

RESEÑA DE EVALUACIÓN DE IMPACTO

Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más (2012-2015)¹



Fuente: Archivo fotográfico del PNCM.

Principales resultados

- El impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) sobre los niños que recibieron visitas entre agosto de 2013 a diciembre de 2015, equivale a 0,094 y 0,122 desviaciones estándar para las dimensiones cognitiva y de comunicación respectivamente.
- En una sub-muestra de niños—de menor edad, con menor proporción de población indígena, que recibieron un mayor número de visitas—y a quienes se administró una prueba diagnóstica, se identificaron impactos mayores sobre desarrollo cognitivo y de lenguaje receptivo de 0,295 y 0,193 desviaciones estándar, respectivamente, en esta medición. No se encontraron impactos robustos en las dimensiones de motricidad.
- La evaluación sugiere que los impactos del SAF en desarrollo infantil operan a través de una mayor frecuencia de actividades de juego y una mayor disponibilidad de juguetes caseros para los niños intervenidos. Entre los posibles canales de impacto también se observan pequeñas mejoras en cuanto a la reducción de las prácticas violentas de disciplina y una mayor tasa de matrícula en educación inicial.
- Estos impactos moderados, menores a los encontrados en otros países como Colombia, Jamaica y Bangladesh, sugieren la necesidad de fortalecer diversos aspectos relacionados a la implementación, operatividad y calidad del servicio para potenciar los efectos del programa.

¹ Elaborado por el Equipo de Estudios e Investigaciones Presupuestales de la Dirección de Calidad del Gasto Público con base a los siguientes documentos:

- Informe de línea de base para la evaluación de impacto del Programa Nacional Cuna Más (MEF, MIDIS, BID, 2013).

- Evaluación de Impacto del Programa Nacional Cuna Más (BID y MEF, 2016).

La edición de contenidos de esta reseña estuvo a cargo de GIZ en el marco del Proyecto Fortalecimiento del Sistema Nacional Presupuestario en los tres niveles de gobierno.

Los primeros años de vida constituyen la ventana de oportunidad más importante para sentar las bases del desarrollo futuro de una persona. La evidencia muestra que los niños que sufren rezagos en su desarrollo físico, cognitivo o socioemocional durante los primeros años de vida no sólo tienen bajo rendimiento en la escuela, sino que también perciben menores ingresos cuando son adultos.

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM)

El PNCM fue creado el 23 de marzo de 2012 con el objetivo de mejorar el desarrollo infantil de niños menores de 36 meses que viven en situación de pobreza y pobreza extrema.

El PNCM brinda dos servicios: Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) en zonas rurales y el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) en zonas urbanas, a través de un modelo de cogestión entre el PNCM y la comunidad.

El Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del PNCM

Brinda orientaciones sobre prácticas de cuidado saludable y de aprendizaje en desarrollo infantil a las familias con niñas y niños menores de 36 meses y gestantes. Para ello, interviene a través de las siguientes dos modalidades, basado en un currículo y material contextualizado a ámbitos rurales y multiculturales.

- 1. Sesiones Individualizadas (visitas):** Realizadas en el hogar, a partir de actividades de juego con las madres y sus niños. Son desarrolladas por algunos miembros de la comunidad, los facilitadores, que son capacitados por el Acompañante Técnico del PNCM. Las visitas tienen una duración promedio de 60 minutos y se realizan una vez a la semana.
- 2. Sesiones de socialización e inter aprendizaje:** Realizadas en áreas comunales con el objetivo de generar espacios de encuentro entre las familias para fortalecer las prácticas de cuidado y aprendizaje trabajadas en las sesiones individualizadas. La organización de las sesiones está a cargo del Acompañante Técnico.

Tabla 1. Prácticas para fomentar el cuidado saludable y aprendizaje del desarrollo infantil

Ámbito	Práctica
Aprendizaje	(i) Comunicación (ii) Interacción (iii) Juego
Cuidado Saludable	(i) Alimentación: Lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, consumo de micronutrientes
	(ii) Higiene y Aseo: lavado de manos y consumo de agua segura
	(iii) Asistencia oportuna al control de CRED

El Servicio de Acompañamiento a Familias del PNCM

Usuarios (2015): 81,874 familias con niños menores de 36 meses (31% de su población objetivo)

Presupuesto (2015): S/ 308 millones

Distritos focalizados:

- Incidencia de pobreza total (extrema y no extrema) mayor o igual al 50%.
- Tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años mayor o igual a 30%.
- Distritos del ámbito de intervención del Programa Nacional de Apoyo directo a los más pobres "JUNTOS", al 2012.
- Distritos predominantemente rurales.

La evaluación de impacto

La evaluación de impacto prospectiva al SAF se enmarca en el proceso de implementación de la reforma del presupuesto por resultados (PpR) liderado por la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El diseño e implementación de la evaluación de impacto fue realizado por un Equipo Técnico en el que participaron la Dirección de Calidad de Gasto Público de la Dirección General de Presupuesto Público del MEF, la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y el PNCM.

Metodología

La metodología de evaluación empleó un diseño experimental, que aleatorizó el orden de entrada de los distritos focalizados al Programa aprovechando la progresividad de la implementación del SAF para cubrir a su población objetivo.

El objetivo principal de la evaluación fue medir los impactos del SAF en el nivel del desarrollo de los niños y niñas menores de 36 meses. Se evaluaron las cinco dimensiones del desarrollo infantil temprano: cognitiva, comunicación, motora fina, motora gruesa y personal-social (Ver Tabla 2). Asimismo, dado que la acción directa del SAF se da a través de la madre, se definieron indicadores intermedios que medían los cambios en las prácticas de cuidado y crianza de la madre, así como la estimulación del entorno y la disponibilidad de espacios físicos y materiales en el hogar que favorecen el desarrollo infantil².

Tabla 2. Indicadores de desarrollo infantil temprano evaluados

Indicador	Aspectos evaluados
Resolución de problemas / Cognitiva	Capacidad de los niños para resolver situaciones de juego
Comunicación / Lenguaje	Habilidades en lo que pueden decir y entender
Motricidad fina	Movimiento y coordinación de manos y dedos
Motricidad gruesa	Uso en forma coordinada de brazos y piernas cuando el niño se mueve y/o juega
Personal - Social	Capacidad de los niños para valerse por sí mismos e interactuar con otros

**Estos indicadores se definen a partir del cuestionario de edades y etapas (ASQ). Sin embargo, el Bayley III permite calcular dichos indicadores para las mismas dimensiones. En este caso, para las áreas cognitiva, comunicación y motricidad fina.

La teoría de cambio del modelo de intervención del SAF propone que los impactos operan principalmente, mediante el aprendizaje de conocimientos y prácticas de crianza en las familias, los mismos que se traducirían en mejor calidad de interacciones con los niños, así como, más actividades de juego y aprendizaje de los niños.

La muestra y datos

La muestra de evaluación estuvo conformada por 5,375 niños distribuidos en 360 centros poblados de 180 distritos en 12 departamentos³. Para la selección de los distritos que conformarían la muestra, estos se ordenaron según su tasa de pobreza y se eligieron aleatoriamente 60 tríos. En cada

² La tabla de indicadores de resultado final e intermedios se pueden encontrar en el informe de la evaluación.

³ Para fines de la evaluación, se dejaron fuera del marco muestral las regiones con muy poca población objetivo: Arequipa (2 distritos), Ica (1), Lambayeque (1), Lima (1), Pasco (6) y Ucayali (2), por dificultades de implementación. Asimismo, se excluyeron los distritos de la región de Ayacucho y la provincia de Celendín en Cajamarca, que formaron parte del piloto de la intervención en el año 2012 y los distritos donde el Programa ha venido implementando el servicio Qatari Wawa, heredado del ex Programa Wawa Wasi.

trío, se asignaron aleatoriamente dos distritos al grupo de tratamiento y 1 a al grupo de control. Así, 120 conformarían la muestra de tratamiento y, por tanto, deberían contar con el servicio en la primera fase de expansión del Programa, desde inicios de 2013, y los 60 restantes, conformarían la muestra de control, por lo que se incorporarían al SAF inmediatamente después del levantamiento de la línea de seguimiento⁴.

La Tabla 3 presenta los valores promedio de las principales características de los niños de la muestra en la línea de base. Dado el diseño experimental de la evaluación, los niños que conforman los grupos de tratamiento y de control deberían ser equivalentes en la gran mayoría de variables observables y no-observables.

Tabla 3. Características de los niños de la muestra

Características en la muestra de línea de base	Valor Promedio	D.E.
Edad (meses)	12.79	6.66
Proporción de niñas	49.20%	50.00%
Proporción con Desnutrición crónica	37.60%	48.40%
Proporción con Desnutrición global	8.10%	27.30%
Puntaje ASQ-resolución de problemas	46.04	17.64
Puntaje ASQ-comunicación	43.54	18.66
Puntaje ASQ-motricidad fina	44.61	16.56
Puntaje ASQ-socio emocional	45.39	15.89
Puntaje ASQ-motricidad gruesa	43.12	18.23
Años de educación del cuidador	6.57	4.08
Proporción de indígenas en la muestra	11.00%	31.30%
Proporción con piso de tierra	25.90%	43.80%
Proporción con acceso a electricidad	76.30%	42.60%
Tiempo de traslado a la capital distrital en auto (horas)	1.09	0.95

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 95% entre los grupos de tratamiento y control en las variables de resultado asociadas a las dimensiones: resolución de problemas, motricidad fina, socio emocional. Otras variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas son: años de educación del cuidador y proporción de indígenas.

La muestra de la evaluación ha sido diseñada para producir validez interna de los resultados, en el sentido de producir comparabilidad entre los grupos de tratamiento y control. Por tanto, no es representativa de la población nacional de niños menores de 36 meses.

Hubo dos rondas de recolección de datos. El INEI recogió la línea de base en 2013 y la medición de seguimiento, donde se revisitaron los mismos hogares, en 2015. Para ello, aplicaron los siguientes instrumentos:

Encuesta de hogares, que recogió información sobre las características sociodemográficas del hogar y sus miembros, calidad del ambiente en términos de estimulación empleando la escala **Family Care Indicators**, así como, prácticas de crianza e indicadores antropométricos de los niños.

Para medir desarrollo infantil se aplicaron dos pruebas. Una de ellas fue el **Cuestionario de Edades y Etapas, Ages and Stages Questionnaire ASQ-3**, para niños de entre 1 y 66 meses que mide 5 dimensiones del desarrollo infantil: i) cognitivo o de resolución de problemas; ii) comunicación; iii) motora fina; iv) motora gruesa; y v) personal social. La información se recoge a través del reporte del cuidador y de la observación al niño. La otra prueba fue la **Escala de Bayley, Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III**, que es un instrumento de diagnóstico, considerado como el “gold

standard” para medir las siguientes dimensiones del desarrollo infantil: desarrollo cognitivo, lenguaje (expresivo y receptivo) y motricidad fina en niños menores de 42 meses de edad. El ASQ-3 se aplicó a la muestra completa de niños mientras que el Bayley III se aplicó sobre una sub muestra de 1038 niños, que concentró a aquellos de menor edad, con lengua materna castellano y que pertenecían a las localidades donde el Programa intervino primero.

De manera complementaria a la medición del desarrollo infantil, se analizó también la calidad de las visitas realizadas por las facilitadoras empleando el instrumento **Home Visits Rating Scale (HOVRS)**, mediante la filmación de 554 visitas realizadas por 176 facilitadoras a niños menores de 36 meses.

Análisis y Resultados

El sistema de monitoreo del SAF reportó que la afiliación de los niños asignados al grupo de tratamiento fue de 64% (éste porcentaje es mayor en la sub muestra Bayley, 83%), con un promedio de 66 visitas entre agosto de 2013 a diciembre de 2015. De acuerdo al diseño del Programa, un niño de 12 meses en la línea de base debió recibir 96 visitas en el lapso de dos años.

Se evaluó el desarrollo infantil temprano empleando los dos instrumentos, el ASQ - 3 y el Bayley. Para cada caso, se midieron impactos a través de dos estimadores: el de intención de tratamiento (*intent-to-treat* o ITT), que considera a todo el grupo de tratamiento, y el de tratamiento en los tratados (*treatment-on-the-treated* o TOT⁵), que ajusta los efectos considerando como grupo de tratamiento a aquellos que recibieron como mínimo una visita.

Para las estimaciones que emplearon el ASQ - 3, los resultados del estimador ITT reportaron efectos modestos en las áreas de resolución de problemas y de comunicación, ambas significativas al 5%, con impactos de 0,064 y 0,079 desviaciones estándar, respectivamente. En las áreas de motricidad fina y personal - social se identifican impactos equivalentes a 0,061 y 0,066 desviaciones estándar, respectivamente.

Tabla 4. Impactos en el desarrollo infantil temprano empleando el ASQ - 3

Dimensión	ITT		TOT	
	Impacto	EE	Impacto	EE
Resolución de problemas	0.064**	0.032	0.098**	0.048
Comunicación	0.079**	0.032	0.122**	0.049
Motricidad fina	0.061*	0.036	0.094*	0.055
Personal Social	0.066*	0.037	0.102*	0.057
Motricidad gruesa	-0.008	0.031	-0.012	0.047
Total (Todas las áreas)	0.064**	0.026	0.098**	0.043

Tratamiento igual a 1 si el niño recibe al menos una visita del SAF.

Coefficientes significativos $p < 0.10 = *$, $p < 0.05 = **$, $p < 0.01 = ***$. EE= Error estándar.

El estimador TOT, sin embargo, reportó impactos más altos que el ITT, equivalentes a 0.10 desviaciones estándar para resolución de problema y 0.12 para comunicación. Los impactos en motricidad fina y socioemocional son de 0.10 desviaciones estándar cada uno. Sin embargo, no hay efectos en motricidad gruesa.

En la submuestra de niños a las que se aplicó el Bayley, se encontraron impactos de mayor magnitud en las dimensiones de desarrollo cognitivo

4 En cada uno de los 180 distritos se seleccionó a los dos centros poblados con la mayor cantidad de niños entre 0 a 24 meses. En cada centro poblado se encuestaron 17 hogares con niños menores de 36 meses.

5 El ITT se interpreta como el cambio promedio en la variable de resultado cuando un individuo escogido al azar pasa aleatoriamente de ser participante a ser no participante. Por otro lado, el TOT mide el efecto promedio del tratamiento en el subconjunto de individuos que fueron efectivamente tratados (Bernal y Peña, 2010).

y de lenguaje. El ITT reportó impactos equivalentes a 0.25 y 016 desviaciones standar, respectivamente; mientras que los estimadores TOT reportan impactos más altos, de hasta 0.29 y 019 desviaciones standar en las mismas dimensiones (Tabla 5). En la interpretación de estos resultados debe tomarse en cuenta que la cobertura de afiliación y el número de visitas fue mayor en esta submuestra que en la muestra total. Las características socioeconómicas de esta submuestra también varían.

Tabla 5. Efectos en el desarrollo infantil temprano empleando el BAYLEY - III

Dimensión	ITT		TOT	
	Impacto	EE	Impacto	EE
Desarrollo cognitivo	0.247***	0.002	0.295***	0.001
Lenguaje receptivo	0.162**	0.011	0.193***	0.007
Lenguaje expresivo	-0.111	0.129	-0.132	0.115
Motricidad fina	0.034	0.622	0.040	0.610
Total (Todas las áreas)	0.139*	0.066	0.165*	0.054

Tratamiento igual a 1 si el niño recibe al menos una visita del SAF.

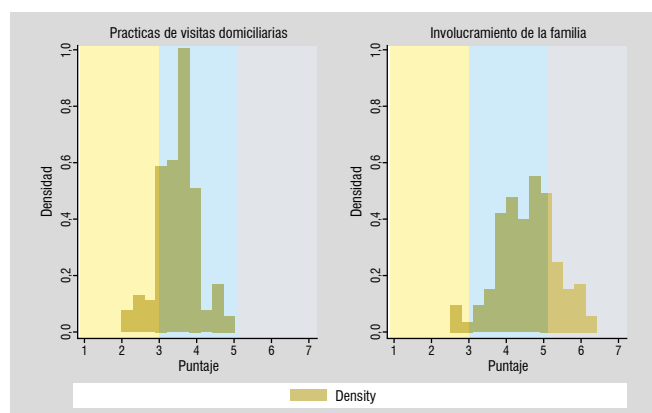
Coefficientes significativos $p < 0.10 = *$, $p < 0.05 = **$, $p < 0.01 = ***$. EE = Error estándar.

Cuando se analizaron los posibles mediadores de los impactos del SAF, se identificó una mayor frecuencia de actividades de juego (equivalente a 0.20 desviaciones standar), una mayor disponibilidad de juguetes caseros (equivalente a 8 puntos porcentuales), menos prácticas violentas de disciplina (sólo 4 puntos porcentuales) y una mayor tasa de matrícula en educación inicial entre los niños afiliados al SAF.

Cabe destacar que el incremento en las actividades de juego que un adulto realiza con el niño es muy relevante puesto que fomenta mayores y mejores interacciones entre el niño y adultos en el hogar—es decir, un cambio en prácticas de crianza, que se considera una de las condiciones necesarias para la sostenibilidad de los impactos.

Por otro lado, el análisis de la calidad de las visitas, que midió las prácticas de la facilitadora y el involucramiento de la familia, encontró un margen importante de mejora en ambos casos. En cuanto a las prácticas de la facilitadora, se observa una alta concentración de puntajes en el nivel de calidad adecuada (zona azul), pero ninguna alcanza un nivel de calidad bueno (zona gris). Los puntajes del involucramiento de la familia durante la visita, concentran la densidad de su distribución en las zonas de calidad adecuada y buena.

Figura 1. Puntajes del índice HOVRS en sus dos dimensiones



Conclusiones y recomendaciones

La rápida expansión del programa y la implementación a nivel nacional enfrentaron grandes desafíos de llevar a escala el Programa. Así, un porcentaje importante de niños asignados al grupo de tratamiento no fue afiliado y, entre los que sí se afiliaron, hubo mucha variabilidad en el número de visitas recibidas durante el periodo evaluado.

Asimismo, el incremento de los impactos cuando la muestra se concentra en niños que recibieron más visitas parece indicar que el potencial del programa para contribuir a la promoción del desarrollo infantil pudo ser mayor al que se alcanzó.

Lo anterior sugiere la necesidad de fortalecer diversos aspectos relacionados a la implementación, operatividad y calidad del servicio, antes de incrementar la cobertura. Entre estos:

- Mejorar el desempeño de las visitas, tanto en la capacidad de lograr un mejor involucramiento de la madre y el niño durante las sesiones individualizadas, como en el cumplimiento de protocolos realizados por el facilitador en la misma.
- Garantizar el cumplimiento de la cantidad programada de visitas, duración y frecuencia de las mismas.
- Fortalecer el currículo y contenido de los mensajes de las sesiones individuales y sesiones de socialización e inter aprendizaje.
- Diseñar estrategias para la reducción de la alta rotación y deserción existente entre acompañantes técnicos y facilitadores, a fin de garantizar una mayor continuidad y mayor calidad en la relación establecida facilitador-madre/cuidador-niño. Esta fue una recomendación de la Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal al PNCM al Programa.
- Rediseñar y fortalecer el esquema de capacitaciones a las asistentes técnicas y supervisoras.
- Reforzar el sistema de monitoreo del Programa, optimizar y sistematizar los procesos de registro, reporte y procesamiento de la información recogida en campo.
- Realizar la medición periódica de indicadores del desempeño del Programa con base a los desarrollados para esta evaluación.

Finalmente, se considera pertinente continuar con una agenda de investigación que incluya una nueva medición o seguimiento a la muestra de esta evaluación para analizar la sostenibilidad de los impactos del SAF en la educación básica, así como una medición a una nueva cohorte de beneficiarios que permita evaluar las posibles mejoras en los resultados vinculadas a cambios en el diseño y en los procesos operativos de la implementación.