

Seminario de políticas públicas basadas en evidencia.  
30-31 de julio, 2019

**Evaluación de impacto del programa de acompañamiento  
familiar de Uruguay Crece Contigo**

Alejandra Marroig . Ivone Perazzo . Gonzalo Salas . Andrea Vigorito  
Instituto de Economía - FCEA-UDELAR - Convenio FCEA-OPP

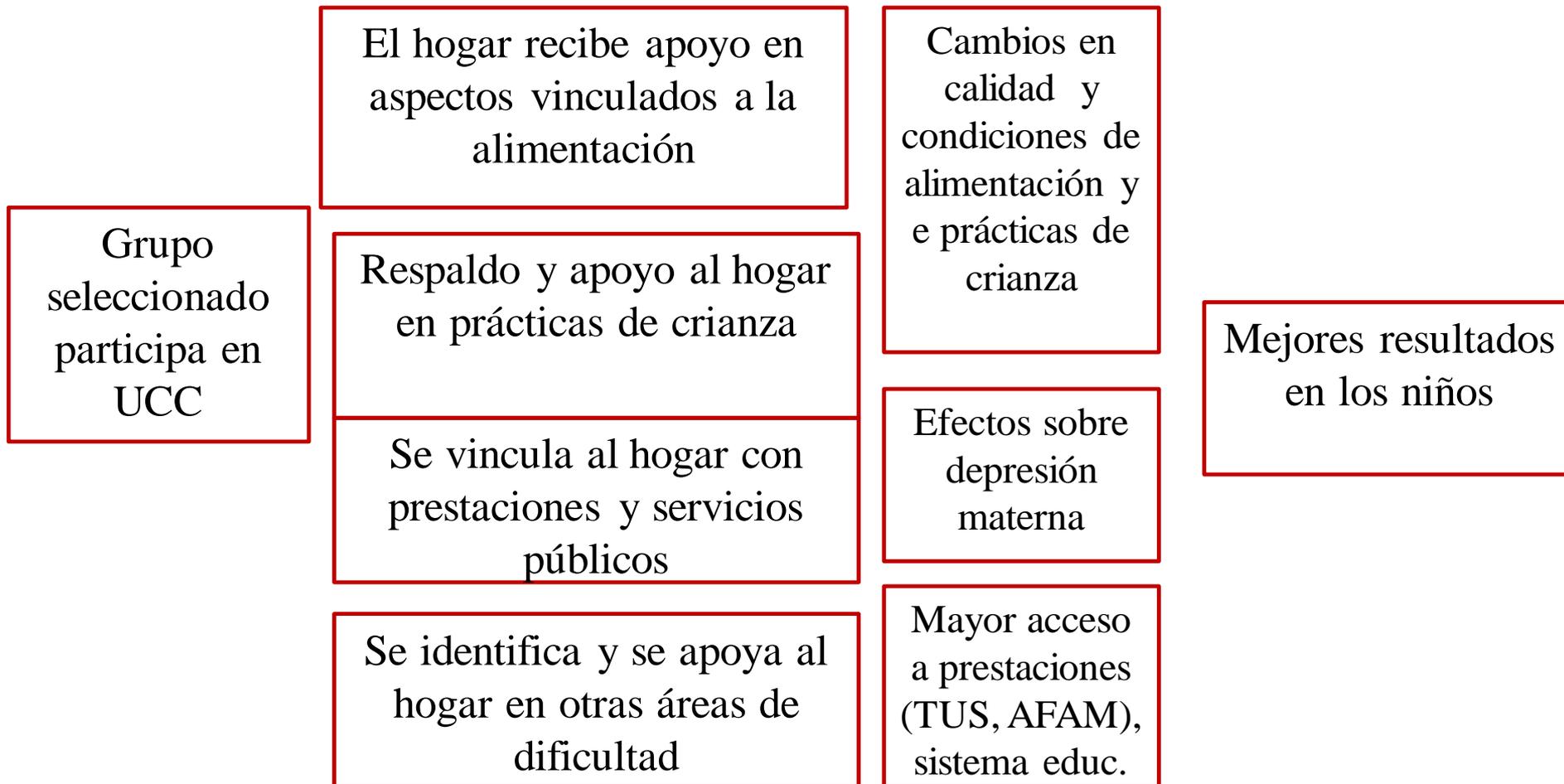
# I. Introducción

- UCC es una política nacional dirigida a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia
- Investigación realizada a solicitud de la Dirección de UCC (acuerdo de cooperación técnica OPP-FCEA)
- Este estudio: componente de Acompañamiento Familiar y Trabajo de Cercanía del programa original
- Desempeños de interés: salud y el estado nutricional de los niños, su desarrollo socioemocional, las prácticas de crianza prevalentes en el hogar y su acceso a prestaciones sociales
- Escasas evaluaciones disponibles sobre programas similares (Chile, México, Colombia) con resultados variados. Ej.: Abramovsky et al. (2015) )

## II. El programa

- UCC es un programa inserto en las políticas dirigidas a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia
- Componente de acompañamiento: duplas de operadores; 9 a 18 meses de duración
- Población objetivo: mujeres embarazadas y niños menores de cuatro años que viven en hogares de alta vulnerabilidad social
  - La vulnerabilidad social refiere a la doble condición de riesgo social (ICC) y riesgo biológico o sanitario
- Áreas de intervención:
  - **Salud:** Mejora de la alimentación y la promoción de la lactancia exclusiva; Promoción del desarrollo infantil; Incrementar los controles de salud y la vacunación; Medidas tendientes a reducir los niveles de anemia
  - **Entorno social:** Conectar al hogar con los programas sociales existentes; Insertar a los niños en el sistema educativo y de cuidados

# Mecanismos o canales de transmisión a través de los cuales el programa incidiría sobre los resultados



# III. Diseño de la evaluación

- La falta de estandarización en los criterios de elegibilidad utilizados en los departamentos donde el programa se encontraba en operación no hacían posible una evaluación de impacto
- La evaluación se basa en un diseño experimental y se concentra en los departamentos de Rocha, Flores, Florida, Colonia, Treinta y Tres, Lavalleja, Soriano, Río Negro y Durazno en los cuales el programa aún no se había desplegado en 2013
- Por tanto, se trata de una prueba que brinda pistas para el despliegue futuro del programa, más que de la evaluación efectiva de la intervención que estaba operando

- ¿Cuál es la población de referencia?
  - Se partió del conjunto de niños nacidos en centros de ASSE en los departamentos seleccionados en base a información del CNV para 2012 y 2013
  - Se confeccionaron listados que fueron entregados a los operadores del programa, para que concurrieran a todos los centros de salud de ASSE y relevaran información necesaria para establecer condiciones de elegibilidad (primer y último control realizado por el niño, peso y talla del niño)
  - A este listado inicial se agregaron todos los niños que estaban registrados en los centros de salud de ASSE y tuviesen la edad de elegibilidad a partir de registros del RUCAF
  - Para seleccionar y ordenar a los niños encontrados, se calculó un índice de elegibilidad (basado en Alkire y Foster, 2009) que permite identificar a la población elegible e intensidad de las privaciones (brecha en cada dimensión respecto a las “líneas de privación”) para ordenar los casos

- Diseño experimental aleatorio: explota que la oferta de cupos es menor al número de niños elegibles
- Una parte de los cupos, se destinó a atender a mujeres embarazadas y niños de alto riesgo fuera de la evaluación
- La evaluación se acotó a 20 cupos por operador, lo cual totaliza 480 casos

Deptos	Operad.	Capacidad p/operador	Total Capacidad	Capacidad de atención para evaluación	Capacidad de evaluar por tramo etario (3 tramos)
Durazno	2	40	80	40	13
Flores	2	40	80	40	13
Florida	2	40	80	40	13
Colonia	4	40	160	80	27
Río Negro	2	40	80	40	13
Soriano	4	40	160	80	27
Lavalleja	2	40	80	40	13
Rocha	4	40	160	80	27
Treinta y Tres	2	40	80	40	13
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>960</b>	<b>480</b>	<b>160</b>

- Grupos de niños:
  - Los 480 niños más privados se destinan a los cupos que el programa tenía previstos
  - Para los 480 cupos restantes se realizó un sorteo entre la población elegible con menor situación de gravedad contemplando sexo, región, edad y educación de la madre
- Los cálculos de potencia indicaron que el mínimo efecto detectable, dado el número fijo de tratados (480), implicaba utilizar el doble de controles
- Dos aspectos a destacar:
  - El grupo de niños elegibles, pero no seleccionados(control), sería parte del programa cuando éste se expandiese
  - Los niños en mayor situación de gravedad no forman parte del diseño, se tratan directamente

## IV. Datos utilizados

- Encuesta de seguimiento UCC (ESUCC):
  - Primera ronda (línea de base): antes de la intervención octubre 2013-marzo 2014 (14% en 2014)
  - Segunda ronda: marzo – agosto 2015: al menos 9 meses después

<b>Distribución de casos según grupos – Ola 1</b>			
Controles	570	Controles	570
Tratados efectivos	265		
Tratados interrumpidos	57	ITT	322
<b>Total</b>	<b>892</b>	<b>Total</b>	<b>892</b>
<b>Distribución de casos según grupos – Ola 2</b>			
Controles	514	Controles	514
Tratados efectivos	235		
Tratados interrumpidos	42	ITT	277
<b>Total</b>	<b>791</b>	<b>Total</b>	<b>791</b>
<b>Pérdida</b>			
Controles	9,8	Controles	9,8
Tratados efectivos	11,3		14,0
Tratados interrumpidos	26,3	ITT	
<b>Total</b>	<b>11,3</b>	<b>Total</b>	<b>11,3</b>

**Selección de instrumentos utilizados:** Los instrumentos utilizados, en particular los de desarrollo infantil, surgen del intercambio con diversos actores y son los mismos utilizados en la Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS)

– **Prácticas de crianza**

- Principalmente instrumento del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP)
- Dimensiones basadas en Cabella y Nathan (2011) y ENDIS (2015)

– **Desempeños nutricionales y anemia:**

- Indicadores antropométricos (medidas estandarizadas a partir del programa ANTHRO2005, STATA *igrowup package* de la OMS)
- Niveles de anemia y diagnóstico

## – **Desarrollo infantil**

Para medir el desarrollo infantil se utilizó, dadas las edades de los niños, el ASQ-3 y el ASQ-SE. En el primero los componentes analizados son:

- Comunicación
- Motricidad fina
- Motricidad gruesa
- Resolución de problemas
- Sociopersonal

Los instrumentos utilizados e ítems evaluados varían por edad

Se analizan los impactos en el puntaje total (estandarizado) y en el monitoreo/riesgo ( $<-1$  std)

---

## Características de los niños y personas entrevistadas en la línea de base

---

Variable	Controles	ITT	Pr.	
a) Niño				
Edad (promedio en meses)	13.9	13.2	0.404	
Asistencia a centro de cuidado	87	88.5	0.529	
b) Entrevistado				
Madre	92.8	93.2	0.631	
Edad (promedio en años)	27.9	30.7	0.718	
Educación				
	% Primaria	35.7	38.1	0.432
	% Ciclo Básico	33	31.6	0.346
	% UTU	11.7	9.1	0.333
% Ocupados	47.9	49.1	0.381	
% Desocupadas	9.9	9.5	0.278	
c) Hogar				
Hogar propietario Vivienda	44.2	44.3	0.742	
Tipo de hogar				
	Monoparental	11.9	11.6	0.809
	Nuclear	35.8	35.0	0.456
	Extendido	49.1	49.8	0.859

---

## V. Principales resultados

- **Anemia:**
  - No se encuentran impactos positivos del programa en los niveles pero sí en el **diagnóstico** de anemia (20% de incremento en relación a los controles)
- **Retraso y exceso de peso para la edad:**
  - En la primera ola en torno a 5% de los niños presentan retraso en el peso para la edad y en torno a 3% presentan exceso de peso para la edad en dos desvíos o más
  - En la ola 2, en tanto 4,6% de los controles continúa presentando retraso de peso para la edad, este porcentaje cae a 1,6% en el caso de los tratados. El exceso de peso se mantiene cercano a 3% en ambos grupos.
- **Talla para la edad:**
  - Los indicadores de retraso de talla muestran que en tanto en la ola 1, un 11,2% de los controles y un 7,7% de los tratados presentaba déficit de talla (puntaje z a menos de dos desvíos o más), esos porcentajes pasan a ser de 10,8% y 6,0% en la ola 2.

- Las estimaciones respectivas indican que el programa impactó en:
  - la reducción del retraso de peso para la talla, talla para la edad y en el peso para la edad, considerando un retraso de dos desvíos estándar o más
  - el programa habría producido una caída en el déficit de masa corporal, así como una reducción del exceso de masa corporal.
  - En el caso de los varones los efectos se asocian a la reducción del déficit de peso y de masa corporal
  - Para las niñas refieren a la reducción del déficit de talla y el exceso de masa corporal
  - La magnitud en la reducción de los déficits se ubicaría entre -0.04 y -0.02

## Impacto de UCC en las medidas antropométricas. ITT

	MCO			MC2E		
	Total (1a)	Varones (2a)	Niñas (3a)	Total (1b)	Varones (2b)	Niñas (3b)
Talla (Z<2std)	-0.046** [0.020]	-0.029 [0.030]	-0.069*** [0.025]	-0.054** [0.024]	-0.033 [0.035]	-0.084** [0.031]
Observaciones	728	403	325	728	403	325
IMC (Z<2std)	-0.025*** [0.007]	-0.033*** [0.011]	-0.015* [0.008]	-0.029*** [0.009]	-0.038*** [0.013]	-0.018* [0.010]
Observaciones	694	383	311	694	383	311
IMC (Z>2std)	-0.019 [0.019]	0.014 [0.026]	-0.061** [0.028]	-0.023 [0.023]	0.016 [0.031]	-0.074** [0.034]
Observaciones	694	383	311	694	383	311

Fuente: elaborado en base a ECUCC

## Posibles canales explicativos

- Se exploran impactos en:
  - **Seguridad alimentaria** (60% de inseguridad, 7% severa). No hay efectos
  - **Hábitos alimenticios:** No se encuentran efectos sobre el consumo de alimentos ricos en hierro. Sí sobre la probabilidad de consumir alimentos poco saludables (Nuggets y otros productos envasados )
  - **Ingesta de suplementos de hierro** (primera ola 93% de los niños en ambos grupos ha tomado suplemento de hierro, 71% lo hacía diariamente): Se encuentra un impacto en la ingesta de hierro ubicado en el entorno del 4%
  - **Lactancia materna:** no se encontraron efectos
  - **Mercado laboral e ingresos:** No se encontraron efectos
  - **Acceso a programas públicos e ingresos**
    - **TUS** (La cobertura es baja aún entre los tratados 64%);, aumento del 30% en la probabilidad de acceso a la prestación con respecto al grupo de control.
    - **Afam** (Mayor cobertura en el grupo de tratamiento, 80% y control, 75%): Se encuentra un efecto positivo entre 5 y 10%

# Desarrollo Infantil

Los puntajes promedio en la segunda ola son:

	Puntaje estandarizado		Riesgo/Monitoreo		ENDIS (20-42 meses)
	Total	ITT	Total	ITT	Riesgo/Monitoreo
Comunicación	0.041	0.059	0.149	0.142	0.136
Motricidad fina	-0.525	-0.548	0.336	0.348	0.233
Motricidad gruesa	-0.041	0.123	0.147	0.113	0.086
Resolución de problemas	-0.301	-0.334	0.231	0.223	0.155
Sociopersonal	-0.100	-0.054	0.179	0.167	0.135
ASQ-SE			0.275	0.264	0.116

Solo se encuentran efectos leves en motricidad gruesa

## Posibles canales explicativos (y a la vez desempeños)

- Se exploraron impactos en (no es posible analizar otros impactos de la propia intervención):
  - **Asistencia a centros educativos** (55% de los niños asiste a un centro educativo/cuidado): No se observan efectos en la asistencia en las estimaciones generales, pero sí para los niños más grandes
  - **Prácticas de crianza:** Efectos sobre prácticas de crianza vinculadas a la alimentación (*Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen: mayor proporción de respuestas “no” en hogares UCC; Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coman: mayor proporción de respuestas “sí” en hogares UCC que en grupo de control*)
  - **Estado de ánimo de la madre** (se utilizan las sub-escalas del SF-36 asociadas a vitalidad y salud mental): efectos en la escala de vitalidad

## VI. Comentarios finales

- Efectos en nutrición, diagnóstico de anemia y hábitos alimenticios
- Posible resultado de acompañamiento familiar (aspecto a explorar) y de acceso a transferencias (TUS y AFAM)
- Posibles canales: acceso e ingesta de alimentos
- Pendiente: análisis de efectos dupla y contenidos específicos de la intervención a los hogares
- Sostenibilidad de efectos en el largo plazo (duración de la intervención, adultos del hogar, escolarización etc.)