. Las pruebas estadísticas a nivel distrital parecen validar los supuestos de continuidad sobre un conjunto numeroso de variables. En todos los casos, la distancia hacia la frontera de las regiones parece funcionar como variable de asignación. Al interior de los distritos es posible que las condiciones de accesibilidad a los centros de salud difieran entre distritos ubicados en los bordes de las regiones y con ello también los resultados de acceso a los servicios del paquete 2. Para validar esto, debería ser posible contar con información desagregada (a nivel individual, de centro poblado, u otros similares) que permita verificar la distancia relativa de los infantes hacia los puntos de atención. Los datos disponibles, sin embargo, no permiten hacer ese ejercicio de validación.

Entre las desventajas, en la metodología RD la selección de la ventana de observaciones alrededor de la frontera de discontinuidad conduce a un *trade off* en cuanto a la posibilidad de evaluar a los sujetos de intervención: al volver más estrecha esta ventana se reduce el número de distritos, pero los mismos al ser más cercanos se vuelven más comparables. Para objeto de esta evaluación, por ejemplo, al tomar un entorno de hasta 35km sólo existen alrededor de 170 distritos del piloto (70% del total). Esto ocasiona que se tenga una limitada representatividad de la muestra de tratados utilizada en las estimaciones.

La condición anterior conduce que el estimador de RD genere impactos locales, lo que recae en afectar la validez externa del estimador y que los impactos no puedan ser extrapolados a otros contextos de evaluación. Es decir, los resultados sólo pueden ser interpretados en la frontera de discontinuidad, pero no sobre el promedio de los distritos. En general, esta estrategia favorece la validez interna pero pierde la validez externa.

Adicionalmente, la característica más representativa de RD es que es intensiva en datos requeridos para la implementación de la evaluación. Por tanto, al contar con unidades de estudio a nivel distrital es posible que los tamaños muestrales sean insuficientes para alcanzar niveles de potencia estadística aceptables.

## 4.2. Alternativa 2: Diferencias en Diferencias

### a) Planteamiento

Como estrategia alternativa de evaluación del piloto de la EGTPÍ se propone el método de diferencias en diferencias, el cual compara los cambios en los resultados a lo largo del tiempo entre unidades beneficiadas con el piloto (el grupo de tratamiento) y unidades que no fueron parte del piloto (el grupo de comparación). Esto permite corregir cualquier diferencia entre los grupos de tratamiento y comparación que sea constante a lo largo del tiempo. (Gertler et al, 2017).

El punto crítico del ejercicio es la búsqueda del grupo de control. Por ejemplo, este puede estar constituido por los distritos colindantes a las regiones tratadas, los distritos cercanos en un radio determinado o incluso puede implementarse algún ejercicio de *matching* de manera que se satisfagan los supuestos de comparabilidad en el período pre tratamiento. Todas estas condiciones ofrecen a esta metodología mucho atractivo por su flexibilidad para explotar los datos, mayor precisión en las estimaciones debido a que utiliza una mayor cantidad de datos, ya que, explota toda la variabilidad temporal y transversal de la base de datos, sea a nivel agregado (distritos) o desagregado (niños/as); permite controlar por variables no observables invariantes a nivel distrital o individual, y, por último, brinda más alternativas a la selección del grupo de control.

Cualquiera sea la estrategia de búsqueda de controles, lo necesario es que estos permitan reconstruir el escenario contrafactual, lo cual de manera conceptual implica que deberían replicar lo que ocurriría con el grupo del piloto en ausencia del mismo. Para implementar esta metodología es necesario tener datos pre y post tratamiento. Como se indicó líneas arriba, esta información no existe para los indicadores de institucionalización de procesos a nivel subnacional, pero sí existe para los indicadores de resultado a nivel de los servicios del paquete 2. Por otro lado, a nivel agregado distrital siempre se contará con información longitudinal distrital, pero es posible que este formato de datos este esté menos disponible para el nivel individual. Estas consideraciones son tomadas en cuenta en la estimación.

### b) Estimación

Cuando se cuente con datos agregados a nivel distrital se dispondrá de una base de datos en formato de panel con frecuencia mensual, por lo cual se podrá implementar la siguiente especificación que incluye efectos fijos a nivel distrital:

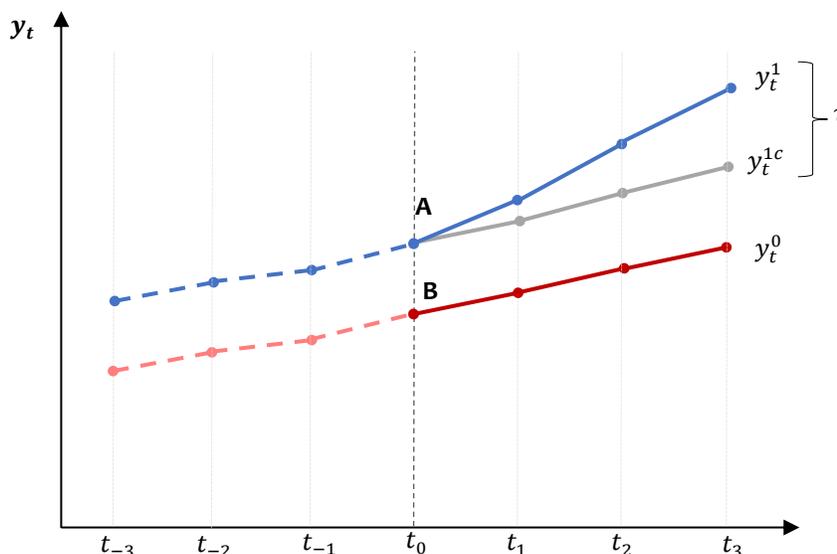
$$y_{jkt} = a + \beta \cdot (Piloto_{jk} \times Post_t) + X'_{jkt}\gamma + \vartheta_t + \nu_j + e_{jkt} \quad (viii)$$

Donde  $y_{jkt}$  es la variable de resultado del distrito  $j$  en la región  $k$  en cada período  $t$ ,  $Piloto_{jk}$  es la variable *dummy* que toma el valor de 1 en distritos donde se desarrolla el piloto (0 de otro modo) y  $Post_t$  es una variable binaria que toma el valor de 1 para el mes en que se activa la intervención y siguientes (0 para los períodos pretratamiento).  $X_{jkt}$  son los regresores adicionales con variabilidad temporal y a nivel de distrito,  $\vartheta_t$  son los efectos fijos a nivel temporal y  $\nu_j$  son los efectos fijos a nivel distrital. En esta especificación  $\beta$  recoge el impacto del piloto. Además, para hacer inferencia debería utilizarse el estimador de Hubert-White de la matriz de varianzas y covarianzas para tomar en cuenta la correlación de los errores a nivel de distritos.

Para garantizar la consistencia de este estimador, deben satisfacerse dos supuestos principales: (i)  $E(e_{jkt} | \text{Piloto}_{jkt}, X_{jkt}, \vartheta_t, v_j) = 0$ . Es decir, una vez que se controla por  $X_{jkt}$ ,  $\vartheta_t$  y  $v_j$  no existen características no observables (recogidas en  $e_{jkt}$ ) que varíen en el tiempo con el estado de tratamiento. Este supuesto es conocido como el *supuesto de tendencia común* (Khandker *et al.* 2010). (ii) *Estabilidad de la unidad de tratamiento (SUTVA<sup>14</sup>)*. Es decir, los beneficios del tratamiento no pueden desbordar sobre las unidades de control (el impacto no puede generar externalidades).

El primer supuesto es importante en la medida que se deriva de la similitud de beneficiarios y controles (y, en ocasiones, permite evaluar la comparabilidad del grupo de control). Para entenderlo, se presenta el siguiente gráfico. Supongamos que se observan las trayectorias de las variables de resultado del grupo de tratamiento ( $y_t^1$ ) y del grupo de control ( $y_t^0$ ) para un período pre-tratamiento ( $t_{-3}, t_{-2}, t_{-1}$ ) y un período post-tratamiento ( $t_1, t_2, t_3$ ). Para que el supuesto se sostenga, debería ser cierto que el grupo de control pueda replicar el estado contrafactual del grupo de tratados, de modo que la trayectoria post-tratamiento del grupo tratado en ausencia del tratamiento debería estar dada por  $y_t^{1,c}$  (la línea en gris). De este modo, condicional a  $\vartheta_t, v_j$  y  $X_{jkt}$ , el impacto del programa se recuperaría como el promedio de la diferencia entre  $y_t^1$  y  $y_t^{1,c}$ . Si este supuesto fallara, entonces el parámetro de impacto estaría sesgado.

**Gráfico 8. Supuesto de tendencia común del estimador de DiD**



Elaboración Macroconsult

No es posible verificar que este supuesto se sostenga con los datos observados debido a que es un supuesto de identificación. Por ello, se suele tratar de verificar indirectamente con datos del período pre-tratamiento: si la trayectoria de ambos grupos es parecida, aun cuando tengan valores de inicio diferentes, probablemente en ausencia del tratamiento estas tendencias se mantendrían. Esto es lo que se observa en el **Gráfico 8** en los años  $t_{-3}, t_{-2}$  y  $t_{-1}$ . Contar con numerosos períodos pre y post-tratamiento resulta útil porque permiten verificar si es plausible que el supuesto de tendencia común se sostenga en los datos. Si se observaran patrones de

<sup>14</sup> Por sus siglas en inglés: Stable Unit Treatment Value Assumption.

evolución diferentes en períodos anteriores al inicio de la intervención, entonces es menos probable que este supuesto sea válido. El equipo de MIDIS ha entregado al equipo consultor información mensual de 2020 de los indicadores del paquete 2. Con esta información, más adelante se hace un breve análisis descriptivo de la evolución de estos indicadores en el grupo de tratamiento y control.

El segundo supuesto, SUTVA, tiene implicancias operativas sobre el proceso de selección de los controles. Este supuesto establece que controles no pueden beneficiarse directa o indirectamente de los beneficios de la intervención del programa. De lo contrario, la comparación entre tratados y controles durante la evaluación de impacto conduciría a obtener parámetros sesgados a la baja. Para sostener este supuesto, se debe evitar que los distritos no piloto de las regiones piloto sean parte del grupo de control debido a que sobre estas, por ejemplo, ejercen acción los gobiernos regionales capacitados. Igualmente, si se opta por utilizar como controles los distritos cercanos en un radio determinado, es posible considerar retirar aquellos que se encuentren muy pegados a los distritos piloto. Estos son ejercicios deberían ser considerados como parte del análisis de sensibilidad durante las estimaciones de impacto.

Si se cuenta con datos a nivel individual, el modelo puede estimarse bajo dos variantes. Primero, estimación de los impactos dentro del grupo etario relevante (impactos de corto plazo bajo la teoría de cambio desarrollada en la sección 3.2 bajo la siguiente especificación:

$$y_{ijkt} = a + \beta \cdot (Piloto_{jk} \times Post_t) + X'_{ijkt}\gamma + \vartheta_t + v_i + e_{jkt} \quad (ix)$$

Donde las variables son similares a (viii) pero esta vez el sufijo *i* hace referencia al nivel individual. Es decir, se asume que se cuenta con datos longitudinales a nivel de niño o niña menor de 2 años. Si esto último no fuera posible, entonces la especificación debe cambiar levemente para adoptar la forma de la especificación más básica de diferencias en diferencias:

$$y_{ijkt} = a + \beta \cdot (Piloto_{jk} \times Post_t) + X'_{ijkt}\gamma + \vartheta_t + \theta \cdot Piloto_{jk} + e_{jkt} \quad (x)$$

Por otro lado, es razonable esperar que el impacto sea heterogéneo en función de la edad a la cual los niños y niñas fueron expuestos al piloto. Es decir, dado que el acceso al paquete se mide como un proceso acumulativo en cada período de vida, entonces los impactos son plausiblemente mayores si el niño fue expuesto al piloto en etapas de vida iniciales. Para recoger esta hipótesis se propone la siguiente especificación<sup>15</sup>:

$$y_{ijkt} = a + \sum_{r=1}^R \beta_r \cdot (Piloto_{jkt} \times Post_t \times edad_{oi}^r) + X'_{ijkt}\gamma + \vartheta_t + v_i + e_{jkt} \quad (xi)$$

Donde  $edad_{oi}^r$  es una *dummy* para identificar la edad en meses *r* del niño o niña en el momento de inicio del piloto y *R* es el valor máximo de meses (en tal caso *R*=23 meses). Durante la implementación de la evaluación debe evaluarse el número de *dummies* a incluir. Puede, por ejemplo, decidirse incluir la edad en trimestres, de manera que se incluirían 8 *dummies* de  $edad_{oi}^r$ .

<sup>15</sup> Durante la evaluación de impacto debe explorarse la necesidad de introducir el rezago de  $y_{ijkt-1}$  en el vector de  $X_{ijkt}$  para recoger la naturaleza dinámica del acceso a servicios en el sentido de que el acceso en *t*-1 explica en buena medida la probabilidad de acceso en *t*. Sin embargo, esto demanda cambiar el estimador hacia uno de panel dinámico que puede ser estimado por el método de Arellano y Bond (1991). Este estimador demanda contar con observaciones de niños de al menos tres períodos, por lo que este debería ser el criterio básico para considerar su implementación.

La segunda variante de estimación con datos desagregados busca detectar impactos fuera del rango etario de referencia, lo que en términos de la teoría de cambio de la sección 3.2 implica estimar el impacto de largo plazo cuando el niño o niña se encuentre, por ejemplo, insertado en la escuela. En aquél momento la variable de resultado, que podrá medirse como en rendimiento educativo, no podrá observarse en un periodo de línea de base, por lo que la evaluación solo podrá explotar variabilidad transversal. Con esta consideración, la siguiente especificación es la recomendada:

$$y_{ijk} = a + \sum_{r=1}^R \beta_r \cdot (Piloto_{jk} \times edad_{0i}^r) + X'_{ijk}\gamma + \vartheta_{edad_0} + v_j + e_{jk} \quad (xii)$$

Esta vez se suprime la variable  $Post_t$  debido a que todos son datos post tratamiento y se suprime el subíndice  $t$  porque ahora todos son datos transversales (por ejemplo, cuando el niño se encuentre en segundo de primaria). Además, se incluye el término  $\vartheta_{edad_0}$  para incorporar efectos fijos de edad de exposición al Piloto.

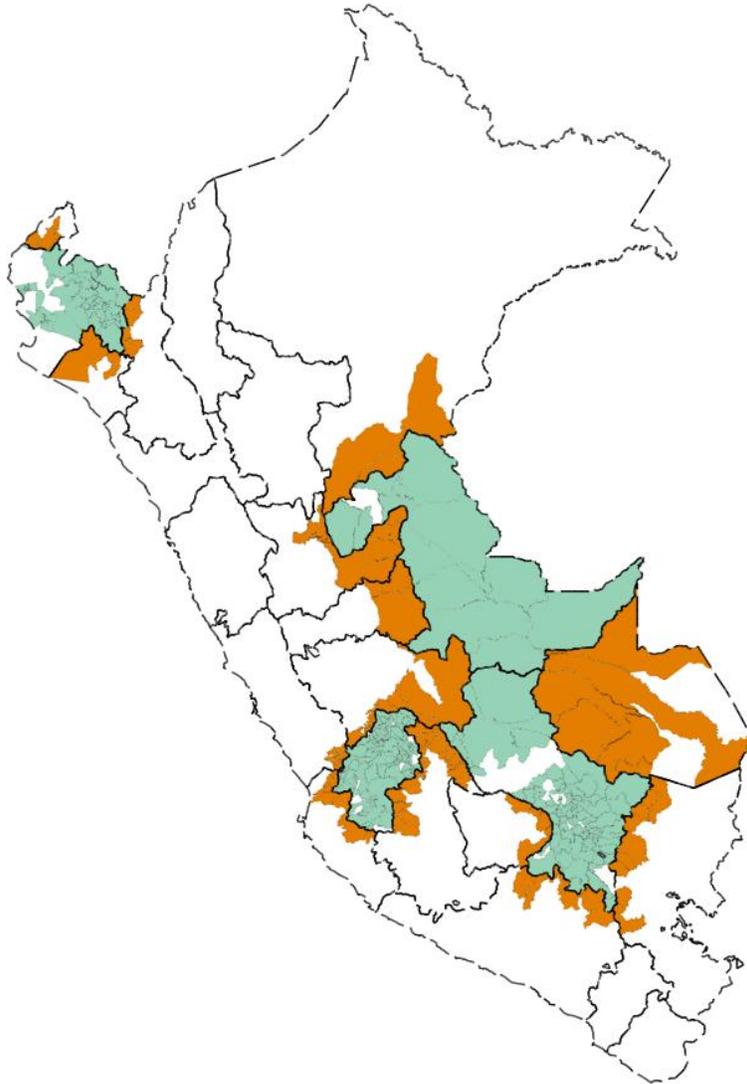
Para hacer inferencia, todas las estimaciones con datos individuales deberían estar clusterizados a nivel de distritos para tomar en cuenta la correlación entre las observaciones al interior de estas unidades de agregación.

### c) Validez del estimador

Como se indicó líneas arriba, la selección de los distritos del grupo de control puede hacerse de diversas maneras: utilizando localidades colindantes, las más cercanas o incluso a través de algún algoritmo de emparejamiento. En cualquier caso, los controles deben ser seleccionados de modo que se visualice patrones de evolución paralelos en el período pre-intervención en las variables de resultado. Para efectos de ejemplificación, en la **Tabla 8** se muestra los valores de un conjunto de variables cuando se selecciona a los distritos colindantes como parte del grupo de control (Columnas A y B. El **Mapa 3** muestra los distritos seleccionados). Claramente, existen similitudes en más de la mitad de las variables. Las columnas C y D replican la comparación, pero esta vez utilizando únicamente distritos colindantes de las regiones piloto (Ver **Tabla 8**). Bajo este ejercicio, las similitudes son incluso mayores. Esto va en la línea de afirmar que mientras más cercanos sean los distritos que se seleccionen, entonces más probable es encontrar población similar a la de los distritos del piloto que sean útiles para reconstruir el estado contrafactual.

Más adelante, en el **Gráfico 9** se presenta la evolución de los indicadores de acceso al paquete 2 en el año 2020 para distritos piloto y no piloto, siendo estos últimos aquellos colindantes, de acuerdo al **Mapa 3**. Como se aprecia, la evolución mensual de los valores ha sido similar, lo cual valida en alguna medida el supuesto del estimador.

### Mapa 3. Distritos del piloto y distritos colindantes



Elaboración Macroconsult

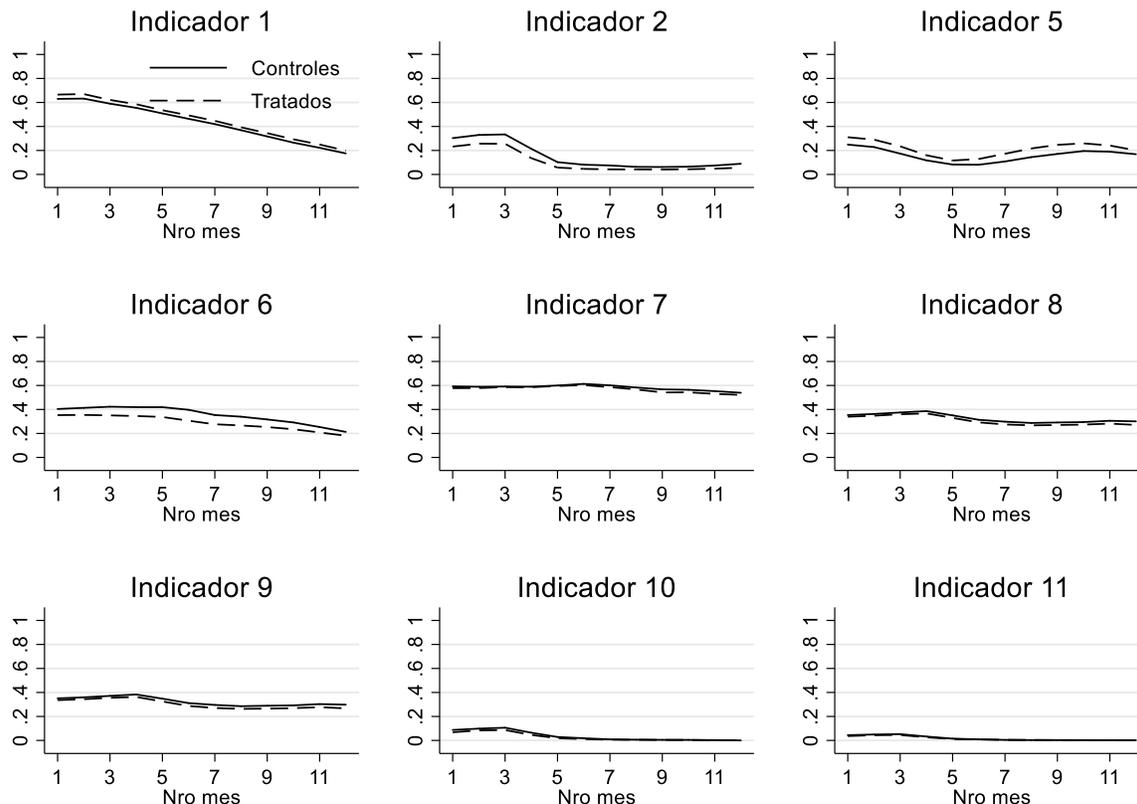
**Tabla 8. Distritos del piloto y distritos colindantes**

	Todos los distritos del piloto				Todos los distritos del piloto colindantes			
	Control	Tratado	Dif		Control	Tratado	Dif	
	[A]	[B]	[C]		[D]	[E]	[F]	
<b>Presencia de programas sociales</b>								
Juntos	0.869	0.987	0.118	***	0.869	0.979	0.111	***
Meta 4	0.455	0.526	0.071		0.455	0.486	0.032	
Programa País	0.313	0.422	0.109	*	0.313	0.377	0.064	
Cuna Más Regular	0.606	0.608	0.002		0.606	0.555	-0.051	
Cuna Más Temporal	0.556	0.552	-		0.556	0.500	-0.056	
Sello Municipal	0.707	0.582	-	**	0.707	0.562	-0.145	**
			0.125					
<b>Características de la población</b>								
Quintil 1 y 2 de pobreza	0.818	0.931	0.113	***	0.818	0.911	0.093	**
Tasa de Pobreza 2018	0.366	0.388	0.022		0.366	0.358	-0.008	
Número de niños de 0 a 5 años	6.177	6.219	0.042		6.177	6.194	0.017	
Número de niños entre 0 a 2 años	5.416	5.461	0.045		5.416	5.442	0.026	
% de viviendas con acceso a agua de red pública	0.269	0.320	0.052	**	0.269	0.324	0.056	**
% de viviendas con acceso a alumbrado eléctrico de red pública	0.429	0.482	0.053	***	0.429	0.476	0.047	***
<b>Acceso a servicios de salud y educación</b>								
Número de personas por institución de salud	6.938	7.297	0.359	***	6.938	7.337	0.399	***
Ratio de alumno profesor del nivel inicial	11.758	11.973	0.215		11.758	12.281	0.523	
<b>Características físicas del distrito</b>								
Ln[Altura del distrito (msnm)]	7.461	7.492	0.031		7.461	7.362	-0.098	
<b>Acceso al paquete 2</b>								
% Niñas/os menores de 12 meses con DNI emitido hasta los 30 días de nacido	0.466	0.472	0.006		0.466	0.487	0.021	
% Niñas/os menores de 12 meses con CRED completo y oportuno para edad	0.176	0.176	0.000		0.176	0.176	-0.001	
% Niñas/os de 6-8 meses con dosaje hemoglobina que inician tratamiento o suplementación con hierro	0.155	0.219	0.063	***	0.155	0.221	0.065	***
% Niñas/os con suplementación oportuna	0.379	0.374	-		0.379	0.375	-0.003	
			0.005					
% Niñas/os menores de 12 meses vacunados contra rotavirus	0.574	0.578	0.003		0.574	0.577	0.002	
% Niñas/os menores de 18 meses vacunados contra neumococo	0.332	0.334	0.002		0.332	0.333	0.001	
% Niñas/os menores de 18 meses con vacunas completas para la edad	0.329	0.331	0.002		0.329	0.331	0.002	
% Niñas/os menores de 12 meses con paquete integrado de servicios	0.049	0.048	-		0.049	0.048	-0.001	
			0.001					
% Niñas/os menores de 24 meses con paquete integrado de servicios	0.023	0.028	0.005	*	0.023	0.027	0.004	
<b># Distritos</b>	<b>99</b>	<b>232</b>			<b>99</b>	<b>146</b>		

Nota: Las columnas [A] y [D] reportan los valores promedio del grupo de control y las columnas [B] y [E] los promedios del grupo de tratamiento. Las columnas [C] y [F] muestran las diferencias. Los asteriscos representan la significancia de las diferencias: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Elaboración: Macroconsult S.A.

**Gráfico 9. Evolución de los indicadores de acceso al paquete 2 en el año 2020**



Elaboración: Macroconsult S.A.

#### **d) Ventajas y desventajas del estimador de DiD**

Esta metodología cuasiexperimental que tiene numerosas ventajas para su implementación como, la utilización una mayor cantidad de datos, ya que explota toda la variabilidad temporal y transversal de la base de datos, sea a nivel agregado (distritos) o desagregado (niños/as). Asimismo, permite controlar por variables no observables invariantes a nivel distrital o individual, lo que en el contexto de análisis puede brindar mayor oportunidad de obtener resultados consistentes. Por último, brinda más flexibilidad a la selección del grupo de control, como se indicó.

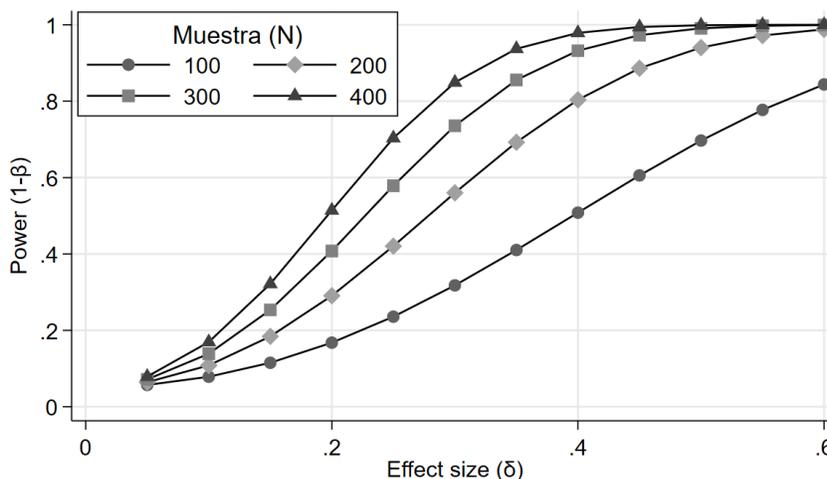
También presenta desventajas, sin embargo, como el requerimiento de datos de una línea de base, es decir, datos previos al piloto, y datos posteriores a la implementación. En el marco de los datos disponibles, los indicadores de institucionalización de procesos no pueden incluirse para el análisis bajo este estimador. Además, para poder implementar un estimador de efectos fijos individuales se requiere de datos longitudinales de niños/as, lo que puede incrementar la exigencia de data.

### **4.3. Consideraciones de los tamaños muestrales**

Los dos diseños de evaluación propuestos y las estrategias para seleccionar controles dan lugar a tamaños muestrales que tienen niveles de potencia diferentes. En particular, el diseño RD tiene una variable de asignación que exhibe bimodalidad y, por tanto, de acuerdo a Schochet (2008), enfrenta un efecto diseño de alrededor de 4. Es decir, para replicar un impacto con el mismo nivel de precisión que un diseño experimental necesita inflar la muestra cuatro veces. A diferencia, el diseño de DiD puede tener, bajo algunas consideraciones, ganancias de precisión con respecto al experimento (McKenzie 2012). En el **Gráfico 10** se presenta el análisis de poder de una manera general. Para efectos comparativos, debe entenderse que el estimador de RD es cerca de cuatro veces más impreciso que el DiD y por tanto requiere cerca de cuatro veces el tamaño muestral de este para replicar alcanzar los mismos efectos mínimos detectables. De acuerdo a él, por ejemplo, si se utilizara la muestra de alrededor de 400 observaciones que caen en un entorno de hasta 35km alrededor de las fronteras regionales, entonces el efecto mínimo detectable para un nivel de poder de 80% sería de poco menos de 0.6 desviaciones estándar, equivalente al de 100 observaciones de DiD. De acuerdo a la clasificación de Cohen, esta magnitud corresponde a un nivel de impacto medio alto (Sullivan y Feinn, 2012).

Es decir, el diseño de RD, al menos sin considerar variables de control, tendría más alta probabilidad de detectar impactos de magnitud media-alta, que razonablemente parecen ser más probables en el caso de los indicadores de institucionalización de procesos. En el caso de DiD, una muestra de 400 observaciones podría detectar impactos de alrededor de 0.3 desviaciones estándar con probabilidad alta, que podrían ser más razonables en el caso de indicadores de cobertura de servicios.

**Gráfico 10. Análisis de poder para diversos tamaños muestrales**



Elaboración: Macroconsult S.A.

#### 4.4. Consideraciones adicionales

Las estrategias metodológicas propuestas buscan estimar el impacto del piloto sobre indicadores de resultado a nivel de institucionalización de procesos, cobertura de servicios del paquete 2 y DIT. No mide el impacto de la institucionalización sobre los resultados a nivel de niño/a. Esto obedece al hecho de que, por un lado, no se tiene medición completa del grado de institucionalización de procesos por parte de las instancias subnacionales para la gestión de la EGTP. Los indicadores planteados a este nivel en la sección 3.4.b) tienen limitaciones en este

sentido y debido a ello es pertinente complementarlos con información primaria (más adelante se detalla). Por otro lado, y lo que es más importante, el interés de la evaluación está en la medición del piloto de manera global porque recoge la expectativa de comportamiento de los gobiernos subnacionales cuando la estrategia sea escalada a nivel nacional. Es decir, cuando el escalamiento se materialice habrá gobiernos locales o regionales que adopten con entusiasmo la gestión de la EGTPi e institucionalicen a plenitud los procesos y consigan operar de manera articulada, como se espera en el diseño conceptual de la EGTPi. Sin embargo, habrá también otros que lo hagan con deficiencia o no otorguen el interés a la incorporación de DIT en la gestión local o regional y por tanto no lleguen a institucionalizar procesos que hagan efectiva la labor articulada. Es esperable que esta multiplicidad de conductas se replique también en los distritos del piloto y, por tanto, al evaluarse sus resultados de manera agregada, se tendrá una buena aproximación de lo que ocurrirá cuando la estrategia sea transferida al resto de gobiernos subnacionales del país. En tal sentido, los parámetros de impacto corresponden más a la *intención del tratamiento* que al *tratamiento sobre los tratados*.

Durante los ejercicios de evaluación de impacto debe utilizarse información del entorno de la oferta de salud en el momento pre intervención, a fin de que estas variables sean introducidas como variables de control. Además, en la medida de lo posible debe realizarse ejercicio para verificar la existencia de impactos heterogéneos en función de la dotación de oferta de servicios.

En la sección 3.4 se han planteado indicadores para medir DIT a partir de la ENDES que en algunos casos tendrán limitaciones de representatividad debido al escaso número de registros existentes. Por tanto, cuando la evaluación se realice sobre estos indicadores es posible que enfrenten bajos niveles de potencia si los tamaños de la muestra para ese momento no se incrementan. Frente a esto, es posible que el MIDIS pueda interceder ante el INEI para ampliar el tamaño de esta muestra.

Algunos indicadores de la cobertura de servicios a partir del HIS-MINSA son construidos cuando el niño o niña sale de cierto grupo etario. Es el caso, por ejemplo, del CRED completo en menores de 12 meses de edad, que sólo puede ser construido cuando el niño cumple el año de edad. Por tanto, es posible que los impactos sobre estos indicadores no lleguen a visualizarse del todo debido a que aún cuando la EGTPi esté aumentando el uso de servicios, la naturaleza acumulativa del indicador conduce a que los cambios sólo se observen cuando el indicador se mida. Frente a esta limitación, podría explorarse la posibilidad de evaluar adicionalmente resultados a nivel de prestaciones acumuladas sin exigir necesariamente un cumplimiento cabal del indicador.

Asimismo, con la información disponible, parece ser posible estimar impactos de manera razonablemente confiable sobre indicadores a nivel de cobertura de servicios del paquete 2, pero menos confiablemente sobre indicadores que miden la institucionalización de procesos. Esto debido a algunas limitaciones, mencionadas en secciones anteriores, en la comparabilidad que los datos del portal EGTPi pueden exhibir entre gobiernos subnacionales del piloto y los del resto del país, y porque existen mecanismos básicos que los datos no llegan a medir, vinculados al desarrollo de interés por el DIT a nivel de gobiernos locales y regionales, adquisición de capacidades para la implementación de los procesos, cumplimiento de responsabilidades en el marco de la EGTPi, entre otros.

Debido a lo anterior, es pertinente la recolección de información primaria para cubrir estos vacíos de información. El equipo consultor considera pertinente implementar para ello un estudio cualitativo que se implemente a través de entrevistas a actores calificados. En la siguiente sección se detallan los temas que podrían abordarse para este fin.

Adicionalmente, en la reunión del 09/09/21 con el equipo del MIDIS se dejó abierta la posibilidad de implementar un proceso de recojo de información primaria que, bajo el entendimiento del equipo consultor, podría basarse en la ficha de diagnóstico local que se implementó para diagnosticar el estado de los distritos respecto al DIT. En una siguiente sección también se brinda recomendaciones sobre este punto.

Un punto final sobre el cual reflexionar tiene que ver con la oportunidad de implementar la evaluación de impacto. Como se mencionó líneas arriba, los indicadores propuestos tienen períodos de respuesta diferentes. Los indicadores de institucionalización de procesos y cobertura de servicios del paquete pueden responder razonablemente en un período corto como el de desarrollo del piloto. Los de resultados a nivel de DIT, en cambio, pueden tener un horizonte de repuesta algo mayor, sobre todo aquellos vinculados con indicadores de orden cognitivo, mientras que los de capital humano deben reaccionar en el largo plazo, varios años en lo posterior. Por otro lado, la EGTPi está iniciando un proceso de escalamiento, por lo que en un horizonte relativamente corto es posible que no se encuentren distritos no intervenidos que puedan replicar los resultados contrafactuales. Estas consideraciones sugieren que es pertinente hacer la evaluación de impacto del piloto de la EGTPi en el corto plazo para enfocarse principalmente en los resultados a nivel de indicadores de institucionalización de procesos y cobertura de servicios de la EGTPi, que es el primer ser de indicadores que la estrategia se propone medir. Luego, probablemente en algunos meses más se podrá hacer la evaluación sobre indicadores de DIT, cuando hayan madurado los mecanismos causales que trasladan el uso de servicios hacia esos indicadores.

#### **4.5. Detalles del Estudio Cualitativo para el recojo de información primaria**

El componente cualitativo de la evaluación de impacto deberá consistir en entrevistas semiestructuradas a informantes calificados de los gobiernos locales, gobiernos regionales, encargados territoriales de los programas sociales y demás agentes de la sociedad civil involucrados en el DIT en los ámbitos de implementación del piloto. De manera general, en la siguiente lista se hace una tipología general de los informantes a considerar y una sugerencia del número mínimo de entrevistas a considerar. En acuerdo con el MIDIS se debería definir el nombre en específico de los informantes y esta institución debería ayudar en el proceso de contacto para minimizar rechazos:

- Autoridades regionales (**2 entrevistas**)
- Autoridades locales que participan en la IAL (**8 entrevistas**)
- Coordinador/a de Enlace MIDIS (**2 entrevistas**)
- Coordinadores/as o jefes/as de las unidades territoriales del FED, el Programa Nacional Cuna Más, el Programa Juntos o el Programa PAIS (**2 entrevistas**)
- Acompañante Técnico del Programa Nacional Cuna Más, Actor Social Meta 4, Coordinador de Visitas Meta 4, Facilitador/a del Programa Nacional Cuna Más, Gestor Institucional del Programa PAIS, Gestor Local del Programa Juntos (**4 entrevistas**).
- Miembros de la IAL que representan a las entidades prestadoras de servicios en el territorio (**2 entrevistas**).
- Representantes de la Sociedad Civil que participen en la IAL e IAR (**2 entrevistas**).

Los aspectos a indagar en el estudio cualitativo deberían ser al menos los siguientes:

- Desarrollo de interés por DIT en la gestión municipal y regional. Expresiones del interés generado.

- Percepción sobre las capacidades adquiridas para la gestión de la DIT en el marco de la EGTPÍ.
- Institucionalización de los procesos. Cumplimiento de la secuencia de pasos contenidos en los dos procesos de la IAR y tres procesos de la IAL. Factores limitativos y facilitadores para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental.
- Percepción sobre el funcionamiento de la IAR y IAL
- Acciones realizadas para asegurar el funcionamiento de la línea de producción vinculada a la entrega de servicios de salud.
- Percepción sobre el desarrollo de sinergias
- Percepción sobre el aprovechamiento de complementariedades
- Balance sobre la experiencia de gestión articulada.

#### **4.6. Ficha cuantitativa para el recojo de información primaria**

Como se indicó líneas arriba, es posible adicionalmente recoger información primaria cuantitativa a partir de la ficha de diagnóstico aplicada a gobiernos locales para la evaluación de la IAL. Esta ficha brinda un primer diagnóstico, pero deberá complementarse con preguntas adicionales vinculadas a lo siguiente:

##### **Responsabilidades del Gobierno Regional:**

- Planificación realizada de la oferta de servicios de salud (Si realiza / No)
- Diagnóstico de intervenciones a favor de DIT a nivel local (Sí realiza / No)
- Estrategias para la gestión articulada y complementaria de las intervenciones DIT a nivel local (Sí realiza / No)
- Establecimiento de acuerdos de coordinación con proveedores de servicios de salud y RENIEC (Sí realiza / No)
- Estrategia regional para la entrega y recuperación del paquete integrado (propuesto por los prestadores de servicios)
- Proceso de análisis de la cobertura en el territorio, cuellos de botella y planteamiento de alternativas de solución
- Demandas locales surgidas de la IAL y atendidas desde la IAR

##### **Responsabilidades del Gobierno Local:**

- Homologación del padrón con los listados de niños y niñas de las diferentes instituciones sociales locales (Sí realiza / No)
- Verificación de la información de los niños a través del contacto con las familias (Realiza vía visitas domiciliarias / vía telefónica / No)
- Actualización del padrón normal a cargo del responsable del Padrón Nominal de la IAL (Sí realiza / No)
- Elaboración y actualización de la sectorización (Sí realiza / No).
- Coordinación con prestadores de servicios para solicitud de información de servicios de salud, educación, identidad, vivienda (Sí realiza / No).
- Presentación de la información por parte de los prestadores de servicios ante la IAL (Sí presentan / No).
- Frecuencia de la actualización de la sectorización del territorio
- Coordinación con programas sociales para la identificación del estado de entrega de los servicios del paquete a las niñas y niños en el distrito (Sí realiza / No)
- Identificación y gestión de alertas (Sí realiza / No).

- Organización y gestión de la atención de niños en alerta ante los proveedores de servicios (Sí realiza / No).
- Análisis de cobertura del paquete integrado, identificación y análisis de los cuellos de botellas o nudos críticos de oferta o demanda, identificando a responsables para superarlos
- (Sí realiza / No)

## Referencias

- Angrist, J. y J. Pischke (2008), "The mostly harmless econometrics. An Empiricist's Companion". Princeton University Press.
- Arellano, M. y S. Bond (1991) "Some tests of specification for panel data: Monte Carlo evidence and an application to employment equations". *Review of Economic Studies* 58: 277–297
- Asesorías para el desarrollo (2012). *Evaluación de impacto del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo*. Dirección de Presupuesto – DIPRES. Obtenido de <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/09/Informe-Final-Evaluacio%CC%81n-de-Impacto-ChCC-2012.pdf>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2015). *Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Obtenido de <https://publications.iadb.org/es/los-primeros-anos-el-bienestar-infantil-y-el-papel-de-las-politicas-publicas>
- Bond, S. (2002) Dynamic panel data models: a guide to micro data methods and practice. *Portuguese Economic Journal* 1, 141–162. <https://doi.org/10.1007/s10258-002-0009-9>
- Calonico, S.; M. Cattaneo y R. Titiunik (2014). Robust Nonparametric Confidence Intervals for Regression-Discontinuity Designs. *Econometrica* 82(6): 2295–2326, November 2014.
- Cattaneo, M.; R. Titiunik y G. Vazquez-Bare (2017) Comparing Inference Approaches for RD Designs: A Reexamination of the Effect of Head Start on Child Mortality. *Journal of Policy Analysis and Management* 36(3): 643-681, Summer 2017.
- Conn, C., Jenkins, P., y Touray, S. (1996). *Strengthening health management: experience of district teams in The Gambia*. Health policy and planning, 11(1), 64–71. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/heapol/11.1.64>
- Datar, G. y X. Carpio (2009), "Are Irrigation Rehabilitation Projects Good for Poor Farmers in Peru?". Policy Research working paper; no. WPS 5154, Impact Evaluation series; no. IE 42. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/4347> License: CC BY 3.0 IGO."
- Dell, M. (2010), "The persistent effects of Peru's mining Mita". *Econometrica*, Vol. 78, No. 6, 1863–1903
- Dell, M. (2010), The Persistent Effects of Peru's Mining Mita. *Econometrica*, 78: 1863-1903. <https://doi.org/10.3982/ECTA8121>
- Desta, B., Abitew, A., Beshir, I. et al. (2020). *Leadership, governance and management for improving district capacity and performance: the case of USAID transform: primary health care*. *BMC Fam Pract* 21, 252 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01337-0>
- Díaz-Monsalve, S. (2004). *The impact of health-management training programs in Latin America on job performance*. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 20(4), 1110-1120. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400027>
- Duflo, Esther. 2001. "Schooling and Labor Market Consequences of School Construction in Indonesia: Evidence from an Unusual Policy Experiment." *American Economic Review*, 91 (4): 795-813. doi: 10.1257/aer.91.4.795
- Fetene N., Canavan M., Megentta A., et al. (2019) *District-level health management and health system performance*. *PLOS ONE* 14(2): e0210624. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210624>
- Galiani, S., McEwan, P.J. and Quistorff, B. (2017), "External and Internal Validity of a Geographic Quasi-Experiment Embedded in a Cluster-Randomized Experiment", *Regression Discontinuity Designs (Advances in Econometrics, Vol. 38)*, Emerald

Publishing Limited, Bingley, pp. 195-236. <https://doi.org/10.1108/S0731-905320170000038009>

- García, G. (2011). El fortalecimiento Institucional como factor estratégico de la cooperación al desarrollo. <https://fconcordiaylibertad.org/hmasd/p5.pdf>
- Getler, P. M. (2017). La Evaluación de impacto en la práctica. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo & Banco Mundial
- Grosfeld y Zhuravskaya (2015), "Cultural vs. economic legacies of empires: Evidence from the partition of Poland". *Journal of Comparative Economics*, Volume 43, Issue 1.
- Grosfeld, I., A. Rodnyansky, y E. Zhuravskaya (2013). "Persistent Antimarket Culture: A Legacy of the Pale of Settlement after the Holocaust." *American Economic Journal: Economic Policy*, 5 (3): 189-226. DOI: 10.1257/pol.5.3.189
- Imbens, G. y T. Lemiux (2008), "Regression discontinuity designs: A guide to practice". *Journal of Econometrics*, 142, 615-635.
- Keele, L., & Titiunik, R. (2015). Geographic Boundaries as Regression Discontinuities. *Political Analysis*, 23(1), 127-155. doi:10.1093/pan/mpu014
- Laire, Clara (2016). *El Desarrollo en la Primera Infancia en Cuba. La experiencia de un sistema integrado y ampliado para que todos los niños y niñas comiencen la vida de la mejor manera*. Ciudad Habana: Unicef Cuba. Obtenido de <https://www.unicef.org/cuba/informes/el-desarrollo-en-la-primera-infancia-en-cuba>
- Lavy (2006), "From forced busing to free choice in public schools: quasi-experimental evidence of individual and general effects". NBER, Wp 11969
- Lee, D. y T. Lemieux (2010). "Regression Discontinuity Designs in Economics." *Journal of Economic Literature*, 48 (2): 281-355.
- Marroig, A., Vigorito, A., Perazzo, I. y Salas, G. (2017). *Evaluación de impacto del programa Uruguay Crece Contigo. Informe de resultados*. Instituto de Economía, FCEA-UDELAR. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/evaluacion-impacto-del-programa-uruguay-crece-contigo-informe-resultados>
- Martineau, T., Raven, J., Aikins, M., et al. (2018). *Strengthening health district management competencies in Ghana, Tanzania, and Uganda: lessons from using action research to improve health workforce performance*. *BMJ Global Health*. Obtenido de <https://gh.bmj.com/content/3/2/e000619>
- McKenzie, D. (2012). "Beyond baseline and follow-up: The case for more T in experiments," *Journal of Development Economics*, Elsevier, vol. 99(2), pages 210-221.
- Michalopoulos y Papaioannou (2013), Pre-Colonial Ethnic Institutions and Contemporary African Development. *Econometrica*, Volume 81, Issue 1. <https://doi.org/10.3982/ECTA9613>
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social de Ecuador (s.f.). *Manual de la Red Cuadernillo 3 – Estrategia: Infancia Plena*. Obtenido de <https://www.todaunavida.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-para-la-primera-infancia-infancia-plena/>
- Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Resumen Ejecutivo – URUGUAY Crece Contigo*. SITEAL, UNESCO. Obtenido de <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/575/resumen-ejecutivo-uruguay-crece-contigo>
- Ministry of Basic and Senior Secondary Education of Sierra Leona (MBSSE, 2021). *National Policy on Integrated Early Childhood Development (IECD)*. Obtenido de [https://mbsse.gov.sl/wp-content/uploads/2021/06/Integrated-Early-Childhood-Development-Policy\\_June\\_2021.pdf](https://mbsse.gov.sl/wp-content/uploads/2021/06/Integrated-Early-Childhood-Development-Policy_June_2021.pdf)
- Ministry of Gender, Labour and Social Development (MGLSD, 2016). *The National Integrated Early Childhood Development Policy Action Plan of Uganda (2016-2021)*.

- Neilson, S. y Smutylo, T. (2004). *Planning and Managing Health Resources at the District Level. A report on TEHIP ant its Influence on Public Policy*. Final Report Evaluation Unit IDRC. Obtenido de <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/29085/IDL-29085.pdf>
- Rosenzweig, Mark R. & Wolpin, Kenneth I., 1984. "Migration Selectivity and the Effects of Public Programs," *Bulletins 8442, University of Minnesota, Economic Development Center*.
- Saavedra, Claudia (2015). *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Santiago de Chile: Gobierno de Chile – Ministerio de Desarrollo Social. Obtenido de <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>
- Schochet, P. (2008) Technical Methods Report: Statistical Power for Regression Discontinuity Designs in Education Evaluations (NCEE 2008-4026). Washington, DC: National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education.
- Secretaría Técnica Plan Toda una Vida (s.f.). *Primera Infancia*. 05 de agosto de 2021. Sitio web: <https://www.todaunavida.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-para-la-primera-infancia-infancia-plena/>
- Siagian, N. y Adriany, V. (2019). *The Holistic Integrated Approach of Early Childhood Education and Development in Indonesia: Between Issues and Possibilities*. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, vol 454. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.200808.037>
- Silverio Gómez, Ana María (2011). *La contextualización del modelo de atención educativo no institucional cubano "Educa a tu Hijo" en países latinoamericanos*. UNICEF LAC, OEI. Obtenido de <https://dds.cepal.org/redesoc/publication?id=1515>
- Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA, 2020). *Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI)*. Gobierno de México. Obtenido de <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/estrategia-nacional-de-atencion-a-la-primera-infancia-enapi>
- UNICEF y Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia - SENNAF (2019). *Estrategia Nacional Primera Infancia Primero*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación. Obtenido de <https://www.unicef.org/argentina/informes/estrategia-nacional-primera-infancia-primero>
- Universidad de Los Andes (2017). *Evaluación de impacto de la estrategia "De Cero A Siempre" sobre el desarrollo integral de los niños y niñas en primera infancia con base en los resultados de la Encuesta Longitudinal de Colombia – ELCA*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Obtenido de [https://www.icbf.gov.co/system/files/evaluacion de impacto de cero a siempre - elca uniandes 2017 1.pdf](https://www.icbf.gov.co/system/files/evaluacion%20de%20impacto%20de%20ceros%20a%20siempre%20-%20elca%20uniandes%202017%201.pdf)
- Verch, Karine (2017). *Primeira Infância Melhor. Transformando la atención a los primeros años de vida en América Latina: retos y conquistas de una política pública en el Sur de Brasil*. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0000814>
- World Bank (2016). *El buen gobierno y el fortalecimiento institucional*. <https://ida.worldbank.org/sites/default/files/pdfs/ida-abcs-governance-spanish-july-2016.pdf>
- World Bank Institute (2012). *Guide to Evaluating Capacity Development Results*. Washington D.C.: World Bank Group. Obtenido de <http://documents.worldbank.org/curated/en/352241468163166112/Guide-to-evaluating-capacity-development-results-a-collection-of-guidance-notes-to-help-development-practitioners-and-evaluators-assess-capacity-development-efforts>

## Normas legales

- Resolución Suprema N° 413-2013-PCM. (06 de diciembre de 2013). Normas Legales, N° 508519. Ministerio de desarrollo e inclusión social.  
<https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/5960-413-2013-pcm>
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS. (28 de julio de 2016). Normas Legales, N° 595370. Diario Oficial El Peruano.  
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-los-lineamientos-primero-la-infancia-en-el-marco-decreto-supremo-n-010-2016-midis-1410175-1>
- Decreto Supremo N° 068-2018-PCM. (03 de julio de 2018). Normas Legales, N° 14563. Diario Oficial El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/download/full/B8I93-bn45zBBsx77DfBas>
- Ministerio de Economía y Finanzas, Grupo de Trabajo Multisectorial encargado de desarrollar los contenidos técnicos del Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (Abril de 2019). Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano. Anexo del RS 023-2019-EF.  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publicos/anexos/anexo\\_RS023\\_2019EF.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publicos/anexos/anexo_RS023_2019EF.pdf)
- Decreto Supremo N° 003-2019-MIDIS. (18 de julio de 2019). Normas Legales, N° 15017. Diario Oficial El Peruano.  
<https://busquedas.elperuano.pe/download/full/8iTCgJphKRvBY6RiXIPeVE>
- Ministerio de desarrollo e inclusión social. (20 de agosto de 2020). Lineamientos para la “Intervención temporal para la primera Infancia”.  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1250323/DS\\_N\\_010\\_2020\\_MIDIS\\_Anexos.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1250323/DS_N_010_2020_MIDIS_Anexos.pdf)
- Resolución Ministerial N° 085-2021-MIDIS. (15 de mayo de 2021). Normas Legales, N° 16022. Diario Oficial El Peruano.  
<http://dataonline.gacetajuridica.com.pe/gaceta/admin/elperuano/1852021/NL20210518.pdf>
- Resolución Viceministerial N° 0001-2021-MIDIS. (30 de junio de 2021).  
<https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/2004330-001-2021-midis>

## Otros documentos

- Bustamante, P. (2019). "Primero la Infancia: Estrategia de gestión territorial". Documento en Power Point. Ministerio de desarrollo e Inclusión social.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión social, Dirección General de implementación de políticas y Articulación Territorial – DGIPAT. (Febrero de 2021). Implementación de modelo de asesoría y acompañamiento a los gobiernos locales para el fortalecimiento de acciones a favor de la primera infancia.
- Ministerio de desarrollo e inclusión social, Dirección de Implementación de políticas y Articulación territorial. (2021). Caja de herramientas para los Gobiernos Regionales.
- Ministerio de desarrollo e inclusión social, Dirección de Implementación de políticas y Articulación territorial. (2021). Caja de herramientas para los Gobiernos Locales.
- Ministerio de desarrollo e inclusión social, Dirección General de implementación de políticas y Articulación Territorial. (2021). Desarrollo Infantil Temprano: "Avances en el marco de la política, instrumentos e intervenciones priorizadas a favor de la primera infancia".
- Ministerio de desarrollo e inclusión social, Dirección General de implementación de Políticas de Articulación Territorial. (2021). Estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia": Implementación del modelo operativo y sus herramientas.
- Ministerio de desarrollo e inclusión social. (Marzo de 2021). Implementación de la estrategia de gestión territorial "primero la infancia".
- Ministerio de desarrollo e inclusión social. (20 de agosto de 2020). Lineamientos para la "Intervención temporal para la primera Infancia".  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1250323/DS\\_N\\_010\\_2020\\_MIDIS\\_Anejos.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1250323/DS_N_010_2020_MIDIS_Anejos.pdf)
- Ministerio de Economía y Finanzas, Grupo de Trabajo Multisectorial encargado de desarrollar los contenidos técnicos del Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (Abril de 2019). Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano.
- Ministerio de desarrollo e inclusión social. (2021). Manual para la implementación de la estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia". Manual N° 001-2021-MIDIS/VMPES.