

Programa Nacional

**CUNA**   
**MAS**

# Por qué es tan importante la primera infancia

## **EN LA PRIMERA INFANCIA:**

- ✓ **95%** del cerebro alcanza su desarrollo en esta etapa.
- ✓ **700** nuevas conexiones neuronales por segundo.
- ✓ Desarrollo de la **capacidad de comunicación**.

## **LA ATENCIÓN INADECUADA :**

- ✓ Retrasa entre **90% y 100%** el desarrollo **cognitivo, emocional y de lenguaje**.
- ✓ Puede aumentar **3 veces** el riesgo de **enfermedades crónicas**

## **RETORNO A FUTURO PARA LA SOCIEDAD:**

- ✓ Mayor productividad
- ✓ Bienestar familiar
- ✓ Menor índice de criminalidad



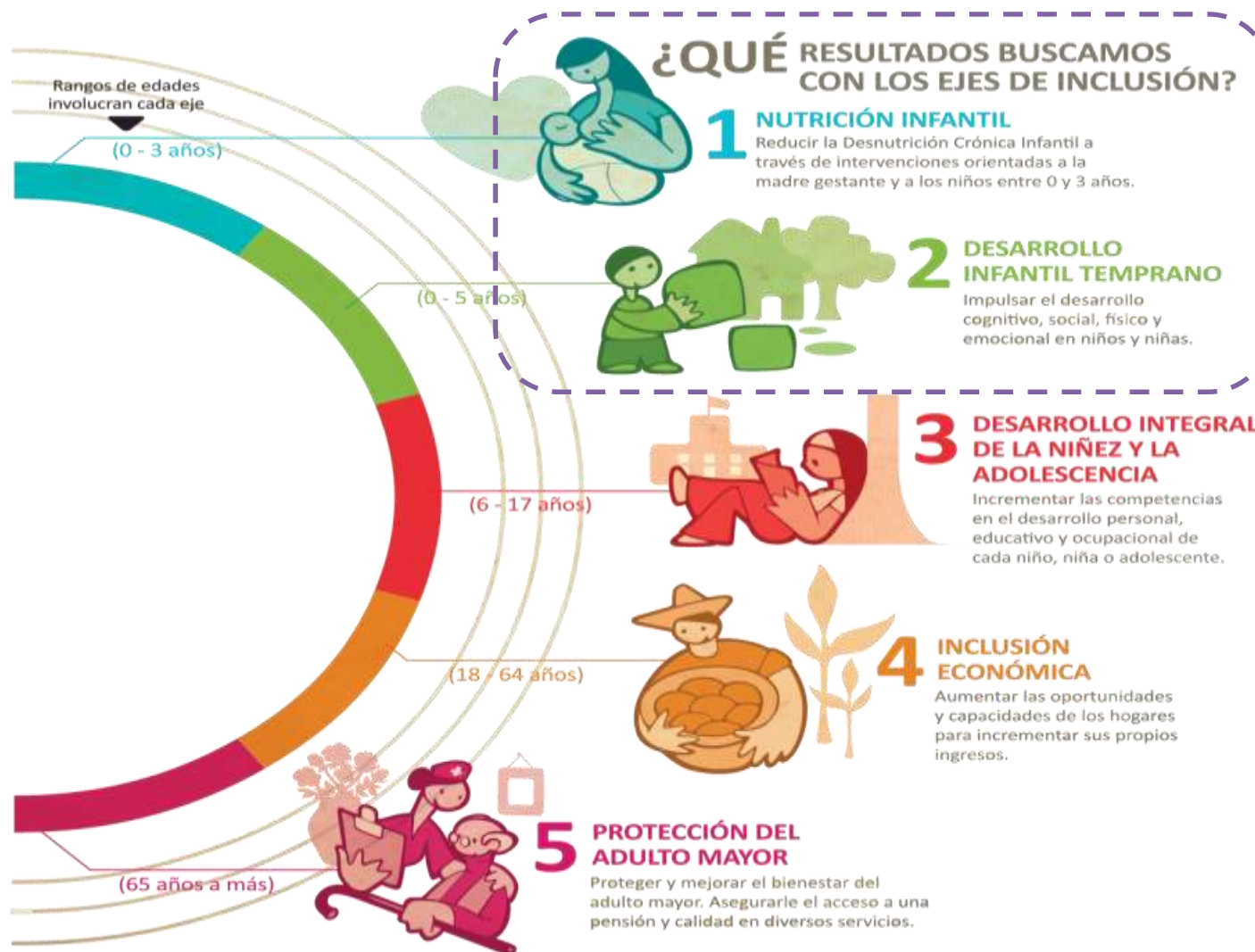
*La evidencia internacional muestra que **por cada dólar invertido en primera infancia se estima un retorno de 4 a 9 dólares.***

# SOMOS PARTE DE UNA VISIÓN DE PAÍS



ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO  
E INCLUSIÓN SOCIAL (ENDIS)

# Componente importante de “Incluir para Crecer”



# TENEMOS UNA MISIÓN...



Brindar y promover las mejores condiciones de atención a la primera infancia y generarle más oportunidades de crecimiento y desarrollo.

# Desarrollo Infantil Temprano: prioridad de política pública

## *Compromiso Nacional Intersectorial e Intergubernamental para Promover el DIT*



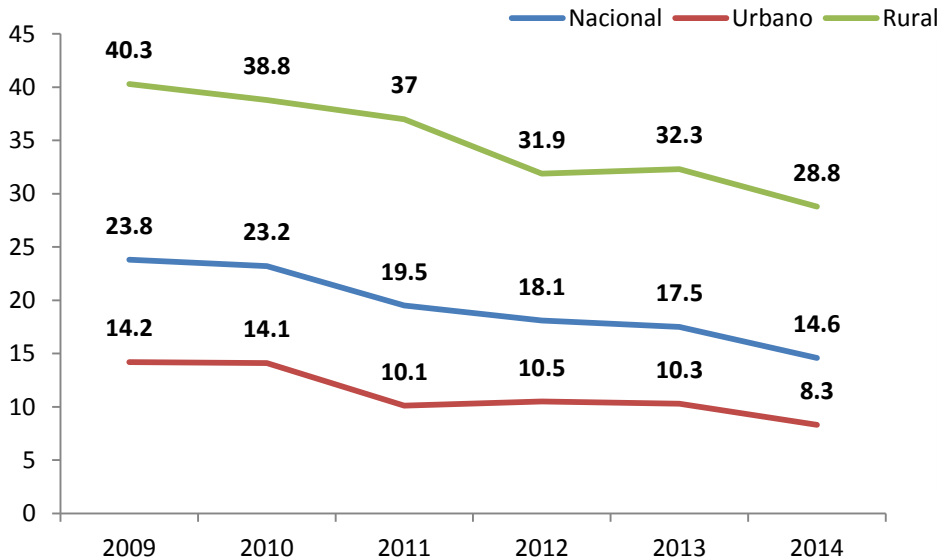
Lamay – Cusco, El 29 de octubre de 2013

Los sectores de Desarrollo e Inclusión Social, Vivienda, Educación, Salud y Mujer y Poblaciones Vulnerables, y la ANGR, REMURPE y AMPE, se comprometieron al 2016 a:

- ✓ Reducir la DCI a **10%**
- ✓ Reducir la Anemia a **20%**
- ✓ Incrementar la Educación Inicial a **85%**
- ✓ Incrementar el acceso Agua y Saneamiento a **85%**

# Desarrollo Infantil Temprano: prioridad de política pública

## Prevalencia Desnutrición Crónica Infantil



Fuente: INEI – ENDES / 2014

**Meta al 2016: reducir la DCI a 10%**



Diario Gestión (21/04/2015 - p. 15)



Diario La República (20/04/2015 - p. 21)

## ...Y UN DESEO



Queremos que las niñas y niños menores de tres años de edad se desarrollen felices.



# PPSS y fondos de estímulo para la primera infancia



Programas sociales



Fondos de estímulos



**FED**  
Fondo de Estímulo al Desempeño y  
Logro de Resultados Sociales

## AGUA SEGURA

# SOMOS UN PROGRAMA SOCIAL FOCALIZADO



Brindamos atención integral a niñas y niños menores de 3 años, y a sus familias, que viven en zonas de pobreza y pobreza extrema.

# Programa Nacional Cuna Más

Es un programa social focalizado del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, creado sobre la base del ex Programa Nacional Wawa Wasi, que brinda atención integral a niñas y niños menores de 3 años y a sus familias que viven en zonas en pobreza y pobreza extrema.



# Objetivo general

**Mejorar el desarrollo infantil** de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.

## Objetivos específicos

- ✓ Incrementar el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de niñas y niños
- ✓ Mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje de sus niñas y niños.
- ✓ Fortalecer el vínculo afectivo madre-padre-cuidador – hija(o)-niña (o)

# PARA ACORTAR LAS BRECHAS...



- ✓ Brindamos cuidado, salud, nutrición y aprendizaje (centros de cuidado diurno)
- ✓ Fortalecemos conocimientos y capacidades de las familias (visita a hogares)

## ¿Qué ofrece el Programa Nacional Cuna Más?

1. Brindamos **atención integral** para atender las necesidades de cuidado, salud, nutrición, y aprendizaje infantil de niños menores de 3 años.
2. Fortalecemos los **conocimientos y capacidades** de las madres gestantes y familias para el cuidado y aprendizaje de sus niños menores de 3 años.
3. Generamos **experiencias de aprendizaje** en niños menores de 3 años a través de visitas a hogares y sesiones grupales.
4. Promovemos la **intervención articulada** de sectores y niveles de gobierno, organismos y programas.
5. Promovemos la **participación y cooperación** de la comunidad, organizaciones sociales de base, y el sector privado.

# ¿En dónde interviene Cuna Más?

En **términos generales**, la focalización actual contemplan los siguientes criterios:

## Ámbito urbano

- Distritos con pobreza mayor al 19%.

## Ámbito rural:

- Distritos con pobreza mayor al 50%
- Tasas de desnutrición crónica por encima del 30% (OMS).
- Ámbito de intervención del programa JUNTOS.

<http://focalizacion.cunamas.gob.pe/>

# ¿En dónde interviene Cuna Más?

En **términos específicos**, la focalización actual contemplan los siguientes criterios:

**Para Servicio de Cuidado Diurno la intervención del programa será preferentemente en el ámbito urbano, conforme a:**

<b>Criterios Socioeconómicos</b>	<p>i) Distritos con una incidencia de pobreza total (extrema y no extrema) mayor al 19.1%</p> <p>Regla: Distritos predominantemente urbanos o rurales con pobreza mayor o igual a 19.1%, según el promedio nacional de incidencia de pobreza urbana, indicado en la ENAHO, en el Censo 2010.</p>
<b>Criterios Categóricos</b>	<p>ii) Preferentemente distritos con al menos un centro poblado urbano</p> <p>Regla: Distrito que cuenten con al menos un centro poblado urbano, Se considera como centro poblado urbano a aquel con al menos 2,000 habitantes y 400 viviendas, asimismo se considera los centros poblados capitales de distrito (Definición de área urbana y rural de la Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO, en el censo 2007)</p>

**Para el Servicio de Acompañamiento de Familias la intervención del programa será preferentemente en el ámbito rural, conforme a:**

<b>Criterios Socioeconómicos</b>	<p>i) Distritos con una incidencia de pobreza total (extrema y no extrema) mayor o igual al 50%</p> <p>Regla: Distritos predominantemente urbanos o rurales con pobreza mayor o igual a 50%, de acuerdo con los parámetros de Pobreza Provincial y Distrital 2009, del INEI.</p>
<b>Criterios Categóricos</b>	<p>ii) Distritos predominantemente rurales</p> <p>Regla: Distritos con más del 50% de la población reside en Centros Poblados rurales.</p> <p>Entiéndase como Centro poblado rural a aquel con menos de 2,000 habitantes o menos de 400 viviendas, que no sean capitales de distrito, de acuerdo con la definición de área urbana y rural de la ENAHO, en el Censo 2007</p> <p>iii) Distritos con desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años mayor o igual al 30%</p> <p>Regla: Son aquellos distritos con desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años mayor o igual al 30% (de acuerdo al estándar de la Organización Mundial de la Salud-OMS). Este porcentaje corresponde al promedio en zona rural según la encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011.</p> <p>iv) Distritos del ámbito de intervención del Programa Juntos al 2012</p>



# Modalidades de intervención

## Cuidado Diurno



Zonas urbanas y peri urbanas  
con población concentrada

## Acompañamiento a Familias



Zonas rurales con  
población dispersa



# Atención integral a través de dos modalidades de servicio

## Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)

Zonas rurales con población dispersa

- ✓ Se fortalecen prácticas de cuidado y aprendizaje en las familias que tienen niñas y niños menores de 36 meses y madres gestantes.
- ✓ El servicio se brinda a través de visitas semanales a los hogares y sesiones de socialización e inter aprendizaje.

**Atención de 52,595 usuarios en 363 distritos**

## Servicio de Cuidado Diurno (SCD)

Zonas urbanas y peri urbanas con población concentrada

- ✓ Atención integral a niñas y niños de 6 a 36 meses, en sus necesidades de salud, nutrición aprendizaje y protección.
- ✓ Considera la atención por grupos etarios.
- ✓ La propuesta del programa prioriza la atención del servicio en Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI).

**Atención de 55,448 niñas y niños en 354 distritos**

# TRABAJAMOS CON LAS FAMILIAS



- ✓ Orientamos en prácticas de cuidado y aprendizaje en la familia.
- ✓ Brindamos acompañamiento a familias con niños en riesgo.
- ✓ Promovemos espacios de socialización e inter-aprendizaje entre ellas.

## ● Servicio de Acompañamiento a Familias



Atiende a familias que viven en zonas rurales alejadas.



Reciben visitas semanales de facilitadoras(es) que los orientan en el cuidado y aprendizaje de menores.

### Ámbito rural:

- Distritos con pobreza mayor al 50%
- Tasas de desnutrición crónica por encima del 30% (OMS).
- Ámbito de intervención del Programa JUNTOS.

**52,595** familias atendidas  
**5,520** facilitadoras(es)

# Etapas y metodología para la prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias



**ETAPA 1:**  
Reconocimiento y  
generación de  
condiciones

2 primeros  
meses



**ETAPA 2:**  
Fortalecimiento de  
capacidades

A partir del  
3er mes



**Metodología (visita al hogar)**

La visita al hogar está a cargo de las facilitadoras, personas de las mismas comunidades que son capacitadas.



Las facilitadoras cuentan con la Guía Jugando Aprendo, un Kit para Facilitadoras, y un Kit para Familias

Un Acompañante Técnico asesora al facilitador. Trabajan con un currículo estructurado (30 juegos universales)

[Link: visita al hogar](#)

# Perfiles

## FACILITADOR/A (voluntario/a)

Persona reconocida y propuesta por la comunidad; seleccionada por el Comité de Gestión, y capacitada por el Acompañante Técnico

Edad mínima: 21 años.

Educación: primaria completa.

Sexo: hombre o mujer (de preferencia con hijos).

Experiencia: en trabajo comunitario e identificada con los niños.

Idioma: maneja la lengua materna de los niños y familias que atiende.



## Fortalecimiento de capacidades a cargo del/la Acompañante Técnico/a



### Taller de inducción

Frecuencia: 1 sola vez (al ingresar)

Duración: 3 días

**Objetivo:** desarrollar las capacidades básicas del/la facilitador/a para que inicie las visitas al hogar (etapa de reconocimiento y generación de condiciones y etapa de fortalecimiento de capacidades)



### Taller de capacitación

Frecuencia: 2 al año

Duración: 3 días cada taller

**Objetivo:** fortalecer las capacidades de los/las facilitadores/as para la realización de las visitas al hogar.



### Reuniones quincenales

**Objetivo:** planificar la visita al hogar de las familias que tiene a cargo, y fortalecer alguna capacidad específica.



### Visita de asistencia técnica

Frecuencia: 2 veces al mes  
in situ

**Objetivo:** brindar acompañamiento en la visita al hogar para fortalecer la práctica. Considera observación durante la visita y análisis posterior (feedback).

## • Servicio de Cuidado Diurno



Atiende a niños y niñas entre los **6 y 36 meses de edad** de zonas urbanas y periurbanas



La atención es **de lunes a viernes**, entre las 8:00 y 16:00 horas.

### Engargadas



Madres cuidadoras **capacitadas en técnicas de cuidado** y atención de niñas y niños pequeños

## Ámbito urbano

- Distritos con pobreza mayor al 19%.

55,488 niñas y niños atendidos  
7,752 madres cuidadoras voluntarias

# Etapas y metodología para la prestación del Servicio de Cuidado Diurno



## Etapa 1: Implementación del Servicio de Cuidado Diurno:

- Focalización
- Articulación territorial para la co-gestión.
- Adecuación para las condiciones del servicio.

4 primeros  
meses



## ETAPA 2: Fortalecimiento de capacidades

1 mes





# Perfiles

## MADRE CUIDADORA (voluntaria)

Persona reconocida y propuesta por la comunidad; seleccionada por el Comité de Gestión, y capacitada por el Acompañante Técnico

Edad mínima: 21 años.

Educación: al menos secundaria (preferentemente).

Sexo: mujer (de preferencia con hijos).

Experiencia: conocimiento y manejo del idioma del lugar.



## Fortalecimiento de capacidades a cargo del Acompañante Técnico



### Capacitación inicial y certificación

Frecuencia: 1 sola vez (al ingresar)

Duración: 5 días

**Objetivo:** desarrollar las capacidades básicas de la madre cuidadora para que pueda empezar a brindar el servicio de atención integral a los niños y niñas a su cargo.



### Capacitación continua

Frecuencia: 5 veces al año

Duración: 1 día cada taller

**Objetivo:** fortalecer las capacidades de las madres cuidadoras para la atención integral de los niños y niñas a su cargo.



### Reuniones interaprendizaje

Frecuencia: quincenal

Duración: 2 horas

**Objetivo:** socializar las experiencias de aprendizaje para lograr un mejor trabajo con los niños y niñas que estén a su cargo.



### Visita de asistencia técnica

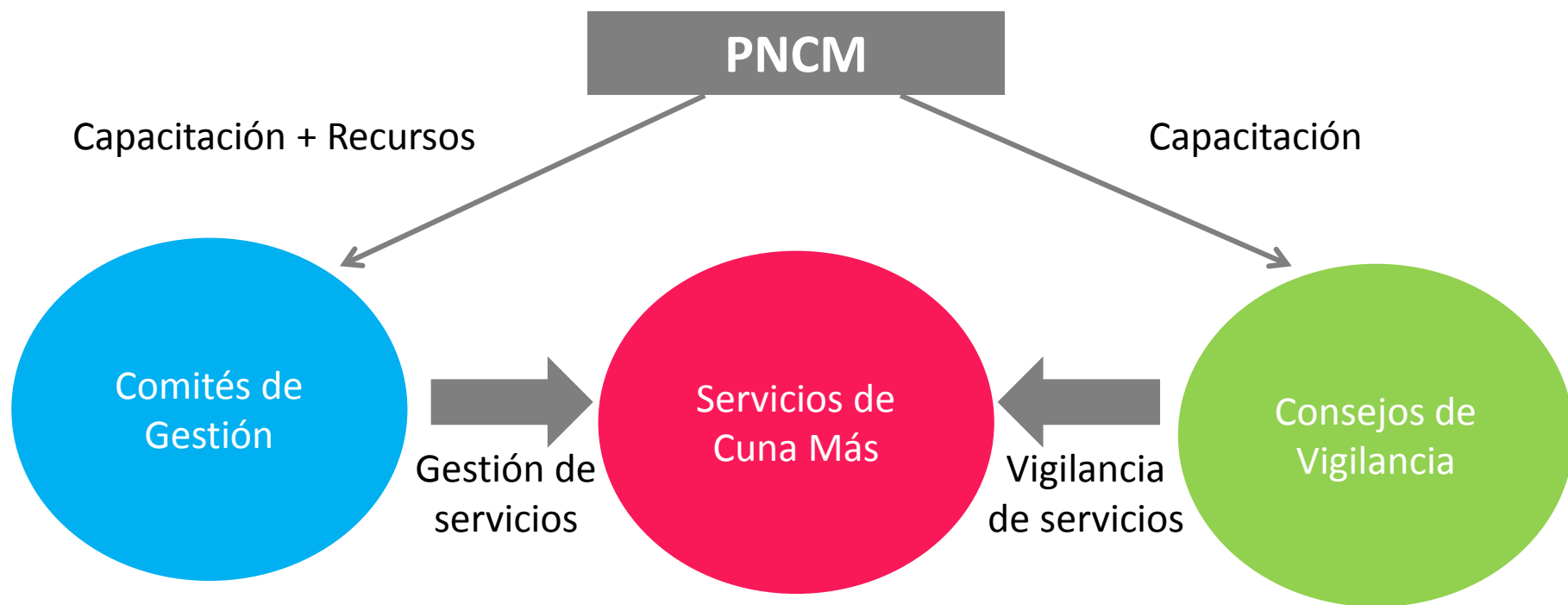
Frecuencia: 1 ó 2 veces al mes

Duración: 3 horas cada visita

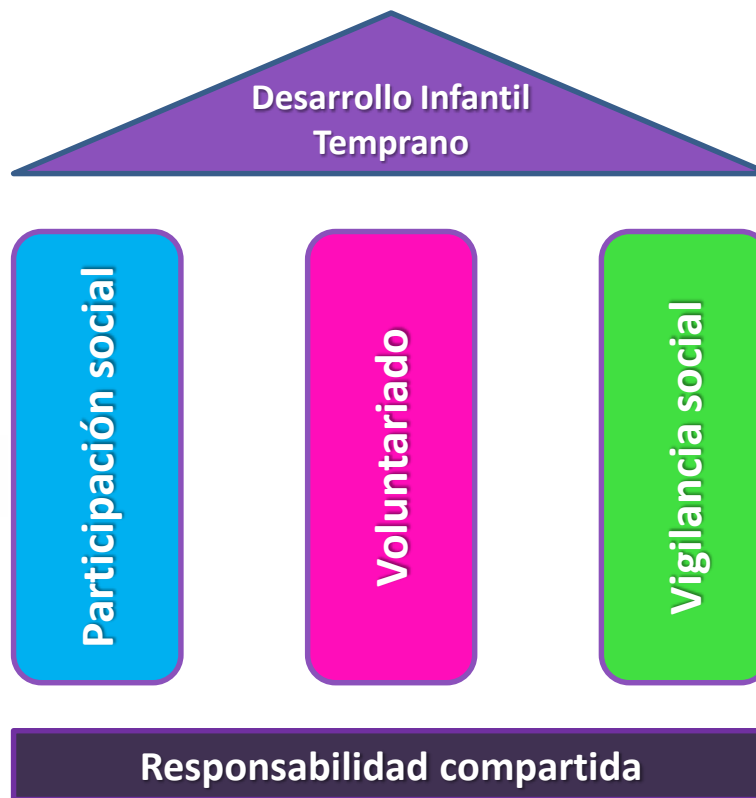
**Objetivo:** brindar acompañamiento a la madre cuidadora para que pueda brindar una mejor atención integral a los niños y niñas que tenga a su cargo.

# Articulación con la comunidad: modelo de cogestión

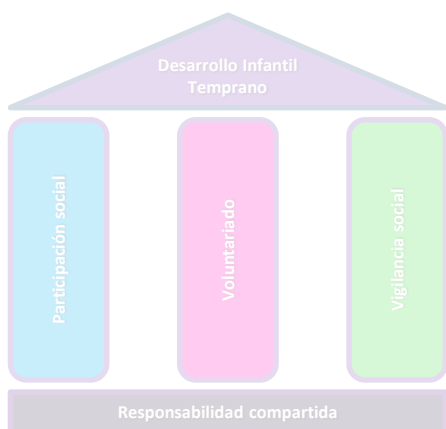
- Cuna Más fortalece las capacidades de la comunidad organizada a través de Comités para la gestión de los servicios y para la vigilancia comunitaria del uso eficiente de los recursos y de la calidad de los servicios.



# Articulación con la comunidad: modelo de cogestión



# Articulación con la comunidad: modelo de cogestión



## Comité de Gestión

- Instancia de representación de la comunidad que gestiona el servicio y promueve acciones en favor de la primera infancia.
- Lo integran cinco representantes de la comunidad elegidos en asamblea comunal (autoridades, líderes, etc.).

## Consejo de Vigilancia

- Instancia que supervisa i) el uso adecuado de recursos otorgados a los Comités de Gestión, y ii) la provisión del servicio (calidad).
- Vigilan las acciones orientadas a promover el DIT en su localidad.
- Lo integran tres miembros elegidos en asamblea comunal.

## Participan en el selección y capacitación de actores de la comunidad

### Madres cuidadoras

- Asumen la atención integral a los menores usuarios.
- Reporta los avances en el desarrollo de los niños que cuida.
- Capacita a las familias.

### Madre guía

- Acompaña a las familias que tienen niños en riesgo nutricional, de salud o de desarrollo.
- Promueve el involucramiento de las familias en el DIT.

### Socia de cocina / repartidor

- La socia de cocina se encarga de la preparación y envío de los alimentos a los centros de cuidado diario.
- El repartidor se encarga de la entrega diaria de los alimentos a los centros Cuna Más.

### Facilitadores(as)

- Realiza las visitas a hogares y apoya en las sesiones de socialización e inter aprendizaje con las familias usuarias del servicio.

### Apoyos administrativo, limpieza y vigilancia

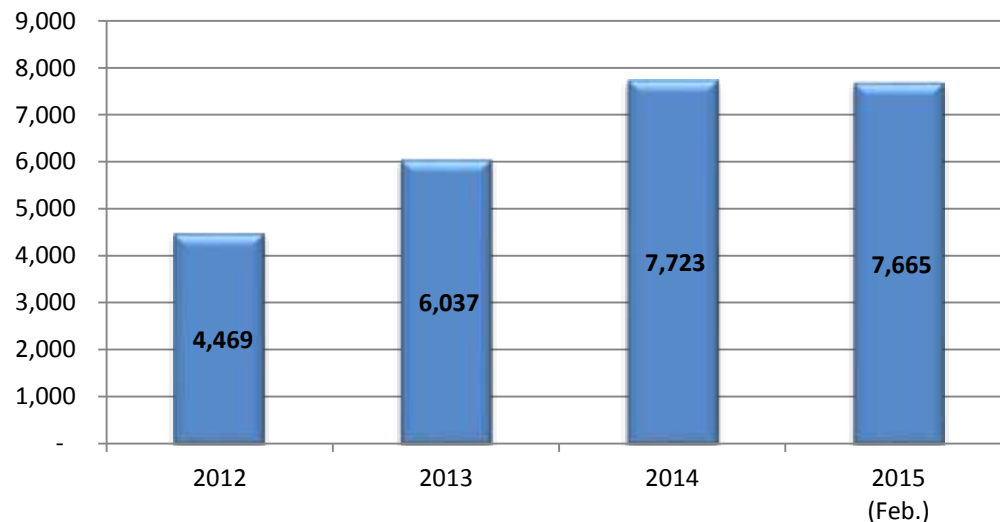
- Asisten al CG en los requerimientos y justificación de recursos, limpieza y mantenimiento de los centros de cuidado diario.

# Logros alcanzados 2012- 2014

## Intervención en zonas de la Amazonía

- Actualmente el PNCM atiende a un total de 7,231 niños y niñas que se encuentran en 38 distritos, 17 provincias, 8 Departamentos con población amazónica, lo que representa un incremento de cobertura en el período 2012 – 2014 de más de 72% desde el año 2012.
- En el año 2014 se han invertido alrededor de S/. 12.88 millones en la atención de niñas y niños, familias y madres gestantes que se encuentran en ámbitos amazónicos.

Número de niñas y niños atendidos por el PNCM en ámbitos amazónicos

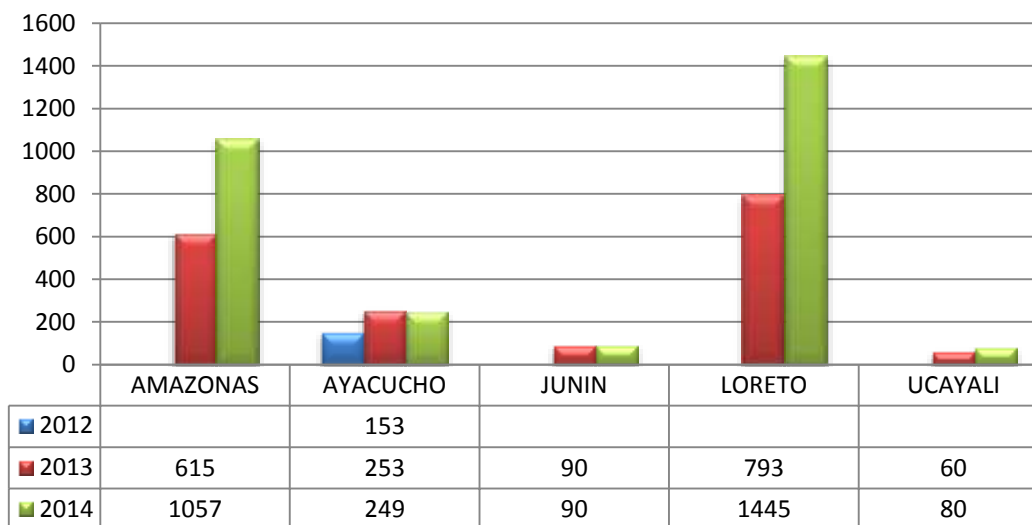


# Logros alcanzados 2012- 2014

## Intervención en zonas de la Amazonía

- A través del Servicio de Acompañamiento a Familias, se brinda atención a 2,754 familias pertenecientes a los pueblos Awajun, Shipibo, Ashaninka y Shawi y que se encuentran ubicados en los departamentos de Amazonas, Junín, Loreto y Ucayali.

**Evolución de niñas y niños atendidos del servicio de Acompañamiento a Familias en ámbitos amazónicos**



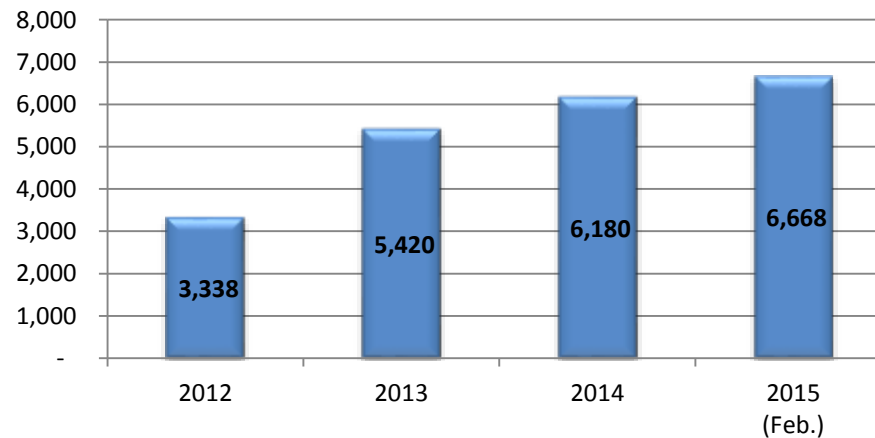
DEPARTAMENTO	Febrero 2015	Meta 2015
AMAZONAS	1,053	1,524
AYACUCHO	223	249
CAJAMARCA		-
CUSCO		600
HUANUCO		420
JUNIN	90	1,196
LORETO	1,465	5,343
MADRE DE DIOS		780
PASCO		600
SAN MARTIN		1,620
UCAYALI	80	1,479
<b>NACIONAL</b>	<b>2,911</b>	<b>13,811</b>

# Logros alcanzados 2012- 2014

## Intervención en el VRAEM

- Actualmente el PNCM atiende a un total de 6,224 niños y niñas que se encuentran en 35 distritos, 9 provincias, 5 Departamentos con población amazónica, lo que representa un incremento de cobertura en el período 2012 – 2014 de más de 86.5% desde el año 2012.

Número de niñas y niños atendidos por el PNCM en ámbitos VRAE



# Logros alcanzados por el Servicio de Acompañamiento a Familias



- **52,542** familias usuarias del SAF en las Regiones de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Junín, Ancash, La Libertad, Loreto, Puno, Piura y Ucayali han participado en **473,070** visitas durante el I Trimestre 2015, lo que está favoreciendo la generación de mejores oportunidades para el desarrollo integral de niños, niñas menores de 36 meses de edad y madres gestantes.
- **21,171** familias usuarias del SAF durante el I Trimestre 2015, han participado en **962** sesiones, mediante los cuales se han reforzado las prácticas de cuidado de las familias y compartir entre ellas sus experiencias de crianza e interactuar con sus pares y con sus hijos en situaciones lúdicas.
- El SAF brinda materiales educativos contextualizados y con pertinencia cultural a las familias usuarias del servicio, para promover la interacción entre cuidadores principales y niños, favoreciendo la incorporación de prácticas de cuidado y aprendizaje infantil.





# Logros alcanzados 2012- 2014

## Articulación local e intersectorial

### Comunidad

- Incidencia en Desarrollo Infantil Temprano (DIT) con Comités de Gestión y Vigilancia, autoridades y líderes comunales, facilitadoras, cuidadoras y familias usuarias
- Co-gestión e incidencia para la cesión de locales y terrenos. Vigilancia de calidad y seguridad de los servicios Cuna Más.

### Gob. Regionales y locales

- Incidencia para la cesión de terrenos y locales
- Participación de los Comités de Gestión en los presupuestos participativos.
- Fondo del Estimulo al Desarrollo - FED



### Sector Salud

Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el MIDIS, MINSA y el SIS

23 Convenios de Cooperación Interinstitucional entre las Direcciones Regional de Salud y el PNCM.

Planes concertados de salud a nivel de las 36 Unidades Territoriales:

- Afiliación al SIS
- Suplementación con micronutrientes
- Atención de Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años – CRED
- Vigilancia de la calidad de servicios alimentarios.

### Sector Educación

- Transición de los niños y niñas a educación pre-escolar

# Logros alcanzados 2012- 2014

## Articulación Intersectorial con el Sector Salud

N°	DIRESA/DISA/GERESA	UNIDAD TERRITORIAL	FECHA DE SUSCRIPCION
1	DIRESA PASCO	PASCO	25/07/2013
2	DIRESA SAN MARTIN	SAN MARTIN	07/08/2013
3	DIRESA APURIMAC	ABANCAY-CUSCO(SAF)-ANDAHUAYLAS	08/08/2013
	GERENCIA REGIONAL SALUD AREQUIPA- GRSA AREQUIPA	AREQUIPA-CAYLLOMA	26/12/2013
5	DIRESA UCAYALI	PUCALLPA-HUANUCO	12/09/2013
6	RED DE SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA(UT PIURA)	PIURA	17/09/2013
7	DISA II LIMA SUR	LIMA 01-LIMA 02	17/09/2013
8	DIRESA MOQUEGUA	MOQUEGUA	28/10/2013
9	DIRECCION DE LA SUB REGION DE SALUD JAEN	NOM-A	30/10/2013
10	DIRESA TUMBES	TUMBES	15/11/2013
11	DIRESA TACNA	TACNA	06/12/2013
12	DIRESA HUANUCO	HUANUCO	06/09/2013
13	DIRESA HUANCVELICA	HUANCVELICA-TAYACAJA	15/11/2013
14	DIRESA LIMA	HUACHO-CAÑETE-LIMA-03-LIMA 02	31/11/2013
15	DIRESA CAJAMARCA	CAJAMARCA	21/11/2013
16	DIRESA LORETO	IQUITOS	15/11/2013
17	DIRESA ANCASH	HUARAZ - CHIMBOTE	26/11/2013
18	DIRESA APURIMAC II(Provincia Andahuaylas)	ANDAHUAYLAS	19/11/2013
19	DIRESA AYACUCHO	AYACUCHO-VRAE-ICA	firmado
20	DIRESA CALLAO	CALLAO	05/05/2014
21	DIRESA JUNIN	HUANCAYO -LA MERCED	27/05/2014
22	DIRESA CUSCO	CUSCO	17/06/2014
23	DISA IV LIMA ESTE	LIMA2 - LIMA 3	28/12/2013

Se viene gestionando la firma de convenios con: DIRESA Puno, DIRESA Ica, DIRESA La Libertad, DIRESA Piura, DIRESA Lambayeque y DIRESA Amazonas.

# Meta 2015

## Resultados en los niños y niñas

100% de niños con documentación (DNI)

100% de los niños y niñas usuarios del PNCM están afiliados a algún sistema de salud, el año 2015

60% de niñas y niños usuarios recibirán suplementación con multimicronutrientes para combatir la anemia

60% de niños y niñas con Control de Crecimiento y Desarrollo -CRED completo y oportuno

## RETOS:

- Fortalecer en los entornos familiares estilos de crianza basados en relaciones afectuosas, empáticas y respetuosas.
- Reconocer y revalorar los estilos de crianza ancestrales de las familias de los pueblos indígenas andinos y amazónicos fortaleciendo las prácticas de cuidado y aprendizaje que favorecen el crecimiento y desarrollo infantil en coherencia con la cultura.
- Valorar y fortalecer el rol del varón y de los múltiples u otros cuidadores que influyen en los aprendizajes y desarrollo de los niños y niñas de las familias usuarias del SAF.
- Promover el desarrollo de capacidades locales en los Comités de Gestión para asegurar la vigilancia del desarrollo infantil y el funcionamiento del servicio.
- Coordinar y participar a nivel de la comunidad en acciones conjuntas con el sector Salud que contribuyan a promocionar la salud infantil y de la gestante, así como el buen trato en el entorno familiar .

# SOMOS LÍDERES COMPROMETIDOS



Todo nuestro esfuerzo está orientado a la primera infancia.  
Buscamos inspirar a la sociedad para juntos procurarle una mejor calidad de vida.

Gracias



