

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



**FACTORES QUE HAN CONTRIBUIDO O LIMITADO LA IMPLEMENTACIÓN
ÓPTIMA DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA
NACIONAL CUNA MÁS EN LAS ZONAS METROPOLITANAS DE LIMA SUR
DURANTE EL 2012.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN
GERENCIA SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA
DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE DESARROLLO

AUTOR:

MARIO FRANCISCO LÓPEZ HUACHO

ASESOR:

MG. JAVIER ALEJANDRO PINEDA MEDINA

LIMA – PERÚ

2019

RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis da a conocer los lineamientos de atención integral del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más; y el modo cómo son implementados por el personal técnico y los actores sociales de los Comités de Gestión de una de las sedes de Lima en el ámbito de los distritos del sur. La pregunta que orienta el problema es: ¿Cuáles son los factores que han limitado o contribuido a la implementación óptima del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) en las zonas metropolitanas de Lima Sur durante el año 2012?

La parte teórica de la presente investigación presentará los enfoques de derechos, desarrollo humano y enfoque de interculturalidad. Una teoría específica que nos guiará, es la teoría de crecimiento y desarrollo infantil desarrollados por diferentes autores de las neurociencias, la psicología y la educación temprana. Ha sido pertinente contextualizar la zona donde están ubicados los Comités de Gestión de Cuna Más. Así mismo ha sido necesario exponer las políticas públicas y los programas con relación a la infancia del país haciendo finalmente una caracterización del servicio de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más.

La investigación realizada es cualitativa, las unidades de análisis son los Comités de Gestión que constituyen el ámbito desde el cual analizamos como se implementan los diferentes servicios de atención integral. El método de muestreo ha sido por juicio o conveniencia según los objetivos del presente trabajo. El recojo de información se ha realizado con encuestas, revisiones documentales, y entrevistas semi estructuradas a los actores comunales y personal técnico.

Los resultados de la investigación nos presentan el alto grado de solvencia técnica de las MC en cada uno de los componentes de la atención integral. En cuanto a la cobertura del servicio es solo del 10%. Finalmente, las percepciones de las familias respecto al trabajo de las MC y CG son buenas en general.

Se concluye que el fortalecimiento de capacidades en todos los actores, la rotación de los miembros, la cobertura del servicio las percepciones de las familias, el monitoreo y comunicación son factores que limitan y pueden contribuir a la implementación óptima del SCD del PNCM en las zonas metropolitanas de Lima sur.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	2
ÍNDICE	3
AGRADECIMIENTOS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Justificación.....	16
1.3. Objetivos	18
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	19
2.1. ENFOQUES Y ESTUDIOS RELACIONADOS A LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	19
2.1.1. Enfoque de Derechos.....	19
2.1.2. Enfoque de Salud.....	20
2.1.3. Enfoques Psicopedagógicos	20
2.1.4. Enfoque Intercultural	22
2.2 Características geográficas de las zonas metropolitanas de Lima sur	23
2.3. Características socioeconómicas de las zonas metropolitanas de Lima sur.	24
2.4. Las políticas públicas en infancia.....	27
2.4.1. Estrategia / Modelo de inclusión social desde el MIDIS	28
2.4.2. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria	30
2.4.3. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia	31
2.4.4. Estrategia Nacional “Crecer para Incluir”	33
2.4.5. Programa Juntos	34
2.4.6. Programa Nacional Cuna Más.....	34
2.4.7. Plan Nacional de Educación para Todos 2005-2015	35
2.5. La calidad de atención a la infancia	36

2.5.1. Calidad y equidad: El niño como centro de los programas destinados a la infancia.....	36
2.5.2. Calidad del agente educativo.....	38
2.5.3. La calidad de los servicios de las modalidades comunitarias.....	40
2.5.4. Calidad del estado de la práctica del curriculum en la educación inicial.	43
2.5.5. Calidad del servicio.....	44
2.6. El Programa Nacional Cuna Más.....	49
2.6 1. Normativa actual del PNCM – Resolución de Dirección Ejecutiva N° 864-2016-MIDIS/PNCM.....	51
2.7. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con relación al Programa Nacional Cuna Más.....	52
2.7.1. ODS 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo ...	52
2.7.2. ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.....	53
2.7.3. ODS 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.....	54
CAPÍTULO III.....	55
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
3.1 Naturaleza de la investigación.....	55
3.2 Forma de investigación.....	55
3.3 Unidades de análisis.....	55
3.4 Fuentes de información.....	55
3.5 Universo.....	56
3.6 Muestra.....	56
3.7 Procedimiento (técnicas) para el recojo de la información.....	60
CAPÍTULO IV.....	65
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS... 65	
4.1. Implementación de los lineamientos técnicos de la unidad gerencial.....	65
4.1.1. Identificación de lineamientos de la atención integral.....	66
4.1.2. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de salud.....	66
4.1.3. Grado de solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de	

Salud	72
4.1.4. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de nutrición	73
4.1.5. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Socias de Cocina	81
4.1.6. Grado de solvencia técnica de las Socias de Cocina en la Nutrición	88
4.1.7. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de aprendizaje infantil temprano	90
4.1.8. Grado de solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Aprendizaje Infantil temprano (AIT).....	97
4.1.9. Grado de solvencia técnica desagregados por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de habitabilidad.....	99
4.1.10. Grado de solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Habitabilidad.....	102
4.1.11. Grado de solvencia de los lineamientos técnicos por parte del equipo técnico de la Sede Lima 1	103
4.2. Factores que estarían contribuyendo o limitando la calidad del servicio de salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y seguridad para los niños y niñas.	107
4.2.1. Capacitación a los actores comunales directamente relacionados con el servicio de atención integral: Capacitación a los miembros del Comité de Gestión	107
4.2.2. Capacitación a las Socias de Cocina	110
4.2.3. Cobertura del servicio.....	110
4.2.4. Rotación de los actores sociales- Deserción	111
4.3. Percepción de las familias	113
4.3.1. Calificación al trabajo de la Madre Cuidadora	113
4.3.2. Calificación al trabajo del Comité de Gestión.....	114
4.3.3. La razón principal por la que se hace uso del servicio Cuna Más	115
4.3.4. Principal beneficio que recibe el niño (a) en el SCD	116
4.3.5. Recomendaciones dadas al servicio para mejorar la atención que recibe su niño (a).....	117
CAPÍTULO V	119
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	119

5.1. La implementación de los lineamientos técnicos de atención integral en la Sede Lima 1	119
5.2. La calidad ofertada por el servicio de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más en la Sede Lima 1	120
5.3. La percepción de las familias sobre el SCD del Programa Nacional Cuna Más, en la Sede Lima 1	122
CAPÍTULO VI	124
PROPUESTA DE MEJORA.....	124
ANEXOS	133
BIBLIOGRAFÍA.....	174



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, que guía mi camino, me protege, y además me permite contribuir con nuestros hermanos más pequeños.

Agradezco a mis amigos, César, Isaac, David, Juan, José, Douglas y Rosa por el apoyo y aliento en la finalización del presente documento.

También quiero agradecer al Programa Nacional Cuna Más por su invaluable apoyo en la presente investigación, y sobre todo por la loable labor que desarrollan a favor de nuestra niñez peruana.

Finalmente, agradecemos a todas las personas e instituciones que apoyan y apuestan por el trabajo por la primera infancia.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, especialmente a mi madre, a mi compañera Zintya, y a mis dos hijos: permanentes ejemplos de alegría y esperanza

Dedico esta tesis a todas las mujeres voluntarias que hacen todo lo posible por trabajar bien y hacer que funcione el Programa Nacional Cuna Más, brindando atención integral a nuestros niños y niñas pobres del país.

Gracias a las Madres Cuidadoras, Socias de Cocina e integrantes de los Comités de Gestión por haber compartido sus vivencias en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más, por demostrarme con su dedicación que es posible el cambio de la vida, si los niños y niñas están bien cuidados.

INTRODUCCIÓN

Recogiendo la experiencia de los años 90 de CARITAS Puno, se concibió una forma de atención a la primera infancia y fue en colaboración con Unicef Perú, y el Ministerio de Educación que se implementó las primeras experiencias Piloto del Proyecto Wawa Wasi (1993), que en sus inicios se estableció como un hogar comunitario para los niños y niñas cuyas madres debían ir al campo a trabajar.

Esta idea de poder cuidar a los niños pobres cuyas madres trabajan fue impulsada por el Banco Interamericano de Desarrollo BID, quien firmó un contrato de préstamo con el Estado peruano, en el año 1999 con la transferencia al Promudeh (Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Humano) donde se crea el Programa Nacional Wawa Wasi con una cobertura nacional y con el objetivo de brindar atención integral a niños y niñas inicialmente menores de 4 años. Esta política de cofinanciación se mantuvo hasta el año 2005 donde el Estado asume el presupuesto total de su financiamiento y es incorporado como una de sus políticas sociales.

El año 2012 con el nuevo gobierno del presidente Ollanta se transforma el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social MIMDES en dos ministerios, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerable MIMP y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social MIDIS. En este último está CUNA MÁS.

El Programa CUNA MAS, además del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) que venía funcionando incorpora a partir del año 2012 otra modalidad que es el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) con otras estrategias distintas al del Servicio de Cuidado Diurno.

La presente investigación tiene la característica de mostrar de manera panorámica y general cómo se implementan todos los lineamientos de atención integral: salud, nutrición, aprendizaje infantil temprana y habitabilidad en el Servicio de Cuidado Diurno SCD a través del personal técnico de la sede de Lima 1 (en adelante la llamaremos Lima sur) y de los actores sociales que intervienen directamente con la ejecución de estos lineamientos.

Con esta tesis, se podrá conocer qué factores son los que vienen contribuyendo y/o o limitando la implementación del Programa, y además ofreceremos una propuesta de mejora que permita la atención integral de los niños y niñas de la Sede Lima Sur del Programa Nacional Cuna Más - PNCM.

Se espera que los hallazgos encontrados y las alternativas propuestas en la presente tesis permitan a la sede y en general al PNCM mejorar la articulación de los diferentes componentes, así como la calidad de atención a favor del desarrollo integral de los niños y niñas de los lugares donde se interviene.



Siglas

AEPI	Atención, Educación de la Primera Infancia
AIT	Aprendizaje Infantil Temprano
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDN	Convención de los Derechos del Niño
CG	Comité de Gestión
DISA	Dirección de Salud
DS	Decreto Supremo
EZGC	Especialista Zonal en Gestión Comunal
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
IMAN	Iniciativa Municipios Amigos de la Niñez
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINSA	Ministerio de Salud
OEA	Organización de los Estados Americanos
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
PANAIA	Plan de Acción Nacional de Atención a la Infancia y la Adolescencia
PNCM	Programa Nacional Cuna Mas
PNWW	Programa Nacional Wawa Wasi
Promudeh	Programa de la mujer y desarrollo humano
SAF	Servicio de Acompañamiento a Familias
SCD	Servicio de Cuidado Diurno
UGAI	Unidad Gerencial de Atención Integral
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization ¹
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund ²

¹ Traducción: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

² Traducción: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Factores que han contribuido o limitado la implementación óptima del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur durante el año 2012

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Perú es uno de los países que ha tenido mayor crecimiento económico en los últimos años; sin embargo, los niveles de pobreza y pobreza extrema no han disminuido de manera significativa. Una de las razones para que se presente esta situación es -entre otras cosas- el deterioro de su capital humano, sobre todo de sus niños y niñas menores de 05 años.

Las razones de la pobreza son multifactoriales, tiene que ver los limitados ingresos producto de un desempleo o subempleo persistentes, la ausencia de servicios básicos también tiene que ver con la permanencia de la pobreza. La situación de la salud y educación son dos parámetros que no mejoran y que contribuyen a que exista niños desnutridos, anémicos, con madres que no han terminado de estudiar. La seguridad alimentaria en los medios rurales no se cumple, es decir que no tienen el nivel de disponibilidad, acceso, a alimentos de calidad, así como tampoco hábitos saludables y buen uso de los alimentos que disponen. Esta situación influye de manera directa en los niveles de nutrición, salud y desarrollo integral de la primera infancia, es decir de los niños y niñas menores de 05 años.

La desnutrición, anemia y déficit en el desarrollo infantil va a influir directamente en su vida futura en su salud, y en el nivel de desempeño laboral, por ello su familia, su localidad y el país van a permanecer en situación de retraso y sin desarrollo humano, social y económico.

Si bien es cierto que el modelo económico existente, no genera mayores oportunidades de empleo e inclusión, también podemos ver que a nivel del Estado no se logra articular esfuerzos entre sectores, ni entre los diferentes niveles de gobierno. Con preocupación podemos ver que los gobiernos regionales y locales a pesar de que dispones de mayores recursos, y cadenas de gastos que incluyen proyectos sociales, sin embargo, no tienen proyectos de inversión de envergadura que mejoren la situación de las familias pobres y de la infancia.

En el caso de los programas sociales dirigidos a la infancia han existido trabajos muy sectorizados, y a pesar de que el Programa Nacional Cuna Mas (PNCM), tiene una atención integral de la nutrición cuidado y salud infantil; aún no se logra mejorar los déficits de crecimiento y desarrollo existentes, sobretodo en los ámbitos rurales más alejados.

Por todo lo mencionado y siendo este Programa PNCM uno de los más extendidos en el territorio nacional, nos interesa saber cuáles son los factores que limitan sus resultados en el caso de los asentamientos periurbanos de la zona sur de Lima metropolitana.

El objetivo general de PNCM es mejorar el desarrollo infantil de niños y niñas menores de 36 meses de edad en sus zonas de intervención. Para lograr este objetivo, el PNCM interviene a través de distintas unidades gerenciales, las cuales están organizadas en función de la Unidad Gerencial de Atención Integral (UGAI), la cual es responsable de diseñar los lineamientos, estrategias, actividades y contenidos que orientan la atención integral del PNCM en sus distintos servicios:

El Servicio de Cuidado Diurno (SCD) que viene funcionando como parte de la política pública desde el año 2005 y el servicio de Acompañamiento a Familias que viene funcionando desde el año 2013.

El ex Programa Nacional Wawa Wasi, ahora Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más, del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, “tiene como objetivo brindar atención integral a los niños [y niñas] de 6 a 36

meses de edad, que viven en zonas urbanas en situación de pobreza y pobreza extrema y que requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades” (La Contraloría General de la República 2015:13).

Este programa social, viene ejerciendo funciones a través de una estrategia de cogestión entre el Estado y la comunidad, Quienes se encargan de implementar los lineamientos del Programa son los agentes de la comunidad entre las que destacan los miembros de los Comités de Gestión, Socias de Cocina y las Madres Cuidadoras, éstas últimas se encargan directamente del cuidado de los niños y niñas en espacios construidos por el mismo Programa.

A través de los años, se han sumado esfuerzos para empoderar a los agentes de la comunidad. Hoy, este programa nacional muestra muchos logros; no obstante, es importante reconocer que todavía hay muchas brechas sociales por cerrar, en tanto se pueda mejorar los servicios con especial observación a los referidos a la atención integral.

La Unidad Gerencial de Atención Integral (UGAI) estableció los lineamientos sobre los servicios de alimentación, salud, aprendizaje, protección y cuidado, los cuales revisten una gran importancia en el Programa, toda vez que constituye el producto que se ofrece directamente a niñas y niños que asisten a los Servicios Cuidado Diurno.

La calidad del servicio, así como los resultados esperados en los usuarios, dependerán principalmente de las estrategias de intervención según los lineamientos del Programa.

Debido a que la misión, del Programa Cuna Más es “brindar servicios para la atención integral de calidad y pertinente a niñas y niños menores de 3 años [36 meses] en zonas de pobreza y pobreza extrema” (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2013: 5) se ha tomado como caso del presente estudio a la denominada Sede Lima Sur, donde se laboró personalmente.

Algunos de los problemas que aparecen es que no hay logros muy significativos respecto al desarrollo y crecimiento de esta población infantil debido a que no existe un trabajo intersectorial y de seguimiento, al poco compromiso de los gobiernos regionales y locales y a la pobreza en que se mantiene buena parte de la población peruana, la cual no tiene servicios adecuados y no asume cambios para tener hábitos saludables. Pese a ello si hay cambios y mejoras sustantivas como la participación de líderes y autoridades comunales, el aprendizaje sobre distintos aspectos de la infancia por parte del personal técnico, de las Madres Cuidadoras, Comités de Gestión y Socias de cocina y de las mismas familias lo cual representan un gran logro.

Las preguntas de investigación son las siguientes:

PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son los factores que han limitado o contribuido a la implementación óptima del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más (PNCM) en las zonas metropolitanas de Lima Sur durante el año 2012?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- 1.- ¿Cómo se viene implementando los lineamientos técnicos de la Unidad Gerencial de Atención Integral (SCD) del Programa Nacional Cuna Más?
- 2.- ¿Cuál es la calidad ofertada por el SCD del PNCM, en cuanto a salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y condiciones de seguridad para los niños(as)?
- 3.- ¿Cuáles son las percepciones de las familias usuarias con relación al servicio que ofrecen los Centros de Cuidado Diurno?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Es importante considerar que los primeros años en la vida de los niños y niñas es fundamental para garantizar un desarrollo pleno y seguro con respecto a su bienestar inmediato como a su vida futura. Si en estos primeros años, el niño recibe una adecuada atención, las probabilidades de que crezca sano, evidencie capacidades verbales y de aprendizaje, asista a la escuela y lleve una vida productiva y gratificante serán muchas. Sin embargo, esta situación no se da en la realidad actual, pues a millones de niños y niñas alrededor del mundo se les niega el derecho a alcanzar todas sus capacidades. Dada las condiciones sociales, económicas y culturales en muchas partes del mundo y en la realidad local peruana.

En el Perú, hay un total de 1 750 952 niños y niñas menores de 36 meses y en Lima Metropolitana hay 374 141 de los cuales en la zona de Lima Sur (Santiago de Surco, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador y Lurín)³ hay 110 202 de los cuales el 18% viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema (INEI 2012). En estos distritos, hay una población de 19 836 niños y niñas aptas para la atención del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más. Durante el 2012, este programa atendió a 1893 niños y niñas llegando así a cubrir solo el 9.54% de la demanda.

Analizar la implementación del SCD del PNCM permitirá reconocer cuáles son los factores que limitan o contribuyen su debida implementación. Este análisis identificará la implementación de los lineamientos técnicos en Atención Integral, reconocerá los factores que denotan la calidad del servicio y las percepciones que tienen las familias usuarias del servicio que el programa ofrece.

En el caso de los actores comunales del SCD del PNCM (miembros de los Comités de Gestión, Madres Cuidadoras, Socias de Cocina), se han verificado los niveles de compromiso, por una parte, y el ejercicio en la práctica de sus capacidades, por otro lado.

³ Municipalidades donde atiende la Sede Lima 1 del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más

Se ha escogido a la Sede Lima 1, que tiene a los distritos metropolitanos del cono sur de Lima, de este modo, se podrá profundizar en los factores que limitan o contribuyen la implementación del único programa social del Estado que brinda atención integral a los niños y niñas de 6 a 36 meses en condiciones de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad. El mayor conocimiento de estos factores es el tema principal en el que radica lo oportuno de esta investigación para la Gerencia Social, pues promoverá a que las Políticas Públicas en Primera Infancia se implementen con mayor eficiencia y eficacia⁴.

La tesis expone la realidad de la implementación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en la Sede Lima Sur y los factores que limitan o contribuyen su debida implementación. Así mismo, esta investigación ofrece mecanismos de mejora para la mejor atención integral a la primera infancia, por ello contribuirá a desarrollar el capital humano.

Luego de conocer y analizar los factores que limitan o contribuyen la implementación del SCD del PNCM, se podrá formular una Propuesta de Mejora para la implementación del Servicio de Atención Integral, que facilite al PNCM, optimizar el servicio que ofrece a favor más niños y niñas en la promoción de su Desarrollo Infantil Temprano.

La propuesta ofrece alternativas para materializar y llevar a la realidad una eficiente gestión que promueva mejoras en la calidad del servicio de atención integral enmarcado en el enfoque de derechos. La misma podrá implementarse a partir del modelo construido en base al análisis de su propia experiencia. Este aporte puede servir también a otras instituciones públicas o privadas dedicadas al desarrollo de la infancia, al fomento del desarrollo humano y al capital social.

⁴ Entiéndase como eficacia a la consecución oportuna de los objetivos trazados en la política pública como por ejemplo en la reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia, y eficiencia entendido como la consecución de estos mismos propósitos en el plazo establecido haciendo uso óptimo de los recursos otorgados para su cumplimiento.

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los factores que han limitado o contribuido a la implementación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en Lima Sur durante el 2012, analizando la ejecución de los lineamientos técnicos, calidad de los servicios entregados y la percepción de los usuarios; para proponer medidas de mejora que fortalezcan la implementación del programa.

Objetivos específicos:

- Identificar y analizar el nivel de implementación de los lineamientos técnicos de la Unidad Gerencial de Atención Integral del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur.
- Identificar los factores que estarían contribuyendo o limitando la calidad del servicio en cuanto a salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y condiciones de seguridad (habitabilidad) en la atención integral de los Centros de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur.
- Determinar las percepciones de las familias usuarias del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur.
- Formular una propuesta para el mejoramiento de la atención integral del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. ENFOQUES Y ESTUDIOS RELACIONADOS A LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

La parte teórica de la presente investigación presentará los enfoques sobre la atención integral a la primera infancia, que darán el marco y la fundamentación de los objetivos de la investigación.

2.1.1. Enfoque de Derechos

La presente investigación toma como principal referencia teórica el enfoque de derechos entendido éste como la necesidad de prodigar al niño y niña todos los cuidados necesarios para que se desarrolle de manera integral. Velar por que se cumplan los derechos a que el niño y niña tengan buena alimentación, salud cuidados y afecto entre otras cosas, es un deber de la familia y también de la sociedad y el Estado.

Bajo este enfoque se implementa el modelo de gestión comunal de CUNA MAS para que las autoridades políticas, comunales, públicas y familia de las localidades donde el Programa interviene se trabaje en forma conjunta para que el <infante tenga el derecho a vivir mejor.

Este enfoque se sustenta en el ejercicio de los derechos para asegurar un desarrollo integral disminuyendo los efectos adversos que la vulnerabilidad, la exclusión y la pobreza puedan haber ocasionado en la población.

Desde la Convención de los Derechos del Niño (CDN), se ha ido elaborando una nueva concepción de la infancia como portadora de derechos. El artículo quinto de este tratado internacional establece que:

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la

comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención (Unicef 2006:11).

2.1.2. Enfoque de Salud integral

El enfoque de salud a partir del congreso de ALMA ATA 1983 (Rusia) señala que el ser humano debe desarrollarse dentro de una salud integral donde lo físico, lo mental y lo social son indivisibles y se retroalimentan entre sí. Ningún área o dimensión del desarrollo en el niño y la niña es más importante o condicionante que otra, no se puede postergar una en favor de otra. Por ejemplo, no se puede primero atender su salud, luego su nutrición y después su desarrollo; pues la situación de la infancia necesita una respuesta integral.

Por ello las intervenciones con enfoque en salud que se den a los niños y niñas deben ser articuladoras entre sí, ya que no podría haber un adecuado estado nutricional si el niño padece de alguna enfermedad gastrointestinal por ejemplo o un adecuado desarrollo mental si no hay una atención efectiva en la prevención de la violencia.

2.1.3. Enfoques Psicopedagógicos

Este tipo de enfoque para el aprendizaje de los infantes busca generar un sistema multidimensional donde se articulen diferentes campos: neurobiológicos, socio-históricos, antropológicos y pedagógicos⁵:

- “Los adelantos de la **neurociencia** han demostrado que las experiencias de aprendizaje más tempranas de los niños son el factor más significativo que determina sus progresos futuros en la instrucción y el éxito que tendrán en el resto de su vida” (The Open University 2009: 4).

⁵ Modelo del paradigma de la complejidad y transdisciplinariedad de Edgar Morín (2001)

- La **Psicomotricidad** ⁶ considera que siendo el niño y niña una unidad muy compleja, es su cuerpo vehículo de expresión y de aprendizaje, de ahí la importancia de valorar y cuidar su cuerpo de las enfermedades y agresiones, y más bien brindarle oportunidades, momentos y espacios para que los niños se expresen a través de su cuerpo con libertad, y a su vez sea su cuerpo una forma de afirmar su identidad y el respeto de todas las demás personas.
- El **Constructivismo**. Este enfoque psicopedagógico, desarrollado por Lev Vygotsky, hace especial énfasis en el contexto y por tanto en los aspectos culturales y sociales para su aprendizaje. En las primeras etapas de la vida, la familia juega el papel mediador entre las costumbres y hábitos socioculturales del grupo y el niño/niña en desarrollo, siendo ellos sujetos activos en este proceso.
- **Piaget** plantea que en la etapa sensoriomotriz (0-2 años) los niños y niñas usan sus sentidos y destrezas motoras para investigar sobre aquello que lo rodea, en primera instancia fiándose de sus reflejos y posteriormente en la combinación de sus habilidades sensoriales y motoras, luego en la etapa pre operatoria (2-7 años) desarrollan un pensamiento simbólico, mágico y egocéntrico, ocasionándole muchas dificultades para ver las cosas desde otro punto de vista.
- **Bowlby** precisa que en la primera infancia se hace necesaria la presencia de una figura a quien apegarse, la cual brinda una segura base personal que servirá como andamiaje para su desarrollo.
- **Montessori**, constituye uno de los métodos para la formación y aprendizaje de los niños y niñas menores de 5 años, considera la libertad como base para el desenvolvimiento humano y el respeto a la

⁶La **Psicomotricidad** ⁶es desarrollada por las investigaciones de, principalmente, Wallon, Aucouturier, Lapierre, Josefa Lora, Myrtha Chocler,

personalidad del niño y niña, reconociendo al maestro como guía respetuoso que propicia y e incentiva el aprendizaje infantil.

2.1.4. Enfoque Intercultural

Ante la diversidad cultural del país, la interculturalidad se convierte en un enfoque prioritario para el tratamiento de la problemática de la niñez del país y de sus desafíos asociados. La interculturalidad es el encuentro entre culturas. No se puede hablar de interculturalidad si este encuentro no se produce en un contexto de diálogo, de interrelación equilibrada, que pasa por reconocer y conocer las diferencias y el respeto de las mismas.

La interculturalidad se relaciona al respeto y reconocimiento de la cosmovisión costeña, andina y amazónica, teniendo presente su concepción de naturaleza, de niño-niña, familia, comunidad, crianza, relaciones humanas y riqueza cultural. Implica la disposición para despojarse de estereotipos y actitudes que pueden estar atentando contra la dignidad de las personas. Así, también, supone el reconocimiento de prejuicios que no contribuyen al respeto y reconocimiento de la diversidad cultural.

La aplicación de este enfoque promueve a diversificar por ejemplo la alimentación en los bolsones de público objetivo identificados donde no necesariamente pertenecen a la geografía de la localidad donde actualmente viven o que se diversifique esta misma alimentación tomando en cuenta la idiosincrasia religiosa puesto que algunas iglesias como la adventista no incluyen en su régimen alimenticio el consumo de sangre animal y sus vísceras.

Otro factor de interculturalidad es sin duda el uso de la lengua nativa en los espacios y momentos de la comunicación con los niños y las niñas.

2.2. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DE LAS ZONAS METROPOLITANAS DE LIMA SUR

Lima Metropolitana “bordea el litoral, aproximadamente, en el km 50 de la Panamericana Norte, desde el distrito de Ancón hasta el distrito de Pucusana, cercano al km 70 de la Panamericana Sur. Dicha ubicación le otorga una extensión de, al menos, 130 km de costa y playas” (Municipalidad Metropolitana de Lima 2010:7). La provincia de Lima cuenta con 43 municipalidades metropolitanas, las cuales se encuentran divididas por áreas interdistritales, también conocidos por Conos. Estos representan 4 Conos denominados Norte, Este, Centro y Sur, que se muestran a continuación:

Cuadro N° 2.1. Áreas Interdistritales de Lima Metropolitana

LIMA NORTE	LIMA ESTE	LIMA CENTRO	LIMA SUR
		Surquillo	
		Santiago de Surco	
Santa Rosa	Santa Anita	San Miguel	Villa María del Triunfo
San Martín de Porres	San Juan de	San Luis	Villa El Salvador
Puente Piedra	Lurigancho	San Isidro	Santa María del Mar
Los Olivos	Lurigancho	San Borja	San Juan de Miraflores
Independencia	La Molina	Rímac	San Bartolo
Comas	El Agustino	Pueblo Libre	Punta Negra
Carabaylo	Cieneguilla	Miraflores	Punta Hermosa
Ancón	Chaclacayo	Magdalena	Pucusana
	Ate	Lince	Pachacámac
		La Victoria	Lurín
		Jesús María	
		Chorrillos	
		Cercado	
		Breña	
		Barranco	

Fuente: Municipalidad Metropolitana de Lima 2012:17, cuadro D 1.4

Educativa Local (UGEL informe anual 2012) de Lima sur. sin embargo, esto no es acompañado por una mejora real en la calidad del servicio.

Demanda del sistema educativo

“Para el año 2011, Lima Metropolitana consigna un total de 2'162,036 estudiantes, de los cuales el 50.99% corresponde al sector público. Es decir, 1'102,380 van a instituciones educativas financiadas con fondos gubernamentales” (Municipalidad Metropolitana de Lima 2012:83), el resto corresponde al sector privado.

Salud

“En Lima Metropolitana, además de los hospitales del Ministerio de Salud MINSA, se cuenta con los establecimientos administrados por el Seguro Social - *ESSALUD*, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, así como las clínicas y establecimientos de salud privados” (Municipalidad Metropolitana de Lima 2012:133). Los reportes de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Lima Sur, mostraron en la última década el incremento de niños y niñas menores de 3 años con alarmantes índices de anemia. (Reporte anual de salud infantil/MINSA/ 2012)

Otro dato de salud es la escasa presencia de establecimientos de salud para la creciente población de Lima Sur.

Durante el 2009, se contabilizaron 469 centros hospitalarios a nivel nacional, de los cuales 110 (23.5%) estuvieron en la provincia de Lima, equivalente a 1.4 hospitales por cada 100 mil habitantes, mientras que en el resto de país existió 1.7 por cada 100 mil habitantes. Asimismo, en el Perú, hubo 2,321 centros de salud durante el 2009, de los cuales 457 (19.7%) estuvieron en la provincia de Lima, equivalente a 5.6 centros de salud por cada 100 mil habitantes, mientras que en el resto del país existieron 8.9 por cada 100 mil habitantes. Esto quiere decir que en el resto del país hubo 3 centros de salud más por igual número de habitantes. En el caso de los puestos de salud, solo 193 (3.1%) estuvieron en la provincia de Lima, equivalente a 2.4 por cada 100 mil habitantes, mientras que en el resto del país existieron 26 puestos de salud más por el mismo número de habitantes. Una diferencia de 23 puestos de salud por 100 mil habitantes (Municipalidad Metropolitana de Lima 2012:133).

Cuadro N° 2.2: Cantidad de establecimientos de salud en Lima Metropolitana.

EES	Puesto de Salud	Centros de Salud	Hospitales	Total	%
MINSA	171	175	23	369	48.55
ESSALUD	5	16	14	35	4.61
PRIVADOS	-	237	66	303	39.87
PNP	10	21	3	34	4.47
FUERZAS ARMADAS	7	8	4	19	2.50
Total	193	457	110	760	100.00

Fuente: Municipalidad Metropolitana de Lima 2012:133, cuadro D 4.51

Gasto público en salud y saneamiento

El gasto público en salud a nivel del gobierno nacional y local en la provincia de Lima se incrementó en un 34.4%, constatándose un aumento de 171.45 nuevos soles a 230.35 nuevos soles, durante el periodo del año 2007 a 2010. A nivel de los fondos municipales, el incremento del gasto per cápita fue casi tres veces más alto. Se registró un crecimiento alrededor del 59.1% en tres años. (Municipalidad Metropolitana de Lima 2012:138).

Cuadro N° 2.3: Gasto público en salud y saneamiento, según niveles de gobierno Lima Metropolitana 2007 y 2010

Nivel de gobierno	Gasto público per cápita (S/.)			Avance de la ejecución del gasto (%)	
	2007	2010	Variación (%)	2007	2010
Nacional	121.22	150.44	24.1	88.7	94.0
Local	50.23	79.91	59.1	83.6	87.7
TOTAL	171.45	230.35	34.4	87.1	91.7

Fuente: Municipalidad Metropolitana de Lima 2012:138, cuadro D 4.55

2.4. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN INFANCIA.

La primera infancia está recibiendo en los últimos años, mayor atención en salud y educación a través de programas sociales formales y comunales:

La Salud y Educación de la Primera Infancia (AEPI) está recibiendo cada vez más atención en la agenda de políticas públicas en el mundo. Sus beneficios son múltiples, y van desde el ámbito personal y familiar del niño o la niña, hasta un nivel político, social, cultural y económico. Evidencia proveniente de países en vías de desarrollo sugiere que programas de AEPI, que incluyen servicios nutricionales y de inmunización, promueven prácticas de crianza saludables, y ofrecen espacios de recreación y aprendizaje, contribuyen significativamente al desarrollo integral y al bienestar de los niños. Asimismo, se habla de la importancia de programas dirigidos a la primera infancia en la consecución de una serie de metas sociales, culturales y económicas que son vitales en la lucha contra pobreza. [...] el Estado Peruano también asumió durante la última década, una serie de compromisos para incrementar los servicios de nutrición, salud y educación para la primera infancia y mejorar su calidad de atención. Entre tales responsabilidades, figuran el Acuerdo Nacional, el Plan de Acción por la Infancia y la Adolescencia, el Proyecto Nacional de Educación, y recientemente el Pacto Social por la Primera Infancia. A pesar de ello, el acceso a servicios de AEPI de buena calidad continúa siendo limitado, sobre todo para las poblaciones más alejadas y vulnerables, donde niñas y niños de hogares pobres, que habitan en zonas marginales y rurales, presentan un estado nutricional deficiente o tienen alguna discapacidad. (Niños del Milenio 2010:1-2)

Desde el Gobierno del presidente Alan García (2006) y del Sr. Ollanta Humala (2011), se considera como una prioridad del Estado promover la mejora del estado nutricional de las niñas y los niños, así como de la disminución de sus índices en desnutrición crónica. Por ello, en las políticas de Estado del Acuerdo Nacional en su objetivo II, denominado Equidad y Justicia Social, política 16, llamado Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud, se describe la clara intención del Estado en abordar estos temas desde una mirada intersectorial en la que se van a ver involucrados los ministerios de: salud, educación, desarrollo e inclusión social, de la mujer y poblaciones vulnerables ya que todas estas instituciones atienden desde sus programas a los niños y niñas menores de 5 años.

2.4.1. Estrategia / Modelo de inclusión social desde el MIDIS.

El MIDIS (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social) propone un nuevo modelo de política social con el fin de lograr la inclusión social.

Este modelo refiere estrategias a corto, mediano y largo plazo, a continuación, se detalla brevemente cada uno de ellos exponiendo los siguientes indicadores:

A. En las estrategias de corto plazo para el alivio temporal o la asistencia inmediata.

- La reducción de la población que no logra cubrir la canasta alimentaria básica, o reducción de la pobreza extrema.
- La reducción de la brecha de pobreza o de la distancia promedio entre el gasto per cápita de la población en situación de pobreza y la línea de pobreza.

B. En las estrategias de mediano plazo dirigidas a la mejora de las capacidades de generar ingresos.

- La mejora en el acceso conjunto a servicios básicos como instalaciones mejoradas de agua y desagüe, electrificación y telefonía.
- La reducción sostenible de la pobreza extrema, medida según el ingreso generado por el propio hogar.

C. En las estrategias de largo plazo orientadas a ampliar las oportunidades de la siguiente generación.

- La disminución de la desnutrición crónica infantil (menores de 5 años de edad).
- La mejora en la asistencia de niños y niñas de 3 a 5 años de edad a instituciones educativas.

Como parte central de su modelo de política social, el MIDIS incorpora la gestión por resultados. Para los indicadores mencionados, ha definido con claridad metas que deben ser alcanzadas en el 2016 (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2012: 13)

Figura N° 2.2: Intervención en tres horizontes temporales



Fuente: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2012: 12, Gráfico 1

La estrategia propone tiempos en cada horizonte:

En el corto plazo: Proporcionar alivio temporal a los hogares cuyas extremas restricciones de liquidez ponen en riesgo su seguridad y sus condiciones para enfrentar las necesidades cotidianas y las perspectivas de futuro. Como instrumentos directos de intervención, el MIDIS cuenta con dos programas sociales: Juntos y Pensión 65. **En el mediano plazo:** Ampliar la estructura de oportunidades económicas para las familias en territorios de alta pobreza. Define intervenciones referidas al desarrollo de capacidades de innovación y asociación, acceso a infraestructura y servicios públicos, creciente autonomía en la generación de ingresos y procesos de inclusión financiera. El MIDIS interviene directamente a través de un programa social, el FONCODES. **En el largo plazo:** Garantizar condiciones para que la siguiente generación no herede la pobreza y la exclusión de sus padres. Define intervenciones que aseguren nutrición, salud y educación de calidad para los niños y niñas. Como instrumentos directos de intervención, el MIDIS cuenta con dos programas sociales: Qali Warma —que iniciará su atención el primer día de clases del 2013— y Cuna Más. Además, realiza el seguimiento de las condicionalidades de educación y salud del programa Juntos (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2012: 12)

2.4.2. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria⁷

“La Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria se ha diseñado considerando los enfoques de ‘derechos humanos’ y el de ‘gestión social de riesgos’, y deberá prevenir la desnutrición, incrementando las capacidades sociales y productivas, desarrollando una cultura alimentaria nacional y fomentando la oferta de alimentos nacionales” (Presidencia del Consejo de Ministros 2004: 2). Estas capacidades sociales están referidas a como dinamizar desde el ejercicio de articulación a niveles menores de organización y tener un alcance así hasta las unidades familiares. Así esta estrategia tiene como ejes:

1. **Protección Social de los Grupos Vulnerables** para mejorar el acceso y ejercicio de los derechos sociales y económicos básicos especialmente el derecho a la alimentación de los individuos, familias y comunidades en situación de extrema pobreza y mayor vulnerabilidad [...].
2. **Competitividad de la Oferta Alimentaria Nacional**, para aumentar sosteniblemente la competitividad de la oferta alimentaria nacional [...]
3. **Fortalecimiento de capacidades para el manejo de riesgos en seguridad alimentaria a nivel local, regional y nacional** para lograr capacidad de resolución para la prevención, mitigación y superación de los riesgos que afrontan la sociedad en el campo de la seguridad alimentaria, a nivel local, regional y nacional [...]
4. **Marco Institucional a nivel local, regional y nacional para modernizar la gestión en seguridad alimentaria** para lograr instrumentación flexible de la Estrategia de Seguridad Alimentaria, en el marco del proceso de descentralización (Presidencia del Consejo de Ministros 2004: 2).

Así se espera que con la implementación de esta estrategia se obtengan resultados claves en el conocimiento e implementación de prácticas adecuadas en salud, alimentación e higiene en los miembros que integran las familias con especial atención en aquellas que tienen niños y niñas menores de 36 meses. Así mismo se espera una participación articulada entre los niveles de gobierno, ya sea local y/o regional, y sus comunidades a fin de gestionar eficientemente los programas de seguridad alimentaria. En consecuencia, se espera que los miembros de la sociedad civil sean capaces de ejercer sus derechos básicos

⁷ Decreto Supremo 066-2004 – PCM. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004– 2015, Resumen Ejecutivo

sociales y fundamentales, priorizando el derecho al empleo y a la alimentación (Presidencia del Consejo de Ministros 2004: 2)

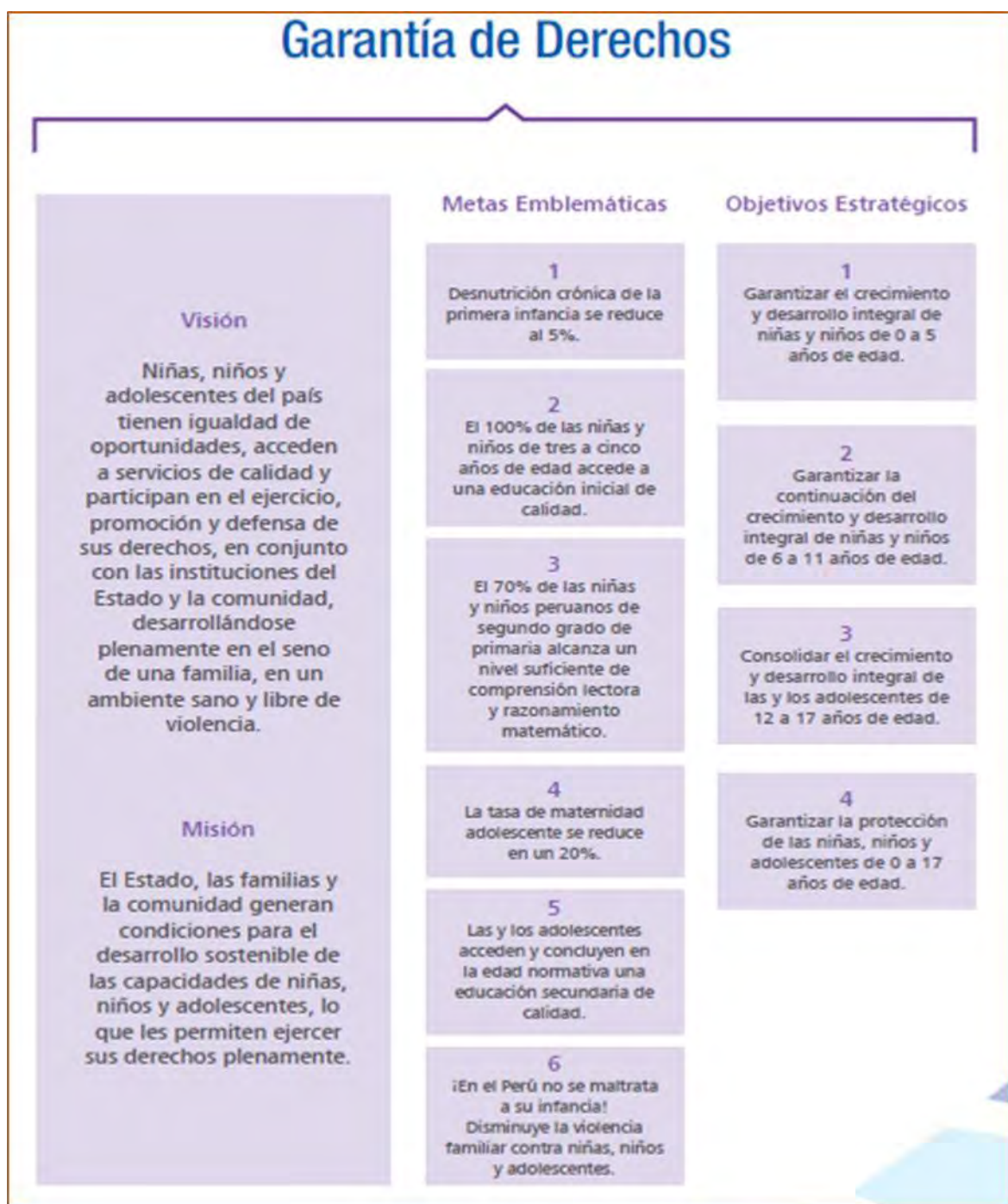
2.4.3. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia

En su última versión este plan tiene un horizonte temporal que va desde el 2012 al año 2021, en el que se conmemorará los 200 años de nuestra independencia patria. Anteriormente el país había contado con planes similares para los 3 siguientes períodos: 1992-1995, 1996-2000 y 2002-2010 respectivamente. Este documento constituye “el instrumento marco de política pública del Estado Peruano, para articular y vincular las políticas que se elaboren en materia de infancia y adolescencia en el país, que orientará en la presente década la acción del Estado y de la sociedad civil hacia el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes peruanos” (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables 2012: 9).

Estructuralmente, este plan que lanza el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables consta de 4 objetivos estratégicos relacionando los distintos grupos etarios de los niños, niñas y adolescentes con los enfoques de derecho, ciclo y curso de vida, género, interculturalidad y equidad, priorizando las necesidades de todos ellos para su desarrollo humano integral (2012: 9).

En la figura 2.3 podemos apreciar las 6 metas emblemáticas que contiene el plan, en las que 3 de ellas están referidas a la primera infancia, así mismo los objetivos estratégicos están ceñidos a la consolidación y garantía del crecimiento, desarrollo integral y protección de las niñas y niños.

Figura N° 2.3: Metas Emblemáticas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.



Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables 2012: 61

2.4.4. Estrategia Nacional “Crecer para Incluir”⁸:

Según la propuesta del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, esta estrategia está destinada a orientar las políticas públicas a un nivel de articulación intersectorial e intergubernamental que promueva el desarrollo integral de las personas con un carácter inclusivo. Esta estrategia plantea 5 orientaciones y 4 ejes prioritarios; una primera orientación está basada en el aterrizaje de las políticas sociales en el hogar, en el entendido como la unidad de diseño y análisis, la segunda orientación está fundada en la activación de iniciativas y procesos de inclusión social desde el enfoque de Gestión por Resultados. La tercera orientación se basa en la articulación de los procesos de la gestión públicos en referencia a los resultados priorizados de inclusión social, una cuarta orientación que tiene por propósito integrar las herramientas producto de la gestión articulada basada en las competencias. Finalmente, una quinta orientación que busca promover el liderazgo en los gobiernos regionales y locales para la efectividad de sus propias iniciativas en el territorio (2012: 19).

Esta estrategia impulsada por el MIDIS está soportada por 4 ejes estratégicos como la nutrición infantil, el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), las competencias para la vida y la inclusión económica. Por ello la temática de la desnutrición crónica infantil es tratada ya como un compromiso nacional en la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) y en la Asamblea Nacional de Gobiernos Locales, y en efecto en agosto del 2012 se aprueba bajo Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS el lineamiento denominado “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental para reducir la desnutrición crónica infantil” (2012: 20).

⁸ Una política para el desarrollo y la inclusión Social en el Perú, MIDIS, octubre del 2012

2.4.5. Programa Juntos

Juntos es un programa que “entrega incentivos monetarios, dando ayuda y orientación para mejorar la capacidad económica de los hogares con gestantes, niños, adolescentes o jóvenes hasta de 19 años en situación de pobreza; asimismo, colabora a disminuir las barreras que impiden la utilización de los servicios de salud-nutrición y educación” (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2012: 48).

El monto que reciben las familias focalizadas por el programa es de 200 nuevos soles y este es provisionado con frecuencia bimensual, de esta forma el Estado busca brindar alivio y desarrollo del capital humano involucrando los sectores de salud y educación en las familias beneficiadas por el programa (2012: 48).

2.4.6. Programa Nacional Cuna Más

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social crea al programa nacional Cuna Más el cual es un programa social previamente focalizado, es decir con prioridad a niñas y niños menores de 36 meses de edad que viven en zona de pobreza y pobreza extrema, en la que se ofrece atención integral referidos a servicios de salud como cuidados básicos, nutrición a través del principio de la alimentación balanceada, aprendizaje infantil temprano a través del juego como insumo de aprendizaje constante y habitabilidad entendido como espacios seguros para las niñas y niños. Este programa tiene por objetivo el mejorar el desarrollo infantil a su público objetivo a través de sus dos modalidades de intervención: el servicio de cuidado diurno, que se brinda en los Centros Infantiles de Atención Integral Cuna Más; y el servicio de acompañamiento a familias a través de las visitas domiciliarias (2012: 49).

El servicio de cuidado diurno recoge el modelo de atención y de gestión de los wawa wasi y mejora la calidad de los servicios a través de una mejora en la infraestructura y el equipamiento de los centros, la profesionalización de las cuidadoras, el acompañamiento técnico permanente a los servicios, y una propuesta de atención que responde a los niveles de desarrollo de las niñas y niños, así como al contexto cultural. El servicio de acompañamiento a familias busca mejorar los conocimientos, prácticas y capacidades de las familias para el cuidado y

aprendizaje de sus niñas y niños menores de 36 meses. Se realiza mediante visitas a hogares y sesiones grupales de socialización e interaprendizaje con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses de edad y sus familias en los Centros de Acompañamiento a Familias acondicionados por el Programa (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2012: 49).

2.4.7. Plan Nacional de Educación para Todos 2005-2015.

El Plan Nacional de Educación Para Todos (EPT), del Ministerio de Educación, surge como consecuencia de la participación de la delegación peruana en los foros previos celebrados en Dakar (Senegal) en el año 2000 y anteriormente dado en Jomtien (Tailandia) por el año 1990 donde se adopta la declaración mundial sobre Educación para todos. Es en el foro mundial realizado en Dakar los aproximadamente 1500 participantes estuvieron de acuerdo en el establecer un marco de acción con 6 objetivos generales a alcanzar en el 2015. Lo objetivos ceñidos al grupo etario infantil se destaca el objetivo 1, el cual propone extender y mejorar la protección y educación integral de la primera infancia, especialmente para las niñas y niños más vulnerables y desfavorecidos (2015:13).

Este plan nacional consta de 2 partes, la primera contiene el marco de acción integrado por 2 capítulos, el primero de ellos exponiendo el concepto de equidad en educación, el diagnóstico focalizado de los 6 objetivos consensuados en Dakar y una síntesis sobre la localización de las brechas en educación; el segundo capítulo de esta primera parte, denominado “Marco Estratégico”, abarca las opciones de política y los objetivos estratégicos, así como sus indicadores. Finalmente, la segunda parte de este documento expone el plan de acción del foro nacional EPT la cual esta compuesto por 2 componentes, uno dirigido hacia un plan de sensibilización y el otro hacia un entorno de vigilancia promoviendo una participación más concreta (2015:18-19).

2.5. LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA INFANCIA.

Como ya dijimos la infancia es una etapa muy importante en la vida de las personas, y depende de las condiciones de vida, el desarrollo de los lugares en los que vive.

Debido a su crucial y definitivo papel en la vida de los países, y por constituir una etapa breve, pero a la vez muy compleja y rica en oportunidades, se necesita que la familia o cuidadores tengan todos los servicios materiales, sociales, culturales a su alcance; pero no solo de manera oportuna, sino además de manera holística, integral y de calidad.

La calidad del servicio puede también ser corroborado cuando las familias conocen y colaboran en la propuesta porque le ven utilidad, esto significa que se habrán tomado en cuenta los aspectos culturales, sus costumbres y sus expectativas.

Una de las primeras condiciones para atender integralmente al infante es enfocarse en la calidad de los programas que los gobiernos latinoamericanos han elaborado para enfrentar los retos que supone atender esta fase de la vida de sus ciudadanos. Entre estos, hemos concluido la existencia de diversos criterios que asegurarían un adecuado estándar de atención a la niñez que, por cierto, tiene como fundamento los estudios realizados por Victoria Peralta y Gaby Fujimoto⁹: calidad e igualdad de distribución, desempeño de los agentes educativos, calidad de servicios comunitarios y cuáles son las condiciones en que el currículum se está aplicando (Peralta y Fujimoto 1998:116).

2.5.1. “Calidad y equidad: El niño como centro de los programas destinados a la infancia” (Peralta y Fujimoto 1998: 116).

En primer lugar, aunque obvio, es importante establecer que el objetivo de todos los programas dedicados a la infancia es la niñez. Por ello,

⁹ Proyecto Multilateral “Mejoramiento de la calidad y equidad de la educación básica”. Santiago de Chile, Organización de los Estados Americanos.

debería existir un adecuado estándar de atención en las políticas de gobierno e igual distribución de la misma hacia los niños. Esto se debe a que no solo porque el periodo clave del ser humano son los primeros años de vida, sino porque en esta etapa se hacen efectivos sus lazos de socialización y se crean programas que pueden beneficiar a la madre, lo que ocasiona el progreso de la familia y, por tanto, de las sociedades. Sin embargo, es necesario asumir que, así como la atención beneficia, la poca cobertura del Estado en las zonas socioeconómicas más vulnerables de sus regiones, así como las condiciones infrahumanas en las que se cría el infante, puede ocasionar efectos negativos. Lamentablemente, tal y como lo afirma el estudio de Fujimoto, la cobertura de programas para niños de los sectores más pobres, sobretodo [sic] del menor de tres años es muy reducida aún en Latinoamérica (Peralta y Fujimoto 1998: 117).

(...) es necesario que el niño sea reconocido como persona, cuyo bienestar depende de factores multisectoriales e integrales: biológico, psicológico y social. Por esta razón, el enfoque educativo, nutricional, salud debe ser adecuadamente organizado por el Estado, que, hasta ahora, ha visto limitada sus acciones y objetivos. Ante este panorama, el enfoque debe centrarse exclusivamente en los niños (sobre todo con los menores de dos años y los lactantes) y sus externalidades: el rol de los padres. Por ello, podrían sugerirse algunas recomendaciones concretas para lograr un adecuado progreso de los programas que el Estado considere crear para atender a la niñez latinoamericana. (Peralta y Fujimoto 1998: 117).

Otra de las recomendaciones es la necesidad de monitorear y seguir conociendo la realidad del niño en la región latinoamericana. Este hecho, por supuesto, debe ser asumido respetando y reconociendo los campos de realización de cada sector involucrado en el estudio de la niñez y que haya una muy pertinente confluencia entre estos. Aquí, por cierto, el rol del educador es esencial. Así lo sugiere las investigadoras:

“cabe nuevamente hacer esfuerzos por tratar de compatibilizar los diferentes objetivos que se pretenden, todos muy válidos sin dudas, pero que ello no implique que se lesionen aquellas condiciones que son cruciales para el desarrollo y aprendizaje de los niños, si es que los programas se definen en función a ellos” (Peralta y Fujimoto 1998: 120).

2.5.2. “Calidad del agente educativo” (Peralta y Fujimoto 1998:120).

En segundo lugar, otro de los criterios que aseguraría una adecuada atención a la niñez es la calidad del docente y todo aquel que sea participe en la acción educativa de esta población etaria. Así, es necesario analizar esta condición, puesto que su rol asegura el éxito del sistema educativo. Dentro de este aspecto, entonces, un eje fundamental es cómo se está realizando la formación de los profesores que atienden la educación de los niños en edad primaria y preescolar.

En América Latina, esta preparación no es la más adecuada. La especialización de la educación en niños de entre 3 a 5 años no es un hecho generalizado en Latinoamérica, sino que, sobre todo, esta está más enfocada en el docente de educación primaria, mas no del preescolar. Asimismo, el docente de esta fase educativa ha sido formado desde el punto de vista urbano, lo que desatiende a las poblaciones rurales, indígenas, que no solo tienen problemas nutricionales que dificultan el aprendizaje, sino que no se le atiende en su realidad sociolingüística. Por ello, se hace necesaria la formación del docente en áreas especializadas, con el manejo de fundamentos, metodologías y propuestas curriculares, pues este es el que más relación tiene con el niño luego de su familia. Así, hay que mantener los criterios de calidad del docente, los que discurren desde lo sociopolítico, lo psicológico y la especialización técnica.

Otro eje clave es la participación de los técnicos del nivel intermedio. Por supuesto, referimos aquí, sobre todo, al rol de los auxiliares, que, si bien aún no está muy difundido en América Latina, países como Perú, Chile y Argentina cuentan con este tipo de colaboradores de los docentes.

Por otro lado, la calidad de los partícipes del sector educativo también puede estar integrada por agentes educativos que, sin ser profesionales especializados por la universidad, pueden cumplir un rol clave en la formación de la niñez. Estos pueden ser parte de una comunidad que, a su vez, han sido elegidos por la misma a través de la denominación de

promotores, animadores, madres voluntarias, etc., cuya principal labor es una profunda y constante labor comunitaria con la familia que se direcciona hacia la educación de los niños. Como lo indica el estudio, “cuando la madre se incorpora como para-profesional al interior de la sala de clase, los niños obtienen los mayores logros en cuanto al desarrollo cognitivo y socioemocional” (Peralta y Fujimoto 1998: 122). Sin embargo, esta participación tiene sus riesgos, pues, para incrementar un mejor desempeño de este, es necesario capacitar y supervisar sus acciones, así como realizar una adecuada selección del personal que se podría dedicar a estas actividades con niños.

Ante esta realidad, es necesario determinar cómo se podría conseguir una máxima participación de calidad de estos partícipes de la educación infantil. Primero, los profesionales e instituciones dedicados al desarrollo de programas educativos para la infancia deberían tener una alta formación para el desarrollo de programas para la primera infancia. Luego, se debe diseñar e implementar programas que tiendan a incrementar la cobertura socioeducativa que se ha referido. Sin embargo, dentro de estas recomendaciones, el plano de los académicos que tendrán la responsabilidad de formar a los futuros profesionales en la educación preescolar y primaria se hace imprescindible. Por ello, se debería realizar talleres, cursos, seminarios, etc., que busquen perfeccionar el nivel académico de los centros de estudios dedicados de este perfil. Estas actividades deberían ser dirigidas, como lo dice Fujimoto, por curriculistas, coordinadores o los especialistas de programas que busquen una intervención más innovadora en el plano educativo con la finalidad de transferir esta experiencia a los nuevos docentes.

Otra de las sugerencias es que se especialice a los docentes de educación inicial en un campo multisectorial: cómo trabajar con la familia y la comunidad, crear programas que indiquen y asuman el contexto sociocultural del niño.

En el plano curricular de la formación de educadores debe incluir una reflexión y análisis de la realidad latinoamericana en todos los niveles

socioculturales, la definición de desarrollo humano, el nivel de investigación del docente, cómo aplicar lo aprendido por la teoría en el terreno de la práctica, etc. De esta manera, se hace necesario que el rol de los centros universitarios es el de formar educadores honestos, impartidores de cultura y constructores de conocimiento, proactivos, etc.

En otras palabras, es importante que el docente no detenga su proceso de aprendizaje y lo asume como una constante a lo largo de su vida académica y, luego, profesional. Todo ello se propone con la finalidad de favorecer el aprendizaje significativo para los niños, lo que permitiría potenciar sus habilidades.

Finalmente, una última sugerencia es el plano de los agentes educativos comunitarios. Estos, como ya hemos dicho en líneas anteriores, deben ser capacitados adecuadamente, hacer más efectiva su labor, aunque sin perder las características de ser representantes de su comunidad.

2.5.3. “La calidad de los servicios de las modalidades comunitarias” (Peralta y Fujimoto 1998: 126).

En tercer lugar, otro de los factores que aseguran la calidad de atención a los niños es el servicio de las modalidades comunitarias. Los modos de atender a la niñez poseen logros en el mundo moderno; sin embargo, hay también aspectos críticos que bien conviene analizar en sus diversos aspectos: administración, gestión, financiamiento, ejecución, expansión y evaluación. Desde ese punto de vista, los programas comunitarios (no escolarizados) tienen grandes logros, aunque, es cierto que posee limitaciones que han sido cuestionadas. Así, ¿cómo se analiza la situación de estos programas?

En muchos casos, se ha solicitado que estos programas comunitarios deben ser autosostenidos; sin embargo, esto ha fracasado, dado el nivel de la pobreza de las familias a las que pertenecen estas modalidades comunitarias.

Otro tema es la retribución económica a los que realizan estas prácticas de voluntariado. Sin embargo, “hay fórmulas para beneficiar el servicio con mejor infraestructura, mayores insumos, mejoras de la comunidad, estímulos a los agentes educativos a través de becas de estudios en centros superiores u otras formas de retribución” (Peralta y Fujimoto 1998: 126).

Lamentablemente, este servicio comunal es muy minusvalorado o, en el peor de los casos, se incluyen en este servicio a personal no calificado con tal de abaratar costos. Este hecho causa la degradación del servicio y una muy mala calidad de la atención a los niños. En todo caso, estas son algunas recomendaciones que se podrían brindar frente a los desafíos de la niñez en Latinoamérica.

a. Una mejor cobertura de los programas para sectores no atendidos de las regiones de Latinoamérica.

Este es un aspecto necesario para desarrollar una mejor interacción con la población de la primera infancia que se encuentra en regiones vulnerables. Ante estos hechos, es urgente diseñar programas concretos para estas poblaciones. Sin embargo, estas prácticas aún son escasas. Esta ampliación de la cobertura de las estrategias y el diseño de modos para sectores no atendidos se hace urgente. Un modo de solucionar este problema es utilizar alternativas que incluyan a estudiantes de educación secundaria o articular las prácticas profesionales de las universidades que podrían realizarse en estos programas. Por último, se podría utilizar en el uso de los “medios de comunicación masiva, el teléfono y la computación, junto con el trabajo con agentes educativos que adapten, especifiquen y evalúen los requerimientos propios de cada niño” (Peralta y Fujimoto 1998: 127).

b. El respaldo de políticas que permitan la continuidad de estos programas y de la difusión de su filosofía.

La educación debe ser asumida como un proceso. Esta característica debe comprenderse como un hecho permanente y en el que deben concertarse varios fenómenos.

Es decir, la educación debe ser un hecho en el que confluyen estudios interdisciplinarios. Así, todo lo relacionado a programas no convencionales relacionados a la educación inicial no debe ser subestimado y, más bien, debería propugnarse una filosofía en la que se resalte las bondades de este sesgo:

Este tipo de programas tiene que ser respaldado por políticas y normas públicas que faciliten la continuidad, la adaptación de los calendarios, el desarrollo de las jornadas con niños y padres acorde a las necesidades de éstos, el desembolso de recursos para acciones comunales, programas de alimentación, de salud, legales, psicológicos, entre otros, en áreas no tradicionales de la administración pública (Peralta y Fujimoto 1998: 128).

c. Definir políticas de programas para infantes pertenecientes a sectores vulnerables.

Este aspecto es necesario de entender. La lógica de la equidad debe considerarse que, dentro de la “variación de alternativas de atención formal y/o no escolarizado” (Peralta y Fujimoto 1998: 128), lo que debería ser prioritario es atender las exigencias y demandas de los excluidos dentro de sus requerimientos socioculturales. Dicho de otra manera, existen prejuicios o polémicas sobre el rol de los padres de estas comunidades vulnerables y que agravan la desigualdad social. Por ello, es vital revisar y reorganizar el sistema educativo según las necesidades, intereses y aspiraciones culturales y sociales, y tratar de desarrollar y mejorar programas de educación no convencional.

d. Importancia de “estudios sólidos sobre resultados de experiencias en niños, familias y las comunidades” (Peralta y Fujimoto 1998: 129).

Estos programas no convencionales, al principio, deberían ser aplicados en escala gradual. Es decir, deben proponerse inicialmente como piloto y, luego, deben ser constantemente sometidos a evaluaciones. Es importante este principio, pues permitiría un mejor saber sobre estos programas: cómo, qué y para quiénes funcionan, las mejoras comunales, eficiencia de los promotores-padres, etc.

Sería necesario compartir cada uno de los resultados, sus efectos en niños y padres, el grado de cumplimiento de sus objetivos, cómo afectaría a los niños y adultos, etc. Así, lo necesario es la inversión en educación es a largo plazo, y no necesariamente se sabrán los resultados de los programas de manera casi inmediata, sino que las consecuencias se deberían asumir a largo plazo.

e. Permanente capacitación de agentes y líderes comunitarios

Esto se debe a que los programas convencionales son muy exigentes. Por otro lado, se hace necesario que los agentes educativos sean capacitados permanentemente, pues son ellos los que deberán respetar cualquier ley y brindarían un ejemplo concreto. Del mismo modo, la educación de los niños pobres debería complementarse con la de adultos. Así, es importante que una madre sea letrada, educada, pues se complementaría con la educación de sus hijos. Por esta razón, un aspecto significativo es el habilitar técnica o profesionalmente a los agentes comunitarios.

2.5.4. Calidad de la práctica del currículum en la educación inicial.

Finalmente, un último aspecto de la calidad de atención es el “estado de la práctica del currículum en la educación inicial” (Peralta y Fujimoto 1998: 129). Sobre este aspecto, existen varias opiniones sobre el estado y a la calidad del currículum de la educación de esta etapa de la niñez.

- No hay un criterio homogéneo sobre la calidad del currículum, ni una definición exacta de cada uno de estos. Lo que sí se sabe es que el currículum se ha ido avanzando hacia la pertinencia, lo que origina varios objetivos según la región donde se realice.
- Nuestra educación es *eurocentrista*. Por ello, materiales, pedagogías, planes de estudios, etc., han sido importados desde Europa. Este fenómeno, sin embargo, no ha podido ser revertido y, más bien, se continúa un proyecto económico político que elaboran modelos para países de otra realidad a la nuestra.
- La creación de modos curriculares para contextos distintos ha sido un obstáculo. Esto ha ocurrido porque se ha aplicado de manera indiscriminada, sin tomar en cuenta las realidades diferentes.
- Es necesaria la participación de las comunidades para la construcción de los currículos según las necesidades de los niños. Es decir, deben participar la familia y la comunidad.
- Para la población infantil, menor de dos años, es necesario tomar en consideración que el currículum debe tener una labor preventiva. En otras palabras, el currículum debe iniciarse desde que se está gestando para lograr una auténtica labor preventiva.
- Otra característica de este vínculo es entre el niño y su realidad pedagógica, lo que haría que se respete el ser y el hacer de las personas cuyo estilo de vida se ha visto limitado por el currículum.

2.5.5. Calidad del servicio

La ampliación de la cobertura no basta. La calidad de los programas constituye hoy en día argumento clave para la formulación y aplicación de políticas y el desarrollo de programas y proyectos. La calidad deviene también en garantía de equidad y sustentabilidad de esta atención inicial. El concepto de calidad deseada en estos programas debiera definirse en cada caso nacional concreto, o en el caso de los programas mismos con la participación de los actores sociales involucrados, considerando su

cultura y contexto, sus expectativas y necesidades. [...] Hay consensos para asumir que la noción de calidad no puede ser el resultado de la imposición de estándares pretendidamente universales, sino de la articulación de unos mínimos básicos que han logrado consenso internacional, con las expectativas y valores nacionales y locales. Otro consenso reconocido es que tan importante como definir esos mínimos es la obtención de estrategias e instrumentos para evaluar el impacto en los niños y niñas, en sus ambientes de desarrollo y en los actores que interactúan con ellos. La opción por experiencias de investigación que sistematicen y acompañen estos procesos facilitará evaluar y reorientar la calidad de lo que se hace (Rivero y Rivero 2002: 6).

El pilar fundamental para el cual se medirán los procesos es el eje denominado Atención Integral, la misma que reúne 4 componentes que se detallan a continuación:

Componente de Salud

“Tiene como objetivo principal mejorar y/o mantener la salud de los niños y las niñas y garantizar que permanezcan en ambientes seguros y saludables mediante la promoción, prevención y atención de la salud; trabajando conjuntamente [sic] con el Ministerio de Salud (MINSA) y la corresponsabilidad de la familia y la comunidad” (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2011: 39).

Es preciso señalar que, como parte de las acciones del control del Crecimiento y Desarrollo, también conocido como CRED se vincula las acciones de promoción de vida saludable es decir la adherencia a las practicas saludables para la salud y la nutrición.

Componente Alimentación y Nutrición

“Este componente diseña, propone y monitorea normativas, estrategias y acciones que tienen el objetivo de brindar una atención alimentaria y nutricional segura, nutritiva, agradable y pertinente para las niñas y los niños usuarios de los Wawa Wasi, de manera que contribuya con mejorar y mantener los estados nutricionales favorables de estas niñas y niños” (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2011: 40).

En la actualidad se viene ofreciendo 3 comidas diarias de las 5 que debe recibir cada niña y niño.

Componente Aprendizaje Infantil Temprano

“Tiene como objetivo que las niñas y los niños atendidos alcancen niveles óptimos de desarrollo en todas sus dimensiones: motora, cognitiva, social, emocional y comunicativa. Para ello ha previsto impulsar la vigilancia del desarrollo infantil, aplicando instrumentos mensual y anualmente” (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2011: 40).

Esta vigilancia del desarrollo infantil se desarrolla a través de las madres cuidadoras quienes reciben capacitación en el uso de un instrumento denominado “Panel Interactivo” el cual brinda de manera muy practica los alcances de las áreas de desarrollo infantil a través de actividades que se refuerzan a través del juego cotidiano.

Componente Habitabilidad y Seguridad

“Este componente tiene como prioridad brindar espacios físicos en condiciones de salubridad y de seguridad con implementación del equipamiento básico para la atención integral de las niñas y los niños beneficiarios del Programa” (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2011: 40).

Este componente constituye el pilar de los 4 componentes expuestos ya que solo un local con adecuada seguridad es habido para el funcionamiento del programa.

Programa Nacional Wawa Wasi

El Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) es el único Programa Social del Estado que en cogestión Estado – Comunidad brinda atención integral a la primera infancia respondiendo a la necesidad de cuidado diurno de niñas y niños menores de 47 meses de edad, hijas e hijos de madres - padres que trabajan o estudian; particularmente niñas y niños que se encuentran en situación de riesgo y vulnerabilidad y/o que viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2011: 34).

Programa Nacional Cuna Más

El Programa Nacional Cuna Más es un programa social focalizado a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), que “tiene como objetivo general mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas de situación de pobreza y pobreza extrema para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional” (Presidencia del Consejo de Ministros 2012: 2)

Servicio de Cuidado Diurno (SCD)

El SCD es una de las modalidades de intervención del Programa Nacional Cuna Más, a través del cual se “brinda un servicio integral a niñas y niños de entre 6 a 36 meses de edad que requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades” (Presidencia del Consejo de Ministros 2012: 2)

Madre Cuidadora

Es la voluntaria de la comunidad / localidad que se encarga del cuidado de los niños y niñas que atiende el programa.

“Wawa Wasi”

“Casa de niños en quechua” (Ministerio de la Mujer y Desarrollo social 2011: 8). Es el espacio físico donde están los niños y las niñas bajo la atención de las Madres Cuidadoras.

Comité de Gestión

Miembros voluntarios de la comunidad / localidad quienes se encargan de viabilizar la gestión del ex Programa Nacional Wawa Wasi actualmente Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

Consejo de Vigilancia

Miembros voluntarios de la comunidad / localidad quienes se encargan de velar por el transparente usos de los recursos, así como del cumplimiento

de funciones de cada miembro del comité de gestión y de las Madres Cuidadoras.

Familia usuaria.

Familia cuyos niños y/o niñas reciben la atención integral en un Centro Cuna Más.

Zona Metropolitana de Lima Sur

Distritos de la zona sur donde se brinda el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más comprendidos por: Chorrillos, Villa El Salvador, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Lurín.



2.6. EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS (PNCM)

Según el DS 003-2012- MIDIS, es un programa social focalizado, adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, creado con el propósito de brindar atención integral a niños y niñas menores de 36 meses de edad, en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema. Su objetivo general es el de mejorar el desarrollo infantil de niños y niñas menores de 36 meses de edad en zonas de intervención (2012: 1-2).

Para lograr este objetivo, el PNCM organiza su intervención a través de distintas unidades gerenciales, como la Unidad Gerencial de Atención Integral (UGAI); la cual a través de sus diferentes especialistas es responsable de diseñar los lineamientos, estrategias, actividades y contenidos que orientan la atención integral del PNCM en sus distintos servicios: Cuidado Diurno y Acompañando a Familias.

Como parte de estas actividades, la UGAI realiza actividades de monitoreo y evaluación de sus propuestas, lo cual le permite redefinir su intervención de manera oportuna y pertinente.

Frente a los indicadores de salud infantil e importancia otorgada al buen crecimiento y desarrollo de los niños, el Gobierno del Perú destinó más recursos al fomento de la salud infantil, con una visión integral. [...] En el año 1990, el Perú firmó el compromiso de los Derechos del Niño y asumió la responsabilidad de elevar en un 10%, en una década, la atención a hijos e hijas de madres trabajadoras, teniendo como referencia el 1.7% de cobertura en 1990. Dentro de este marco nace el Programa Nacional WawaWasi [sic] (PNWW) en 1993, a cargo del Ministerio de Educación, con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo y el apoyo técnico y financiero de UNICEF (Comisión Económica para América latina y el Caribe 2014: 13-14).

Desde 1999 al 2011 el Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW) perteneció al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y ha sido el único programa social del Estado que se encargó de brindar atención integral a niños y niñas de 6 meses a 3 años 11 meses y 29 días en condiciones de pobreza, pobreza extrema, riesgo y vulnerabilidad (2011: 34).

Este programa ha venido ejerciendo funciones por más de 11 años en una estrategia de cogestión entre el Estado y la comunidad. Fueron agentes de la comunidad quienes se encargaban de implementar las actividades del ex Programa Nacional Wawa Wasi, actualmente el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

Un medidor de la calidad de este programa del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social será identificar la realidad de las propuestas que menciona la atención integral referida a los siguientes componentes: salud; alimentación y nutrición; aprendizaje infantil temprano; y habitabilidad (2011: 17).

Como referente tenemos la evaluación de Impacto del Programa Nacional Wawa Wasi que le hiciera en el 2004 el Instituto de Estadística *Cuánto* bajo la adjudicación de un proceso de concurso público del Ministerio de Salud en aquel año. Entre las conclusiones mas resaltantes de este estudio podemos remarcar que la mayoría de las familias beneficiarias identifica al componente de alimentación como el principal servicio, sin embargo, la prevalencia de desnutrición crónica y anemia no tuvo diferencia significativa con el grupo control, es decir, con la muestra de niños y niñas que no asisten a los wawa wasis. Estos últimos resultados evidencian algunos hallazgos referidos a “los insuficientes conocimientos, actitudes y prácticas en salud, nutrición y estimulación temprana, encontrados en general tanto en las madres beneficiarias, como en las Madres Cuidadoras. [...] La limitación más importante detectada en los locales Wawa Wasis son los materiales de estimulación y educativos para los niños” (Ministerio de Salud 2004: 3-5).

Un estudio para identificar las oportunidades y riesgos que traería consigo el proceso de transferencia del Programa Nacional Wawa Wasi a los gobiernos locales durante los años 2006 al 2008 realizado por las investigadoras Claudia Sugimaru y Gabriela Guerrero revela algunas falencias en los procesos de planificación lo que incluía modificaciones en las normativas legales dada la complejidad del caso sumado a la fusión con otros programas sociales para adherirse a la denominada dirección general de protección social. Cabe también resaltar que este proceso de transferencia quedo inconcluso (2010: 69).

Según Cecilia Rossel en su estudio, al “Proyecto Desarrolla” de la república uruguaya, denominado “Servicios de cuidado infantil: condiciones de calidad y resultados” expone que aún con la poca información de calidad en el ámbito del cuidado infantil se hace preciso asociar este término con la atención integral en el entendido que las políticas en infancia deben tratar a los niños y las niñas como sujetos de desarrollo, de derecho pensando en su protección integral tomando en cuenta sus familias y la comunidad en sí, es decir, la calidad debe ser reflejada no solo en la posibilidad de cuidarlos y atenderlos, sino también promoviendo un espacio que permita el desarrollo de sus potencialidades (2010: 43-44)

2.6.1. Normativa actual del PNCM – Resolución de Dirección Ejecutiva N° 864-2016-MIDIS/PNCM

Esta normativa aprueba la Directiva N° 009-2016-MIDIS/PNCM referido a los “Lineamientos Técnicos de los servicios del Programa Nacional Cuna Más”, los cuales tienen por objetivo establecer los lineamientos técnicos para la implementación y funcionamiento de los servicios del PNCM.

Cabe destacar que las estrategias y acciones para la implementación de los servicios que ofrece el programa están basado en 9 principios que fundan en si la visión del PNCM en función a una implementación óptima del servicio, esta visión expresa lo siguiente:

Como Programa del Estado, “lideramos el diseño e implementación de servicios pertinentes y de calidad para la atención integral de la primera infancia, contribuyendo a desarrollar al máximo las potencialidades de las niñas y niños menores de tres (03) años de edad, en particular en zonas de pobreza y pobreza extrema”. (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social 2016: 9)

2.7. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE CON RELACIÓN AL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que tienen una relación con el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) son los que se detallan a continuación:

2.7.1. ODS 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.

Los índices de pobreza extrema se han reducido a la mitad desde 1990. Si bien se trata de un logro notable, 1 de cada 5 personas de las regiones en desarrollo aún vive con menos de 1,25 dólares al día, y hay muchos más millones de personas que ganan poco más de esa cantidad diaria, a lo que se añade que hay muchas personas en riesgo de recaer en la pobreza. La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Entre sus manifestaciones se incluyen el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la adopción de decisiones. El crecimiento económico debe ser inclusivo con el fin de crear empleos sostenibles y promover la igualdad (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe 2016: 9). En el Perú estas formas de pobreza se expresarían según Francisco Sagasti en pobreza endémica, crónica y coyuntural (2008: 1)

Así mismo las metas asignadas a tal ODS que se tienen que cumplir son las siguientes:

De aquí a 2030, erradicar para todas las personas y en todo el mundo la pobreza extrema (actualmente se considera que sufren pobreza extrema las personas que viven con menos de 1,25 dólares de los Estados Unidos al día). De aquí a 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales. Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables. De aquí a 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos y acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de la tierra y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la microfinanciación. De aquí a 2030, fomentar la resiliencia de los pobres y las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y otras perturbaciones y desastres económicos, sociales y ambientales (Comisión Económica para América

Latina y el Caribe 2016: 9). Durante la última década el Perú ha venido teniendo una mejora económica considerable y sostenible, se espera que al 2030 la curva sea favorable a razón del cumplimiento de metas trazados para este objetivo de desarrollo sostenible.

2.7.2. ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Se han logrado grandes avances en cuanto al aumento del acceso al agua limpia y el saneamiento, la reducción de la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe 2016: 13). Por ello desde el programa nacional Cuna Más se viene ejecutando lineamientos en el componente de salud para promover practicas saludables no solo en los niños y niñas que son beneficiados sino a las familias en conjunto.

Por tanto, las metas asignadas a tal ODS que se tienen que cumplir son las siguientes:

De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe 2016:13). El programa nacional Cuna Más en alianza estratégica con el ministerio de salud vienen jugando un rol importante en el cumplimiento de estas metas asignadas.

2.7.3. ODS 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.

La consecución de una educación de calidad es la base para mejorar la vida de las personas y el desarrollo sostenible. Se han producido importantes avances con relación a la mejora en el acceso a la educación a todos los niveles y el incremento en las tasas de escolarización en las escuelas, sobre todo en el caso de las mujeres y las niñas. Se ha incrementado en gran medida el nivel mínimo de alfabetización, si bien es necesario redoblar los esfuerzos para conseguir mayores avances en la consecución de los objetivos de la educación universal (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe 2016:15). Los espacios de juego que tienen los centros Cuna Más y la ejecución de sus lineamientos en aprendizaje infantil temprano vienen promoviendo estas oportunidades de aprendizaje en los niños y niñas que asisten al programa.

Así mismo las metas asignadas a tal ODS que se tienen que cumplir son las siguientes:

De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria [...] De aquí a 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad [...] Construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad y las diferencias de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe 2016: 15-16). El programa nacional Cuna Más a través de los componentes de: aprendizaje infantil temprano y el de habitabilidad - seguridad señalan en sus lineamientos los procesos de adecuación pertinente a fin de contribuir con el logro de las metas trazadas para este objetivo.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es cualitativa, pues busca describir, conocer y analizar factores que han limitado o contribuido la implementación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur, incorporando el punto de vista de los propios actores: Para lograr una mayor veracidad en los datos recogidos, estos serán triangulados por medio de otra técnica de tipo cualitativa como la observación participante y además el uso de la documentación escrita como los informes respecto a los servicios de salud, alimentación y aprendizaje infantil.

3.2 FORMA DE INVESTIGACIÓN

La investigación presentada es un estudio de caso ya que están referidos a un caso concreto que es la sede de Lima Sur. Por ello los resultados, conclusiones recomendaciones son aplicables, solo a este caso. Sin embargo, algunos aspectos pueden ser aplicables para otros lugares con características similares.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS

Son los Comités de Gestión que son las unidades territoriales al interior de las cuales se ejercen todos los servicios de Cuidado diurno, como la alimentación, cuidado, protección, seguimiento de su desarrollo y monitoreo

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

La investigación se ha realizado en base a fuentes de información primaria y secundaria.

Las fuentes de Informacion primaria:

- Equipo técnico de la sede.
- Miembros de las Juntas directivas de los Comités de Gestión.
- Socias de Cocina.
- Madres Cuidadoras.
- Madre, padre o tutor (a) representante en la familia usuaria.

Fuentes de Informacion Secundaria.

- Directivas existentes de atención en salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y habitabilidad determinados por la sede central del Programa Nacional Cuna Más.
- Manuales de funcionamiento.
- Lineamientos técnicos de atención integral
- Reportes de monitoreo

3.5 UNIVERSO

Son las 236 Madres Cuidadoras, 36 Socias de Cocina, 1893 familias usuarias, los 5 miembros de cada uno de los 18 Comités de Gestión y todo el personal técnico de la Sede Lima 1 del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

3.6 MUESTRA

- Tipo de muestra de acuerdo con la metodología de investigación.
El tipo de muestra será la muestra significativa.

Cuadro N° 3.1. Relación de Comités de Gestión de Lima Sur

Dpto.	Prov.	Distrito	Sede	Comité de Gestión	N ^a Wawa Wasi	N ^o Madre Cuidad.	N ^o Niños
LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LM1	BUENOS AIRES DE VILLA	11	16	128
LIMA	LIMA	LURIN	LM1	VILLA ALEJANDRO	7	12	96
LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	LM1	ABSALON ALARCON	7	12	93
LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	LM1	LAS AMERICAS	9	15	120
LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	LM1	SANTA ROSA DE VILLA SAN LUIS	5	13	105
LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	LM1	SANTA ISABEL DE VILLA	8	12	96
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	LA SAGRADA FAMILIA	6	11	87
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	LUZ Y ESPERANZA	5	10	80
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	NIÑAS Y NIÑOS DE LA ZONA PLAYA	10	11	88
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	NOVENO SECTOR OASIS DE VILLA GRUPO RES 2	8	10	80
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	PASTOR SEVILLA	8	16	128
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	VASO DE LECHE G3	13	18	144
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	VASO DE LECHE G4	11	16	128
LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	LM1	VASO DE LECHE PRADERAS DE VILLA	8	12	96
LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	LM1	LAURA BOZO	7	11	89
LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	LM1	SANTA MARIA REYNA	7	9	72
LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	LM1	VIRGEN DE FATIMA	14	19	159
LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	LM1	VIRGEN DEL CARMEN	7	13	104
TOTAL					151	236	1893

Fuente: Wawa Net, reporte generado el jueves 11 de agosto de 2011

- Población: Tipo de elementos o unidades de análisis que comprende.

La población objetiva está determinada por:

- Personal del equipo de la sede denominada Lima 1¹⁰, miembros de las juntas directivas de los Comités de Gestión, Madres Cuidadoras, Socias de Cocina de los Comités de gestión, y representantes de las familias usuarias.

- Método de muestreo

El método de muestreo a utilizar será por juicio o conveniencia, no obstante, queda abierta la posibilidad que se aplique alguna fórmula probabilística para las entrevistas semi estructuradas a las Madres Cuidadoras y a las familias usuarias

- Tamaño de la muestra.

- Para el caso del personal del equipo técnico de la sede Lima 1 la muestra será del 100%, es decir, todo el personal.
- Para el caso de los miembros de las juntas directivas de los Comités de Gestión, la muestra será el 40% de estos miembros en todos los Comités de Gestión, es decir, se tomará la muestra en todos los CG con al menos 2 de sus 5 representantes.
- Para el caso de las muestras de las Socias de Cocina, esta será del 100% por lo que son 02 socias por cada servicio alimentario en cada uno de los CG.
- Para el caso de las Madres Cuidadoras se tomará una muestra (n) aplicando la siguiente fórmula para universos finitos:

$$n = \frac{4 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 \cdot (N-1) + 4 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

¹⁰ Actualmente, existe una sola sede debido a la fusión realizada de estas, no obstante esta sede Lima 1 comprende los distritos del cono sur de Lima Metropolitana.

n: tamaño de la muestra a calcular.

4: es una constante.

N: es el tamaño de la población.

p y q: son las probabilidades de éxito y fracaso para poblaciones finitas, por lo que $p= 20$ y $q= 80$.

E: es el error seleccionado por el investigador.

Reemplazando $N= 236, E= 9, p= 20, q= 80$

$$n= \frac{4*236*20*80}{9^2(236-1)+4*20*80}$$

$$n= 1510400 / 25435 = 60$$

$$n= 1510400 / 25435 = 60$$

Por lo que la muestra en el caso de las Madres Cuidadoras será de 60.

- Para el caso de las familias usuarias se dispondrá del mismo modo que en las Madres Cuidadoras disponiendo de la fórmula para universos finitos:
- Dónde: $N= 1893, E= 5, p= 20, q= 80$

$$n= \frac{4*1893*20*80}{5^2(1893-1)+4*20*80}$$

$$n= 12115200 / 159652 = 76$$

$$n= 12115200 / 159652 = 76$$

Por lo que la muestra en el caso de las familias usuarias será de 76

- Método de selección de los elementos de la muestra.

El método a utilizar será la muestra sistemática.

La muestra se selecciona tomando en cuenta a cada población a investigar, ya que es preciso y necesario obtener información de todos estos actores en pro de poder determinar algunas estrategias de intervención, si fuera necesario, para mejorar la calidad del servicio de atención integral que ofrece el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en la sede Lima 1.

Para tener una certeza mayor en los datos se recurrió a fórmulas de universos finitos para definir el número de Madres Cuidadoras, y el de familias usuarias.

3.7 PROCEDIMIENTO (TÉCNICAS) PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN.

- Encuesta
Para los equipos técnicos de las sedes y los miembros de las juntas directivas
- Revisión documental
A los reportes emitidos por la sede Lima 1 a la sede central, al plan operativo anual de los comités de gestión, a los documentos de gestión de los comités y de los consejos de vigilancia (libros de actas, entre otros)
- Entrevista semi estructurada a las Madres Cuidadoras, Socias de Cocina, a las familias usuarias.



Cuadro N° 3.2 - Cronograma de trabajo del trabajo de campo

Actividades	Técnica	Instrumento	Lugar	Mes 1				Mes 2				Mes 3					
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Coordinaciones sede Lima 1 y el PNWW para recoger información.	Tramite documentario	Cartas, oficios	Sede Centra														
Formulación de plan de trabajo. Recoger información con sede L1.	Mesa de trabajo	Plan	Sede Lima 1														
Recojo y sistematización de la información en la Sede Lima Sur	Encuesta Revisión documental	Cuestionario Guía	Sede Lima 1														
Recojo y sistematización de información en el CG A	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG A														
Recojo y sistematización de la información en el CG B	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG B														
Recojo y sistematización de la información en el CG C	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG C														
Recojo y sistematización de la información en el CG D	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG D														
Recojo y sistematización de la información en el CG E	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG E														
Recojo y sistematización de la información en el CG F	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG F														
Recojo y sistematización de la información en el CG G	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG G														
Recojo y sistematización de información en el CG H I	Encuesta Revisión documental Entrevista SE	Cuestionario Guía de entrevista	CG H														

Cuadro N° 3.3 - Plan de trabajo

Etapas / Tareas	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Recolección de información																															
Determinación de la muestra																															
Elaboración de los instrumentos y técnicas de recolección																															
Prueba piloto																															
Aplicación de técnicas. Recojo de información en campo																															
Ordenamiento de información recolectada																															
Procesamiento y análisis																															
Codificación y categorización																															
Examen de consistencia de información recolectada																															
Procesamiento de información																															
Ordenamiento y cruces																															

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Debido a las características inherentes a un programa social, por medio de las observaciones realizadas en su trabajo diario y las consultas realizadas a los especialistas que trabajan en Cuna Más, se decidió que la técnica para el recojo de información, fueran la entrevista semi-estructurada, la encuesta y la revisión documental en donde a través de los actores sociales se pudieran identificar los factores que han limitado o contribuido a la implementación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur durante el 2012, analizando la ejecución de los lineamientos técnicos, calidad de los servicios entregados y la percepción de los usuarios, para proponer medidas de mejora que fortalezcan la implementación del programa.

4.1. IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LA UNIDAD GERENCIAL

Se ha identificado previamente los contenidos de los lineamientos técnicos que, según la relevancia que tienen dentro de la Unidad Gerencial de Atención Integral (UGAI) del servicio de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más, tendrían que ser conocidos por el equipo técnico de la Sede Lima 1 quien brinda la transferencia de conocimientos a los actores sociales que ejecutan en la práctica la atención integral a los niños y niñas.

Cabe resaltar que al momento de la investigación y durante todo el 2012 estos lineamientos se han encontrado vigentes utilizando en ellos la palabra “Wawa Wasi” haciendo referencia al anterior programa sobre el cual se fundó el Programa Nacional Cuna Más.

4.1.1. Identificación de lineamientos de la atención integral

Los lineamientos de atención integral se basan en cuatro componentes: salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y habitabilidad.

A. COMPONENTE: SALUD

Cuadro N° 4.1. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud en el Servicio Wawa Wasi

Nombre del documento	Breve descripción
“Lineamientos técnicos para la atención integral en salud en el Servicio Wawa Wasi”	El documento cuenta con un marco teórico que sustenta la atención integral de salud infantil desde un enfoque de derechos, género e interculturalidad, considerando el aspecto promocional, preventivo y de atención.
RDE N° 165-2009-MIMDES/PNWW de fecha 14 de abril de 2009	Los lineamientos técnicos señalan los objetivos, las estrategias, los enfoques y las acciones que se realizan en el Wawa Wasi, servicio alimentario y con las familias usuarias desde el componente de salud.

Fuente: Elaboración propia

4.1.2. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de salud.

Para conocer el grado de solvencia técnica de las Madres Cuidadoras se ha tomado como referencia los indicadores que el Programa utiliza para verificar el cumplimiento de funciones de las Madres Cuidadoras, los cuales en cuadros se describen a continuación:

Cuadro N° 4.2. Solvencia técnica de las Madres Cuidadoras en la curación de heridas, control de la fiebre y tratamiento de la deshidratación

Indicador 1: % de Madres Cuidadoras que realizan en forma adecuada la curación de heridas, control de la fiebre y tratamiento de la deshidratación		% de MC cumplen acciones del indicador
Acciones del indicador	La MC realiza en forma adecuada la curación de heridas: Se lava las manos con agua y jabón, limpia la herida con algodón jabonoso de adentro hacia fuera, enjuaga con algodón con agua hervida y cubre con una gasa.	85
	La MC realiza en forma adecuada el control de la fiebre: saca el termómetro del estuche, lo limpia con agua y jabón; lo coloca en la axila del niño y niña; espera 5 minutos lo retira y lee la temperatura; limpia el termómetro con agua y jabón; lo guarda en su estuche dentro del botiquín y administra Paracetamol (si el niño o niña tiene más de 38° C)	92
	La MC trata en forma adecuada la deshidratación leve del niño o niña: Abre el sobre de sales orales, verifica la fecha de vencimiento, estado de conservación del sobre y disuelve en una jarra todo contenido del sobre en un litro de agua hervida fría. Le da al niño y niña después de cada diarrea y cuando lo pida.	82

Fuente: Elaboración Propia

El cuadro N° 4.2 describe que las Madres Cuidadoras en su mayoría (92%) realizan en forma adecuada el control de la fiebre, práctica adecuada pues la fiebre es un síntoma inequívoco de alguna afección interna y debe ser controlada a fin de evitar posibles complicaciones, así la labor de la Madre Cuidadora es controlar la fiebre para luego ser referido a su puesto de salud más cercano.

De otro lado el mismo cuadro refiere que el 82% de las Madres Cuidadoras tienen el conocimiento para tratar la deshidratación leve. Es decir, reconocen la importancia de que las sales de rehidratación estén en vigencia de uso y la cantidad para su dilución y administración.

Para que este indicador 1 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador.

Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este primer indicador en salud.

Figura N° 4.1. Madres Cuidadoras que aplican adecuadas medidas de emergencia de salud



Fuente: Elaboración Propia

La figura N° 4.1 expresa que el 82% de las Madres Cuidadoras realiza en forma adecuada la curación de heridas, control de la fiebre y tratamiento de la deshidratación, no obstante, el 18% de ellas no sabe cómo realizar esta práctica. Lo resaltante aquí es que en todos los casos observados los botiquines estaban abastecidos de los contenidos mínimos

El botiquín consiste en una caja de madera con puerta y con varias repisas para guardar los medicamentos e insumos de primeros auxilios seleccionados de acuerdo al Uso Racional de Medicamentos, es decir considerando la selección, el almacenamiento y el uso adecuado del medicamento para el tratamiento de afecciones leves y primeros auxilios, así como la Directiva para Botiquines propuesto por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), ente rector de medicamentos en el país (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2005: 24)

En el botiquín se debe guardar únicamente los medicamentos e insumos de primeros auxilios que considera la Resolución Directoral¹¹ con la lista de medicamentos para atender en caso de que se presente un problema de salud. En dicha Resolución se manifiesta que “no se le puede dar al niño cualquier otra medicina o insumo ya que puede representar un riesgo para la salud o vida de los niños y niñas”¹²

Uno de los testimonios, lo da una Madre Cuidadora cuando le dio fiebre a uno de los niños en su Wawa Wasi “Semillitas I”

“Cuando veo malito a un niño todo decaído lo ayudo a que se coloque el termómetro en la boquita y espero tres minutos para luego leer moviendo el termómetro con mis dedos en pinza, (...) si tiene más de 38.5 [°C] le doy dos gotas del paracetamol por cada kilo de peso. Después de dos horas le vuelvo a tomar la temperatura si ha bajado espero que llegue la mamá y le comento que el niño tuvo fiebre para que lo lleven a la posta; si no le baja la temperatura llamo a una vecina para que me cuide a los niños y me lo llevo a la posta” (Noemí Huamán, Madre cuidadora del CG Las Américas)

¹¹ Resolución Directoral N° 307-2004-MIMDES/ PNWW, Directiva de “Normas de Implementación de Botiquines en los Wawa Wasi”. Lima 2004, pp.1

¹²IBIDEM

Cuadro N° 4.3. Solvencia técnica de las Madres Cuidadoras que realizan prácticas saludables en el Centro Cuna Más

Indicador 2: % de Madres Cuidadoras que realizan prácticas saludables en el centro Cuna Más		% de MC cumplen acciones del indicador
Acciones del indicador	La MC realiza o acompaña a los niños y niñas en el lavado de manos con agua clorada a chorro y jabón: antes, después de comer y después de ir al baño.	100
	La MC mantiene limpia la ropa o pañal, cuerpo y manos de los niños y niñas en el centro Cuna Más.	100
	La MC realiza o acompaña a los niños y niñas mayores de 1 año y medio, en el cepillado de dientes utilizando pasta de dientes y agua clorada a chorro.	100
	La MC prueba los alimentos antes de servirlos.	100
	La MC mantiene los alimentos y bebidas protegidos de contaminación.	100
	La MC limpia los bacines y servicios higiénicos con detergente, agua limpia y lejía después que el niño o niña lo ha usado.	100
	La MC realiza la cloración de agua para el espacio de higiene utilizando una gota por litro de agua.	100
	La MC apoya al coordinador de campo y/o agente comunitario en el peso y tallado de los niños y niñas en forma trimestral.	100
	La MC desinfecta con agua y lejía la mesa antes y después de servir los alimentos.	100

Fuente: Elaboración propia con información del sistema de monitoreo CUNA MÁS

El Cuadro N° 4.3 muestra que todas las Madres Cuidadoras entrevistadas desarrollan prácticas saludables concernientes al cuidado de la higiene de manos, higiene bucal promoviendo además a que los niños y niñas incorporen en su área de personal social rutinas que los ayudarán a evitar muchas enfermedades entre ellas las de tipo diarreica, por ejemplo.

Para que este indicador 2 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este segundo indicador en salud.

Figura N° 4.2. % De Madres Cuidadoras que realizan Prácticas Saludables en el Centro Cuna Más



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 4.2 muestra que el 100% de las Madres Cuidadoras realizan prácticas saludables en referencia a las acciones descritas para el indicador 2 en salud.

Margarita Laredo, Madre cuidadora del Comité de Gestión de Santa Rosa de Villa San Luis, manifiesta que ella y las otras Madres Cuidadoras “[...] nos organizamos, los lavamos, los tenemos limpios y ellos aprenden; el problema es con sus padres que no colaboran, los traen sucios, sin muda de ropa y cuando les llamamos la atención ya no los traen, no saben que el mal es para sus propios hijos”

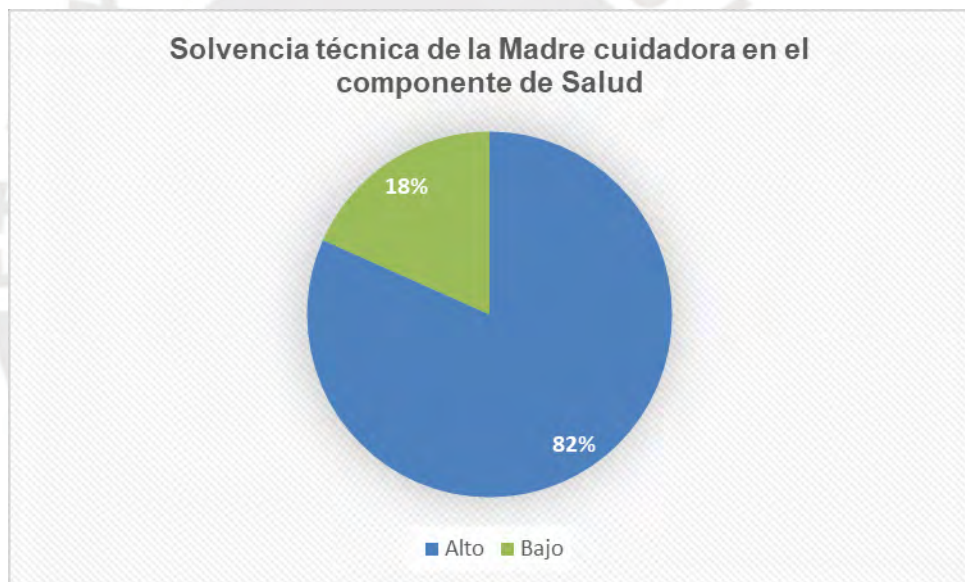
Sobre el tema de salud la mencionada Resolución Directoral señala:

Las prácticas de salud son la principal herramienta para mantener la salud y disminuir la prevalencia de enfermedades prevenibles, sobre todo en los niños y niñas menores de 5 años, que son la población más vulnerable de enfermar y además porque los cuidados que reciben dependen de las adecuadas prácticas saludables que realicen sus padres o familiares más cercanos cuando los atienden. (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social 2004: 3)

Ahora bien, se sabe que los hábitos en salud impartidos a los niños y niñas ayudan a construir un equilibrio emocional, que les proporciona un mecanismo importantísimo para su desarrollo y para la construcción de su personalidad. Es por esta razón que es muy importante que las Madres Cuidadoras integren en sus rutinas de atención estas actividades descritas en el indicador 2 a fin de que sean apropiadas por los niños y niñas como parte de su desarrollo mismo, manteniendo además sus espacios libres de contaminación.

4.1.3. Grado de solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Salud

Figura N° 4.3. Solvencia Técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Salud



Fuente: Elaboración propia

Al analizar los dos indicadores que atañen al componente de salud (Indicador 1: %° de Madres Cuidadoras que realizan en forma adecuada la curación de heridas, control de la fiebre y tratamiento de la deshidratación e Indicador 2: % de Madres Cuidadoras que realizan prácticas saludables en el centro Cuna Más) obtenemos el grado de solvencia técnica de las Madres Cuidadoras en este componente.

La Figura N° 4.3 muestra que el 82% de las Madres Cuidadoras tienen un alto grado de solvencia técnica frente a un 18% que tiene una solvencia baja por la inadecuada ejecución en ambos indicadores.

En base a estos resultados se hace necesario que la sede Lima 1 replantee sus actividades de capacitación en el componente de Salud en aquellas Madres Cuidadoras (18%) donde no se manifiestan las respuestas apropiadas para la atención en salud básica hacia los niños y niñas.

COMPONENTE: NUTRICION

Cuadro N° 4.4. Lineamientos Técnicos para la atención alimentaria y nutricional en el Servicio Wawa Wasi

Nombre del documento	Breve descripción
<p>“Lineamientos Técnicos para la atención alimentaria y nutricional en el Servicio Wawa Wasi”</p>	<p>El documento cuenta con un marco teórico que sustenta la atención integral de alimentación y nutrición infantil desde un enfoque de derechos, género e interculturalidad.</p>
<p>RDE N° 165-2009-MIMDES/PNWW</p>	<p>Los lineamientos técnicos señalan los objetivos, las estrategias, los enfoques y las acciones que se realizan en el Wawa Wasi y en servicio alimentario desde el componente de nutrición.</p>

Fuente: Elaboración propia

4.1.4. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de nutrición

Para conocer el grado de solvencia técnica de las Madres Cuidadoras se tomó como referencia los indicadores que el Programa utiliza para verificar el cumplimiento de funciones de las Madres Cuidadoras, los cuales en cuadros se describen a continuación:

Cuadro N° 4.5. Solvencia técnica de las Madres Cuidadoras que sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario.

Indicador 3: % Madres Cuidadoras que sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario		% MC cumplen acciones del indicador
Acciones del indicador	La MC reportan diariamente la asistencia de las niñas y los niños por grupo etario al repartidor.	97
	La MC sirve (distribuye) el almuerzo en los tapers individuales, según grupo etario a las niñas y niños del Centro Cuna Más.	98
	La MC sirve 1/2 de taza de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 6 a 8 meses.	100
	La MC sirve 1/4 de taza de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 9 a 11 meses.	100
	La MC sirve 1 taza de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 12 a 23 meses.	100
	La MC sirve 1 taza y cuarto de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 24 a 47 meses.	100

Fuente: Elaboración propia. En base a ficha técnica de nutrición

El cuadro N° 4.5, describe que todas (100%) manejan con destreza la dosificación que debe recibir el niño (a) durante su estadía en el local Cuna Más y que además el 97% de ellas reportan diariamente la asistencia de las niñas y niños por grupo etario. Al consultar en aquellas pocas Madres Cuidadoras del porque no desarrollaban esta acción, hacían referencia a que sus niños (as) llegaban muy tarde y les hacía difícil el reportar a tiempo el pedido de alimentos preparados que debe llegar al local para su administración y consumo.

Para que este indicador 3 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico

para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este primer indicador en nutrición.

Figura N° 4.4. % de Madres Cuidadoras que sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario



Fuente: Elaboración Propia

De este gráfico se puede manifestar que el 97% de las Madres Cuidadoras sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario del niño (a), es decir la mayoría de las Madres Cuidadoras ha incorporado en su trabajo diario el servido de acuerdo a las diversas edades. Esto ha sido posible, pues se ha verificado además en la visita al hogar que la Madre Cuidadora tiene en su panel informativo las medidas del servido de alimentos para cada grupo de edad.

Las prácticas que se realizan, refuerzan y ayuda significativamente el ejercicio del servido diferenciado ya que a manera de recordatorio las Madres Cuidadoras brindan a sus niños la cantidad adecuada para su adecuada nutrición.

Yasmin Ccala, Madre cuidadora del Comité de gestión “Absalón Alarcón” manifiesta que:

(...) servir lo necesario para que cada uno de mis niños coma es la experiencia más grata de mi vida, (...) mis hijos no tuvieron de mi esa práctica, no entendía entonces que su barriguita tenía un tope, pero al ver como acababan toda su comida estos angelitos, me siento muy bien y doy gracias a Dios porque uno siempre aprende. Ahora yo les explico a los padres la importancia de que le den a sus niños de acuerdo a su edad y hasta les hago copiar la cantidad que ellos necesitan.

La alimentación por grupo etario “se refiere a las consideraciones que tiene la alimentación de las niñas y niños, según su edad; las cuales responden a características fisiológicas específicas que demanda un aporte nutricional distinto; como, por ejemplo: Capacidad gástrica, inmadurez del sistema digestivo, velocidad de crecimiento entre otras.” (MIMDES 2009:28).

Es muy necesario comprender el verdadero valor del consumo diferenciado por grupo etario puesto que no sólo favorece una adecuada digestión, sino que además promueve en los niños un comportamiento ideal para la adecuada nutrición y desarrollo. Compartir estos conocimientos sobre dosificación de alimentos por grupos de edades con las familias sin duda contribuirá a un mejor estado nutricional infantil.

Cuadro N° 4.6. Solvencia técnica de las Madres Cuidadoras que realizan la alimentación activa.

Indicador 4: % de Madres Cuidadoras que realizan la alimentación activa		% de MC que cumplen con las acciones del indicador
Acciones del indicador	La MC propicia un ambiente agradable en el local de atención para recibir los alimentos: Se sienta con ellos, canta canciones alusivas al momento, conversa con ellos acerca de los alimentos que están comiendo, realiza juegos apropiados para el momento.	93
	La MC come con las niñas y niños y los acompaña en todo momento durante la alimentación.	100
	La MC se muestra alegre, cariñosa y dispuesta a ayudar a los niños/as que lo requieran durante la alimentación.	98
	La MC apoya y da de comer a los niños/as más pequeños, permitiéndoles por momentos hacerlo por sí mismos.	97
	En el caso de niños/as que no deseen comer, la M.C brinda en forma fraccionada (poco a poco, en pequeñas cantidades) los alimentos hasta que termine, lo cual tomará más tiempo del momento de alimentación.	93

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro N°4.6 se manifiesta que el 100% de Madres Cuidadoras se sienta a comer con las niñas y niños acompañándolos durante el momento de la alimentación, no obstante, aunque igual en mayoría las Madres Cuidadoras muestran la disposición necesaria para ayudar a los niños a que terminen su ración. El 93% de ellas realizan actividades lúdicas apropiadas para el momento, como por ejemplo les cantan las canciones de los alimentos, juegan a adivinar que alimentos han preparado hoy y hasta les explican a los niños porque son importantes estos alimentos.

Para que este indicador 4 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este segundo indicador en nutrición.

Figura N° 4.5. % De Madres Cuidadoras que realizan la alimentación activa



Fuente: Elaboración propia

“La alimentación activa es la conducta, habilidad y comportamiento que asume la Madre Cuidadora para favorecer una mayor ingesta de alimentos en las niñas y niños [...] Estas prácticas se sustentan en la necesidad de crear un ambiente estimulante, afectivo y de acompañamiento permanente durante el momento de la alimentación” (Ministerio de la mujer y desarrollo social 2009: 30)

La figura N°4.5 indica que el 93% de las Madres Cuidadoras realizan la alimentación activa respetando el procedimiento debido, no obstante, un significativo 7% no hace uso de esta práctica que permite acabar la ración alimenticia destinada para el niño (a).

Yessica Huamán, Madre Cuidadora del CG Laura Bozo manifiesta:

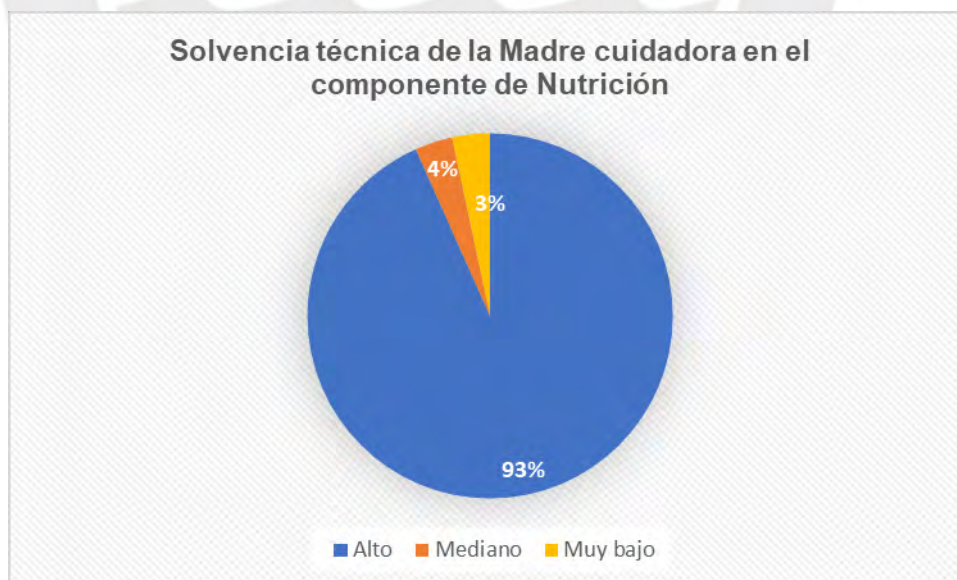
...antes les daba de comer a ellos primero y me demoraba un montón a pesar que les cantaba y todo eso, ahora con la alimentación activa me siento a comer con ellos y al ver como almuerzo ellos me imitan no sabía que a mis cuarenta años yo iba a aprender estas cosas.

Según las recomendaciones específicas frente al trato se inventiva el tono suave, cálido y animoso para lograr mejores resultados en la crianza de los niños pequeños:

Los cuidadores responden a las señales de los niños de una manera que es, a la vez, rápida y sensible, aunque no necesariamente consintiendo a las demandas específicas de los niños. El tono emocional positivo mantiene la interacción y permite a los cuidadores progresar con las orientaciones y lenguaje apropiados para su desarrollo. Los niños contribuyen a la interacción, ganando capacidades de regularse y de interacción que promueven el desarrollo positivo (Ministerio de Salud 2012: 375)

Si bien es cierto hay una muy buena mayoría de Madres Cuidadoras que desarrollan esta práctica haciendo que sus niños y niñas consuman todos sus alimentos hay todavía un considerable 7% a las que se les debe asistir técnicamente para cumplir con este no menos importante indicador.

Figura N° 4.6. Solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Nutrición

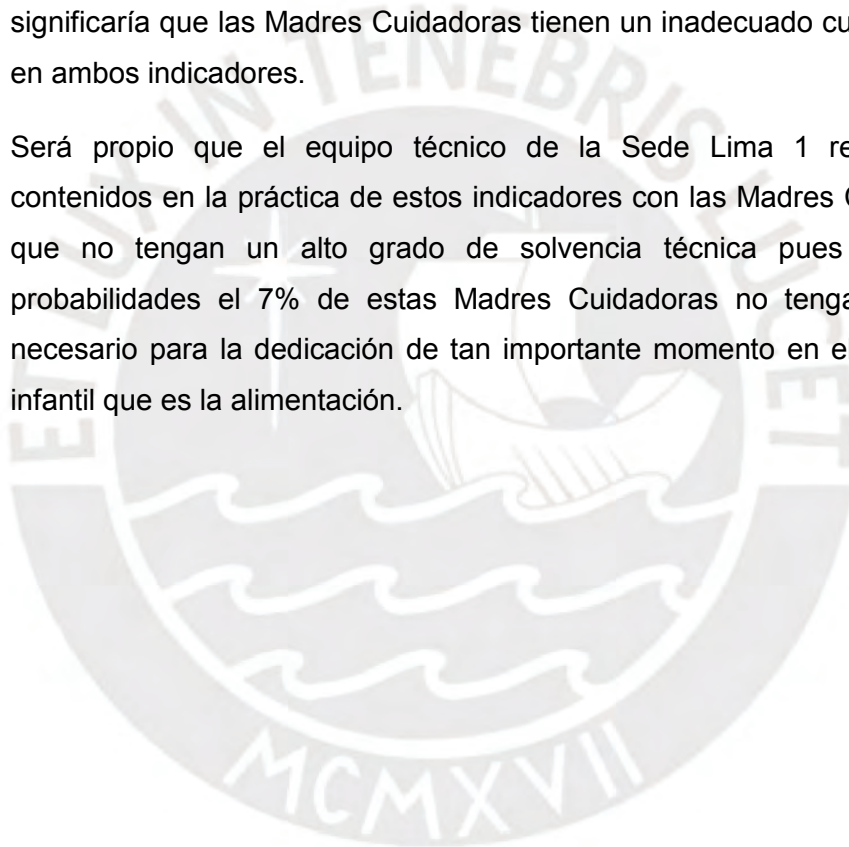


Fuente: Elaboración propia

Al analizar los dos indicadores que atañen al componente de nutrición (Indicador 3: % Madres Cuidadoras que sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario e Indicador 4: % de Madres Cuidadoras que realizan la alimentación activa) obtenemos el grado de solvencia técnica de las Madres Cuidadoras en este componente. La figura N° 4.6 denota que el 93% de las Madres Cuidadoras tienen un alto grado de solvencia, un minoritario 4% posee mediano grado de solvencia y un 3% tiene un muy bajo grado de solvencia técnica.

En el caso de las Madres Cuidadoras que tienen baja solvencia técnica significaría que las Madres Cuidadoras tienen un inadecuado cumplimiento en ambos indicadores.

Será propio que el equipo técnico de la Sede Lima 1 refuerce los contenidos en la práctica de estos indicadores con las Madres Cuidadoras que no tengan un alto grado de solvencia técnica pues con altas probabilidades el 7% de estas Madres Cuidadoras no tengan el perfil necesario para la dedicación de tan importante momento en el desarrollo infantil que es la alimentación.



4.1.5. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Socias de Cocina

Cuadro N° 4.7. Socias de Cocina que realizan las buenas prácticas manipulación de alimentos en los servicios alimentarios

Indicador % de Socias de Cocina que realizan las buenas practicas manipulación de alimentos en los servicios alimentarios		% SC cumplen acciones del indicado
Acciones del indicador	Las SC se colocan la toca, mandil y zapatos cerrados antes de cocinar y manipular los alimentos	62
	Las SC se lavan las manos con jabón, cepilla las uñas y se enjuagan con agua a chorro cada vez ingresan al Servicio Alimentario y después de usar el baño.	94
	Las SC realizan la cloración de agua para el lavado de frutas y verduras echando 3 gotas de lejía por litro de agua 30 minutos antes de usarla.	88
	Las SC utilizan agua clorada para el lavado de frutas y verduras y para el último enjuague de los tapers y jarras	56
	Las SC lavan las ollas, utensilios con lava-vajillas y las enjuagan con agua limpia a chorro.	88
	Las SC lavan los tapers y jarras con lava-vajillas y las enjuagan con agua clorada a chorro.	88
	Las SC secan y guardan y/o cubren las ollas, utensilios tapers y jarras	62
	Las SC utilizan una tabla para el picado de carnes (pollo, pescado, vísceras), una segunda tabla para el picado de verduras y una tercera tabla para el picado de frutas	62
	Las SC utilizan una cuchara diferente cada vez que prueban los alimentos o bebidas	88
	Las SC colocan las ollas y bolsas de reparto sobre tarimas y/o bancos para evitar el contacto directo con el suelo	62
	Las SC tapan inmediatamente los tapers y jarras después de servir los alimentos y/o líquidos.	94
	Las SC utilizan dos bolsas para el reparto: una para guardar los tapers y otra para guardar las frutas.	88
	Las SC eliminan los residuos directamente en el tacho de basura, cuelan los residuos sólidos del lavado de servicio y los echan al tacho de basura.	88

Fuente: Elaboración propia en base a ficha de monitoreo

El cuadro N° 4.7 muestra evidencia alarmante en el sentido de que las Socias de Cocina, quienes se encargan de la preparación de los alimentos para los niños y niñas, en gran parte de ellas no cumplen con las buenas prácticas de manipulación en el servicio alimentario.

Si bien es cierto 94% de Socias de Cocina se lavan las manos y tapan inmediatamente los tapers y jarras después de servir los alimentos y/o líquidos, solo un 62% de ellas usan tablas de picar diferenciadas para productos cárnicos y vegetales, provocando así la contaminación cruzada de los alimentos. “Los alimentos crudos, especialmente las carnes rojas, la carne de ave y el pescado y sus jugos, pueden contener microorganismos peligrosos que pueden transferirse a otros alimentos durante la preparación [picado] y conservación de los mismos” (Organización mundial de la salud 2007:15).

Si analizamos a las Socias de Cocina que no utilizan tablas de picar diferenciada (38%) y contrastamos que además de usar la misma tabla para carnes, frutas y verduras el 56% de las Socias de Cocina no utiliza agua clorada para lavar dos últimos grupos de alimentos, podemos tomar conciencia del alto riesgo que significa consumir alimentos especialmente crudos (frutas y ensaladas) contaminados.

Durante las visitas a los servicios alimentarios se constató además que no todas las socias cuentan con el carnet sanitario y que solo el 76% cuenta con dicho documento.

Para que este indicador A sea “aplicado”, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Por esta razón se toma en consideración el siguiente gráfico que nos muestra el nivel de solvencia de las Socias de Cocina para este primer indicador en nutrición.

Figura N° 4.7. % de Socias de Cocina que realizan las buenas prácticas en la manipulación de alimentos en los servicios alimentarios



Fuente: Elaboración Propia

Las buenas prácticas de manipulación de alimentos en los servicios alimentarios por parte de las Socias de Cocina determinan sin lugar a duda en la calidad del servicio ofrecido. La figura N° 4.7 indica que solo poco más de la mitad (56%) de Socias de Cocina cumplen con estas buenas prácticas. Hecho alarmante en el tema de la seguridad alimentaria, con ello se denota también que el restante 44% de las Socias de Cocina necesitan de la capacitación en estas prácticas para evitar así el riesgo de algún tipo de contaminación alimentaria.

La realidad latente es que los servicios de agua y saneamiento donde se ejecuta Cuna Más son muy deficientes. Durante la investigación se pudo constatar que el agua que reciben y con la cual preparan alimentos es proveniente de cisternas, muchas de ellas informales, complicando así la calidad del agua y por ende la calidad de la preparación alimenticia final.

Cuadro N° 4.8. Solvencia técnica de las Socias de Cocina que realizan las preparaciones alimentarias de acuerdo al grupo etario.

Indicador B: % de Socias de Cocina que realizan las preparaciones alimentarias de acuerdo al grupo etario.		% SC cumplen con acciones del indicador
Acciones del indicador	Las Socias de Cocina escriben en el panel del servicio alimentario y cuaderno de distribución de ración diaria la asistencia de niños por grupo etario por local Cuna Más diariamente.	88
	Las Socias de Cocina utilizan la cantidad de ingredientes a utilizar de acuerdo a la dosificación de la cantidad del alimento programada por la cantidad de niños reportada en el panel de asistencia de los locales Cuna Más por grupo etario.	88

Fuente: Elaboración propia

El Cuadro N° 4.8 muestra que el 88% de las Socias de Cocina utiliza adecuadamente el panel del servicio para las anotaciones de asistencia que brindan día a día las Madres Cuidadoras a fin de poder programar la cantidad de ingredientes a utilizar de acuerdo a la cantidad de niños. Lo que significa que el 12% de ellas cocina de acuerdo a meta máxima, provocando de esta manera que los alimentos no sean adecuadamente distribuidos (quedándose en el servicio alimentario) ya que no todos los días se tiene la asistencia al 100% de efectividad.

Para que este indicador B sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Socias de Cocina para este segundo indicador en nutrición.

Figura N° 4.8. % de Socias de Cocina que realizan las preparaciones alimentarias de acuerdo al grupo etario



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 4.8 determina que el 88% de las Socias de Cocina han incorporado en sus habilidades el poder preparar las raciones alimenticias de acuerdo al grupo etario de los niños y niñas que asisten diariamente en los locales Cuna Más de los Comités de Gestión.

Un Coordinador de Campo responsable del componente de nutrición refiere:

[...] “la dosificación de alimentos para la preparación y el servido por grupo etario ha significado para el Comité una mejor administración en el uso de los recursos, antes se preparaba a todos por igual; sin embargo, se verificaba que en el servicio alimentario y Wawa Wasi los niños dejaban mucha comida y se desperdiciaban. Ahora se sirve de acuerdo a la edad del niño y hasta se puede mejorar la calidad de los alimentos adquiriendo proteínas de alto valor biológico y frutas de mejor calidad y variedad” (David Mamani. Coordinador de Campo, C.G Villa Alejandro. Responsable del componente nutrición.)

La situación concreta es que hay un 12% de Socias de Cocina que intencionalmente preparan al 100% las raciones para que sobre y parte de este se quede en el servicio alimentario y se puedan distribuir.

Este hecho está prohibido, ellas estarían pues infringiendo la normativa del servido y preparación de alimentos de acuerdo a la asistencia diaria de los niños y niñas. El responsable de nutrición en la sede Lima 1 propondrá a los comités afectos sobre la estrategia de intervención más oportuna y pertinente.

Cuadro N° 4.9. Solvencia técnica de las Socias de Cocina que sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario

Indicador C: % de Socias de Cocina sirven las raciones alimentarias de acuerdo al grupo etario.		% SC cumplen acciones del indicador
Acciones del indicador	La Socia de cocina conoce el cucharón a emplear para servir el arroz, guisos, mazamorras y bebidas de acuerdo a grupo etario.	94
	La Socia de Cocina reconoce el taper de cada niño de acuerdo a su edad	92
	La Socia de Cocina sirve los refrigerios, almuerzos en cantidad de acuerdo a la siguiente dosificación:	97
	Para el niño de 6 a 8 meses, la Socia de Cocina sirve 1 cucharón de 120 ml de papilla (almuerzos), y medio cucharón de 250 ml de bebida o mazamorra.	88
	Para el niño de 9 a 11 meses, la socia de cocina sirve 1 cucharón de 120 ml de guiso y, medio cucharón de 120 ml de arroz (almuerzos). Para bebida o mazamorras sirve las 3/4 partes de un cucharón de 250 ml.	97
	Para el niño de 12 a 23 meses, la Socia sirve 1 cucharón de 120 ml de guiso y un cucharón de 120 ml arroz. Para bebidas o mazamorras sirve 1 cucharón de 250 ml.	94
	Para el niño de 24 a 47 meses, la socia de cocina 1 cucharón y medio de 120 ml de guiso, y un cucharón y medio de arroz. Para bebidas o mazamorras sirve un cucharón y cuarto de 250 ml.	88
	La Socia de cocina, antes de aplastar las papillas, extrae el volumen necesario de alimentos de acuerdo a la cantidad arriba mencionada.	82

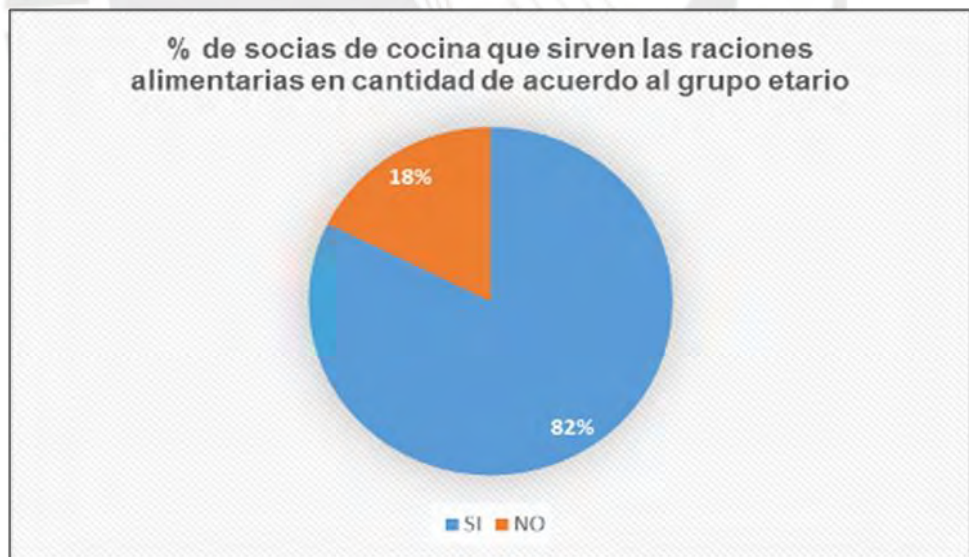
Fuente: Elaboración propia según normativa de servido por grupo etario

El cuadro N° 4.9 muestra una variedad de acciones para el cumplimiento del indicador C, entre las más resaltante cabe destacar que el 97% de las Socias de Cocina sirve los refrigerios y almuerzos de acuerdo al grupo etario y que el 82% de ellas antes de aplastar las papillas, extrae el volumen necesario de alimentos de acuerdo a la cantidad necesaria para el grupo de edad a servir.

El servido por grupo etario como ya se ha descrito en el caso de las Madres Cuidadoras tiene mucha relevancia en el mejor aprovechamiento de los alimentos de acuerdo a la capacidad gástricas de los niños.

Para que este indicador "C" sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Socias de Cocina para este tercer indicador en nutrición.

Figura N° 4.9. % de Socias de Cocina que sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario



Fuente: Elaboración propia con información del PNCM de las evaluaciones realizadas

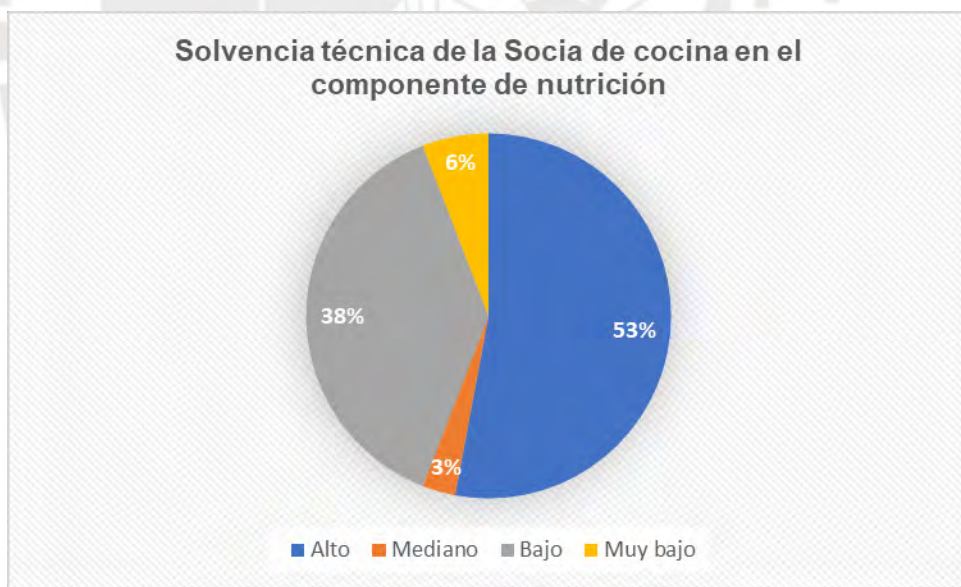
La figura N° 4.9 corrobora en proximidad los datos obtenidos por las Socias de Cocina que preparan alimentos de acuerdo a la cantidad de niños y su grupo etario.

El 82% de las socias sirven las raciones de acuerdo a las edades de los niños (as), no obstante, hay un significativo 18% de socias que aún falta adiestrar en esta práctica de servido por grupo etario.

4.1.6. Grado de solvencia técnica de las Socias de Cocina en la Nutrición.

Los resultados de la investigación muestran hallazgos muy positivos respecto al desempeño de las señoras que cocinan en la preparación de los alimentos

Figura N° 4.10. Solvencia técnica de la Socia de Cocina en el componente de Nutrición



Fuente: Elaboración propia

Al conjugar los tres indicadores propios del componente de nutrición en el servicio alimentario (**Indicador A:** % de Socias de Cocina que realizan las buenas practicas manipulación de alimentos en los servicios alimentarios,

Indicador B: % de Socias de Cocina que realizan las preparaciones alimentarias de acuerdo al grupo etario e **Indicador C:** % de Socias de Cocina que sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario) se obtienen los siguientes resultados en la figura N° 4.10. , el 53% de las Socias de Cocina tienen un alto grado de solvencia técnica, 3% un mediano grado de solvencia (omisión del cumplimiento de un indicador, un 38% en bajo grado de solvencia (omisión del cumplimiento de dos indicadores) y un 6% con muy bajo grado de solvencia (omisión del cumplimiento de los tres indicadores básicos)

Esta realidad tiene gran relevancia en la calidad del servicio pues la nutrición tiene un rol importante en la ejecución del Programa Nacional Cuna Más. En resumen, casi la mitad de las Socias de Cocina no tienen la solvencia adecuada para un servicio alimentario de calidad.

Finalmente, en este aspecto es propio considerar que tanto las Socias de Cocina como las Madres Cuidadoras de acuerdo a las normativas vigentes deben poseer Carnet Sanitario y certificación institucional del PNCM en el manejo de estos lineamientos.

B. COMPONENTE: APRENDIZAJE INFANTIL TEMPRANO

Cuadro N° 4.10. Lineamientos Técnicos para el Aprendizaje Infantil Temprano

Nombre del documento	Breve descripción
<p>Lineamientos Técnicos para la Promoción del Aprendizaje Infantil Temprano"</p> <p>RD N° 489-2009-MIMDES/PNWW de fecha 01/09/2009</p>	<p>El documento contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El marco conceptual del componente, -La situación actual de la educación infantil, -El modelo, lineamientos y gestión de la atención educativa. <p>Incluye anexos vinculados a los instrumentos de gestión del componente como Panel Interactivo, Test Abreviado, Matriz de Articulación, Banco de Recursos y Módulos de Materiales Educativos.</p>

Fuente: Elaboración propia respecto a la normatividad del PNCM

4.1.7. Grado de solvencia técnica desagregado por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de aprendizaje infantil temprano.

El panel interactivo es una herramienta básica para medir y evaluar el desarrollo de los niños y niñas menores de 03 años.

El Panel interactivo consiste en cartulinas plastificadas y anilladas de aproximadamente 50 x 50 cm. con dibujos y gráficos, donde aparecen los logros que deben tener los niños y niñas según su edad en relación con el lenguaje desarrollo motor, aspectos afectivos y de socialización. De esta manera la MC sabe qué logros deben tener los pequeños, y hace el seguimiento y promueve estos resultados. El aprendizaje infantil temprano da pautas y acciones para lograr estos resultados.

Cuadro N° 4.11. Solvencia técnica de las Madres Cuidadoras que aplican adecuadamente el panel interactivo

Indicador 5: % de Madres Cuidadoras que aplican adecuadamente el panel interactivo		% de MC cumplen acciones del indicador
Acciones del indicador	La M.C coloca los datos en el panel interactivo (mes y nombre de los niños) ubicándolos según su rango de edad correspondiente.	98
	La M.C conoce y comprende todos los indicadores de evaluación del panel interactivo. (El C.C preguntará al azar por el significado de 4 indicadores aprox.)	98
	La M.C registra, durante todo el mes, los logros de los niños/as colocando una "x" en las casillas sólo cuando logran todo lo expresado en el indicador.	98
	La M.C cuenta el número de "X" a fin de mes y registra la cantidad en el consolidado de panel interactivo entregado por el C.C	100
	La M.C entrega al C.C responsable del C.G el consolidado con los resultados de su WW a fin de cada mes.	100
	La M.C informa a los C.C los logros y dificultades de los niños/as en las reuniones mensuales.	100
	Durante las reuniones mensuales la M.C propone alternativas para desarrollar los indicadores que aún no han sido logrados por los niños/as.	98

Fuente: Elaboración propia

El cuadro N° 4.11 manifiesta que mayoritariamente las Madres Cuidadoras presentan alta solvencia en la ejecución de las acciones descritas para el uso adecuado del panel interactivo, material donde se expresan los logros de los niños y niñas de acuerdo a la edad y que se llenan progresivamente mes a mes.

Para que este indicador 5 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este primer indicador en aprendizaje infantil temprano.

Figura N° 4.11. % de Madres Cuidadoras que aplican adecuadamente el panel interactivo



Fuente: Elaboración propia

El panel interactivo es un instrumento para identificar logros en el desarrollo del niño (a) según su edad. Este instrumento permite personalizar las necesidades de atención que el niño requiere, es decir, la rutina de aprendizaje con el niño se elabora a partir de aquellas condiciones que no haya podido lograr en el mes.

Al final de cada mes el Coordinador de Campo (CC) recoge estos datos por Comité de Gestión y es informado a la responsable del componente de Aprendizaje Infantil Temprano a fin de que reporte las actividades a trabajar el siguiente mes.

La figura N°4.11 muestra que casi todas las MC aplican adecuadamente el panel interactivo y les interesa bastante, para ellas es una novedad que las acciones que hacían con sus hijos contribuyan al desarrollo de los niños y niñas pequeñas

Ana Mendoza, Madre cuidadora del CG Santa Rosa de Villa San Luis nos comenta:

[...] “el panel nos orienta que cosas le falta al niño aprender para que este bien desarrollado (...) cuando las mamás vienen a recoger a sus hijos les decimos que cosas han aprendido para que puedan continuar y reforzar en sus casas, pero parece que algunas no nos escuchan pues siempre dicen que se olvidaron hacer las actividades por falta de tiempo. El panel nos ayuda, pero es tarea de los padres repetir estas cosas en casa”

El panel interactivo es un instrumento práctico para saber periódicamente como los niños y niñas van obteniendo logros significativos en cuanto a su desarrollo y saber con certeza que actividades se pueden ir trabajando en casa para reforzar lo aprendido.

LOS MÓDULOS ROTATORIOS. - Son juguetes que rotan por cada WW y que son para diferentes edades (lo que se identifica por cada color de bolsa) son juguetes diferentes a los juguetes (Módulo Permanente) que tiene cada Wawa Wasi

Cuadro N° 4.12. Solvencia técnica de las Madres Cuidadoras que ejecutan la estrategia de módulos rotativos

Indicador 6: % de Madres Cuidadoras que ejecutan la estrategia de módulos rotativos.		% de MC cumplen acciones del indicador
Acciones del indicador	La MC revisa la bolsa para verificar la cantidad y el estado de los juguetes al momento de recibirlo y entregarlo.	85
	La M.C coloca la cartilla de los módulos rotativos (entregada por el C.C) sobre el estante de los juguetes.	93
	La MC coloca y mantiene los juguetes y materiales en el estante al alcance de los niños/as.	90
	La M.C permite la libre exploración de los juguetes sin limitar el descubrimiento.	90
	La M.C acompaña el juego de los niños orientándolos en el uso del material y reforzando sus aprendizajes.	93
	La M.C ordena los juguetes (con ayuda de los niños mayores) después de haber concluido el juego.	85
	La M.C verifica y anota el estado y cantidad de los juguetes antes de entregarlos.	85

Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de monitoreo PNCM

El cuadro N° 4.12 detalla que la mayoría de Madres Cuidadoras ejecutan la estrategia de los módulos rotativos, sin embargo, hay un porcentaje considerable (15%) de quienes falta ejercitar algunas de las acciones que permitan un mejor desenvolvimiento en la práctica de esta estrategia.

Para que este indicador 6 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se toma en consideración la elaboración del siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este segundo indicador en aprendizaje infantil temprano.

Figura N° 4. 12. % de Madres Cuidadoras que ejecutan la estrategia de módulos rotativos



Fuente: Elaboración propia

Ante el desgaste e insuficiencia de juguetes apropiados y/o materiales lúdicos propios para las edades de los niños en los servicios Cuna Más se ha venido implementando la estrategia de Módulos Rotativos, que consiste básicamente en la disposición de 4 bolsas de distintos colores (rojo, azul, amarillo y verde) que contienen una batería de juguetes que promueven las áreas de desarrollo psicomotor (grueso y fino), el área de personal social, audición y lenguaje, las cuales en reunión semanal de Madres Cuidadoras son entregados a cada una de ellas con la finalidad de contar con mayores materiales en el espacio donde se encuentran los niños y niñas. Al culminar la semana estas bolsas rotan a fin de que al mes los niños puedan haber obtenido los cuatro módulos (bolsas).

La figura N°4.12 nos muestra que el 85% de las Madres Cuidadoras ejecutan adecuadamente esta estrategia, el 15% de ellas no lo hace por desconocimiento básico de la finalidad de la estrategia, es decir, aun cuando adquieren el módulo no hacen uso de ellos, ni comunican el estado en el que se encuentran.

Gloria una Madre Cuidadora muy dedicada manifiesta que: “es difícil dar todo a los niños, ellos en su travesura lo rompen o pierden las piezas (se los llevan) y luego una tiene que pagar de su bolsillo el juguete malogrado,

el Comité dice que nos descontará, por eso no utilizamos todos los juguetes”. (Gloria Morales Madre cuidadora del CG Noveno sector Oasis de Villa)

Efectivamente se observó que algunos de sus juguetes no estaban al alcance de los niños, incluso estaban empacados en sus envases originales.

Definitivamente, lo expresado por Gloria fue una actitud bastante común durante la investigación pues a pesar de que se ejecuta la estrategia en 85%, las Madres Cuidadoras piden que periódicamente se mantenga el stock de los juguetes y que estos sean repuestos por el Comité previa justificación. De cualquier forma, se deben tomar acciones coordinadas con la responsable del componente de Aprendizaje Infantil Temprano en la Sede Lima 1, para dar una mejor indicación en el manejo de esta innovadora estrategia.

Cuadro N° 4.13. Solvencia técnica de las Madres Cuidadoras mantienen una rutina de trabajo flexible en función a la vida cotidiana

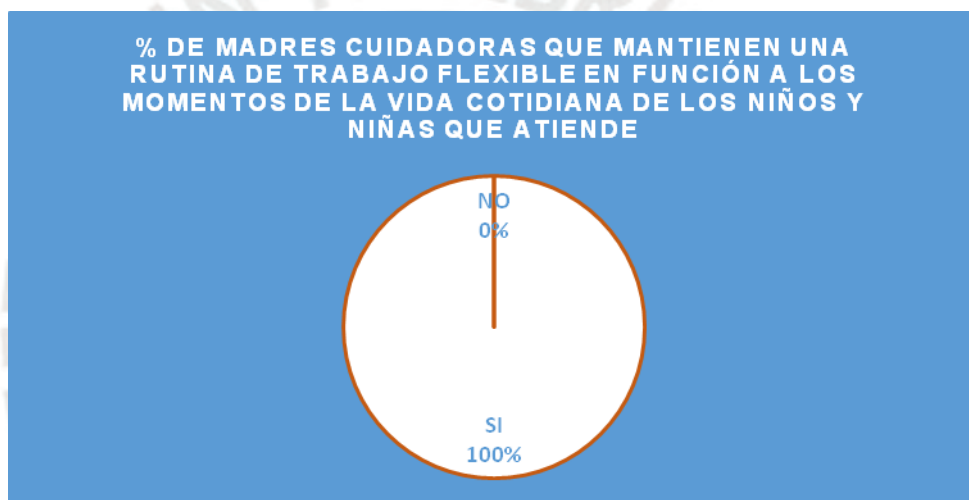
Indicador 7: % de Madres Cuidadoras mantienen una rutina de trabajo flexible en función a los momentos de la vida cotidiana de los niños y niñas que atiende.		% de MC que cumplen con las acciones del indicador
Acciones del indicador	La M.C organiza las acciones del día respetando los momentos de juego, higiene, alimentación y descanso.	100
	La M.C brinda el tiempo necesario para que los niños jueguen, se alimenten, se aseen y descansen, según su ritmo individual.	100
	La M.C brinda el tiempo necesario a los niños y niñas para que inicien, desarrollen y finalicen sus juegos espontáneos.	100
	La M.C brinda el tiempo necesario para acompañar los juegos de los niños y niñas reforzando sus aprendizajes.	100

Fuente: Elaboración propia en base a información fichas de monitoreo PNCM

El cuadro N° 4.13 expresa que el 100% de Madres Cuidadoras mantienen una rutina de trabajo flexible en función a los momentos de la vida cotidiana de los niños y niñas que atiende. Para que este indicador 7 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador.

Se presenta el siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este tercer indicador en aprendizaje infantil temprano.

Gráfico N°4.13. % de Madres Cuidadoras que mantienen una rutina de trabajo flexible en función a los momentos de la vida cotidiana



Fuente: Elaboración propia, en base a información PNCM

La organización de las Madres Cuidadoras es una actitud proclive y natural una vez que entienden que el programa de SCD no es una escuela sino un hogar, entonces si mantienen una rutina de trabajo flexible en función a los momentos de la vida cotidiana de los niños (as). La figura N° 4.13 denota que el 100% de ellas, es decir todas las MC lo desarrollan adecuadamente, respetando los momentos de juego, higiene, alimentación y descanso.

Rosmery Castro, Madre Cuidadora nos comenta:

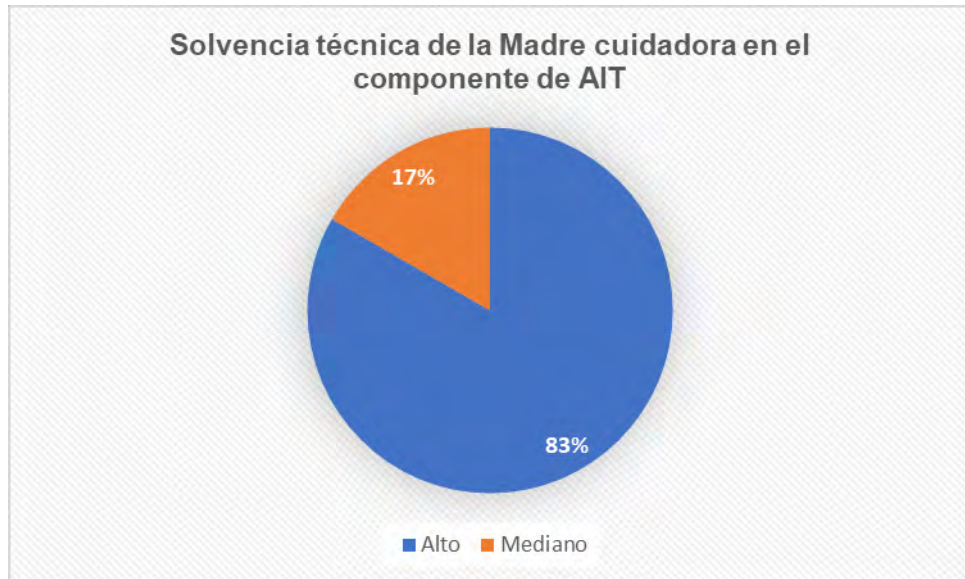
(...) nos organizarnos en la rutina diaria y ha sido muy fácil porque todas somos madres y conocemos las necesidades de los niños, primero se les recibe en la mañana, se les lava la mano en fila y toman su refrigerio, luego juegan, para luego volverlos a lavar y almorzar, después se cepillan los dientes, solo los más grandecitos y a dormir por una hora más o menos, después despiertan y toman su refrigerio de la tarde, después juegan hasta que las mami los recojan. (Rosmery Castro, Madre Cuidadora Comité de Gestion Luz y esperanza. WW Estrellitas de la Trinidad”)

Es propio señalar que el desarrollo de una rutina flexible permite condiciones óptimas para el desarrollo integral de cada niño (a) pues en efecto cada uno de ellos tiene una experiencia previa en casa la cual se tiene que moldear y conducir hacia hábitos que permitan una adecuada salubridad y es que los momentos de la vida cotidiana de cada ser humano son especiales y muy importantes para el aprendizaje, como el juego, la alimentación e incluso el momento del descanso (sueño).

4.1.8. Grado de solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Aprendizaje Infantil temprano (AIT).

La experiencia de la MC como madres en su experiencia personal, les permite adaptar sus prácticas a los nuevos contenidos, los cuales no son complejos ya que responden de manera natural a las necesidades y procesos de las niñas y niños en sus primeros años de vida.

Figura N°4.14. Solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de AIT



Fuente: Elaboración propia en base a información fichas de monitoreo PNCM

Para analizar el grado de solvencia técnica de la madre cuidadora en el componente de Aprendizaje Infantil Temprano (AIT) hemos analizado conjuntamente los indicadores propios del componente (Indicador 5: % de Madres Cuidadoras que aplican adecuadamente el panel interactivo, Indicador 6: % de Madres Cuidadoras que ejecutan la estrategia de módulos rotativos e Indicador 7: % de Madres Cuidadoras que mantienen una rutina de trabajo flexible en función a los momentos de la vida cotidiana de los niños y niñas que atiende)

Los resultados expresados en el gráfico N° 4.14 muestran que el 83% de las Madres Cuidadoras tienen un alto grado de solvencia y que el 17% de ellas posee un mediano grado de solvencia técnica. El mediano grado es debido a que al menos uno de los tres indicadores no se viene cumpliendo eficientemente.

Por tanto, queda el desafío latente de que el equipo técnico de la Sede Lima 1 pueda asistir a este 17% de Madres Cuidadoras para un mejor performance del componente de AIT y así en corto plazo tener a todas las Madres Cuidadoras en un alto grado de solvencia para este componente.

C. COMPONENTE: HABITABILIDAD

Cuadro N° 4.14. Manual N° 001-2010-MIMDES/PNWW-UGAI

Nombre del documento	Breve descripción
MANUAL N°001-2010-MIMDES/PNWW-UGAI: “Manual de procedimientos para la adquisición del equipamiento de los Wawa Wasi y Yachay Wasi a través de los Comités de Gestión Programa Nacional Wawa Wasi” RD N° 164-2010-MIMDES/PNWW.	En este documento se señalan los aspectos técnicos administrativos, y las responsabilidades del procedimiento para la adquisición del equipamiento de los locales donde funcionan módulos de Wawa Wasi a través de los Comités de Gestión.

Fuente: Elaboración propia. Información de normatividad PNWW (hoy Cuna Más)

4.1.9. Grado de solvencia técnica desagregados por indicadores de las Madres Cuidadoras en el componente de habitabilidad.

Habíamos mencionado que garantizar óptimas condiciones de habitabilidad para la comodidad del niño y niña y para evitar accidentes, es una de las mayores preocupaciones del PNCM, a pesar de ello es el componente al que las MC dan menos importancia en comparación a los otros componentes

Cuadro N° 4.15. Solvencia técnica de las MC en la mantención de los espacios diferenciados según acciones de la vida cotidiana.

Indicador 8: % de Madres Cuidadoras mantienen los espacios claramente diferenciados según la vida cotidiana. Juego con módulos permanente y rotativo, higiene alimentación y descanso.		% de MC cumplen con acciones del indicador
Acciones del indicador	La M.C mantiene los espacios con recursos pertinentes a la edad y realidad socio cultural de los niños, evitando carteles y/o móviles no funcionales.	95
	La M.C permite y vigila el desplazamiento libre de los niños/as dentro del área propiciando la confianza y sentimientos de seguridad en los niños y niñas	95
	La M.C permite y vigila el desplazamiento libre de los niños/as fuera del área; siempre y cuando las condiciones lo permitan.	95
	La M.C ubica el mobiliario e implementos para el descanso de los niños/as en un lugar alejado de corrientes de aire, ruidos fuertes, iluminación excesiva, pasadizos, etc.	98
	La M.C ubica el mobiliario e implementos para el juego con los módulos rotativos y módulos permanentes en un lugar despejado, ventilado e iluminado.	95
	La M.C coloca el piso microporoso u otro (petates, mantas, alfombras de periódico, etc.) delante del estante de los juguetes facilitando la comodidad de los niños/as durante el juego con los módulos rotativos y módulos permanentes.	95
	La M.C coloca el espejo cerca al estante de los juguetes y a la altura de los niños/as.	95
	La M.C ubica los implementos para higiene fuera del alcance de los niños (siguiendo las especificaciones del componente Salud)	97
	La M.C coloca los implementos para la higiene de los niños/as a su alcance (toallas, jabón, balde con cañito, cepillos de dientes, pasta dental, etc.).	98
	La M.C ubica el mobiliario e implementos para la alimentación de los niños/as en un solo lugar evitando riesgos.	95

Fuente: Elaboración propia en base a información del PNCM

El cuadro N° 4.15 expresa que si bien es cierto la mayoría de las Madres Cuidadoras mantienen los espacios claramente diferentes según acciones de la vida cotidiana (Juegos con módulo permanente, módulo rotativo, higiene alimentación y descanso) este indicador debería expresar que el 100% de ellas cumplen con todas las acciones por tanto el riesgo es cero para los niños y las niñas que el programa atiende; sin embargo la realidad es otra y se deberán coordinar acciones para que de manera muy frecuente se pueda monitorear este aspecto y evitar accidentes a los niños.

Dado que los accidentes ocurren de manera imprevista, hay que prever las medidas necesarias para que ningún local pueda funcionar sino hasta antes de verificar y comprobar que los espacios están diferenciados según la vida cotidiana de los niños (as) y estén en condiciones óptimas de ser utilizados. Como por ejemplo, la ubicación del mobiliario de donde van a comer, dormir, jugar, la ubicación del piso microporoso, el cuidado en la colocación segura del espejo, etc. Para que este indicador 8 sea considerado aplicado, se deben cumplir con todos y cada una de las acciones contenidas en el indicador. Es por esta razón que se elabora el siguiente gráfico para que nos dé un panorama más general del nivel de solvencia de las Madres Cuidadoras para este único indicador en habitabilidad.

Figura N° 4.15. % de Madres Cuidadoras que mantienen los espacios del WW claramente diferente según acciones de la vida cotidiana



Fuente: Elaboración propia en base a información del PNCM

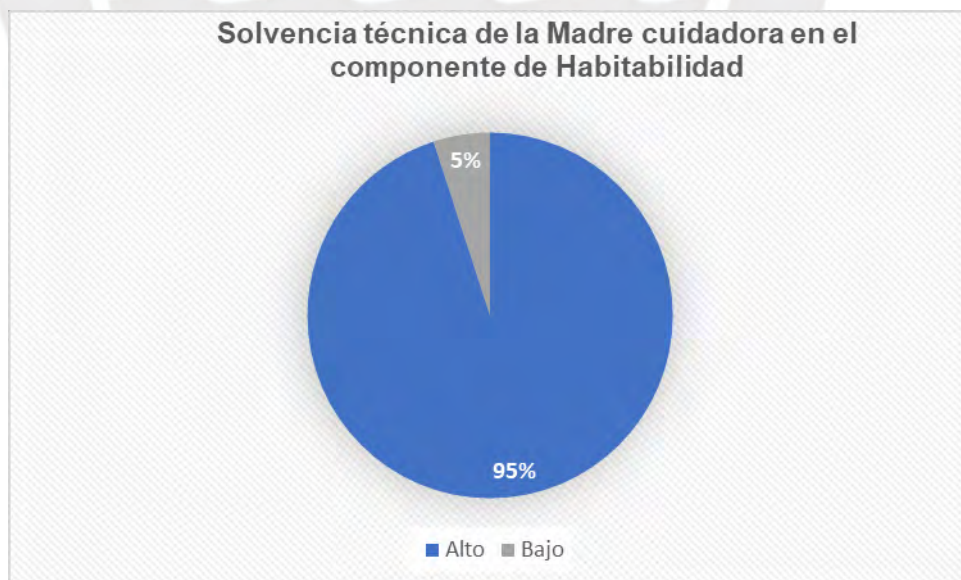
Este componente de habitabilidad refiere las condiciones básicas para evitar accidentes que perjudiquen la salud de los niños (as) que asisten al servicio. La figura N° 4.15 muestra que el 5% de las Madres Cuidadoras no brindan la seguridad necesaria para evitar precisamente los accidentes con mayor recurrencia en este tipo de servicios. Aunque se demuestra que el 95% de ellas si lo realiza, este 5% representa un peligro inminente a la seguridad de los niños (as) que se atiende.

Como anteriormente se manifiesta se deben tomar las consideraciones al máximo para evitar cualquier tipo de accidente que atente contra la integridad de los niños y las niñas.

4.1.10. Grado de solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Habitabilidad.

Ya habíamos señalado la importancia de este componente para el bienestar y seguridad de las niñas y niños que se atienden en el SCD.

Figura N° 4.16. Solvencia técnica de la Madre Cuidadora en el componente de Habitabilidad

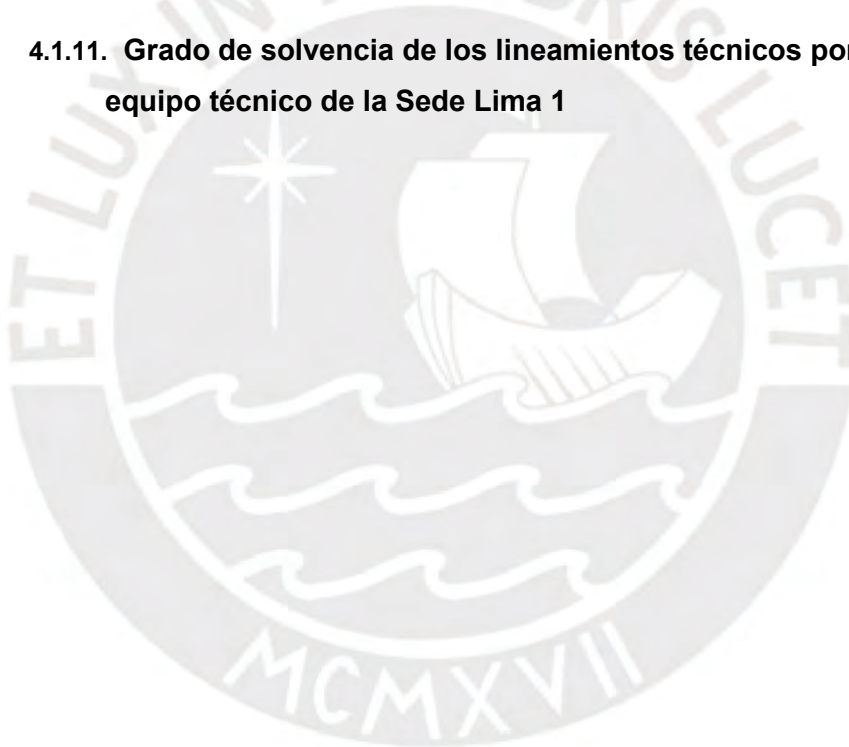


Fuente :Elaboracion Propia

El componente de habitabilidad guarda un solo indicador: Indicador 8: % de Madres Cuidadoras que mantiene los espacios claramente diferentes según acciones de la vida cotidiana. Juego con modulo permanente, módulo rotativo, higiene, alimentación y descanso.

Aunque el resultado expresado en la figura N° 4.16 demuestra que el 5% de Madres Cuidadoras tiene bajo grado de solvencia técnica, esto se traduce a que el 5% de las Madres Cuidadoras desarrollan sus labores de cuidado en inminente riesgo de poder tener cualquier tipo de accidente pues no se está cumpliendo con las indicaciones de cuidado mínimo que se debería tener cuando se trata de cuidado de niños tan pequeños.

4.1.11. Grado de solvencia de los lineamientos técnicos por parte del equipo técnico de la Sede Lima 1



Cuadro Nº 4.16 - Grado de solvencia técnica de los lineamientos – Equipo Técnico

Lineam.	Respuestas		Equipo Técnico de Sede Lima 1 del PNCM								Total
			EZGC	CC 1	CC 2	CC 3	CC 4	CC 5	CC 6	CC 7	
Atención Integral	Objetivos	Estrategias									
Nutrición	Garantizar una atención alimentaria de calidad para los niños y las niñas que se atiende (V)	Alimentación Balanceada, es cuando el menú lleva todos los nutrientes en forma equilibrada (V)	1	1	1	2	1	2	2	2	12
	Fortalecer y mejorar la atención alimentaria por parte del Equipo de Sede y de los Comités de Gestión (V)	En el servido por grupo etario, es cierto que la Madre Cuidadora recibe la misma dimensión de la ración como la de un niño de 2 años y medio. (V)	2	2	0	2	1	2	2	2	13
Salud	Un objetivo es procurar que el niño este siempre sano y contento libre de todo riesgo. (V)	El monitoreo y la vigilancia nutricional infantil es una función del Comité de Gestión. (V)	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	Otro objetivo es de afianzar la identidad y autoestima de los niños y niñas en el proceso de promoción y protección de la salud. (V)	Es el aceptil rojo un insumo que puede contener el botiquín del Centro Cuna Más de Cuidado Diurno (F)	1	2	2	2	1	2	2	2	14
AIT	Promover el aprendizaje del niño (a) mediante el juego libre, oportuno y asertivo (V)	El panel interactivo fue diseñado para evaluar el desarrollo del niño (a). (F)	1	1	1	1	0	2	1	1	8
	Asegurar el desarrollo cognitivo del niño (a) a través de mecanismos lúdicos. (V)	Los módulos complementarios están compuestos por una escalera, una rampa y un cubo. (V)	0	0	1	1	1	1	1	1	6
Habitabilidad	La seguridad de los espacios físicos es de responsabilidad del comité de gestión. (V)	Todos los Centros Cuna Más de Cuidado Diurno deben tener por lo menos un área mínima destinada para el servicio igual a 16 m ² (F)	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	Promover espacios saludables dentro y fuera del área de atención es de responsabilidad del coordinador de campo. (F)	La selección de las Madres Cuidadoras es una responsabilidad de los coordinadores de campo. (V)	2	2	1	2	1	2	2	2	14

Fuente: Elaboración propia

NOTA (V) verdadero F (Falso)

El cuadro N° 4.16 da luces sobre los componentes de la atención integral de mejor dominio por parte del equipo técnico de la Sede Lima 1, es así que el componente de nutrición es donde se encontró mejor respuesta seguido del componente de habitabilidad y salud para dejar relegado al componente de Aprendizaje Infantil Temprano.

Según esta investigación, el componente de salud y nutrición es una propuesta que ha sido más trabajada debido a la presencia de profesionales en salud, incluso el Especialista Zonal en Gestión Comunal es Nutricionista de profesión. Otra razón es porque la salud y la nutrición es trabajada por entes especialistas, frente a ello el aspecto de Aprendizaje Infantil Temprano para niños menores de 03 años no ha sido muy trabajado debido a que la formación profesional de los profesores ha sido para atender a niños mayores de 3 años que acuden a inicial.

Es recién en los últimos años que se comienza a dar importancia a los aspectos de aprendizaje en niñas y niños menores de 3 años. Esto último representa en cierto modo un impasse, ya que el equipo debe ser multidisciplinario de acuerdo a las políticas de contratación que tiene el Programa Nacional Cuna Más.

Los resultados referidos a los conocimientos de los lineamientos técnicos de la atención integral por parte del equipo técnico de la Sede Lima 1 del Programa Nacional Cuna Más determinan tener poco grado de solvencia técnica de estos. Cabe mencionar que la prueba que se adjunta en el anexo N° 03 fue elaborado en base a conceptos básicos de los lineamientos en salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y habitabilidad con los especialistas técnicos de la sede central.

Si bien es cierto estos puntajes promedios revela poco grado de solvencia técnica de los lineamientos es importante señalar que los resultados más bajos han sido dados por personal que tienen 3 meses de su reciente contratación, lo cual deleva un primer obstáculo a superar referido a la capacitación de inducción especializada al trabajo por la primera infancia en el personal nuevo.

Cuadro N° 4.17. Resumen de la puntuación obtenida por el equipo

Calificación del equipo técnico según funciones		Puntaje
Lima 1	EZGC	9
	CC	10
	CC	8
	CC	12
	CC	12
	CC	7
	CC	13
	CC	12
	Promedio	10

Fuente: Elaboración propia

El Especialista Zonal en Gestión Comunal (EZGC) de la Sede Lima 1 manifiesta que: “nosotros solicitamos a la sede central un período para capacitar mejor al personal nuevo, lamentablemente los quehaceres del día a día no dan esa oportunidad y al final el personal siempre termina afinando sus habilidades en el terreno mismo”

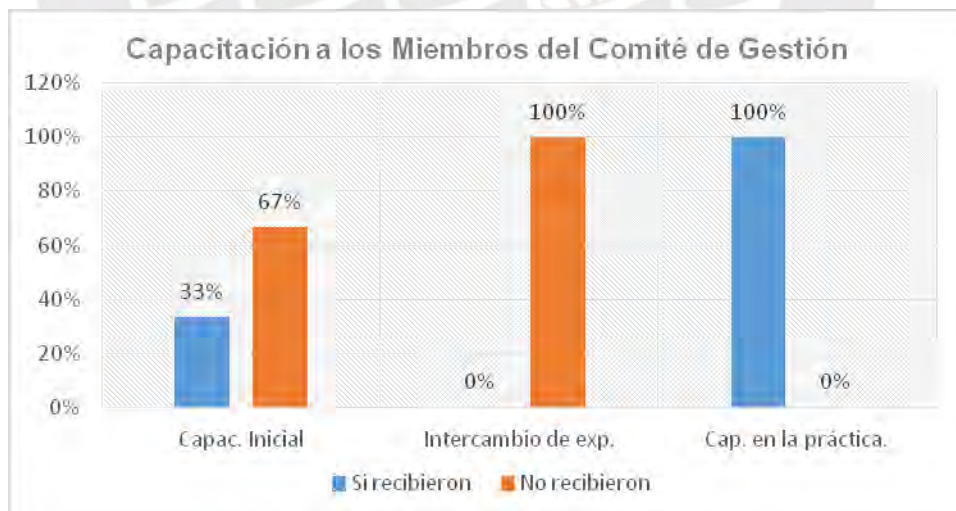
4.2. FACTORES QUE ESTARÍAN CONTRIBUYENDO O LIMITANDO LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD, NUTRICIÓN, APRENDIZAJE INFANTIL TEMPRANO Y SEGURIDAD PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS.

4.2.1. Capacitación a los actores comunales directamente relacionados con el servicio de atención integral: Capacitación a los miembros del Comité de Gestión

La capacitación impartida a los miembros de los Comités de Gestión se da de tres formas:

- ❖ Capacitación inicial o formativa,
- ❖ Capacitación a través de intercambio de experiencias desarrollados básicamente en encuentros macro regionales y
- ❖ Capacitación en la práctica: capacitaciones brindadas por los Coordinadores de Campo en las visitas de monitoreo al comité

Figura N° 4.17. Capacitación a los miembros del Comité de Gestión



Fuente: Elaboración propia

Los resultados han sido tomados en consulta hecha sobre el último semestre del 2012, por lo que el 33% de miembros del Comité de Gestión ha recibido capacitación inicial o formativa concerniente a las funciones que tiene cada uno de ellos.

De otro lado ningún miembro ha participado del intercambio de experiencias y el 100% se viene capacitando con la estrategia de la capacitación en la práctica, una modalidad sui generis en la que el Coordinador de Campo desarrolla una sesión de capacitación durante su visita al Comité de Gestión, ésta es personalizada y es netamente práctica, un ejemplo de ello es la capacitación en el uso de herramientas de gestión (llenado de libro de caja, actas, etc)

Figura N° 4.18. Capacitación a las Madres Cuidadoras



Fuente: Elaboración Propia

En el caso de las Madres Cuidadoras muestran que el 100% de ellas vienen siendo capacitadas en la práctica, es la capacitación más constante y práctica. Paquita Huanca, Madre cuidadora del CG La sagrada Familia, cuenta que:

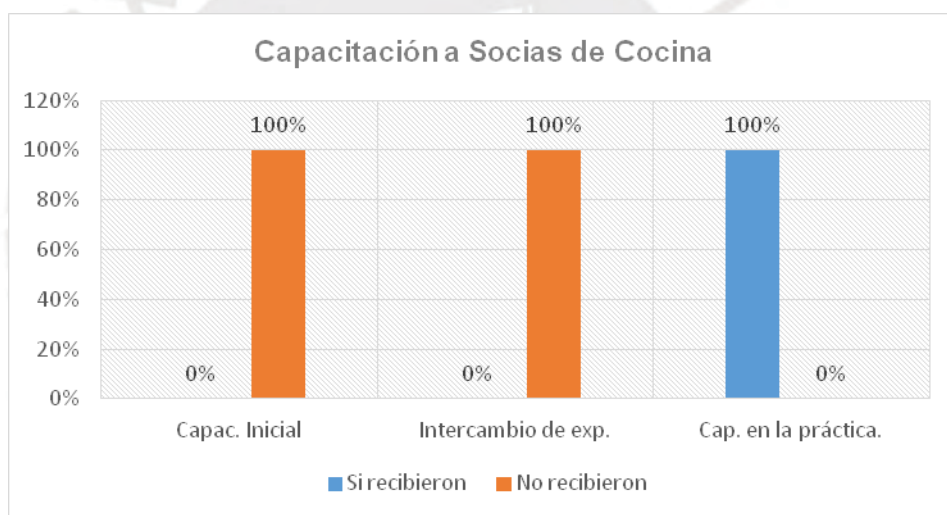
“la señorita (Coordinadora de Campo) viene en cualquier momento y me dice Rosita vamos a comenzar la capacitación, entonces se sienta con los niños jugamos un ratito y me explica por qué es bueno usar el rompecabezas de 8 piezas con los niños de 24 meses, entonces me dice, entendiste ¿no? Luego me hace firmar su cuaderno, se despide y se va (...) toda su visita es como 12 o 15 minutos”

Juan Moquillaza, Especialista Zonal en Gestión Comunal refiere:

“[...] cada Coordinador de campo tiene hasta 3 Comités de Gestión con un promedio total de 33 locales a visitar en el mes, adicionales a sus 3 servicios alimentarios y a sus 3 miembros del Comité en un periodo de 23 días hábiles al mes, a ellos hay que descontar los 2 días de reunión mensual en la oficina de la sede Lima 1 y los 3 que lleva hacer el proceso de acompañamiento de rendición de cuentas a sus Comités de Gestión. En realidad, es mucha recarga de trabajo. He pedido que nos otorguen 2 coordinadores adicionales para que dé una capacitación eficiente y eficaz a la población que es tan grande “

4.2.2 Capacitación a las Socias de Cocina

Figura N° 4.19. Capacitación a Socias de Cocina



Fuente: Elaboración propia

Similar resultado se tiene con las Socias de Cocina. Es decir, ninguna de ellas ha tenido capacitación previa, todas ellas lo han desarrollado en la práctica diaria.

David Mamaní, Nutricionista y Coordinador responsable del componente de nutrición refiere:

“[...] si bien es cierto las compañeras de trabajo hacen un esfuerzo por capacitar a sus Socias de Cocina, es mi responsabilidad capacitar a todas ellas para que el servicio no tenga problema alguno, es por eso que mensualmente aprovechando que se socializa el menú para el siguiente mes y se tiene con las socias una breve capacitación en los lineamientos más importantes: buenas prácticas de manipulación, preparación y servido por grupo etario. De otro modo es imposible llegar a todos los Comités pues también tengo locales que visitar. “

La capacitación a los actores sociales es fundamental en el tema del fortalecimiento de sus capacidades, por ello se considera pertinente que el Programa Nacional Cuna Más a través del área de capacitación consigne con mayor frecuencia esta importante labor.

4.2.3. Cobertura del servicio

La cobertura del servicio representa aproximadamente el 10% de población infantil existente, lo cual es evidentemente insuficiente, pese a ello es mayor que el promedio nacional que llega a una cobertura a nivel nacional del 3%¹³

Cuadro N° 4.18
Cobertura del servicio ofrecido

Relación entre población infantil existente en los distritos de la jurisdicción y población atendida	Número de Población
Población total menores de 36 meses en los distritos de intervención de la Sede Lima 1	110202
Población apta a ser atendida por el programa (2012)	19836
Población atendida por el programa (2012)	1893
Porcentaje de cobertura	9.54 %

Fuente: Elaboración propia

¹³ Información Plan Nacional de Acción por la infancia 2012-2021

En la zona de Lima Sur (Santiago de Surco, Chorrillos, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa El Salvador y Lurín)¹⁴ hay 110 202 niños menores de 36 meses de los cuales el 18% viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema (INEI: 2012), es decir, en estos distritos hay una población de 19 836 niños y niñas aptas para la atención del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más. Durante el 2012 el Programa atendió a 1893 niños y niñas llegando así a cubrir solo el 9.54% de la demanda como se expresa en el cuadro N° 4.18

4.2.4. Rotación de los actores sociales- Deserción

Cuadro N° 4.19. Deserción de integrantes del Comité de Gestión, Madres Cuidadoras y Socias de Cocina

IV trimestre 2012	Cambio de miembros de los CG	Cambio de Madres Cuidadoras	Cambio de Socias de Cocina
Octubre 2012	0 de 90	39 de 236	4 de 18
Noviembre 2012	0 de 90	28 de 236	5 de 18
Diciembre 2012	0 de 90	35 de 236	4 de 18
% Promedio	0%	14.41%	24.07%

Fuente: Elaboración Propia

Como podemos apreciar en el cuadro N° 4.19, durante el último trimestre 2012 ha habido cambios (rotación) en los actores comunales, siendo más significativas en las Socias de Cocina llegando a 24.07% de rotación en promedio, seguido del 14.41% de Madres Cuidadoras que dejaron el servicio y el

¹⁴ Municipalidades donde atiende la Sede Lima 1 del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más

0% en el caso de los miembros de los Comités de Gestión, es decir, en este último grupo no hubo cambio ni rotación alguna.

Juana Huamaní, tesorera del CG Las Américas, comenta que:

“[...] el Comité es el mismo, pero no todos trabajan, la verdad es que solo la presidenta y yo trabajamos, la secretaria nunca está en su casa y las vocales hasta ya se han mudado, eso pasa aquí y en varias partes del país. Yo participe del intercambio de experiencias en Huampani con las otras sedes de Lima, Callao e Ica y todas decían lo mismo (...) lo que pasa es que se elige al Comité en una asamblea y nadie quiere asumir, uno se apunta porque queremos el servicio, pero al final nos dejan solas igual pasa en el Vaso de Leche o el Comedor Popular solo dos o tres de la directiva trabaja”

Janet Rojas, ex madre cuidadora del CG Laura Bozo menciona:

“yo me tuve que ir del programa porque los padres no mandaban a los niños y tenía solo 3 de 8 que iban, tuve que cerrar, ellos (los padres) creen que nos hacen el favor, piensan que por ellos nosotras tenemos trabajo y no es así. Están mal acostumbrados a tener todo fácil si supieran el daño que les hacen a sus propios hijos”.

Hermelinda Claros, ex socia de cocina del CG Santa María Reyna, comenta

“[...] me fui de la cocina porque apenas me pagaban S/. 180 mensuales por un trabajo desde las 6:00 am hasta las 2:00 pm de lunes a viernes, no es justo yo tengo 3 hijas que mantener, la verdad es que no me parecía justo”

Al hacer la consulta al Especialista Zonal Juan Moquillaza, nos refiere:

“las Madres Cuidadoras se van porque al primer mes se dan cuenta que no pueden trabajar con 8 niños de distintas edades desde los 6 meses hasta los 36 meses a la vez, es muy difícil. Otras se van porque no tienen niños y el programa exige que tengan 8 diarios. Otra causa es que encuentran un trabajo con mejor paga. El mismo caso es para las Socias de Cocina. En el caso de los Comités de Gestión como tienen labores de representatividad es muy difícil que se pida cambio de alguna de ellas, a menos así la presidencia del comité lo pida, pero nunca se ha dado el caso.”

Se estima conveniente desarrollar políticas de incentivo y reconocimiento a la labor que realizan estos actores comunales para evitar así estos índices de deserción, pues efectivamente recibir un saludo en tu onomástico por ejemplo es un aliciente al reconocimiento y a la importancia de la labor que realizas. Eso es algo del que se deberá trabajar para disminuir paulatinamente este factor que estaría limitando el adecuado funcionamiento del programa en zona.

4.3. PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS

La percepción que tienen las familias usuarias respecto al trabajo que realiza la madre cuidadora es clave para que acudan al SCD llevando a sus hijos, si consideran que su trabajo es bueno y sienten confianza con la Madre Cuidadora de seguro que no dejara de usar este servicio

4.3.1. Calificación al trabajo de la Madre Cuidadora

Figura N° 4.20. Calificación al trabajo de la Madre Cuidadora



Fuente: Elaboración propia.

La figura N° 4.20 expresa que las familias usuarias del programa califican con niveles de bueno y muy bueno, 53% y 37% respectivamente el trabajo de la madre cuidadora el 6% considera que su trabajo es regular y el 1% cree que la Madre Cuidadora tiene un mal trabajo.

Es importante como ven las familias usuarias a las Madres Cuidadoras, importa el rol empático que se puedan generar entre ellas ya que así se pueden dar cambios positivos en adelante.

La interacción entre familias y el programa tiene que ser propiciada por la Madre cuidadora quien además del valioso rol que cumple con los niños y niñas tendrá la función de ser interlocutora de las actividades que realiza para el adecuado seguimiento en casa.

4.3.2. Calificación al trabajo del Comité de Gestión

Figura N° 4.21. Calificación al trabajo del Comité de Gestión



Fuente: Elaboración Propia

La figura N° 4.21 muestra como las familias usuarias califican el trabajo del Comité de Gestión siendo bueno y muy bueno en 47% y 15% respectivamente, el 9% considera que el trabajo del comité solo es regular y casi una tercera parte del total (29%) no responde a la pregunta probablemente por el desconocimiento de la existencia del Comité de Gestión.

Esto último demuestra que se deberá trabajar en un sistema de difusión a través de sus medios comunicativos locales y/o comunales para que el público en general reconozca la labor del programa y hasta de acuerdo a demanda se amplíe la cobertura del mismo.

4.3.3. La razón principal por la que usa el servicio Cuna Más

Es interesante conocer las razones por las que acuden al SCD, la mayoría de las madres deciden solicitar el Servicio de Cuidado Diurno porque trabajan y no tienen donde dejar a sus niños, esto nos habla de la gran cantidad de mujeres que salen a trabajar debido a las necesidades de su familia.

Figura N° 4.22. Razón principal por la que lleva a su hijo (a) al servicio Cuna Más



Fuente: Elaboración propia

La figura N°4.22 muestra que la principal razón por la que las familias llevan a sus hijos al servicio Cuna Más es porque ellos trabajan en 76%, seguido del 9% porque no tienen donde dejarlo, 7% porque están bien cuidados, 5% porque la alimentación es buena y el 3% porque están estudiando.

Aquí se muestra que el 21% no tiene una necesidad consistente de llevar a su menor al servicio Cuna Más ya que el principal motivo por el que se creó el programa fue porque los padres tenían que trabajar y no tenían donde llevar a sus niños (as), en el caso de los que estudian se prevé que tienen igual justificación como en el caso de los que trabajan. De cualquier forma, siempre hay que hacer un filtro para priorizar la debida atención.

4.3.4. Principal beneficio que recibe el niño (a) en el SCD

Las madres y la familia en general, valoran mucho la alimentación que reciben a sus hijos e hijas, reconociendo que consumen carnes, frutas y leche.

Figura N°4.23. Principal beneficio que recibe el niño (a) en el servicio Cuna Más



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 4.23 muestra que a consideración de las familias usuarias el principal beneficio que reciben los niños (as) en el servicio Cuna Más es que reciban alimentación un 57%, que esté cuidado un 35%, que aprenda mientras juega un 5% y que este en un lugar seguro un 3%.

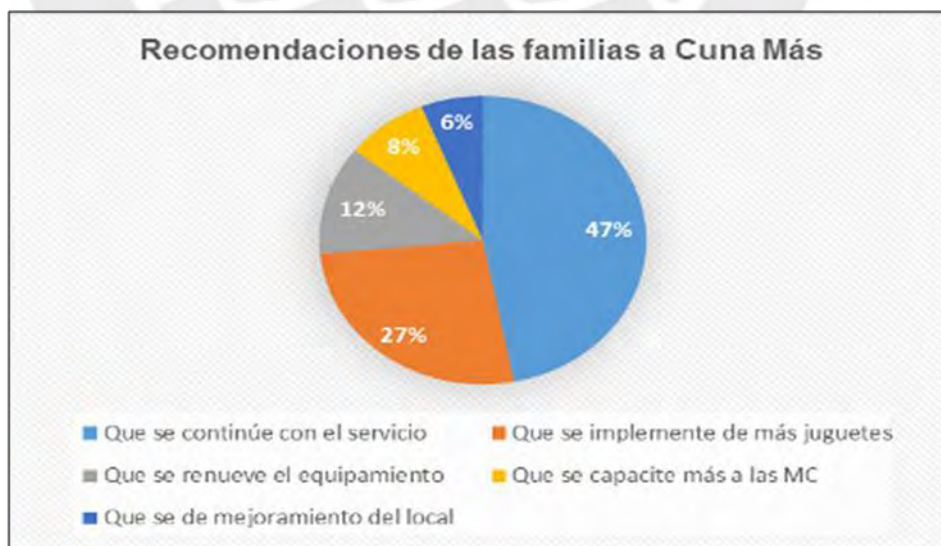
Aunque el programa no es un programa alimentario, las familias consideran este es el principal beneficio pues efectivamente en los servicios alimentarios se cumple con la distribución de las 3 comidas diarias.

Judith Fernández, madre usuaria del CG Las Américas refiere que:

[...] para mí es muy importante de llevar a mi hijo al Cuna Más ya que ahí le dan dos refrigerios y un buen almuerzo, en casa yo me preocupo por darle su desayuno muy temprano y su cena en la noche, él está desde que tenía 9 meses, el médico en la posta me dijo que estaba bajito de peso, el mes pasado cumplió 2 años y las doctoras me han felicitado porque tiene buen peso y buena talla todo eso gracias a las comidas que les dan en Cuna Más y también al trabajo que hace la madre cuidadora, ella es para mí como mi hermana mayor.

4.3.5. Recomendaciones dadas al servicio para mejorar la atención que recibe su niño (a)

Figura N° 4.24. Recomendaciones de las familias a Cuna Más



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 4.24 muestra algunas recomendaciones hechas desde las familias usuarias al servicio de cuidado diurno, entre ellas que se continúe con el servicio en 47%, que se implemente de más juguetes, que se renueve equipamiento en 12%, que se capacite más a las Madres Cuidadoras en 8% y que se dé mejoramiento del local en 6%.

El acercamiento durante la entrevista con las familias usuarias me permite acotar además un alto nivel de conocimiento del programa por parte de las familias, lo que podría aseverar es el bajo nivel de compromiso que tienen estas tal vez por la displicencia demostrada durante las respuestas de las entrevistas.

También es oportuno señalar que algunas de las familias seleccionadas, aproximadamente un 10% de ellas no necesitaban del servicio, pues en unos casos ambos padres estaban en el hogar durante el horario de atención del programa y en otros casos los padres tenían un negocio propio de bodega en su hogar, lo que económicamente señalaría que no estaban en situaciones de pobreza o pobreza extrema con lo cual no necesitarían del servicio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA SEDE LIMA 1

- El equipo técnico del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más posee un grado de solvencia técnica insuficiente respecto a los lineamientos de atención integral (salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y habitabilidad). Por lo que se hace necesario fortalecer las capacidades técnicas del personal. Es recomendable que el personal nuevo que ingresa al programa tenga cuando menos una semana de inducción profunda en el manejo y ejecución de los lineamientos. La visita a los Comités de Gestión, los servicios alimentarios y los centros de atención brindarán las pautas para el reconocimiento práctico de los lineamientos, los mismos que deberán ser estudiados en teoría pues cada lineamiento propone una serie de estrategias que deberán ser articuladas para su mejor entendimiento. El rol de los coordinadores con mayor experiencia y buen desenvolvimiento será vital pues conducirán la organización del día a día con el personal nuevo.
- En cuanto a la implementación de los lineamientos por parte de los actores comunales se puede identificar en las Madres Cuidadoras que hay un porcentaje minoritario que no ejecuta adecuadamente los indicadores relevantes que contiene cada lineamiento, siendo el de salud el componente con mayor porcentaje de desconocimiento por ejemplo (18%) en el caso de curación de heridas y en menor porcentaje de desconocimiento (2%) en el caso de la aplicación adecuada del panel interactivo. Sin embargo, hay que mencionar que existe un 5% de Madres Cuidadoras que no ejecutan adecuadamente el componente de habitabilidad, vulnerando así los niveles de seguridad, poniendo en riesgo la integridad personal de los niños y niñas. hay hogares donde no se brinda la seguridad necesaria para evitar accidentes, se recomienda establecer un cierre temporal hasta el levantamiento de observaciones.

- De otro lado las Socias de Cocina en casi la mitad de ellas (44%) no cumple con las acciones que exige los lineamientos en nutrición, sobre todo los referidos a las buenas prácticas de manipulación (BPM). El factor que ha limitado esta práctica ha sido la rotación del personal de cocina. Es necesario que se desarrolle mayores capacitaciones in situ tanto con Socias de Cocina como con Madres Cuidadoras.
- El grado de solvencia técnica de las Madres Cuidadoras hace indicar que sus necesidades de capacitación deben priorizar los componentes de habitabilidad en primera instancia, salud y aprendizaje infantil temprano en segunda instancia para finalmente culminar con nutrición. Es deseable que cada tres meses se desarrollen los contenidos propios de los lineamientos de la atención integral para luego estos sean reforzados en escenarios individuales (capacitación en la práctica).

5.2. LA CALIDAD OFERTADA POR EL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN LA SEDE LIMA 1

- La capacitación a los actores comunales directamente relacionados con el servicio de atención integral es brindada sólo por los Coordinadores de Campo a través de sus visitas bajo la modalidad de la capacitación en la práctica y como ya se ha mencionado, el equipo técnico de la Sede Lima 1 tiene un bajo nivel de conocimiento precisamente en los lineamientos de la atención integral. Por ello un paso previo es garantizar que todos los coordinadores conozcan a detalle los lineamientos del programa a fin de que puedan estar en condiciones de transmitir adecuadamente estos conocimientos. Dada esta circunstancia y agregando el tiempo efectivo que el coordinador desarrolla en capacitar a los actores, es preciso recomendar que periódicamente, por lo menos cada 3 meses, se promuevan las capacitaciones grupales a las Madres Cuidadoras por Comité de Gestión a fin de que tanto “nuevas” Madres Cuidadoras interactúen y vivencien la experiencia de las demás.

- Se sugiere que para el caso de las Socias de Cocina y los miembros del Comité de Gestión las modalidades de capacitación deben ser realizadas de manera práctica y conjunta ya que son las Socias de Cocina las que realizan la demanda de insumos y los miembros del comité los que adquieren estos.
- Esta capacitación tendría que ser facilitada por el Coordinador de Campo en coparticipación con el Coordinador responsable de nutrición. Un aspecto para tomar en cuenta es que si bien es cierto las necesidades urgentes de capacitación en las Socias de Cocina por su solvencia técnica desplegada indican que deben tener conocimientos, habilidades y actitudes para la ejecución de las Buenas Prácticas de Manipulación (BPM) es propio señalar que los tópicos a capacitar deben incluir también acerca de técnicas culinarias destinadas a mejorar la calidad sensorial de las preparaciones alimenticias.
- El Programa debe asegurar la disponibilidad presupuestal para la mejora de las instalaciones y el reequipamiento de los Servicios Alimentarios, de tal forma que se brinden las condiciones básicas para la aplicación de las BPM. Así mismo, el programa debería facilitar al equipo técnico la asistencia y logística para un oportuno monitoreo de los Servicios Alimentarios.
- En base a la cobertura de servicio expuesto, se propone desarrollar estrategias conjuntas de intervención con los gobiernos locales, para que esta población apta para la atención pueda tener acceso al servicio de cuidado diurno del Programa Cuna Más. Para ello se recomienda promover desde la Sede central del programa acciones de incidencia para involucrar a las autoridades pertinentes a que puedan hacerse responsables de su primera infancia. Luego de ello tendría que llevarse los acuerdos al establecimiento de un convenio marco a fin de que puedan cumplirse los acuerdos y demás obligaciones.
- De otro lado se hace oportuno que el equipo de la Sede Lima 1 pueda desarrollar un filtro más certero en el caso de la atención de niños y niñas que realmente necesiten del programa ya que se constató en las visitas domiciliarias a las familias usuarias que algunas de ellas tenían la posibilidad económica para poder atender a sus niños y niñas.

- En la calidad del servicio la rotación del personal cumple un rol importante y es que la rotación de los actores sociales merma el trabajo que se viene desarrollando a favor de la primera infancia, esta rotación es debido en muchos de los casos por decisiones propias de las Madres Cuidadoras y Socias de Cocina que al encontrar un trabajo que les ofrece una mejor paga simplemente renuncian, el otro factor de rotación se debe a que las Madres Cuidadoras ya no cuentan con el número de niños para su atención.
- Por ello es recomendable desarrollar en ellas las acciones oportunas de sensibilización e importancia del trabajo que realizan, así como la de incorporar una política asertiva de incentivos revalorando el trabajo que desempeñan y brindándoles las condiciones adecuadas (renovación de juguetes, arreglo de muebles). Paralelo a esto, se recomienda contar con un banco de personas que voluntariamente participen de las capacitaciones trimestrales de las Madres Cuidadoras y de las Socias de Cocina, a fin de que ante un inminente reemplazo, esta persona esté en condiciones idóneas de suplir el puesto vacante.

5.3. LA PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE EL SCD DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS, EN LA SEDE LIMA 1

- Las familias en su mayoría reconocen, valoran y respaldan el trabajo que desarrollan las Madres Cuidadoras con sus hijos e hijas, no obstante, existe una tendencia en que estas Madres no están satisfechas por el apoyo que se les pide a las familias. Estos apoyos radican en el tema de la puntualidad con la que deben llevar a sus niños (as) al servicio, en que les traigan su moda (cambio) de ropa y en la limpieza correcta con la que deben llegar.
- Se sugiere que las madres condicionen la asistencia de las familias a las reuniones de frecuencia quincenal y que se trate en ellos las normas de convivencia y la importancia que tienen ellos en el desarrollo infantil temprano, se recomienda también que estas reuniones tengan la modalidad de talleres a fin de tomar la máxima participación y atención de las familias, logrando así el objetivo planificado.

- Por otro lado hay un desconocimiento en gran parte de las familias en el trabajo que desarrolla el Comité de Gestión, esto es debido en primera instancia a que no todos sus miembros desarrollan sus funciones, debido a ello se recomienda primero programar cuando menos reuniones trimestrales con la población en general a fin de presentar las rendiciones de cuenta fomentando así la transparencia del caso y la confianza de las familias y demás autoridades de la localidad. En esa misma reunión se podrá comentar las dificultades funcionales del comité y elegir a voluntarios de la localidad para reconformar los comités de gestión a fin de que todos cumplan con sus funciones según el cargo.

Paso seguido se deberá llevar el expediente de las personas elegidas a la Sede Lima 1 para su trámite correspondiente.

- La razón principal de las familias para dejar a sus niños (as) en el servicio de cuidado diurno es porque ambos están trabajando, no obstante hay que tener en cuenta que la cuarta parte de ellos lo lleva por otras razones, las mismas que pueden estar confundiendo el objetivo del programa, ya que como se explicó anteriormente, algunos de los niños viven en hogares cuyos padres demuestran económicamente estar bien ya que hasta incluso se constató que sus padres tienen negocios propios (como bodegas por ejemplo). Se recomienda nuevamente en contar con un filtro oportuno de niños y niñas que necesiten verdaderamente los servicios del Programa Cuna Más en las localidades donde se viene interviniendo.
- A consideración de las familias es la alimentación que recibe su niño (a) el principal beneficio, sin embargo, será oportuno informar de forma asertiva en las futuras reuniones todos los beneficios que recibe el niño en pro de la integralidad de la intervención y la relevancia que tiene cada uno de ellos. Se sugiere finalmente escuchar y analizar las recomendaciones de los padres ya que una condición elemental de la comunicación es la reciprocidad de información, estará en el Comité de Gestión y en la asistencia técnica del Coordinador (a) de Campo tomar en consideración las opiniones y recomendaciones vertidas por las familias usuarias.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE MEJORA

PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS

a. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención integral a los niños y niñas menores de 3 años en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más.

b. PRIORIDADES

1. Fortalecer los conocimientos y habilidades del personal técnico de la sede.
2. Empoderar a los (as) actores sociales en la gestión de la atención integral.
3. Efectivizar las alianzas estratégicas con operadores técnicos locales del sector salud en sus localidades.
4. Desarrollar un filtro selectivo que permita asegurar que los niños y niñas que asisten a los servicios de cuidado diurno efectivamente necesiten del servicio.
5. Promover el servicio a través de sistemas de difusión local para brindar el servicio a quienes prioritariamente lo necesitan y que las familias usuarias estén enteradas de las acciones que se realizan con sus niños y niñas.
6. Desarrollar políticas de incentivo a los (as) actores sociales que permitan la permanencia adecuada.

c. ENFOQUES TRANSVERSALES

El plan es desarrollado teniendo como base cuatro (04) enfoques de desarrollo clave:

- ✚ El enfoque de desarrollo humano,
- ✚ El enfoque de género
- ✚ Enfoque intercultural y
- ✚ El enfoque ambiental.

La propuesta pone en el centro de atención a los actores sociales quienes tienen en sus funciones la ejecución de los lineamientos técnicos de la atención integral dirigido a la primera infancia que atienden.

i. Enfoque de desarrollo humano

Basado fundamentalmente, en potenciar los conocimientos, habilidades y actitudes de los actores sociales que ejecutan los lineamientos de atención integral para conseguir sistemáticamente los objetivos por los que fue creado el Programa Nacional Cuna Más, como los referidos a las mejoras de las condiciones de vida de los niños y niñas menores de tres años en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

Es por ello que el enfoque de desarrollo humano consiste en fortalecer el conjunto de capacidades y acciones de los actores sociales (personal técnico, autoridades y organizaciones comunales) que promueven el cumplimiento de los lineamientos de atención integral. Este fortalecimiento en los actores sociales repercutirá en promover el adecuado desarrollo infantil temprano, ciertamente a los niños y niñas que tengan permanencia en el programa.

ii. Enfoque de género

Este enfoque busca la participación responsable en las familias, tanto del hombre como de la mujer en el cuidado de sus niños y niñas; y en la importancia de los roles de crianza en beneficio del desarrollo infantil temprano.

El enfoque de género en el diseño y ejecución de la propuesta permitirá además la adopción de prácticas que permitan el sentido auto reflexivo de las familias en la asunción de responsabilidades compartidas. La participación activa del hombre en los tiempos de juego con sus niños (as) será un resultado promovido por este enfoque, por ejemplo.

El enfoque de género tiene que ver también con la información y capacitación a los actores comunales y actitud de personas que apoyan en los cuidados y alimentos de los pequeños usuarios.

Los actores sociales tienen que saber de la importancia de la socialización equitativa e igualitaria en los primeros años de vida para que brinden afecto, cuidado, juegos y trato cotidiano por igual a varoncitos y mujercitas, prohibiendo la agresión a estas últimas lo que se suele dar a menudo.

iii. Enfoque intercultural

Como sabemos la mayoría de los pobladores de Lima Metropolitana son migrantes o hijos de migrantes, este reconocimiento obliga a conocer las costumbres de crianza, tipo de alimentación trato, creencias para fortalecer los positivos y desalentar los que no son recomendables como la poca conversación con los pequeños, el trato poco afectuoso y los hábitos no tan saludables.

Por ejemplo, su buen humor, el hacerles bailar, el desarrollar su estimulación motora gruesa, así como la aplicación de la teoría del apego son muy positivos. En el ámbito rural, además tienen juegos cuentos que se deben de estimular con la participación de la familia ya que son muy significativos.

En la relación con las familias el trato debe ser muy afectuoso, ya que esa es una característica muy valiosa del migrante.

La valoración de su cultura es buen motivo para **reforzar** la autoestima de las familias, los niños y niñas las Madres Cuidadoras y Socias de Cocina.

iv. Enfoque ambiental

Este enfoque dispondrá de una serie de mecanismos en favor del cuidado del medio ambiente pues el plan integra el uso y reuso de los desperdicios orgánicos e inorgánicos que se generan en los servicios alimentarios de cada Comité de Gestión.

Tomar conciencia ambiental e incorporar contenidos adecuados a la edad en las rutinas que tienen las Madres Cuidadoras con los niños y niñas promoverá una generación que respete el medio ambiente, las plantas y animales y que sean protectores de los mismos.

El enfoque ambiental también tiene que ver con el cuidado del agua, con la prohibición de alimentos con conservantes, como los chizitos, enlatados y productos snacks, así como caramelos y chupetines.

d. **ESTRATEGIAS EN RELACIÓN A LAS PRIORIDADES**

a. Fortalecer los conocimientos y habilidades del personal técnico de la sede.

En base a los resultados obtenidos se propone que se tomen en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Que se considere en los perfiles de Coordinadores de campo a contratar, el conocimiento adecuado (mínimo nivel básico) de ofimática, para optimizar estas habilidades en el ejercicio del monitoreo de actividades a través de la plataforma virtual creado por el Programa Nacional Cuna Más.
- Todo personal nuevo deberá pasar al menos por una semana de inducción teórico- práctica antes de iniciar sus funciones en campo y el personal de mayor experiencia y mejor solvencia técnica será el encargado (a) de esta inducción; la cual al final deberá someter a evaluación a este personal nuevo a fin de garantizar la transferencia de conocimientos.
- Periódicamente, recomendable cada 6 meses, todo el personal deberá participar de acciones de capacitación externa en temas referidos a primera infancia. Será conveniente que la sede Lima Sur, a través de la sede central del PNCM coordine convenios de capacitación con entidades reconocidas en la atención a la primera infancia a fin de mantener actualizados en las nuevas tendencias de atención, uso de materiales lúdicos entre otros tópicos de interés.

- Se sugiere también que los contenidos de capacitación al personal técnico sean sobre liderazgo, trabajo en equipo y métodos asertivos de comunicación con adultos.

b. Potenciar el empoderamiento de los (as) actores sociales en la gestión de la atención integral.

- Una vez capacitados los Coordinadores de Campo, quienes son los responsables de transferir e intermediar los conocimientos para el funcionamiento del PNCM a los actores sociales, se recomienda desarrollar un plan de capacitación que contenga los contenidos de los lineamientos técnicos en los que se encuentran débiles.
- El monitoreo que realiza cada coordinador dará luces de los contenidos a los que las Madres Cuidadoras de sus comités de gestión a cargo aún responden con dificultad, por ello este plan debe ser diversificado por cada comité pues cada uno de ellos poseen realidades distintas. Solo así podrá efectivizarse la capacitación y sus resultados esperados, mitigando así los posibles riesgos que estos pueden ocasionar ante el desconocimiento de las Madres Cuidadoras, sobre todo en el componente de habitabilidad.
- Cuando el servicio de cuidado diurno se refiere al componente de habitabilidad se está refiriendo a las condiciones básicas para promover seguridad a los niños y niñas, el que un local donde funcione el servicio no cuente con la garantía para su adecuado funcionamiento estamos indicando una situación de riesgo para la integridad del niño (a), por lo que se recomienda cerrar en el acto el servicio ante la comunicación previa del Comité de Gestión para así evitar accidentes que lamentar. Tal como se muestra en el informe fotográfico se deja expuesto los tomacorrientes (sin sus tapones) lo cual es una situación de alto riesgo para los niños y niñas de Cuna Más.
- Para que los niños no se vean afectados cuando cambian de lugar, tendrían en principio que ser reubicados en los locales más cercanos en coordinación con el Comité de Gestión, las demás Madres Cuidadoras y las respectivas familias usuarias. Si el motivo del cierre no es subsanable el comité bajo acompañamiento de su Coordinador de Campo evaluarán la posibilidad de la apertura del servicio en un ambiente idóneo para ello.

- Teniendo en consideración las proporciones de rotación mensual de los actores sociales, es recomendable ampliar la convocatoria de las capacitaciones a personas voluntarias las que podrían estar en la capacidad de poder ejecutar adecuadamente los lineamientos de la atención integral en los roles de Socias de Cocina y Madres Cuidadoras.
- Potenciar la gestión de la atención integral es también exigir la presencia y/o el análisis de por lo menos tres actores importantes: El Equipo Técnico del PNCM, los Actores Comunales (CG, SC, CV) y, los Actores Locales (alcaldes, representantes de los sectores públicos y privados, sociedad civil entre otros) así se tendrá que el nivel de involucramiento de cada uno de ellos impulsará en gran medida el Desarrollo Infantil Temprano en las Zonas Metropolitanas de Lima Sur.

c. Efectivizar las alianzas estratégicas con operadores técnicos locales del sector salud en sus localidades.

- Sin lugar a duda la sinergia entre entidades que tienen un mismo público objetivo siempre es mejor cuando existe una coordinación asertiva de por medio, por ello se recomienda coordinar permanentemente con los responsables del sector salud a nivel local a través del establecimiento de un convenio específico entre la Sede Lima 1 y la DISA de su correspondencia.
- Esta coordinación deberá ser permanente y permitirá desarrollar a tiempo los controles de salud pertinentes para los niños y niñas de acuerdo a su edad, tal es así que además de las coordinaciones para las actividades de antropometría y evaluación de desarrollo podrá definirse en el plan las actividades concernientes al calendario de vacunaciones, dotación de suplementos vitamínicos y minerales, campañas de desparasitación, etc. Cabe mencionar que las coordinaciones deberán contar con el consentimiento previo de las familias usuarias a las que se tendrán que sensibilizar en las reuniones mensuales con ellos en cada uno de los locales donde atiende el servicio. Por ello es importante concientizar antes a la Madre Cuidadora para que sea ella la interlocutora de transmitir la importancia de la salud de sus niños y niñas.

d. Desarrollar un filtro selectivo que permita asegurar que los niños y niñas que asisten a los servicios de cuidado diurno efectivamente necesiten del servicio.

- Dada la carga de funciones que tiene el coordinador de campo es complicado que, además de visitar a sus 33 Madres Cuidadoras, 6 Socias de Cocina distribuidas en 3 localidades distintas del distrito, así como coordinar acciones con los miembros de sus 3 Comités de Gestión en un período de 18 días.

Como sabemos los otros 5 días hábiles son dedicados a actividades permanentes en oficina (reuniones y acompañamiento de rendiciones de cuenta por Comité de Gestión), pueda hacer el monitoreo de hogar por hogar a las 264 familias para evaluar si su participación en el servicio de cuidado diurno es legítima o no.

Por ello se recomienda establecer convenios con las universidades locales que tengan facultad de Ciencias Sociales para optimizar tiempos y recursos que tengan que ver con un estudio socio económico oportuno y veraz a través de sus estudiantes de últimos ciclos permitiendo además en ellos otras aristas de las políticas públicas en el marco de lo social.

En otros casos son las mismas madres que conocen a las personas de la localidad quienes deberán ser sensibilizadas para que se interesen y prioricen la atención a los niños y niñas más pobres y desnutridas y capacitarles sobre las consecuencias de una inadecuada atención y conozcan mejor lo que deja de recibir un niño pobre, cuya madre sale a trabajar y solo lo cuidan los hermanitos mayores o alguna familia lejana.

e. Promover y difundir el servicio a través de sistemas de comunicación local para que se informen y acudan las familias que más lo necesitan.

- Los vínculos de confianza promueven el carácter empático entre las familias usuarias y las Madres Cuidadoras, sin embargo y vista la realidad, algunas de las familias usuarias creen que les hacen un favor a la Madre Cuidadora llevando a su niño (a) al servicio y por ello las Madres Cuidadoras no encuentran respuesta ante el pedido de que los traigan limpios, que traigan su muda, que lleguen temprano, etc. Por esta razón se sugiere establecer mecanismos de comunicación a través en primera instancia de difusiones por medios locales (comunales) que tengan llegada a las familias usuarias.
 - Se recomienda además que el Comité de Gestión rinda cuentas periódicamente (mínimo cada 3 meses) en asambleas comunales o reuniones generales sobre los gastos generados por la atención integral brindada.
 - El ejercicio de esta actividad promoverá confianza y transparencia en el uso de los recursos y promoverá el conocimiento en las familias de todas las acciones desplegadas e invocará la participación de estas en el adecuado seguimiento de las prácticas en salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y habitabilidad en el hogar.
 - Se sugiere también el establecimiento de coordinaciones para la firma de un convenio específico entre la Sede Lima 1 y universidades locales que tengan facultad de Comunicación a fin de que se puedan disponer de prácticas en cada uno de los comités de gestión optimizando los medios comunicativos con los que cuenta, así como de las estrategias más pertinentes en el logro de los objetivos propios de difusión.
- f. Desarrollar políticas de incentivo a los (as) actores sociales que permitan la permanencia adecuada.**
- El reconocimiento a las acciones que uno hace es muchas veces más gratificante cuando se hacen públicas, es por esta razón que se sugiere que en coordinación de la sede central del programa se haga una distinción periódica a las Madres Cuidadoras por la noble labor que realizan.
 - La propuesta que sugiero es que este estímulo sea no monetario, pero podría ser materia como una gorra para el sol o una bolsa para el traslado

de sus útiles etc. También podría haber diplomas o tarjetas firmadas por la Dirección Ejecutiva o la propia ministra.

- Que los saludos sean extensivos en días oportunos como: en el día de la madre, día de la mujer, navidad y en sus cumpleaños.
- Que las fotos de sus locales sean vistos en el portal web del PNCM y hasta en sus redes sociales, estas acciones serán muy gratificantes y permitirán la calidez que toda institución debe mantener para que quienes colaboran en esta digna labor sientan el compromiso de quedarse a velar por las mejoras de las condiciones de vida de más niños y niñas.



ANEXOS

Anexo 1.- Decreto Supremo de Creación del Programa Nacional Cuna Más (23/03/2012)

Perú Lima, viernes 23 de marzo de 2012	NORMAS LEGALES 462995
<p>la Ministra de Educación, la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministro de Salud y el Ministro de Defensa.</p> <p>Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintitrés días del mes de marzo del año dos mil doce.</p> <p>ÓLLANTA HUMALA TASSO Presidente Constitucional de la República</p> <p>ÓSCAR VALDÉS DANCUART Presidente del Consejo de Ministros</p> <p>RENÉ CORNEJO DÍAZ Ministro de Vivienda, Construcción y Saneamiento</p> <p>CARLOS PAREDES RODRÍGUEZ Ministro de Transportes y Comunicaciones</p> <p>LUIS GINOCCHIO BALCÁZAR Ministro de Agricultura</p> <p>PATRICIA SALAS O'BRIEN Ministra de Educación</p> <p>ANA JARA VELÁSQUEZ Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables</p> <p>CARLOS ALBERTO TEJADA NORIEGA Ministro de Salud</p> <p>LUIS ALBERTO OTÁROLA PEÑARANDA Ministro de Defensa</p> <p>768636-2</p>	<p>8) establece que el Programa Nacional Cuna Más, que se constituye sobre la base del Programa Nacional Wawa Wasi, es un Programa del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social;</p> <p>Que, según lo establecido en la Cuarta Disposición Complementaria, Transitoria y Final del mismo Decreto Supremo, el Programa Nacional Wawa Wasi quedó formalmente adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a partir del 1 de enero de 2012;</p> <p>Que, el Decreto Supremo N° 002-2012-MIDIS, publicado el 24 de enero de 2012, declaró en proceso de reorganización las prestaciones y actividades de carácter temporal de los programas adscritos al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, incluyendo el Programa Nacional Wawa Wasi;</p> <p>Que, diversos estudios de neurociencia evidencian ampliamente que los primeros años de vida resultan decisivos para el desarrollo de las personas y que desde la gestación se da inicio al desarrollo del cerebro y la multiplicación de conexiones sinápticas; por lo que la atención de niñas y niños durante la primera infancia es crucial para la sociedad y el Estado;</p> <p>Que, de acuerdo con la Unidad de Medición de la Calidad del Ministerio de Educación (UMC), se evidencia que existen brechas significativas entre las niñas y niños de zonas urbana y rural con relación a su rendimiento en pruebas de comprensión lectora y matemática en el segundo grado, existiendo una diferencia promedio de alrededor de 28 y 10 puntos porcentuales para comprensión lectora y matemática, respectivamente;</p> <p>Que, además de lo expuesto, las niñas y niños en condiciones de pobreza enfrentan riesgo biológico, psicosocial y contextual, lo que obliga al Estado y la sociedad a promover condiciones de atención integral que los ayuden a ellos y sus familias a sentar las bases para el desarrollo de habilidades y aprendizajes que elimine las brechas con sus pares en mejor condición social, económica o de cualquier otra índole;</p> <p>Que, la evidencia internacional señala que las intervenciones dirigidas a niñas y niños de entre 0 y 36 meses que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema son más eficientes y eficaces que otras en edades posteriores, y que los programas de visitas domiciliarias tienen mayor impacto en el desarrollo de la niña y el niño que los programas de solo cuidado diurno;</p> <p>Que, en atención a lo expuesto y en el marco de la normativa señalada, resulta de interés nacional crear el Programa Nacional Cuna Más sobre la base del Programa Nacional Wawa Wasi, reorientándolo y reformulándolo como programa social focalizado a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, con el propósito de brindar atención integral y mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños de entre 0 y 36 meses de edad en condición de pobreza y pobreza extrema, promoviendo la articulación de sectores y niveles de gobierno, organismos y programas que compartan o complementen sus objetivos;</p> <p>Que, se cuenta con la opinión favorable de la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros;</p> <p>De conformidad con las atribuciones y disposiciones previstas en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, la Ley N° 29792, Ley de Creación, Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, y, su Reglamento de Organización y Funciones, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2011-MIDIS;</p> <p>Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.</p> <p>DECRETA:</p> <p>Artículo 1°.- Creación del Programa Nacional Cuna Más</p> <p>Créese el Programa Nacional Cuna Más como programa social focalizado, adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, con el propósito de brindar atención integral a niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema.</p> <p>El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, a través del Programa Nacional Cuna Más, promueve la intervención articulada de sectores y niveles de gobierno, organismos y programas que compartan o complementen</p>

sus objetivos, reconociendo la rectoría de cada uno de ellos.

Los criterios de focalización del Programa Nacional Cuna Más son aprobados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

El Programa Nacional Cuna Más tendrá una vigencia de 05 (cinco) años, luego de los cuales el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, previa evaluación de impacto, propondrá, de ser el caso, su formalización como política pública a través de su institucionalización y la progresiva descentralización de su servicio.

Artículo 2°.- Objetivo General

El Programa Nacional Cuna Más tiene como objetivo general mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.

Artículo 3°.- Objetivos específicos

El Programa Nacional Cuna Más tiene los siguientes objetivos específicos:

- a) Incrementar el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema.
- b) Mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje de sus niñas y niños menores de 36 meses de edad.
- c) Fortalecer el vínculo afectivo madre/padre/cuidador-hija(o)-niña(o).

Artículo 4°.- Funciones

El Programa Nacional Cuna Más tiene las siguientes funciones generales:

- a) Brindar atención integral a niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema a través de Centros Cuna Más especialmente acondicionados.

b) Fortalecer los conocimientos en las madres gestantes y familias en prácticas de cuidado y aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses, y generar experiencias de aprendizaje en las niñas y niños usuarios del Programa, a través de visitas al hogar y sesiones grupales.

c) Promover la intervención articulada de sectores y niveles de gobierno, organismos y programas que compartan o complementen los objetivos del Programa.

d) Promover la participación y cooperación de la comunidad, las organizaciones sociales de base y el sector privado en la implementación de las modalidades y servicios del Programa.

Artículo 5°.- Ámbito y usuarios

El Programa Nacional Cuna Más tiene como ámbito de intervención focalizada las zonas urbanas y rurales del país en situación de pobreza y pobreza extrema, de acuerdo a la naturaleza de cada una de sus modalidades y componentes.

Son usuarios del servicio que brinda el Programa Nacional Cuna Más a través de sus modalidades: las niñas y niños menores de 36 meses de edad, sus familias y madres gestantes.

Artículo 6°.- Modalidades de intervención

El Programa Nacional Cuna Más brinda sus servicios a través de las siguientes modalidades, las que tendrán un enfoque intercultural:

a) Cuidado diurno: Es la modalidad que brinda un servicio integral a niñas y niños de entre 6 a 36 meses de edad que requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades. Se brinda en Centros Cuna Más de Cuidado Diurno que son cogestionados entre el Estado y la comunidad, habilitándose módulos de atención de acuerdo con las directivas que aprueba el Programa.

El servicio de cuidado diurno será prestado también, de manera progresiva, a niñas y niños de entre 3 y 8

El Peruano

DIARIO OFICIAL

REQUISITOS PARA PUBLICACIÓN DE NORMAS LEGALES CON O SIN ANEXOS

Se comunica a las entidades que conforman el Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, Poder Judicial, Organismos constitucionales autónomos, Organismos Públicos, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, lo que deben tener en cuenta para efectos de la publicación de sus disposiciones en general (normas legales, reglamentos jurídicos o administrativos, resoluciones administrativas, actos de administración, actos administrativos, etc) que contengan o no anexos:

- 1.- Junto a toda disposición, con o sin anexos, que contenga más de una página, se adjuntará un disquete o cd rom con su contenido en formato Word o éste podrá ser remitido al correo electrónico normaslegales@editoraperu.com.pe.
- 2.- En toda disposición que contenga anexos, las entidades deberán tomar en cuenta lo establecido en el artículo 9° del Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.
- 3.- Toda disposición y/o sus anexos que contengan tablas, deberán estar trabajadas en EXCEL, de acuerdo al formato original y sin justificar, si incluyen gráficos, su presentación será en extensión PDF o EPS a 300 DPI y en escala de grises cuando corresponda.
- 4.- Las tablas o cuadros deberán ser elaborados a 24 cm. de alto x 15 cm. de ancho, en caso se trate de una página apaisada a 15 cm. de alto x 24 cm. de ancho. Asimismo, la tipografía mínima a utilizar deberá ser de Helvetica-Narrow 7 puntos.
- 5.- En toda disposición, con o sin anexos, que en total excediera de 6 páginas, el contenido del disquete o cd rom o correo electrónico será considerado COPIA FIEL DEL ORIGINAL, para efectos de su publicación, a menos que se advierta una diferencia evidente, en cuyo caso la publicación se suspenderá.

LA DIRECCIÓN

meses de edad, bajo las características antes indicadas y siempre que estos centros cuenten con personal de salud y cuidadoras debidamente capacitadas.

b) Acompañamiento a familias: Es la modalidad que se realiza mediante visitas a hogares y sesiones grupales con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses y sus familias en los Centros Cuna Más de Acompañamiento a Familias acondicionados por el Programa, para mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje infantil. Las visitas a hogares y las sesiones grupales se realizan conforme a las directivas que apruebe el Programa.

El Programa Nacional Cuna Más podrá implementar Centros Cuna Más en los que se brinde ambas modalidades, en el marco de las directivas que apruebe el Programa.

Artículo 7º.- Organización del Programa

El Programa Nacional Cuna Más estará a cargo de un(a) director(a) ejecutivo(a) designado(a) mediante resolución ministerial del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, cuyas funciones se establecen en el manual de operaciones respectivo.

Su organización y mecanismos de articulación con otros sectores y niveles de gobierno se desarrollarán en el respectivo manual de operaciones que se apruebe por resolución ministerial.

Artículo 8º.- Financiamiento

El Programa Nacional Cuna Más es financiado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, con cargo a su presupuesto institucional, en el marco de las normas sobre equilibrio del presupuesto del Sector Público, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público, así como con recursos provenientes de donación nacional o extranjera, cooperación no reembolsable y otras fuentes de financiamiento.

Los Gobiernos Regionales y Locales, el sector privado y la cooperación internacional podrán financiar, en todo o en parte, la implementación de cualquiera de las modalidades de intervención del Programa Nacional Cuna Más o sus componentes en los ámbitos de su jurisdicción conforme a los lineamientos que establezca el Programa.

Artículo 9º.- Vigencia

La presente norma entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el diario oficial El Peruano.

Artículo 10º.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por la Ministra de Desarrollo e Inclusión Social.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera.- Vigencia de los instrumentos de gestión del Programa Nacional Wawa Wasí

En tanto no se apruebe el manual de operaciones a que se refiere el artículo 7 del presente decreto supremo, el Programa Nacional Cuna Más operará con los instrumentos de gestión, lineamientos, directivas, estructura, funciones y competencias del Programa Nacional Wawa Wasí sobre el que se constituye.

A partir de la vigencia del presente decreto supremo, toda referencia en los instrumentos señalados en el párrafo anterior, así como en convenios, contratos y cualquier otra normativa aplicable, hecha al ex Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y al Programa Nacional Wawa Wasí, deberá entenderse hecha al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y al Programa Nacional Cuna Más, respectivamente.

Segunda.- Criterios de entrada y egreso de usuarios

El Programa Nacional Cuna Más establecerá los criterios de entrada y egreso de sus usuarios conforme a los lineamientos que apruebe el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Tercera.- Manual de Operaciones

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, mediante resolución ministerial, aprobará en un plazo no mayor

a sesenta (60) días hábiles posteriores a la entrada en vigencia del presente Decreto Supremo, el manual de operaciones que corresponde al Programa Nacional Cuna Más.

Cuarta.- Normas complementarias

Autorícese al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a aprobar mediante resolución ministerial, las normas complementarias necesarias para la adecuada implementación del Programa Nacional Cuna Más.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- Incorporación de servicios al Programa Nacional Cuna Más

A partir de la vigencia del presente decreto supremo, los servicios del Programa Nacional Wawa Wasí se incorporan al Programa Nacional Cuna Más, extinguiéndose el primero de los nombrados, de acuerdo a lo dispuesto en la Tercera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29792.

Segunda.- Implementación Progresiva

El Programa Nacional Cuna Más se implementará progresivamente, conforme a los criterios y planes aprobados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y los lineamientos que proponga el Programa, iniciándose durante el presente año en los departamentos de Ayacucho y Cajamarca para la modalidad de Acompañamiento a Familias; y, en los departamentos de Ayacucho, Cajamarca, Lima y San Martín para la modalidad de Cuidado Dúo.

Los servicios incorporados conforme a la Primera Disposición Complementaria Final del presente decreto supremo, se reorientan y reformulan progresivamente en el marco de lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 002-2012-MDIE.

Tercera.- Diseño y aprobación de Programa Presupuestal

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social remitirá a la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, el diseño del Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados del Programa Nacional Cuna Más, en el marco de los lineamientos para el diseño y formulación de Programas Presupuestales, dispuestos en la Resolución Directoral N° 004-2012-EF/50.01.

Cuarta.- Informe Final sobre implementación de Wawa Wasí Institucional

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social remitirá al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en un plazo no mayor a 60 días calendario posteriores a la vigencia del presente decreto supremo, el informe final respecto a la implementación de los wawa wasí institucionales en entidades públicas, que ordena el Decreto Supremo N° 002-2007-MIMDES y la recomendación para su incorporación a dicho sector como parte de las políticas públicas de su rectaría.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

Única.- Deróguense todas aquellas disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente norma o limiten su aplicación.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintitrés días del mes de marzo del año dos mil doce.

OLLANTA HUMALA TASSO
Presidente Constitucional de la República

CAROLINA TRIVELLI AVILA
Ministra de Desarrollo e Inclusión Social

768836-3

Anexo 2.-

TABLA COLUMNA VERTEBRAL – VARIABLES E INDICADORES

Pregunta general	Objetivos específicos	Preguntas de investigación	Variables	Indicadores
¿Cuáles son los factores que han limitado o contribuido la implementación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur durante el 2012?	Identificar y analizar el nivel de implementación de los lineamientos técnicos de la Unidad Gerencial de Atención Integral del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más (SCDPNCM) en las zonas metropolitanas de Lima Sur.	(1) ¿Cómo se viene implementando los lineamientos técnicos de la Unidad Gerencial de Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más?	Conocimiento en la ejecución del Programa según los lineamientos técnicos de atención integral de los equipos técnicos de la Sede.	Nivel de conocimiento sobre los lineamientos técnicos de atención integral por parte del equipo técnico de las sede Lima 1
			Características del proceso de implementación del componente salud por las Madres Cuidadoras (MC) del SCD-PNCM.	Grado de solvencia técnica en la que las MC han desarrollado el componente de salud del SCD-PNCM
			Características de la implementación del componente de nutrición por las MC del SCD-PNCM.	Grado de solvencia técnica en la que las MC han desarrollado el componente de nutrición del SCD-PNCM
			Características del proceso de implementación del componente de AIT por las MC del SCD-PNCM.	Grado de solvencia técnica en la que las MC han desarrollado el componente de AIT del SCD-PNCM
			Características de la implementación del componente de Habitabilidad por las MC del SCD-PNCM.	Grado de solvencia técnica en la que las MC han desarrollado el componente de AIT del SCD-PNCM

			Características de la implementación del componente de nutrición por las Socias de Cocina del SCD-PNCM.	Grado de solvencia técnica en la que las SC han desarrollado el componente de nutrición del SCD-PNCM
	Identificar los factores que estarían contribuyendo o limitando la calidad del servicio en la atención integral de los Centros de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur.	(2) ¿Cuál es la calidad ofertada por el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más?	Características de capacitación a los Comités de Gestión (CG).	Proporción de miembros de los CG que han recibido capacitación.
Características de capacitación brindada a las MC.			Proporción de MC que han recibido capacitación.	
Características de capacitación brindada a las SC.			Proporción de SC que ha recibido capacitación.	
Solvencia técnica de las MC			Grado de solvencia técnica de la MC en el componente de Salud.	
			Grado de solvencia técnica de la MC en el C. de Nutrición.	
	Grado de solvencia técnica de la MC en el componente de AIT.			
	Grado de solvencia técnica de la MC en el C. de			

				Habitabilidad.
			Solvencia técnica de las SC	Grado de solvencia técnica de la SC en el C. de Nutrición.
			Cobertura del SCD del PNCM	Proporción de cobertura del SC-DPNCM en la sede
			Rotación de los actores sociales ejecutores de la atención integral	Proporción de rotación en los miembros de los CG.
				Proporción de rotación en las MC.
				Proporción de rotación en las SC.
Determinar las percepciones de las familias usuarias del SCD del Programa Nacional Cuna Más en las zonas metropolitanas de Lima Sur.	((3) ¿Cuáles son las percepciones de las familias usuarias con relación al servicio que ofrecen los CDC?	Percepciones de las familias usuarias sobre el servicio de cuidado diurno que ofrecen el PNCM.	Grado de percepciones de las familias usuarias sobre el trabajo de las MC	
			Grado de percepciones de las familias usuarias sobre el trabajo de los miembros de los CG.	

Anexo 3.- INSTRUMENTOS PARA RECOGER INFORMACIÓN

ENCUESTA A N°.....

Nombre del personal de la sede: _____ Fecha: _____

Cargo : _____ Puntos: _____

1. En relación a los objetivos que tiene los lineamientos técnicos en Nutrición marque verdadero o falso según corresponda (2 pts.)
 - 1.1 Garantizar una atención alimentaria de calidad para los niños y las niñas que se atiende. (V) (F)
 - 1.2 Fortalecer y mejorar la atención alimentaria por parte del Equipo de Sede y de los Comités de Gestión. (V) (F)

2. En relación a las estrategias de los lineamientos técnicos en Nutrición marque verdadero o falso según corresponda (2 pts)
 - 2.1 Alimentación Balanceada, es cuando el menú lleva todos los nutrientes en forma equilibrada (V) (F)
 - 2.2 En el servido por grupo etario, es cierto que la Madre Cuidadora recibe la misma dimensión de la ración como la de un niño de 2 años y medio. (V) (F)

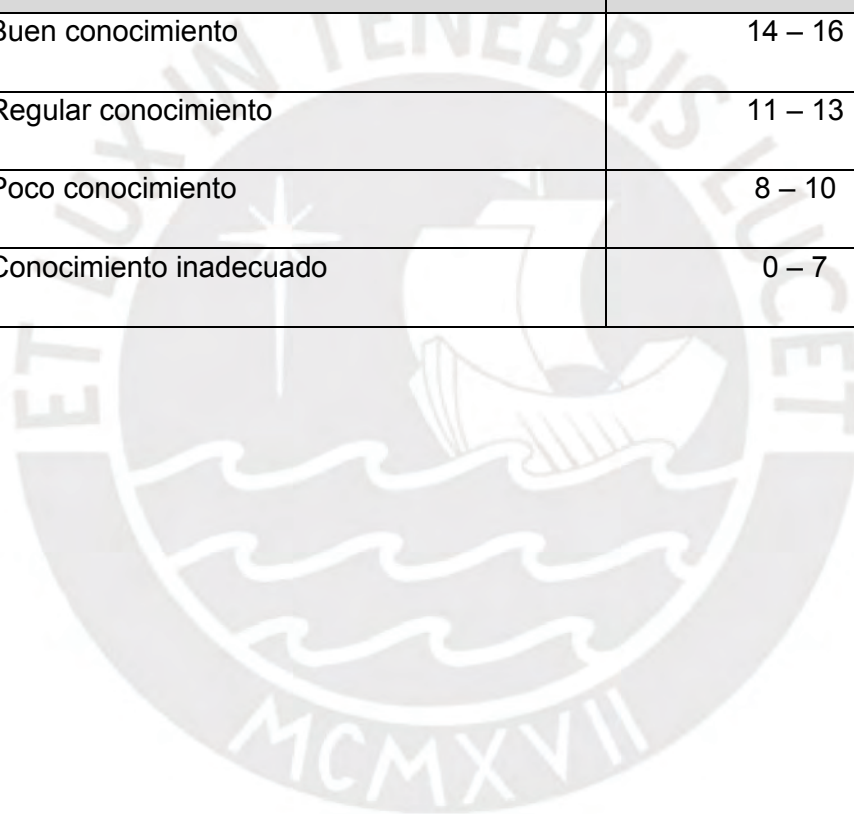
3. En referencia a los objetivos que tiene los lineamientos técnicos en Salud marque verdadero o falso según corresponda (2 pts)
 - 3.1 Un objetivo es procurar que el niño este siempre sano y contento libre de todo riesgo. (V) (F)
 - 3.2 Otro objetivo es de afianzar la identidad y autoestima de los niños y niñas en el proceso de promoción y protección de la salud. (V) (F)

4. En relación a las estrategias de los lineamientos técnicos en Salud, marque verdadero o falso según corresponda (2 pts)
 - 4.1 El monitoreo y la vigilancia nutricional infantil es una función del Comité de Gestión. (V) (F)

- 4.2 Es el aceptil rojo, un insumo importante que puede contener el botiquín del Centro Cuna Más de Cuidado Diurno (V) (F)
5. En alusión a los objetivos de los lineamientos técnicos en AIT, marque verdadero o falso según corresponda (2 pts)
- 5.1 Promover el aprendizaje del niño (a) mediante el juego libre, oportuno y asertivo. (V) (F)
- 5.2 Asegurar el desarrollo cognitivo del niño (a) a través de mecanismos lúdicos. (V) (F)
6. En relación a las estrategias de los lineamientos técnicos en AIT, marque verdadero o falso según corresponda (2 pts)
- 6.1 El panel interactivo fue diseñado para evaluar el desarrollo del niño (a). (V) (F)
- 6.2 Los módulos complementarios están compuestos por una escalera, una rampa y un cubo. (V) (F)
7. En referencia a los objetivos que tiene los lineamientos técnicos en Habitabilidad, marque verdadero o falso según corresponda (2 pts)
- 7.1 La seguridad de los espacios físicos es de responsabilidad del comité de gestión. (V) (F)
- 7.2 Promover espacios saludables dentro y fuera del área de atención es de responsabilidad del coordinador de campo. (V) (F)
8. En relación a las estrategias de los lineamientos técnicos en Habitabilidad, marque verdadero o falso según corresponda (2 pts)
- 8.1 Todos los Centros Cuna Más de Cuidado Diurno deben tener por lo menos un área mínima destinada para el servicio igual a 16 m². (V) (F)
- 8.2 La selección de las Madres Cuidadoras es una responsabilidad de los Coordinadores de Campo. (V) (F)

Criterios de puntuación	Puntos
Responde completamente	2
Responde incompleto	1
No responde	0

Categoría (Sobre conocimientos)	Puntuación
Buen conocimiento	14 – 16
Regular conocimiento	11 – 13
Poco conocimiento	8 – 10
Conocimiento inadecuado	0 – 7



ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA A N°.....

CG: _____ WW: _____ Fecha: _____

Nombre de la Madre Cuidadora MC: _____

Observar, preguntar y marcar con x o + donde corresponda: (en el resultado final solo se coloca en **SI** cuando todas las condiciones del indicador¹⁵ hayan sido positivas o estén vacías por alguna circunstancia)

5a INDICADOR: N° MADRES CUIDADORAS QUE SIRVEN LAS RACIONES ALIMENTARIAS EN CANTIDAD DE ACUERDO AL GRUPO ETARIO	SI	NO
La MC reportan diariamente la asistencia de las niñas y los niños por grupo etario al repartidor.		
La MC sirve (distribuye) el almuerzo en los tapers individuales, según grupo etario a las niñas y niños del Wawa Wasi.		
La MC sirve 1/2 de taza de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 6 a 8 meses.		
La MC sirve 1/4 de taza de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 9 a 11 meses.		
La MC sirve 1 taza de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 12 a 23 meses.		
La MC sirve 1 taza y cuarto de 250 ml, los refrigerios de los niños menores de 24 a 47 meses.		
RESULTADO PARCIAL		

¹⁵ Indicadores propuestos por el plan de evaluación del PNWW – Oficina de Planeamiento Monitoreo y Evaluación - 2007

5b N° DE MADRES CUIDADORAS QUE REALIZAN LA ALIMENTACION ACTIVA	SI	NO
La MC propicia un ambiente agradable en el local de atención para recibir los alimentos: Se sienta con ellos, canta canciones alusivas al momento, conversa con ellos acerca de los alimentos que están comiendo, realiza juegos apropiados para el momento.		
La MC come con las niñas y niños y los acompaña en todo momento durante la alimentación.		
La MC se muestra alegre, cariñosa y dispuesta a ayudar a los niños/as que lo requieran durante la alimentación.		
La MC apoya y da de comer a los niños/as más pequeños, permitiéndoles por momentos hacerlo por sí mismos.		
En el caso de niños/as que no deseen comer, la M.C brinda en forma fraccionada (poco a poco, en pequeñas cantidades) los alimentos hasta que termine, lo cual tomará más tiempo del momento de alimentación.		
RESULTADO PARCIAL		

6a INDICADOR: MADRES CUIDADORAS QUE REALIZAN EN FORMA ADECUADA LA CURACION DE HERIDAS, CONTROL DE LA FIEBRE Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACION.	SI	NO
La MC realiza en forma adecuada la curación de heridas: Se lava las manos con agua y jabón, limpia la herida con algodón jabonoso de adentro hacia fuera, enjuaga con algodón con agua hervida y cubre con una gasa.		
La MC realiza en forma adecuada el control de la fiebre: saca el termómetro del estuche, lo limpia con agua y jabón; lo coloca en la axila del niño y niña; espera 5 minutos lo retira y lee la temperatura; limpia el termómetro con agua y jabón; lo guarda en su estuche dentro del botiquín y administra Paracetamol (si el niño o niña tiene más de 38° C)		

La MC trata en forma adecuada la deshidratación leve del niño o niña: Abre el sobre de sales orales, verifica la fecha de vencimiento, estado de conservación del sobre y disuelve en una jarra todo contenido del sobre en un litro de agua hervida fría. Le da al niño y niña después de cada diarrea y cuando lo pida.		
RESULTADO PARCIAL		

6b INDICADOR: MADRES CUIDADORAS QUE REALIZAN PRÁCTICAS SALUDABLES EN EL CENTRO CUNA MÁS	SI	NO
La MC realiza con los niños y niñas el lavado de manos con agua clorada a chorro y jabón: antes, después de comer y después de ir al baño		
La MC mantiene limpia la ropa o pañal, cuerpo y manos de los niños y niñas en el Wawa Wasi.		
La MC realiza o acompaña a los niños y niñas mayores de 1 año medio en el cepillado de dientes utilizando pasta de dientes y agua clorada a chorro.		
La MC prueba los alimentos antes de servirlos.		
La MC mantiene los alimentos y bebidas protegidos de contaminación		
La MC limpia los bacines y servicios higiénicos con detergente, agua limpia y lejía después que el niño o niña lo ha usado.		
La MC realiza la cloración de agua para el espacio de higiene utilizando una gota por litro de agua.		
La MC apoya al Coordinador de Campo y/o agente comunitario en el peso y tallado de los niños y niñas en forma trimestral.		
La MC desinfecta con agua y lejía la mesa antes y después de servir los alimentos.		
RESULTADO PARCIAL		

7a INDICADOR: N° DE MC QUE APLICAN ADECUADAMENTE EL	SI	NO

PANEL INTERACTIVO.		
La M.C coloca los datos en el panel interactivo (mes y nombre de los niños) ubicándolos según su rango de edad correspondiente.		
La M.C conoce y comprende todos los indicadores de evaluación del panel interactivo. (El C.C pregunta al azar el significado de 4 indicadores aprox.)		
La M.C registra, durante todo el mes, los logros de los niños/as colocando una "x" en las casillas sólo cuando logran todo lo expresado en el indicador.		
La M.C cuenta el número de "X" a fin de mes y registra la cantidad en el consolidado de panel interactivo entregado por el C.C		
La M.C entrega al C.C responsable del C.G el consolidado con los resultados de su W.W a fin de cada mes.		
La M.C informa logros y dificultades de los niños/as en la reunión mensual		
Durante las reuniones mensuales la M.C propone alternativas para desarrollar los indicadores que aún no han sido logrados por los niños/as.		
RESULTADO PARCIAL		
7b INDICADOR: N° DE MC QUE EJECUTAN LA ESTRATEGIA DE MODULOS ROTATIVOS.	SI	NO
La MC revisa la bolsa para verificar la cantidad y el estado de los juguetes al momento de recibirlo y entregarlo.		
La M.C coloca la cartilla de los módulos rotativos (entregada por el C.C) sobre el estante de los juguetes.		
La MC coloca y mantiene los juguetes y materiales en el estante al alcance de los niños/as.		
La M.C permite la libre exploración de los juguetes sin limitar el descubrimiento.		
La M.C acompaña el juego de los niños orientándolos en el uso del material y reforzando sus aprendizajes.		

La M.C ordena los juguetes (con ayuda de los niños mayores) después de haber concluido el juego.		
La M.C verifica y anota el estado y cantidad de los juguetes antes de entregarlos.		
RESULTADO PARCIAL		

7c INDICADOR: N° DE MC QUE MANTIENEN UNA RUTINA DE TRABAJO FLEXIBLE EN FUNCIONA ALOS MOMENTOS DE LA VIDA COTIDIANA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ATIENDE.	SI	NO
La M.C organiza las acciones del día respetando los momentos de juego, higiene, alimentación y descanso.		
La M.C brinda el tiempo necesario para que los niños jueguen, se alimenten, se aseen y descansen, según su ritmo individual.		
La M.C brinda el tiempo necesario a los niños y niñas para que inicien, desarrollen y finalicen sus juegos espontáneos.		
La M.C brinda el tiempo necesario para acompañar los juegos de los niños y niñas reforzando sus aprendizajes.		
RESULTADO PARCIAL		

8 INDICADOR: N° DE MC QUE MANTIENE LOS ESPACIOS DEL WW CLARAMENTE DIFERENTE SEGÚN ACCIONES DE LA VIDA COTIDIANA. (Juego con modulo permanente (MP), modulo rotativo-(MR) higiene alimentación y descanso.)	SI	NO
La M.C mantiene los espacios con recursos pertinentes a la edad y realidad socio cultural de los niños, evitando carteles y/o móviles no funcionales.		
La M.C permite y vigila el desplazamiento libre de los niños/as dentro del Wawa Wasi propiciando la confianza y seguridad en los niños y niñas.		
La M.C permite y vigila el desplazamiento libre de los niños/as fuera del Wawa Wasi; siempre y cuando las condiciones lo permitan.		

La M.C ubica el mobiliario e implementos para el descanso de los niños/as en un lugar tranquilo, alejado de corrientes de aire, ruidos fuertes, iluminación excesiva, pasadizos, etc.		
La M.C ubica el mobiliario e implementos para el juego con los M.R, M.P. en un lugar despejado, ventilado e iluminado.		
La M.C coloca el piso microporoso u otro (petates, mantas, alfombras de periódico, etc.) delante del estante de los juguetes facilitando la comodidad de los niños/as durante el juego con los M.R, M.P		
La M.C coloca el espejo cerca al estante de juguetes, a la altura de los niños/as.		
La M.C ubica los implementos para la higiene fuera del alcance de los niños (siguiendo las especificaciones del sub componente Salud).		
La M.C coloca los implementos para la higiene de los niños/as a su alcance (toallas, jabón, balde con cañito, cepillos de dientes, pasta dental, etc.).		
La M.C ubica el mobiliario e implementos para la alimentación de los niños/as en un solo lugar evitando riesgos.		
RESULTADO PARCIAL		

Grado de solvencia técnica	Calificación en resultado parcial	Calificación en resultado parcial	Calificación en resultado parcial	Calificación resultado parcial
Alto grado de solvencia	5A: SI y 5B: SI	6A: SI y 6B: SI	7A: SI , 7B: SI y 7C SI	8: SI
Mediano grado de solvencia	5A: SI y 5B: NO	6A: NO y 6B: SI	7A: SI 7B: SI y 7C NO	
Bajo grado de solvencia	5A: NO y 5B: SI	6A: SI y 6B: NO	7A: SI 7B:NO y 7CNO	8: NO
Muybajo grado de solvencia	5A: NO y 5B:NO	6A: NO y 6B:NO	7A:NO 7B:NO y 7CNO	

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA B N°.....

CG: _____ Fecha: _____

Nombre de la Socia de cocina: _____

Observar, preguntar y marcar con x o + donde corresponda: (en el resultado final solo se coloca en SI cuando todas las condiciones del indicador¹⁶ hayan sido positivas o estén vacías por alguna circunstancia)

4a INDICADOR: SERVICIOS ALIMENTARIOS QUE REALIZAN LAS BUENAS PRACTICAS MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO
Las SC (Socias de Cocina) se colocan la toca, mandil y zapatos cerrados antes de cocinar y manipular los alimentos		
Las SC se lavan las manos con jabón, cepilla las uñas y se enjuagan con agua a chorro cada vez ingresan al Servicio Alimentario y después de usar el baño.		
Las SC realizan la cloración de agua para el lavado de frutas y verduras echando 3 gotas de lejía por litro de agua 30 minutos antes de usarla.		
Las SC utilizan agua clorada para el lavado de frutas y verduras y para el último enjuague de los tapers y jarras		
Las SC lavan las ollas, utensilios con lava-vajillas y las enjuagan con agua limpia a chorro.		
Las SC lavan los tapers y jarras con lava-vajillas y las enjuagan con agua clorada a chorro.		
Las SC secan y guardan y/o cubren las ollas, utensilios tapers y jarras		
Las SC utilizan una tabla para el picado de carnes (pollo, pescado, vísceras), otra para el picado de verduras y una tercera tabla para el picado de frutas		
Las SC utilizan una cuchara diferente cada vez que prueban los alimentos		
Las SC colocan las ollas y bolsas de reparto sobre tarimas y/o bancos para evitar el contacto directo con el suelo		

¹⁶ Indicadores propuestos por el plan de evaluación del PNWW – Oficina de Planeamiento Monitoreo y Evaluación - 2007

Las SC tapan inmediatamente los tapers y jarras después de servir alimentos y/o líquidos.		
Las SC utilizan dos bolsas para el reparto: para guardar los tapers y para guardar las frutas.		
Las SC eliminan los residuos directamente en el tacho de basura, cuelan los residuos sólidos del lavado de servicio y los echan al tacho de basura.		
RESULTADO PARCIAL		

4b INDICADOR: N° CG en los que las Socias de Cocina realizan las preparaciones alimentarias de acuerdo al grupo etario.	SI	NO
Las Socias de Cocina escriben en el panel del servicio alimentario y cuaderno de distribución de ración diaria la asistencia de niños por grupo etario por local, diariamente.		
Las Socias de Cocina utilizan la cantidad de ingredientes a utilizar de acuerdo a la dosificación de la cantidad del alimento programada por la cantidad de niños reportada en el panel de asistencia de los locales por grupo etario.		
RESULTADO PARCIAL		

4c N° CG en los que las Socias de Cocina sirven las raciones alimentarias en cantidad de acuerdo al grupo etario	SI	NO
La Socia de cocina conoce el cucharón a emplear para servir el arroz, guisos, mazamorras y bebidas de acuerdo a grupo etario.		
La Socia de cocina reconoce el taper de cada niño de acuerdo a su edad		
La Socia de cocina sirve los refrigerios, almuerzos en cantidad de acuerdo a la siguiente dosificación:		

Para el niño de 6 a 8 meses, la socia de cocina sirve 1 cucharón de 120 ml de papilla (almuerzos), y medio cucharón de 250 ml de bebida o mazamorra.		
Para el niño de 9 a 11 meses, la socia de cocina sirve 1 cucharón de 120 ml de guiso y, medio cucharón de 120 ml de arroz (almuerzos). Para bebida o mazamorra sirve las 3/4 partes de un cucharón de 250 ml.		
Para el niño de 12 a 23 meses, la socia de cocina sirve 1 cucharón de 120 ml de guiso y, un cucharón de 120 ml de arroz. Para bebidas o mazamorra sirve 1 cucharón de 250 ml.		
Para el niño de 24 a 47 meses, la socia de cocina 1 cucharón y medio de 120 ml de guiso, y un cucharón y medio de arroz. Para bebidas o mazamorra sirve un cucharón y cuarto de 250 ml.		
La Socia de cocina, antes de aplastar las papillas, extrae el volumen necesario de alimentos de acuerdo a la cantidad arriba mencionada.		
RESULTADO PARCIAL		

Grado de solvencia técnica	Calificación en resultado parcial
Alto grado de solvencia	4A: SI , 4B: SI y 4C: SI
Mediano grado de solvencia	4A: SI , 4B: SI y 4C: NO
Bajo grado de solvencia	4A: NO , 4B: SI y 4C: NO
Muy bajo grado de solvencia	4A: NO , 4B: NO y 4C: NO

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA C N°.....

CG: _____

Fecha: _____

Familia usuaria: Padre, Madre o Apoderado-a) _____

1. ¿Cree usted que con la alimentación recibida en el Centro Cuna Más de Cuidado Diurno durante los últimos 6 meses el peso de su niño (a):

- 1.1 Ha subido ()
1.2 Se ha mantenido ()
1.3 Ha bajado ()
1.4 No sabe/ No responde ()

2. ¿Cree usted que con la alimentación recibida en el Cuna Más de Cuidado Diurno durante los últimos 6 meses la talla de su niño (a)? Marque una opción

- 2.1 Ha subido ()
2.2 Se ha mantenido ()
2.3 Ha bajado ()
2.4 No sabe/ No responde ()

3. ¿Para usted que es más importante en relación a los alimentos que se sirven en el servicio(mostrar las fichas y dejar que decida la persona encuestada, anotar según orden de importancia)

- 3.1 Que se dé 3 comidas en el SCD ()
3.2 La cantidad que se sirve. ()
3.3 Que las comidas sean variadas. ()

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha enfermado su hijo (a)?

- 4.1 Diario ()
4.2 Semanal ()
4.3 Quincenal ()
4.4 Mensual ()
4.5 No se ha enfermado ()
4.6 No sabe/ No responde ()

5. ¿Cómo atienden a su niño (a) cuando se enferma? ¿Qué acciones toman?

.....
.....

6. ¿Cree usted que Cuna Más de Cuidado Diurno tiene los muebles y juguetes de acuerdo a la edad de su niño (a)? Marque una opción

- 6.1 Si ()
6.2 No ()

- 6.3 No sabe/ No responde ()
7. En el último mes, su niño (a) ha sufrido golpes durante su permanencia en Cuna Más de Cuidado Diurno. Marque una opción
- 7.1 Si ()
- 7.2 No ()
- 7.3 No sabe/ No responde ()
8. En general, ¿Cómo calificaría el trabajo de la Madre Cuidadora?
- 8.1 Muy malo ()
- 8.2 Malo ()
- 8.3 Regular ()
- 8.4 Bueno ()
- 8.5 Muy Bueno ()
- 8.6 No sabe / No responde ()
9. En general, ¿Cómo calificaría el trabajo del Comité de Gestión?
- 9.1 Muy malo ()
- 9.2 Malo ()
- 9.3 Regular ()
- 9.4 Bueno ()
- 9.5 Muy Bueno ()
- 9.6 No sabe / No responde ()
10. ¿Cuál es la primera razón principal por la que lleva usted su hijo al Cuna Más de Cuidado Diurno?
-
-
11. ¿Cuál es la segunda razón (razón secundaria) por la que lleva usted su hijo al Cuna Más de Cuidado Diurno?
-
-
12. ¿Cuál es el principal beneficio que recibe su niño (a) en Cuna Más (mostrar las fichas y dejar que decida la persona encuestada, anotar según orden de importancia)
- 12.1 Que reciba alimentación. ()
- 12.2 Que esté cuidado. ()
- 12.3 Que aprenda mientras juega. ()
- 12.4 Que este en un lugar seguro. ()
13. ¿Qué recomendación daría al servicio para mejorar la atención que recibe su niño (a)?
-
-
-

ANEXO 4.

CODIGO CG013		NOMBRE CG.LAS AMERICAS		DIRECCION .MZ N S/N AA HH LAS AMERICAS – S, JUAN DE M	COORDI. DE CAMPORODRIGUEZ MORENO MORA
N°	CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
1	002-2	NUEVO AMANECER II	1261989	GUILLEN GARIBAY IRENE INES	MZ F LOTE 6 AAHH LAS AMERICAS
2	002-3	NUEVO AMANECER III	1260690	SALAZAR ECHAJAYA ANA	MZ F LOTE 6 AAHH LAS AMERICAS
3	007-1	MIS CORAZONCITOS BRILLANTES	1245508	CARHUANCHO VERA LUZ DEL PILAR	MZ Ñ LOTE 19 SECTOR EL NAZARENO
4	007-2	MISCORAZONCITOS BRILLANTES II	1243720	FLORES HUACCHILLO JAQUELINE LUCIA	MZ Ñ LOTE 9 SECTOR EL NAZARENO
5	008-1	CARITAS FELICES	1266307	MENDOZA GUTIERREZ FULGENCIA	MZ G LOTE 3 LAS AMERICAS
6	009-1	PASITOS DE ESPERANZA	1251564	HUYRE LIÑAN JANET ESTHER	LOTE 8 AAHH SR. DE LOS MILAGROS
7	010-1	RAYITO DE SOL I	1262758	CARHUANCHO VERA LILIANA	MZ M LOTE 14 SECTOR EL NAZARENO
8	016-1	SEMILLITAS I	1259181	HUAMAN MAMANI NOEMI SOLEDAD	MZ E-1 LOTE 5 AAHH AMPLIACION VIRGEN DEL BUEN PASO
9	016-2	SEMILLITAS II	1174683	QUIQUIJANA CHURATA YOLA	MZ E 1-5 LOTE 5 AAHH AMPLIACION VIRGEN DEL BUEN PASO
10	017-3	NIÑITOS DE SAN FRANCISCO I	1248928	SALAZAR ECHAJALLA MARGARITA R	MZ A LOTE 14 AAHH SAN FCO DE LA CRUZ
11	017-4	NIÑITOS DE SAN FRANCISCOII	1246632	QUISPE CHUMBILE HONORATA	MZ A LOTE 14 AAHH SAN FCO.DE LA CRUZ
12	023-1	LOS ANGELITOS DE NAZARENO I	1346582	PEREZ SANTOS PAULINA	MZ R LOTE 22 SECTOR EL NAZARENO
13	023-2	LOS ANGELITOS DE NAZARENO II	1237122	QUISPE LOZA ROSA	MZ R LOTE 22 SECTOR EL NAZARENO
14	026-1	RAYITO DE LUZ I	1467959	GAREMENDI VEGA VANESSA ZESSY	AAHH JAPON MZ N LOTE 2
15	002-4	NUEVO AMANECER - ELIZABET	1516274	GUILLEN GARIBAY BEATRIZ MILAGROS	MZ F LOTE 6 AAHH LAS AMERICAS

COD CG		NOMBRE DEL COMITÉ DE GESTIÓN		DIRECCIÓN	COORDINADOR DE CAMPO
12		ABSALON ALARCON		SAN JUAN DE MIRAFLORES	APAZA RARAZ GISSEL MIRYAN
N°	CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
1	003-1	NIÑO MANUELITO	1473728	CCALA HUILCA MARIBEL YASMIN	MZ A LOTE 17 ABBSALON ALARCON BRAVO DE LA RUEDA
2	003-2	NIÑO MANUELITO II	1531633	MONCADA MAMANI MARIA ISABEL	MZ A LOTE 17 ABBSALON ALARCON BRAVO DE LA RUEDA
3	004-1	NIÑO JESUS I	1369560	BUSTINZA CHAMBI ISABEL	MZ M7 LOTE 15 AAHH 5 DE MAYO
4	004-2	NIÑO JESUS II	1056567	MENDOSA LUJAN YOLANDA	MZ M7 LOTE 15 AAHH 5 DE MAYO
5	004-3	NIÑO JESUS III	1260349	LIZANO ACCO LUCY	MZ M7 LOTE 15 AAHH 5 DE MAYO
6	004-4	NIÑO JESUS IV	1395843	AGUILAR PACHECO MARISOL SARITA TEO	MZ M7 LOTE 15 AAHH 5 DE MAYO
8	005-1	LOS ANGELITOS DEL TREBOL	1323471	ARANDA AYAUCA MARIA TERESA	MZ B LOTE 1 AAHH EL TREBOL
9	006-1	NIÑO MANUELITO III	1562226	PIMENTEL LUJAN CATHERINE	MZ A LOTE 17 AAHH ABSALON ALARCON BRAVO DE LA RUEDA
10	003-3	JOYITAS DE DIOS	1237035	QUILLUYA PALOMINO DIONICIA	MZ D2 LOTE 13 RINCONADA PAMPLONA ALTA
11	007-1	LOS GIRASOLES I	1237121	HUAMANI MENDOZA MELISSA KATHERINE	AAHH LOS GIRASOLES S/N
12	008-1	GOTITAS DE AMOR	1395847	QUISPE PALOMINO LUCIA GLADIS	MZ B LOTE 16 PAMPLONA ALTA

CODIGO CG.012		NOMBRE DEL CG.BUENOS AIRES DE VILLA		DIRECCION. MZ 24 LOTE 16 AAHH BUENOS AIRES –CHORRILLOS	COORD. DE CAMPÓ.APAZA RARAZ GISSEL
N°	CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
1	001-2	MIS PEQUEÑOS OSITOS	654261	ROJAS MISARES HERMELINDA	MZ 6 LT 9 MARIANO MELGAR AAHH BUENOS AIRES CHORRILLOS
2	002-1	MI CAPULLITO A I	1234375	AQUINO RONCAL GLORIA MERCEDES	JR LORETO MZ 6 LT 44 AAHH BUENOS AIRES DE VILLA DISTRITO CHORRILLOS
3	003-1	MIS PALOMITAS A	1234323	TEODORO DEZA SUMAYA	MZ 24 LOTE 16 AV SAN JUAN
4	004-1	MI SEGUNDO HOGAR I	654061	GUTIERREZ COAGUILA ROSA MARIA	AV FAUSTINO S. CARRION MZ 73 LT 05 AAHH BUENOS AIRES DE VILLA
5	004-2	MI SEGUNDO HOGAR II	1237135	COAQUILLA TITO JULIA	MZ 51 LOTE 20 AAHH BUENOS AIRES DE VILLA
6	007-1	CARITA DE ANGEL	1234390	PONCE CARDENAS GAVINA ELVIRA	AV. FAUSTINO S.HEZ CARRION MZ. 73 LT 05 AAHH BUENOS AIRES DE VILLA
7	008-1	LAS AVEJITAS DE JESUS	1250215	GRANIZO DELGADO FLORENCIA	AV FAUSTINO SANCHEZ CARRION MZ 73 LT 05 AAHH BUENOS AIRES DE VILLA
8	013-1	RAYITOS DE LUZ	1263882	ARENAS PALMA ERIKA MARICRUZ	MZ G1 LOTE 9 BUENOS AIRES DE VILLA
9	014-1	MILAGRITOS I	751697	CARO GONZALES CATALINA	MZ G1 LOTE 18 1ERA ETAPA BUENOS AIRES DE VILLA
10	014-2	MILAGRITOS II	1245620	SEGURA LUZ YANAGUELE	MZ G1 LOTE 18 1ERA ETAPA BUENOS AIRES DE VILLA
11	015-3	COMUNAL. ROSA - MIS RETOÑITOS II	823020	CHACA ASTO JESSICA	MZ G1 LOTE 16 ETAPA BUENOS AIRES DE VILLA
12	015-5	MIS SEMILLITAS II	1254796	PASCUALA REYES DORIA DOLORES	MZ G1 LOTE 16 ETAPA BUENOS AIRES DE VILLA
13	016-1	JAZMINES	1263055	SALINAS MARREROS ADRIANA VIOLETA	MZ A LOTE 18 BUENOS AIRES DE VILLA
14	011-	MIS RETOÑITOS II	1256182	QUISPE QUILLAS JENNY	MZ 65 LOTE 13 ETAPA BUENOS AIRES DE VILLA

SANTA ISABEL DE VILLA		AV. VISTA ALEGRE CON AV. LOS GERANIOS		COORDINADORA SALAS CLAUDIA PEREGRINA
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
002-1	GOTITAS DE AMOR I	653930	AVILES GALVEZ YANET SALOME	PASAJE JOSE OLAYA MZ R LOTE 1 PASAJE 28
002-2	GOTITAS DE AMOR II	1234416	VARGAS VARGAS JUANA ROSARIO	PASAJE JOSE OLAYA MZ R LOTE 1 PASAJE 28
003-1	LOS CAPULLITOS I	1237158	HUAMAN CUSIHUAMAN CASIANA	MZ H LOTE 3
006-1	LOS LIRIOS	1250795	BLANCO TORERO YOBANY ELIZABETH	MZ G 19 LOTE 4
009-1	GOTITAS DE CIELO	879756	PUTPAÑA PINCHI INES	24 DE JUNIO MZ E 1 LTE 15 COMITÉ 37 TUPAC AMARU DE VILLA-CHORRILLOS
011-1	LOS ARBOLITOS I	1261009	FLORES ARAGON ELVIRA BEATRIZ	AV.MICAELA BASTIDAS MZ H1 LT.08 COMITÉ 21 AA.HH.MATEO PUMACAHUA-SURCO
014-1	APRENDO JUGANDO	1261703	NUÑEZ AVENDAÑO RHUT KAREN	AV.JORGE CHAVEZ MZ C LOTE 21 COMITÉ 7 SANTA ISABEL DE VILLA-SURCO
016-1	ESTRELLITAS DEL MAÑANA	1242681	KUGA MIRANDA ISABEL CECILIA	AV.24 DE JUNIO MZ F1 COMITÉ 38 TUPAC



	NOMBRE DEL COMITÉ DE GESTIÓN LAURA BOZO	DIRECCIÓN MZ S LOTE 2 AA HH CASUARINAS-VILLA MARIA DEL TRIUNFO		COORD. DE CAMPOLLACSAHUANGA HERNANDEZ MILAGROS CARMEN
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-2	CASUARINAS II	1342352	PEREZ LOPEZ JENNIFER TEREZA	MZ-D LT-7 LA PRADERA-JOSE GALVEZ
001-3	LAS CASUARINAS II	624668	SIERRA VILLEGAS ROSARIO	MZ-D LT-7 LA PRADERA-JOSE GALVEZ
002-1	LOS NIÑOS DE PRAGA I	1572794	JUSCAMAYTA JIMENES LEYLA	AV.PROLONGACION FERROCARRIL N°1407
003-1	PRIMEROS PASOS I	1230747	GONZALES BENITO ANTONIA	COMITÉ 3 AA HH.CIUDADA DE GOSEN
009-1	MILAGRITOS	1250710	YATACO AVALOS HELVIA MILAGROS	CALLE LAS VIOLETAS MZ 16A LTE 04 AA HH LOS JAZMINES
014-1	SOLDADITOS DE CRISTO II-I	1257465	ROMERO GAMARRA MARIA CARMEN	CALLE MAGNOLIAS MZ H LT.03 ZONA JOSE GALVEZ. LAS PRADERAS
022-1	HUELLITAS DE JESUS I	624891	CASTRO TEODORO YOLANDA LUZ	PARCELA B SECTOR B2 A LOTE 4
003-2	MIS ANGELITOS I	1526735	TRUJILLO MANCHA SONIA	MZ 5 LOTE 8 COMITÉ DE 6 AA HH.CIUDADA DE GOSEN
003-3	MIS ANGELITOSII	1415881	COLOS TENORIO JESSICA	MZ 5 LOTE 8 COMITÉ DE 6 AA HH.CIUDADA DE GOSEN
001-1	SEMILLITAS III	1231723	TREJO TINOCO ESTHER	AA HH CIUDADA DE GOSEN
008-1	MI LINDA CASITA I	1254963	CARDENAS PORTALATINO MARIA	AV PACHACAMAC MZ D LOTE 23 III SECTOR NUEVO PROGRESO
006-1	LAS SEMILLITAS I	1257833	RUBIO GIL LUZ MARY	COMITÉ 3 AA HH.CIUDADA DE GOSEN
006-2	LAS SEMILLITASII	1254306	RUBIO GIL ALBERTINA	COMITÉ 3 AA HH.CIUDADA DE GOSEN
0014-3	MI LINDA CASITA II	1474464	HUAMAN CARDENAS JESSICA GREIS	AV PACHACAMAC MZ D LOTE 23 III SECTOR NUEVO PROGRESO
	LAS ESRELLITAS	1199048	HANNCCO BOLAÑOS YOVANA	PASAJE SAN PABLO AMPLIACION DE GOSEN
	HUELLITAS DE JESUS II	1262772	GUERRA DIAZ LUCIA	
006-3	CASUARINAS III	1262841	RONDAN RAMOS AMERICA	MZ-D LT-7 LA PRADERA-JOSE GALVEZ

	NOMBRE CG. VIRGEN FATIMA	DIRECCION. PQUE RICARDO PALMA S/N VALLE ALTO AA HH JOSE C. MARIATEGUI-VMT		COORDINADOR DE CAMPO LLACSAHUANGA HERNANDEZ MILAGROS
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
002-1	LOS JAZMINES II	1249945	FLORES LA ROSA BELISSA	AUGUSTO WISSE N°183 SECOTR JOSE CARLOS MARIATEGUI
003-1	OSITO POOH I	1244128	ZEGARRA DE LA TORRE MARISOL	JR CESAR VALLEJO 325
004-1	TRAVESURAS I	1234443	FARRO VIDAURRE ROSA AMILIA	LOCAL COMUNAL.PARQUE RICARDO PALMA .SECTOR JOSE CARLOS MARIATEGUI
004-1	TRAVESURAS II	783606	VASQUEZ LEON PALMIRA BEATRIZ	LOCAL COMUNAL PQUE.RICARDO PALMA SEC.J.CMARIATEGUI
004-3	TRAVESURAS III	1258401	SANTA MARIA PALACIOS JULIANA	LOCAL COMUNAL PQUE. RICARDO PALMA J.C.MARIATEGUI
010-3	SORPRESITAS I	1261653	ALARCON SALDIVAR JULIA	AV.JOSE OLAYA N 1312 SECTOR AV.JOSE OLAYA
013-1	MANITOS DE COLORES	1310620	VERA SILVERA MILSA TATIANA	ANTONIO RAYMONDI N°159
015-1	SEMILLITAS DE ORO	1418447	MATOS CARBAJAL LIZ EDITH	MZ V LOTE 16
017-3	LOS ARRAYANES I	620100	ACOSTA HIDALGO GLORICELA	AV.JOSE OLAYA N 1312 SECTOR AV.JOSE OLAYA
018-2	JARDINES 2	1230370	ALVARADO ROJAS OLGA KATTY	MZ G LOTE 5
018-1	JARDINES 1	1230379	MELGAREJO CORDOVA PATRICIA	MZ G LOTE 5
019-1	MI DULCE HOGAR I	623370	CASANOVA MENDIVIL NANCY	MZ A LOTE 10
021-1	MIS PRIMEROS PASOS 1	1230818	LAZO MACURI ELIZABETH	LOCAL COMUNAL AA HH.PARAISO ALTO DISTRITO VILLA MARIA DEL TRIUNFO
021-2	MIS PRIMEROSPASOS 2	1412409	GOMEZ ROMAN ERLINDA	LOCAL COMUNAL AA HH.PARAISO ALTOVILLA MARIA DEL TRIUNFO
022-1	EDEN DEL MANANTIAL	1224715	LAZO MACURI DORIS	GRUPO B LOTR 23

NOMBRE CG.SANTA MARIA REYNA		DIRECCION VILLA MARIA DEL TRIUNFO		COORDINADORA DE CAMPORODRIGUEZ MORENO NORA
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-1	NIÑOS DE LA UNION	1434631	SALLO HUAYLLHUAMAN FABIOLA	MZ A LOTE 3 AA HH LA UNION
001-2	NIÑOS DE LA UNION II	1376109	IMAN CHERO JULIA	MZ A LOTE 3 AA HH LA UNION
003-2	NIÑOS DE LAS LOMAS I	1443211	AYASTA SOTERO ROSA	CALLE ELIAS AGUIRRE LOTE 1
003-1	NIÑOS DE LAS LOMAS II	1376128	CAMPOS HUARCAYA PATRICIA	CALLE ELIAS AGUIRRE LOTE 1
005-1	EL MINDO DE LOS ANGELITOS	1256814	JULCA VARELA CONSUELO RITA	MZ H LOTE 03
006-1	PEQUEÑOS TALENTOS	1536728	GRANADOS RIQUELME MILENA	MZ K LOTE 2
007-1	RAYITOS DE LUZ I	1192036	QUISPE ARAUJO LINA	LOCAL COMUNAL AA.HH SANTA MARIA
007-2	RAYITOS DE LUZ II	1258972	PORTILLO PALMA JUANA	LOCAL COMUNAL AA.HH SANTA MARIA
008-1	GOTITAS DE AMOR	1257404	DOMINGO VALLE JOSEFINA	MZ E LOTE 02 AA.HH.ALEX CHACON

NOMBRE CG.NUEVA GENERACION		DIRECCION. MZ K LOTE 14 SECTOR 6-GRUPO 7		COORDINADORA DE CAMPO YRIS ROCIO GARCIA FILBERTO
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-2	SAGRADA FAMILIA II	1249266	MAYORGA HUIZA JESSICA SARA	SECTOR 6 GRUPO 6 LOCAL COMUNAL
001-4	SAGRADA FAMILIA I	1264092	GUTIERREZ MACHACA ALICIA	SECTOR 6 GRUPO 6 LOCAL COMUNAL
002-1	SEMILLITAS DEL MAÑANA-LOCAL I	626737	MOCHCCO PEREZ ALCIRA HILDA	SECTOR 6 GPO.7 LOCAL COMUNAL
002-2	SEMILLITAS DEL MAÑANA -LOCAL II	626711	MENDOZA CENTENO JESSICA GIOVANNA	SECTOR 6 GPO.7 LOCAL COMUNAL
002-3	SEMILLITAS DEL MAÑANA -LOCAL II	1231271	GALVAN ARICARI CRISTINA	SECTOR 6 GPO.7 LOCAL COMUNAL
003-1	MI PEQUEÑO MUNDO	1231055	VASQUEZ CRUZ IDER	MZA .G LTE.5 SECTOR 6 GPO.1ª
004-1	ANGELITOS DE DIOS I	1229931	TRUJILLO DAVILA JULITA	LOCAL COMUNAL GRUPO 2 SECTOR 6
004-2	ANGELITOS DE DIOS II	1055639	TEJADA PALACIOS LOURDES	LOCAL COMUNAL GRUPO 2 SECTOR 6
004-3	ANGELITOS DE DIOS III	1260606	DIAZ ALTAMIRANO SARA MARIEL	LOCAL COMUNAL GRUPO 2 SECTOR 6
005-1	EL MUNDO DE LOS NIÑOS I	617222	FERNANDEZ TAMAYO MARIA ESTHER	TERCER SECTOR GPO 21 PARQUE CENTRAL
005-2	EL MUNDO DE LOS NIÑOS II	812821	SANCHEZ VICENTE LORENA ESTHER	TERCER SECTOR GPO 21 PARQUE CENTRAL
006-1	ANGEL DE LA GUARDA	1230274	GARCIA ESPINO JESUS ALVINA	MZA.N LTE.5 SECTOR 1 GRUPO25A
009-1	DIVINO NIÑO JESUS	1249748	GALINDO MACO JESUSA	SECTOR 2 GRUPO 15 ZONA COMERCIAL
009-2	DIVINO NIÑO JESUS II	1445829	GALINDO MACO MARY ISABEL	SECTOR 2 GRUPO 15 ZONA COMERCIAL
013-1	NIÑO JESUS 2	1095594	ESPINOZA YANAC GENOVEVA	SECTOR 3 GRUPO 24 LOCAL COMUNAL

	NOMBRE CG.VASO DE LECHE PRADERAS DE VILLA	DIRECCION. PRADERA DE VILLA,AA.HH.UNION DE VILLA		COORDINADOR DE CAMPO.RAMOS RAMIREZ YELITZA
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-1	AMIGUITOS DE JESUS I	1261593	RUPIRI GARAYAR JUANA TRINIDAD	AV.LA PAZ S/N MZ F SECTOR 8 DISTRITO VILLA EL SALVADOR
001-2	AMIGUITOS DE JESUS II	1062906	JURADO RUPIRI MARLENE	AV.LA PAZ S/N MZ F SECTOR 8 DISTRITO VILLA EL SALVADOR
003-3	COMUNAL PRADERAS DE VILLA II	1230660	HANCCO AYME FORTUNATA	PRADERAS DE VILLA-LOCAL COMUNAL
003-4	NIÑO JESUS	1261014	AGUILAR CHUQUIHUANA ROSA INELDA	PRADERAS DE VILLA-LOCAL COMUNAL
004-1	ROSA DE LAS AMERICAS 2	1121127	VILLEGAS BUITRON LUZ	PRADERAS DE VILLA-LOCAL COMUNAL
008-3	MIS PEQUEÑOS TRAVIESOS	1240214	CUYA CHUMPITAZ MARIA DEL CARMEN	MZ.M,LT.4 SECTO 8
008-3	SEMILLITAS DEL SABER	1258091	SANGAY AQUINO VILMA	MZ N LOTE 20
008-4	SEMILLITAS DEL SABER II	1259061	SUBIA LUQUE GEOBANA	MZ N LOTE 20
014-1	PEDACITO DE CIELO	1230710	DE LA TORRE SIERRA MARINA	SECTOR BALCONES DE VILLA MZ C LOTE 2
	ROSA DE LAS AMERICAS	811678	AYLLON PAUCAR BETTY ELVA	MZ F LOTE 7

	NOMBRE CG.VASO DE LECHE GRUPO 3	DIRECCIÓN. PQUE DEL AA.HH.NOVENO SECTOR GRUPO 3		COORDINADOR DE CAMPO.RAMOS RAMIRES YELITZA
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-1	COMUNAL SANTA ROSA DE VILLA I	1043008	PALACIOS ESPINOZA SOLEDAD LEONOR	PARQUE CENTRAL DEL 9 SECTOR GRUPO 3
001-5	COMUNAL SANTA ROSA DE VILLA II	1245023	CONDO HUAMAN CARMEN	PARQUE CENTRAL DEL 9 SECTOR GRUPO 3
002-1	LOS GIRASOLES I	1007323	ROJAS VERA MARIA ISABEL	PARQUE CENTRAL DEL 9-1
002-2	LOS GIRASOLES II	1575082	RODRIGUEZ REYNA ANA	PARQUE CENTRAL DEL 9-1
004-3	ROSITA EN EL PAIS DE MARAVILLAS	1230529	FERNANDEZ CAMPOS SANTOS	MZ A O LOTE 8 SECTOR NUEVE GRUPO 2
006-1	MIS OCHO SEMILLITAS	1242451	HUALLANCA BONILLA SIVILIANA	MZ F LOTE 9
007-4	LA ENCANTADA III LOCAL COMUNAL	1257551	BORDA MORENO ROSA	LOCAL COMUNAL GRUPO 01-
024-1	MIS PRIMERAS TRAVESURAS I	1239803	CHILCCE PILLACA ROSAURA HAYDEE	LOCAL COMUNAL SIN NUMERO SEPTIMO 2
024-2	MIS PRIMERAS TAVESURAS II	1260585	URBINA CHACMANA MAYORI DABNE	LOCAL COMUNAL SIN NUMERO SEPTIMO 2
025-1	RAYITO DE SOL 1	1231537	YEPEZ OLAVE MARIA	SECTOR 7 GPO2 LOCAL COMUNAL
025-2	RAYITO DE SOL 2	1370285	BERNALES YEPEZ DENISSE GABRIELA	SECTOR 7 GPO2 LOCAL COMUNAL
025-3	RAYITO DE SOL 3	1169873	FLORES CARDENAS MAGALY GABRIELA	SECTOR 7 GPO2 LOCAL COMUNAL
031-1	SANTA ROSA DE VILLA 3	1250987	DIAZ LARCO MARIA	PARQUE CENTRAL 9 NO
034-1	MI NIÑO JESUS	1407287	PRADO OTOYO DIANA EDITH	MZ I LOTE 1 SECTOR 9
035-1	CARITA DE ANGEL	1243844	ESPINOZA QUISPE SOCIMA	JOSE OLAYA

NOMBRE DEL COMITÉ DE GESTIÓN		DIRECCIÓN		COORDINADOR DE CAMPO
NOVENO SECTOR OASIS DE VILLA GRUPO RESIDENCIAL 2		MZ.Q GRUPO 2 SECTOR 10 AA.HH. OASIS DE VILLA		MAMANI ACHO DAVID PERCY
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-1	VILLA DE OASIS-LOCAL COMUNAL I	1251263	PEREZ ZAPANA GEORGINA MARLENI	MZ B LTE 4 10-OASIS DE VILLA GRUPO 2
001-3	VILLA DE OASIS-LOCAL COMUNAL III	1138902	ESTEBAN PALOMARES MIRIAM JANETT	MZ B LTE 4 10-OASIS DE VILLA GRUPO 2
001-4	VILLA DE OASIS-LOCAL COMUNAL IV	1262849	CASTRO TORRES ROSA	MZ B LTE 4 10-OASIS DE VILLA GRUPO 2
006-2	LIZET 1	1231006	OVACLE SIERRA INOCENCIA	MZ E LOTE 13 GRUPO 3
007-1	MI NIÑO JESUS	1530338	QUISPE CHOQUEMAMANI YENY ANDREA	MZ L LT 24 EDILBERTO RAMOS
007-2	MI NIÑO JESUS 2	1311379	CHAMBILLA CHIQUE LIDIA	MZ L LT 24 EDILBERTO RAMOS
008-1	AMIGUITO DE CLAUDIA I	1249773	CATACHURA CHATA LUCIA	MZ B LTE 04 SECTOR 10 RUPO 03
009-1	CASITA DE SORPRESA I	1242674	RAMOS ZAMUDIO LUCILA	MZ CLOTE. 06
011-2	FAMESI	618852	MORALES DURAND GLORIA CAMILA	MZ G LTE 13 GRUPO 01 SECTOR 10
019-1	EBENECER I	1259220	VERASTEGUI CANDELA MIRIAM ISABEL	MZ H LOTE 01
021-1	JEHOVA ES MI PASTOR	952189	CAMPOS MONTENEGRO FLORMIRA	MZ G LTE 13 GRUPO 01 SECTOR 11

	NOMBRE DEL COMITÉ DE GESTIÓN		DIRECCIÓN	COORDINADOR DE CAMPO
	NIÑAS Y NIÑOS DE LA PLAYA			GARCIA FILBERTO YRIS ROCIO
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
015-2	PEQUEÑOS DEL SABER II	1256487	ORTIZ MENDOZA FELISA	AREA COMUNAL AA.HH.HEROES DEL CENEPa
002-3	VIRGEN DE FATIMA	1444836	TORRES TRUJILLO SANDRA ELENA	MZ A LOTE 6ª
006-2	MIS NIÑOS PRECIOSOS II	975537	HUANACO YANQUI LUISA	AA.HH.IDA LOSSIO S/N ZONA PLAYA
007-2	BELEN I	1252601	JARAMILLO VELAZ BEATRIZ	MX F1 CALLE VILLA MAR ASOCIACION SAN ANTONIO
004-1	LOS PEQUEÑOS DEL SABER I	654295	PURIZACA ZAVALA ANA	MZ K LT 12 AA.HH.HEROES DEL CENEPa
015-1	JOYITAS DE CRISTO	1444781	CHAVEZ ESPINOZA NOEMI	AREA COMUNAL AA.HH.HEROES DEL CENEPa
	LOS NIÑOS DIVINOS DE DIOS	1251005	OSCCOSANTI EDILIA IRENE	
	LOS PEQUEÑOS TRAVIESOS	622026	BALLESTEROS AREVALO BEATRIZ	

NOMBRE CG LUZ Y ESPERANZA		DIRECCION.ASOCIACION DE VIVIENDA CASA HUERTA VILLA RICA MZ C LTE 028		COORDINADOR CAMPO. RAMOS RAMIREZ
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
002-2	LOS POBLADORES DE WAWA WASI I	1551668	QUISPE LEON MANUELA	MZ Q LOTE 10 JORGE CHAVEZ PROLONGACION CESAR VALLEJO
004-1	LUZ ESPERANZA I	1541585	CHAQUILA ONCOY MAURA	MZ E LOTE 2 AV.PROLONGACION CESAR VALLEJO
005-2	LIS NIÑOS DEL MIRADOR II	1450325	FLORENCIA LLIUYACC CHUQUIYURI	AV.CIRCUNVALACION COOP. LAS VERTIENTES
006-1	ESTRELLITAS DE TRINIDAD I	1440996	CASTRO MENDOZA ROSMERY	MZ T LOTE S/N
007-1	CARRUSEL I	1526730	HUAMANTUMBA DIONICIO GLORIA	MZ A S/N AA. HH.HEROES DEL CENEPA
	NUEVO AMANECEER I	1558274	ÑAÑACC HUMANA MAYDA	
	NUEVO AMANECEER II	1558270	QUISPE LLAMOCA NELLY	
	CARRUSEL II	1564650	CASTILLO LLANOS CLAUDIA	
007-2		748675	SOSA RAMOS POLA	MZ A S/N AA.HH.HEROES DEL CENEPA

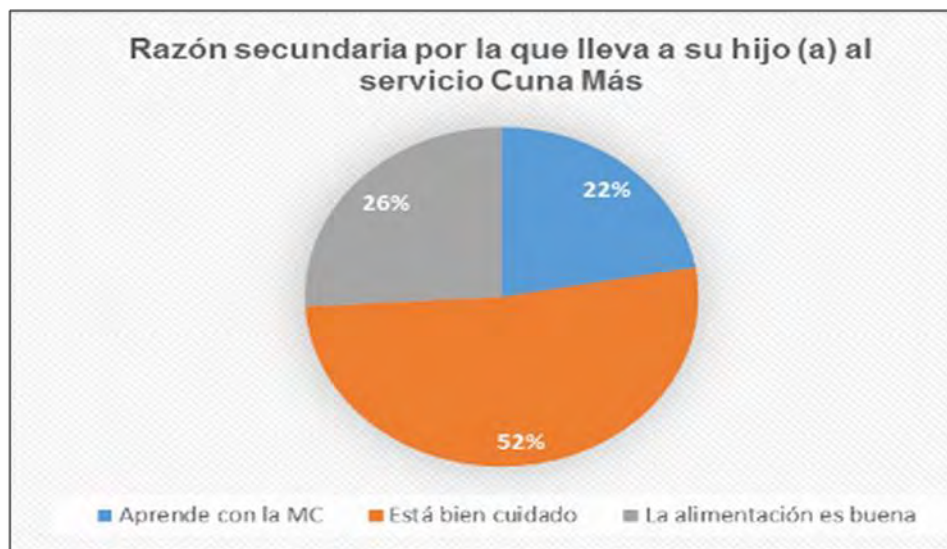
NOMBRE CG.VASO DE LECHE GRUPO 4		DIRECCION. MZ.N PARQUE CENTRAL -OASIS DE VILLA GRUPO 4		COORD. DE CAMPO. GARCIA FILBERTO YRIS ROCIO
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-1	ARDILLITAS	1262737	SOTECANI CASTRO AYDEE	MZ R LT.6 OASIS DE VILLA SECTOR 10 GRUPO CUATRO
002-1	OASIS I	1249639	DIONICIO DIANDERAS LIDIA ELKA	GRUPO 04 LOCAL COMUNAL S/N PARQUE
002-3	OASIS 3	618906	ALVAREZ ALIAGA MARIA LUZ	GRUPO 04 LOCAL COMUNAL S/N PARQUE
002-5	OASIS 2	1262924	GUTIERREZ QUISPE IRMA	GRUPO 04 LOCAL COMUNAL S/N PARQUE
018-1	LAS PALOMITAS 1	1186314	TITO RICRA SONNIA LIDDIA	LOMO CORVINA GRUPO IV J LOTE 11
004-1	LAS PALOMITAS 2	1230510	LLUNCOR ARANA ENMA	LOMO CORVINA GRUPO IV J LOTE 12
013-1	HUELLITAS EN LA ARENA I	1262071	MEDINA PEREZ VANESSA	GRP.3 Y 4 LOCAL COMUNAL-VILLA EL SALVADOR
014-2	HUELLITAS EN LA ARENA II	622848	RETO HUAMAN LUZ MARIA	GRP.3 Y 4 LOCAL COMUNAL-VILLA EL SALVADOR
015-1	MI PEQUEÑO MUNDO 3	1240646	DIAZ PADILLA ELIZABETH	MZ L,LT 4 SECTOR ST 7 ,GPO 4
016-1	GOTITAS DE AMOR I	745544	ORTEGA SEGE NANCY	LA UNION DEL SETIMO SECTOR S/N STR 7 GPO 3A AA.HH.MZ D4,LT38
016-2	GOTITAS DE AMOR II	1483814	DE LA CRUZ APONTE JESSICA FLOR	LA UNION DEL SETIMO SECTOR S/N STR 7 GPO 3A AA.HH.MZ D4,LT38
016-3	GOTITAS DE AMOR III	1253237	BONILLA SAENZ ROSA LISSETTE	LA UNION DEL SETIMO SECTOR S/N STR 7 GPO 3A AA.HH. MZ D4,LT 39
019-1	MI PEQUEÑO MUNDO I	1108224	CONDORI TITO OLGA	ZONA PARQUE CENTRAL SECTO 7
019-2	MI PEQUEÑO MUNDO II	1230654	ORTIZ NARCIZO MARIA	ZONA PARQUE CENTRAL SECTO 7
021-1	ESTRELLITAS DEL OSIS I	1386524	ACUÑA PAYTAN ANABEL	GRUPO 1 MZ B LOTE 1
021-2	ESTRELLITAS DEL OSIS II	1432034	HUANCA CASA PAQUITA	GRUPO 1 MZ B LOTE 1

	NOMBRE DEL CG.SAGRADA FAMILIA	DIRECCIÓN LOCAL COMUNAL AAHH QUEBRADA DEL NUEVO HORIZONTE		COORD. CAMPO MILAGROS LLACSAHUANGA
CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
001-3	LOCAL COMUNAL-SAGRADA FAMILIA III	1257351	ESPINOZA ESPINOZA AUREA ANTONIA	MZ.B LTE 30 AA.HH QUEBRADA DE NUEVO HORIZONTE
001-4	LOCAL COMUNAL-SAGRADA FAMILIA I	1245800	TOMAS CHARRY NELLY	MZ.B LTE 30 AA.HH QUEBRADA DE NUEVO HORIZONTE
001-5	LOCAL COMUNAL-SAGRADA FAMILIA II	1262832	DONGO PANIURA CLAUDIA	MZ.B LTE 30 AA.HH QUEBRADA DE NUEVO HORIZONTE
008-1	LENNERST I	1142128	RAMOS MEJIA OLDA	MZ UHLE MZ O AREA COMUNAL
008-2	LENNERST III	1224377	SOTO BRAVO ANITORA	MZ UHLE MZ O AREA COMUNAL
014-5	COMEDOR LA SAGRADA-GOTITAS DE AMOR I	1501644	LLERENA TANGO A DORIAN JENNIFER	MZ A LOTE 1 AA.HH,VILLA UNION
015-1	LAS SEMILLITAS	1516870	CAPUSSARI PUGA MARGARITA	MZ I LT 14 AA.HH.MAX ULE
010-2	MIS ANGELITOS I	1255934	QUISPE PALOMINO CARMEN ROSA	MZ I LOTE 14
010-3	MIS ANGELITOS II	1241918	VELASQUEZ ZARPAN PASCUALA	MZ I LOTE 14
012-1	GOTITAS DE SABER	1260748	HUIÑAC RAMOS CARMEN SOLEDAD	MZ I LOTE 30
014-2	GOTITAS DE AMOR II	1231286	TENAZO CONDOR ROSANA MERCEDES	MZ A LOTE 1
014-3	GOTITAS DE AMOR III	1255493	LICANO CHIMOREN ADELA	MZ A LOTE 1

CODIGO CG.18		NOMBRE CG.VILLA ALEJANDRO	DIRECCION AA,HH.VILLA ALEJANDRO.LURIN		COORDINADOR DE CAMPO MAMANI ACHO DAVID PERCY
N°	CODIGO	NOMBRE DEL WAWA WASI	CODIGO	NOMBRE DE LA MADRE CUIDADORA	DIRECCIÓN DEL WAWA WASI
	002-1	JOYITAS DE CRISTO	811836	HELLER TORRES ERICKA FABIOLA	MZ A LTE 13 AA.HH. MARTHA MILAGROS ALTA
	002-2	NUEVO AMANECER II	1251356	MAMANI NINA CATALINA	MZ A LTE 13 AA.HH. MARTHA MILAGROS ALTA
	003-1	LOS PRIMEROS PASITOS I	1241926	QUISPE RIZALME MARIA LUZ	MZ. K LOTE.1A SECTOR 21 CC JULIO C. TELLO
	003-2	LOS PRIMEROS PASITOS II	1140222	PALOMINO OBISPO ELIZABETH	MZ .K LOTE.1A SECTOR 21 CC JULIO C. TELLO
	005-1	VIRGEN DE LAS MERCEDES I	1251418	MALASQUEZ CHUMPITAS MIRIAM	ANTIGUA PANAMERICANA SUR KM 36
	005-2	VIRGEN DE LAS MERCEDES II	1237139	MALASQUEZ CHUMPITAS MARTHA	ANTIGUA PANAMERICANA SUR KM 36 LURIN CERCADO
	005-3	VIRGEN DE LAS MERCEDES III	1257823	MALASQUEZ CHUMPITAZ ELIZABETH	ANTIGUA PANAMERICANA SUR KM 36 LURIN CERCADO
	007-1	NIÑOS DEL FUTURO	1254881	ROJAS VALDIVIA LIDIA ELVIA	MZ B LTE 9 VILLA ALEJANDRO I
	010-1	LUCES DE ESPERANZA	1260742	QUINTERO MATALLANA TEODORA N	MZ I LOTE 13 VILLA ALEJANDRO
	010-2	LUCES DE ESPERANZA 2	1140211	HUAMANI QUINTERO NORA REBECA	MZ I LOTE 13 VILLA ALEJANDRO
	011-1	NIÑOS ESPERANZA	1260237	MORALES DURAND TOMAZA	MZ B LOTE 5 LOS PORTALES DE VILLA
	012-1	DIVINO NIÑO JESUS DE PRAGA	812883	VALVERDE ESPINOZA CLOTILDE	AV LAS PALMAS S/N
	014-1	SUSPIRITO DE CRISTO 1	1468617	LIZARRAGA MENDOZA DIANA ELENA	AA.HH.PRIMERO DE DICIEMBRE
		NIÑOS PARA CRISTO1	1248660	MORA TELLO YENNY	MZ A LOTE 27 4TA ETAPA BARRIO 1 PROLONG. PACHACUTEC
	005-2	NIÑOS PARA CRISTO 2	1550356	MUCHA MENDOZA PILAR	MZ A LOTE 27 4TA ETAPA BARRIO 1 PROLONG.PACHACUTEC
	005-3	NIÑOS PARA CRISTO 3	1302319	LAUPA QUISPE AMALIA	MZ A LOTE 27 4TA ETAPA BARRIO 1 PROLONG. PACHACUTEC
	005-4	NIÑOS PARA CRISTO 4	1250818	CABEZA JARA EMMA NOLBERTA	MZ A LOTE 27 4TA ETAPA BARRIO 1 PROLONGACION PACHACUTEC

Anexo 5.-La razón secundaria por la que se hace uso del servicio Cuna Más

Gráfico a. Razones secundarias por las cuales lleva a sus hijos al Wawa Wasi



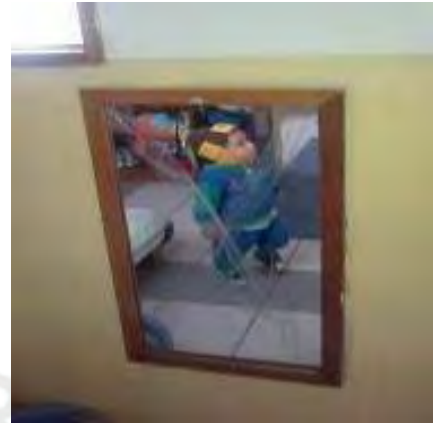
Fuente: Elaboración propia

El gráfico "a" muestra que la razón secundaria por la que las familias llevan a sus hijos al servicio Cuna Más es porque están bien cuidados en 52%, porque la alimentación es buena en 26% y porque aprenden con la madre cuidadora en 22%.

Anexo 6.- INFORME FOTOGRÁFICO
ACTIVIDADES COTIDIANAS DEL NIÑO Y NIÑA EN CUNA MÁS



Descanso después de almorzar



Desarrolla autoimagen positiva



Acogiéndolos con afecto



Hábitos saludables



Almorzando una de 3 comidas que reciben



Enfoque de género: Juego con muñecas

INTERVENCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES



Cuidado y atención de las MC



Planificación y evaluación del equipo técnico



Socia de Cocina especializada en preparación de comida para niños menores de tres años

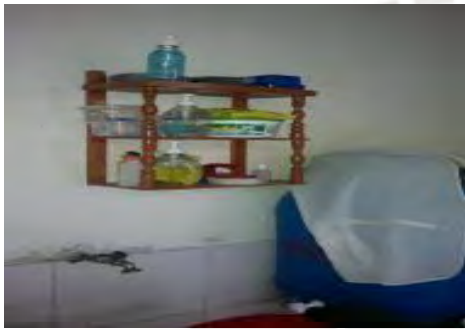
SERVICIOS DEL CUIDADO DIURNO



Nutrición balanceada



Servido por grupo etario



Limpieza y agua segura



Desinfección adecuada con lejía



Almacenamiento y conservación de los alimentos



Desarrollo a través del juego

HABITABILIDAD INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO



BIBLIOGRAFÍA

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA Y EL CARIBE

2014 *Experiencias en Innovación Social ciclo 2004-2005.*
Santiago de Chile. Pp. 13-14. Consulta 12 de junio de 2014

<https://dds.cepal.org/innovacionsocial/e/proyectos/doc/Proyecto.TallerNinos.Peru.esp.pdf>

2016 *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una Oportunidad para América y El Caribe.* Santiago de Chile. pp. 9-16. Consulta: 08 de noviembre de 2016

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

GANAPERÚ

2011 *Plan de Gobierno 2011-2015.* Lima. Pp. 168

GUERRERO, Gabriela y SUGIMARU Claudia

2010 *Oportunidades y riesgos de la transferencia del servicio Wawa Wasi a los gobiernos locales provinciales.* En GRADE. Lima: Ediciones NOVA Print SAC. Pp. 69.
Consulta: 05 de marzo de 2012

<https://www.grade.org.pe/publicaciones/849-opportunidades-y-riesgos-de-la-transferencia-del-servicio-wawa-wasi-a-los-gobiernos-locales-provinciales/>

GUERRERO, Gabriel y LEÓN, Juan

2012 *Demanda social por programas de atención y educación de la primera infancia (AEPI) en el Perú.* En GRADE Lima: Documento de Investigación 65. Pp. 11

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2010 *Evolución de la pobreza al 2010*. Lima. Pp. 51

LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

2015 *Auditoría de desempeño al servicio de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más*. Lima. Pp. 13. Consulta: 21 de abril de 2019

http://doc.contraloria.gob.pe/tallerdesempeno/documentos/LIBRO_3.pdf

MARTINEZ, Loreto y DITZEL, Loreto

2012 *Lineamientos para la implementación y gestión de políticas públicas de protección integral dirigidas a la primera infancia*. Costa Rica. Pp. 14

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

2005 *Plan Nacional de Educación Para Todos 2005-2015, Perú hacia una educación de calidad con equidad*. Lima. Pp. 13-19

https://tarea.org.pe/wp-content/uploads/2014/07/PlanNacionalEPT2005_2015Peru.pdf

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

2012 *Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú*. Lima. Pp. 9-61. Consulta el 27 de septiembre de 2012

http://www.cunamas.gob.pe/?page_id=12

2012 *Decreto Supremo 066-2004-PCM*. Crean el Programa Nacional Cuna Más. Lima. Consulta: 11 de julio de 2012

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/19023/DS_03_2012MIDIS.pdf

- 2012 *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para crecer del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.* Perú. Pp. 12
- 2013 *Programa Nacional Cuna Más. Memoria Anual 2013.* Lima. Pp. 5. Consulta: 22 de junio de 2014
https://www.cunamas.gob.pe/Transparencia/Planeamiento_y_Organizacion/Memoria_Anual_2013-PNCM.pdf
- 2016 *Lineamientos de los servicio del Programa Nacional Cuna Más -RDE N° 864-2016-MIDIS/PNCM* de fecha 05 de agosto de 2016. Lima.
- 2016 *Memoria institucional del Programa Nacional Cuna Más.* Lima. Pp. 9
- MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL.
- 2005 *Lineamientos técnicos en Salud para el Programa Nacional Wawa Wasi.* Lima.
- 2009 *Lineamientos Técnicos para la Promoción del Aprendizaje Infantil Temprano - RD N° 489-2009-MIMDES/PNWW* de fecha 01/09/2009 Lima.
- 2009 *Lineamientos técnicos para la atención integral en atención alimentaria y nutricional en el Servicio Wawa Wasi -RDE N° 165-2009-MIMDES/PNWW* de fecha 14 de abril de 2009. Lima.
- 2009 *Lineamientos técnicos para la atención integral en salud en el Servicio Wawa Wasi -RDE N° 165-2009-MIMDES/PNWW* de fecha 14 de abril de 2009. Lima.

2010 *Manual N° 001-2010-MIMDES/PNWW-UGAI: Manual de procedimientos para la adquisición del equipamiento de los Wawa Wasi y Yachay Wasi a través de los Comités de Gestión del Programa Nacional Wawa Wasi - RD N° 164-2010-MIMDES/PNWW. Lima.*

2011 Consulta el 06 de mayo de 2011.
En
<[http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13274/PLAN_13274_PEI - Plan Estrategico Institucional 2011.pdf](http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13274/PLAN_13274_PEI_-_Plan_Estrategico_Institucional_2011.pdf).

2011 Consulta el 30 de marzo de 2011
En <<http://www.mimdes.gob.pe/atencion-integral.html>>

2011 Consulta el 30 de marzo de 2011
En <<http://www.mimdes.gob.pe/wawawasi>>

2011 *Estado y comunidad catorce años trabajando juntos. Lima.*
Pp. 12-13.

2011 *Plan estratégico institucional Wawa Wasi 2010-2013. Lima.*
Pp 4-45. Consulta el 06 de mayo de 2011.
[http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13274/PLAN_13274_PEI - Plan Estrategico Institucional 2011.pdf](http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13274/PLAN_13274_PEI_-_Plan_Estrategico_Institucional_2011.pdf)

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

2012 *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Lima. Pp. 33.*

MINISTERIO DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

2004 *Evaluación de impacto del Programa Nacional Wawa Wasi 2003. Lima pp. 4-5. Consulta: 17 de junio de 2012*

<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/BiblioDig/MISC/WWASI/IFWawaW.pdf>

2012 Revista peruana en medicina experimental y salud pública. Volumen 29 Numero 3. Lima. Pp. 375. Consulta: 18 de noviembre de 2012

<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2012.v29.n3.pdf>

MORIN, Edgar

2001 *Modelo del paradigma de la complejidad y transdisciplinariedad*. México. Pp. 4

MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA

2010 *Proyecto Plan de acción 2011. En acuerdo de consejo N° 533*. Lima. Pp. 83.

2012 *Plan Regional de Desarrollo Concertado de Lima 2012 - 2025*. Lima. Pp. 17-138.

NIÑOS DEL MILENIO

2010 Atención y educación de la primera infancia en el Perú: *Evidencia de Niños del milenio. Boletín de políticas públicas sobre infancia*. Lima. Número 3. Pp. 8. Consulta 18 de mayo de 2012

http://www.younglives.org.uk/sites/www.younglives.org.uk/files/NdM_BOLETIN3_EarlyChildhood.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2007 *Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos*. Francia. Pp. 15. Consulta: 20 de abril de 2012

https://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_es.pdf

PERALTA, Victoria y FUJIMOTO, Gaby

1998 *La atención de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI*. Santiago de Chile. Pp. 116-126. Consulta: 25 de mayo de 2012

<http://www.oas.org/udse/readytolearn/documentos/7.pdf>

PRESIDENCIA DE CONSEJO DE MINISTROS

2004 *Decreto Supremo 066-2004-PCM*. Aprueban la estrategia de seguridad alimentaria. Lima. Consulta: 22 de marzo de 2012

<https://busquedas.elperuano.pe/download/full/Cm2v9efa4TyAPBddZH2fN4>

2007 *Decreto Supremo 027-2007-PCM*. Define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional. Lima. Consulta: 22 de marzo de 2012

<http://www.pcm.gob.pe/InformacionGral/opp/2008/DS-027-2007-PCM.pdf>

RIVERO, José y RIVERO María del Rosario

2002 Comentario del 29 de noviembre a “La educación temprana en América Latina y el Perú. Reflexiones para la propuesta y acción” *Foro “La agenda olvidada: las niñas y los niños de 0 a 3 años en el Perú”*. Consulta: 04 de abril de 2011.

<http://www.inversionenlainfancia.net/system/application/view/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_files/27_08-Educacion%20Temprana%20enAL-JyMRivero.pdf>

ROSSEL, Cecilia

2010 “Servicios de cuidado infantil”. En: *Proyecto desarrolla*
Lima. Pp. 43,44. Consulta: 14 de marzo de 2012

[https://www.academia.edu/523946/Servicios de cuidado infantil condiciones de calidad y resultados](https://www.academia.edu/523946/Servicios_de_cuidado_infantil_condiciones_de_calidad_y_resultados)

SAGASTI, Francisco

2008 “Tipología de la pobreza y dimensiones de la exclusión en el Perú”. Documento de trabajo. Lima. Pp. 1. Consulta: 14 de marzo de 2013

http://franciscosagasti.com/descargas/eventos/pobreza_exclusion.pdf

THE OPEN UNIVERSITY

2009 La primera infancia en perspectiva 4. En Fundación Bernard van Leer. Reino Unido. Documento de investigación 4. Pp. 4. Consulta: 17 de abril de 2012

[https://www.researchgate.net/publication/265757037_LA_PRIMERA_INFANCIA_EN_PERSPECTIVA_4_Programas_e_ficaces_para_la_primera_infancia](https://www.researchgate.net/publication/265757037_LA_PRIMERA_INFANCIA_EN_PERSPECTIVA_4_Programas_eficaces_para_la_primera_infancia)

UNICEF

2003 *Los objetivos de desarrollo para el milenio tienen que ver con los niños*. Nueva York. Pp. 7.

2006 *La convención sobre los Derechos del Niños*. Madrid. Pp. 11.

2009 *Implementación a Gran Escala: El Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina*. Nueva York. Pp. 16.

UNICEF/ USAID/ MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

2006

Un Buen Inicio en la Vida. 2006. Pp. 28

Consulta el 23 de marzo de 2012

En

<http://www.unicef.org/peru/files/Publicaciones/SobrevivenciaDesarrolloInfantil/buen_inicio_en_la_vida.pdf>

