



PERÚ

Ministerio de
Economía y Finanzas

Viceministerio de
Hacienda

Dirección General de
Presupuesto Público

Nota Metodológica de la Evaluación de impacto del piloto “Esquemas alternativos de transferencias a la primera infancia en zonas urbanas”

**Dirección de Calidad del Gasto Público
Dirección General de Presupuesto Público
Viceministerio de Hacienda
Ministerio de Economía y Finanzas**

Lima, diciembre del 2025

Nota Metodológica de la Evaluación de impacto del piloto “Esquemas alternativos de transferencias a la primera infancia en zonas urbanas”

© Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)
Jr. Junín 319, Lima – Perú
Teléfono: 311-5930
Página web: <https://www.gob.pe/mef>

Lima, diciembre del 2025.

Elaboración de contenidos:

Este documento ha sido elaborado en el marco del Calendario Multianual de Evaluaciones Independientes para los años fiscales 2024-2025, liderado por la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Su desarrollo ha contado con la valiosa asistencia técnica, brindada de orden académico y sin fines de lucro, por parte del Laboratorio de Innovación y Desarrollo y de la Unidad de Innovación de Gobierno de la Universidad de Chicago, cuya colaboración subyace en su compromiso institucional con el fortalecimiento de políticas públicas basadas en evidencia.

La DGPP expresa su agradecimiento por la participación y colaboración de los representantes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como de los funcionarios del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS y de la Dirección General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social y de la Dirección General de Calidad de la Gestión de las Prestaciones Sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Los derechos de propiedad y autoría sobre el estudio presentado en esta publicación pertenecen al MEF. Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, bajo la condición de que se cite y referencie la fuente de la siguiente manera:

Ministerio de Economía y Finanzas. (2025). *Nota Metodológica de la Evaluación de Impacto del piloto “Esquemas alternativos de transferencias a la primera infancia en zonas urbanas”*. Elaborado por Michael Kremer, Guthrie Gray-Lobe, Ryan Cooper, María Adelaida Martínez, Naomi Calle, Jonathan Enriquez, Martín Sánchez y Vanina Vivas. Lima, Perú.

El equipo de la Universidad de Chicago estuvo conformado por Michael Kremer, Guthrie Gray-Lobe, Ryan Cooper, María Adelaida Martínez y Naomi Calle. Por parte del MEF, participaron Jonathan Enriquez, Martín Sánchez y Vanina Vivas, servidores del Equipo de Evaluaciones Independientes de la Dirección de Calidad del Gasto Público (DCGP), órgano de línea de la DGPP. La coordinación general del estudio estuvo a cargo de Arturo García Chávez y Cynthia Bravo, también de la DCGP.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES DEL PILOTO “ESQUEMAS ALTERNATIVOS DE TRANSFERENCIAS A LA PRIMERA INFANCIA EN ZONAS URBANAS”	9
2.1. PROBLEMA PÚBLICO	9
2.2. EL PROGRAMA JUNTOS	13
2.3. LA TRANSFERENCIA A LA PRIMERA INFANCIA	17
3. EL PILOTO “ESQUEMAS ALTERNATIVOS DE TRANSFERENCIAS A LA PRIMERA INFANCIA EN ZONAS URBANAS”	21
4. PREGUNTAS DEL ESTUDIO	27
5. REVISIÓN DE LITERATURA	27
6. TEORÍA DE CAMBIO	32
7. PROPUESTA METODOLÓGICA	35
7.1. PROCESO DE ALEATORIZACIÓN	35
7.1.1. ALEATORIZACIÓN A NIVEL DE CLÚSTER	37
7.1.2. ALEATORIZACIÓN A NIVEL DE HOGAR	39
7.1.3. CONSIDERACIONES PARTICULARES SOBRE EL PADRÓN DE HOGARES AFILIADOS V	41
7.1.4. BALANCE	42
7.2. FUENTES DE DATOS E INDICADORES	45
7.2.1. FUENTES DE DATOS	45
7.2.2. INDICADORES	47
7.3. ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN	50
7.4. POTENCIA ESTADÍSTICA	52
8. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	54
9. BIBLIOGRAFÍA	58
10. ANEXOS	66
ANEXO 1. DISTRITOS PARTICIPANTES EN EL PILOTO “ESQUEMAS ALTERNATIVOS DE TRANSFERENCIAS A LA PRIMERA INFANCIA EN ZONAS URBANAS”	66
ANEXO 2. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA ALEATORIZACIÓN A NIVEL DE HOGAR	72
ANEXO 3. ENCUESTAS PREVISTAS EN EL PILOTO “ESQUEMAS ALTERNATIVOS DE TRANSFERENCIAS A LA PRIMERA INFANCIA EN ZONAS URBANAS”	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de transferencias del Programa Juntos y Miembros Objetivo.....	13
Tabla 2. Cronograma de verificación de corresponsabilidades y transferencias monetarias.....	16
Tabla 3. Corresponsabilidades de la Transferencia a la Primera Infancia en gestantes.....	18
Tabla 4. Corresponsabilidades de la Transferencia a la Primera Infancia en niños	18
Tabla 5. Relación de distritos segmentados para el Piloto TPI Urbano.....	25
Tabla 6. Asignación de hogares a cada esquema por PHA.....	26
Tabla 7. Prueba de balance para la asignación a nivel de clúster.....	43
Tabla 8. Prueba de balance para la asignación a nivel de hogar.....	45
Tabla 9. Indicadores de resultado de la dimensión cumplimiento de corresponsabilidades	47
Tabla 10. Indicadores de resultado de la dimensión de estado de salud del menor	48
Tabla 11. Indicadores de resultado de la dimensión de desarrollo cognitivo del menor.....	49
Tabla 12. Indicadores de resultado de la dimensión bienestar del hogar.....	49
Tabla 13. Efecto mínimo detectable sobre la prevalencia de anemia	54
Tabla 14. Síntesis del análisis de riesgos y limitaciones	56
Tabla 15. Relación de distritos que forman parte del Piloto TPI Urbano	66
Tabla 16. Relación de variables consideradas en las aleatorizaciones.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Perú: Porcentaje de niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia, según quintil de riqueza, 2019 – 2023.....	9
Figura 2. Perú: Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, según quintil de bienestar, 2019 – 2023.....	10
Figura 3. Perú: Incidencia de la pobreza monetaria según área de residencia, 2014 – 2023	11
Figura 4. Representación de los criterios de priorización del Programa Juntos	16
Figura 5. Ejemplo del proceso de afiliación y verificación de corresponsabilidades de un hogar	20
Figura 6. Evolución de la Línea de Pobreza Extrema, 2004-2023	22
Figura 7. Representación de la focalización de los distritos empadronados por el MIDIS	23
Figura 8. Representación de los distritos que participan en el Piloto TPI Urbano .	24
Figura 9. Representación de la selección aleatoria estratificada.....	37
Figura 10. Representación de las etapas de las aleatorizaciones.....	41

Glosario de acrónimos

CB	Corresponsabilidades Base
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CPI	Corresponsabilidades Primera Infancia
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
CSE	Clasificación Socioeconómica
DNI	Documento Nacional de Identidad
ECE	Encuesta Censal de Estudiantes
EMD	Efecto Mínimo Detectable
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
HIS	Sistema de Información Hospitalaria
IFH	Índice de Focalización de Hogares
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
ITT	Intención de Tratamiento
LPE	Línea de Pobreza Extrema
MCO	Mínimos Cuadrados Ordinario
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MO	Miembro Objetivo
MTC	Ministerio de Transportes y Comunicaciones
OFIS	Organismo de Focalización e Información Social

OMS	Organización Mundial de la Salud
PGH	Padrón General de Hogares
PHA	Padrón de Hogares Afiliados
RCT	Ensayos Controlados Aleatorizados
RDE	Resolución de Dirección Ejecutiva
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SPR	Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola
TAS	Transferencia Alta Secundaria
TB	Transferencia Base
TBS	Transferencia Baja Secundaria
TMC	Transferencia Monetaria Condicionada
TMI	Transferencia Monetaria Incondicionada
TPI	Transferencia a la Primera Infancia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VCC	Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades

1. Introducción

El Estado peruano tiene un firme compromiso con el desarrollo integral de la primera infancia, reconociendo que esta etapa constituye una ventana de oportunidad clave para garantizar un futuro con igualdad de oportunidades para todos los peruanos y peruanas. En ese marco, la lucha contra la anemia infantil y la desnutrición crónica continúa siendo una prioridad nacional. Pese a los avances alcanzados en el presente siglo, estos desafíos persisten, especialmente en contextos marcados por la vulnerabilidad socioeconómica.

Según datos del INEI (2024), en el año 2023, el 43.1% de los niños y niñas entre 6 y 35 meses fue diagnosticado con anemia, registrando un incremento de 4.3 puntos porcentuales respecto al 2021. Asimismo, la desnutrición crónica infantil, aunque ha disminuido, presenta disparidades preocupantes según el nivel de bienestar de los hogares. Estos problemas afectan directamente el desarrollo cognitivo y físico de los menores, limitando sus oportunidades futuras y profundizando las brechas de desigualdad.

El análisis de la pobreza en el país permite identificar que esta afecta de manera particularmente severa a los hogares con niños y niñas menores de cinco años. En 2023, el 42.6% de estos hogares se encontraba en situación de pobreza, un aumento de 11.8 puntos porcentuales en comparación con 2019 (INEI, 2024). Este fenómeno se ha acentuado en zonas urbanas, donde la pobreza monetaria aumentó en 11.8 puntos porcentuales entre 2019 y 2023.

Frente a este panorama, el Estado ha desplegado diversos esfuerzos orientados al alivio de la pobreza y la mejora de las condiciones de vida de la niñez. Entre estos, destaca el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS (en adelante, Programa Juntos), que busca incentivar el acceso a servicios de salud y educación mediante transferencias monetarias condicionadas. En 2021, el programa fue rediseñado para introducir transferencias adicionales, entre ellas, la TPI, que asigna 50 Soles mensuales adicionales a los hogares que cumplen compromisos específicos de salud relacionados con la primera infancia; así como su expansión a todo el territorio nacional.

Sin embargo, el despliegue del Programa Juntos en contextos urbanos plantea nuevos retos. Factores como el mayor costo de vida, la saturación de los servicios de salud y la necesidad de ingresos laborales más constantes pueden afectar la efectividad de las transferencias condicionadas. Frente a ello, surge la necesidad de adaptar las intervenciones a las características particulares de estos territorios,

evaluando si un aumento en el monto transferido puede generar mejores resultados en el desarrollo infantil y el bienestar del hogar.

Con el objetivo de seguir fortaleciendo las políticas públicas basadas en evidencia, en 2023, el MEF, en coordinación con el Programa Juntos y el MIDIS, promovió el diseño e implementación del Piloto “Esquemas Alternativos de Transferencias a la Primera Infancia en Zonas Urbanas” (en adelante, “Piloto TPI Urbano”) de manera experimental para evaluar si un aumento en el monto de la TPI, de 50 a 80 o 120 Soles mensuales, puede generar mejoras sustantivas en el cumplimiento de condicionalidades, en los resultados de salud y desarrollo cognitivo infantil, y en el bienestar general de los hogares². Este esfuerzo refleja el compromiso del Estado por mejorar continuamente sus intervenciones y velar por el uso eficiente de los recursos públicos en favor de las niñas y niños del país.

El documento presenta una revisión de antecedentes que contextualizan el problema público, así como una descripción del Programa Juntos y la TPI. A continuación, se describe en profundidad el Piloto TPI Urbano, incluyendo su diseño, objetivos y ámbito de intervención. El documento también plantea las preguntas de investigación que orientan el estudio, acompañadas de una revisión de literatura relevante y una teoría de cambio que sustenta la lógica de la intervención. La sección de propuesta metodológica desarrolla rigurosamente el proceso de aleatorización, las fuentes de datos e indicadores, la estrategia de evaluación y el análisis de potencia estadística. Finalmente, se reconocen posibles limitaciones del estudio y se proponen recomendaciones, complementadas por anexos técnicos que aportan información operativa clave sobre el Piloto TPI Urbano.

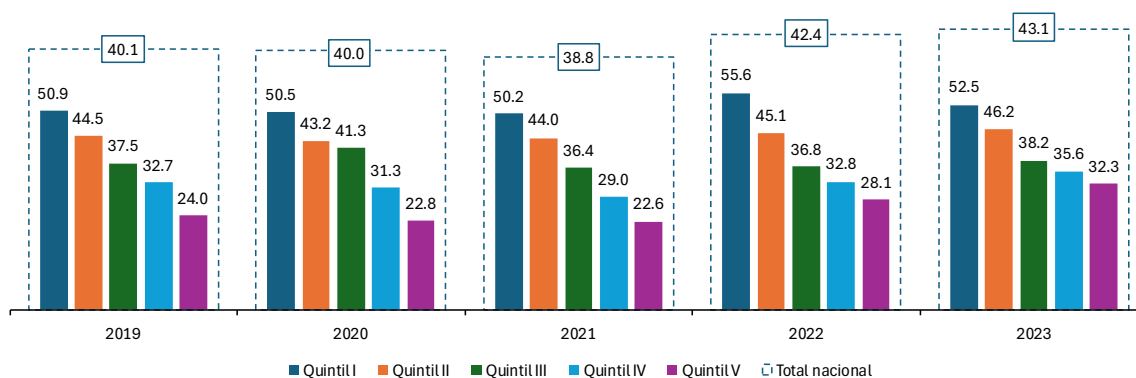
² Es importante destacar que el presente piloto incorpora un componente de mensajería, cuya naturaleza, alcances y operatividad serán abordados con mayor profundidad en un documento específico elaborado para tal fin.

2. Antecedentes del Piloto “Esquemas Alternativos de Transferencias a la Primera Infancia en Zonas Urbanas”

2.1. Problema público

En el Perú, la anemia infantil aún constituye un problema severo de salud pública³. En el 2023, el 43.1% de niños entre 6 y 35 meses de edad fue diagnosticado con anemia, cifra superior en 4.3 puntos porcentuales a la tasa registrada en el 2021 (INEI, 2024). Asimismo, su prevalencia está concentrada en los hogares con ingresos más bajos. Esto ocurre debido a determinadas condiciones de vulnerabilidad de estos hogares, como la limitada capacidad para consumir alimentos de mejor calidad (World Health Organization [WHO], 2023).

Figura 1. Perú: Porcentaje de niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia, según quintil de riqueza⁴, 2019 – 2023
(En porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

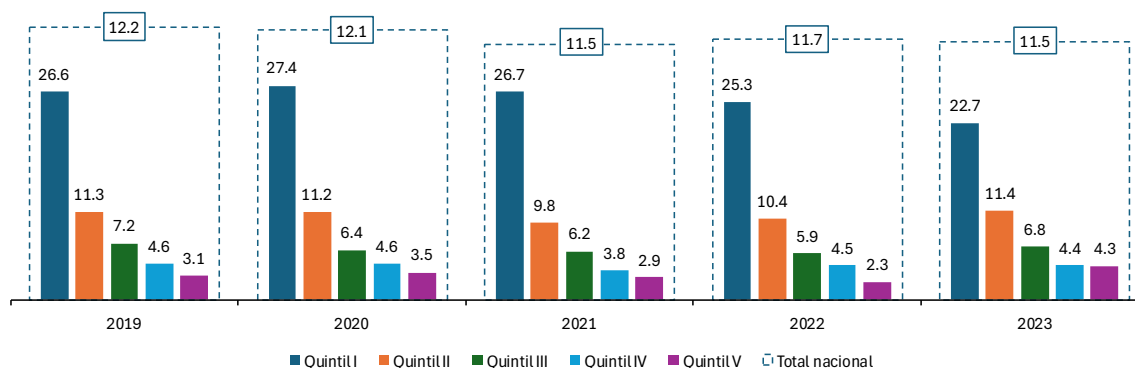
De manera similar, los niños de los hogares más pobres presentan altas tasas de desnutrición crónica. Si bien el Perú ha logrado una reducción significativa de este indicador entre el 2019 y 2022 (INEI, 2023), aún se observan disparidades

³ La OMS (2011) clasifica la importancia de la anemia para la salud pública en función de su prevalencia en determinada población. Esta puede ser normal (4.9% o inferior); leve (del 5.0% al 19.9%); moderado (del 20.0% al 39.9%) y severo (a partir del 40.0%).

⁴ Los quintiles de riqueza representan la distribución de los hogares en cinco grupos de igual tamaño según su Índice de Riqueza, estableciéndose un punto de corte para cada quintil. El Índice de Riqueza es una medida compuesta del nivel socioeconómico del hogar, construida a partir de las características de la vivienda (materiales, servicios básicos, etc.) y la posesión de bienes duraderos. Este puntaje, calculado mediante la metodología de Análisis de Componentes Principales (ACP), se asigna al hogar y, por extensión, a todos sus integrantes. La construcción del índice, así como la asignación de los puntajes y la clasificación de los hogares en quintiles, son realizadas por el INEI a partir de la información recolectada en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

según el nivel de bienestar de los hogares, siendo los niños de hogares de menor bienestar (quintil I) los que mantienen una alta tasa de desnutrición crónica, la cual llega a ser incluso superior a la registrada a nivel nacional.

Figura 2. Perú: Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, según quintil de bienestar, 2019 – 2023
(En porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

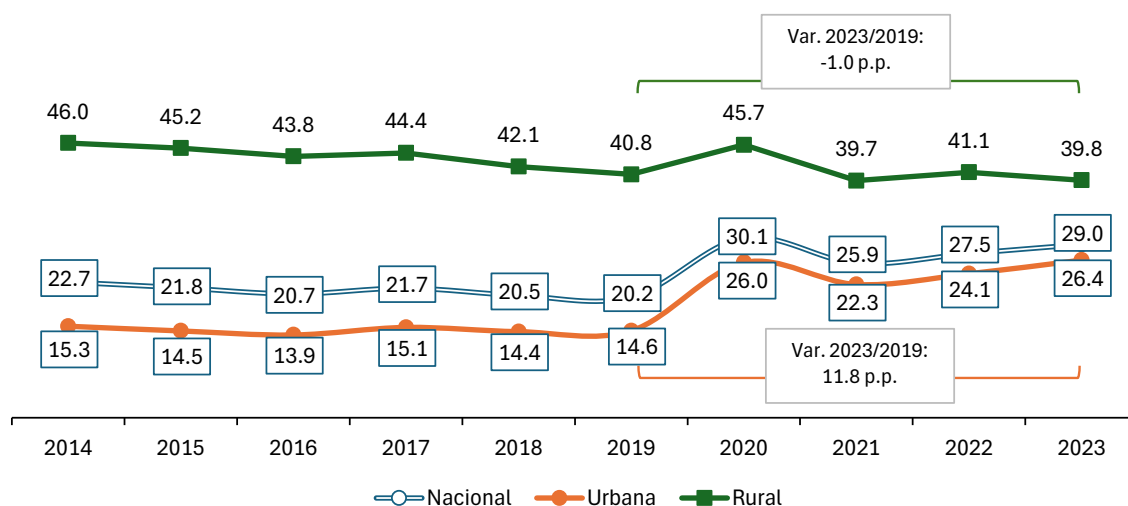
Tanto la anemia como la desnutrición crónica representan problemas que comprometen severamente el desarrollo cognitivo infantil y, consecuentemente, limitan sus futuras oportunidades de inserción laboral en la adultez. Estas condiciones se exacerbaban significativamente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, afectando de manera desproporcionada a los hogares en situación de pobreza, cuyos recursos económicos son insuficientes para garantizar la salud integral de sus menores.

En Perú, la vulnerabilidad socioeconómica impacta de manera desigual a lo largo del ciclo de vida, afectando con especial intensidad a niños, niñas y adolescentes. En 2023, el 42.6% de los hogares con un menor de hasta 5 años se encontraban en situación de pobreza, lo que representa un incremento de 11.8 puntos porcentuales en comparación con el 2019 (INEI, 2024).

En esa línea, si analizamos la pobreza por área de residencia, encontramos un incremento de la pobreza monetaria en las zonas urbanas del Perú. En el 2023, a nivel nacional la pobreza monetaria registró un incremento de 8.8 puntos porcentuales en relación con el 2019, explicado principalmente por el aumento de la pobreza en el área urbana (11.8 puntos porcentuales). Este patrón refleja la creciente “urbanización de la pobreza”, fenómeno asociado a la expansión acelerada y desordenada de zonas suburbanas y periurbanas en las principales ciudades del país (López y Aguilar, 2020). Según Fort y Espinoza (2020), las

ciudades peruanas se han expandido en aproximadamente 50%, casi el doble del promedio latinoamericano, y más del 90% de esta expansión ha sido de carácter informal, con acceso limitado a servicios e infraestructura básica.

Figura 3. Perú: Incidencia de la pobreza monetaria según área de residencia, 2014 – 2023
(En porcentaje y puntos porcentuales)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.
Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Si bien esta tendencia se viene observando desde 2014, se intensificó a raíz de la pandemia de la COVID-19, que modificó de forma sustantiva la distribución geográfica de la pobreza, generando una mayor concentración de personas en situación de pobreza y pobreza extrema en zonas urbanas (Banco Mundial, 2023). **En este contexto, las intervenciones orientadas al alivio de la pobreza han adquirido mayor relevancia en estas zonas.**

El Programa Juntos es uno de los principales esfuerzos del gobierno para abordar estas problemáticas. El programa está compuesto por una TB de 100 Soles mensuales, de entrega bimestral, y tres transferencias adicionales (cada una con compromisos adicionales) sujetas a la composición del hogar. Estas transferencias buscan apoyar el financiamiento de la canasta básica del hogar e incentivar conductas favorables en educación y salud a favor de sus miembros (madres gestantes, niñas, niños y adolescentes), generando condiciones que favorezcan el bienestar en los hogares beneficiarios.

Las tres transferencias adicionales fueron creadas en el marco de un rediseño del programa efectuado en el 2021, que a su vez respondía a evidencia que

había surgido sobre sus limitaciones⁵. Una de las transferencias adicionales es la TPI⁶, la cual aumenta el monto otorgado en 50 Soles mensuales, de entrega bimestral, para hogares que cumplen compromisos adicionales de salud y educación para sus miembros gestantes y niños menores de cinco años. Entre estos compromisos adicionales se encuentran el dosaje de hemoglobina y la suplementación de hierro, medidas que buscan contribuir a la disminución de la prevalencia de anemia.

Al igual que en la mayor parte de países de América Latina, el Programa Juntos inició abarcando principalmente áreas rurales. Es a partir del 2021⁷ que incrementó sustancialmente su cobertura en áreas urbanas, manteniendo el mismo diseño en términos de montos y compromisos.

Dicho ello, si consideramos que los hogares en zonas urbanas enfrentan condiciones distintas a las de zonas rurales, el efecto positivo de transferencias condicionadas como la TPI podría ser menor al esperado. En estas zonas, factores como la mayor saturación de los establecimientos de salud (BCRP, 2024), pueden dificultar el cumplimiento de los compromisos de los hogares beneficiarios. Asimismo, el costo de la canasta básica es mayor en estas zonas que en el ámbito rural, lo que podría limitar el poder adquisitivo de los hogares de menores ingresos. Stampini et al., (2023) agregan que el incentivo económico de estos programas no compensa la pérdida de ingresos laborales de los hogares urbanos.

En tal sentido, se requiere determinar si aumentar el monto de la transferencia provista por la TPI en un contexto urbano generaría beneficios que justifiquen el costo adicional que ello implica.

⁵ Una evaluación previa del Programa Juntos (MEF, 2017) reveló que, si bien el programa había sido medianamente efectivo en incrementar la demanda por servicios sociales básicos (educativos y salud preventiva), esto no se había traducido en mejoras en resultados finales, sobre todo en los de salud. Además, se había identificado que el monto transferido había sufrido una pérdida sustancial de valor desde su creación. Así, las transferencias adicionales buscan incluir corresponsabilidades que tienen un efecto más directo sobre los resultados en salud y educación y aumentar el monto transferido al hogar.

⁶ Los otros esquemas son transferencias por la matrícula, asistencia y aprobación en el sistema escolar de educación básica en el nivel secundaria para los MO de edad correspondiente.

⁷ A partir del Decreto Supremo N° 002-2021-MIDIS, publicado el 4 de marzo del 2021. Dicha norma eliminó el criterio geográfico de focalización establecido en el Decreto Supremo N° 009-2012-MIDIS que restringía la cobertura del programa a distritos con niveles de pobreza mayores al 40%. Si bien el Programa Juntos ya intervenía en áreas urbanas antes del 2021, esta cobertura se acentuó con la eliminación del criterio mencionado.

2.2.El Programa Juntos

La intervención inició su implementación en el año 2005 como un programa de transferencias monetarias condicionadas en los distritos más vulnerables del Perú, principalmente con mayor población rural. A través de un incentivo monetario, el programa fomenta la participación y el compromiso voluntario de mujeres embarazadas, niños y adolescentes de los hogares más vulnerables del país, para que accedan a servicios de salud y educación.

El monto de la transferencia, actualmente denominada TB, no se ha modificado desde el inicio del programa, siendo este de 100 Soles mensuales otorgados de manera bimestral. A partir del 2021, el programa se extendió a todos los distritos del país tras la eliminación del criterio geográfico de focalización basado en niveles de pobreza, lo que en la práctica implicó una expansión principalmente hacia distritos urbanos.

Asimismo, en un esfuerzo por mejorar la efectividad del programa, y acorde a la evidencia internacional, se plantearon transferencias condicionadas adicionales, diferenciadas según el tipo de MO. La Tabla 1 muestra los tipos de MO que son abordados para cada transferencia.

Tabla 1. Tipos de transferencias del Programa Juntos y Miembros Objetivo

Tipo de transferencia	Monto de la transferencia monetaria	Miembro objetivo	Servicio o prestación
ESQUEMA DE TRANSFERENCIA REGULAR			
Transferencia Base	100 Soles mensuales (Por hogar)	Gestantes	Atención prenatal
		Niños de 0 a 36 meses	Control CRED(*)
		Niños y adolescentes en edad escolar (hasta 19 años)	Matrícula escolar
			Asistencia escolar
ESQUEMAS DE TRANSFERENCIAS ADICIONALES			
Transferencia a la Primera Infancia	50 Soles mensuales (Por hogar)	Gestantes	Examen completo de orina
			Dosaje de hemoglobina/ hematocrito
			Tamizaje de VIH
			Tamizaje de sífilis
			Suplementación de hierro y ácido fólico
		Niños de 0 a 35 meses	Control CRED de Recién Nacido(**)
			Vacunas: rotavirus, neumococo, pentavalente, SPR.
			Dosaje de hemoglobina
		Niños de 36 a 59 meses	Suplementación de hierro
			Matrícula escolar oportuna(**)

Tipo de transferencia	Monto de la transferencia monetaria	Miembro objetivo	Servicio o prestación
			Asistencia escolar de mínimo 80%
Transferencia Baja Secundaria	50 Soles mensuales (Por estudiante)	Estudiante de 1° y 2° grado de secundaria	Matrícula escolar oportuna ^(***)
			Asistencia escolar (máximo 2 faltas injustificadas por mes)
			Aprobación del año escolar
Transferencia Alta Secundaria	80 Soles mensuales (Por estudiante)	Estudiante de 3°, 4° y 5° grado de secundaria	Matrícula escolar oportuna ^(***)
			Asistencia escolar (máximo 2 faltas injustificadas por mes)
			Aprobación del año escolar

(*) El CRED se refiere a las evaluaciones periódicas que se realizan a los menores de 11 años en los establecimientos de salud. En ellas se evalúa el peso, la talla, las habilidades psicomotoras, el esquema de vacunación, la entrega de suplementos de hierro, consejería para el adecuado cuidado del niño, descarte de enfermedades y parasitosis y de alguna alteración visual, auditiva u oral. La frecuencia varía en función de la edad del menor. Así, por ejemplo, en el primer mes de vida, los recién nacidos son evaluados semanalmente (control CRED de Recién Nacido); posteriormente, la evaluación se realiza mensualmente hasta los primeros 12 meses de vida. Mayores detalles de la frecuencia se pueden encontrar en este enlace: <https://www.gob.pe/32588-control-de-crecimiento-y-desarrollo-cred-para-menores-de-11-anos>.

(**) De acuerdo con la verificación de cumplimiento de corresponsabilidad, se le pide al hogar cumplir al menos 2 controles de recién nacido.

(***) Matrícula oportuna se define si se realiza antes del 30 de abril de cada año.

Fuente: Adaptado de la 1) Directiva del proceso de Verificación del Cumplimiento de Corresponsabilidades del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres “JUNTOS” (en adelante, “Directiva de VCC”), actualizada mediante RDE N° 039-2024-MIDIS/PNADP-DE; y las 2) Pautas para la implementación de la transferencia alta secundaria en los procesos operativos, actualizada mediante RDE N° 144-2024-MIDIS/PNADP-DE.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

El Programa Juntos opera mediante una serie de acciones bien definidas. Primero, para la afiliación, se determina la elegibilidad de los hogares de dos maneras: de oficio, mediante un procesamiento masivo por interoperabilidad de los hogares que cumplen con los criterios de elegibilidad; y por demanda, a solicitud de los hogares que registran su postulación en la plataforma web, donde se evalúa su elegibilidad con la información del PGH⁸, el RENIEC, el Padrón Nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad⁹ y el SIS. Los actuales criterios de elegibilidad son que el hogar tenga una CSE pobre o pobre extremo y cuente con al menos un MO que puede ser una gestante o un menor de edad hasta los 14 años.

Una vez determinados los hogares elegibles, estos son contactados por el gestor local del programa vía telefónica o presencialmente. En estas interacciones, se

⁸ Desde el año 2025, la entidad encargada de gestionar el registro del PGH y la CSE es el OFIS. Previo a ello, la entidad encargada era el MIDIS.

⁹ La entidad encargada de gestionar el Padrón Nominal de niños y niñas menores de 6 años de edad es el MINSA.

informa a los hogares sobre el programa y se les pregunta si desean participar. Si aceptan, el gestor local formaliza su afiliación mediante un Acuerdo de Compromiso¹⁰, en el que el representante del hogar debe proporcionar información necesaria, como el nombre del establecimiento de salud o la institución educativa donde cada MO cumplirá sus corresponsabilidades. Así, estos hogares obtienen la condición de pre-afiliados. Luego, según el cronograma operativo y al aplicar los criterios de priorización, son ingresados en el PHA del Programa, con lo cual obtienen la condición de afiliados. Esta base, que se actualiza de forma bimestral, registra los hogares que han sido afiliados en el periodo y los hogares que mantienen los criterios de permanencia. Si el hogar es nuevo, recibirá un bono de afiliación¹¹ de 200 Soles en el bimestre inmediato posterior a su afiliación.

El titular del hogar es la persona que representa al hogar ante el Programa Juntos, asume el compromiso de cumplir con las corresponsabilidades de los MO y recibe las transferencias monetarias. Esta persona debe ser mayor de edad, contar con un DNI y, preferentemente, ser mujer. Se prioriza que sea la jefa del hogar o su cónyuge; en caso contrario, se consideran otros escenarios de parentesco.

Cabe indicar que el Programa Juntos considera criterios de priorización para la afiliación o reincorporación de hogares, los cuales son por 1) tipo de hogar priorizado, 2) tipo de MO, 3) condición socioeconómica, 4) criterio geográfico y grupos vulnerables, 5) vigencia de la CSE y 6) titular.

¹⁰ Información más detallada se puede consultar en la <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2800611/RDE022.pdf.pdf?v=1643823079>.

¹¹ Todos los hogares que se incorporan al programa por primera vez reciben este bono de afiliación.

Figura 4. Representación de los criterios de priorización del Programa Juntos



Fuente: Adaptado del Procedimiento para la determinación de hogares elegibles.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

El cumplimiento de las corresponsabilidades es verificado bimestralmente y se alinea con la entrega de transferencias monetarias, que se reciben dos meses después de cada periodo de cumplimiento. Esta verificación se realiza en dos etapas: primero, por medio de la interoperabilidad de los registros administrativos de los sectores de salud y educación; luego, la información que no está disponible se verifica en campo por medio de los gestores locales del programa. Para que un hogar pueda recibir la transferencia base de cada bimestre, debe cumplir todas sus corresponsabilidades establecidas en la Tabla 1.

Tabla 2. Cronograma de verificación de corresponsabilidades y transferencias monetarias

Año 1 (A1)												Año 2 (A2)	
Bim. 1 (B1)		Bim. 2 (B2)		Bim. 3 (B3)		Bim. 4 (B4)		Bim. 5 (B5)		Bim. 6 (B6)		Bim. 1 (B1)	
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Afiliación (ingreso al PHA)			Bono de afiliación										
		VCC B1-A1		VCC B2-A1		VCC B3-A1		VCC B4-A1		VCC B5-A1		VCC B6-A1	
			TM B1-A1		TM B2-A1		TM B3-A1		TM B4-A1		TM B5-A1		TM B6-A1

Nota: VCC: Verificación de compromisos. **TM:** Transferencia monetaria.

El ejemplo asume que el hogar fue afiliado (es decir, fue incluido en el PHA del programa) en el Bimestre I del Año 1.

Fuente: Adaptado de la Directiva de VCC. **Elaboración:** MEF-DGPP-DCGP.

Las desafiliaciones se dan por incumplir los criterios de elegibilidad, por incumplir de manera persistente las corresponsabilidades base, o por presentar determinadas características que impiden la continuidad¹² en el programa. Asimismo, estas desafiliaciones también se pueden realizar a solicitud de parte. Los hogares que se incorporan al programa mantienen su permanencia, independientemente de la variación de su condición socioeconómica, durante dos años, salvo que renuncien voluntariamente o incumplan los otros criterios de elegibilidad o los criterios de permanencia.

Finalmente, el egreso de un hogar, que también es una causa de desafiliación, se produce cuando este presenta una CSE No Pobre durante tres bimestres consecutivos o cuando todos sus MO han concluido sus estudios secundarios.

2.3.La Transferencia a la Primera Infancia

La TPI es uno de los esquemas de transferencias adicionales del Programa Juntos. Fue incorporada en el 2021 como parte de un rediseño del programa e inició su implementación progresiva desde octubre del mismo año¹³. La TPI aumenta el pago mensual en 50 Soles, de entrega bimestral, para hogares con gestantes o niños, sujeto al cumplimiento de compromisos adicionales.

Si bien la normativa establece que la TPI incluye a niñas y niños de hasta 5 años de edad, considerando incluso compromisos relacionados con la educación inicial, hasta el momento solo ha abarcado a gestantes y niños de hasta 12 meses de edad. Esto se debe a que la disposición que incorporó los esquemas adicionales del Programa Juntos definió su implementación de forma gradual y progresiva¹⁴. En este contexto, los compromisos del MO abarcan los servicios relacionados al paquete integral de salud en gestantes y niños. A continuación, se detallan las corresponsabilidades de las TB y TPI, bajo la nomenclatura CB y CPI, según la etapa gestacional de las gestantes y los meses de vida de los menores de edad, respectivamente:

¹² La Directiva del Proceso de Afiliación, actualizada por RDE N° 063-2024-MIDIS/PNADP-DE, detalla las características que ocasionan la desafiliación. Estas incluyen tener 8 meses consecutivos con resultado “No Cumple” en las corresponsabilidades base; haber consignado información inexacta o falsa sobre los criterios elegibilidad del hogar; haber cambiado de residencia sin que se conozca el destino del desplazamiento; entre otros.

¹³ La RDE N° 015-2021-MIDIS/PNADP-DE aprobó la incorporación de la TPI, así como otros dos esquemas orientados a garantizar la permanencia y aprobación de la educación escolar en el nivel secundario; no obstante, la norma dispuso que el inicio de estos dos está sujeto a la disponibilidad presupuestal, por lo cual no se han implementado hasta el momento. Respecto a la TPI, la norma señala que se implementa de manera gradual desde el 2021.

¹⁴ Información más detallada se puede consultar en la RDE N° 015-2021-MIDIS/PNADP-DE.

Tabla 3. Corresponsabilidades de la Transferencia a la Primera Infancia en gestantes

Servicios de salud	Primer trimestre												Segundo trimestre												Tercer trimestre														
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
Corresponsabilidad Base (CB)																																							
Atención prenatal			X				X				X				X				X				X				X				X				X				X
Corresponsabilidad Primera Infancia (CPI)																																							
Examen de orina o urocultivo												X	X	X																									
Dosaje de hemoglobina												X	X	X																									
Tamizaje VIH/prueba rápida de ELISA												X	X	X																									
Tamizaje de sífilis/prueba rápida RpR												X	X	X																									
Suplemento de hierro y ácido fólico												X	X	X					X				X				X			X			X			X		X	

Fuente: Adaptado de la Directiva de VCC.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Tabla 4. Corresponsabilidades de la Transferencia a la Primera Infancia en niños

Servicios de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Corresponsabilidad Base (CB)												
Control CRED	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Corresponsabilidad Primera Infancia (CPI)												
Control CRED de Recién Nacido	X											
Rotavirus		X		X								
Neumococo		X		X								X
Pentavalente		X		X		X						
SPR												X
Suplementación con hierro				X		X			X			X
Dosaje de hemoglobina						X						X

Fuente: Adaptado de la Directiva de VCC y del Instructivo de aplicación de reglas de procesamiento para el resultado de VCC (en adelante, “Instructivo VCC”), actualizado mediante RDE N° 301-2024-MIDIS/PNADP-DE.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Para ser incorporado a la TPI (en adelante, “recibir la marca TPI”), un hogar debe formar parte del Programa Juntos, o también se puede entender que debe formar parte de la TB. Las gestantes pueden recibir la marca TPI en su primer trimestre de embarazo; en caso se encuentren en su segundo o tercer trimestre, los hogares son incorporados a la TB y tienen la posibilidad de adherirse a la TPI tras el nacimiento del niño. A su vez, los niños pueden recibir la marca TPI siempre y cuando sean identificados en el sistema de información de Juntos antes de sus primeros 30 días de nacido.

La pérdida de la marca TPI de un hogar se produce a nivel del MO vinculado a este esquema y puede ocurrir en dos situaciones: (i) si el MO incumple alguna de sus

corresponsabilidades, ya sea de la TB o de la TPI¹⁵, o (ii) si concluye el período establecido para el cumplimiento de las corresponsabilidades asociadas a la TPI. Nótese que el incumplimiento de corresponsabilidades base por parte de otros MO no vinculados a la TPI no afecta la tenencia de la marca TPI en el MO correspondiente¹⁶. Además, los requisitos de cumplimiento de corresponsabilidades en la TPI son más exigentes que en la TB, ya que un solo incumplimiento de las CPI implica la pérdida inmediata de la marca TPI. En la práctica, esto significa que un MO puede perder la marca TPI sin que ello implique la desafiliación del hogar del esquema de la TB.

Para ilustrar los procesos involucrados tanto en la TB como en la TPI, podemos analizar el caso de un niño nacido el 6 de mayo de 2024 (bimestre III). Este niño fue registrado por sus padres en el RENIEC el 31 de mayo, es decir, cuando tenía 25 días de vida. Una vez registrado, el niño puede ser captado por el Programa Juntos mediante el proceso de interoperabilidad con el Padrón Nominal del RENIEC.

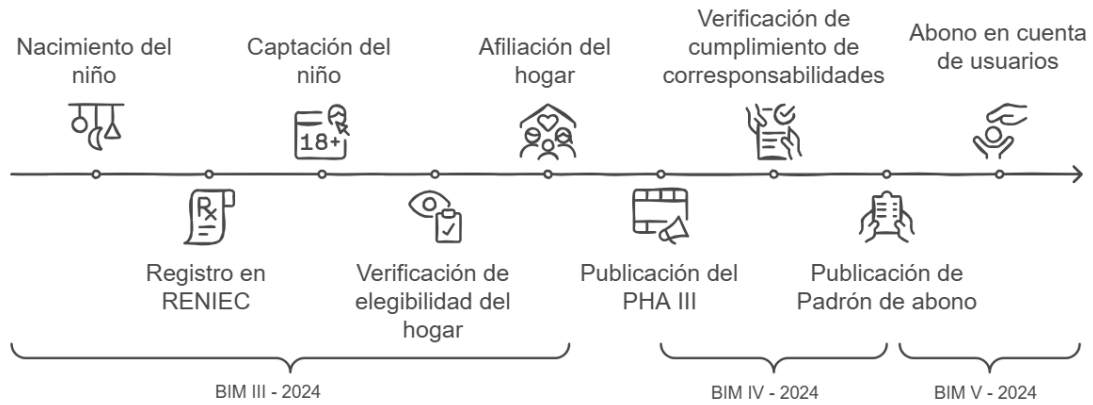
Cuando el niño es captado por el Programa Juntos, se verifica el cumplimiento de las reglas de afiliación al programa y de asignación de la marca TPI, como que no hayan transcurrido más de 30 días desde su nacimiento y que el nivel socioeconómico del hogar sea de pobre o pobre extremo. Una vez confirmados estos requisitos, el hogar es afiliado al Programa Juntos (si se trata de un hogar nuevo) y se le asigna la marca TPI. Para ello, el gestor local del programa formalizará la afiliación del hogar a través de un Acuerdo de Compromiso.

Al ser afiliado, el hogar aparecerá en el PHA del tercer bimestre del año (PHA III), que se publica en los primeros días del bimestre posterior (bimestre IV). Posterior a su captación, se inicia el proceso de VCC. Este proceso consiste en verificar que se hayan cumplido las CPI desde el bimestre III hasta el corte del bimestre IV. Concluido este proceso, se publica la relación de hogares abonados. A partir de ese momento, el hogar recibirá su primera TB y TPI por cumplimiento de corresponsabilidades en el segundo bimestre posterior a su afiliación (bimestre V), es decir, cuando el niño haya cumplido 4 meses de vida.

¹⁵ Por lo general, en cada hogar solo hay un MO vinculado a la TPI. Sin embargo, en los casos en que haya más de un MO asociado, basta con que al menos uno de ellos cumpla con las CPI para que el hogar mantenga la marca TPI.

¹⁶ Originalmente, el incumplimiento de alguna CB por algún MO de Juntos no TPI (por ejemplo, un niño en edad escolar o una gestante en el segundo o tercer trimestre) sí implicaba la pérdida de marca TPI. Esto fue modificado con la RDE N° 316-2024-MIDIS/PNADP-DE del 26 de diciembre de 2024, la cual establece que la pérdida de marca TPI ocurre por MO TPI. Este cambio se realizó para evitar la pérdida de hogares con marca TPI por el incumplimiento de CB de otro MO. Si bien este cambio ocurrió durante el periodo de implementación del Piloto (explicado en la sección 3 (El Piloto TPI Urbano)), no sesga la estimación de los efectos de los esquemas alternativos porque el cambio afectó a todos los grupos de tratamiento por igual.

Figura 5. Ejemplo del proceso de afiliación y verificación de corresponsabilidades de un hogar



Fuente: Adaptado de la Directiva de VCC y del Instructivo VCC.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

3. El Piloto “Esquemas Alternativos de Transferencias a la Primera Infancia en Zonas Urbanas”

En 2023, el MEF inició coordinaciones con el Programa Juntos y el MIDIS para el desarrollo de un piloto experimental que permita cuantificar el efecto de aumentar el monto bimestral transferido por la TPI de 50 Soles mensuales a 80 o 120 Soles mensuales, todos de entrega bimestral, en zonas urbanas.

A través del Piloto TPI Urbano, se espera evaluar los resultados en el cumplimiento con las condicionalidades de la TPI por parte de los hogares y el estado de salud y desarrollo cognitivo del niño beneficiario¹⁷. Adicionalmente, se busca evaluar las mejoras en el bienestar de los hogares¹⁸. En otras palabras, se busca determinar si aumentar el monto de la transferencia provista por la TPI en las magnitudes descritas, en un contexto urbano, generaría beneficios sobre los resultados en salud de los MO (en este caso, los menores de 12 meses) que justifiquen el costo adicional que ello implica. En tal sentido, el experimento responde a una evaluación de impacto del Programa Juntos previa (MEF, 2017) que recomienda analizar si la pérdida de valor de la transferencia ha reducido la capacidad de Juntos para alinear incentivos y cambiar comportamientos.

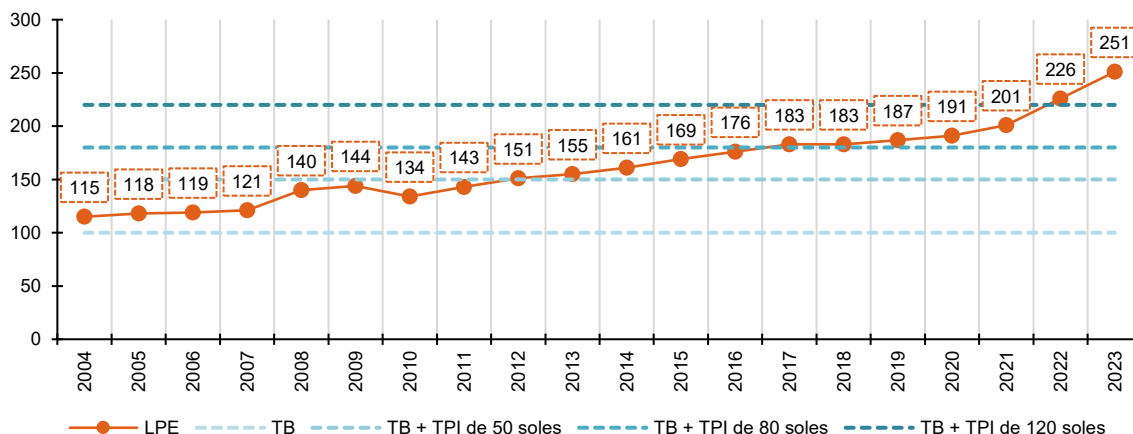
A modo de dimensionar los cambios propuestos al monto, la figura 6 muestra la evolución de la línea de pobreza extrema (LPE) en el Perú entre 2004 y 2023. La LPE es el valor monetario mensual necesario para adquirir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un mínimo de necesidades nutricionales para un miembro del hogar. Se observa que actualmente la suma de los valores mensuales de la TB (100 Soles) y la TPI (50 Soles) son equivalentes a la LPE en el 2012. De aumentar el valor mensual de la TPI a 80 Soles, la suma sería equivalente a la LPE del 2018; asimismo, la TPI sería equivalente al valor de la TAS. Finalmente, de aumentarlo a 120 Soles, la suma asciende a la LPE del 2022¹⁹.

¹⁷ La sección 7.3 (Estrategia de evaluación) brinda mayores detalles sobre las variables de resultado y su medición.

¹⁸ Ídem.

¹⁹ En específico, la LPE del 2018 asciende a 183 Soles y la del 2022 a 226 Soles; no obstante, se optó por diseñar los montos bimestrales del Piloto como múltiplos de 20 para facilitar la divisibilidad de la moneda y no afectar la operatividad del programa.

Figura 6. Evolución de la Línea de Pobreza Extrema, 2004-2023
(En Soles)



Nota: En el 2010 ocurrió una actualización de la metodología para el cálculo de la línea de pobreza extrema, lo cual produjo un cambio respecto a la tendencia observada en años anteriores. La línea de pobreza extrema corresponde a la línea naranja. Las líneas punteadas corresponden a montos que un hogar puede recibir (en términos mensuales) como parte del programa a modo de referencia. En específico, indican el valor de la TB (100 Soles); la suma de la TB y la TPI actual (50 Soles); la suma de la TB y la TPI alternativa de 80 Soles; y la suma de la TB y la TPI alternativa de 120 Soles.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Evolución de la Pobreza al 2010 (2011), para los años 2004-2009; Evolución de la Pobreza Monetaria 2010-2021 (2012), para los años 2010-2021; Evolución de la Pobreza Monetaria 2014-2023 (2024), para los años 2022-2023.

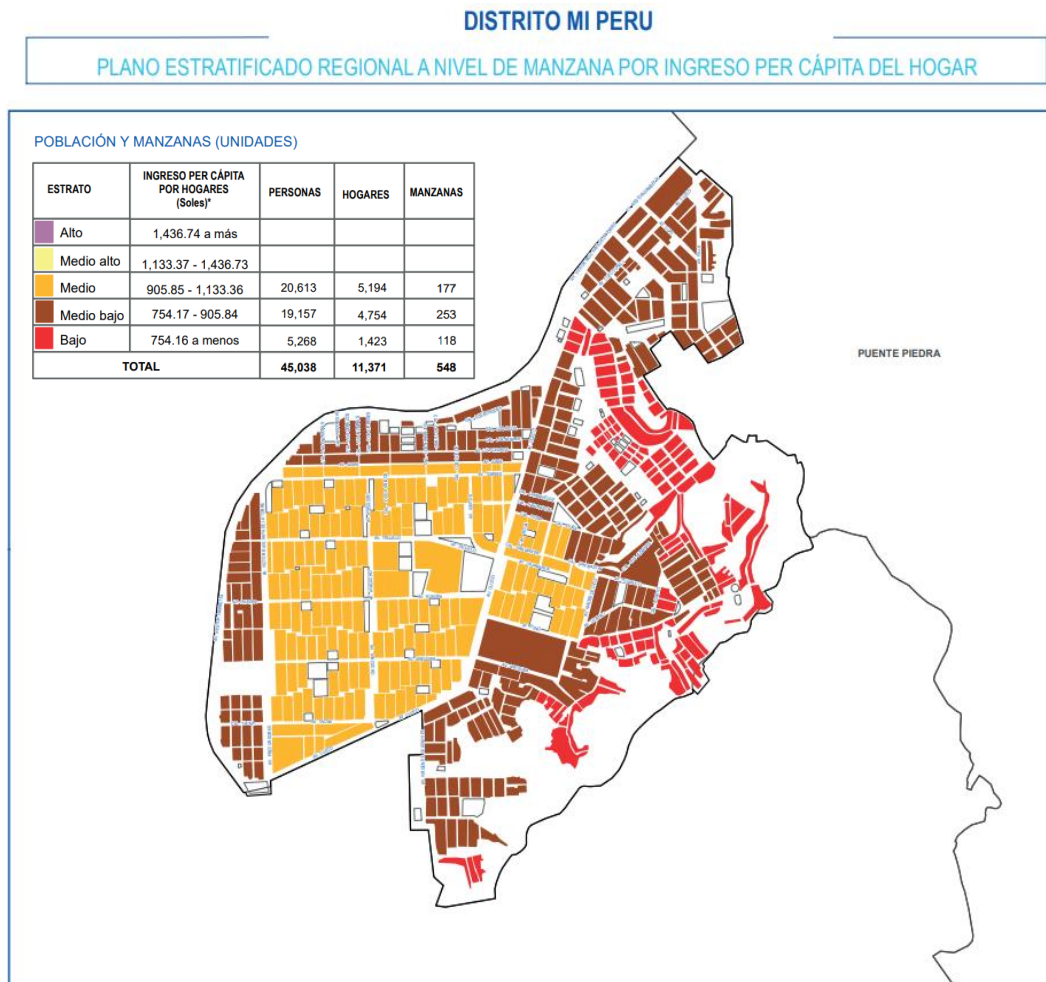
Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Cabe indicar que el Piloto TPI Urbano mantiene los criterios de afiliación y priorización del Programa Juntos. Así, siguiendo el funcionamiento original de la TPI, el público objetivo son gestantes y niños de 0 a 12 meses de edad que pertenecen a hogares calificados como pobres o pobres extremos en el PGH. Asimismo, el Piloto TPI Urbano se adecuó a los procesos operativos del programa.

El ámbito del Piloto TPI Urbano se alineó con la medida adoptada por el MIDIS, orientada al desarrollo de un empadronamiento masivo urbano focalizado. Esta medida respondió a la identificación de una brecha significativa en la cobertura del PGH, al evidenciarse que una proporción considerable de la población en situación de pobreza residente en zonas urbanas de las principales ciudades del país no se encontraba incorporada en dicho registro. Frente a este diagnóstico, el MIDIS diseñó e implementó, entre los años 2023 y 2024, una estrategia de cierre de brechas en el empadronamiento, la cual fue desplegada en 228 distritos a nivel nacional. La intervención se concentró en los estratos socioeconómicos bajo, medio bajo y medio, conforme a los criterios establecidos en los “Planos Estratificados de Lima Metropolitana a Nivel de Manzanas 2020” y “Planos Estratificados por Ingreso a Nivel de Manzanas de las Grandes Ciudades 2020”, elaborados por el INEI y en las zonas de expansión de los distritos. En el marco de esta estrategia, se

priorizaron 212 distritos para la implementación del Piloto TPI Urbano²⁰, seleccionados por presentar los niveles más altos de vulnerabilidad socioeconómica, según la información proporcionada por el MIDIS.

Figura 7. Representación de la focalización de los distritos empadronados por el MIDIS

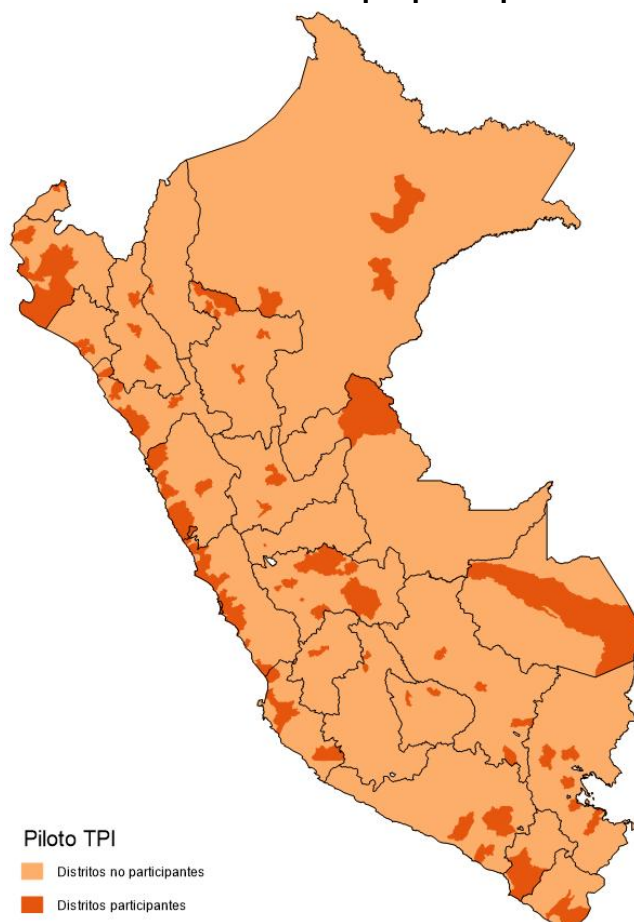


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Planos Estratificados de Lima Metropolitana a Nivel de Manzanas 2020.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

²⁰ La relación de los 212 distritos se encuentra en el Anexo 1 (Distritos participantes en el Piloto TPI Urbano).

Figura 8. Representación de los distritos que participan en el Piloto TPI Urbano



Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Considerando las características y heterogeneidades del ámbito urbano, incluso dentro de un mismo distrito, y con el propósito de optimizar el diseño del Piloto TPI Urbano, el Programa Juntos llevó a cabo un proceso de segmentación para los distritos de Lima y Callao. Este proceso se desarrolló en dos etapas:

1. **Selección de distritos:** Se priorizaron aquellos con un único centro poblado, estos representan una alta concentración de hogares urbanos y conllevan a una mayor carga operativa, y aquellos que presentaban una brecha significativa en la atención de hogares, superando un umbral establecido de aproximadamente 10 mil hogares. Como resultado, se seleccionaron los distritos de San Juan de Lurigancho, Ate, Ventanilla, Villa María del Triunfo, Puente Piedra, Comas y Lurigancho. Adicionalmente, se consideró el criterio de extensión territorial, por lo que se incluyó al distrito de Carabayllo²¹.

²¹ Aunque este distrito no cuenta con un único centro poblado, sino con dieciocho, supera la brecha de atención establecida de 10,000 hogares.

2. **Segmentación:** se utilizaron diversas fuentes de información geoespacial, incluyendo capas geográficas basadas en Códigos Postales Nacionales (MTC), Planos Estratificados según Ingreso Per Cápita (INEI, 2020), cartografía de zonas de distritos para el barrido censal geográfico (MIDIS), el Padrón Nominal (MINSa) y el PGH (MIDIS)²². Se eligió los trazos de las zonas de los códigos postales como referencia principal debido a su coherencia con la logística operativa del Programa Juntos, además que facilitaba el desplazamiento del personal para procesos como la afiliación, mantenimiento del padrón y acompañamiento a los hogares.

El resultado de este proceso fue la identificación de 26 unidades geográficas dentro de los ocho distritos segmentados (ver tabla 5). De manera análoga, a los 204 distritos no seleccionados para ser segmentados se les otorgó también la categoría de unidades geográficas. Por tanto, el Piloto TPI Urbano se sitúa en 230 unidades geográficas, que de ahora en adelante se llamarán clústeres.

Tabla 5. Relación de distritos segmentados para el Piloto TPI Urbano

N°	Provincia	Distrito	Número de zonas segmentadas
1	Callao	Ventanilla	4
2	Lima	San Juan de Lurigancho	4
3	Lima	Puente Piedra	4
4	Lima	Ate	3
5	Lima	Villa María del Triunfo	3
6	Lima	Carabayllo	3
7	Lima	Lurigancho	3
8	Lima	Comas	2

Fuente: Programa Juntos.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

El Piloto TPI Urbano inició su implementación en mayo del 2024 con la afiliación de los hogares urbanos captados en el tercer bimestre del año. Se escogió dicho mes por diversos factores: i) para permitir al programa suficiente tiempo para adecuar su plataforma de afiliaciones y capacitar a los gestores locales; ii) para evitar inconvenientes operativos por los fenómenos ambientales en el primer trimestre de ese año; y finalmente, iii) para garantizar que el barrido de empadronamiento del MIDIS se encuentre en una etapa avanzada. Asimismo, el inicio de la implementación en mayo permitió realizar una aleatorización de prueba con el PHA II, lo que permitió analizar la estructura y contenido de los datos.

²² Para el año 2025, la entidad encargada de gestionar el registro del PGH y la CSE es el OFIS. Sin embargo, en el momento en que se accedió a los registros, estos se encontraban bajo la tutela del MIDIS.

En total, 38,521 hogares participan en el Piloto TPI Urbano. La asignación de cada uno de estos hogares a uno de los tres esquemas de la TPI fue aleatoria; la sección 7.1 (Proceso de aleatorización) provee más detalle sobre este ejercicio. En conjunto, el Piloto TPI Urbano cuenta con un financiamiento aproximado de 70 millones²³ de Soles, que cubre tanto la TB como la TP en sus tres esquemas (50, 80 y 120 Soles mensuales de entrega bimensual). Estos recursos fueron destinados directamente al piloto y se complementan con el presupuesto regular del Programa Juntos.

Tabla 6. Asignación de hogares a cada esquema por PHA

Esquema asignado	PHA III	PHA IV	PHA V	Total
Número de hogares	13,147	12,113	13,261	38,521
50 Soles	4,333	3,899	11,089*	19,321
80 Soles	4,480	4,315	1,141	9,936
120 Soles	4,334	3,899	1,031	9,264

(*) Incluye los 10,057 que obtuvieron la marca TPI en el marco de la operatividad regular del Programa Juntos.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

²³ El artículo 80 de la Ley 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024, dispuso 30,000,000 Soles para el inicio del Piloto. El artículo 65 de la Ley 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025, dispuso 39,678,555 Soles para su continuidad durante el 2025. Se prevé otorgar S/ 2,400,000 en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2026 para cubrir la transferencia de los menores de las gestantes que obtuvieron la marca TPI dentro del Piloto TPI Urbano y dar por concluido el Piloto.

4. Preguntas del estudio

En línea con lo expuesto, el presente estudio tiene como finalidad generar evidencia rigurosa sobre el impacto de los esquemas alternativos de TPI, el cual implica un incremento en el monto de la transferencia respecto al esquema actual. En otras palabras, se busca estimar los efectos asociados a la intensidad del tratamiento.

Con este propósito, la evaluación se orienta a responder las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuál es el impacto de los esquemas alternativos respecto al esquema original, en el cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de los hogares que forman parte del Piloto TPI Urbano?
- ✓ ¿Cuál es el impacto de los esquemas alternativos respecto al esquema original, en la salud de los niños que forman parte del Piloto TPI Urbano?
- ✓ ¿Cuál es el impacto de los esquemas alternativos respecto al esquema original, en el desarrollo cognitivo de los niños que forman parte del Piloto TPI Urbano?
- ✓ ¿Cuál es el impacto de los esquemas alternativos respecto al esquema original, en el bienestar de los hogares que forman parte del Piloto TPI Urbano?

Responder a estas preguntas es de especial relevancia porque permitirá conocer, a través de una estrategia experimental, si el incremento en el monto de la transferencia en contextos urbanos resulta costo-efectivo.

5. Revisión de literatura

En los últimos quince años, los programas de TMC y de TMI se han convertido en la política elegida por los gobiernos para reducir la pobreza y aumentar la acumulación de capital humano en los países en desarrollo. Existen numerosos estudios que demuestran los efectos positivos de las TMC y las TMI en la salud y la educación de los niños. También hay investigaciones que estudian los posibles *trade-off* entre estas alternativas (Attanasio et. al 2015, Bastagli et. al. 2016; Cahyadi et.al 2020). Sin embargo, hay poca evidencia cuantitativa rigurosa sobre el efecto de los esquemas de estos programas, las transferencias monetarias y las condicionalidades en los resultados de los niños y la dinámica del hogar. Concretamente, sobre el papel de las condicionalidades en la eficacia de estos

programas y sus consecuencias imprevistas en los presupuestos familiares (Attanasio et al., 2015).

Una revisión sistemática realizada por Owusu-Addo y Ruth Cross (2020) apunta a que los impactos de los programas de TMC en los hogares con niños se relacionan con la eficacia en la mejora de la salud infantil: reducción del riesgo de morbilidad, mejora de los resultados nutricionales, utilización de los servicios sanitarios y cobertura de inmunización. En particular, una evaluación realizada al programa Prospera en México encontró efectos en la reducción de la probabilidad de sufrir una enfermedad durante los primeros seis meses de vida del niño y en la probabilidad de padecer anemia, además de mejoras en la talla (Gertler, 2004). De otro lado, un experimento de una TMC implementada en Nigeria encontró efectos positivos en la utilización del paquete completo de servicios sanitarios y de la supervivencia infantil, impulsado por una disminución de las muertes infantiles intrauterinas (Okeke y Abubakar, 2019).

Entre los antecedentes de programas similares al Programa Juntos, en los que existe una transferencia base y una transferencia focalizada en niños, se encuentran Bolsa de Familia en Brasil; Keluarga Harapan en Indonesia y Familias en Acción en Colombia. Los dos primeros programas incluyen corresponsabilidades en hogares con gestantes y niños; mientras que el tercero solo en hogares con niños menores de 7 años.

En cuanto a las evaluaciones realizadas a estos programas, en el caso de Bolsa de Familia, se han encontrado impactos en la proporción de niños y niñas que reciben vacunas (de Brauw et al., 2012) y en el incremento de la probabilidad de que los niños acudan a sus CRED (Shei et al., 2014). Por otro lado, no se han encontrado efectos del programa sobre la estatura para la edad, el retraso en el crecimiento o la emaciación (de Brauw et al., 2012).

Para el caso del programa Keluarga Harapan, las evaluaciones apuntan a que el programa aumentó significativamente las tasas de vacunación infantil (Kusuma et al, 2017; World Bank, 2011). Asimismo, un estudio más reciente encontró que el programa tiene efectos en la suplementación de hierro en las gestantes beneficiarias (Maizunati y Sulistyningrum, 2019).

Con respecto al programa Familias en Acción, existe evidencia de que el programa mejoró el estado nutricional de los niños y disminuyó la probabilidad de desnutrición crónica y un incremento sustancial en la asistencia a las visitas CRED (Attanasio et al., 2005; Attanasio et al., 2014). Attanasio et al. (2005) encuentra un impacto negativo de Familias en Acción sobre la probabilidad de desnutrición crónica de

niños menores de 24 meses. Los autores muestran que estos resultados pueden explicarse por diferentes cambios en el comportamiento de los hogares. Primero muestran que los hogares de Familias en Acción tienen una probabilidad más alta de atender a las citas de cuidado preventivo de desarrollo y crecimiento (CREDs en Colombia) y de la misma forma completar el esquema de vacunación contra la difteria, tos ferina y tétano (comúnmente denominada *vacuna DPT* por sus siglas en inglés). Asimismo, encontraron que los niños menores de 48 meses que pertenecen a hogares de Familias en Acción tienen una menor probabilidad de reportar síntomas de diarrea. Por otro lado, encuentran un impacto positivo del programa en los hábitos alimenticios de niños de 24 a 60 meses, un aumento significativo en el número de días en el que consumieron proteínas y vegetales.

Por otra parte, Attanasio et al. (2015) exploran específicamente el rol de las condicionalidades como mecanismo para aumentar las visitas CRED y el efecto de dichas visitas sobre la salud de los niños menores de 7 años. Su estrategia de identificación aprovecha una regla de Familias en Acción: los niños nacidos después de la fecha de registro del hogar no estaban sujetos a la condicionalidad de asistir a controles preventivos, mientras que sus hermanos mayores sí. Esto permite comparar la exposición a condicionalidades entre niños del mismo hogar. Los autores encuentran que, en ausencia de condicionalidades, la asistencia a CRED se reduce en alrededor de 50%. Asimismo, muestran que una mayor asistencia a CRED mejora la salud infantil medida mediante un índice compuesto de síntomas respiratorios, episodios de diarrea y estado nutricional.

Por otro lado, existe una creciente evidencia de que las TMI pueden tener un efecto positivo sobre el bienestar subjetivo, que se refiere a cómo las personas evalúan su propia vida, tanto en términos emocionales como cognitivos. Incluye aspectos como la satisfacción con la vida, el estado de ánimo, y la percepción de que las condiciones materiales (como la alimentación, la vivienda o el acceso a servicios) son adecuadas (Diener, 1984; Diener et al., 1999). En este sentido, Kilburn et al. (2016) encuentran una reducción del 24% en la probabilidad de presentar síntomas de depresión entre personas que viven en hogares beneficiarios. Tiwari (2019), por su parte, documenta un aumento en la probabilidad de que los hogares reporten como “adecuado” o “más que adecuado” su nivel de vida, su consumo de alimentos y su estado de salud. Estos hallazgos sugieren que, además de mejorar condiciones objetivas como el ingreso o el acceso a servicios, las transferencias también pueden contribuir a una mejor percepción general de la calidad de vida.

Diversos estudios han explorado el impacto de las transferencias monetarias en el empoderamiento femenino, con resultados mixtos dependiendo del diseño del programa, su duración y el contexto. Alcázar, Balarin y Espinoza (2016) encontraron

efectos positivos del programa Juntos en la toma de decisiones económicas (incluso respecto a compras importantes o ingresos del cónyuge), así como en la autoestima y la percepción de la vida en aquellas usuarias que permanecen más de tres años en el Programa. Sin embargo, no encontraron resultados significativos en su percepción de su propia capacidad para influir en la salud de su niño²⁴, su percepción de su propia libertad de movimiento²⁵ o ideología de género. De manera similar otros estudios encuentran efectos positivos en el poder de decisión de las mujeres dentro del hogar (Ambler & De Brauw, 2017; Litwin, Perova y Vakis, 2019), además del fortalecimiento de las capacidades de las beneficiarias para informarse mejor y desempeñarse como consumidoras activas de servicios de salud (Barber & Gertler, 2009). Por otro lado, se ha señalado que muchos programas de transferencias condicionadas, como el *Bolsa Familia*, aunque efectivos para reducir la pobreza, enfrentan limitaciones estructurales para promover una autonomía femenina más profunda, ya que no abordan barreras asociadas a la división sexual del trabajo (es decir, la asignación desigual de las tareas domésticas y de cuidado que recae principalmente sobre las mujeres), la carga de cuidados no remunerados y las normas de género persistentes (Mariano, 2020).

Además de la evidencia empírica de los impactos de TMC en diferentes variables de bienestar de los hogares y sus miembros. La literatura también ha explorado cómo los cambios en la estructura del programa afectan sus impactos. Esto se ha hecho, no solamente comparando programas de transferencias con y sin condicionalidades sino variando elementos como el monto de la transferencia. Al cambiar el monto de las transferencias, se mide la sensibilidad de los beneficiarios a este cambio (elasticidades). Esto permite evaluar si los aumentos progresivos de los montos transferidos reducen su impacto gradualmente (rendimientos decrecientes); o si mantienen un efecto constante sobre el resultado buscado. No obstante, los estudios sobre este tema parecen tener un alcance limitado (Filmer y Schady, 2011; Haushofer y Shapiro, 2016; Baird et al., 2011).

En particular, hay algunos estudios sobre las TMC que examinan el impacto de un aumento del monto de la transferencia (Filmer y Schady 2011, Haushofer y Shapiro, 2016, y Fujii et al., 2021). Estos estudios tienden a encontrar que aumentos

²⁴ El indicador se construye a partir de una pregunta del estudio Niños del Milenio; en específico, se mide según el grado en que la cuidadora está de acuerdo con la siguiente afirmación: “Si mi niño está realmente enfermo, puedo hacer poco para ayudarlo a recuperarse”.

²⁵ El indicador de *libertad de movimiento* se construye a partir de tres preguntas de la ENDES que evalúan el grado de control que ejerce la pareja sobre los desplazamientos de la mujer. Estas preguntas son: (i) si el esposo o pareja intenta impedirle visitar a sus amigas, (ii) si trata de limitar sus visitas familiares y (iii) si insiste en saber en todo momento adónde va. Las respuestas se combinan mediante análisis factorial, por lo que el indicador es un índice continuo que refleja mayores o menores restricciones a la movilidad de la mujer.

moderados del monto generan pocos o nulos beneficios adicionales. Sin embargo, dichos estudios se centran en la asistencia escolar de niños mayores, por lo que sus resultados no necesariamente se trasladan al caso del TPI donde los recursos podrían tener un efecto mayor al destinarse a etapas más sensibles del desarrollo, como la salud, la nutrición y el desarrollo cognitivo infantil.

Existe escasa evidencia sobre las diferencias en los efectos que las TMC generan dependiendo de si el hogar beneficiario reside en una zona rural o urbana. Esta distinción resulta fundamental, dado que las condiciones de vida en ambos contextos pueden ser muy diferentes, incluyendo diferencias en precios, costos de vida y oferta de servicios, lo que puede influir en los resultados en salud y educación de estas intervenciones.

En particular, la evaluación de la TMI ecuatoriana Bono de Desarrollo Humano, realizada por Fernald e Hidrobo (2011), destaca como uno de los pocos estudios que analiza explícitamente esta diferenciación. Los autores hallaron que el programa mejoró significativamente el desarrollo del lenguaje en niños de zonas rurales, pero no presentó efectos en las zonas urbanas. Atribuyen esta diferencia al mayor nivel educativo de las madres en áreas urbanas.

De manera similar, Levasseur (2021) muestra, a partir de la experiencia de la TMC Próspera en México —que amplió progresivamente su cobertura dentro de las zonas urbanas—, que los efectos del programa pueden variar según el contexto local. Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar las particularidades rurales y urbanas en el diseño de las TMC, especialmente cuando existen diferencias sustanciales en los costos de vida y en el acceso efectivo a los servicios públicos.

Los hallazgos de Levasseur (2021) refuerzan la relevancia de que las TMC consideren en su diseño las diferencias entre el contexto rural y el urbano. Su estudio evalúa la TMC Próspera de México, que extendió, con el pasar del tiempo, su ámbito de intervención del ámbito rural al ámbito urbano. El autor encuentra una relación inversa entre el nivel de pobreza del hogar y la probabilidad de mantenerse en el programa en zonas urbanas, es decir, los hogares más pobres son los más propensos a abandonarlo. Se concluye que el programa no logra retener a los hogares más pobres en entornos urbanos porque los incentivos monetarios no son lo suficientemente altos para compensar el esfuerzo de cumplir con las condiciones. Esto puede deberse a los mayores costos de transporte y tiempo, la inestabilidad económica, la falta de acceso a información o apoyo, y otras barreras que hacen que el cumplimiento del programa resulte más difícil para los hogares con menores recursos.

En el Perú, los beneficios de la TB de Juntos en áreas rurales han sido ampliamente documentados (ver Jaramillo, 2022, para una revisión exhaustiva); no obstante, aún son pocos los estudios que exploran las diferencias entre el ámbito rural y urbano. En específico, la evaluación cuasi experimental del MIDIS y UNICEF (2024) señala que los impactos de la transferencia original de 50 Soles mensuales de la TPI son más pronunciados en zonas rurales, subrayando la necesidad de un análisis más profundo que tome en consideración la heterogeneidad entre estos dos contextos.

El Piloto TPI Urbano, que varía aleatoriamente las transferencias monetarias dirigidas a madres gestantes y niños menores de 12 meses, contribuiría a la literatura existente sobre los efectos de las TMC en la primera infancia. El diseño experimental permitirá evaluar de manera precisa el impacto de diferentes niveles de transferencias en la salud materno-infantil, aportando evidencia robusta sobre la eficacia de las transferencias segmentadas en poblaciones vulnerables en zonas urbanas y proporcionando información clave para la optimización de políticas públicas, dando información de la efectividad de diferentes montos.

6. Teoría de cambio

El Piloto TPI Urbano constituye una propuesta de intervención orientada a responder al incremento de la pobreza en contextos urbanos y a sus implicancias en las condiciones de salud de niños en situación de vulnerabilidad durante la primera infancia. Al proponer en su diseño el incremento del monto de la transferencia monetaria, se pretende adaptar la intervención a las particularidades económicas y sociales de las zonas urbanas.

El Piloto TPI Urbano, al conservar las corresponsabilidades base y de primera infancia del Programa Juntos, mantiene el objetivo de aliviar la pobreza de corto plazo y romper el ciclo intergeneracional de la pobreza mediante el fortalecimiento del capital humano²⁶. Para lograrlo, las transferencias monetarias están condicionadas al cumplimiento de corresponsabilidades en salud y educación por parte de los hogares beneficiarios. En la etapa de primera infancia, la TB y TPI en conjunto juegan un rol sustancial para garantizar el acceso oportuno a servicios clave durante una etapa crítica del desarrollo infantil.

²⁶ En línea con la Cadena de Valor y el Tablero de Control del Programa Juntos, actualizados mediante RDE N° 137-2020-MIDIS/PNADP-DE. Estos proponen como resultado del Programa la acumulación de capital humano para contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza mediante, entre otras medidas, el acceso de los niños al paquete integrado de servicios de salud y la subsecuente mejora de condiciones de salud y nutrición de los niños en situación de pobreza.

Uno de los mecanismos centrales de transmisión de efectos del programa es el incremento en el uso de servicios de salud. Al estar condicionada la transferencia a la asistencia a controles de crecimiento y desarrollo infantil, así como a controles prenatales en el caso de gestantes, se incentiva una mayor interacción con el sistema de salud (detallados en las tablas 3 y 4). Como resultado inmediato, se espera un mayor uso del paquete integral de servicios de salud, lo cual constituye un punto de entrada fundamental para prevenir enfermedades, mejorar el estado nutricional y monitorear el desarrollo cognitivo de los niños desde los primeros meses de vida.

Este contacto más frecuente con el sistema de salud y su personal durante el embarazo y el primer año de vida del menor facilita también la adopción de prácticas de cuidado recomendadas, como una nutrición adecuada, una mejor higiene y una estimulación temprana efectiva. A esto se suma la relación cercana que los hogares mantienen con los gestores locales del programa, quienes brindan acompañamiento y refuerzan la confianza de las familias en las recomendaciones de salud, fortaleciendo así la efectividad de las recomendaciones de salud.

Otro mecanismo relevante es el ingreso adicional que reciben las familias, lo que mejora su capacidad para tomar decisiones orientadas al bienestar de sus integrantes. Los hogares pueden destinar parte de estos recursos a cubrir necesidades básicas como alimentación, vestimenta y transporte, lo que impacta positivamente en la calidad de vida de la madre gestante y del niño en etapas tempranas. Además, se facilita la adquisición de productos específicos para el cuidado infantil, como fórmula láctea, pañales, medicinas o ropa, según las necesidades particulares del hogar, reduciendo la incidencia de enfermedades y otras carencias que afectan el desarrollo físico y cognitivo de los menores.

Por otra parte, el programa también incide en el bienestar emocional y psicológico de las familias. Al contar con un ingreso predecible y sostenido, los hogares experimentan una menor preocupación ante imprevistos, una mayor sensación de estabilidad y una percepción más positiva sobre su calidad de vida. Estos factores, aunque menos visibles, influyen en la manera en que las familias planifican su futuro y toman decisiones, especialmente en lo que respecta a la crianza de los hijos. Además, la estabilidad financiera que ofrece Juntos reduce la necesidad de recurrir a estrategias de afrontamiento negativas, como la reducción del consumo de alimentos nutritivos o el trabajo infantil.

En este marco, el empoderamiento de la mujer cuidadora cobra especial relevancia como otro mecanismo de transmisión. Al ser las receptoras directas de la transferencia, se refuerza su rol en la toma de decisiones dentro del hogar, lo que

puede traducirse en una mayor atención a las necesidades de los niños. Esta dinámica puede favorecer también una redistribución más equitativa del tiempo de cuidado del menor u otras actividades domésticas entre los miembros del hogar. A su vez, contar con mejor información sobre el cuidado, el reconocimiento de su rol y la mejora en su bienestar emocional pueden contribuir a un entorno más estable, afectivo y seguro para los menores, lo cual es crucial en los primeros años de vida.

Es importante señalar que, en ciertos casos, las transferencias monetarias pueden incentivar a que los miembros del hogar reduzcan el tiempo dedicado a actividades económicas de bajo retorno o de condiciones precarias, mayormente informales, con el fin de asistir a controles de salud o dedicar mayor tiempo al cuidado infantil. Desde otra perspectiva, estas transferencias también pueden facilitar la búsqueda de empleos más estables o permitir el desarrollo de actividades productivas que previamente no eran viables debido a restricciones de tiempo o recursos. En ambos escenarios, las transferencias condicionadas contribuyen a reconfigurar la estrategia laboral del hogar y su estructura de ingresos, influyendo en su bienestar general.

El impacto de Juntos en la primera infancia también puede observarse en el desarrollo cognitivo y socioemocional. Cuando el hogar ofrece un entorno más estable y con mayores niveles de afecto y estimulación, los niños tienen más oportunidades de desarrollar habilidades fundamentales como el lenguaje, la memoria, la autorregulación y la empatía según la etapa de vida del menor. Estas competencias sientan las bases para el aprendizaje posterior y el bienestar a lo largo de la vida, contribuyendo así al objetivo de romper el ciclo de pobreza.

No obstante, se debe tomar en cuenta que la efectividad del programa no depende únicamente del diseño de la transferencia. Su impacto está condicionado por la capacidad de los sistemas de salud y educación para responder adecuadamente a la mayor demanda inducida, toda vez que evidencia previa sugiere que este tipo de intervenciones puede ocasionar que la demanda por servicios de salud y educación supere la capacidad de atención de las instituciones, lo que podría comprometer la calidad de los servicios prestados (Nigenda & Gonzalez-Robledo, 2005). Si los servicios disponibles son insuficientes o de baja calidad, las corresponsabilidades pueden convertirse en una carga para las familias en lugar de una oportunidad, en especial en ámbitos urbanos en los que ya se observa una saturación en los establecimientos de salud. Por ello, el diseño del programa implica una articulación intersectorial que garantice la provisión adecuada y sostenida de servicios públicos.

A la luz de estos mecanismos, el análisis del Piloto TPI Urbano puede estructurarse en torno a cuatro grandes dimensiones: i) cumplimiento de corresponsabilidades, ii)

el estado de salud del menor (a través de la prevención de enfermedades); iii) el desarrollo cognitivo del niño, y iv) el bienestar del hogar. Estas dimensiones permiten observar no solo los efectos directos de la intervención, sino también los procesos intermedios que conectan el ingreso adicional con mejoras en la vida de los niños y sus familias.

Cada una de estas dimensiones incorpora variables de resultado específicas que serán exploradas en la sección 7.2. (Fuente de datos e indicadores). Por ejemplo, en la dimensión de cumplimiento de corresponsabilidades, se evaluará la frecuencia de controles, la cobertura de vacunas, entre otros, mientras que, en la dimensión del estado de salud del menor, se contempla evaluar la reducción de la anemia, aumento de la talla o peso, por solo citar algunos indicadores. En la dimensión de desarrollo cognitivo, se abordarán indicadores relacionados a la comunicación efectiva y capacidad motora. En la dimensión de bienestar del hogar, se incluirán indicadores de percepción de calidad de vida, empoderamiento de la mujer, salud mental o ingresos laborales.

Estas dimensiones no son independientes entre sí. El uso de servicios de salud puede mejorar el estado nutricional del menor, lo cual a su vez potencia su desarrollo cognitivo. A la vez, un entorno familiar más estable y menos expuesto al estrés puede reforzar los efectos de estos servicios en el niño. En este sentido, la teoría de cambio del Piloto TPI Urbano reconoce la importancia de los canales de transmisión múltiples y simultáneos.

En resumen, el Piloto TPI Urbano, alineado con el enfoque del Programa Juntos en la primera infancia, no solo busca aliviar necesidades inmediatas, sino también fortalecer las capacidades de largo plazo en los hogares beneficiarios. A través de la combinación de transferencias monetarias y el cumplimiento de corresponsabilidades, la intervención orienta a las familias hacia prácticas que promueven el desarrollo infantil integral. Esta articulación entre mecanismos de intervención y dimensiones de evaluación permite comprender de manera integral cómo una política de protección social puede convertirse en una estrategia eficaz de inversión en capital humano.

7. Propuesta metodológica

7.1. Proceso de aleatorización

El Piloto TPI Urbano se llevó a cabo mediante un diseño experimental con asignación aleatoria de los montos (50, 80 y 120 Soles). Esta metodología permite conformar grupos comparables en todas sus características, tanto observables

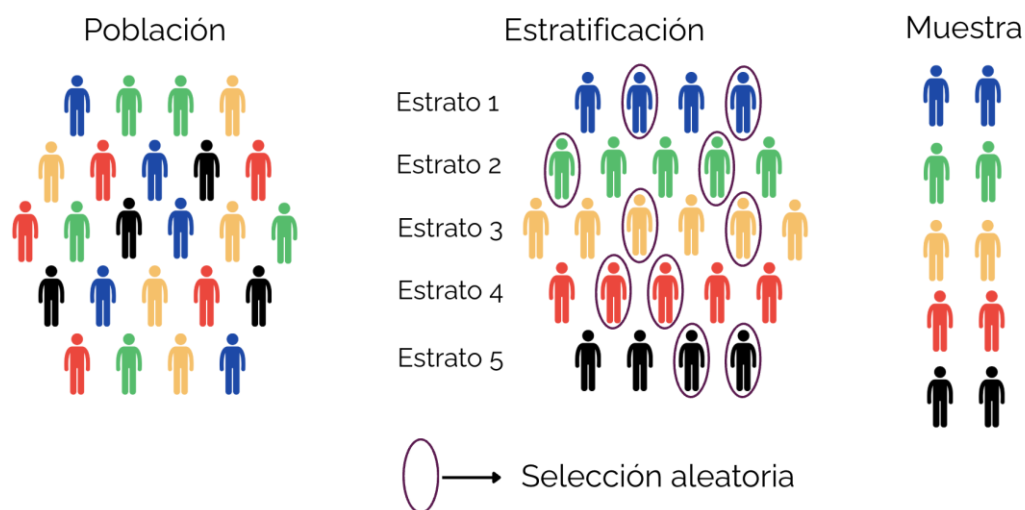
como no observables, gracias a la ley de los grandes números. De este modo, es posible identificar de manera rigurosa los impactos causales de la intervención sobre los resultados de interés.

Inicialmente se consideraron dos opciones para realizar las aleatorizaciones: a nivel de clúster y a nivel de hogar. La primera alternativa ofrecía ventajas operativas al programa, debido a que les permitía vincular rápidamente la residencia del hogar con el monto asignado y facilitaba la comunicación del Piloto TPI Urbano y gestión de consultas por parte de los hogares. Sin embargo, al contar únicamente con 230 unidades de aleatorización, no era posible garantizar un poder estadístico suficiente. Por otro lado, la aleatorización a nivel de hogar representaba la mejor opción desde el punto de vista estadístico, pero implicaba mayores desafíos para asegurar una comunicación homogénea y oportuna en todas las unidades geográficas.

Ante este escenario, se optó por una estrategia metodológica mixta que combina rigurosidad técnica, viabilidad operativa y adecuación a los recursos disponibles, otorgando al Programa un mayor margen de maniobra en la gestión del Piloto TPI Urbano sin comprometer la calidad del diseño. En ese marco, se definió que, en una primera etapa, se realizaría una aleatorización a nivel de clúster para determinar los hogares que recibirán el esquema de 80 Soles. Posteriormente, en una segunda etapa, se llevarán a cabo aleatorizaciones a nivel de hogar para asignar los esquemas de 50 y 120 Soles.

Estas aleatorizaciones se desarrollaron mediante un enfoque estratificado, con el objetivo de asegurar el equilibrio de los subgrupos de interés (estratos) definidos a partir de variables clave. Esto permitió garantizar una mayor comparabilidad entre los grupos de análisis, mejorar la precisión de las estimaciones y obtener ventajas estadísticas relevantes. Para ejemplificar este procedimiento se muestra la figura 9. El procedimiento consistió en identificar las variables de estratificación, conformar los estratos en función de estas, y realizar la asignación aleatoria dentro de cada uno.

Figura 9. Representación de la selección aleatoria estratificada



Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

7.1.1. Aleatorización a nivel de clúster

La aleatorización a nivel de clúster fue estratificada, es decir que primero se agruparon los clústeres con base a ciertas características clave (se crean estratos o subgrupos) y, posteriormente, dentro de cada estrato, los clústeres se asignaron aleatoriamente el esquema de transferencia (80 Soles o 50/120 Soles), esto con el fin de garantizar que la muestra estuviera equilibrada en variables importantes para el estudio y mejorar el poder estadístico. Esta selección se basó en dos criterios: primero, las variables debían caracterizar a la población beneficiaria o capturar impactos heterogéneos del programa; segundo, las variables debían estar altamente correlacionadas con los resultados esperados. Además, se tomó en cuenta que la información fuera lo más actualizada posible y que permitiera su desagregación a nivel distrital. Con base en estos criterios, se precisaron tres variables de estratificación²⁷:

- 1. Vulnerabilidad de los hogares:** medida como el número de hogares vulnerables según las proyecciones contempladas en el empadronamiento

²⁷ Para los clústeres que se crearon a través de la segmentación distrital, el número de hogares vulnerables en el distrito se multiplicó por la proporción de hogares pobres y pobres extremos, según el proceso de segmentación realizado por el equipo del Programa Juntos. Cabe indicar que, para los valores faltantes de las variables anemia y puntaje promedio de las pruebas estandarizadas de lenguaje en los distritos de Alto Trujillo y San Antonio, creados entre 2022 y 2023, se optó por asignarles los valores correspondientes a sus distritos de origen: El Porvenir y Moquegua, respectivamente.

urbano masivo del MIDIS en el año 2023²⁸, reflejando la variabilidad socioeconómica entre los 230 clústeres.

2. **Anemia:** medida en niños de 6 a 8 meses inscritos en el año 2022 en el SIS²⁹, uno de los principales resultados a corto y mediano plazo.
3. **Puntaje promedio de las pruebas estandarizadas de lenguaje:** aplicada a estudiantes de cuarto grado de primaria en escuelas públicas a partir de la ECE 2018 realizada por el MINEDU, como un indicador del desarrollo cognitivo.

La creación de los estratos se realizó en tres etapas. Primero, los clústeres se agruparon en tres grupos según su tamaño poblacional de los hogares vulnerables: los del cuartil inferior (percentil 25 o menos), los del cuartil superior (percentil 75 o más), y los que se encontraban entre estos rangos. Este criterio se utilizó porque se espera que los efectos del programa varíen según el tamaño del clúster. Al respecto, una hipótesis es que los clústeres más grandes podrían tener mejor acceso a servicios, menos recursos por persona y mejor conectividad con otras regiones, factores importantes para determinar el impacto de la intervención.

Dentro de cada grupo poblacional, se crearon subgrupos basados en los terciles de la distribución de anemia según los niños inscritos al SIS que comparten características similares a la población objetivo bajo estudio. Estos grupos fueron subdivididos iterativamente en estratos, asegurando que cada uno tuviera al menos 10 observaciones. La subdivisión se realizó según los quintiles del puntaje promedio de los clústeres en las pruebas de lenguaje de cuarto grado. De esta manera, en total, se generaron 17 estratos.

Dentro de cada estrato, los clústeres se asignaron aleatoriamente en dos grupos: el 40% al esquema de 80 Soles y el 60% al esquema de “50 o 120 Soles”. Como resultado, 92 clústeres fueron asignados al esquema de 80 Soles y 138 al esquema de “50 o 120 Soles”. En otras palabras, los hogares ubicados en estos 92 clústeres recibirán el esquema de 80 Soles, mientras que los hogares situados en los clústeres restantes serán incluidos en una segunda etapa, en la que se realizarán aleatorizaciones a nivel de hogar

²⁸ Los distritos pueden tener hasta 5 tipos de estratos: alto, medio alto, medio, medio bajo y bajo, además de zonas de expansión poblacional. Los hogares vulnerables para este procedimiento están compuestos por los hogares ubicados en los estratos bajo y medio bajo y en zonas de expansión

²⁹ Se utilizaron los registros administrativos del Sistema de información del Estado Nutricional de niños y gestantes de Perú de 2022, gestionado por el INS - CENAN.

7.1.2. Aleatorización a nivel de hogar

Una vez culminada la primera etapa de aleatorización a nivel de clúster, se procedió con la asignación de los montos de 50 o 120 Soles a nivel de hogar dentro de los 138 clústeres previamente definidos. Teniendo en cuenta que los hogares participantes del Piloto TPI Urbano fueron aquellos afiliados durante los bimestres 3, 4 y 5 de 2024, correspondientes a los PHA III, IV y V, respectivamente, y considerando que la identificación de los hogares sólo era posible pocos días antes de la publicación de estos padrones, las aleatorizaciones estratificadas se realizaron en tres momentos: julio, septiembre y noviembre. Este enfoque permitió sincronizar el proceso de asignación con el calendario operativo del Programa Juntos, garantizando la implementación del Piloto TPI Urbano sin afectar la operatividad regular del programa.

Para este propósito, primero, se seleccionaron las variables³⁰ de estratificación considerando la ubicación geográfica³¹ y factores probablemente correlacionados con las variables de resultado. Estas variables incluyen la geolocalización del hogar y el tipo de hogar (nuevo, permanente o reincorporado³²), siendo esta última distinción clave debido a que los resultados pueden variar si el hogar ya había participado anteriormente en el programa. Así, por ejemplo, una madre podría haber aprendido sobre cómo mantener los beneficios o haber interiorizado las consecuencias del incumplimiento de corresponsabilidades.

Otra variable importante considerada es el tipo de beneficiario, es decir, si el beneficiario es una mujer embarazada o un niño, ya que la exposición al tratamiento podría tener diferentes impactos en los resultados. Finalmente, también se consideró la clasificación socioeconómica, diferenciando entre hogares pobres y hogares en pobreza extrema³³.

³⁰ Información más detallada sobre las variables disponibles se encuentra en el Anexo 2 (Información complementaria de la aleatorización a nivel de hogar).

³¹ La variable ubicación geográfica se construyó a partir de una combinación de distrito, provincia, departamento, dominio geográfico y macro-dominio.

³² Un hogar nuevo es aquel que por primera vez forma parte del PHA, luego de superar los criterios de elegibilidad y priorización establecidos por el Programa Juntos; un hogar reincorporado es aquel que estuvo afiliado en el Programa Juntos y fue desafiliado por pérdida de los criterios de permanencia, por renuncia voluntaria, por incumplimiento consecutivo de corresponsabilidades u otros motivos considerados causales de desafiliación y nuevamente cumple con los criterios de elegibilidad y priorización para su incorporación y un hogar permanente es aquel que cumple con los criterios de permanencia (criterios de elegibilidad) según la normativa vigente.

³³ Para determinar esta clasificación, el MIDIS considera los umbrales de ingreso per cápita y gasto per cápita en electricidad, además del IFH. Para este último, evalúa los activos del hogar, los servicios básicos del hogar, la calidad de la vivienda y la población.

Las variables utilizadas provienen del proceso de afiliación al programa, excepto la clasificación socioeconómica, que se obtuvo del PGH del MIDIS, y los dominios y macro-dominios, los cuales se basaron en los registros del INEI.

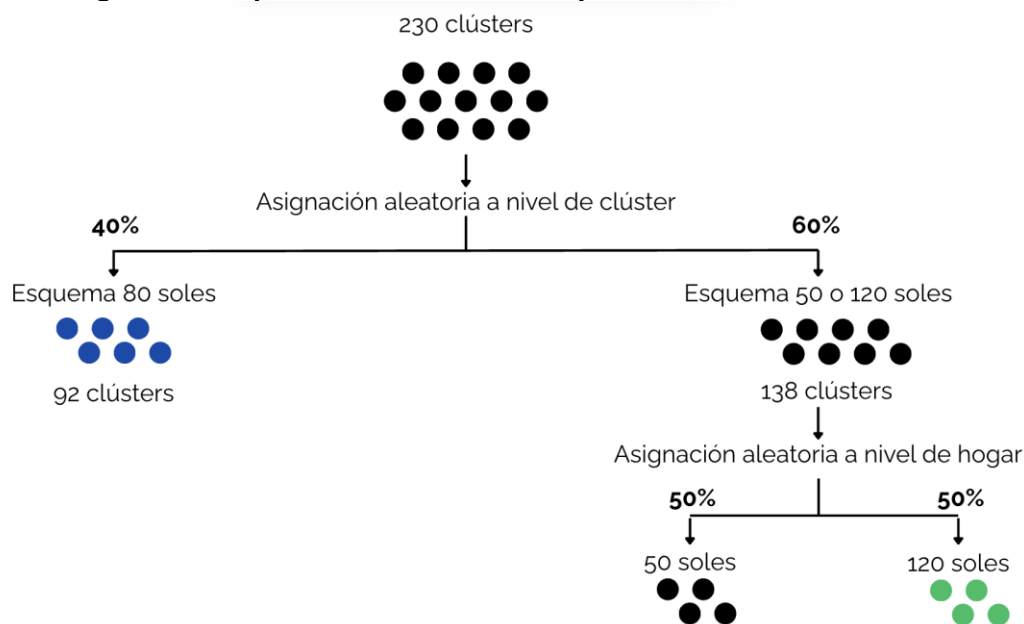
La creación de los estratos se llevó a cabo de manera secuencial a partir de la ubicación geográfica y asegurando un mínimo de 4 observaciones por estrato³⁴. El proceso inicia con una especificación geográfica más estricta, como el distrito, y se amplía progresivamente hasta alcanzar la unidad geográfica de mayor tamaño, el macro-dominio. Si, después de todo el proceso de flexibilización de la ubicación geográfica, aún quedan observaciones sin asignar a un estrato, estas se agrupan en un estrato adicional que incluye todos los casos restantes³⁵.

Una vez creados los estratos, se asignó aleatoriamente el esquema TPI dentro de cada uno, donde el 50% de los hogares fueron asignados al esquema actual de TPI (50 Soles) y el 50% fueron asignados al esquema de 120 Soles.

³⁴ Se recomienda un mínimo de 4 observaciones por estrato para garantizar estimaciones estables y evitar problemas en la inferencia estadística. Estratos muy pequeños pueden generar varianza inestable, dificultar la estimación de efectos (Imbens, 2015) y reducir el poder estadístico (Imai et al., 2009). Además, la pérdida de datos por atrición es más problemática en emparejamientos en pares (King et al., 2007). Para mitigar estos riesgos, se sugiere usar cuádruples emparejados o aumentar el tamaño de los estratos.

³⁵ Todos los estratos incluyen las variables de tipo de hogar, tipo de beneficiario e indicador de pobreza. Sin embargo, difieren en la unidad geográfica utilizada para la localización. La más estricta es el estrato 5 (distrito), seguida por el estrato 4 (provincia), el estrato 3 (departamento), el estrato 2 (dominio), el estrato 1 (macro-dominio) y el estrato 0 (sin información de localización).

Figura 10. Representación de las etapas de las aleatorizaciones



Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

7.1.3. Consideraciones particulares sobre el Padrón de Hogares Afiliados V

Previo al inicio de la implementación del Piloto TPI Urbano se proyectaba un número similar de hogares afiliados entre los tres bimestres planificados. Sin embargo, durante el PHA III y IV se inscribieron 25,268 hogares, lo que representó el 89% de la capacidad financiera del Piloto TPI Urbano. Este incremento de hogares se explicó por la incorporación de nuevos hogares identificados como pobres o pobres extremos mediante el empadronamiento masivo focalizado conducido por el MIDIS. En consecuencia, y considerando el límite presupuestal establecido, durante el PHA V solo se tenía previsto inscribir 3,204 hogares, utilizando los recursos asignados al Piloto TPI Urbano, con el fin de alcanzar la meta de 28,472 hogares beneficiarios.

Al respecto, y considerando la disponibilidad presupuestaria para el financiamiento del piloto, solo una parte de los hogares identificados en el PHA V pudo ser incorporada a los esquemas alternativos de la TPI. En total, se seleccionaron aleatoriamente 3,204 hogares de entre 13,201 hogares elegibles para participar en el ejercicio de aleatorización y ser asignados a uno de los tres esquemas de la TPI. Los hogares restantes fueron incorporados por el Programa Juntos bajo el esquema convencional de 50 soles, lo que explica que este grupo concentre un número mayor de participantes respecto a los esquemas alternativos.

Este cambio introdujo algunas diferencias con respecto al procedimiento de asignación del tratamiento utilizado previamente. Primero, dentro de los clústeres previamente asignados al esquema de 80 Soles, se configuró un experimento a nivel individual: algunos hogares reciben 80 Soles como parte del Piloto TPI Urbano, mientras que otros reciben 50 Soles, sirviendo como grupo de control. Segundo, las proporciones anteriores de hogares asignados a cada esquema de tratamiento no se pudieron mantener debido a las restricciones presupuestarias. Específicamente, se asignaron 1,032 hogares al esquema de 50 Soles, 1,141 al esquema de 80 Soles y 1,031 al esquema de 120 Soles.

El proceso de asignación de tratamiento permaneció en gran medida similar a las rondas anteriores; sin embargo, es importante mencionar que, además de la selección aleatoria adicional de hogares para incluir en el Piloto TPI Urbano, un cambio en los datos impidió incluir la variable de indicador de pobreza en el proceso de estratificación de este PHA.

La tabla 6 exhibe la distribución de los hogares asignados a cada uno de los esquemas contemplados. En total, 19,321 hogares fueron incorporados al esquema de 50 Soles; 9,936 hogares, al de 80 Soles; y 9,264 hogares, al de 120 Soles. En consecuencia, el estudio se llevará a cabo sobre la base de este universo de 38,521 hogares.

7.1.4. Balance

Para validar que la asignación aleatoria no estuvo sesgada por ninguna característica observable, además de fortalecer la validez interna e identificar posibles factores de confusión, se realizaron pruebas de balance.

A nivel de clúster, se utilizaron diez variables relacionadas con los criterios de estratificación: el total de hogares vulnerables en cada clúster, el promedio de niveles de hemoglobina ajustada por altitud, el porcentaje de niños con anemia entre seis y ocho meses, el puntaje promedio en lenguaje y matemáticas, y la distribución del nivel educativo de las madres (primaria, secundaria, educación superior no universitaria y universitaria). El balance entre los grupos es sólido, ya que no se observan diferencias significativas en nueve de las doce variables analizadas.

Tabla 7. Prueba de balance para la asignación a nivel de clúster

Variable	Promedio en clústeres de 50 /120 Soles (1)	Promedio en clústeres de 80 Soles (2)	Promedio en todos los clústeres	(1) vs. (2)	p-value
Distritos de la segunda etapa de empadronamiento	0.68 (0.04)	0.63 (0.051)	0.66 (0.031)	0.05 (0.064)	0.46
Total de hogares de estratos bajos	7903.75 (901.87)	8385.88 (1003.16)	8096.60 (672.43)	-401.29 (1369.33)	0.77
Hemoglobina ajustada por altura	11.31 (0.03)	11.37 (0.03)	11.33 (0.02)	-0.07 (0.04)	0.06
Número de niños con anemia	36.85 (4.09)	32.52 (4.22)	35.12 (2.98)	5.04 (5.93)	0.40
Porcentaje de niños con anemia	0.28 (0.01)	0.29 (0.02)	0.29 (0.01)	0.01 (0.01)	0.64
Puntaje en lengua	491.86 (2.19)	491.85 (2.69)	491.86 (1.69)	0.00 (3.47)	1.00
Puntaje en matemáticas	493.47 (2.55)	494.01 (3.11)	493.68 (1.97)	-0.55 (4.03)	0.89
Porcentaje de madres con educación primaria	0.18 (0.01)	0.17 (0.01)	0.18 (0.01)	0.01 (0.01)	0.32
Porcentaje de madres con educación secundaria	0.58 (0.01)	0.59 (0.01)	0.59 (0.01)	-0.01 (0.01)	0.39
Porcentaje de madres con educación superior (no universitaria)	0.14 (0.01)	0.14 (0.01)	0.14 (0.01)	0.00 (0.01)	0.80
Porcentaje de madres con educación superior (universitaria)	0.09 (0.01)	0.09 (0.01)	0.09 (0.01)	0.00 (0.01)	0.73
Número de casos de educación de la madre	688.91 (82.51)	710.13 (100.71)	697.40 (63.69)	-22.60 (130.61)	0.86

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Al momento de realizar las aleatorizaciones a nivel de hogar, se utilizó un diseño estratificado que consideró las variables disponibles en ese momento: la ubicación geográfica, la condición de pobreza del hogar, el tipo de hogar y el tipo de MO. Debido a que estas variables formaban parte del diseño de la estratificación, no eran útiles para evaluar el balance posterior entre grupos.

La única variable adicional disponible a nivel de hogar para evaluar el balance fue el nivel educativo de la madre. Para asegurar que las diferencias no respondieran a errores de registro o calidad heterogénea en la recolección de datos, se clasificó la educación en tres categorías: menor a secundaria completa, secundaria completa o más, y registros faltantes (*missings*). Esta clasificación permite distinguir si una

posible diferencia entre grupos refleja una verdadera diferencia en el nivel educativo o simplemente una variación en la calidad del dato.

Bajo esta clasificación, la tabla 8 muestra las diferencias de medias entre los hogares asignados a los esquemas de 50 y 120 Soles, junto con el valor p correspondiente para cada PHA (la unidad en la que se realizó cada aleatorización). Finalmente, se incluye una columna que presenta los resultados agrupados de los tres PHA. De esta manera, las únicas diferencias estadísticamente significativas encontradas se dan en el PHA IV y en los PHA agrupados. No obstante, es importante señalar que la variable de educación de la madre presenta un alto porcentaje de valores faltantes y problemas de calidad en el registro. Esto implica que el análisis se basa en una submuestra reducida, lo cual podría generar diferencias atribuibles al azar más que a un verdadero desbalance estructural entre los grupos.

A la fecha de cierre de este documento, se disponía de los datos de la línea de base obtenidos mediante una encuesta aplicada en el año 2024. Los detalles metodológicos de dicho levantamiento se presentan en el Anexo 3 (Encuestas previstas en el Piloto TPI Urbano). Dado que se requiere un tratamiento más detallado y exhaustivo de la información, este análisis será desarrollado en un documento posterior, incorporando variables que presentan baja sensibilidad a cambios en el corto plazo y que permitan caracterizar aspectos estructurales del hogar. Entre estas variables se incluirán:

- ✓ Características demográficas del miembro objetivo, sus padres y otros miembros del hogar.
- ✓ Educación y capital humano.
- ✓ Características socioeconómicas, como ingresos, tenencia de vivienda, materiales de construcción de la vivienda y acceso a servicios básicos.
- ✓ Salud y nutrición, como estado nutricional previo del miembro objetivo (peso, talla para la edad, desnutrición crónica) y acceso a servicios de salud.

Tabla 8. Prueba de balance para la asignación a nivel de hogar

Variables	PHA III		PHA IV		PHA V		Todos los PHA	
	(50) vs. (120)	p-value	(50) vs. (120)	p-value	(50) vs. (120)	p-value	(50) vs. (120)	p-value
Educación: Missings	0.00 (0.01)	0.81	0.00 (0.01)	0.40	0.00 (0.01)	0.45	0.00 (0.01)	0.96
Educación: Menor a secundaria completa	0.00 (0.01)	0.77	0.03 (0.01)	0.01	0.02 (0.01)	0.15	0.02 (0.01)	0.01
Educación: Secundaria completa o más	0.00 (0.01)	0.77	-0.03 (0.01)	0.01	-0.02 (0.01)	0.15	-0.02 (0.01)	0.01

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

7.2. Fuentes de datos e indicadores

Con el propósito de clarificar la información que será utilizada en la etapa econométrica, este apartado presenta las fuentes de información y los indicadores de resultado a emplear. La propuesta metodológica ha sido diseñada considerando la disponibilidad de datos prevista para esta evaluación. En este sentido, se emplearán tanto registros administrativos como encuestas especializadas, a partir de los cuales se construirán los indicadores de resultado.

7.2.1. Fuentes de datos

El presente estudio contempla un uso intensivo de los registros oficiales generados por instituciones del Estado. Por la propia naturaleza del Piloto TPI Urbano, la primera fuente de información de los hogares son los datos administrativos del Programa Juntos. Esta se compone de la información recolectada en la etapa de afiliación, como la ubicación geográfica de residencia y los datos del representante del hogar, así como datos personales de los MO, empleados en la etapa de aleatorización descrita en la sección 7.1 (Proceso de aleatorización). En relación con la implementación del Piloto TPI Urbano, se suma la información sobre el cumplimiento de corresponsabilidades, permanencia del hogar en el programa y la marca TPI.

La fuente de registros de salud a nivel administrativo será el HIS gestionado por el MINSA. Aunque el Programa Juntos cuenta con registros vinculados al cumplimiento de corresponsabilidades en salud, como los servicios relacionados al paquete integral de salud en gestantes y niños, existen limitaciones asociadas a la oportunidad de registro por parte de los establecimientos de salud. En algunos casos, son los propios gestores locales quienes completan esta información para

efectos de verificación, lo que podría introducir sesgos. Además, solo se disponen para los hogares que no han sido desafiliados. Por ello, se ha decidido utilizar exclusivamente los registros provistos del MINSA, con el fin de asegurar la objetividad de las mediciones.

Otra fuente que se buscará emplear para caracterizar a los hogares es el SISFOH del MIDIS, en especial la CSE y las características de las viviendas o de sus integrantes disponibles en el PGH.

De igual manera, se contempla la exploración de bases de datos correspondientes a otras intervenciones orientadas al desarrollo de la primera infancia, como el Programa Nacional Cuna Más (Programa Cuna Más) y las visitas domiciliarias del MINSA³⁶. Adicionalmente, se mantendrá abierta la posibilidad de evaluar y analizar otras iniciativas relevantes en este ámbito³⁷. El objetivo principal de esta exploración es determinar la participación de los hogares en dichas intervenciones, lo cual permitirá enriquecer el análisis y comprender mejor los factores que inciden en el desarrollo infantil temprano.

Como parte del esfuerzo por integrar diversas fuentes de información, se ha previsto la implementación de dos encuestas especializadas dirigidas a los hogares participantes del Piloto TPI Urbano. Estas encuestas, diseñadas con cobertura nacional y a gran escala, permitirán recopilar información detallada que complementa los registros administrativos existentes. Su propósito es explorar dimensiones adicionales y formular hipótesis que no podrían abordarse únicamente con fuentes secundarias, convirtiéndose así en una fuente principal de información para este proyecto.

- **Encuesta de Línea de Base:** Aplicada pocos días después de la afiliación al Piloto TPI Urbano, esta encuesta captura los atributos iniciales de los hogares y sus miembros, proporcionando una referencia fundamental para el análisis comparativo.
- **Encuesta de Línea de Seguimiento:** Orientada a recopilar información sobre posibles canales de transmisión de los efectos del Piloto TPI Urbano y sobre las variables de resultado, facilitando la identificación de cambios atribuibles a la intervención.

³⁶ En particular, se han identificado las visitas domiciliarias realizadas por actores sociales. Mayores detalles se pueden encontrar en este enlace: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6152684/5431129-resolucion-ministerial-n-241-2024-minsa.pdf?v=1712424627>.

³⁷ Cabe señalar que esta acción se llevará a cabo una vez concluida la implementación del Piloto TPI Urbano.

Más detalles sobre los aspectos metodológicos de estas encuestas se encuentran en el Anexo 3 (Encuestas previstas en el Piloto TPI Urbano).

7.2.2. Indicadores

Este apartado presenta el conjunto de principales indicadores que serán empleados para evaluar la efectividad del Piloto TPI Urbano. Los indicadores han sido organizados en torno a cuatro dimensiones que reflejan los objetivos del Piloto TPI Urbano: el cumplimiento de corresponsabilidades, el estado de salud del menor, su desarrollo cognitivo y el bienestar general del hogar. Esta estructura permite una evaluación integral de los resultados esperados, considerando tanto aspectos individuales como familiares.

a. Dimensión de cumplimiento de corresponsabilidades

Esta dimensión evalúa si los hogares participantes del Piloto TPI Urbano cumplen con los compromisos establecidos por el programa Juntos, los cuales son fundamentales para mantener la marca TPI.

Tabla 9. Indicadores de resultado de la dimensión cumplimiento de corresponsabilidades

Indicador	Definición ^{1/}	Fuente de información
Recepción del paquete integral de salud	Muestra si el MO cumple con todas las corresponsabilidades establecidas en la TPI: vacunas, CRED, suplementación de hierro y dosaje de hemoglobina.	Base de datos del HIS-MINSA
Cumplimiento de controles CRED	Muestra si el MO ha asistido a todos los controles CRED establecidos en la TPI.	Base de datos del HIS-MINSA
Cumplimiento de recepción de vacunas básicas	Muestra si el MO ha recibido todas las vacunas establecidas en la TPI: rotavirus, neumococo, pentavalente y SPR.	Base de datos del HIS-MINSA
Retención de la marca TPI	Muestra si el hogar mantiene la marca TPI. ^{2/}	Base de datos del Programa Juntos

1/ Se miden para cada bimestre posterior a la obtención de la marca TPI.

2/ En primera instancia, se espera una alta correlación con el indicador de recepción del paquete integral de salud, dado que su incumplimiento constituye la principal causa de pérdida de marca. No obstante, esta también puede producirse por otras casuísticas adicionales.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

b. Dimensión de estado de salud del menor

Esta dimensión evalúa el estado de salud física del MO a partir de indicadores biomédicos y clínicos. Estos indicadores permiten identificar condiciones que podrían comprometer su crecimiento, desarrollo y bienestar general.

Tabla 10. Indicadores de resultado de la dimensión de estado de salud del menor

Indicador	Definición ^{1/}	Fuente de información ^{2/}
Nivel de hemoglobina	Muestra la cantidad de hemoglobina en la sangre del MO, que indica su capacidad para transportar oxígeno.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Prevalencia de anemia	Muestra si el MO presenta un nivel de hemoglobina inferior al umbral establecido por la OMS.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Talla para la edad	Muestra si la estatura del MO es la adecuada para su edad, según estándares internacionales.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Prevalencia de desnutrición crónica	Muestra si el MO tiene una talla significativamente menor a la esperada para su edad.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Prevalencia de infecciones respiratorias	Muestra si el MO ha presentado fiebre o tos en las últimas dos semanas.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Prevalencia de enfermedades diarreicas	Muestra si el MO ha presentado episodios de diarrea en las últimas dos semanas.	Encuesta de Línea de Seguimiento

1/ Se utilizarán los métodos de cálculo empleados por la ENDES.

2/ En caso de acceder a la base de datos del HIS-MINSA, y sujeto a una evaluación de la calidad de sus registros, estos también serán incorporados al análisis como fuente complementaria.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

c. Dimensión de desarrollo cognitivo del menor

Esta dimensión analiza el progreso del MO en áreas fundamentales del desarrollo infantil temprano, como la comunicación, la motricidad gruesa y la motricidad fina. Los indicadores se construyen a partir de las Global Scales for Early Development (GSED) package v1.0, desarrollado por la OMS.

El GSED package v1.0 es un instrumento de acceso abierto que proporciona un método estandarizado para evaluar el desarrollo de menores de hasta 36 meses en diversos contextos. Su aplicación permite obtener mediciones consistentes y comparables del desarrollo infantil temprano, facilitando la identificación de avances en la población bajo estudio.

Tabla 11. Indicadores de resultado de la dimensión de desarrollo cognitivo del menor

Indicador	Definición ^{1/}	Fuente de información
Desarrollo adecuado en comunicación	Muestra si el MO ha alcanzado hitos adecuados en el área de lenguaje y comunicación.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Desarrollo adecuado en motricidad gruesa	Muestra si el MO ha alcanzado hitos adecuados en control corporal y movilidad general.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Desarrollo adecuado en motricidad fina	Muestra si el MO ha alcanzado hitos adecuados en destrezas manuales y coordinación.	Encuesta de Línea de Seguimiento

1/ Se utilizarán los métodos de cálculo en las GSED package v1.0, una herramienta de evaluación del desarrollo infantil basada en el reporte materno.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

d. Dimensión de bienestar del hogar

Esta dimensión considera aspectos socioeconómicos, emocionales y de empoderamiento, proporcionando un panorama amplio sobre la situación del hogar. Incluye tanto condiciones objetivas como percepciones subjetivas de bienestar.

Tabla 12. Indicadores de resultado de la dimensión bienestar del hogar

Indicador	Definición	Fuente de información
Autoempleo	Muestra si algún miembro del hogar realiza al menos una actividad de autoempleo.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Subempleo	Muestra si algún miembro del hogar se encuentra bajo subempleo visible o invisible.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Ingresos del hogar	Muestra el nivel de ingresos mensual per cápita del hogar.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Gasto mensual en pañales para bebés	Muestra el gasto mensual del hogar en pañales para bebés.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Gasto mensual en fórmula para bebés	Muestra el gasto mensual del hogar en fórmula infantil.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Percepción de sobrecarga emocional	Muestra si la madre o el cuidador principal ha experimentado sentimientos de falta de control, tensión constante o dificultades abrumadoras en su vida.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Autonomía en la toma de decisiones del hogar	Muestra el nivel de participación de la madre o cuidador en decisiones importantes del hogar.	Encuesta de Línea de Seguimiento

Indicador	Definición	Fuente de información
Percepción de suficiencia del ingreso del hogar	Muestra si la madre o el cuidador principal percibe que los ingresos del hogar les permiten vivir adecuadamente	Encuesta de Línea de Seguimiento
Identidad parental	Muestra si la madre o el cuidador principal presenta identificación con dicho rol.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Estrategias de afrontamiento	Muestra si el hogar ha necesitado emplear alguna estrategia de afrontamiento por inseguridad alimentaria.	Encuesta de Línea de Seguimiento
Acceso a programas sociales alimentarios	Muestra si el hogar ha accedido a alimentos provenientes de algún programa social alimentario.	Encuesta de Línea de Seguimiento

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Sin perjuicio de lo expuesto, una vez se cuente con la información y se haya realizado el análisis correspondiente, será posible reconsiderar los indicadores actuales o establecer nuevos que se ajusten mejor a los resultados observados.

7.3. Estrategia de evaluación

El principal desafío en la medición del impacto de las políticas públicas radica en el sesgo de selección. Este sesgo surge porque los individuos que deciden participar en un programa difieren de aquellos que no lo hacen, tanto en características observables (que podemos medir) como en no observables (aquellas que no podemos medir fácilmente) (Bernal y Peña, 2011). Esto implica que, al comparar las variables de resultado entre quienes reciben el programa y quienes no, no solo estamos midiendo el impacto de la política pública, sino también el efecto de esas diferencias en características observables y no observables. Por esta razón, los experimentos aleatorios, también conocidos como RCT, se consideran el estándar de oro para la medición del impacto de las políticas públicas. Al asignar el tratamiento de forma aleatoria, se elimina el problema del sesgo de selección y permite medir sin sesgos el efecto causal del programa sobre los individuos.

La selección aleatoria es un principio central en el diseño experimental que consiste en asignar a los participantes a diferentes grupos de tratamiento (en el caso de este estudio, a diferentes montos para la transferencia) mediante un proceso completamente al azar. Esta metodología asegura que, en promedio, los grupos sean comparables en todas sus características observables y no observables antes de la intervención. Al eliminar sesgos en la asignación, es decir, que ser seleccionado no dependa de ninguna característica en particular, por ejemplo, el

nivel socioeconómico, la edad o el género, etc., la aleatorización permite atribuir cualquier diferencia en los resultados exclusivamente al efecto de la intervención (recibir diferentes montos), y no a otros factores externos. Por esta razón, es considerada el estándar de oro para generar evidencia causal confiable y válida, y es clave para tomar decisiones de política pública basadas en datos sólidos.

El estudio evaluará los impactos en cada variable de resultado de las siguientes condiciones:

- Aumento del monto del beneficio de 50 a 120 Soles.
- Aumento del monto del beneficio de 50 a 80 Soles.
- Aumento del monto del beneficio de 80 a 120 Soles.

Para estimar el efecto promedio de asignar a los hogares a diferentes esquemas, utilizamos el estimador de MCO con la siguiente especificación de ITT.

$$Y_i = \alpha + \beta[D_c(z) = 80] + \gamma[D_i(z) = 120] + \phi X_i + \delta_{PHA} + \theta_c + \varepsilon_c$$

Donde Y_i es la variable de resultado del hogar o del MO i , $(D_i(z) = z)$ son variables dicótomas cuyos coeficientes β y γ toman el valor de 1 cuando el hogar fue asignado al esquema de transferencias z y 0 de lo contrario. Cabe notar que la variable dicotómica de asignación al esquema de 80 Soles varía a nivel de clúster y la variable de asignación al esquema de 120 Soles varía a nivel de individuo. Dado que las asignaciones son aleatorias y ortogonales podemos estimar de manera insesgada los coeficientes que las acompañan en la misma regresión. X_i es un vector de variables de control del hogar o del MO³⁸. De esta forma, β mide el efecto del aumento del monto de 50 a 80 Soles, γ mide el efecto del aumento del monto de 50 a 120 Soles y $(\gamma - \beta)$ mide el efecto del aumento del monto de 80 a 120 en la variable Y . Además, se incluyen los efectos fijos de diseño: δ_{PHA} son los efectos fijos del PHA para controlar por diferencias entre rondas de inscripción y θ_c son los efectos fijos de clúster c . Finalmente, ε_c es el término de error agrupado a nivel de clúster c . En cada caso, las variables de tratamiento y controles se interpretan según la unidad de análisis correspondiente.

El alcance temporal del análisis está definido inicialmente hasta la finalización del Piloto TPI Urbano, es decir, cuando el MO cumpla 12 meses, lo que corresponde hasta octubre de 2025. Sin embargo, es posible detectar efectos intermedios, particularmente en el cumplimiento de las corresponsabilidades con datos

³⁸ Con base en el documento de análisis de la línea de base que se elaborará, según lo indicado en la sección 7.1.4 (Balance), se evaluará la pertinencia de incorporar variables de control en las estimaciones.

administrativos. Además, el análisis se centrará en los miembros objetivo que son niños (31,780), y no en gestantes, debido a que estas representan el 18% de la muestra (6,741 gestantes) y, en la mayoría de los casos, sus hijos no podrán ser observados dentro del período de estudio estimado³⁹.

Con el fin de comprender mejor para quiénes funciona mejor la intervención y orientar de manera más eficiente la asignación de recursos públicos en el futuro, se realizarán análisis de heterogeneidades. Estos análisis permiten explorar si el impacto del programa varía entre distintos subgrupos de la población. Desde el enfoque del MEF, resulta prioritario evaluar diferencias en los efectos según la condición socioeconómica del hogar (pobres extremos y pobres no extremos) y la ubicación geográfica (distritos más grandes o con mayor concentración de pobreza y el resto). Además, bajo un enfoque de género, se analizarán posibles diferencias entre niños y niñas, lo cual permitirá identificar si existen patrones diferenciales en la inversión o preferencias parentales hacia los menores. Este análisis también responde a las recomendaciones de organismos internacionales como el UNICEF, que promueven el monitoreo diferenciado por sexo como una práctica clave para promover la equidad en la infancia.

7.4.Potencia estadística

Los cálculos de poder estadístico son esenciales en las evaluaciones de impacto, debido a que permiten asegurar que el estudio tenga la capacidad de detectar los efectos reales de una intervención. En particular, el EMD es crucial porque indica el cambio más pequeño que el estudio puede identificar como resultado de una intervención. Si el EMD es demasiado grande, existe el riesgo de que se pasen por alto efectos reales pero pequeños, lo que podría llevar a conclusiones erróneas sobre la eficacia de una intervención. Por otro lado, un EMD muy pequeño requeriría muestras más grandes, lo que podría no ser viable debido a limitaciones de recursos. Por lo tanto, calcular y considerar el EMD es esencial para equilibrar la precisión estadística con la viabilidad práctica, asegurando que las evaluaciones de impacto sean tanto rigurosas como factibles.

En el caso del Piloto TPI Urbano, este cálculo se realizó en la etapa de diseño y se utilizaron dos fuentes de datos con información de salud: registros administrativos del Programa Juntos y una encuesta especializada. Los registros administrativos pueden presentar sesgos de selección al incluir solo a quienes acceden al sistema

³⁹ En el futuro se podrían analizar los efectos sobre los hijos de las gestantes utilizando exclusivamente registros administrativos, una vez que estos hayan alcanzado los 12 meses de edad.

de salud, a diferencia de las encuestas que ofrecen una muestra representativa sin este sesgo.

Los cálculos de poder se realizaron durante el diseño de la intervención para determinar el tamaño de muestra necesario y los efectos que podrían detectarse tras su implementación, lo cual es importante también para optimizar recursos. Para el Piloto TPI Urbano, se emplearon dos fuentes de datos: datos administrativos, que pueden presentar sesgo de selección al incluir sólo a quienes acceden al sistema de salud, y datos de encuesta, que no tienen este problema y ofrecen una muestra representativa.

El principal resultado considerado en los cálculos de poder es la anemia, no solo por su alta incidencia en niños en Perú y su relevancia dentro del estudio, sino también porque su detección requiere un mayor poder estadístico que otros resultados más directos, como el cumplimiento de las corresponsabilidades. La tasa de anemia de referencia utilizada en el análisis es 0.37 a nivel nacional, con una desviación estándar residual de 0.48, calculada con la ENDES del año 2022⁴⁰.

Dado que el Piloto TPI Urbano incluye dos niveles de aleatorización, se consideraron dos escenarios y todos los cálculos de poder asumen un nivel de significancia de $\alpha=0.05$. Para la aleatorización a nivel de clúster, el poder estadístico depende principalmente del número de clústeres más que del número de hogares dentro de cada clúster. El Piloto TPI Urbano abarca 230 clústeres, de los cuales 92 fueron asignados al esquema de 80 Soles, y el resto al de 50 o 120 Soles. En este caso, el Efecto Mínimo Detectable (EMD) estimado con datos administrativos es de 0.06 puntos porcentuales (ver tabla 13). Para la encuesta, se consideró suficiente encuestar al menos 10 hogares por clúster, la ganancia marginal de aumentar el tamaño del clúster es ínfima después de 10 hogares. Con esta muestra de 2,300, se logra detectar un EMD de 0.054 puntos porcentuales.

La aleatorización a nivel de hogar tiene mayor poder estadístico, ya que cuenta con un mayor número de observaciones. Considerando un tamaño muestral de 17,078 hogares⁴¹ en los distritos asignados al esquema de 50 o 120 Soles, con la mitad de ellos en cada esquema, se estima un EMD de 0.02 puntos porcentuales utilizando datos administrativos. Para la encuesta, con una muestra aproximada de 7,080

⁴⁰ Se utiliza esta base de datos pues en el momento en el que se realizaron las estimaciones era la más actualizada. Se toma en cuenta toda la muestra disponible para niños de 0 a 5 años. De la misma forma son las mediciones de los niveles de hemoglobina de más alta calidad.

⁴¹ Este número de hogares viene del total de hogares estimado en el diseño de la evaluación y no necesariamente corresponde al número actual de hogares.

también divididos en partes iguales para cada esquema, se espera un EMD de 0.03 puntos porcentuales.

Tabla 13. Efecto mínimo detectable sobre la prevalencia de anemia

Nivel aleatorización	Datos administrativos	Encuesta
Clúster	0.06	0.05
Hogar	0.02	0.03

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

8. Limitaciones y recomendaciones

La implementación del Piloto TPI Urbano enfrenta diversas limitaciones y potenciales riesgos que podrían influir en los resultados y la efectividad de la intervención. A continuación, se presentan los principales desafíos identificados, junto con las estrategias previstas para mitigar sus posibles efectos.

Uno de los riesgos más relevantes es la percepción de injusticia entre las usuarias, derivada de los distintos niveles de apoyo financiero otorgados. Si bien los grupos focales realizados antes del Piloto TPI Urbano señalaron que la mayoría de las usuarias no se conocen entre sí y que, incluso cuando coinciden en establecimientos de salud, no discuten sobre los montos recibidos, se consideró prudente anticipar posibles cuestionamientos. Por ello, en coordinación con la Oficina de Comunicaciones e Imagen de Juntos, se desarrolló una estrategia de comunicación clara para explicar la lógica de las asignaciones aleatorias. Esta estrategia incluyó la elaboración de materiales informativos y la capacitación de gestores locales, con el objetivo de que estos puedan comunicar de manera adecuada los detalles del Piloto TPI Urbano a las usuarias.

Este riesgo se vincula estrechamente con otro desafío operativo, la heterogeneidad en el involucramiento de los representantes del programa en el territorio. Los grupos focales permitieron identificar que algunos gestores locales adoptan prácticas propias para facilitar la gestión de los hogares a su cargo, especialmente en distritos con alta carga operativa. Aunque el programa ofrece capacitaciones nacionales para estandarizar la comunicación institucional, persiste un margen de discrecionalidad en las acciones de los gestores locales que podría distorsionar la comprensión del Piloto TPI Urbano entre las usuarias y, en consecuencia, afectar el cumplimiento de sus responsabilidades. No obstante, es importante señalar que los gestores locales no atienden necesariamente a los mismos hogares en cada bimestre, ya que la distribución de hogares puede ajustarse según la carga territorial. En este contexto, la incorporación de efectos fijos por clúster en las

estimaciones tiene como propósito controlar cualquier variabilidad a nivel territorial, por lo que la influencia de los gestores locales en la implementación del Piloto TPI Urbano estaría debidamente controlada en el análisis.

Otro aspecto relevante es la variabilidad temporal en la medición de los resultados de salud, ya que el Piloto TPI Urbano incluye a menores nacidos entre abril y octubre de 2024. Esto implica que los indicadores se registran en diferentes momentos, lo que podría afectar su comparabilidad. Por ejemplo, los nacidos en abril alcanzan los seis meses de edad en octubre, mientras que los nacidos en octubre lo harán en abril del siguiente año. Esta situación genera diferencias en aspectos como i) saturación estacional de los servicios de salud, donde la demanda puede incrementarse por enfermedades estacionales como las respiratorias en invierno o diarreicas en verano; ii) disponibilidad de insumos médicos, como suplementos de hierro, que pueden motivar visitas adicionales a los establecimientos de salud; iii) presencia del personal de salud, las atenciones médicas pueden ser ralentizadas por licencias, vacaciones o demoras en la contratación; y iv) factores ambientales, como lluvias intensas, friajes o huaicos, que pueden dificultar el acceso y atención de los servicios.

Para mitigar esta limitación, se medirán los resultados de salud en edades específicas (por ejemplo, anemia a los 6 o 12 meses). Los registros administrativos ya permiten identificar las atenciones de salud en edades exactas, conforme a los protocolos del sistema de salud, y la encuesta ha sido diseñada para minimizar diferencias importantes en la edad al momento de la medición. En ese sentido, no se incluirán efectos fijos de edad, salvo en casos donde se identifiquen diferencias relevantes. Además, dado que las estimaciones ya incorporan efectos fijos por el PHA, que está altamente correlacionado con el mes de nacimiento, no sería necesario agregar efectos fijos adicionales por mes de nacimiento. Esto permite mantener un modelo parsimonioso sin perder control sobre las variaciones relevantes en el momento de medición.

Otro riesgo importante es la posibilidad de que cambios normativos durante la ejecución modifiquen el diseño del Programa Juntos y, en consecuencia, del Piloto TPI Urbano. Ante esta posibilidad, el equipo evaluador ha mantenido una coordinación fluida con el programa desde la fase de diseño, con el compromiso de sostenerla durante toda la implementación del Piloto TPI Urbano.

Por otro lado, es necesario verificar si los hogares incluidos en el Piloto TPI Urbano participan en otras intervenciones gubernamentales, como el Programa Cuna Más o las visitas domiciliarias del MINSA, entre otros. La participación en estas medidas podría influir en los resultados, por lo que se coordinará con las entidades

responsables para profundizar en estos casos y considerarlos durante la implementación de la evaluación.

Finalmente, existe una preocupación en torno a los posibles efectos sobre la fertilidad. La literatura sugiere que las transferencias monetarias pueden, en ciertos contextos, generar incentivos no deseados para el embarazo, al ser percibidas como una fuente adicional de ingresos (Garganta et al., 2017; Cowan y Wyndham, 2022; Bokun, 2024). Esto podría contravenir los objetivos del programa en términos de reducción de la pobreza y mejora del capital humano. No obstante, evidencias más recientes indican que las TMC orientadas a fomentar la permanencia escolar pueden reducir los embarazos adolescentes, especialmente en áreas urbanas (Olson, Clark y Reynolds, 2019; Parker y Ryu, 2023). Para mitigar este riesgo, se recomienda complementar las transferencias con programas de educación y sensibilización sobre planificación familiar y salud sexual y reproductiva, dirigidos a adolescentes y sus familias, así como monitorear de cerca los patrones de fertilidad a lo largo de la intervención.

La tabla 14 presenta un resumen esquemático de las limitaciones identificadas, junto con las medidas previstas para su mitigación.

Tabla 14. Síntesis del análisis de riesgos y limitaciones

Limitación	Medidas de corrección
Percepción de injusticia entre las usuarias debido a los diferentes montos de apoyo financiero	Diseño de una estrategia de comunicación clara para explicar adecuadamente los detalles del Piloto TPI Urbano.
Heterogeneidad en el involucramiento de los gestores locales del programa	La incorporación de efectos fijos en las estimaciones tiene como propósito controlar cualquier variabilidad a nivel territorial, incluida la influencia de los gestores locales en la implementación del Piloto TPI Urbano.
Medición de variables de salud en diferentes momentos temporales	Cálculo de los indicadores de resultado en edades específicas, a fin de minimizar posibles diferencias asociadas al momento de medición. Además, las variaciones vinculadas al mes de nacimiento se encuentran controladas mediante la inclusión de efectos fijos por PHA, dada su alta correlación. Sin perjuicio de ello, se evaluarán casos excepcionales.
Riesgo de nuevas normativas que alteren el diseño del programa	Mantener una comunicación fluida y permanente entre el Programa Juntos y el equipo evaluador, con el fin de identificar y gestionar oportunamente cualquier cambio que pueda afectar la implementación del Piloto TPI Urbano.
Participación en otros programas gubernamentales	Coordinación con las entidades responsables de otras intervenciones para identificar la participación de los hogares en dichos programas y considerar su posible influencia en el análisis de resultados.

Limitación	Medidas de corrección
Posibles efectos de las transferencias monetarias sobre la fertilidad	Monitoreo mediante el análisis de patrones de fertilidad utilizando datos de la encuesta y registros administrativos disponibles, para tratar de identificar si existe evidencia de un posible efecto de las transferencias sobre la fertilidad.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

9. Bibliografía

Alcázar, L., Balarin, M., & Espinoza, K. (2016). Impacts of the Peruvian conditional cash transfer program on women's empowerment: A quantitative and qualitative approach.

Almond, D. & Currie, J. (2011). Human capital development before age five. In *Handbook of labor economics* (Vol. 4, pp. 1315-1486). Elsevier.

Ambler, K., & De Brauw, A. (2017). The impacts of cash transfers on women's empowerment: Learning from Pakistan's BISP program.

Attanasio, O., Fitzsimons, E., & Vera-Hernandez, E. (2004). Evaluación del Programa Familias en Acción-Subsidios Condicionados de la Red de Apoyo Social. Informe de la Línea de Base (Ajustado).

Attanasio, O. P., Fernández, C., Fitzsimons, E. O., Grantham-McGregor, S. M., Meghir, C., & Rubio-Codina, M. (2014). Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 349.

Attanasio, O., Oppedisano, V., & Vera-Hernández, M. (2015). Should cash transfers be conditional? Conditionality, preventive care, and health outcomes. *American Economic Journal: Applied Economics*, 7(2), 35-52.

Attanasio, O., Sosa, L. C., Medina, C., Meghir, C., & Posso-Suárez, C. M. (2021). Long term effects of cash transfer programs in Colombia (No. w29056). National Bureau of Economic Research.

Baird, S., McIntosh, C., & Özler, B. (2011). Cash or condition? Evidence from a cash transfer experiment. *The Quarterly journal of economics*, 126(4), 1709-1753.

Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). (2024). Evolución de enfermedades y atención en salud en el Perú. *Revista Moneda*, N.º 199, septiembre 2024.

Banco Mundial (2011). *Program Keluarga Harapan: main findings from the impact evaluation of Indonesia's pilot household conditional cash transfer program*. Jakarta: World Bank Office.

Banco Mundial (2023). *Resurgir fortalecidos: Evaluación de pobreza y equidad en el Perú*. Oficina de Lima, Perú: Grupo Banco Mundial.

Barber, S. L., & Gertler, P. J. (2009). Empowering women to obtain high quality care: evidence from an evaluation of Mexico's conditional cash transfer programme. *Health Policy and Planning*, 24(1), 18-25.

Bastagli, F., Hagen-Zanker, J., Harman, L., Barca, V., Sturge, G., Schmidt, T., & Pellerano, L. (2016). *Cash transfers: what does the evidence say. A rigorous review of programme impact and the role of design and implementation features*. London: ODI, 1(7), 1.

Beltrán, A., & Castro, J. F. (2018). *Combating Child Chronic Malnutrition and Anemia in Peru: Simulations based on the Achievement of Sustainable Development Goals*. Peruvian Economic Association.

Bernal, R., & Peña, X. (2011). *Guía práctica para la evaluación de impacto: Guía práctica para la evaluación de impacto*. Universidad de Los Andes, Colombia.

Bokun, A. (2024). Cash transfers and fertility: Evidence from Poland's Family 500+ Policy. *Demographic Research*, 51, 855–910. <https://www.jstor.org/stable/48797805>

Cahyadi, N., Hanna, R., Olken, B. A., Prima, R. A., Satriawan, E., & Syamsulhakim, E. (2020). Cumulative impacts of conditional cash transfer programs: Experimental evidence from Indonesia. *American Economic Journal: Economic Policy*, 12(4), 88-110.

Consortio de Investigación Económica y Social. (2022). *Balance de Investigación 2016-2021 y Agenda de Investigación 2021-2026*.

Cowan, S. y Wyndham, K. (2022). Examining the Effects of a Universal Cash Transfer on Fertility, *Social Forces*, Volume 101, Issue 2, December 2022, Pages 1003–1030, <https://doi.org/10.1093/sf/soac013>

Decreto Supremo N.º 002-2021-MIDIS. Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo N.º 032-2005-PCM mediante el cual se crea el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS", y deroga el artículo 2 del Decreto Supremo N.º 009-2012-MIDIS. (4 de marzo de 2021). <https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/1768993-002-2021-midis>

De Brauw, A., Gilligan, D., Hoddinott, J., Moreira, V., & Roy, S. (2012). *The impact of Bolsa Família on child, maternal, and household welfare*. IFPRI. Washington, DC.

De Walque, D., Fernald, L., Gertler, P., & Hidrobo, M. (2017). Cash transfers and child and adolescent development. *Child and Adolescent Health and Development*. 3rd edition.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.

Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature human behaviour*, 2(4), 253-260.

Fernald, L. C., & Hidrobo, M. (2011). Effect of Ecuador's cash transfer program (Bono de Desarrollo Humano) on child development in infants and toddlers: a randomized effectiveness trial. *Social science & medicine*, 72(9), 1437-1446.

Filmer, D., & Schady, N. (2011). Does more cash in conditional cash transfer programs always lead to larger impacts on school attendance? *Journal of development Economics*, 96(1), 150-157.

Fort, R., y Espinoza, A. (2020). Mapeo y tipología de la expansión urbana en el Perú.

Fujii, T., Ho, C., Ray, R., & Shonchoy, A. (2021). Conditional Cash Transfer, Loss Framing, and SMS Nudges: Evidence from a Randomized Field Experiment in Bangladesh (No. 2109). Florida International University, Department of Economics.

Garganta, S., Gasparini, L., Marchionni, M., & Tappatá, M. (2017). The effect of cash transfers on fertility: Evidence from Argentina. *Population Research and Policy Review*, 36, 1-24.

Gertler, P. (2004). Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment. *American economic review*, 94(2), 336-341.

Grey, L., Campana, Y. y Monge, A. (2018). ¿Cuándo sería oportuno graduar a las familias de JUNTOS? Informe Final. Consorcio de Investigación Económica y Social – CIES y Macroconsult. https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2019/03/2019_03_11_cies_graduacion_juntos_-_informe_final_2_pma2an48-471_version_publicada.pdf

Haushofer, J., & Shapiro, J. (2016). The short-term impact of unconditional cash transfers to the poor: experimental evidence from Kenya. *The Quarterly Journal of Economics*, 131(4), 1973-2042.

Imai, K., King, G., & Nall, C. (2009). The essential role of pair matching in cluster-randomized experiments, with application to the Mexican universal health insurance evaluation.

Imbens, G. W., & Rubin, D. B. (2015). *Causal inference in statistics, social, and biomedical sciences*. Cambridge university press.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2011). *Evolución de la Pobreza al 2010*. Informe técnico. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). *Evolución de la Pobreza Monetaria 2010-2021*. Informe técnico. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023). *Evolución de la Pobreza Monetaria 2010-2021*. Informe técnico. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024). *Evolución de la Pobreza Monetaria 2014-2023*. Informe técnico. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). *Planos Estratificados de Lima Metropolitana a Nivel de Manzanas según Ingreso Per Cápita del Hogar*. Informe técnico. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). *Planos Estratificados por ingreso a nivel de manzana de las Grandes Ciudades*. Informe técnico. Lima, Perú.

Jaramillo (2022). *Propuesta de estrategia metodológica para identificar el impacto de la Transferencia a Primera Infancia (TPI)*.

Jones, D., & Marinescu, I. (2022). Universal Cash Transfers and Inflation. *National Tax Journal*, 75(3), 627–653. doi:10.1086/720770

Kilburn, K., Thirumurthy, H., Halpern, C. T., Pettifor, A., & Handa, S. (2016). Effects of a Large-Scale Unconditional Cash Transfer Program on Mental Health Outcomes of Young People in Kenya. *Journal of Adolescent Health*, 58(2), 223–229. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.023

King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, R. T., Nall, C., & Llamas, H. H. (2009). Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *The Lancet*, 373(9673), 1447-1454.

Kusuma, D., Thabrany, H., Hidayat, B., McConnell, M., Berman, P., & Cohen, J. (2017). New evidence on the impact of large-scale conditional cash transfers on child vaccination rates: The case of a clustered-randomized trial in Indonesia. *World development*, 98, 497-505.

La Brooy, J. (2009). A Weighted Welfare Analysis of Local Price Inflation: Disaster Relief and Cash Transfer Programming in Developing Countries. *Journal of Human Security*, 5(2), 65–82.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.872799360233974>

Levasseur, P. (2021). Why conditional cash transfers programs fail to target the poor? The case of urban Mexico. *CEPAL Review*, 133, 191-206.

Ley N.º 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024 (6 de diciembre de 2023). <https://www.mef.gob.pe/es/normatividad-sp-9867/por-instrumento/leyes/32220-ley-n-31953-1/file>

Ley N.º 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025 (11 de diciembre de 2024). <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/6278077-32185>

Litwin, A., Perova, E., & Reynolds, S. A. (2019). A conditional cash transfer and Women's empowerment: Does Bolsa Familia Influence intimate partner violence? *Social Science & Medicine*, 238, 112462.

López, F. y Aguilar, A. (2020). La Suburbanización de la Pobreza y el Acceso a los Servicios Públicos en la Ciudad de México. *Revista de geografía Norte Grande*, (77), 293-312. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022020000300293>

Mariano, S. (2020). Conditional cash transfers, empowerment and female autonomy: care and paid work in the Bolsa Família programme, Brazil. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(11/12), 1491-1507.

Maizunati, N. A., & Sulistyningrum, E. (2019). Impact Evaluation of Program Keluarga Harapan (PKH): Indonesia conditional cash transfer program on iron supplements consumption on pregnant women in Indonesia. In *First International Conference on Administration Science (ICAS 2019)* (pp. 35-41). Atlantis Press.

McGuire, J., Kaiser, C., & Bach-Mortensen, A. M. (2022). A systematic review and meta-analysis of the impact of cash transfers on subjective well-being and mental health in low-and middle-income countries. *Nature Human Behaviour*, 6(3), 359-370

Ministerio de Salud. (2024). Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) para menores de 11 años. Recuperado de <https://www.gob.pe/32588-control-de-crecimiento-y-desarrollo-cred-para-menores-de-11-anos>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2024). Evaluación de impacto de la Transferencia a Primera Infancia (TPI) sobre la cobertura del paquete integral de salud, la prevalencia de anemia y desnutrición crónica infantil. MIDIS; UNICEF. <https://evidencia.midis.gob.pe/evaluacion-transferencia-primera-infancia-juntos-nm>

Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). Servicio de Consultoría para el Análisis de Resultados para Estimar los Efectos Directamente Atribuibles del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS. Lima, Perú. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/presu_sect/2017_Programa_JUNTOS_El.pdf.pdf

Nigenda, G. & Gonzalez-Robledo, L.M. (2005). Lessons Offered by Latin American Cash Transfer Programmes, Mexico's Oportunidades and Nicaragua's SPN: Implications for African Countries, UK Department for International Development's (DFID's) Health Systems Resource Centre (HSRC), London

Okeke, E. N., & Abubakar, I. S. (2020). Healthcare at the beginning of life and child survival: evidence from a cash transfer experiment in Nigeria. *Journal of Development Economics*, 143, 102426.

Olson, Z., Clark, R. G., & Reynolds, S. A. (2019). Can a conditional cash transfer reduce teen fertility? The case of Brazil's Bolsa Familia. *Journal of Health Economics*, 63, 128–144. doi:10.1016/j.jhealeco.2018.10.006.

Owusu-Addo, E., & Cross, R. (2014). The impact of conditional cash transfers on child health in low-and middle-income countries: a systematic review. *International journal of public health*, 59, 609-618.

Parker, S.W. and Ryu, S. (2023). Do Conditional Cash Transfers Reduce Fertility? Nationwide Evidence from Mexico. *Population and Development Review*, 49: 599-616. <https://doi.org/10.1111/padr.12576>

Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 015-2021-MIDIS/PNADP-DE. Aprobar el nuevo esquema de corresponsabilidades y transferencias diferenciadas del Programa (27 de enero de 2021). <https://www.gob.pe/institucion/juntos/normas-legales/1520432-015-2021-rde>

Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 039-2024-MIDIS/PNADP-DE. Actualización de Directiva y procedimiento de Gestión de Resultados del Proceso de Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades (13 de febrero de 2024). <https://www.gob.pe/institucion/juntos/normas-legales/5194916-039-2024-de>

Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 063-2024-MIDIS/PNADP-DE. Aprobar la actualización de la Directiva del Proceso de Afiliación del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS (29 de febrero de 2024). <https://www.gob.pe/institucion/juntos/normas-legales/5279704-063-2024-midis-pnadp-de>

Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 123-2024-MIDIS/PNADP-DE. Actualización del Procedimiento para la Determinación de Hogares Elegibles (16 de mayo de 2024). <https://www.gob.pe/institucion/juntos/normas-legales/5586446-123-2024-de>

Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 144-2024-MIDIS/PNADP-DE. Actualización de las Pautas para la implementación de la transferencia alta secundaria en los procesos operativos del Programa JUNTOS (26 de junio de 2024). <https://www.gob.pe/institucion/juntos/normas-legales/5700852-144-2024-de>

Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 301-2024-MIDIS/PNADP-DE. Actualización del Instructivo de Aplicación de Reglas de Procesamiento para el Resultado de VCC (16 de diciembre de 2024). <https://www.gob.pe/institucion/juntos/normas-legales/6309341-301-2024-de>

Resolución Ministerial N.º 011-2024-MIDIS. (30 de enero de 2024). <https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/5137247-011-2024-midis>

Shei, A., Costa, F., Reis, M. G., & Ko, A. I. (2014). The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC international health and human rights*, 14, 1-9.

Siddiqi, A., Rajaram, A., & Miller, S. P. (2018). Do cash transfer programmes yield better health in the first year of life? A systematic review linking low-income/middle-income and high-income contexts. *Archives of Disease in Childhood*, 103(10), 920-926.

Stampini, M., Medellín, N., & Ibararán, P. (2023). Cash transfers, poverty, and inequality in Latin America and the Caribbean.

Tiwari, S. (2018). Long-Term Effects of Temporary Income Shocks on Food Consumption and Subjective Well-Being. *The Journal of Development Studies*, 55(8), 1687–1707. <https://doi-org.proxy.uchicago.edu/10.1080/00220388.2018.1464144>

World Health Organization. (2008). *Worldwide Prevalence of Anaemia 1993–2005: WHO Global Database on Anaemia*. Geneva: WHO

World Health Organization (2023). *Accelerating anemia reduction. A comprehensive framework for action*.

10. Anexos

Anexo 1. Distritos participantes en el Piloto “Esquemas Alternativos de Transferencias a la Primera Infancia en Zonas Urbanas”

Tabla 15. Relación de distritos que forman parte del Piloto TPI Urbano

N°	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
1	010201	AMAZONAS	BAGUA	BAGUA
2	021801	ANCASH	SANTA	CHIMBOTE
3	021809	ANCASH	SANTA	NUEVO CHIMBOTE
4	020801	ANCASH	CASMA	CASMA
5	021101	ANCASH	HUARMEY	HUARMEY
6	020105	ANCASH	HUARAZ	INDEPENDENCIA
7	021803	ANCASH	SANTA	COISHCO
8	020101	ANCASH	HUARAZ	HUARAZ
9	030101	APURIMAC	ABANCAY	ABANCAY
10	030201	APURIMAC	ANDAHUAYLAS	ANDAHUAYLAS
11	040102	AREQUIPA	AREQUIPA	ALTO SELVA ALEGRE
12	040103	AREQUIPA	AREQUIPA	CAYMA
13	040104	AREQUIPA	AREQUIPA	CERRO COLORADO
14	040109	AREQUIPA	AREQUIPA	MARIANO MELGAR
15	040112	AREQUIPA	AREQUIPA	PAUCARPATA
16	040128	AREQUIPA	AREQUIPA	YURA
17	040520	AREQUIPA	CAYLLOMA	MAJES
18	040110	AREQUIPA	AREQUIPA	MIRAFLORES
19	040122	AREQUIPA	AREQUIPA	SOCABAYA
20	040107	AREQUIPA	AREQUIPA	JACOBO HUNTER
21	040105	AREQUIPA	AREQUIPA	CHARACATO
22	040117	AREQUIPA	AREQUIPA	SACHACA
23	040123	AREQUIPA	AREQUIPA	TIABAYA
24	040701	AREQUIPA	ISLAY	MOLLEDO
25	040111	AREQUIPA	AREQUIPA	MOLLEBAYA
26	040129	AREQUIPA	AREQUIPA	JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO
27	040106	AREQUIPA	AREQUIPA	CHIGUATA
28	040116	AREQUIPA	AREQUIPA	SABANDIA
29	050401	AYACUCHO	HUANTA	HUANTA
30	050116	AYACUCHO	HUAMANGA	ANDRES AVELINO CACERES DORREGARAY
31	050104	AYACUCHO	HUAMANGA	CARMEN ALTO
32	050101	AYACUCHO	HUAMANGA	AYACUCHO
33	050110	AYACUCHO	HUAMANGA	SAN JUAN BAUTISTA
34	050115	AYACUCHO	HUAMANGA	JESUS NAZARENO

N°	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
35	060101	CAJAMARCA	CAJAMARCA	CAJAMARCA
36	060801	CAJAMARCA	JAEN	JAEN
37	060601	CAJAMARCA	CUTERVO	CUTERVO
38	060108	CAJAMARCA	CAJAMARCA	LOS BAÑOS DEL INCA
39	070101	CALLAO	CALLAO	CALLAO
40	070106	CALLAO	CALLAO	VENTANILLA
41	070107	CALLAO	CALLAO	MI PERU
42	080601	CUSCO	CANCHIS	SICUANI
43	080801	CUSCO	ESPINAR	ESPINAR
44	080105	CUSCO	CUSCO	SAN SEBASTIAN
45	080106	CUSCO	CUSCO	SANTIAGO
46	080104	CUSCO	CUSCO	SAN JERONIMO
47	080101	CUSCO	CUSCO	CUSCO
48	080901	CUSCO	LA CONVENCION	SANTA ANA
49	090118	HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	ASCENSION
50	100101	HUANUCO	HUANUCO	HUANUCO
51	100102	HUANUCO	HUANUCO	AMARILIS
52	100601	HUANUCO	LEONCIO PRADO	RUPA-RUPA
53	100606	HUANUCO	LEONCIO PRADO	MARIANO DAMASO BERAUN
54	100111	HUANUCO	HUANUCO	PILLCO MARCA
55	100608	HUANUCO	LEONCIO PRADO	CASTILLO GRANDE
56	110101	ICA	ICA	ICA
57	110206	ICA	CHINCHA	GROCIO PRADO
58	110207	ICA	CHINCHA	PUEBLO NUEVO
59	110501	ICA	PISCO	PISCO
60	110507	ICA	PISCO	SAN CLEMENTE
61	110201	ICA	CHINCHA	CHINCHA ALTA
62	110106	ICA	ICA	PARCONA
63	110210	ICA	CHINCHA	SUNAMPE
64	110301	ICA	NASCA	NASCA
65	110508	ICA	PISCO	TUPAC AMARU INCA
66	110305	ICA	NASCA	VISTA ALEGRE
67	110102	ICA	ICA	LA TINGUIÑA
68	110112	ICA	ICA	SUBTANJALLA
69	110103	ICA	ICA	LOS AQUIJES
70	110506	ICA	PISCO	SAN ANDRES
71	110110	ICA	ICA	SAN JUAN BAUTISTA
72	110108	ICA	ICA	SALAS
73	120302	JUNIN	CHANCHAMAYO	PERENE
74	120119	JUNIN	HUANCAYO	HUANCAN

N°	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
75	120606	JUNIN	SATIPO	PANGO
76	120134	JUNIN	HUANCAYO	SICAYA
77	120107	JUNIN	HUANCAYO	CHILCA
78	120303	JUNIN	CHANCHAMAYO	PICHANAQUI
79	120305	JUNIN	CHANCHAMAYO	SAN RAMON
80	120701	JUNIN	TARMA	TARMA
81	120601	JUNIN	SATIPO	SATIPO
82	120101	JUNIN	HUANCAYO	HUANCAYO
83	120434	JUNIN	JAUJA	YAUYOS
84	120901	JUNIN	CHUPACA	CHUPACA
85	120117	JUNIN	HUANCAYO	HUALHUAS
86	120133	JUNIN	HUANCAYO	SAPALLANGA
87	120401	JUNIN	JAUJA	JAUJA
88	120121	JUNIN	HUANCAYO	HUAYUCACHI
89	120301	JUNIN	CHANCHAMAYO	CHANCHAMAYO
90	120808	JUNIN	YAULI	SANTA ROSA DE SACCO
91	120129	JUNIN	HUANCAYO	SAN AGUSTIN
92	120114	JUNIN	HUANCAYO	EL TAMBO
93	130102	LA LIBERTAD	TRUJILLO	EL PORVENIR
94	130105	LA LIBERTAD	TRUJILLO	LA ESPERANZA
95	130112	LA LIBERTAD	TRUJILLO	ALTO TRUJILLO
96	130901	LA LIBERTAD	SANCHEZ CARRION	HUAMACHUCO
97	130103	LA LIBERTAD	TRUJILLO	FLORENCIA DE MORA
98	130205	LA LIBERTAD	ASCOPE	PAIJAN
99	130401	LA LIBERTAD	CHEPEN	CHEPEN
100	130702	LA LIBERTAD	PACASMAYO	GUADALUPE
101	130104	LA LIBERTAD	TRUJILLO	HUANCHACO
102	131201	LA LIBERTAD	VIRU	VIRU
103	130109	LA LIBERTAD	TRUJILLO	SALAVERRY
104	130704	LA LIBERTAD	PACASMAYO	PACASMAYO
105	130107	LA LIBERTAD	TRUJILLO	MOCHE
106	130111	LA LIBERTAD	TRUJILLO	VICTOR LARCO HERRERA
107	130101	LA LIBERTAD	TRUJILLO	TRUJILLO
108	130208	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE
109	130106	LA LIBERTAD	TRUJILLO	LAREDO
110	140101	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO
111	140105	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	JOSE LEONARDO ORTIZ
112	140201	LAMBAYEQUE	FERREÑAFE	FERREÑAFE
113	140301	LAMBAYEQUE	LAMBAYEQUE	LAMBAYEQUE

N°	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
114	140206	LAMBAYEQUE	FERREÑAFE	PUEBLO NUEVO
115	140112	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	PIMENTEL
116	140106	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	LA VICTORIA
117	140120	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	TUMAN
118	140108	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	MONSEFU
119	140118	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	POMALCA
120	150101	LIMA	LIMA	LIMA
121	150102	LIMA	LIMA	ANCON
122	150103	LIMA	LIMA	ATE
123	150106	LIMA	LIMA	CARABAYLLO
124	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS
125	150110	LIMA	LIMA	COMAS
126	150111	LIMA	LIMA	EL AGUSTINO
127	150112	LIMA	LIMA	INDEPENDENCIA
128	150117	LIMA	LIMA	LOS OLIVOS
129	150118	LIMA	LIMA	LURIGANCHO
130	150119	LIMA	LIMA	LURIN
131	150123	LIMA	LIMA	PACHACAMAC
132	150125	LIMA	LIMA	PUENTE PIEDRA
133	150128	LIMA	LIMA	RIMAC
134	150132	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO
135	150133	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES
136	150135	LIMA	LIMA	SAN MARTIN DE PORRES
137	150139	LIMA	LIMA	SANTA ROSA
138	150142	LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR
139	150143	LIMA	LIMA	VILLA MARIA DEL TRIUNFO
140	150601	LIMA	HUARAL	HUARAL
141	150507	LIMA	CAÑETE	IMPERIAL
142	150201	LIMA	BARRANCA	BARRANCA
143	150605	LIMA	HUARAL	CHANCAY
144	150109	LIMA	LIMA	CIENEGUILLA
145	150810	LIMA	HUAURA	SANTA MARIA
146	150801	LIMA	HUAURA	HUACHO
147	150124	LIMA	LIMA	PUCUSANA
148	150126	LIMA	LIMA	PUNTA HERMOSA
149	150205	LIMA	BARRANCA	SUPE PUERTO
150	150806	LIMA	HUAURA	HUAURA
151	150137	LIMA	LIMA	SANTA ANITA
152	150202	LIMA	BARRANCA	PARAMONGA
153	150501	LIMA	CAÑETE	SAN VICENTE DE CAÑETE

N°	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
154	150509	LIMA	CAÑETE	MALA
155	150805	LIMA	HUAURA	HUALMAY
156	150107	LIMA	LIMA	CHACLACAYO
157	150204	LIMA	BARRANCA	SUPE
158	150129	LIMA	LIMA	SAN BARTOLO
159	150140	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO
160	150114	LIMA	LIMA	LA MOLINA
161	150127	LIMA	LIMA	PUNTA NEGRA
162	150134	LIMA	LIMA	SAN LUIS
163	160113	LORETO	MAYNAS	SAN JUAN BAUTISTA
164	160112	LORETO	MAYNAS	BELEN
165	160108	LORETO	MAYNAS	PUNCHANA
166	160201	LORETO	ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS
167	160501	LORETO	REQUENA	REQUENA
168	160101	LORETO	MAYNAS	IQUITOS
169	170101	MADRE DE DIOS	TAMBOPATA	TAMBOPATA
170	170103	MADRE DE DIOS	TAMBOPATA	LAS PIEDRAS
171	180301	MOQUEGUA	ILO	ILO
172	180101	MOQUEGUA	MARISCAL NIETO	MOQUEGUA
173	180107	MOQUEGUA	MARISCAL NIETO	SAN ANTONIO
174	180302	MOQUEGUA	ILO	EL ALGARROBAL
175	180104	MOQUEGUA	MARISCAL NIETO	SAMEGUA
176	190101	PASCO	PASCO	CHAUPIMARCA
177	200104	PIURA	PIURA	CASTILLA
178	200105	PIURA	PIURA	CATACAOS
179	200114	PIURA	PIURA	TAMBO GRANDE
180	200115	PIURA	PIURA	VEINTISEIS DE OCTUBRE
181	200501	PIURA	PAITA	PAITA
182	200601	PIURA	SULLANA	SULLANA
183	200701	PIURA	TALARA	PARIÑAS
184	200801	PIURA	SECHURA	SECHURA
185	200110	PIURA	PIURA	LA UNION
186	200401	PIURA	MORROPON	CHULUCANAS
187	200602	PIURA	SULLANA	BELLAVISTA
188	200109	PIURA	PIURA	LA ARENA
189	200101	PIURA	PIURA	PIURA
190	211101	PUNO	SAN ROMAN	JULIACA
191	211105	PUNO	SAN ROMAN	SAN MIGUEL
192	210201	PUNO	AZANGARO	AZANGARO
193	210501	PUNO	EL COLLAO	ILAVE

N°	UBIGEO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
194	210801	PUNO	MELGAR	AYAVIRI
195	210101	PUNO	PUNO	PUNO
196	220804	SAN MARTIN	RIOJA	NUEVA CAJAMARCA
197	220801	SAN MARTIN	RIOJA	RIOJA
198	220601	SAN MARTIN	MARISCAL CACERES	JUANJUI
199	220909	SAN MARTIN	SAN MARTIN	LA BANDA DE SHILCAYO
200	220101	SAN MARTIN	MOYOBAMBA	MOYOBAMBA
201	220901	SAN MARTIN	SAN MARTIN	TARAPOTO
202	230102	TACNA	TACNA	ALTO DE LA ALIANZA
203	230104	TACNA	TACNA	CIUDAD NUEVA
204	230110	TACNA	TACNA	CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA
205	230101	TACNA	TACNA	TACNA
206	230108	TACNA	TACNA	POCOLLAY
207	240302	TUMBES	ZARUMILLA	AGUAS VERDES
208	240101	TUMBES	TUMBES	TUMBES
209	240301	TUMBES	ZARUMILLA	ZARUMILLA
210	250101	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CALLERIA
211	250105	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	YARINACOCHA
212	250107	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	MANANTAY

Nota: Se han obviado las tildes.

Fuente: MIDIS.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Anexo 2. Información complementaria de la aleatorización a nivel de hogar

Tabla 16. Relación de variables consideradas en las aleatorizaciones

N°	Variable
1	Código del hogar
2	Código ubigeo del hogar
3	Descripción del departamento
4	Descripción de la provincia
5	Descripción del distrito
6	Código del centro poblado
7	Descripción del centro poblado
8	Área del ubigeo
9	Dirección del hogar
10	Referencia de la dirección del hogar
11	Latitud de la dirección del hogar
12	Longitud de la dirección del hogar
13	Nombre titular del hogar
14	Apellido paterno titular del hogar
15	Apellido materno titular del hogar
16	DNI de titular
17	Nombre de la madre del niño
18	Apellido paterno de madre del niño
19	Apellido materno de madre del niño
20	Número DNI de la madre del niño
21	Nivel de instrucción de la madre
22	Nombre del niño/gestante
23	Apellido paterno del niño/gestante
24	Apellido materno del niño/gestante
25	Tipo documento del niño/gestante
26	Número documento niño/gestante
27	Fecha nacimiento niño/gestante
28	CSE del hogar
29	Vigencia de la CSE del hogar
30	Número de celular del hogar
31	Categoría del hogar
32	Código TPI de la Zona TPI
33	Zona TPI (aplica para los distritos fragmentados)
34	Beneficiario: niño o gestante
35	Esquema TPI según la etapa de aleatorización por clúster

Fuente: Programa Juntos.

Elaboración: MEF-DGPP-DCGP.

Anexo 3. Encuestas previstas en el Piloto “Esquemas Alternativos de Transferencias a la Primera Infancia en Zonas Urbanas”

Para medir resultados y caracterizar adecuadamente a los hogares participantes en el Piloto TPI Urbano, se diseñaron y aplicaron dos encuestas: una de Línea de Base (LB) y otra de Línea de Seguimiento (LS). Ambas se aplicaron a una muestra aleatoria de hogares participantes con por lo menos un MO menor al momento de la afiliación y recopilan información relevante para los objetivos del Piloto TPI Urbano. Cada cuestionario incluye módulos específicos sobre características del hogar, la madre y el niño. Las encuestas fueron implementadas en campo por un equipo especializado, siguiendo procedimientos de calidad y supervisión establecidos. El miembro del hogar responsable de responder las preguntas es la madre del MO, o el cuidador principal del mismo en su defecto.

El MEF, a través de la Encuesta de Seguimiento a la Calidad del Gasto Público, ha encargado al INEI la recolección de información en los años 2024 y 2025. La muestra está conformada por los hogares del Piloto TPI Urbano que al momento de la afiliación contaban con un niño como MO y se ubicaban dentro de 209 distritos⁴².

a. Encuesta de Línea de Base

El cuestionario de Línea de Base fue diseñado para capturar información inicial del hogar poco después de su afiliación al Piloto TPI Urbano. En tal sentido, la información recogida será empleada principalmente como variables de control que aumenten la precisión de las estimaciones.

La encuesta contó con ocho capítulos que abarcaron desde las condiciones materiales de la vivienda hasta la percepción subjetiva de bienestar del hogar. A continuación, se presenta un resumen de la información recogida en cada uno de los capítulos:

- **Participación en el Programa Juntos:** Percepción y comprensión de la afiliación, mensajes recibidos y barreras para el cumplimiento de corresponsabilidades.
- **Características de la vivienda y del hogar:** Información sobre materiales de construcción, acceso a servicios básicos, tipo de alumbrado, entre otros.

⁴² Los hogares con mujeres embarazadas están excluidos, ya que no habría tiempo suficiente para analizar sus datos dentro del cronograma del estudio. Asimismo, por un tema de costos operativos se excluyen los hogares ubicados en las regiones de Amazonas, Huancavelica y Pasco, debido a que estas solo cuentan con un distrito como parte del Piloto TPI Urbano.

- **Características de los miembros del hogar:** Registro individual de cada miembro del hogar con datos sobre parentesco, edad, sexo, educación, gestación (si aplica) y número de celular.
- **Gastos del hogar:** Detalle de adquisición y consumo de diversos productos y servicios. Se indaga por la cantidad adquirida y el gasto monetario respectivo. Se subdivide en los siguientes módulos:
 - **Alimentos y bebidas:** Detalle de adquisición y consumo de alimentos en los últimos 15 días, incluyendo origen del producto (compra, autoconsumo, donación) y lugar de adquisición.
 - **Artículos de limpieza:** Compra y uso de productos de limpieza para el hogar y personales.
 - **Servicios del hogar:** Gastos mensuales en servicios como agua, luz, gas, internet, entre otros.
 - **Transporte y comunicaciones:** Gastos en transporte público, gasolina, taxis, y otros medios de comunicación.
 - **Esparcimiento y recreación:** Consumo cultural, compra de libros, juegos, salidas recreativas, etc.
- **Estrategias e índice de afrontamiento ante inseguridad alimentaria:** Medidas adoptadas por el hogar en contexto de dificultad económica (reducción de consumo, endeudamiento, ayuda externa, etc.).
- **Participación en programas alimentarios:** Información sobre acceso a programas como comedores populares, ollas comunes, Qali Warma, entre otros.
- **Embarazo, lactancia, salud y cuidado del niño:** Seguimiento prenatal, prácticas de lactancia, cuidado infantil, controles de salud, enfermedades recientes, peso y talla al nacer.
- **Empleo e ingresos:** Situación laboral de los miembros del hogar, fuentes de ingreso, tipo de ocupación y formalidad.
- **Percepción del hogar y nivel de vida:** Satisfacción general, percepción de cambio, estabilidad financiera y emocional del hogar.

Los recursos disponibles permitieron que el tamaño muestral de la LB sea de 8,000 hogares. La distribución original de los hogares por cada PHA fue planeada de manera equitativa pero finalmente estaba condicionada al número real de hogares afiliados en cada ronda de afiliación. La selección de los hogares a encuestar se debió realizar inmediatamente posterior a la aleatorización de los montos debido a que el INEI debía de contar con esta relación para poder iniciar operaciones y cumplir las metas de cobertura a tiempo, entre los meses de julio y diciembre de 2024.

Considerando que la muestra total debe incluir hogares de las tres rondas de afiliación (PHA III, IV y V) y con el objetivo de garantizar un adecuado poder estadístico, se estableció un diseño estratificado con un mínimo de 10 hogares por clúster en la muestra total.

Dado que el PHA III contaba con 13,147 hogares afiliados, representando el 46% de la meta total de afiliación al piloto, se determinó que cada clúster de este grupo incluyera 4 hogares. Además, se asumió una distribución equitativa para las rondas de afiliación restantes, asignando 3 hogares a cada una (PHA IV y V), de manera que cada clúster alcanzara un total de 10 hogares al terminar las tres rondas.

Ahora bien, las dos primeras rondas de afiliación superaron las expectativas de inscripción, lo que llevó a la decisión de asegurar anticipadamente las 10 observaciones hasta el PHA IV y también con el interés de abordar el desbalance.

La submuestra de hogares del PHA V se seleccionó mediante una aleatorización simple debido a la complejidad del diseño⁴³ y al corto plazo disponible para enviar la relación de hogares al INEI. Es importante destacar que, para esta etapa, ya se había asegurado la meta de 10 hogares por clúster. En esta ronda de afiliación, surgió la necesidad de determinar cuántos hogares afiliar en cada tipo de esquema según los recursos disponibles. Además, por primera vez, se presentaron clústeres de 80 Soles que incluían hogares con asignaciones de entre 50 y 80 Soles. Ante esta situación, la conformación de los hogares de esta submuestra se realizó mediante un sorteo simple por cada tipo de clúster.

El proceso de muestreo inicia con la selección aleatoria de hogares en los clústeres de 80 Soles. Posteriormente, para los clústeres de 50 y 120 Soles, los hogares se eligen de manera proporcional al tamaño de muestra viable en relación con el tamaño objetivo. Esta última selección se realiza en dos pasos: primero, se eligen los hogares en clústeres con cuatro o menos hogares, y luego, en aquellos con más de cuatro hogares.

Al final del recojo de información, la muestra final tiene 1,511 hogares que reciben 80 Soles, 2,970 que reciben 120 Soles y 3,564 que reciben 50 Soles. Esto genera un total de 8,045 hogares encuestados, cifra mayor a los 8,000 inicialmente proyectados; esta diferencia se debe a que el INEI buscó asegurar la meta de hogares a encuestar.

⁴³ La sección 7.1.3.(Consideraciones particulares sobre el PHA V) brinda mayores detalles.

b. Encuesta de Línea de Seguimiento

La encuesta de Línea de Seguimiento será aplicada aproximadamente 13 a 18 meses después de la afiliación, con el objetivo de capturar efectos intermedios y finales de la intervención. Al igual que la línea de base, se organizó en capítulos. A continuación, se presenta un resumen de la información recogida en cada uno, con un énfasis en los cambios respecto al contenido de la Encuesta de Línea de Base:

- **Participación en el Programa Juntos:** Nuevas preguntas sobre experiencia con componentes de mensajería del Programa; relación con el gestor local; y el uso general del dinero de la TPI.
- **Características de la vivienda y del hogar:** Nuevas preguntas sobre activos del hogar.
- **Características de los miembros del hogar:** Nuevas preguntas sobre asistencia al sistema escolar y la lengua materna de los miembros.
- **Estrategias de afrontamiento ante inseguridad alimentaria:** Se eliminaron las preguntas para el cálculo del índice de inseguridad alimentaria.
- **Participación en programas alimentarios:** Sin cambios sustanciales.
- **Embarazo, lactancia, salud y cuidado del niño:** Nuevas preguntas sobre consumo de alimentos y fórmula; gastos en pañales y fórmula; fecundidad; y el desarrollo cognitivo del menor.
- **Empleo e ingresos:** Sin cambios sustanciales.
- **Percepción del hogar y nivel de vida:** Nuevas preguntas sobre el empoderamiento femenino; la salud mental; y la identidad parental de la madre.

Cabe resaltar que se eliminó el módulo de Gastos del hogar dado que la aplicación de la Encuesta se llevaría a cabo después de haberse entregado la última transferencia del Piloto. Por lo tanto, la información global de ser recopilada no podría atribuirse a la intervención.

En cuanto al tamaño de la encuesta de seguimiento, se tiene previsto recopilar datos de 9,000 hogares, distribuidos en dos submuestras. La primera corresponde al seguimiento de los 8,045 hogares encuestados en la LB, es decir, será una muestra panel. La segunda incluye 955 hogares en condición de pobreza extrema seleccionados bajo una aleatorización simple, con el objetivo de aumentar el poder estadístico del análisis al centrarse en aquellos hogares con mayor probabilidad de experimentar cambios a raíz de la intervención. La recolección de esta información está prevista entre agosto y diciembre de 2025.