



Instituto de Economía

Facultad de Ciencias Económicas y de Administración
Universidad de la República - Uruguay

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

Alejandra Marroig
Ivone Perazzo
Gonzalo Salas
Andrea Vigorito

INSTITUTO DE ECONOMÍA

Serie Documentos de Trabajo

Diciembre, 2017

DT 15/2017

ISSN: 1510-9305 (en papel)

ISSN: 1688-5090 (en línea)

Convenio Oficina de Planeamiento y Presupuesto-Facultad de Ciencias Económicas y de Administración

Marcelo Bérgho colaboró en las etapas iniciales de este proyecto e hizo aportes sustantivos en relación a la estrategia de identificación a utilizar y los criterios de selección de beneficiarios en los departamentos en los que se llevó a cabo la evaluación. Participó, también, en diversas instancias de discusión con el equipo técnico de UCC y colaboró en el trabajo con registros administrativos variados. Ramón Alvarez, investigador del Instituto de Estadística de la FCEA, tuvo a su cargo la realización del sorteo para asignar niños al programa. Agradecemos los comentarios y aportes del equipo técnico de UCC, particularmente Florencia Cerruti y Giorgina Garibotto, así como los aportes de la Dirección de Evaluación y Monitoreo del MIDES y de Ana Balsa, quien realizó detallados comentarios sobre versiones preliminares de este trabajo. Peter Fitermann realizó valiosas sugerencias en relación a los instrumentos psicométricos utilizados. El trabajo de campo fue coordinado por Cecilia Toledo. Todos los errores son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Forma de citación sugerida para este documento: Marroig, A. Perazzo, I. Salas, G. Vigorito, A. (2017) "Evaluación de impacto del programa de acompañamiento familiar de Uruguay Crece Contigo". Serie Documentos de Trabajo, DT 15/2017. Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República, Uruguay.

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

Alejandra Marroig*, Ivone Perazzo*, Gonzalo Salas*, Andrea Vigorito*

Resumen

En este documento se presentan los resultados de la evaluación de impacto de la intervención Acompañamiento Familiar y Trabajo de Cercanía, componente del programa Uruguay Crece Contigo. En base a un diseño experimental, se analizan efectos sobre un amplio conjunto de aspectos tales como la salud y el estado nutricional de los niños, su desarrollo socioemocional, el acceso a prestaciones sociales y otros aspectos vinculados al bienestar socioeconómico de los hogares. La información utilizada proviene dos olas de encuestas diseñadas a efectos de esta investigación. Se encuentra una mejora significativa en el estado nutricional de los niños, así como en algunos aspectos vinculados al desarrollo infantil, específicamente el componente de motricidad gruesa del ASQ:SE y en el acceso a la transferencia en especie Tarjeta Uruguay Social (TUS). Estos resultados podrían vincularse al acompañamiento a los hogares, al mayor acceso a recursos, así como a cambios en la asistencia a centros educativos y en las prácticas de crianza, y a menores niveles de depresión materna.

Palabras clave: Evaluación de impacto experimental, acompañamiento familiar, desarrollo infantil, nutrición, Uruguay, Uruguay Crece Contigo

Código JEL: I38, I14, C93

* Instituto de Economía, Universidad de la República, Uruguay

Impact evaluation Uruguay Crece Contigo

Alejandra Marroig, Ivone Perazzo, Gonzalo Salas, Andrea Vigorito

Abstract

We present an experimental evaluation of *Acompañamiento Familiar y Trabajo de Cercanía*, the home visits component of the programme Uruguay Crece Contigo. We assess a wide set of outcomes related to child health and nutritional status, child development, access to social protection schemes and other household well-being outcomes. Our research is based on two surveys specially designed to carry out this evaluation. We find a significant improvement in the nutritional status of children and access to an in-kind transfer, Tarjeta Uruguay Social, in the form of a food card. At the same time, we also find an improvement in child development, specifically in the gross motor component of ASQ:SE. The potential channels explaining these results include home visits, access to resources, increased attendance to child care, changes in parenting styles as well as reduced maternal depression.

Keywords: Experimental impact evaluation, home visits, child development, nutrition, Uruguay, Uruguay Crece Contigo

JEL Classification: I38, I14, C93

1. Introducción

En este documento se presenta la evaluación de impacto de uno de los componentes de una intervención pública que busca incidir sobre los logros en la primera infancia, el componente “Acompañamiento familiar y trabajo de cercanía” (en adelante, Cercanía) de Uruguay Crece Contigo (UCC). En base a información recogida en dos olas de encuestas diseñadas a efectos de esta investigación, se analizan efectos sobre un amplio conjunto de aspectos que abarcan la 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 y bienestar socioeconómico.

UCC es una dirección del MIDES de carácter nacional inserta en las políticas dirigidas a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia (OPP, 2012). Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años.

Su modelo de intervención recoge la experiencia del programa Chile Crece Contigo (Gobierno de Chile, 2000). A través del mismo se llevan a cabo acciones socioeducativas para promover buenas prácticas en las familias, que tiendan a mejorar su calidad de vida y favorezcan el desarrollo infantil integral y adecuado. Se busca, a su vez, disminuir la incidencia de los factores de riesgo socio sanitarios que condicionan el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 4 años. A tales efectos, se trabaja en cinco áreas: i) control de salud desde el comienzo del embarazo; ii) monitoreo del estado nutricional de madres y niños; iii) orientación sobre pautas de crianza y estimulación del desarrollo infantil; iv) consejería sobre lactancia materna y prácticas de alimentación, entornos saludables y prevención de enfermedades y accidentes; v) involucramiento paterno en la crianza de niños y niñas. Para cumplir con estos objetivos, se desarrollan acciones universales complementadas con estrategias específicas para atender las situaciones de mayor vulnerabilidad.

El programa de acompañamiento familiar está focalizado en los hogares con mujeres embarazadas y/o niños y niñas menores de cuatro años que reúnan la doble condición de riesgo social y riesgo biológico o sanitario.¹ Debido al diseño de la presente evaluación, el grupo analizado se restringió a los menores de 2 años.² La evaluación se basa en un diseño experimental y se concentra en los nueve departamentos del país (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, fecha de inicio de esta evaluación. Esta opción se tomó debido a que la falta de estandarización en los criterios de elegibilidad utilizados en los departamentos donde el programa se encontraba en operación no hacía posible una evaluación de impacto. Se trata, por consiguiente, de un primer análisis que puede brindar pistas para el despliegue futuro del programa, más que de la evaluación efectiva de una intervención madura operando.

La evaluación de intervenciones orientadas a la primera infancia como la que aquí se analiza, es relevante no solo en términos de la discusión local, sino que puede brindar pistas importantes

¹ Estos aspectos se detallan en la sección 2.

² En el caso de las embarazadas, la decisión de excluirlas de la evaluación se justifica tanto en el hecho que no pueden ser identificadas con facilidad y obtener datos de línea de base con anterioridad a la llegada al campo, y en el hecho que no sería éticamente apropiado establecer un grupo de control en este caso. En cuanto a los niños de 2 a 4 años, se dejarán fuera de esta evaluación debido a que la capacidad atención de los operadores es limitada y dada las posibles diferencias de impacto del programa por tramo de edad, se prefirió, de acuerdo con el equipo técnico de UCC, concentrar los casos en los niños más pequeños, pues, el mismo constituye según la documentación del programa, en el de mayor prioridad de atención.

para el debate regional sobre la mejora de los logros en los primeros años de vida, la reducción de la pobreza multidimensional y su transmisión intergeneracional.

En efecto, la crítica al ingreso como métrica del bienestar y la relevancia de la multidimensionalidad como aspecto central para la realización de comparaciones interpersonales ha alcanzado un amplio acuerdo entre investigadores y hacedores de políticas y cobra especial importancia en la infancia, debido a la fuerte interrelación entre los distintos logros (Ferreira y Lugo, 2012; Ravallion 2011; Sen, 1999).

A su vez, el análisis de los logros durante la primera infancia es relevante tanto porque da cuenta de niveles, desigualdades y carencias en un período dado del tiempo, como por los potenciales impactos de esta etapa sobre el bienestar a lo largo de todo el ciclo de vida. Este último aspecto ha sido extensamente documentado en diversos trabajos provenientes de un amplio conjunto de ciencias (Behrman *et al*, 2009). En ellos se concluye que los primeros años de crianza son decisivos para el logro de buenos resultados educativos, los que actuarían reforzando los desempeños en salud. En base a consideraciones similares, Conti y Heckman (2014) plantean que la productividad de las inversiones en los niños sería mayor cuanto más tempranamente se realizan, pues es más fácil desarrollar habilidades en la primera infancia. De esta manera argumentan a favor del fortalecimiento de las intervenciones destinadas a esa etapa del ciclo de vida. Las consideraciones anteriores son válidas para el análisis de la intervención analizada en este trabajo tiene por objetivo afianzar los logros en los primeros años de vida.

El documento se organiza como sigue. En la sección 2 se presentan las principales características del programa de acompañamiento familiar de UCC y en la sección 3 se sintetizan algunos resultados de evaluaciones de impacto de intervenciones similares realizadas en otros países. La metodología utilizada se presenta en la sección 4. La sección 5 contiene los principales resultados y la sección 6 reúne algunas reflexiones finales.

2. Principales características del programa de acompañamiento familiar

Si bien las acciones concretas desplegadas por UCC son diversas y van más allá de la intervención directa con las familias, en este trabajo nos concentraremos en el componente de Acompañamiento Familiar y Trabajo de Cercanía.³ A partir de este componente del programa, UCC desarrolla acciones específicas para familias con mujeres embarazadas y/o niños y niñas menores de cuatro años que presenten situaciones de vulnerabilidad social y sanitaria. La vulnerabilidad social refiere a la doble condición de riesgo social y riesgo biológico o sanitario. El riesgo social viene dado por el umbral de elegibilidad para la Tarjeta Alimentaria doble del MIDES.⁴ En el caso de los niños, se define hogar con riesgo o daño biológico o sanitario a todo aquél que reúna al menos una de las siguientes condiciones:

³ Entre las acciones universales, se encuentra la entrega del “Set de Bienvenida” a todos los recién nacidos en instituciones públicas y privadas. El mismo contiene materiales seleccionados para promover las buenas prácticas de crianza y el adecuado desarrollo del bebé.

⁴ El mismo corresponde a un valor mayor a 0.8 del Índice de Carencias Críticas, cuya metodología puede consultarse en Amarante, Arim y Vigorito (2012).

Cuadro 1 - Indicadores de Salud. Menores de 4 años

Indicador	Riesgo	Umbral de riesgo	Tramo de edad específico
Peso al Nacer	Bajo Peso al Nacer (BPN)	PN<2500g	<2 años
Edad Gestacional (EG)	Recién nacido prematuro	EG<37 semanas	<1 año
Controles de salud	Sin controles de salud o por debajo de la pauta nacional	2 o más faltas consecutivas a citas programadas en el 1er año de vida	-.-
Peso para la edad (P/E)	Bajo peso para le edad	P/E<P15 ó P/E<-1DE	<2 años
Talla para la edad (T/E)	Retraso de talla	T/E<P15 ó T/E<-1DE	-.-
Peso para la talla (P/T)	Emaciación	P/T<P15 ó P/T<-1DE	>=2años
Curva de crecimiento en P/E, T/E, y P/T	Crecimiento enlentecido	Descenso de canal percentilar en dos controles consecutivos, siendo el límite superior el percentil 50	-.-
Hemoglobina en sangre (Hb)	Presencia de anemia	Hb<11g/dL	-.-
Desarrollo infantil	Presencia de desarrollo infantil alterado	-.-	-.-
Infecciones congénitas (Sífilis, HIV)	Presencia de infecciones congénitas	-.-	-.-
Violencia doméstica	Existe violencia doméstica	-.-	-.-
Control de embarazo	Hijo de mujer que no controló el embarazo	-.-	-.-

Fuente: UCC (2012)

Según datos del MIDES, en 2013 se atendían más de 7.500 familias en situación de exclusión social, las cuales estaban integradas por 3.667 mujeres embarazadas y 9.737 niños y niñas menores de cuatro años. El protocolo de intervención prevé una frecuencia mínima de visitas de una vez cada 15 días hasta los 6 meses de intervención, y de una vez al mes a partir de allí, con una frecuencia mínima de contactos de 1 vez a la semana (UCC, 2012). En el caso de Cercanía, el tiempo previsto de intervención es de nueve meses. Durante ese período, el equipo técnico trabaja en conjunto con las familias, en sus hogares llevando a cabo:

- Acciones socioeducativas vinculadas a prácticas de crianza y desarrollo infantil
- Apoyo para la realización de controles de salud
- Apoyo para la tramitación de prestaciones sociales
- Atención a situaciones de emergencia

Hasta mayo de 2013, fecha de inicio de esta evaluación, los beneficiarios de esta modalidad de trabajo podían ingresar a UCC tanto a través de su identificación mediante los registros administrativos del MIDES, como mediante derivaciones de territorio desde la red de instituciones que están en contacto con la población objetivo (CAIF, Centros de Salud y Policlínicas, SOCAT, entre otros). La segunda opción constituía la amplia mayoría de los casos cuando se inició este trabajo. Al no existir criterios claros de ingreso al programa, no era posible trabajar con las áreas geográficas donde se había desplegado la intervención para definir una población intervenida (tratamiento) y otra similar no incluida en el programa (control). Aspectos como el mayor acceso a la información, cercanía geográfica a organizaciones vinculadas a UCC o a centros de salud podían ser potencialmente decisivos para el ingreso al programa. Debido a estas limitaciones, en esta investigación se decidió trabajar con los departamentos donde la intervención aún no se había lanzado y elaborar una estrategia de ingreso al programa clara, que permitiese identificar relaciones causales. Así, el estudio se realizó en los departamentos de Rocha, Flores, Florida, Colonia, Treinta y Tres, Lavalleja, Soriano, Río Negro y Durazno y las conclusiones no pueden extrapolarse al conjunto de la intervención.

3. Los programas de acompañamiento familiar y sus potenciales efectos

En lo que sigue se repasan los principales antecedentes a nivel internacional y nacional de evaluaciones de programas similares. Dado que se trata de diseños relativamente recientes, existen pocos trabajos previos que se ocupen de la temática.

3.1 Antecedentes internacionales

A nivel de la región, los programas de acompañamiento familiar son incipientes. Se han aplicado intervenciones similares en Chile, Colombia, México y, con un diseño menos próximo, en Brasil. En lo que sigue, se repasan brevemente los resultados de las evaluaciones de impacto disponibles.

El programa *Chile Solidario*, que ya fue comentado antes, fue implementado a partir del año 2002 con el objetivo de combatir la pobreza extrema. Se trata de un programa focalizado, donde se utiliza una prueba de medios para seleccionar a los beneficiarios y una de sus principales características distintivas consiste en un componente de visitas a los hogares. Esta intervención se realiza por un lapso de veinticuatro meses y consiste en veintiuna visitas de trabajadores sociales, cuya duración aproximada es de cuarenta minutos. Cada operador es responsable de visitar a cincuenta familias (Carneiro, Galasso y Ginja, 2014). El programa se propone afectar distintas dimensiones (véase Galasso, 2011, para un mayor detalle). La primera de ellas consiste en el apoyo psicosocial a los beneficiarios. Para ello, se evalúan las necesidades del hogar y se diseña, en conjunto con el mismo, una estrategia para salir en el corto plazo de la pobreza. Para cumplir con este objetivo, se realizan, a su vez, transferencias monetarias, decrecientes a lo largo de la intervención, y se vincula a los hogares con otros programas sociales. Se busca que, en el largo plazo, los hogares puedan mantenerse fuera de la pobreza extrema mejorando su capital humano, su vivienda y su capacidad de generar ingresos. El segundo componente de la intervención intenta trabajar desde el lado de la oferta, asegurando la coordinación con diferentes programas que enfrenten las múltiples e interrelacionadas privaciones materiales y psicoemocionales. En Carneiro et al. (2014) se indica que este programa es único, al reconocer que la provisión de recursos financieros no es suficiente para aliviar las situaciones de pobreza extrema.

En los últimos años, en otros países de la región se ha comenzado a aplicar un conjunto de intervenciones inspiradas en *Chile Solidario*, los cuales en general se encuentran articuladas con los programas de transferencias de ingresos. El programa *UNIDOS* (ex *JUNTOS*) en Colombia combina visitas de trabajadores sociales a los hogares con acceso preferencial a los programas sociales. Estas visitas tienen por objetivo construir capacidades psicosociales en la población en condiciones de pobreza extrema para superar restricciones en su comportamiento, y mejorar el acceso y uso de los programas sociales disponibles mediante la provisión de información y el acceso preferencial a los mismos (Abramovsky et al., 2015).

Con esa misma perspectiva, *Contigo vamos por más* fue implementado en 2008 en el estado de Guanajuato en México y promueve la articulación de los beneficiarios del programa Oportunidades con distintos servicios. Los detalles del programa se comentan en Calderón y Velázquez (2011). Consta de sesiones realizadas con la familia, en la que también participan miembros voluntarios de la comunidad. Se realizan veintiocho reuniones obligatorias, mayoritariamente quincenales, y seis opcionales, organizadas en cinco fases. Se busca que las familias cuenten con prácticas de apoyo mutuo, integradas en su comunidad, accediendo a los beneficios sociales vinculados a las redes sociales existentes. En el programa se identifican siete

dimensiones prioritarias (salud, alimentación, vivienda, educación, trabajo, afecto/autoestima, y seguridad) y en ellas se determinan condiciones básicas y complementarias.⁵

Otro ejemplo lo constituye el programa *Brasil sem Miseria*, el cual se articula en base a cuatro ejes: ingreso garantizado, inclusión productiva urbana, inclusión productiva rural, y acceso a servicios públicos. Es el último de los componentes el que presenta algún correlato con el resto de los programas antes mencionados. Se trata de identificar si la oferta existente es insuficiente o inadecuada en aquellos servicios destinados a atender a la población más pobre, así como una atención inadecuada (prejuicio, falta de respeto). El objetivo de este componente del programa es expandir o redireccionar los servicios, así como sensibilizar y capacitar a los funcionarios que los brindan.

Se han realizado evaluaciones de varios de estos programas, aunque con distinto grado de profundidad. Por ejemplo, de la literatura revisada no se encuentran evaluaciones en el componente de interés del programa *Brasil sem Miseria*, en tanto se halló una sola evaluación de Contigo Vamos por Más (Calderón y Velázquez, 2011). Esta evaluación realiza estimaciones mediante diferencias en diferencias y PSM, y encuentra que el programa tiene impacto en el consumo de alimentos y en la esfera educativa.⁶ En el caso del programa *UNIDOS* y fundamentalmente en el de *Chile Solidario*, es mayor el número de evaluaciones y los desempeños considerados. En *Chile Solidario*, Carneiro et al (2014) realizan una evaluación utilizando regresiones discontinuas y encuentran efectos positivos en la vinculación al *Subsidio Único Familiar*. Utilizando estimadores de *matching*, Galasso (2011) y Hoces de la Guardia, Hojman y Larrañaga (2011) encuentran resultados similares. Adicionalmente en el último caso se señala que existen efectos positivos en la vinculación con otros programas sociales (fundamentalmente en el vinculado a la atención dental), al tiempo que en Galasso (2011) se señala que se ha fortalecido la vinculación con programas de vivienda social como consecuencia del acceso al programa.

En Galasso (2011) se sugiere que el apoyo psicosocial ha jugado un papel importante al incrementar el conocimiento sobre los servicios sociales presentes en la comunidad, así como en el optimismo sobre el estatus económico futuro. Asimismo, Hoces de la Guardia et al. (2011) encuentran efectos positivos en el bienestar psicosocial. En Galasso (2011) se encuentran, también, resultados positivos en asistencia a la educación preescolar y salud, tanto en términos del registro en salud pública, como en visitas preventivas en los menores de 6 años y en las mujeres.

En base a un estudio que distingue según año de implementación del programa en la comuna y calidad de la implementación, Asesorías para el Desarrollo (2014) encuentra que Chile Crece Contigo afecta el desarrollo infantil aumentando un tercio de desviación estándar del puntaje de una versión adaptada de la prueba Battelle. Cabe destacar que este efecto solo se encontró en las comunas con buena implementación del programa. A la vez, se realizaron preguntas a las madres sobre conocimiento, uso del servicio y calidad, encontrándose que solo una baja proporción lo conoce. Por otra parte, Manley y Vasquez (2013) analizaron el efecto del mismo programa sobre

⁵ Por ejemplo, en salud constituyen condiciones básicas que las familias tengan acceso a servicios de salud y reciban información para la prevención de enfermedades, en tanto las condiciones complementarias refieren a la atención odontológica preventiva, asesoría psicológica, tratamiento de enfermedades crónicas, y acceso a lentes cuando se requieren para trabajar o estudiar.

⁶ En concreto los impactos se observan en consumo de frutas y vegetales; consumo de huevos, carne y leche; años de educación; proporción de individuos que recibieron becas escolares; proporción de hogares que emprendieron actividades para ayudar a la comunidad en el último mes; proporción de hogares que recibieron alguna ayuda de sus vecinos en el último mes; y proporción de hogares que asistieron a reuniones de la comunidad en los últimos seis meses.

la oferta laboral de las madres, en base a variables instrumentales, sin encontrar efectos de esa naturaleza.

Abramovsky et al. (2015) evalúan mediante un diseño aleatorizado el programa UNIDOS. No encuentran efectos relevantes en la construcción de capacidades psicosociales, ni en el conocimiento y asimilación de los programas sociales. En las zonas rurales sí se detectan algunos efectos limitados, asociados a la mayor participación del programa Familias en Acción, al tiempo que observan efectos negativos en la probabilidad de empleo de las mujeres (en particular caídas del empleo por cuenta propia). Los autores indican que ambos resultados se encuentran asociados. El estudio atribuye la ausencia de efectos a problemas de implementación. Por un lado, se indica que el número de visitas de los trabajadores sociales a los hogares fue menor a lo previsto originalmente.⁷ Asimismo, se señala que los registros administrativos muestran fuertes heterogeneidades en la calidad de las visitas a los hogares.

3.2. Antecedentes nacionales

En el caso uruguayo, son también escasas las evaluaciones disponibles, dado que estos programas se han implementado recientemente. Para el programa *Canelones Crece Contigo*, se dispone de informes de seguimiento de los hogares intervenidos antes y después de la intervención, pero no se cuenta con una evaluación de impacto.

La evaluación de impacto del programa *Cercanías*, cuya implementación coordina el Ministerio de Desarrollo Social, mostró efectos en algunas áreas del bienestar subjetivo y las prácticas de crianza (Perazzo, Salas y Vigorito, 2016). La investigación realizada en el caso del programa *Jóvenes en Red* encontró efectos en la asistencia a aulas comunitarias, percepciones en relación a la autonomía personal, participación en actividades para mejorar el espacio comunitario; e indicios de superación de preferencias adaptativas, materializados en que los jóvenes que pasan por el programa se perciben más pobres que el grupo de control (Carrasco et al, 2015). A la vez, Sanromán (2015) encuentra que los *SOCAT* han generado algunos efectos en la postulación a Asignaciones Familiares-Plan de Equidad (AFAM-PE).

4. Estrategia de identificación

En lo que sigue se presenta la estrategia de identificación de los impactos del programa, diferenciando la selección de la población estudiada y el diseño de investigación utilizado (4.1), así como las fuentes de información en las que se basó el trabajo (4.2) y el balance de las características de los grupos de tratamiento y control en la línea de base (4.3).

4.1. Población estudiada y diseño de la evaluación

Debido a los intensivos requerimientos de personal para realizar el seguimiento y visita a los hogares, los programas de acompañamiento familiar dependen fuertemente del número de operadores disponibles en las áreas geográficas donde la intervención se despliega. El trabajo de UCC se organiza en grupos de dos operadores (dupla) y cada operador puede atender a cuarenta hogares simultáneamente. Dado el número de operadores previsto en cada departamento, (en

⁷ En el diseño se estipulaba la carga de trabajo de los trabajadores sociales eran de dos tipos, en el caso de los tratamientos intensivos se preveía que trabajaran con 120 casas por año y en el tratamiento no intensivo en 180 casas. En los hechos, señalan los autores, en todos los casos se trabajó con 180 casas. Como implicancia de esto las visitas que recibían las familias en 18 meses eran solo tres en promedio.

adelante, total), el programa tenía la capacidad de atender a 960 niños en los departamentos seleccionados para llevar a cabo esta evaluación (Cuadro 2). No obstante, una parte de estos cupos estaba destinada a atender a mujeres embarazadas y a niños de alto riesgo, los cuales no podían prescindir de la intervención. Por lo tanto, la investigación se encontraba acotada a un número aproximado de veinte cupos por operador, lo cual totaliza 480 casos que recibirían la intervención en la primera ola de trabajo.

Cuadro 2 - Operadores de UCC y cupos disponibles por departamento. 2013

Departamentos	Operadores	Capacidad p/operador	Capacidad total	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
Total	24	40	960	480	160

Fuente: ENPI

Suponiendo que el número de niños de hasta tres años se reparte aproximadamente de igual manera por edades simples en el rango [0-3], la capacidad de atención disponible para la evaluación implicaría contar con solamente 120 niños en cada tramo, lo cual dificulta mucho cualquier estrategia de evaluación. La importancia de los rangos se asocia a que, en algunas de las dimensiones consideradas dentro de los criterios de elegibilidad para el ingreso al programa, los umbrales de “vulnerabilidad” varían por edad o los indicadores apropiados se modifican a medida que el niño crece y a que se esperan respuestas diferentes al programa según por tramo de edad. Por tal motivo, se optó por concentrar la evaluación en los niños de 0 a 2.

Determinación de la población estudiada

Para identificar el nivel de riesgo de cada niño se construyó un índice de elegibilidad (basado en el índice de pobreza multidimensional propuesto por Alkire y Foster, 2011) que combinaba las características determinantes de la vulnerabilidad sanitaria presentadas en el Cuadro 1. La metodología de construcción de este índice permite que la población elegible tenga asociado un valor del índice de acuerdo al “estado/gravedad” de su privación (brecha en cada dimensión respecto a las “líneas de privación”). Esto permite ordenar los casos y fijar un umbral de asignación tal que la población por debajo de ese umbral corresponda al número de cupos que el programa tiene previstos. En el Anexo 1 se incluyen los detalles del índice utilizado.

Seguidamente se determinó el umbral de asignación cubriendo los cupos que el programa tenía previsto para los casos más graves. Para cubrir los restantes cupos se realizó un sorteo entre la población elegible con menor situación de gravedad. Esto es, niños elegibles porque estaban privados en al menos en un indicador, pero su situación de gravedad no era tal que requiera que sean intervenidos de forma inmediata. Así, el grupo de tratamiento estaba constituido por los 20 niños que quedaron seleccionados mediante el sorteo, y el grupo de control se conformó con quienes quedaron por debajo del lugar 20.

Un problema fundamental radicó en la determinación del universo de niños elegibles, ya que, como se señaló antes, se descartó trabajar en base a derivaciones de territorio. Se decidió, entonces, partir del conjunto de niños nacidos en centros de ASSE en los departamentos seleccionados, en base a información del Certificado de Nacido Vivo (CNV) para 2012 y 2013. Sin embargo, la valoración del riesgo sanitario implicaba información adicional a la que figura en dicho registro administrativo, como es el caso de controles de salud posteriores al nacimiento y datos antropométricos más recientes.

A efectos de contar con esta información, 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 sobre el primer y último control realizado por el niño: fechas, peso y talla del niño. A este listado inicial se agregaron todos los niños que estaban registrados en los centros de salud de ASSE tomados del RUCAF (Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal de Prestadores de Salud) y tuviesen la edad de elegibilidad. Este proceso insumió varios meses dado que muchos niños no eran localizables, ya fuera porque los datos de contacto del CNV eran erróneos o porque se habían mudado de departamento.

De esta manera, fue posible contar con información para las variables que conforman los criterios de ingreso al programa y construir el índice de riesgo sanitario. Los 480 niños más graves de acuerdo al índice se destinaron a los cupos que el programa tenía previstos. Como ya se indicó, para cubrir los restantes 480 cupos se realizó un sorteo entre la población elegible con menor situación de gravedad: niños elegibles, privados en al menos en una dimensión, pero que no requirieron intervención inmediata. Así, el grupo Originalmente Asignado al Tratamiento (OAT) estaría constituido por los niños sorteados y el grupo de Originalmente Asignado al Control (OAC) por los restantes niños elegibles que no salieron sorteados.

Métodos para la identificación de efectos causales

El efecto del programa estaría dado por comparar los resultados del grupo de control y tratamiento después de recibir el programa. En efecto, si la aleatorización del proceso se mantiene, es posible estimar el efecto medio del tratamiento como un contraste de diferencia de medias (Duflo, Glennester y Kremer, 2007). Sin embargo, el mantenimiento de los experimentos de campo es muy delicado, pues es muy fácil que, debido a problemas de no respuesta, pérdida o abandono de la intervención, se produzcan desbalances. Como se indica con detalle en la sección siguiente, en la presente evaluación un 17% de los hogares inicialmente sorteados para el tratamiento, lo interrumpió por diversas causas que allí se detallan. Esto implica que el cumplimiento con diseño original no fue perfecto y en lo que sigue, se presentan los métodos de estimación utilizados para contemplar los potenciales sesgos que plantearía ese desvío del diseño original. Más adelante, se presenta un análisis de los desempeños en la línea de base del grupo de control, los tratados efectivos y los inicialmente seleccionados (intención de tratamiento, ITT de la expresión en inglés *Intention to Treat*). El análisis debe contemplar a todos los hogares, con independencia de su comportamiento con respecto a la intervención, dado que, en su propia respuesta frente a la posibilidad de participar en el programa, están presentes las variables que podrían sesgar los resultados al contemplar exclusivamente a quienes participaron (Duflo, Glennester y Kremer, 2007; Angrist, Imbens y Rubin, 1996; Imbens y Rubin, 2015).

El interés de la evaluación está en el efecto de tratamiento, dado que ese parámetro mediría la capacidad de transformación del programa sobre los desempeños de interés. Ello se recoge en la siguiente ecuación:

$$y_{i(t)} = \beta_0 + \beta_1 ITT + \varepsilon_i$$

Dónde y es el desempeño de interés, medido luego de la intervención (t) e ITT es una variable binaria que indica si el hogar fue seleccionado como beneficiario del programa con independencia de si efectivamente fueron tratados.

En base a la ecuación anterior, se realizaron varias estimaciones para cada desempeño de interés, a efectos de comparar los resultados frente a las diversas especificaciones planteadas arriba. Se reportan en la sección de resultados dos estimaciones para cada desempeño, por mínimos cuadrados ordinarios (MCO) y mediante mínimos cuadrados en 2 etapas (MC2E). En este último caso se instrumenta el tratamiento efectivo en base a ITT. Otras estimaciones realizadas incluyen variables de control y la variable dependiente rezagada. Las mismas no se reportan pues no existen variaciones importantes en los resultados.

4.2. La información utilizada

Los cálculos de potencia indicaron que el mínimo efecto detectable, dado el número fijo de tratados (480), implicaba utilizar el doble de casos en el grupo de control. Luego de realizado el relevamiento presentado en el apartado anterior, el sorteo permitió asignar miembros al grupo de control en todos los departamentos. Se realizaron dos visitas a los hogares (Encuesta Nacional de Primera Infancia, ENPI): la primera tuvo por objetivo captar información de línea de base y se realizó antes de iniciar la intervención y la segunda fue realizada una vez que la misma se completó (al menos nueve meses después de iniciada la intervención).

El trabajo de campo en la primera ola se realizó mayoritariamente entre el 19 de octubre de 2013 y el 31 de diciembre de 2013, restando un 14% de casos que se completaron en marzo 2014. En la primera ola se recabó información de 892 niños, sus hogares y los restantes integrantes de los mismos (más adelante se detallan los aspectos relevados en el cuestionario). Estos niños conforman el universo de evaluación de UCC que cuenta con información para la línea de base. La segunda ola se realizó entre abril y julio de 2015 y recuperó al 89% de los casos entrevistados en la primera ola (795).

Como ya se indicó, la asignación al grupo de tratamiento se realizó en forma aleatoria (sorteo) lo que conforma el grupo ITT. A su vez, los niños asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento se dividieron en dos grupos, aquellos que efectivamente fueron tratados (tratados efectivos) y aquellos que por algún motivo interrumpieron el tratamiento. De esta forma, quedan conformados tres grupos: control, tratados efectivos y tratados interrumpidos.

La información utilizada para clasificar a los niños entre los tratados efectivos y los interrumpidos fue obtenida a partir de una planilla recibida de UCC. De esta planilla, surge si el hogar está “activo” o “finalizado”, en cuyo caso el niño integra el grupo de tratados efectivos. Por su parte, si en la clasificación del hogar figura “interrumpido”, el niño se asignó al grupo de los tratados interrumpidos. 57 hogares quedaron clasificados dentro del grupo de tratados interrumpidos. En esos casos, los operadores proporcionaron información acerca de la razón por la cual el tratamiento no se realizó o fue cancelado antes de su finalización (Cuadro 3).

Cuadro 3- Distribución de razones de rechazo. Primera ola

Razón de rechazo	
Se niega a intervención	58,8%
Intentos de visita fallidos	23,5%
Mudanza	7,8%
Parcial aplicación intervención	5,9%
Por ser ETAF	3,9%
N	51
Sin dato en razón de rechazo	6
Tratados interrumpidos	57

La distribución de los niños entre estos tres grupos y la distribución entre controles e ITT se muestra en el Cuadro 4.

Cuadro 4 - Distribución de casos según grupos. Primera ola

Controles	570
ITT	322
Tratados efectivos	265
Tratados interrumpidos	57
Total	892

Los 57 niños con cumplimiento parcial (*partial compliance*) de la asignación aleatoria al programa, corresponden a un 17,7% de los niños asignados originalmente al grupo de tratamiento. Asimismo, fue detectado un incumplimiento de la asignación aleatoria al grupo de control, ya que hay 39 casos originalmente asignados al grupo de control que han sido tratados. En la mayor parte de los casos, ello se debió a que la situación de los niños se agravó y se transformaron en casos “forzosos”.

4.3. Desempeños evaluados

En lo que sigue se presentan las fuentes de datos utilizadas para la medición de los desempeños de interés, así como las principales áreas de interés de la evaluación. Las fuentes a utilizar provinieron de registros administrativos existentes (CNV, SIP, RUCAF, registros de AFAM-PE), datos del Carné del Niño, tomados en la línea de base por los operadores en los centros de atención a los que concurren los niños (antropometría, número de controles, policlínica en la que se atiende, etc.), en la información relevada en el hogar a partir de las dos olas de la encuesta diseñada para la realización de la evaluación (antes y después del tratamiento) y de datos que se tomaron del carné de salud del niño.

Las principales áreas de interés se correspondieron con los objetivos del programa: salud, nutrición, desarrollo infantil y acceso a prestaciones sociales.⁸

Dentro de salud se incluyó un amplio conjunto de desempeños, pero revistió particular interés la anemia y el estado nutricional. Por esa razón, tanto en la línea de base como en la encuesta de seguimiento, los encuestadores fueron mayoritariamente estudiantes o profesionales del área de la salud. Se realizaron pruebas de anemia, en base a tomas de muestras de sangre capilar realizadas con *hemocue* y se tomaron medidas antropométricas (peso, talla y perímetro cefálico).

⁸ El cuestionario utilizado se encuentra disponible en <http://www.iecon.ccee.edu.uy/encuesta-nacional-de-primera-infancia/contenido/474/es/>

También se relevó información sobre el contexto de nacimiento del niño, hábitos alimenticios y morbilidad a lo largo de la vida.

Para el análisis del desarrollo infantil se buscó utilizar pruebas consistentes con las incluidas en la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) y que se adecuasen a la edad de la población de interés. Así, se incluyeron el ASQ:3 y el ASQ:SE, dos pruebas comparables internacionalmente y validadas, que permiten medir diversos aspectos del desarrollo socioemocional de los niños.

El ASQ:3 (Squires, Twombly, Bricker y Potter, 2009) es un instrumento de *screening* de desarrollo infantil, cuya primera versión data de 1995. Permite evaluar desempeños en cinco áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, comunicación, resolución de problemas y socio-individual (o personal-social). Es un instrumento económico, breve y eficiente tanto para fines de investigación como de detección y monitorización precoz. Fue diseñado para ser aplicado por los propios padres o cuidadores del niño y puede ser utilizado por evaluadores con un entrenamiento básico. Abarca el rango de edades comprendido entre 1 y 66 meses. Está conformado por veintiún cuestionarios, adecuados al desarrollo infantil de cada período de edad madurativa de los niños. Cada cuestionario contiene treinta ítems divididos en seis grupos para cada una de las cinco áreas. A menudo el mismo ítem va modificándose en complejidad en los rangos sucesivos de edad, aunque se continúa evaluando la misma pauta. Cada ítem se valora con diez puntos cuando se logra totalmente, y con cinco cuando el logro es parcial. En cada área se suman los puntajes obtenidos para los ítems correspondientes. Los puntajes brutos resultantes se comparan con una tabla de puntos de corte según la edad del niño. A partir de los valores obtenidos, se distinguen tres rangos: una zona de valores normales (84% de los puntajes que obtienen los niños, por encima de -1 desviación estándar); una zona de monitoreo para los valores correspondientes al rango entre -1 y -2 desviaciones estándar (donde en una población normal se ubicaría el 13,6 % de niños) y una zona de derivación o de riesgo a los puntajes de -2 desviaciones estándar (donde se espera encontrar 2,5 % de los casos).

El ASQ:SE (Squires *et al*, 2002) fue desarrollado por los mismos autores de ASQ:3. Consiste en una batería de ocho cuestionarios diseñados para niños de 3 a 66 meses. Se centra en una lista de indicadores de perturbación -conductas- en el desarrollo socio-emocional. Para las edades consideradas en este trabajo, el instrumento evalúa las siguientes áreas: autorregulación (12 ítems); obediencia (2 ítems); comunicación (5 ítems); conductas adaptativas (10 ítems); autonomía (2 ítems); y afecto e interacción con personas (5 ítems). Los indicadores evaluados se van modificando de acuerdo a la edad del niño.⁹ Se distinguen dos rangos: normalidad y riesgo. Los umbrales varían con la edad en meses, de la forma que se establece en el Cuadro 5.

Cuadro 5 - Determinación de puntajes en ASQ:SE

Tramo de edad	Umbral zona de riesgo
3 a 8 meses	> 45
9 a 14 meses	> 48
15 a 20 meses	> 50
21 a 26 meses	> 50
27 a 32 meses	> 57

Fuente: GEF (2015).

⁹ Por ejemplo, el ítem “Cuando su niño está alterado, ¿se puede calmar dentro de 30 minutos?” cambia a partir del catorceavo mes a “Cuando su niño está alterado, ¿se puede calmar dentro de quince minutos?”

Los cuestionarios relevaron, también, información demográfica y socioeconómica del hogar, prácticas de crianza, así como acceso a prestaciones sociales, condiciones de vivienda y actitudes y opiniones.

4.4 Balance en la línea de base

Para concluir esta sección, se presenta el análisis del balance de la información de ENPI entre tratados y controles en la línea de base, pues para realizar un diseño aleatorizado y aplicar diferencias de medias, es necesario que el diseño asegure que las diferencias entre los grupos de tratamiento y control radican en el efecto de la intervención.

En base a la información recogida en la primera ola de ENPI, se realizaron contrastes de igualdad de medias entre los grupos en la línea de base. A continuación, se sintetizan alguno de los resultados encontrados.¹⁰

En cuanto a las características observables que se analizaron, las mismas pueden ser agrupadas en seis categorías: características del entrevistado, características del hogar donde vive el niño, características del niño (edad, asistencia a centros educativos y de cuidado, vínculos con la familia), salud, estado nutricional y desarrollo del niño.

Se analizaron las diferencias en términos de algunas características de los niños de cada grupo. La edad promedio no presentó diferencias significativas si se agrupa a los niños en los de 6 meses y menos, de 7 a 12 meses, de 13 a 18 meses y de 19 meses y más (hasta 26 meses). Tampoco hay diferencias en la tasa de asistencia a centros de cuidado (panel a del Cuadro 6).

Cuadro 6 - 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
% Asalariado privado	56	60.4	0.620
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
Compuesto	3.3	3.6	0.245

Fuente: ENPI

¹⁰ El detalle con todas las pruebas realizadas puede encontrarse en el anexo web ubicado en <http://www.iecon.ccee.edu.uy/download.php?len=es&id=581&nbre=anexo%20-%20balance.pdf&ti=application/pdf&tc=Publicaciones>

En las características del entrevistado no se encontraron diferencias significativas en el nivel educativo máximo alcanzado, su situación laboral (ocupado, desocupado, inactivo), y en la edad (ver panel b del Cuadro 6). Además, si bien no son presentadas en este artículo, no hay evidencia de diferencias significativas en el sexo y ascendencia racial del entrevistado entre los grupos. Respecto a las características del hogar, no resultaron significativas las diferencias en el tipo de hogar que los niños integran ni en la propiedad de la vivienda (panel c del Cuadro 6)

Por su parte, en términos de la asistencia a centros educativos y de cuidado no se encontraron diferencias en las distintas variables consideradas (asistencia presente y pasada, edad a la que comenzó a asistir, persona que acompaña al niño al CAIF, etc.). Por último, tampoco presentaron diferencias significativas las características asociadas a los vínculos familiares del niño (si vive con los padres, en caso de que no viva el padre si lo ve o no, etc.).

Para la salud de los niños, en términos generales, no se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos de control y tratamiento. Sin embargo, si bien no hubo diferencias en los resultados antropométricos, sí resultaron significativamente distintos los porcentajes de niños en cada grupo a los que fue posible realizar la medición y aquellos que tenían el carné de vacunas en el momento de realizada la entrevista. En las distintas enfermedades y accidentes que padeció el niño las diferencias entre grupos no fueron significativas, ni tampoco en términos de la presencia de anemia, según los resultados del test de hemoglobina realizado en la línea de base.

En las medidas del ASQ:3 no se encontraron diferencias significativas en las proporciones de niños en condición de riesgo, monitoreo y normalidad. La distribución del puntaje estandarizado en las 5 áreas que evalúa el test no parece tener diferencias importantes entre los grupos de control y tratados efectivos. Por último, el resultado del test ASQ:SE no presentó diferencias significativas entre controles y tratados efectivos en términos de presencia de riesgo.

En síntesis, en términos generales, los tres grupos resultaron similares. En los pocos casos en que se detectaron diferencias, éstas se debieron, mayoritariamente, a variables de escasa incidencia o al bajo número de casos pertenecientes al grupo de tratados interrumpidos.

5. Resultados

Los resultados se presentan agrupados en las grandes áreas de interés del programa. La sección 5.1 reúne los resultados en términos de salud y nutrición, en 5.2 se hace referencia a desarrollo infantil, 5.3 refiere a prácticas de crianza y 5.4 reúne resultados sobre acceso a prestaciones sociales y condiciones socioeconómicas del hogar del niño.

5.1. Salud y nutrición del niño

Como se mencionó previamente, el programa define dos grandes áreas de intervención: salud y entorno social. En lo que refiere al área de salud, de acuerdo con la etapa del ciclo vital y a las áreas de intervención, se establece un conjunto de medidas a desplegar por parte de los operadores en los hogares seleccionados, entre las que se incluye:

- Mejora de la alimentación y la promoción de la lactancia exclusiva antes de los seis meses de edad, consejería para la introducción adecuada, oportuna y segura de alimentos complementarios y evaluación de estado nutricional.
- Promoción de la realización de los controles de salud del niño de acuerdo con la normativa y verificación que las vacunas estén al día.

- Medidas tendientes a reducir los niveles de anemia. Esto incluye medición de hemoglobina y derivación médica en el caso de anemia, promoción de la adherencia a la suplementación con hierro indicada en el servicio de salud.

Además de los posibles impactos directos sobre las condiciones de salud y la nutrición de los niños que pueden producirse por el acompañamiento familiar y las visitas ya mencionadas, el programa podría generar efectos a partir de la inclusión de los niños en distintos programas sociales de transferencias de los cuales son potenciales beneficiarios. En este grupo se incluyen Tarjeta Uruguay Social (TUS), Canasta de riesgo nutricional del INDA, Tickets alimentación de INDA, Comedor, Prestaciones alimentarias locales y Asignaciones Familiares-Plan de Equidad (AFAM-PE). Es de esperar que la conexión con estas prestaciones contribuya a generar impactos positivos en la salud y nutrición de los niños a través de un mayor acceso a alimentos. Es claro que en el caso de las transferencias de ingreso la asociación no es mecánica y existe evidencia controvertida sobre sus efectos en salud. En el caso uruguayo, Amarante et al. (2016) encuentran que el programa de transferencias PANES contribuyó a la reducción del bajo peso al nacer de sus beneficiarios en aproximadamente un 19%. Sin embargo, en el caso AFAM-PE, no se encontraron efectos en los desempeños en salud (Bérgolo et al, 2015). En este último caso, se trata de una población en condiciones de privación, pero que abarca hogares con mayor nivel socioeconómico que la incluida en el componente del programa UCC aquí evaluado. Los impactos sobre el acceso a programas sociales se consideran en la sección 5.4.

Cabe aclarar que la información sobre varios de los desempeños analizados no está disponible para la totalidad de los niños bajo análisis. En efecto, no se cuenta con medidas antropométricas para el total de niños del universo de evaluación debido a que, en los casos en los que los encuestadores no pertenecían al área de la salud, las mismas fueron recogidas en otra visita posterior a la de la encuesta de línea de base. Esto dio lugar a que en algunos casos se rechazara la segunda visita o bien que, en caso de realizarse, no estuviese el niño para realizar la antropometría. La proporción de niños que tienen antropometría en el total es 74,2%: 77,9% de los controles y 69% de los tratados.

Los datos antropométricos relevados fueron peso, talla y perímetro cefálico. A la vez, se relevó información directamente del carné de vacunas y del carné de salud de los niños, siempre que el entrevistado pudiera/quisiera mostrar la información directamente.

Desempeños en salud y nutrición

• Controles y vacunación

Como ya se ha constatado en evaluaciones de otros programas focalizados en niños que viven en hogares vulnerables (AFAM-PE y Cercanías), es elevado el porcentaje de niños cuyos padres declaran que cuentan con el carnet de vacunas (92% de los que disponen de antropometría) e incluso, que aceptan mostrárselo al encuestador (89% de los que disponen de antropometría). Dada la alta proporción que cuentan con carnet, el margen para impactar sobre este desempeño no es muy elevado. No es sorprendente, por tanto, que no se encuentren efectos en este caso.

Seguidamente se analizan impactos sobre cada vacuna y sobre la oportunidad de la vacunación, dentro del grupo de hogares para los que se pudo acceder al carnet. A tal fin, se consideró el cronograma establecido por el MSP.¹¹ Si bien entre 99 y 100% de los niños dispone de todas las vacunas, los porcentajes de quienes se vacunaron en tiempo y forma son mucho menores, aun considerando un mes de margen. No existen, en este caso, diferencias significativas entre

¹¹ <http://www.msp.gub.uy/noticia/vacunas>

controles e intención de tratamiento (Cuadro 7), no encontrándose efectos del programa en el cronograma de vacunación.

Al igual que en el caso del carné de vacunas, un alto porcentaje (95%) de los entrevistados señala que los niños tienen carné de salud. El 91% de quienes indican que lo tienen, accede mostrárselo al encuestador. Por lo tanto, al igual que en el caso del carné de vacunas, se espera que el programa incida en mayor medida en el número de controles, pero no tanto en la tenencia de carné. La cantidad de controles del niño se compara con el número recomendado por el MSP según la edad.^{12,13} Asimismo, se dispone de la fecha de realización del primer y último control de salud, lo cual permite establecer cuánto tiempo pasó desde el nacimiento hasta el primer control, y cuánto ha pasado desde el último control realizado teniendo en cuenta el momento de realización de la encuesta.

Cuadro 7 - Porcentaje de niños con vacunación al día. Ola 2

Vacuna/Edad en meses	Controles		ITT	
	Recomendado MSP	Recomendado MSP+1m	Recomendado MSP	Recomendado MSP+1m
Pentavalente, Polio y Neumococo: 2 meses	62.5	81.0	65.7	82.2
Pentavalente, Polio y Neumococo: 4 meses	41.3	69.6	45.4	72.4
Pentavalente y Polio: 6 meses	27.8	52.9	32.5	58.3
SRP, Neumococo y varicela: 12 meses	51.0	78.3	48.7	74.1
Pentavalente, Polio o VPI y Hepatitis A: 15 meses	45.7	71.0	40.8	61.4
Hepatitis A: 21 meses				

Fuente: elaborado en base a ENPI.

Según establece el MSP en el carné de salud del niño, la frecuencia de controles mínima recomendada varía según la edad. En el recién nacido se espera que tenga la primera consulta antes del día 10 de vida y luego en los días 14 y 28 de vida. Se sugiere un control neonatal lo más precoz posible luego del alta, para detectar rápidamente problemas de lactancia, entre otros. A partir del mes de vida, los controles deberían ser mensuales hasta los seis meses y bimensuales hasta los 24 meses en los casos de niños con bajo riesgo bio-psico-social. La frecuencia de controles recomendada en el segundo año de vida para el niño sano es trimestral, entre los 2 y 3 años cuatrimestral y a los 4 años semestral. Es decir que a los 7 meses de vida debería tener como mínimo 8 controles, a los 24 meses adicionan 9 controles, etc. De este modo se construye mes a mes del niño la variable de cumplimiento con el número de controles.

Se encuentra que un 74,8% de los niños del grupo de control y 80% de los ITT se realizaron al menos el mínimo de controles recomendados según la edad. El 90% de los niños se controló antes del mes de vida. El promedio de días transcurridos entre el nacimiento y la fecha del primer control es cercano a 40. En el caso del último control, los resultados difieren levemente entre controles y tratados. En el caso de los datos relevados en la ola 1, el tiempo transcurrido entre el último control y la realización de la encuesta es de 68 días en el caso de los controles y de 60 días en el caso de los ITT. En la segunda ola, estos porcentajes ascienden a 157 y 143 respectivamente. Como se observa en el Cuadro 8, el promedio de días es creciente con la edad del niño adecuándose a lo recomendado.

¹² Para analizar los posibles efectos sobre la realización de controles de salud a niños, el encuestador cuenta y copia del carné del niño la cantidad de controles registrados.

¹³ <https://www.impo.com.uy/descargas/carnet%20de%20salud%20ninos%20T.pdf>

Cuadro 8 - Días transcurridos entre el último control y cada ola por tramo de edad

Edad en meses	Ola 1	Ola 2
0 a 6 meses	32	
7 a 12 meses	45,5	
13 a 24 meses	88,1	88,3
25 y más		162
Media	65,5	152

Fuente: elaborado en base a ENPI.

Respecto al impacto del programa sobre estas variables, no se encuentran efectos significativos.

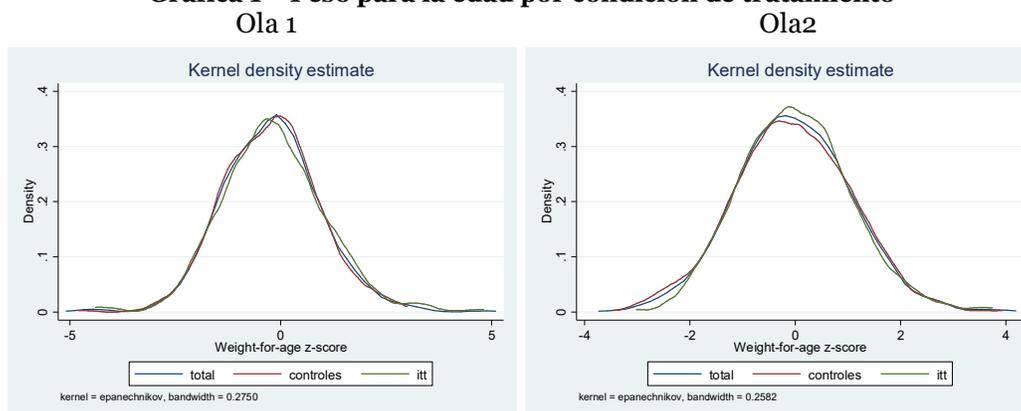
● Nutrición

En relación con el estado nutricional, como se adelantó, no fue posible tomar medidas antropométricas al 100% de los niños. Por tal motivo, se dispone de 662 casos con información antropométrica en la ola 1, 791 en la ola 2 y 595 en ambas olas. Para solucionar este problema, en el caso de aquellos niños sobre los que se dispone de información del carnet de salud, el estado nutricional se aproximó a partir de medidas antropométricas tomadas de allí. Se recogieron datos sobre la talla y el peso para el primer y el último control que se le realizó al niño, tanto en la ola 1 como en la 2. Las distintas medidas antropométricas se estandarizaron comparando a cada individuo con la media de una población de referencia de la misma edad y sexo y dividiendo entre el desvío estándar de la población de referencia (*z score*).¹⁴ Se construyeron indicadores de Peso para la Edad (PE), Talla para la Edad (TE), e Índice de Masa Corporal (IMC)

En primer lugar, se analizaron las distribuciones del peso para la edad de los niños según condición de tratamiento en la ola 1 y 2 (Gráfica 1). El análisis gráfico no es muy conclusivo en la ola 1, aunque parece existir un leve aumento entre los ITT. En términos de retraso y exceso de peso para la edad, se encuentra que 4,7% de los controles e intención de tratamiento presentan retraso en el peso para la edad de dos desvíos o más. En tanto 2,7% y 3,3% respectivamente presentan exceso de peso para la edad en dos desvíos o más.

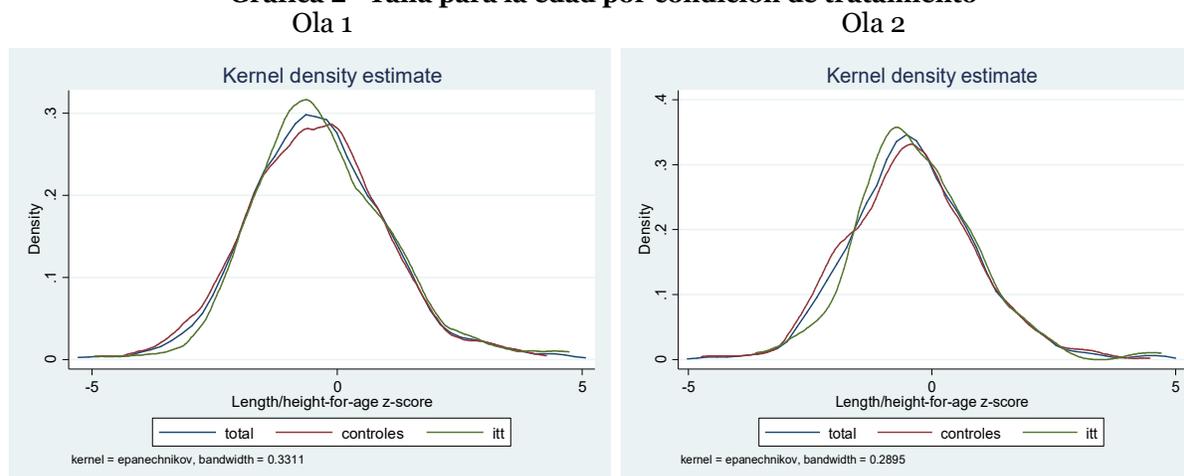
En la ola 2, se reduce la dispersión en general y se produce un corrimiento notorio a la derecha de los ITT. En efecto, en tanto 4,6% de los controles continúa presentando retraso de peso para la edad, este porcentaje cae a 1,6% en el caso de los tratados. El exceso de peso se mantiene cercano a 3% en ambos grupos.

¹⁴ Para la estandarización de la información antropométrica se utilizó el programa ANTHRO2005, STATA *igrowuppackage*, disponible en la web de la Organización Mundial de la Salud.

Gráfica 1 - Peso para la edad por condición de tratamiento

Fuente: elaborado en base a ENPI

A la vez, parece producirse una mejora entre olas en la talla para la edad de los ITT (Gráfica 2). 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 ITT 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. Estas diferencias, se cotejan más adelante, a efectos de determinar si existe un impacto de la intervención.

Gráfica 2 - Talla para la edad por condición de tratamiento

Fuente: elaborado en base a ENPI

Las estimaciones 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 (Cuadro 9). Por último, el programa habría producido una caída en el déficit de masa corporal, así como una reducción del exceso de masa corporal, aunque más débil en este último caso. La magnitud en la reducción de los déficits se ubicaría entre -0.03 y -0.02. Dado que los desempeños antropométricos son muy sensibles al sexo de los niños, se realizan las mismas estimaciones para varones y las niñas por separado. En el primer caso, 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 y hay un efecto más débil en la reducción del déficit de masa corporal.

Cuadro 9 - Impacto de UCC en las medidas antropométricas. ITT

	MCO			MC2E		
	Total	Varones	Niñas	Total	Varones	Niñas
	(1a)	(2a)	(3a)	(1b)	(2b)	(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
Peso para la edad (Z<2std)	-0.030** [0.013]	-0.040** [0.019]	-0.020 [0.015]	-0.036** [0.015]	-0.046** [0.022]	-0.024 [0.018]
Observaciones	705	389	316	705	389	316
Peso para la edad (Z>2std)	0.003 [0.014]	0.009 [0.020]	-0.006 [0.017]	0.004 [0.016]	0.011 [0.023]	-0.007 [0.020]
Observaciones	705	389	316	705	389	316
Peso para la talla (Z<2std)	-0.016** [0.008]	-0.022* [0.013]	-0.010 [0.007]	-0.019** [0.009]	-0.025* [0.015]	-0.012 [0.008]
Observaciones	694	383	311	694	383	311
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 ENPI

● Anemia y enfermedades de los niños

Según establece la OMS, la anemia es un trastorno por el cual la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Ésta difiere en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales como las de folato, vitamina B12 y vitamina A, así como un conjunto de afecciones médicas como las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina.¹⁵

En cuanto al diagnóstico de esta enfermedad, el mismo organismo señala que la concentración de hemoglobina por sí sola no puede utilizarse para diagnosticar la carencia de hierro (ferropenia). Sin embargo, se trata de un primer indicador válido, que debería ser explorado en profundidad si el objetivo es la realización de un diagnóstico. Si bien la anemia no necesariamente se origina en la ferropenia, ésta última es una de sus causas predominantes (explica en torno a 50% de los casos de anemia, aunque depende de los grupos poblacionales, según datos de la OMS).¹⁶ Asimismo, el uso de valores de corte de la concentración de hemoglobina permite detectar a las poblaciones con mayor riesgo de anemia y las zonas donde la acción es prioritaria (Cuadro 10).

¹⁵ http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf

¹⁶ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf

Cuadro 10 - Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia al nivel del mar (g/l)

Población	Sin anemia (*)	Anemia (*)		
		Leve (a)	Moderada	Grave
Niños de 6 a 59 meses	110 o superior	100-109	70-99	menos de 70
Niños de 5 a 11 años	115 o superior	110-114	80-109	menos de 80
Niños de 12 a 14 años	120 o superior	110-119	80-109	menos de 80

(*) Hemoglobina en gramos por litro

(a) Leve es inadecuado pues la carencia de hierro está ya avanzada cuando se detecta la anemia. La ferropenia tiene consecuencias aun cuando no haya manifestaciones clínicas de anemia

Fuente: OMS

Cuando se consulta a los entrevistados si alguna vez se le diagnosticó anemia al niño de referencia, sólo 10%, tanto entre los controles como entre los ITT, señala que sí. Este porcentaje es similar a los reportados en la ENDIS donde se muestra que 9% de los niños fueron diagnosticados alguna vez con anemia (13,1% en el caso de los niños que viven en hogares pobres). Estos bajos valores de diagnóstico podrían ser un llamado de atención, si se considera que el estudio nacional sobre anemia indica que 31% de los niños menores de dos años presenta niveles de hemoglobina inferior a 110 g/l. Asimismo, un estudio realizado en 2006 en el país para detectar los déficits de hierro en niños menores de 24 meses atendidos en servicios del MSP, indica que 63% de los niños presentó deficiencia de hierro y el 54% tuvieron anemia.¹⁷

Los resultados encontrados están en línea con los estudios previos. En efecto, los registros sobre la concentración de hemoglobina en sangre para los niños bajo análisis muestran que un 33% de los niños presentaban valores inferiores a 110 g/l (porcentaje algo superior entre los tratados), aunque más de 60% de éstos tenía entre 100 y 109, es decir, una anemia considerada leve (Cuadro 11). Cabe señalar que estos porcentajes se reducen mucho en la segunda ola, tanto para controles como para los ITT, lo cual podría indicar que existe una mejora asociada a la edad, independiente de la intervención.

Cuadro 11 - Prevalencia de anemia en los niños según concentración de hemoglobina en sangre (en %)

Ola 1	Controles	ITT	Total
Anemia (menos de 110 g/l)	31.61	34.86	32.7
Leve (entre 100 y 109 g/l)	19.83	21.71	20.5
Moderada (entre 70 y 99 g/l)	11.21	12.57	11.7
Severa (menos de 70 g/l)	0.57	0.57	0.6
Ola 2			
Anemia (menos de 110 g/l)	24.0	26.5	24.9
Leve (entre 100 y 109 g/l)	15.3	16.5	15.7
Moderada (entre 70 y 99 g/l)	6.9	7.8	7.2
Severa (menos de 70 g/l)	1.8	2.2	1.9

Fuente: elaborado en base a ENPI

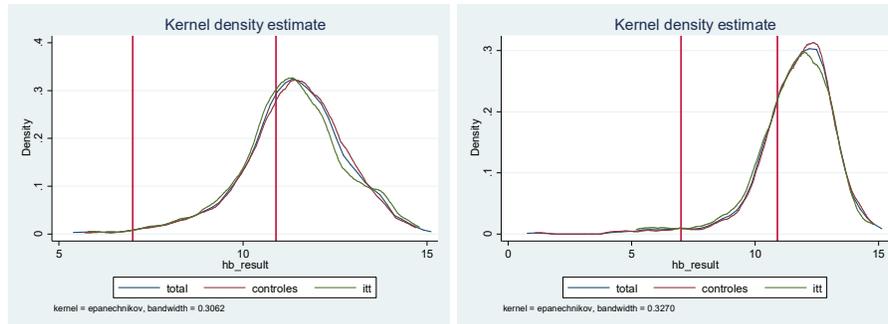
Los niveles de anemia se midieron en base a una variable continua que refleja el nivel de hemoglobina en sangre y a una variable binaria que toma el valor 1 si la concentración de hemoglobina en sangre es menor a 11 mg/ml. La distribución de la hemoglobina en sangre en la ola 1 y 2, para controles e itt, se presenta en la Gráfica 3 donde no se observan importantes diferencias.

¹⁷ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492008000100005

Gráfica 3 - Hemoglobina en sangre. Puntos de corte 10,9 y 7 mg/ml

Ola 1

Ola 2



Fuente: elaborado en base a ENPI

No se encuentran efectos asociados al programa en la reducción de los niveles de anemia (Cuadro 12). Sin embargo, en el mismo cuadro se muestran efectos en el mayor diagnóstico de anemia, en torno a un 20% superior. El mismo se incrementa notoriamente entre los niños intención de tratamiento en la segunda ola (pasa de 9,3% a 31,2%), en tanto se incrementa levemente en el caso de los controles (pasa de 10,9% a 13,8%). Esto podría deberse a que, al ingresar al programa, se realizan pruebas de anemia.

Cuadro 12 - Diagnóstico de anemia y cantidad de niños con una concentración de hemoglobina en sangre menor a 11 mg/ml

	MCO (1)	MC2E (2)
Diagnóstico	0.182***	0.214***
	[0.032]	[0.037]
Observaciones	778	778
Anemia ($<11\text{mg/ml}=1$)	0.027	0.032
	[0.036]	[0.042]
Observaciones	671	671

Fuente: elaborado en base a ENPI

Canales explicativos

• Ingesta de hierro

Tanto en la prevención como en el combate a la anemia, junto con la alimentación, un componente esencial es el suplemento de hierro. El análisis del consumo de suplementos de hierro en la primera ola mostró que 93% de los niños en ambos grupos ha tomado suplemento de hierro, y que 71% lo hacía diariamente. Estos porcentajes son algo mayores que en la ENDIS, donde se reporta que 88% de los niños recibió suplemento y el 70,1% de los menores de dos años lo tomaba diariamente. Se encuentra un impacto en la ingesta de hierro ubicado en el entorno del 4% (Cuadro 13).

Cuadro 13- Impacto en la ingesta de hierro

	MCO (1)	MC2E (2)
Hierro	0.039** [0.019]	0.046** [0.022]
Observaciones	777	777

Fuente: elaborado en base a ENPI

En cuanto al inicio de la suplementación de hierro, cerca del 80% comenzó a tomarlo en el cuarto mes de vida o antes. El cuarto mes es el recomendado a nivel nacional para los lactantes que nacieron a término, alimentados con pecho exclusivo o con leche de vaca.¹⁸

Como se mencionó anteriormente, así como el suplemento de hierro resulta clave para reducir los niveles de anemia la ingesta de alimentos ricos en hierro (como carne y lentejas). Respecto al consumo de este tipo de alimentos no existe impacto del programa, salvo un leve efecto (y poco robusto) en el consumo de legumbres.

- **Seguridad alimentaria y hábitos de consumo**

Según datos del MIDES, en el trabajo cotidiano con las familias participantes en el programa, se constatan las dificultades de las que enfrentan mayores privaciones para ofrecer una alimentación adecuada en cantidad y calidad a los niños. Por tal motivo, la disponibilidad de una cantidad suficiente de alimentos nutritivos por parte de los niños y sus familias es un elemento clave a ser analizado. El programa podría incidir en dicha disponibilidad indirectamente, conectando a las familias con programas sociales que mejoren el acceso de las familias a dichos alimentos, ya sea a partir de la provisión directa (canastas del INDA) o indirecta (tarjeta Uruguay Social, AFAM-PE). También podría afectar directamente, generando una mayor propensión a consumir ciertos alimentos y desalentado el consumo de otros, así como generando una mayor conciencia respecto al tipo de alimentos y la frecuencia en la que deberían consumirse para lograr una alimentación saludable. Algunos de estos factores podrían operar reduciendo la inseguridad alimentaria, pero otros podrían actuar en sentido contrario, por lo que el resultado esperado final es ambiguo.

En este trabajo la inseguridad alimentaria se midió con el objetivo de captar si todas las personas perciben tener en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos nutritivos para satisfacer sus preferencias y necesidades a fin de llevar una vida activa y sana. A tal fin, se aplicó la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) promovida por la FAO.¹⁹

Este instrumento permite captar distintos grados de inseguridad alimentaria. En primer lugar, los hogares experimentan incertidumbre y preocupación en torno al acceso a los alimentos (inseguridad alimentaria leve). En segundo lugar, debido a las restricciones que experimentan, hacen ajustes en la calidad de los alimentos que consumen, dejando de ingerir una dieta variada (inseguridad alimentaria moderada). En un tercer nivel de inseguridad, los ajustes afectan las cantidades de alimentos consumidos por los adultos, ya sea reduciendo las raciones que se ingieren o saltando tiempos de comida de modo que el hambre se hace presente sin que se pueda satisfacer y, finalmente, los niños, inicialmente protegidos principalmente por su madre, son afectados por estas restricciones (inseguridad alimentaria grave o severa).

¹⁸ MSP. Carne de salud del niño y la niña. Documento de identificación en los servicios de salud y establecimientos educativos. Ley 14.852. Decreto 542/007.

¹⁹ Puede encontrarse más información sobre la escala en el informe de la primera ronda de la ENDIS en <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/54192/1/informe-sobre-endis.pdf>

En el Cuadro 14 se presentan los datos sobre seguridad alimentaria (por ítem y a nivel agregado) de los ITT y controles. Con fines comparativos también se presentan los mismos resultados para la ENDIS. Se observa que los datos de inseguridad son similares entre controles e intención de tratamiento, y en todos los casos muy superiores a los registrados en media por la ENDIS. En efecto, mientras la seguridad alimentaria se encuentra presente en cerca de 60% de los hogares con menores de cuatro años a nivel nacional, entre la población estudiada se reduce al 40%. Cabe señalar, sin embargo, que cuando en la ENDIS se realizan aperturas por condición de pobreza, la seguridad alimentaria entre los hogares cae a 32,3%.

El otro aspecto a destacar son los cambios producidos en la población bajo estudio entre olas. En tanto los hogares pertenecientes al grupo de control casi no ven alterada su situación, en la población intención de tratamiento se incrementa el porcentaje de hogares con seguridad alimentaria, pero también en el caso de la inseguridad severa.

En las estimaciones econométricas, se operacionalizó el indicador agregado de seguridad alimentaria de cuatro maneras: una variable binaria que adopta el valor 1 si hay seguridad alimentaria y 0 en caso contrario; una variable binaria que adopta el valor 1 si hay seguridad alimentaria o inseguridad leve y 0 en otro caso; una variable binaria que adopta el valor 1 si hay seguridad alimentaria o inseguridad leve o moderada y 0 en el caso de inseguridad severa. Finalmente, se considera una variable continua que refleja la suma de puntajes. No se encuentran efectos a nivel agregado y si bien se encuentran algunos efectos a nivel de ítem, éstos son muy débiles.

Respecto a los hábitos alimenticios, cabe señalar, en primer lugar, que a la gran mayoría de los niños en ambos grupos les da de comer su madre (en torno a 80%). No se encuentran efectos sobre la incorporación de sal, aceite y manteca en las comidas. Tampoco se detectan impactos en la cantidad de comidas y entre comidas o en los líquidos que beben los niños mayormente cuando tienen sed (cerca del 70% en ambos grupos bebe agua de la canilla o embotellada).

Cuadro 14 - Inseguridad alimentaria. ENDIS y encuesta UCC por condición de tratamiento

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez ...	ENDIS	UCC: ola 1		UCC: ola 2	
		Controles	ITT	Controles	ITT
...usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar?	38.1	54.3	53.7	54.6	53.1
...en su hogar se quedaron sin alimentos?	12.9	24.8	22.7	25.0	23.5
...en su hogar dejaron de tener una alimentación balanceada?	19.1	31.9	28.6	30.7	31.8
...usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	21.1	33.1	32.9	34.6	34.7
...usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	15.2	25.0	23.6	25.7	23.5
...usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?	17.4	30.1	28.6	31.6	30.7
...usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	11.5	20.6	21.7	22.0	19.3
...usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	10.2	18.9	20.2	18.3	19.1
...algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación balanceada?	7.3	11.1	10.0	9.8	9.8
...algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	9.9	17.0	13.7	14.1	16.0
...algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar o almorzar?	4.4	7.5	5.9	5.3	4.0
...algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	6.9	12.9	8.4	8.4	9.1
...tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?	6.8	12.9	8.4	10.4	12.0
...algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?	3.4	6.3	5.3	4.1	3.6
...algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	3.1	5.9	6.6	4.3	5.5
Seguridad alimentaria	56.8	38.6	39.4	39.3	43.0
Inseguridad leve	28.3	34.4	38.5	35.8	32.9
Inseguridad moderada	8.9	16.8	15.5	16.7	15.2
Inseguridad severa	4.3	7.4	6.2	6.8	7.6
NS/NC	1.7	2.8	0.31	1.36	1.44

Fuente: elaborado en base a ENPI y GEF (2015)

Si bien el consumo de algunos alimentos se dispone solo de la frecuencia de consumo en la segunda ola, se observan fuertes similitudes en los dos grupos considerados. En el Cuadro 15 se muestran las frecuencias de consumo para los ITT y controles de los distintos grupos de alimentos. Adicionalmente, entre quienes consumen, la media semanal de consumo es de 5 días, salvo en verduras de hoja y carne (4 días), huevo (3 días), y lentejas y pescado (2 días).

Cuadro 15 - ¿En la última semana comió...

...arroz, fideos, polenta, papa, boniato	Controles	99,0
	ITT	99,3
...pan, galletas	Controles	98,6
	ITT	98,6
...verduras de hoja	Controles	85,7
	ITT	86,9
...lentejas porotos garbanzos	Controles	65,7
	ITT	69,1
...lácteos	Controles	98,2
	ITT	98,5
...carne de vaca y pollo	Controles	96,6
	ITT	97,5
...pescado	Controles	28,1
	ITT	28,7
Huevo	Controles	83,6
	ITT	85,0
Azúcares y dulces	Controles	95,8
	ITT	93,8

Fuente: elaborado en base a ENPI y GEF (2015)

Un efecto positivo del programa radica en la reducción de la ingesta de alimentos poco saludables como las *Nuggets* y otros productos envasados (Cuadro 16).

Cuadro 16 - Impacto estimado de UCC sobre la probabilidad de consumir alimentos poco saludables

	MCO (1)	MC2E (2)
Nuggets, hamburguesas y panchos	-0,081** [0,032]	-0,096** [0,037]
Observaciones	763	763
Purés, sopas y caldos instantáneos	0,013 [0,033]	0,015 [0,039]
Observaciones	761	761

Fuente: elaborado en base a ENPI

Nota: la pregunta utilizada es la siguiente: "En el día de ayer, ¿consumió algún alimento de cada uno de estos grupos que le voy a nombrar?"

Los cambios en la frecuencia de consumo de estos y otros alimentos sobre los cuales se releva el consumo indican mayormente cambios que reflejan la evolución de la edad del niño. No obstante, es interesante tener presente la magnitud de algunos consumos en la ola 2 (Cuadro 17).

Cuadro 17- En el día de ayer, ¿consumió algún alimento de cada uno de estos grupos que le voy a nombrar?

		Ola	
		1	2
Nuggets, hamburguesas, panchos	Controles	19,7	27,5
	ITT	17,5	19,9
Purés, sopas y caldos instantáneos	Controles	29,3	25,3
	ITT	30,1	26,2
Preparaciones de papa	Controles	12,9	20,6
	ITT	10,1	16,2
Postres lácteos envasados	Controles	49,6	46,3
	ITT	51,1	40,2
Leche chocolatada	Controles	10,6	15,6
	ITT	9,1	14,8
Comidas preparadas para bebés	Controles	5,2	2,2
	ITT	4,6	1,1
Golosinas	Controles	36,7	62,7
	ITT	30,9	64,3
Alfajores y galletitas rellenas	Controles	41,3	51,8
	ITT	38,5	49,1

Fuente: elaborado en base a ENPI

● Lactancia

Un elemento clave en el desarrollo nutricional y de la salud de los niños es la lactancia, en particular, la lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida, recomendada por el MSP y diversos organismos internacionales.²⁰ Según establece la OMS, diversos estudios científicos han demostrado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante seis meses es la forma de alimentación óptima para los niños. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los dos años o más.²¹

La leche materna no solo aporta la energía y los nutrientes que el niño necesita (el 100% en sus primeros meses de vida, la mitad de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre y hasta un tercio durante el segundo año), sino que fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. En efecto, la lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.²² También se reconocen otras ventajas tales como mejorar diversos aspectos de la salud de la madre (reduce por ejemplo el riesgo de cáncer de ovario y mama) y ser una forma de alimentación segura al tiempo que reduce la presión sobre los recursos familiares.

La OMS asegura a su vez que, si bien el acto de la lactancia es natural, también es un aprendizaje y las investigaciones sobre el tema indican que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo

²⁰ http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/lactanciamaterna.pdf-1.pdf

²¹ http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

²² http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. De ahí que el programa podría jugar un rol relevante en este proceso.

Los datos disponibles en la primera ola indican que un alto porcentaje de los niños, tanto controles como intención de tratamiento, fue amamantado alguna vez (93%). A pesar de que este porcentaje es auspicioso, es algo menor que el promedio nacional para niños menores de dos años. En efecto, los datos de la ENDIS sobre lactancia indican que el 97% de los niños menores de 4 años fue amamantado alguna vez, resultado similar al hallado en la Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas Alimentarias y Anemia de 2011, realizada en la población de niños menores de dos años.

Del 93% de niños que fueron amamantados en la población bajo análisis, 64% fue amamantado antes de la hora de vida y solo 15% más de tres horas después. Estos valores sí se encuentran dentro del rango observado en otros estudios. Con respecto al tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera mamada, el análisis de los datos de la ENDIS indica que el 69% de los menores de veinticuatro meses fueron amamantados en la primera hora después del parto, valor que supera al relevado por la encuesta de 2011 mencionada en el párrafo anterior (60%).

Cuando se consulta a los entrevistados si en la actualidad el niño recibe lactancia exclusiva, si bien 50% de los niños menores de seis meses en la primera ola son amamantados, solo 18,6% están siendo alimentados con leche materna exclusivamente. Los niños encuestados en este tramo de edad son pocos (61), pero el dato aparece como muy bajo. Con posterioridad, se releva cuántos meses el niño se alimentó en base a lactancia exclusiva. Si bien esta pregunta puede presentar mayores errores por recordación, en la primera ola, 67% indicó un tiempo menor a seis meses. Este dato se encuentra más cercano a los reportados por otros estudios en el país. En efecto, los datos de la ENDIS arrojan que 68,9% de los niños recibió lactancia materna exclusiva antes de los primeros seis meses de vida. A nivel internacional, la OMS indica que 38% de los niños de menos de seis meses en el mundo en desarrollo reciben leche materna exclusivamente.²³ Cabe señalar, a su vez, que, en promedio, los niños fueron amamantados en forma exclusiva durante 5 meses.

Entre los doce y los dieciocho meses, 51% de los niños siguen siendo amamantados, porcentaje que cae a 38,7% entre los 19 y 23 meses. Estos valores son similares a los reportados por la ENDIS. Cuando se consulta a las madres sobre las razones del abandono de la lactancia exclusiva antes de los seis meses de vida, la principal causa esgrimida es una cantidad de leche insuficiente (35,4%) seguida de la prescripción médica (19,4%). No obstante, no es despreciable el porcentaje de quienes dejan de amamantar por decisión propia (6,9%) o por comenzar a trabajar (4,5%).²⁴

²³ http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

²⁴ En la ENDIS, las razones que se destacaron para no practicar lactancia exclusiva también correspondieron a la cantidad de leche insuficiente (36,8%) y a la indicación médica (21,8%), siendo similar el porcentaje de decisión materna (6,7%). No obstante, el porcentaje de madres que indicó que la razón fue comenzar a trabajar es mayor en promedio que en la población encuestada (9,2%) al igual que las que indican un destete natural (8,2%).

Cuadro 18- ¿Por qué dejó de practicar la lactancia exclusiva?

	Controles	ITT	Total
Cantidad de leche insuficiente	36,34	33,95	35,38
Calidad de la leche inadecuada	4,04	4,19	4,1
Trabajo materno	5,28	3,26	4,47
Indicación médica	15,84	24,65	19,37
No succionaba	3,11	3,26	3,17
Decisión materna	7,45	6,05	6,89
Enfermedad del niño	1,86	2,79	2,23
Pezón umbilicado, agrietados o dolorido	1,55	2,79	2,05
Nuevo embarazo	0,93	0,93	0,93
Destete natural	3,11	3,72	3,35
No es su madre biológica	0,31	0	0,19
Otro	3,73	2,33	3,17
Ns/Nc	16,46	12,09	14,71
Total	100	100	100

Fuente: elaborado en base a ENPI.

Caben señalar asimismo algunas diferencias entre controles e ITT, en particular destacan dos aspectos (Cuadro 18). Estos refieren al mayor porcentaje entre los ITT que indican que dejaron de amamantar en forma exclusiva por prescripción médica y al mayor porcentaje entre los controles que indican que lo hicieron por motivos laborales.

En la primera ola se relevó la ingesta de diversos líquidos en el caso de los menores de seis meses que no practican lactancia exclusiva (Cuadro 19). Se busca relevar el consumo de leches apropiadamente modificadas para su edad. Esto se debe a qué, de no consumirlas, se incrementa el riesgo de desarrollar anemia, presentar insuficiente consumo de nutrientes, tales como los ácidos grasos esenciales, o sobrecarga del riñón debido a una excesiva carga de solutos (GIEF, 2015).

En la ENDIS se observó que un porcentaje mucho mayor había tomado leche materna (78,6%) en tanto 33% había tomado leche de fórmula. En relación a otros líquidos que les fueron brindados, el 36,5% tomó agua, el 6,5% ingirió jugos preparados en casa, y tés y tisanas el 2,8%, no encontrándose casos de consumo de refrescos, jugos en polvo o jugos comprados.

Finalmente, como se señaló, es recomendable que la introducción de alimentos no se dé antes de los seis meses. Cuando se consulta sobre cuándo se introdujo la primera comida, el promedio es muy cercano a seis, tanto para controles como para intención de tratamiento, en ambas olas.

Cuadro 19 - ¿Qué alimentos recibió el niño desde ayer a esta hora, hasta este momento?

Niños menores de 6 meses que no se alimentan exclusivamente de leche materna		
	Controles	ITT
Leche materna	46,4	43,5
Leche de vaca (fluida común)	32,1	57,9
Leche de vaca (fluida con hierro)	14,3	8,7
Leche de vaca (en polvo común)	3,6	4,4
Leche de vaca (en polvo con hierro)	14,3	4,4
Fórmula para lactantes	17,9	26,1
Agua	42,9	78,3
Tés, infusiones	0	0,0
Jugos preparados en casa	17,9	34,8
Jugos de fruta comprados	14,3	17,4
Jugos en polvo	3,6	8,7
Refrescos	7,1	8,7
Otros líquidos	7,1	21,7
Otros alimentos sólidos o semisólidos	35,7	39,1

Fuente: elaborado en base a ENPI.

5.2 Desarrollo infantil y asistencia a centros educativos

Los cambios que experimenta el niño desde su nacimiento hasta convertirse en un ser autónomo incluyen el desarrollo físico (tamaño, forma y madurez física del cuerpo, incluidas las aptitudes y la coordinación físicas), del lenguaje y la comunicación (aprendizaje y uso de la lengua), las habilidades cognitivas (capacidad de razonar, solucionar problemas y organizar ideas), y las habilidades socioemocionales (adquirir un sentido de sí mismo y la capacidad de sentir empatía, expresar sentimientos e interactuar con otros), Berlinski y Schady (2015) señalan que en este proceso no hay linealidades, el desarrollo se acelera y desacelera en diferentes edades y etapas. En varios trabajos Heckman ha señalado que este proceso es acumulativo, y que existen etapas de la vida que son más sensibles a las intervenciones públicas. Así, se ha demostrado que programas públicos orientados a la primera infancia alteran no solo estos desempeños, sino los que el niño logrará en el futuro.

En esta sección se indaga cuáles han sido los impactos del programa de acompañamiento familiar de UCC sobre el desarrollo infantil. También se discute si los efectos encontrados pueden estar mediados por la asistencia a centros educativo o podrían vincularse a la intervención de los operadores del programa.

Impactos sobre el desarrollo infantil

Como se señaló al comienzo de este trabajo, algunas investigaciones han mostrado cómo programas de similar naturaleza a UCC, basados en las visitas a los hogares, impactan en el desarrollo infantil. A modo de ejemplo, Araujo et al. (2015) sistematizan los impactos de distintos programas orientados a la primera infancia sobre las habilidades cognitivas, en países de América Latina y el Caribe. La mayor cantidad de evaluaciones se corresponden con experimentos de pequeña escala llevados a cabo en Jamaica. Los autores indican que el impacto promedio de las visitas domiciliarias sobre las habilidades cognitivas es de 0,63 desviaciones estándar, con oscilaciones entre 0,19 y 1,26. En dicho trabajo también se señala que existen grandes diferencias en los impactos de este tipo de programas y los que generaría la asistencia a centros de cuidado

infantil. En este último caso se producen efectos en las habilidades cognitivas que oscilan entre $-0,2$ y $0,2$ desvíos estándar, al tiempo que los efectos promedio de los programas de visitas fueron casi 10 veces superiores a los de los programas de jardines de cuidado infantil ($0,63$ versus $0,06$).

Doyle, Harmon, Heckman, Logue y Moon (2013) estudian un programa de visitas a los hogares implementado en Irlanda, que se focaliza en educar a los padres en la salud y el desarrollo del niño, estimular un estilo de vida saludable, afirmar las percepciones maternas de la autoeficacia de sus prácticas de crianza, y alentar prácticas paternas positivas. Los autores encuentran débiles efectos sobre la dimensión sociopersonal así como en la motricidad fina y gruesa. En un experimento realizado en Colombia con un grupo de madres elegibles para el programa Familias en Acción, se encontró que las visitas domiciliarias aumentaron el desarrollo cognitivo y del lenguaje en $0,26$ y $0,22$ desviaciones estándar, respectivamente, y mejoraron la calidad del entorno familiar (Attanasio et al. 2014). Algunos otros trabajos también han encontrado que la magnitud de los efectos disminuye conforme se reduce la frecuencia de las visitas domiciliarias (Gardner et al. 2003; Powell y Grantham-McGregor, 1989).

Los equipos técnicos de UCC despliegan acciones socioeducativas con el objetivo de influir en el desarrollo de los niños. En esta sección se indaga si existen impactos del programa sobre estos desempeños. El desarrollo infantil se aproxima mediante la prueba ASQ:3, que contiene cinco componentes (comunicación, motricidad fina y gruesa, resolución de problemas, y sociopersonal), y el ASQ:SE. Se ha señalado que los componentes de comunicación y resolución de problemas pueden constituir una aproximación a las habilidades cognitivas del niño, mientras el componente sociopersonal así como el ASQ:SE son cercanos a las habilidades no cognitivas, en particular a los aspectos socioemocionales del niño.

Para cada medida del ASQ:3 se considera el puntaje estandarizado, es decir el puntaje de la prueba ajustado por el promedio y el desvío estándar de una población de referencia, y la probabilidad de que el niño se encuentre en zona de riesgo o monitoreo. Este último caso se verifica en los casos en los que el puntaje estandarizado es inferior a un desvío estándar.

En el Cuadro 20 se presentan los valores medios del puntaje estandarizado y del riesgo/monitoreo según grupo. Adicionalmente se comparan los resultados con los de la ENDIS, a efectos de aproximar a resultados poblacionales para los niños residentes en el departamento de Montevideo. Los resultados de la ENDIS fueron acotados a niños de 20 a 42 meses ya que el 96,8% de los niños relevados en la segunda ola de la ENPI se ubica en dicho tramo.

Los puntajes estandarizados más bajos, tanto en la ENDIS como en la ENPI, se dan en los componentes motricidad fina y resolución de problemas. No obstante, los valores en la ENPI son considerablemente menores: en tono a $-0,500$ contra $-0,176$ en motricidad fina y a $-0,300$ contra $0,153$ en el segundo caso. En estos componentes las diferencias entre los controles y los ITT son bajas. Por otro lado, en motricidad gruesa y comunicación se observan grados de reordenamiento entre la ENDIS y ENPI, sobre todo al considerar a los controles. Mientras la motricidad gruesa es el componente donde se encuentran los puntajes promedio más altos en la ENDIS, así como en los ITT de la ENPI, comunicación es el componente con mejor desempeño promedio en los controles de la ENPI.

El ordenamiento de la probabilidad de que los niños se encuentren en la zona de monitoreo o riesgo es similar en la ENDIS y en la ENPI. La mayor incidencia se da en motricidad fina y en resolución de problemas: en la ENPI alcanza cerca del 35% de los niños en el primer componente y es próximo al 25% en el segundo (23% y 15% en la ENDIS respectivamente). Cuando se considera la diferencia entre controles e ITT, nuevamente la variación más importante se nota en

motricidad gruesa, donde la incidencia pasa del 16,7% en los controles al 11,3% de los ITT, valor más próximo al 8,6% observado en la ENDIS.

Cuadro 20 – Puntaje promedio estandarizado y proporción de niños en zona de riesgo/monitoreo, ASQ:3 y ASQ:SE. ENPI y ENDIS

	Total			Tramo de edad del niño					
	Control	ITT	ENDIS [♣]	< 30 meses			> 30 meses		
				Control	ITT	ENDIS [♣]	Control	ITT	ENDIS [♣]
(a) Puntaje estandarizado									
Comunicación	0,031	0,059	0,031	-0,201	-0,180	-0,167	0,215	0,277	0,353
Motricidad fina	-0,512	-0,548	-0,176	-0,525	-0,482	-0,304	-0,503	-0,608	0,033
Motricidad gruesa	-0,132	0,123	0,193	-0,261	-0,038	0,135	-0,029	0,270	0,287
Resolución de problemas	-0,283	-0,334	-0,153	-0,267	-0,246	-0,115	-0,295	-0,415	-0,215
Sociopersonal	-0,125	-0,054	0,059	-0,235	0,027	0,001	-0,037	-0,128	0,151
(b) Riesgo/Monitoreo									
Comunicación	0,154	0,142	0,136	0,196	0,191	0,181	0,120	0,097	0,064
Motricidad fina	0,329	0,348	0,233	0,336	0,351	0,282	0,322	0,345	0,154
Motricidad gruesa	0,167	0,113	0,086	0,204	0,183	0,105	0,137	0,049	0,055
Resolución de problemas	0,236	0,223	0,155	0,240	0,183	0,129	0,234	0,259	0,197
Sociopersonal	0,185	0,167	0,135	0,258	0,145	0,156	0,126	0,187	0,100
ASQ:SE	0,281	0,264	0,116	0,257	0,200	0,118	0,300	0,322	0,113

♣ En la ENDIS se consideran niños que tienen entre 20 y 42 meses de edad

Fuente: elaborado en base a ENPI y GEF (2015)

El puntaje estandarizado (la incidencia del riesgo/monitoreo) aumenta (disminuye) a medida que los niños son más grandes en tres componentes: comunicación, motricidad fina y sociopersonal. Esto se observa comparando niños mayores y menores de 30 meses, tanto en la ENDIS como en la ENPI (para controles e ITT). Lo contrario sucede con el componente resolución de problemas, donde el puntaje estandarizado es más bajo, y el riesgo/monitoreo más alto, cuando el niño tiene más de 30 meses. El único caso donde el sentido de las variaciones difiere entre la ENDIS y la ENPI se da con el puntaje estandarizado de motricidad fina. Mientras que en la ENDIS este puntaje aumenta en niños más grandes, de -0,304 a 0,033, entre los ITT de la ENPI disminuye en magnitudes importantes, de -0,482 a -0,608. Cabe señalar que entre los controles de la ENPI se observan variaciones que van en la misma dirección de la ENDIS, aunque mucho más leves, con aumentos de 0,525 a -0,503.

En el Cuadro 21 se presentan los resultados de la estimación del impacto de UCC sobre el puntaje estandarizado del ASQ:3. Se encuentra un efecto positivo del programa sobre el indicador de motricidad gruesa. El efecto presenta una magnitud elevada, pues se ubica entre 0,3 y 0,25 desvíos estándar según la especificación. En el resto de los componentes del ASQ:3, el programa no logra impactar de forma significativa.

Al considerar la probabilidad de que el niño se encuentre en zona de riesgo o monitoreo se mantiene el efecto en motricidad gruesa. La participación en el programa reduce la probabilidad de estar en zona de riesgo/monitoreo en un 5-6%, esta cifra no es menor en tanto la proporción de controles que se encuentran en zona de riesgo/monitoreo alcanza a casi el 17%.

Cuadro 21 - Impacto de UCC en el puntaje estandarizado y probabilidad de riesgo/monitoreo del ASQ:3 y ASQ:SE

	Puntaje estandarizado		Probabilidad de riesgo/monitoreo	
	MCO (1)	MC2E (2)	MCO (3)	MC2E (4)
Comunicación	0,028 [0,073]	0,033 [0,087]	-0,012 [0,027]	-0,014 [0,031]
Observaciones	770	770	770	770
Motricidad fina	-0,035 [0,093]	-0,042 [0,110]	0,019 [0,036]	0,023 [0,042]
Observaciones	769	769	769	769
Motricidad gruesa	0,256*** [0,078]	0,302*** [0,092]	-0,054** [0,025]	-0,064** [0,030]
Observaciones	773	773	773	773
Resolución de problemas	-0,052 [0,091]	-0,061 [0,106]	-0,014 [0,032]	-0,016 [0,037]
Observaciones	769	769	769	769
Sociopersonal	0,071 [0,079]	0,084 [0,093]	-0,017 [0,028]	-0,021 [0,034]
Observaciones	773	763	773	773
ASQ:SE	-. [0,033]	-. [0,033]	-0,016 [0,033]	-0,019 [0,039]
Observaciones	775	775	775	775

Fuente: elaborado en base a ENPI

Según Berlinski y Schady (2015), la mayoría de los niños aprende a sentarse sin apoyo entre los 4 y los 9 meses de edad, y pueden caminar solos a los 17 meses. Los niños pueden balbucear entre los 2 y los 4 meses, emiten ruidos e intentan sonidos nuevos y diferentes entre los 4 y los 6 meses, señalan y gesticulan alrededor de los 12 meses y pronuncian sus primeras palabras y frases en los primeros dos años, incrementándose entre los 2 y 3 años de manera explosiva. Los niños responden a su propio nombre alrededor de los 12 meses y aprenden a apilar o encajar objetos entre los 15 y los 18 meses, lo cual es indicativo de que están desarrollando de manera adecuada sus capacidades cognitivas. Estos ejemplos son ilustrativos de la relevancia de la edad cuando se realizan análisis de desarrollo infantil. A medida que la edad del niño aumenta, puede ser más sencillo identificar los efectos del programa, en tanto existen más conductas para observar, en particular las referidas a la heterogeneidad en el manejo verbal del niño. Como recién fue señalado, la intención comunicativa siempre está presente, pero a medida que el niño crece se comienzan a evidenciar distintas reglas para la comunicación verbal.

A continuación, se presentan los impactos de UCC considerando la edad del niño. En el Cuadro 22 se muestran las estimaciones que consideran el puntaje estandarizado del ASQ:3 y de la probabilidad de riesgo/monitoreo del ASQ:3 y ASQ:SE. La variable edad toma valor uno cuando el niño tiene más de 30 meses y cero cuando tiene menos de 30 meses. Por tanto, los efectos específicos para los niños más grandes surgen de la suma de los coeficientes ITT e ITT en interacción con la edad, mientras que los efectos en los niños más pequeños son simplemente los que refleja el coeficiente ITT.

Cuadro 22 - Impacto de UCC en puntaje estandarizado y probabilidad de riesgo/monitoreo de ASQ:3 y ASQ:SE según tramo de edad del niño

	Puntaje estandarizado		Probabilidad de riesgo/monitoreo	
	MCO (1)	MC2E (2)	MCO (3)	MC2E (4)
Comunicación				
ITT	-0,211** [0,098]	-0,240** [0,110]	0,037 [0,038]	0,042 [0,043]
ITT*Edad	0,456*** [0,109]	0,540*** [0,129]	-0,094** [0,042]	-0,111** [0,050]
Observaciones	770	770	770	770
Motricidad fina				
ITT	0,031 [0,114]	0,035 [0,130]	0,023 [0,047]	0,026 [0,053]
ITT*Edad	-0,127 [0,146]	-0,152 [0,173]	-0,006 [0,058]	-0,006 [0,068]
Observaciones	769	769	769	769
Motricidad gruesa				
ITT	0,094 [0,106]	0,107 [0,121]	0,017 [0,038]	0,019 [0,043]
ITT*Edad	0,308*** [0,105]	0,384*** [0,123]	- [0,038]	- [0,044]
Observaciones	773	773	773	773
Resolución de problemas				
ITT	0,036 [0,112]	0,041 [0,128]	-0,053 [0,039]	-0,061 [0,044]
ITT*Edad	-0,169 [0,146]	-0,202 [0,172]	0,076 [0,050]	0,088 [0,059]
Observaciones	769	769	769	769
Socio-personal				
ITT	0,152 [0,099]	0,173 [0,113]	-0,040 [0,035]	-0,045 [0,040]
ITT*Edad	-0,155 [0,119]	-0,177 [0,141]	0,042 [0,045]	0,049 [0,053]
Observaciones	773	773	773	773
ASQ:SE				
ITT	- -	- -	-0,081** [0,041]	-0,092** [0,046]
ITT*Edad	- -	- -	0,122** [0,052]	0,142** [0,062]
Observaciones	-	-	775	775

Fuente: elaborado en base a ENPI

Si bien en la estimación general no se encontraban efectos, en estas estimaciones del componente comunicación aparece un efecto positivo, fuerte y robusto. Es decir, los niños con más de 30 meses que pasan por el programa mejoran sus desempeños en comunicación. Como fue mencionado al comienzo de esta sección, el componente comunicación aproxima a las habilidades cognitivas del niño. Por tanto, este resultado se encuentra en línea con el resto de los hallazgos indicados en la literatura. Según la especificación el puntaje en comunicación para los niños más grandes se incrementa en aproximadamente 0,3 desvíos estándar, valor similar a los resultados encontrados en la región. Asimismo, la probabilidad de riesgo/monitoreo se reduce en 10 puntos porcentuales.

En el caso de la motricidad gruesa los efectos encontrados en las estimaciones generales, ahora se observan exclusivamente en los niños más grandes. Un último efecto se encuentra en la probabilidad de que el niño se ubique en la zona de riesgo/monitoreo en el ASQ:SE, no obstante, este efecto se asocia a los niños más pequeños y es cercano a 10 puntos porcentuales.

Impactos sobre la asistencia a centros educativos

Lograr una mayor asistencia de los niños a centros educativos es un objetivo explícito de UCC, pero también puede constituir un medio que permita que los niños alcancen mejores desempeños, ya sea en sus habilidades cognitivas, no cognitivas, o en sus funciones motoras. Por ejemplo, para el caso chileno, Urzúa y Veramendi (2011) encuentran que la asistencia a centros educativos genera un efecto positivo en la prueba TEPSI (*Test de desarrollo Psicomotor*), la cual los autores asocian a las habilidades cognitivas del niño. En Felfe y Lalive (2014) también se estudian los efectos de la asistencia a centros educativos, en este caso para el caso alemán. Encuentran que la asistencia logra efectos importantes en lenguaje y habilidades motoras en niños menores de tres años, efectos que son particularmente importantes entre niños cuya madre posee bajo nivel educativo y cuando los padres son extranjeros. En el mismo sentido, Magnuson et al. (2004) encuentran que los beneficios de la asistencia son más grandes para los niños provenientes de los hogares más desfavorecidos.

Por otro lado, Loeb et al. (2007) encuentran que la exposición del niño a un centro preescolar genera un incremento de 0,1 desvíos estándar en habilidades cognitivas, pero, también, indican que los problemas de comportamiento se incrementan. Los autores señalan que los mayores efectos positivos se encuentran cuando el niño ingresa al centro educativo, a las edades de 2 y 3 años, observándose los problemas de comportamiento más importantes para los niños que ingresan con menos de un año.

La tasa asistencia de los niños a centros educativos observada en la ENPI es de aproximadamente un 55%, siendo del 47,5% en los menores de 30 meses y del 60% en los mayores de 30 meses. No hay importantes diferencias entre ITT y controles, salvo entre los niños que tienen más de 30 meses, donde la asistencia alcanza al 64,4% en los ITT frente al 58,2% de los controles. Si se los compara con los resultados de la ENDIS, la asistencia en la ENPI es mayor, ya que aproximadamente el 44% de los niños que tienen entre 20 y 42 meses asisten a un centro educativo en todo el país, sin grandes diferencias entre Montevideo y el interior del país (véase Cuadro 23). No obstante, cuando en la ENDIS se restringen los departamentos a los cubiertos por la ENPI la asistencia es bastante próxima a la encontrada en el grupo de control.

Cuadro 23 – Asistencia promedio a centros educativos, ENPI – ENDIS

	Control	ITT	ENDIS [♣]		
			Montevideo	Interior	Depto, ENPI
Total	0,541	0,552	0,443	0,430	0,498
Varones	0,562	0,535	0,469	0,413	0,495
Mujeres	0,515	0,576	0,417	0,450	0,497
<30 meses	0,489	0,450	0,377	0,397	0,490
>30 meses	0,582	0,644	0,564	0,479	0,510

[♣] En la ENDIS se consideran niños que tienen entre 20 y 42 meses de edad

Fuente: elaborado en base a ENPI y GEF (2015)

En el Cuadro 24 se presentan las estimaciones del impacto de UCC sobre la asistencia a centros educativos. En dicho cuadro figura la estimación general y también estimaciones que toman en cuenta el efecto del programa según tramo de edad. Recordemos que en el desarrollo infantil varios efectos se concentraron en los niños con más de 30 meses, de donde se desprende la importancia de considerar efectos diferenciales por edad. En la estimación general no se encuentran efectos, pero sí en los niños que tienen más de 30 meses: los niños que participan en UCC asisten más a centros educativos, siendo la magnitud del efecto de aproximadamente el 10%. Por otro lado, los niños ITT y que tienen menos de 30 meses muestran menor probabilidad de asistir a centros educativos.

Cuadro 24 - Impacto de UCC sobre la asistencia a un centro de educativo

	MCO (1)	MC2E (2)
General		
ITT	0,012 [0,037]	0,014 [0,044]
Efecto según tramo de		
ITT	-0,090* [0,049]	-0,103* [0,056]
ITT*Edad	0,193*** [0,059]	0,228*** [0,069]

Fuente: elaborado en base a ENPI.

Estos hallazgos dan indicios de que la asistencia podría constituir un canal explicativo de las mejoras en el desarrollo infantil, complementando el trabajo realizado por los operadores del programa. En el caso de los niños mayores a 30 meses, la literatura recién reseñada indica que existe evidencia de efectos de la asistencia sobre el desarrollo infantil cuando los niños son más grandes. Varios trabajos señalan que dicho efecto se observa en dos dimensiones: las habilidades cognitivas, en particular el lenguaje, y las funciones motoras. En tanto el componente comunicación es un proxy del primer tipo de desempeño, no se podría descartar la hipótesis de que las mejoras en el desarrollo infantil estuviesen mediadas por la mayor asistencia de los niños a centros educativos. No resulta claro el motivo por el cual se observa un efecto negativo en la asistencia de los niños menores de 30 meses. No obstante, no es posible descartar que dicha menor asistencia, explique las mejoras observadas en el ASQ:SE para este grupo etario. Los antecedentes sobre este tema indican que la asistencia de niños muy pequeños a centros educativos puede afectar negativamente las habilidades no cognitivas, aspecto que puede estar sucediendo con mayor intensidad en el grupo de control.

5.3 Entorno de crianza en el hogar

Participación y cooperación parental

En esta sección se indaga sobre la participación de ambos padres en la toma de decisiones de aspectos que refieren a sus hijos, así como la cooperación entre el padre y la madre en distintas tareas referidas a la crianza. Para esta segunda dimensión se consideran dos preguntas. La primera releva si “¿Cuándo ambos padres toman las decisiones, se ponen de acuerdo?”, mientras en la segunda se pregunta “¿Cómo siente que es la ayuda que recibe en la crianza de...? Se identifica que existe cooperación cuando el entrevistado señala frente a la primera pregunta que “casi siempre” se ponen de acuerdo y en la segunda que la ayuda que recibe es “mucho”. Para la dimensión participación parental se considera la pregunta “¿Quién toma las decisiones en relación a la/los...?” y se pregunta por cuatro aspectos: educación, salud, hábitos, y límites. Se considera que existe participación parental en la toma de decisiones cuando él/la entrevistado/a

contesta que él/ella y su pareja participan en partes iguales. Para el análisis de estas dimensiones se considera exclusivamente aquellos casos donde el entrevistado reside con su pareja.

En el Cuadro 25 se presentan los valores medios de respuestas afirmativas en ambas dimensiones para el grupo de control y para los ITT. También se presentan los valores medios según sexo del niño y su tramo de edad, ya que se buscará identificar si existen efectos específicos en estos subgrupos. Es alta la proporción de entrevistadas que identifican que existe cooperación parental, ya que la respuesta promedio se ubica entre 1,55 y 1,60, siendo que los valores que puede tomar esta variable son 0, 1 o 2 según las respuestas afirmativas que indique el entrevistado. En este caso no existen prácticamente diferencias entre ambos subgrupos. Por otro lado, tampoco difieren los valores promedio de niñas y varones, ni los correspondientes a los niños más pequeños en relación a los más grandes. La frecuencia con que se identifica la participación parental es más baja en términos relativos: de un máximo de 4 posibles esferas de participación, los entrevistados reportan que, en promedio, en 2,6 existe participación paritaria. Nuevamente no se identifican diferencias relevantes entre el total de la población y los ITT, así como en los diferentes grupos que se consideraron.

Cuadro 25 - Respuestas afirmativas promedio de cooperación y participación parental

	Nº de preguntas	Total		Sexo del niño				Tramo de edad del niño			
				Varones		Mujeres		< 30 meses		> 30 meses	
		Control	ITT	Control	ITT	Control	ITT	Control	ITT	Control	ITT
Cooperación parental	2	1,55	1,60	1,55	1,61	1,54	1,60	1,60	1,71	1,51	1,50
Participación parental	4	2,58	2,60	2,58	2,53	2,59	2,72	2,50	2,61	2,65	2,60

Fuente: elaborado en base a ENPI

Las estimaciones de cooperación y participación parental se presentan en el Cuadro 26. Se incluyen interacciones según el tramo de edad del niño y su sexo. La interpretación de los resultados, cuando el ITT interactúa con la edad del niño, es similar a la dada en la sección previa. En el caso de la interacción con la variable sexo, teniendo en cuenta que dicha variable toma valor uno en caso de que el niño sea varón, el coeficiente ITT se interpreta como el efecto del programa en las niñas. Mientras, el efecto en los varones surge de la suma del coeficiente ITT y el coeficiente donde interactúa ITT con la variable sexo.

Se encuentran efectos positivos del programa en la cooperación parental, exclusivamente para los niños más pequeños. Cuando se analizan por separado las dos preguntas que se consideran en esta dimensión, se encuentra que el programa opera a través de la pregunta “¿Cómo siente que es la ayuda que recibe en la crianza de...?”, siendo más frecuente la respuesta “poca” entre los ITT con hijos mayores a 30 meses (véase Cuadro A.2 del Anexo). Por otro lado, se observa que los entrevistados ITT declaran que existe una mayor participación de ambos padres a la hora de tomar decisiones sobre los hábitos de los niños (por ejemplo, bañarse o comer) cuando tiene menos de 30 meses (Cuadro A.3 del Anexo).

Cuadro 26 - Impactos de UCC sobre la cooperación y participación parental

	MCO			MC2E		
	(1a)	(1b)	(1c)	(2a)	(2b)	(2c)
(a) Cooperación parental						
ITT	0,055 [0,061]	0,159** [0,073]	0,052 [0,083]	0,064 [0,071]	0,184** [0,086]	0,062 [0,101]
ITT*edad		-0,207** [0,097]			-0,239** [0,113]	
ITT*sexo			0,006 [0,099]			0,003 [0,117]
(b) Participación parental						
ITT	0,019 [0,155]	0,025 [0,195]	0,138 [0,220]	0,022 [0,179]	0,029 [0,225]	0,167 [0,263]
ITT*edad		-0,012 [0,247]			-0,014 [0,284]	
ITT*sexo			-0,198 [0,254]			-0,233 [0,295]
Observaciones	465	465	465	465	465	465

Fuente: elaborado en base a ENPI

Prácticas de crianza

En esta sección se estudian los efectos de UCC sobre las prácticas de crianza. Incidir en estas prácticas constituye un objetivo explícito sobre el que trabajan los operadores del programa. Otros trabajos que analizan programas de similar naturaleza encuentran fuertes efectos sobre esta dimensión (por ejemplo, Doyle et al., 2013). Heckman y Mosso (2014) señalan dos explicaciones para entender los posibles cambios en el comportamiento de los padres, que se logran cuando estas intervenciones son exitosas. En primer lugar, la intervención puede aumentar las habilidades del niño y esto a su vez induce un cambio en el comportamiento de los padres. Esto es consistente con la idea complementariedad dinámica indicada por Heckman en múltiples trabajos. En segundo lugar, las intervenciones pueden transmitir información a los padres sobre las habilidades de sus hijos, así como de distintas estrategias que ya han sido exitosas, y por tanto logran aumentar el conocimiento de los padres.

Los estilos de crianza se conforman a partir de las prácticas de crianza desarrolladas por los adultos y a otros aspectos que influyen en el clima afectivo en que se desarrolla el niño (lenguaje, tono de voz, gestualidad, etc.). Baumrind (1968, 1971) identifica tres estilos de crianza: habilitante, autoritario y permisivo. Según este autor el estilo habilitante se caracteriza por un fuerte involucramiento afectivo con los hijos, control activo de sus actividades y receptividad a sus demandas, combinados con estrategias de disciplina no violenta. Este estilo de crianza se relaciona con un desarrollo positivo de los niños y con el estímulo de la autonomía individual, a la vez que mejora la adaptación social. Por tanto, es posible que si el programa incentiva este tipo de estilo de crianza se logren impactos indirectos en el desarrollo infantil. El estilo autoritario se basa en la obediencia de los niños y el uso frecuente del castigo (físico o no) para regular la conducta de los niños. Este tipo prácticas de control se relaciona con conductas dependientes y sumisas y con bajos niveles de autoestima (Gray, 2000). Finalmente, el estilo permisivo se caracteriza por padres que basan la crianza en la información, pero permiten que los niños regulen su propia conducta, por lo que ponen escasos límites. Se ha señalado que este estilo resulta poco beneficioso para los niños pequeños, ya que tienen una muy limitada capacidad de autodeterminación (Gray, 2000).

En este trabajo, las prácticas de crianza se agrupan de la siguiente forma: contexto afectivo de la crianza, interacciones sociales, autonomía, límites y reglas cotidianas, y control de conducta. En

este último caso, se conforman dos dimensiones, una asociada al estilo autoritario y otra al estilo habilitante. Las preguntas incorporadas en cada dimensión se presentan en el Cuadro A.4 del Anexo. La agregación de las dimensiones se realiza a partir de la suma de prácticas adecuadas asociadas a dichas preguntas. En el Cuadro 27 se indica el número total de preguntas/afirmaciones incorporadas en cada dimensión y los valores medios de cada agregación. Las prácticas de crianza basadas en el contexto afectivo o que estimulan la autonomía del niño son muy frecuentes. En tanto, en el primer caso, de un máximo de tres respuestas afirmativas, los entrevistados contestan, en promedio, 2,45. Mientras, en el segundo caso, de un máximo de dos, contestan en promedio en torno a 1,80. Lo contrario sucede con el control de conducta autoritario, donde de un máximo de tres la respuesta promedio es 0,66 entre los controles y 0,71 para los ITT.

Cuadro 27 - Respuestas promedio de las distintas dimensiones de las prácticas de crianza

	Nro de preguntas	Total		Sexo del niño				Tramo de edad del niño			
		Control	ITT	Varones		Mujeres		< 30 meses		> 30 meses	
				Control	ITT	Control	ITT	Control	ITT	Control	ITT
Contexto afectivo de la crianza	3	2,46	2,44	2,44	2,38	2,48	2,52	2,49	2,48	2,44	2,41
Control de conducta – autoritario	3	0,66	0,71	0,66	0,72	0,65	0,69	0,55	0,63	0,75	0,79
Control de conducta – habilitante	3	2,06	2,08	2,05	2,06	2,07	2,11	2,06	2,08	2,06	2,09
Interacciones sociales	4	3,32	3,37	3,38	3,43	3,25	3,29	3,26	3,40	3,37	3,35
Límites y reglas cotidianas	4	1,69	1,52	1,68	1,59	1,71	1,42	1,69	1,60	1,69	1,45
Autonomía	2	1,81	1,84	1,80	1,82	1,82	1,86	1,83	1,82	1,79	1,86

Fuente: elaborado en base a ENPI y GEF (2015)

A continuación, se comentan los resultados de las estimaciones donde se identifica el efecto del programa a partir del ITT (Cuadro 28). En primer lugar, se presentan las estimaciones del contexto afectivo de la crianza (panel a). Los valores más elevados se asocian a un estilo de crianza habilitante, en tanto éste implica un mayor involucramiento afectivo por parte de los padres.

Al no formar parte de una escala las preguntas utilizadas para la construcción de las distintas dimensiones de prácticas de crianza, es posible analizar los efectos pregunta por pregunta, y así identificar si en algún caso el programa logró impactar de forma positiva. Cuando se realizan estimaciones específicas para cada una de las preguntas que conforman esta dimensión, no se encontraron efectos significativos, ni en las estimaciones generales ni en aquellas que recogen impactos específicos por sexo ni por tramo de edad (Cuadro A.5 del Anexo).

Los siguientes dos paneles refieren a los impactos de UCC sobre las dimensiones denominadas interacciones sociales y autonomía. De existir efectos positivos, el programa estaría coadyuvando a que los padres estimularan la autonomía individual y la adaptación social del niño, y, por tanto, fomentando estilos de crianza habilitantes. No obstante, las distintas estimaciones no muestran efectos significativos.

Solo en un caso se encontró un efecto positivo en las preguntas que conforman la dimensión interacciones sociales resultaron significativas (Cuadro A.6 del Anexo). Dicho resultado se da de forma exclusiva entre los varones. Los padres ITT responden con más frecuencia de forma negativa a la afirmación “El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) `tiene mañas`”.

Por el otro, en las dos preguntas que integran la dimensión autonomía se encuentran efectos significativos, aunque el sentido del efecto es opuesto (Cuadro A.7 del Anexo). La afirmación “Los bebés que tocan todo no son malcriados, están aprendiendo” muestra diferencias entre quienes fueron ITT y quienes no, siendo el efecto positivo para los primeros. Este efecto positivo se observa, también, cuando se realizan estimaciones que toman en cuenta efectos específicos por sexo del niño. Es en los casos de las niñas donde prevalecen las respuestas afirmativas. Aquí el programa estaría operando mediante el estímulo de un estilo de crianza habilitante. La segunda afirmación indica que “Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara”, siendo el efecto del programa negativo tanto en las estimaciones generales y en las estimaciones por sexo (efecto entre las niñas) y edad del niño (efecto entre los más chicos). En este caso el efecto de negativo de los ITT puede asociarse a una menor permisibilidad de los adultos en la crianza de los niños.

Cuadro 28 - Impactos de UCC sobre prácticas de crianza

	MCO			MC3E		
	(1a)	(1b)	(1c)	(2a)	(2b)	(2c)
(a) Contexto afectivo de la crianza						
ITT	-0,019 [0,067]	0,018 [0,084]	0,062 [0,091]	-0,023 [0,079]	0,020 [0,096]	0,075 [0,109]
ITT*edad		-0,070 [0,109]			-0,084 [0,129]	
ITT*sexo			-0,142 [0,110]			-0,167 [0,131]
(b) Interacciones sociales del niño						
ITT	0,053 [0,064]	0,078 [0,084]	-0,031 [0,090]	0,063 [0,075]	0,089 [0,096]	-0,037 [0,108]
ITT*edad		-0,048 [0,099]			-0,052 [0,117]	
ITT*sexo			0,146 [0,101]			0,171 [0,120]
(c) Autonomía						
ITT	0,033 [0,030]	0,017 [0,040]	0,055 [0,038]	0,039 [0,036]	0,019 [0,045]	0,068 [0,047]
ITT*edad		0,032 [0,048]			0,040 [0,056]	
ITT*sexo			-0,032 [0,047]			-0,049 [0,056]
(d) Control de conducta – autoritario						
ITT	0,022 [0,052]	0,015 [0,067]	0,049 [0,068]	0,026 [0,061]	0,017 [0,076]	0,059 [0,081]
ITT*edad		0,013 [0,085]			0,017 [0,100]	
ITT*sexo			-0,047 [0,084]			-0,057 [0,100]
(e) Control de conducta - habilitante						
ITT	0,052 [0,065]	-0,033 [0,081]	0,036 [0,086]	0,061 [0,077]	-0,038 [0,092]	0,043 [0,103]
ITT*edad		0,162 [0,103]			0,194 [0,121]	
ITT*sexo			0,028 [0,104]			0,031 [0,123]
(f) Límites y reglas cotidianas						
ITT	-0,171*** [0,061]	-0,088 [0,074]	-0,267*** [0,085]	-0,202*** [0,073]	-0,100 [0,090]	-0,322*** [0,105]
ITT*edad		-0,158 [0,099]			-0,199* [0,119]	
ITT*sexo			0,167* [0,101]			0,206* [0,122]
Observaciones	782	782	782	782	782	782

Fuente: elaborado en base a ENPI

Las estimaciones que se presentan en los siguientes dos paneles refieren a la dimensión control de conducta. Las agrupaciones se realizan considerando si las respuestas positivas a las distintas afirmaciones pueden aproximar a un estilo de crianza habilitante, al reflejar estrategias de disciplina no violenta (panel d), o a un estilo de crianza autoritario, en tanto se basan en el uso frecuente del castigo (panel e). El programa no impacta en ninguna de las dimensiones, ni tampoco se observan efectos específicos según el sexo y tramo de edad del niño.

No obstante, cuando se realizan las estimaciones específicas por pregunta se detectan algunos efectos. Por ejemplo, hay impactos positivos frente a la afirmación “Muchas veces los caprichos de los niños “sacan de las casillas” y se termina pegándoles y gritándoles”, lo que daría cuenta de un comportamiento del estilo autoritario entre los ITT (véase Cuadro A.8 del Anexo). Por otro lado, frente a la afirmación “Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen” la estimación muestra que los ITT responden con mayor frecuencia que no, lo que da cuenta de un estilo de crianza menos habilitante en el control de conducta (Cuadro A.9 del Anexo).

La formulación de las preguntas sobre límites y reglas cotidianas implica que los valores más elevados se asocian a estilos de crianza permisivos. Las estimaciones que se presentan en el panel f muestran que, como consecuencia del programa, los padres son menos permisivos con sus hijos. En las estimaciones específicas por sexo se encuentra que este efecto se da principalmente entre las mujeres, al tiempo que cuando se consideran las estimaciones que tienen en cuenta el tramo de edad también se encuentran efectos, aunque más débiles, entre los niños más grandes.

Se encuentran efectos significativos en dos de las cuatro preguntas que conforman esta dimensión (véase Cuadro A.10 del Anexo). En ambas la dirección del efecto es la misma que en la dimensión agregada, dando cuenta de la menor permisividad de los padres. En una de estas preguntas se le consulta al entrevistado si está de acuerdo con la siguiente afirmación: “Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coma”, siendo el efecto del programa positivo. La segunda afirmación “El niño (...) duerme siempre solo en su cama” también muestra un efecto positivo.

Se realiza una estimación considerando una pregunta que no se incluye en ninguna de las dimensiones: “Con qué cosas deja jugar a...”. Se le ofrecen al entrevistado tres opciones: con los juguetes viejos; con los juguetes que les gusta/los que le pide; con los juguetes de la casa que le gustan y no son peligrosos. Se interpreta que la primera opción se corresponde con un estilo de crianza autoritario, en tanto la última opción se asocia a un estilo habilitante. Las estimaciones se presentan en el Cuadro 29 y muestran que el efecto del programa es positivo, es decir que los padres tienen un estilo de crianza más habilitante. Cuando la estimación se realiza considerando efectos específicos por tramo de edad, se encuentra que el efecto se concentra entre los niños más pequeños.

En síntesis, las estimaciones sobre prácticas de crianza muestran que el programa impacta estimulando un estilo de crianza más habilitante pero también menos permisivo. También se observan algunos indicios de que los efectos en el estilo de crianza habilitante se dan sobre todo en los niños más pequeños y en las niñas, aunque en estas últimas es donde también se observa mayoritariamente la menor permisibilidad.

Muchos de los efectos encontrados remiten a afirmaciones vinculadas con la alimentación del niño. En general, éstas se asocian a estilos de crianza menos permisivos. Para apreciarlas conjuntamente, se presenta de forma resumida los efectos del programa en cada una de estas preguntas (véase Cuadro 30).

Cuadro 29 - ¿Con qué cosas deja jugar...? Impacto de UCC

	MCO			MC2E		
	(1a)	(1b)	(1c)	(2a)	(2b)	(2c)
ITT	0,102** [0,041]	0,113** [0,053]	0,050 [0,056]	0,120** [0,049]	0,129** [0,061]	0,060 [0,068]
ITT*edad		-0,020 [0,063]			-0,016 [0,074]	
ITT*sexo			0,092 [0,064]			0,104 [0,076]
Observaciones	782	782	782	782	782	782

Fuente: elaborado en base a ENPI

De las cuatro afirmaciones referidas a la alimentación, en tres de ellas existen efectos del programa. Cuando se pregunta “Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen”, el programa impacta negativamente. En tanto, frente a la afirmación “Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coma”, el programa tiene un efecto positivo. En ambos casos, el efecto se observa entre las respondientes con niñas a cargo. Esto da cuenta de una menor permisividad al momento de la alimentación de los niños. El último efecto en las prácticas vinculadas a la alimentación surge de la afirmación “Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara”, donde la respuesta el impacto es negativo. Nuevamente esta afirmación se asocia a un estilo menos permisivo, en este caso, además de estar asociado a las niñas, lo está a los más pequeños.

Cuadro 30 - Impactos de UCC sobre preguntas referidas a la alimentación del niño

	MCO			MC2E		
	(1a)	(1b)	(1c)	(2a)	(2b)	(2c)
(a) Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen (1=Si)						
ITT	-0.059* [0.032]	-0.017 [0.040]	-0.040 [0.043]	-0,070* [0,038]	-0,019 [0,046]	-0,048 [0,052]
ITT*edad		-0.081 [0.052]			-0,100 [0,062]	
ITT*sexo			-0.033 [0.053]			-0,037 [0,063]
(b) Para que los niños coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora (1=Si)						
ITT	-0.011 [0.034]	0.016 [0.046]	-0.023 [0.046]	-0,013 [0,040]	0,018 [0,052]	-0,027 [0,056]
ITT*edad		-0.052 [0.055]			-0,062 [0,065]	
ITT*sexo			0.020 [0.055]			0,024 [0,066]
(c) Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coma (1=No)						
ITT	-0.096*** [0.035]	-0.114** [0.047]	-0.141*** [0.050]	-0,113*** [0,042]	-0,130** [0,054]	-0,170*** [0,061]
ITT*edad		0.034 [0.059]			0,032 [0,069]	
ITT*sexo			0.078 [0.059]			0,096 [0,071]
(d) Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara (1=Si)						
ITT	-0.141*** [0.050]	-0.054** [0.027]	-0.047* [0.027]	-0,045** [0,021]	-0,061** [0,030]	-0,056* [0,032]
ITT*edad		0.030 [0.032]			0,032 [0,038]	
ITT*sexo			0.016 [0.033]			0,020 [0,039]
Observaciones	782	782	782	782	782	782

Fuente: elaborado en base a ENPI

Estado de ánimo de la madre

Para aproximar el estado de ánimo de la madre del niño se utilizan dos subescalas del cuestionario SF-36. Este cuestionario proporciona un perfil del estado de salud y cubre las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, rol emocional, vitalidad y salud mental. Las últimas dos son las aplicadas en este trabajo. La escala de vitalidad contiene cuatro ítems mientras que escala de salud mental contiene cinco. Una alta puntuación en la escala de vitalidad indica que el entrevistado se siente cansado y exhausto todo el tiempo, en tanto valores bajos indican que el entrevistado se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo. En relación a la escala de salud mental, una alta puntuación implica la presencia de sentimientos de angustia y depresión todo el tiempo, en tanto los valores bajos se corresponden con sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma (Vilagut et al., 2005).

En el Cuadro 31 se presentan los resultados de la escala de vitalidad y de salud mental. Si bien deben analizarse con precaución ya que lo que reporta validez psicométrica es la globalidad de la escala, en los Cuadros A.9 y A.10 se presentan los efectos sobre las preguntas que conforman dichas escalas con el objetivo de ilustrar en que ítems se producen los cambios generados por el programa.

En la escala de vitalidad se encuentran efectos significativos con signo negativo, lo cual implica que el programa aumenta la vitalidad de los entrevistados. En la línea de base el valor promedio de esta escala era de 235 entre los ITT, cuando el valor más alto que se podía alcanzar es de 400. El coeficiente que identifica el efecto del programa es de -15, lo que implica que la magnitud del efecto es del 6%.²⁵ Por otro lado, en la escala de salud mental no se observan efectos significativos del programa.²⁶

Cuadro 31 - ¿Cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas? Cuestionario SF-36 - Escalas de vitalidad y salud mental. Efecto de UCC según edad del niño y del entrevistado

	MCO			MC2E		
	(1a)	(1b)	(1c)	(2a)	(2b)	(2c)
SF-36 - Escala salud mental						
ITT	-10,840 [8,177]	3,505 [10,327]	-15,986 [10,596]	-12,663 [9,522]	3,955 [11,636]	-18,619 [12,310]
ITT*Edad del niño		-27,512** [12,986]			-32,937** [15,099]	
ITT*Edad del entrevistado			8,643 [12,939]			10,070 [15,014]
SF-36 - Escala vitalidad						
ITT	-15,087** [6,820]	-9,088 [8,476]	-21,992** [9,089]	-17,625** [7,954]	-10,255 [9,554]	-25,614** [10,583]
ITT*Edad del niño		-11,507 [11,025]			-14,607 [12,874]	
ITT*Edad del entrevistado			10,012 [11,031]			11,667 [12,826]
Observaciones	730	730	720	730	730	720

El puntaje máximo en la escala vitalidad es 400 y en salud mental es 500. Los entrevistados responden en una escala donde 1 indica nunca y 6 siempre

Fuente: elaborado en base a ENPI

²⁵ En dos de las cuatro variables que conforman esta escala existen efectos del programa, ya que las entrevistadas se sienten menos agotadas y menos cansadas. Los valores medios de los ITT en la línea de base son, respectivamente, 3,9 y 3,6, por tanto, la magnitud del efecto asociada a cada una de estas sensaciones es de 6% y 8%.

²⁶ No obstante, sí hay efectos en dos de las preguntas que conforman la escala. Así, el programa logra reducir el nerviosismo y que las personas se sientan menos "bajoneadas". En ambos casos, los efectos son algo superiores al 5%. En el primer caso el valor medio de los ITT es 4 y en el segundo 4,5.

Finalmente se indaga si existen impactos específicos según la edad del niño o de la entrevistada. De particular relevancia puede resultar considerar efectos específicos del programa en madres jóvenes, debido a su mayor vulnerabilidad. Para esto, como a lo largo de este trabajo, se considera si el niño tiene más o menos de 30 meses. Al tiempo que se identifica a las madres jóvenes como aquellas que tienen menos de 25 años de edad, las cuales conforman el 40% de la muestra. En ninguna de las escalas se encuentran efectos específicos según la edad del niño. Por otro lado, las mejoras antes comentadas en la escala de vitalidad se observan entre las madres más jóvenes. En la línea de base el grupo el valor promedio de los ITT en esta escala era de 235, con independencia de la edad de la madre. Por tanto, el programa conduce a que las madres jóvenes estén en una mejor situación relativa, como consecuencia de un efecto cercano al 10%.

5.4. Acceso a programas sociales, ingresos y condiciones de vivienda

La vinculación de los hogares con programas sociales y con la oferta pública de bienes y servicios es una de las preocupaciones centrales de los programas de acompañamiento familiar y, como se detalló al comienzo, constituye una de las áreas de trabajo de UCC. En la revisión de antecedentes se indicó que la experiencia internacional es variada en cuanto al éxito de esta línea de acción. Ello se debe a que depende fuertemente de la coordinación interinstitucional. Hasta el momento, las evaluaciones de impacto del programa Cercanías del MIDES y de los SOCAT, indican que los logros se producen en el conjunto de programas que controla el MIDES, tales como una mayor vinculación con la Tarjeta Uruguay Social y Asignaciones Familiares.

En el caso de la presente evaluación, se analizó el impacto del acceso al programa sobre prestaciones alimentarias variadas. Asignaciones Familiares y servicios públicos, tales como UTE y OSE. Estos últimos se incluyeron para analizar el alcance de los posibles efectos, dado que no hay objetivos explícitos del programa que refieran a conexiones de electricidad y agua potable. También se indagó por un amplio conjunto de programas más pequeños, pero dado su escasa incidencia en la muestra, no fue posible incluir los resultados correspondientes en este informe.

A la vez, como se señaló al repasar los posibles canales de impacto de la intervención al inicio de este trabajo, el contacto con los operadores y el potencial aumento en la disponibilidad de recursos debido al acceso a programas sociales podría generar efectos de signo ambiguo en la inserción laboral y en el ingreso de los hogares beneficiarios. En el caso del PANES, la evaluación de impacto arroja indicios de algunas mejoras en las condiciones de vivienda, si bien en términos de materiales y otras variables de carácter más estructural, no se registraron cambios significativos (Amarante et al. 2009). Básicamente, parecería que se construyeron más habitaciones, lo cual se debería a asignación del gasto por parte de los beneficiarios y no a intervenciones complementarias en vivienda. Esta sección se ocupa de analizar efectos en los aspectos mencionados.

Acceso a programas sociales y servicios públicos

El Cuadro 32 presenta los niveles de acceso a programas de asistencia alimentaria para tratados y controles, así como los impactos de UCC sobre los mismos. La prestación más extendida es la TUS, seguida de los comedores escolares y, en mucho menor medida, los merenderos.²⁷ De todas formas, es llamativa la baja cobertura de la TUS, dado el nivel de privaciones de la población estudiada. Asimismo, se presentan los efectos de estos programas en las diversas especificaciones

²⁷ Se realizaron los cálculos para todos los grupos de tratamiento e intención de tratamiento para los que se realizaron las estimaciones de impacto y los resultados en términos de cobertura son muy similares. Están disponibles solicitándoselos a los autores. Esta advertencia es extensiva al conjunto de la sección 5.4.

realizadas a lo largo de este trabajo. Ello es particularmente importante de analizar, dado que podría constituir un canal explicativo de los mejores resultados nutricionales ya consignados.

En relación con el acceso a la TUS, en todos los casos, se observan efectos positivos y fuertemente significativos, cuya magnitud se ubica en el entorno de un aumento del 70% en la probabilidad de acceso a la prestación en relación al grupo de control. En el caso de los merenderos, también se encuentra un impacto, aunque de magnitud considerablemente más reducida y no robusto ante las diversas especificaciones planteadas.

Cuadro 32 Acceso a prestaciones alimentarias. Efecto de UCC y estadísticas descriptivas

	% hogares que acceden a c/ prestación en ola 2		MCO	MC2E
	Control	ITT	(1)	(2)
TUS			0,235**	0,244***
Observaciones	35,6	64,5	[0,036]	[0,047]
Merendero			786	754
Observaciones	18,8	21,7	0,072**	0,061
Comedor escolar			[0,035]	[0,042]
Observaciones	32,1	35,4	789	752
			0,046	0,012
			[0,037]	[0,046]
			789	753

Fuente: elaborado en base a ENPI

Estos resultados significan que, en promedio, los hogares tratados accedieron efectivamente a mayores recursos. Además, dado el direccionamiento de bienes vigente en la TUS a la fecha de realización de esta evaluación, esto implica que los hogares tuvieron la potencialidad de un mayor acceso a alimentos y productos de limpieza. Dado que en el marco de este estudio no se realizó una encuesta de gasto a los hogares, no es posible saber si el mayor acceso a la TUS implicó un mayor consumo de alimentos, cambios en la calidad del consumo o el gasto en alimentos permaneció incambiado y el hogar destinó los recursos liberados al consumo de otro tipo de bienes. Los resultados encontrados en las secciones referidas a estado nutricional de los niños y hábitos de consumo, llevarían a pensar que los hogares mejoraron efectivamente sus condiciones alimentarias.

Cuadro 33 - Efectos de UCC sobre el acceso a AFAM-PE según especificación y tasas de cobertura de AFAM-PE en ola 2

	% hogares que acceden a AFAM-PE en ola 2		MCO	MC2E
	Control	ITT	(1)	(2)
Acceso a AFAM-PE			0,022	0,057
Observaciones	74,7	80,3	[0,032]	[0,043]
			791	755

Fuente: elaborado en base a ENPI

La cobertura de AFAM-PE es notoriamente más alta tanto en el grupo de tratamiento como en el de control, ubicándose en el entorno de tres de cada cuatro hogares, por lo que es de esperar un mucho menor impacto. El 99% de los beneficiarios de AFAM acceden a través de AFAM-PE, por lo que las dos variables son prácticamente similares. Las estimaciones presentadas en el Cuadro 33 muestran que no existen efectos en el acceso a AFAM-PE. Por tanto, solo el mayor acceso a la TUS podría estar explicando parte de los mejores desempeños nutricionales encontrados.

Para finalizar la sección se presenta información sobre el impacto al acceso a servicios públicos de agua y electricidad (Cuadro 34). Su relevancia radica no solo en que implicarían mejores condiciones de vida en los hogares tratados, sino en que, el agua corriente, especialmente, podría constituir un canal explicativo de las mejoras en los desempeños nutricionales identificados en este trabajo. Sin embargo, no se encontraron efectos en el acceso en este caso.

Cuadro 34 - Efectos de UCC sobre el acceso a servicios públicos según especificación y porcentajes de acceso en ola 2

	% hogares que acceden a c/ prestación en ola 2		MCO	MC2E
	Control	ITT	(1)	(2)
Acceso a UTE	98,4	99,2	0,001 [0,009]	-0,009 [0,011]
Observaciones			791	755
Acceso a OSE	93,6	97,0	0,026* [0,015]	0,030 [0,018]
Observaciones			790	754
Conexión a UTE	90,2	88,6	-0,013 [0,023]	-0,014** [0,030]
Observaciones			746	710

Fuente: elaborado en base a ENPI

Ingreso de los hogares e inserción laboral de las personas entrevistadas

En primer lugar, se analizó el ingreso laboral y el ingreso total generados en el hogar, sin considerar prestaciones por TUS y AFAM. A estos agregados se los dividió entre el número de integrantes para volverlos comparables. Las estimaciones no arrojaron diferencias significativas estadísticamente, resultado que indicaría que el esfuerzo laboral de los hogares no sufrió modificaciones y, por tanto, no se verificaron sustituciones de ingresos (Cuadro 35). A la vez, el ingreso total de los hogares tampoco presenta diferencias estadísticamente significativas. Esto indicaría que los ingresos provenientes de otras fuentes, tales como jubilaciones y ayudas de otros hogares, tampoco se alteraron. En este caso, los cambios podrían resultar tanto de la composición (que podría reflejarse en cambios en el ingreso total, por cambios en hogares extendidos con signo indeterminado) o de los niveles de transferencias recibidas de otros hogares, las cuales podrían reducirse como resultado del acceso a prestaciones en efectivo. Obsérvese que los valores de ingresos reportados ubican a estos hogares por debajo de la línea de indigencia.

En relación a los desempeños de la persona de referencia de UCC, que fue quien se entrevistó en todos los casos, tampoco se registran alteraciones comportamentales en relación al nivel de inserción laboral, los ingresos generados o las contribuciones a la seguridad social.

Cuadro 35 - Efectos de UCC sobre el ingreso de los hogares y la inserción laboral de la persona entrevistada según especificación y estadísticas descriptivas en ola 2

	Ingreso medio y % de personas en ola 2		MCO	MC2E
	Control	ITT	(1)	(2)
(a) Total				
Ing. per cápita del hogar			-402.2	-473.9
Observaciones	3907	3529	[304.5]	[356.6]
Ing. laboral del hogar (pc)			-565.6	-666.6
Observaciones	3012	3802	[1,035]	[1,216]
			791	766
(b) Persona entrevistada				
Empleo	0,39	0,32	-0,039	-0,035
Observaciones			[0,036]	[0,047]
			808	755
Horas trabajadas			-0,734	-3,461
Observaciones	17,9	17,1	[2,047]	[2,681]
			808	755
Aportes seguridad social (1)			0,128**	0,033
Observaciones	0,44	0,57	[0,062]	[0,087]
			296	275
Ingreso laboral			-242	-488.6
Observaciones	3532	3291	[524]	[616.7]
			803	750
Acceso a TUS			0,250**	0,252***
Observaciones	0,23	0,48	[0,038]	[0,056]
			696	649
Acceso a AFAM			-0,011	-0,019
Observaciones	0,79	0,80	[0,030]	[0,034]
			800	747

Fuente: elaborado en base a ENPI

(1) La estimación está realizada sobre los ocupados. Los resultados sobre la PET tampoco son significativos.

(2) En la PET, las tasas de aporte son 0,161 y 0,162 respectivamente.

Errores estándar entre paréntesis.

Condiciones de vivienda y acceso a bienes durables

En esta sección se analizan efectos sobre las condiciones de la vivienda, materiales de construcción de la misma y acceso a bienes durables.

Se observa que más de la mitad de los hogares de ambos grupos reside en condiciones de hacinamiento (Cuadro 36). No se registran cambios por efecto del programa en los niveles de hacinamiento.

Cuadro 36 - Efectos de UCC sobre el hacinamiento y estadísticas descriptivas en ola 2

	% hogares en ola 2		MCO	MC2E
	Control	ITT	(1)	(2)
Hacinamiento			0,017	-0,001
Observaciones	2,67	2,63	[0,149]	[0,195]
			786	750
Hacinamiento (discreta)			0,014	-0,013
Observaciones	0,43	0,45	[0,037]	[0,049]
			791	755

Fuente: elaborado en base a ENPI

El Cuadro 37 reúne información sobre materiales de pisos y techos. Los materiales de techos y pisos presentan una composición heterogénea. Nuevamente, no se detectan efectos del programa en materiales de vivienda, lo cual es esperable, dado que la intervención no incluye acciones específicas en esta esfera.

Cuadro 37 - Efectos de UCC sobre materiales de techo y pisos, según especificación y estadísticas descriptivas en ola 2

	% hogares en ola 2		MCO	MC2E
	Control	ITT	(1)	(2)
(a) Material de techos				
Planchada	31,1	30,4	-0,091*** [0,132]	-0,085** [0,040]
Liviano con cielorraso	39,5	44,3	0,042 [0,037]	0,086* [0,048]
Liviano con cielorraso	27,0	32,8	0,044 [0,034]	0,005 [0,044]
Otros	1,4	1,3	0,006 [0,012]	-0,006 [0,016]
(b) Material de piso				
Cerámica, parquet	33,7	33,2	0,010 [0,035]	0,047 [0,048]
Baldosas calcáreas	20,6	18,3	-0,011 [0,030]	0,016 [0,038]
Alisado de hormigón	25,7	24,3	-0,026 [0,032]	-0,034 [0,041]
Sólo contrapiso y otros	18,1	22,6	0,032 [0,030]	-0,008 [0,037]
Observaciones			791	755

Fuente: elaborado en base a ENPI

La tenencia de bienes de confort no registra diferencias mayores entre tratados y controles (Cuadro 38). Si bien se preguntó por una amplia batería de bienes, solo se ilustra con algunos ejemplos, que podrían guardar relación con las condiciones de higiene, las condiciones de mantenimiento de alimentos y el estado de salud de los niños. Se observa que el refrigerador es el bien de uso más extendido. Nuevamente, no se encuentran impactos en la tenencia de bienes durables. Los impactos podrían operar potencialmente vía el ingreso liberado por el acceso a programas de transferencias como AFAM-PE y TUS.

Cuadro 38 - Efectos de UCC sobre acceso a bienes durables, según especificación y porcentajes de acceso en ola 2

	% hogares que acceden a c/ prestación en ola 2		MCO	MC2E
	Control	ITT	(1)	(2)
Calefón	65,0	63,4	0,004 [0,036]	0,014 [0,046]
Refrigerador	89,7	89,4	-0,009 [0,023]	-0,008 [0,030]
Lavarropas	63,0	58,7	-0,017 [0,036]	-0,080* [0,048]
Calefactores	66,7	68,5	0,008 [0,035]	-0,058 [0,047]
Observaciones			788	755

Fuente: elaborado en base a ENPI

6. Comentarios finales

En este trabajo se presenta una primera evaluación del programa UCC, realizada en los departamentos en los que no se había iniciado el programa en 2013, dado que los criterios de selección de beneficiarios vigentes a la fecha no permitieron trabajar con aquellas regiones en las que la intervención ya estaba desplegada.

Dado que el número de niños y embarazadas que pueden ingresar al programa en cada momento del tiempo está acotado por la disponibilidad de operadores y su capacidad de atención, se diseñó una estrategia experimental para aquellos casos en que su gravedad no exigía una intervención inmediata. Las intervenciones duraron por lo menos nueve meses y los contenidos se basan en una guía que proporciona UCC a los operadores, donde se establecen áreas de trabajo y mínimos de contacto. Sin embargo, existen fuertes variaciones por operador y dupla (pareja de operadores a la que asigna cada hogar y que constituye la unidad de trabajo del programa), tanto en el foco del trabajo con cada hogar, como en el número de visitas y contactos con los hogares. Dado que estos últimos elementos se asocian al nivel de privación del hogar, pues aquellos en peores condiciones podrían exigir una mayor atención, en este informe no presentamos aperturas que nos permitan identificar efectos de la intensidad del tratamiento sobre los resultados.

El programa pretende impactar el acceso a prestaciones sociales, el estado nutricional de los niños y sus condiciones generales de salud y desarrollo, así como las prácticas de crianza y las condiciones de salud de las personas a cargo del niño. A esos efectos, la estrategia de la intervención se basa en el contacto de los operadores con la familia de referencia y en la revinculación o vinculación con la oferta de bienes, servicios y prestaciones.

Los resultados obtenidos muestran un impacto en el estado nutricional de los niños, especialmente en los déficits y en hábitos de alimentación. En el primer caso, las estimaciones realizadas muestran una caída en el retraso de talla para la edad, de peso para la edad y en el índice de masa corporal. La robustez de los resultados es mayor en los dos últimos indicadores, lo cual es consistente con las dificultades de reversión del déficit de talla, que da indicios de una desnutrición de más largo plazo. En términos del exceso de masa corporal, se observa un efecto muy débil.

En relación con los hábitos alimenticios, se observan algunos indicios de cambios en la dieta, hacia alimentos más saludables (reducción en el consumo de *Nuggets* y otros alimentos procesados), aunque con la información disponible, no es posible distinguir en qué medida las respuestas están mediadas por el deber ser de la consejería de los operadores o efectivamente hay un cambio en las prácticas.

En relación a otros desempeños de salud, no se observan resultados en la prevalencia de anemia, pero en el período hay una importante caída en este indicador, tanto para tratados como para controles. Sin embargo, se encuentran impactos sobre la probabilidad de contar con un diagnóstico y sobre la complementación con hierro. En el primer caso, el programa contempla en la primera visita a los hogares una prueba con *hemocue*, lo cual explicaría los resultados obtenidos.

En términos de desarrollo infantil se observan algunos impactos, los cuales requieren ser monitoreados en futuras olas de seguimiento, dado que en la línea de base los niños eran muy pequeños y diversos estudios indican que ello puede redundar en una mayor imprecisión en la captación de sus niveles de desarrollo. Aún así, se encuentran resultados en motricidad gruesa y

comunicación. En el primer caso, hay efectos tanto en el puntaje continuo, como en las estimaciones sobre la probabilidad del niño de estar en la zona de monitoreo o riesgo. Esto indicaría que las mejoras se producen en el entorno de la zona de riesgo. En el caso de comunicación, los mayores resultados se encuentran en la reducción de la probabilidad de riesgo. La magnitud de los efectos es similar en ambas dimensiones, situándose en el entorno del 10 a 20%.

Los canales explicativos de las modificaciones observadas pueden vincularse al acompañamiento familiar, el acceso a mayores recursos por parte de los hogares, a los efectos del apoyo familiar que podrían redundar en cambios en prácticas de crianza, mejor bienestar psicosocial de las personas a cargo del niño por sentir un mayor apoyo o aumentos en la asistencia a centros de educación preescolar que redundasen en un mayor estímulo y también en cambios en prácticas.

De estas posibilidades, el relevamiento realizado nos permitió hacer exploraciones parciales en casi todas, con excepción de las que refieren a heterogeneidad de la intervención, por las razones antedichas, pero se espera profundizar en el tema en futuros trabajos complementarios a este informe.

Las mejoras en la situación nutricional de los niños podrían vincularse al acompañamiento familiar, así como mayor acceso a prestaciones, especialmente a la TUS. El impacto y significativo aumento en esta transferencia, podría tener claros efectos en el acceso a recursos y la disponibilidad de alimentos en el hogar y su calidad, dado que no hubo movimientos compensatorios en el resto del ingreso del hogar que redujesen el incremento producido por la transferencia.

A pesar de que podría considerarse que el monto de la TUS es bajo, el hecho de contar con un mínimo ingreso estable también podría generar un efecto sobre el bienestar psicosocial de las personas a cargo de los niños. Un mejor estado de ánimo en los adultos podría también generar una dieta más variada y la preparación de alimentos en el hogar, en detrimento de otros alimentos semi preparados, tal como se verifica en esta evaluación. En la mejor alimentación y el cambio de hábitos puede haber tenido un rol fundamental el programa, a través de las guías de alimentación y de las visitas. Es llamativo que, en la sección dedicada a prácticas de crianza, se ven impactadas todas las afirmaciones que guardan vínculos con la alimentación. Muchas de ellas, tienen sentidos ambiguos, que pueden reflejar una mayor disposición a que los niños prueben más alimentos. Sin embargo, no se encuentran efectos sobre la percepción de seguridad alimentaria.

En relación al desarrollo infantil, los efectos encontrados podrían atribuirse al rol de las visitas de los operadores y el mejor bienestar psicosocial de las madres, así como a mayores niveles de escolarización de los niños. En relación con este último aspecto, se encontraron impactos del orden del 10% de aumento en la probabilidad de asistir a un centro educativo en los niños que tienen más de 30 meses. Se encontraron efectos en términos de mayor bienestar psicosocial y vitalidad, especialmente en las madres más jóvenes. Estos aspectos requieren ser estudiados con mayor profundidad.

En relación al otro posible canal, las prácticas de crianza, se observan también efectos en algunas áreas. En particular, el programa impacta estimulando prácticas habilitantes, especialmente en los niños más pequeños y en las niñas.

Estos hallazgos llevan a concluir que el programa ha cumplido con varios de sus objetivos. Sin embargo, esta evaluación se desarrolló en condiciones diferentes a las que rigen en los departamentos que ya habían iniciado la intervención o aún a aquellos hogares que son visitados por UCC en los departamentos seleccionados pero que no estaban incluidos en la intervención. La evaluación aportó aprendizajes en cuanto a que los criterios de selección, la posibilidad de

buscar a los posibles beneficiarios en base a un registro sistemático de partida es un proceso, lento, trabajoso y difícil, pero que puede permitir llegar a niños que están en zonas más alejadas y que no se alcanzarían utilizando los criterios de reclutamiento habitualmente utilizados, donde predominan las derivaciones de centros de salud.

Los logros observados, especialmente en términos de nutrición, pueden constituir cambios de mediano y largo plazo en las condiciones de vida de los niños que fueron beneficiarios de la intervención. A la vez, es claro que el acceso las prestaciones como la TUS permanece una vez que UCC se retira de los hogares. Surgen varias preguntas en lo relativo a la sostenibilidad de los resultados encontrados una vez que el componente de acompañamiento familiar se retira de los hogares. Con los elementos reunidos, no es posible determinar por separado, el rol del sostén psicosocial. Asimismo, visitar a los hogares nuevamente para analizar efectos de mediano plazo, así como aplicar instrumentos que permitan observar aspectos adicionales de las prácticas de crianza, podría aportar elementos de interés para el diseño de la intervención.

Más allá de los objetivos específicos del programa, otro aspecto a considerar radica en la atención a la autonomía de las personas a cargo de los niños particularmente de sus madres. En ese sentido, una mayor coordinación con programas que se centran en la revinculación de mujeres jóvenes con el sistema educativo o promueven posibilidades de acceso a los programas de apoyo laboral y entrenamiento, así como otras intervenciones que potencien la agencia de las mujeres a cargo de los niños, podría fortalecer fuertemente la estrategia de intervención en el mediano plazo.

7. Bibliografía

- Abramovsky, L., O. Attanasio, K. Barron, P. Carneiro, y G. Stoye (2015). “Challenges to Promoting Social Inclusion of the Extreme Poor: Evidence from a Large Scale Experiment in Colombia”. En línea <http://www.ucl.ac.uk/~uctppca/Abramovsky.pdf>
- Alkire S., y J. Foster (2011). “Counting and multidimensional poverty measurement”, *Journal of Public Economics*, 95(7), 476-487.
- Amarante V., Arim R. y Vigorito A. (2012). “La selección de beneficiarios del PANES” en Amarante V. y Vigorito A.(eds.) *Investigación y Políticas sociales. La colaboración entre la Udelar y el Mides para la implementación del PANES*. Editorial Universidad de la República. Montevideo
- Amarante, V.; Burdin, G.; Ferrando, M.; Manacorda, M. y Vigorito, A. (2009). *Informe final de la evaluación de impacto del PANES*. Montevideo, Convenio Universidad de la República-Mides (Mimeo).
- Angrist, J., G. Imbens, y D. Rubin (1996). Identification of causal effects using instrumental variables. *Journal of the American statistical Association*, 91(434), 444-455.
- Araujo, M. C., Ardanaz, M., Armendáriz, E., Behrman, J. R., Berlinski, S., Cristia, J. P. y Kagan, S. L. (2015).” More Bang for the Buck: investing in Early Child Development”. En Berlinsky S. y Schady N. (eds.) *The Early Years: Child Well-being and the Role of Public Policy*. BID. Palgrave MacMillan. Washington DC.
- Asesorías para el Desarrollo (2014). *Evaluación de impacto del sistema de protección integral a la infancia (Chile Crece Contigo)*. http://www.dipres.gob.cl/595/articulos-119336_doc_pdf.pdf (último acceso: 19/12/2017)
- Baumrind D. (1968). “Authoritarian vs. authoritative parental control”, *Adolescence*, 3(11): 255-272
- Baumrind D. (1971). “Current patterns of parental authority”, *Developmental Psychology*, 4(1)
- Behrman, J., J. Hoddinott, J. Maluccio y R. Martorell (2009). “Brains versus Brawn: Labor Market Returns to Intellectual and Health Human Capital in a Poor Developing Country”, *WP 0907*. Middlebury (EUA): Middlebury College, Department of Economics
- Berlinski S. y N. Schady (2015). *Los primeros años*. Development in the Americas Series. New York: algrave MacMillan, y Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Calderón F. y C. Velázquez (2011). “Evaluación de impacto de la estrategia Contigo Vamos por Más Estado de Guanajuato”. Mimeo. The World Bank - Universidad Iberoamericana.
- Carneiro, P.; Galasso, E. y Ginja, R. (2014) "Tackling Social Exclusion: Evidence from Chile". The World Bank, 2014
- Carrasco P., R. Ceni, I. Perazzo, y G. Salas (2015). *Evaluación de impacto del programa Jóvenes en Red. Informe final*. Convenio MIDES-Udelar. Disponible en: <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/62441/1/jovenes-en-red.-evaluacion-de-impacto.-2015.pdf>

- Conti, G., & Heckman, J. J. (2014). Economics of child well-being. In *Handbook of child well-being* (pp. 363-401). Springer Netherlands.
- Doyle O., C. Harmon, J. Heckman, C. Logue y S. Moon (2013). "Measuring Investment in Human Capital Formation: An Experimental Analysis of Early Life Outcomes" *NBER Working Papers 19316*
- Duflo, E.; Glennerster, R. y Kremer, M. (2007). "Using Randomization in Development Economics Research: A Toolkit." In *Handbook of Development Economics*, Vol. 4, ed. Dani Rodrik and Mark Rosenzweig, 3895-3962. Amsterdam: North-Holland.
- Felfe C. y R. Lalive (2014). "Does Early Care Help or Hurt Children's Development". *IZA DP N° 8484*
- Ferreira, F. y A. M. Lugo (2012). "Multidimensional poverty analysis: Looking for a middle ground", *WP 5964*. Washington D. C.: Banco Mundial, Policy Research.
- Galasso, E. (2011). "Alleviating extreme poverty in Chile: the short term effects of Chile Solidario". *Estudios de Economía*, 38(1), 2011.
- GEF (2015). *Salud, nutrición y desarrollo. Primeros resultados de la ENDIS*. Montevideo. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b&groupId=10181
- Heckman J. y S. Mosso (2014). "The economics of human development and social mobility", *Annual Review Economics*, 6(1): 689-733.
- Hoces de la Guardia, F.; Hojman, A. y Larrañaga, O. (2011). "Evaluating the Chile Solidario program: results using the Chile Solidario panel and the administrative databases". *Estudios de Economía*, 38(1), 2011.
- Imbens G. y D. Rubin (2015). *Causal inference in statistics, social, and biomedical sciences*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Loeb S., M. Bridges, D. Bassok, B. Fuller, y R. Rumberger (2007). "How much is too much? The influence of preschool centers on children's social and cognitive development". *Economics of Education Review*, 26(1): 52-66
- Magnuson K., C. Ruhm y J. Waldfogel (2007). "Does Prekindergarten Improve School Preparation and Performance? *Economics of Education Review*, 26, 33-51
- Manely, J.; Vasquez, F. (2013). "Childcare availability and female labor force participation: An empirical examination of the Chile Crece Contigo Program." Towson University, Department of Economics.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2012). *Resolución 0062012 de creación del programa Uruguay Crece Contigo*. <http://crececontigo.opp.gub.uy/wps/wcm/connect/opp/3d87dfe6-3d78-4e07-98ce-1652d3a51629/crecioncrecontigo.pdf?MOD=AJPERES> (ultimo acceso: 19 de diciembre de 2017).
- Perazzo I., G. Salas y A. Vigorito (2016). *Evaluación de impacto del programa de Cercanías. Informe de resultados*. Convenio MIDES – FCEyA. Disponible en:

<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/85533/1/informe-evaluacion-cercanias-entrega-mides-5-de-diciembre-2016-3.pdf>

- Ravallion, M. (2011). "On multidimensional indices of poverty", *Journal of Economic Inequality*, 9(2): 235-248
- Sanromán (2015). *Informe de resultados Evaluación de impacto del componente de orientación y consulta de los SOCAT*. Convenio MIDES-FCS. mimeo
- Sen A. (1999). *Development as Freedom*.
- Squires, J. Briker y D. Twombly. (2002). *The ASQ: SE user's guide: for the Ages & Stages Questionnaires, social-emotional: a parent-completed, child-monitoring program for social-emotional behaviors*, Paul H. Brookes Baltimore, Md.
- Squires, J., D. Bricker, E. Twombly y L. Potter (2009). *Ages and stages questionnaire user's guide: A parent-completed child-monitoring system*. Baltimore: Brookes.
- Uruguay Crece Contigo (2012). <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22416/1/uruguay+crece+contigo+-+sintesis.pdf> (ultimo acceso: 19/12/2012)
- Urzúa S. y G. Veramendi (2011). "The Impact of Out-of-Home Childcare Centers on Early Childhood Development". *Research Department Publications 4723*, IADB
- Vilagut, G., M. Ferrer, L. Rajmil, P. Rebollo, G. Permanyer-Miralda, J. Quintana, y J. Alonso (2005). "El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos." *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-150

Anexos

Anexo 1. Mecanismo de selección de beneficiarios del programa Uruguay Crece Contigo

El criterio para la selección de beneficiarios se basa en la propuesta de Alkire y Foster (2011) para medir la pobreza desde una perspectiva multidimensional. De forma resumida este indicador exige definir las dimensiones que se consideran relevantes, para luego establecer un conjunto de umbrales que permite identificar a la población pobre. En esta etapa se define un umbral para cada una de estas dimensiones, lo que permita establecer en cada caso si la persona presenta o no carencias. Un segundo tipo de umbral es definido con el objetivo de establecer globalmente si la persona será considerada pobre o no. Este umbral es aplicado entre las distintas dimensiones y requiere definir el número de privaciones que serán consideradas suficientes para que la persona sea identificada como pobre. Una vez superada esta etapa se establece un criterio de agregación basada en un ajuste al índice FGT, lo que brinda distintas medidas de la pobreza multidimensional en la población considerada.

Los autores expresan esta medida con la siguiente notación. Si n representa el número de personas, y asumimos que $d \geq 2$ es el número de dimensiones que serán considerados, se define una matriz de resultados $y = [y_{ij}]$ de $n \times d$, con $i = 1, 2, \dots, n$ y $j = 1, 2, \dots, d$. La función que identifica si la persona es pobre en la dimensión d se expresa como $\rho: R_+^d \times R_{++}^d \rightarrow \{0, 1\}$ con $y_i \in R_+^d$, siendo z el umbral de pobreza expresado en R_{++}^d de tal manera que $\rho(y_i; z) = 1$ si la persona i es pobre y $\rho(y_i; z) = 0$ si la persona i no es pobre. Aplicando ρ para cada vector de resultados individuales se llega a que existen Z que son pobres en y dado z . Cuando los resultados son expresados en términos de privaciones se obtiene la matriz $g^0 = [g_{ij}^0]$, donde los elementos son definidos como $g_{ij}^0 = 1$ cuando $y_{ij} < z_j$ y $g_{ij}^0 = 0$ en otro caso. A partir de la matriz g^0 se puede construir un vector c que cuenta el número de privaciones sufridas por la persona i , $c_i = g_i^0 \vee$. Asimismo, para cualquier y , se define la matriz de brechas generalizadas, $g^1 = [g_{ij}^1]$, donde $g_{ij}^1 = g_{ij}^0 \cdot (z_j - y_{ij})/z_j$.

Esta medida, g_{ij}^1 , da cuenta de la magnitud en la cual la persona i esta privada en la dimensión j . En general es posible definir, para $\alpha > 0$, la matriz g^α como $(g^1)^\alpha$.

En términos de identificación el método más común es el de la *unión*, donde una persona es pobre en términos multidimensionales si la persona está privada en al menos una dimensión, $\rho(y_i; z) = 1$ si y solo si $c_i \geq 1$. Otro método que se ha implementado se denomina *intersección*, e identifica a la persona i como pobre si se encuentra privada en todas las dimensiones, $\rho(y_i; z) = 1$ si y solo si $c_i = d$. Un criterio intermedio implica definir $k = 1, 2, \dots, d$ e identificar $\rho_k(y_i; z) = 1$ cuando $c_i \geq k$ y $\rho_k(y_i; z) = 0$ cuando $c_i < k$. Es decir k es el número de privaciones necesarias para identificar a una persona como pobre, y naturalmente incluye como casos particulares a los métodos de la unión e intersección. Este método se denomina *doble umbral* pues incluye los umbrales k y z .

Finalmente, en términos de agregación, se utiliza la clase FGT a partir del método de identificación doble umbral. En primer lugar, se define $g^\alpha(k)$ desde la matriz obtenida de g^α . Se reemplaza la fila de g_{ij}^α por ceros cuando $\rho_k(y_i; z) = 0$, tal que $g_{ij}^\alpha(k) g_{ij}^\alpha \cdot \rho_k(y_i; z)$, quedando censurada la información de las personas no pobres. La pobreza multidimensional se obtiene a partir de la variable de resultados y del umbral, $M(y; z)$; en tanto la metodología de agregación viene dada por $M(\rho, M)$. Un ejemplo, el más común en la literatura, es el que considera el

porcentaje de personas que son pobres. En este caso se define la tasa de recuento como $H = H(y; z) = q/n$, donde $q = q(y; z) = \sum_{i=1}^n \rho_k(y_i, z)$ e indica el número de personas ubicadas en el conjunto Z_k , es decir el número de personas pobres identificadas usando el método de doble umbral. Incorporando el vector censurado de recuento de privaciones, $c_i(k) = c_i \cdot \rho_k(y_i; z)$, se obtiene la proporción de posibles privaciones experimentadas por una persona pobre i que surge de dividir el mencionado vector por el número de dimensiones, $c_i(k)/d$. Por tanto, la proporción media de privaciones entre los pobres viene dado por $A = c(k)/q \cdot d$. A partir de las definiciones anteriores se obtiene un primer índice multidimensional, el índice de recuento ajustado, que se expresa como $M_0 = H \cdot A = u(g^0(k))$.

Para avanzar en una medición que sea sensible a la profundidad de la pobreza se requiere definir la brecha de pobreza promedio entre todos los casos en que las personas están privadas, G . Esta brecha se define como $G = g^1(k) \vee \vee g^0(k) \vee$. A partir de esta definición se puede establecer un segundo índice de pobreza multidimensional, la brecha de pobreza ajustada, como $M_1 = H \cdot A \cdot G = u(g^1(k))$. Un nuevo índice podría construirse considerando la severidad promedio de las privaciones, $S = g^2(k) \vee \vee g^0(k) \vee$, tal que $M_2 = H \cdot A \cdot S = u(g^2(k))$. En términos generales es posible definir la clase FGT ajustada como $M_\alpha = u(g^\alpha(k))$.

En base a la metodología detallada se define el Índice de Carencias en Salud de los Niños (ICSAN). Este índice utiliza seis dimensiones para identificar las carencias en salud: la talla para la edad, el peso para la edad, el peso al nacer, las semanas de gestación, el número de controles médicos, y el VDRL. Los umbrales (z) utilizados se presentan en el Cuadro A.1 El índice se construye con un parámetro α que toma valor 1, es decir, se toma en cuenta la brecha que existe en cada dimensión. Finalmente se utiliza el método de la unión para identificar las privaciones multidimensionales, es decir $k = 1$.

Por último, cabe mencionar que se ha asumido que todas las dimensiones poseen igual importancia, es decir se asigna un peso igual a 1 a cada dimensión, $w_j = 1$. Si bien las ponderaciones podrían cambiar, en función de los juicios de valor que se tengan sobre la relevancia de cada privación, en este caso no se consideró necesario. Adicionalmente, para la identificación definitiva de los potenciales beneficiarios se va a corroborar que el nivel socio económico del hogar no supere el requerido en el Índice de Carencias Críticas (ICC) utilizado para seleccionar a los beneficiarios de las Asignaciones Familiares.

Cuadro A.1 – Umbrales de privación según dimensión

Dimensión	Umbral	
Talla para la edad (z-score)	< -1	
Peso para la edad (z-score)	< -1	
Semanas de gestación	< 38	
Peso al nacer (en gramos)	< 2500	
VDRL	Positivo	
Número de controles (según meses)	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6-7	6
	8-9	7
	10-11	8
	12-14	9
	15-17	10
	18-20	11

Anexo 2. Cuadros y Regresiones

Cuadro A.2 - Preguntas incluidas en la dimensión cooperación parental. Impacto de UCC.
MC2E

	(1a)	(1b)	(1c)
¿Cuándo ambos padres toman las decisiones, se ponen de acuerdo? (1=Casi			
ITT	-0,004 [0,042]	0,024 [0,052]	-0,002 [0,062]
ITT*edad		-0,056 [0,068]	
ITT*sexo			-0,003 [0,070]
¿Cómo siente que es la ayuda que recibe en la crianza de ...? (1=Mucha)			
ITT	0,027 [0,048]	0,113** [0,055]	0,016 [0,070]
ITT*edad		-0,173** [0,075]	
ITT*sexo			0,018 [0,079]
Obs.	450	450	450

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.3 - Preguntas incluidas en la dimensión participación parental. Efecto de UCC
¿Quién toma las decisiones en relación a la/los...? MC2E

	Educación (1=50%/50%)	Salud (1=50%/50%)	Hábitos (comer, sueño, Baño, etc.) (1=50%/50%)	Límites (disciplina, normas) (1=50%/50%)
(a) General				
ITT	-0,023 [0,053]	0,012 [0,052]	0,075 [0,055]	-0,050 [0,054]
(b) Según edad del				
ITT	-0,016 [0,068]	0,026 [0,066]	0,103 [0,069]	-0,097 [0,070]
ITT*edad	-0,014 [0,085]	-0,028 [0,083]	-0,056 [0,087]	0,094 [0,087]
(c) Según sexo del niño				
ITT	0,010 [0,076]	0,047 [0,074]	0,103 [0,079]	-0,005 [0,077]
ITT*sexo	-0,052 [0,088]	-0,055 [0,085]	-0,046 [0,090]	-0,073 [0,089]
Obs.	461	461	461	461

Se considera exclusivamente hogares donde residen ambos padres

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.4 - Preguntas incorporadas en las distintas dimensiones de las prácticas de crianza*(a) Contexto afectivo de la crianza*

¿Acostumbra cantarle canciones...?

¿Acostumbra enseñarle juegos a ...?

¿Acostumbra contarle cuentos que usted conoce o que usted inventa a...?

(b) Interacciones sociales

Para lo único que les sirve a los niños estar con otros niños es para aprender a pelear

Si el niño todavía no habla es imposible saber lo que quiere

Aunque sean muy chiquitos estar con otros niños los ayuda a crecer mejor

El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) “tiene mañas”

(c) Autonomía

Los bebés que tocan todo no son malcriados, están aprendiendo

Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara

(d) Límites y reglas cotidianas

Querer más a un hijo es dejarlo hacer cualquier cosa (1=Si)

Para que los niños coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora

Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coma

,, Duerme siempre solo en su cama

(e) Control de conducta autoritario

Muchas veces los caprichos de los niños “sacan de las casillas” y se termina pegándoles y gritándoles

A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos no hay más remedio que pegarles

A los hijos una “buena paliza” de vez en cuando les hace bien

(f) Control de conducta habilitante

Para que a los niños se les vayan las “mañas” hay que dejarlos llorar hasta que se cansen

Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen

Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos sin prestarles mucha atención

Cuadro A.5 - Preguntas incluidas en la dimensión contexto afectivo de la crianza. Impacto de UCC. MC2E**¿Acostumbra...****... cantarle canciones? (1=Si)**

ITT	-0,023 [0,034]	-0,004 [0,042]	0,025 [0,044]
ITT*edad		-0,036 [0,055]	
ITT*sexo			-0,080 [0,055]

... enseñarle juegos a? (1=Si)

ITT	-0,016 [0,028]	0,020 [0,032]	-0,011 [0,039]
ITT*edad		-0,071 [0,045]	
ITT*sexo			-0,009 [0,046]

... contarle cuentos que usted conoce o que usted

ITT	0,001 [0,038]	-0,005 [0,048]	0,053 [0,051]
ITT*edad		0,012 [0,061]	
ITT*sexo			-0,089 [0,061]

Obs. 777 777 777

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.6 - Preguntas incluidas en la dimensión interacciones sociales. Impacto de UCC. MC2E

Para lo único que les sirve a los niños estar con otros niños es para aprender a pelear (1=Si)			
ITT	0,009 [0,021]	0,023 [0,024]	-0,013 [0,032]
ITT*edad		-0,026 [0,033]	
ITT*sexo			0,038 [0,035]
Si el niño todavía no habla es imposible saber lo que quiere (1=No)			
ITT	0,002 [0,038]	0,025 [0,047]	0,017 [0,053]
ITT*edad		-0,045 [0,061]	
ITT*sexo			-0,024 [0,062]
Aunque sean muy chiquitos estar con otros niños los ayuda a crecer mejor (1=Si)			
ITT	0,015 [0,015]	0,026* [0,016]	-0,005 [0,025]
ITT*edad		-0,021 [0,022]	
ITT*sexo			0,035 [0,025]
El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) “tiene mañas” (1=No)			
ITT	0,010 [0,040]	-0,009 [0,052]	-0,062 [0,058]
ITT*edad		0,038 [0,065]	
ITT*sexo			0,123* [0,066]

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.7 - Preguntas incluidas en la dimensión autonomía, Impacto de UCC. MC2E

Los bebés que tocan todo no son malcriados, están aprendiendo (1=Si)			
ITT	0,075*** [0,027]	0,076** [0,032]	0,111*** [0,031]
ITT*edad		-0,001 [0,039]	
ITT*sexo			-0,062* [0,037]
Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara (1=Si)			
ITT	-0,045** [0,021]	-0,061** [0,030]	-0,056* [0,032]
ITT*edad		0,032 [0,038]	
ITT*sexo			0,020 [0,039]

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.8 - Preguntas incluidas en la dimensión control de conducta – autoritario. Impacto de UCC. MC2E

Muchas veces los caprichos de los niños “sacan de las casillas” y se			
ITT	0,086** [0,043]	0,015 [0,054]	0,066 [0,060]
ITT*edad		0,138** [0,070]	
ITT*sexo			0,034 [0,071]
A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos no hay más remedio			
ITT	-0,013 [0,030]	-0,035 [0,035]	-0,023 [0,040]
ITT*edad		0,043 [0,047]	
ITT*sexo			0,016 [0,048]
A los hijos una “buena paliza” de vez en cuando les hace bien (1=Si)			
ITT	-0,016 [0,032]	-0,023 [0,040]	-0,005 [0,045]
ITT*edad		0,014 [0,051]	
ITT*sexo			-0,019 [0,052]

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.9 - Preguntas incluidas en la dimensión control de conducta – habitante. Impacto de UCC. MC2E**Para que a los niños se les vayan las “mañas” hay que dejarlos llorar hasta que se cansen (1=No)**

ITT	0,037 [0,044]	0,015 [0,056]	0,027 [0,062]
ITT*edad		0,043 [0,071]	
ITT*sexo			0,018 [0,072]

Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen (1=Si)

ITT	-0,070* [0,038]	-0,019 [0,046]	-0,048 [0,052]
ITT*edad		-0,100 [0,062]	
ITT*sexo			-0,037 [0,063]

Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos sin prestarles mucha atención (1=Si)

ITT	0,040 [0,032]	0,003 [0,043]	0,061 [0,043]
ITT*edad		0,072 [0,050]	
ITT*sexo			-0,037 [0,050]

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.10 - Preguntas incluidas en la dimensión límites y reglas cotidianas. Impacto de UCC. MC2E

Querer más a un hijo es dejarlo hacer cualquier cosa (1=Si)			
ITT	0,006 [0,018]	0,031 [0,027]	0,021 [0,028]
ITT*edad		-0,048 [0,030]	
ITT*sexo			-0,026 [0,032]
Para que los niños coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora (1=Si)			
ITT	-0,013 [0,040]	0,018 [0,052]	-0,027 [0,056]
ITT*edad		-0,062 [0,065]	
ITT*sexo			0,024 [0,066]
Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coma (1=No)			
ITT	-0,113*** [0,042]	-0,130** [0,054]	-0,170*** [0,061]
ITT*edad		0,032 [0,069]	
ITT*sexo			0,096 [0,071]
... Duerme siempre solo en su cama (1=No)			
ITT	-0,089** [0,044]	-0,027 [0,054]	-0,152** [0,062]
ITT*edad		-0,121* [0,071]	
ITT*sexo			0,108 [0,072]

Fuente: elaborado en base a ENPI

Cuadro A.11a ¿Cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas? Cuestionario SF-36 – Preguntas de escala de salud mental. Efecto de UCC - ITT

	MCO	MC2E
¿Estuvo muy nerviosa?	-0,213* [0,118]	-0,249* [0,138]
¿Se sintió bajoneada?	-0,182* [0,110]	-0,213* [0,128]
¿Se sintió calmada y tranquila?	0,045 [0,113]	0,053 [0,131]
¿Se sintió desanimada y triste?	-0,079 [0,103]	-0,093 [0,120]
¿Se sintió feliz?	-0,118 [0,107]	-0,138 [0,125]

Fuente: elaborado en base a ENPI.

Cuadro A.11b ¿Cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas? Cuestionario SF-36 – Preguntas de escala de vitalidad. Efecto de UCC - ITT

	MCO	MC2E - ITT
¿Se sintió llena de vitalidad?	-0,173 [0,114]	-0,202 [0,133]
¿Tuvo mucha energía?	-0,125 [0,122]	-0,147 [0,142]
¿Se sintió agotada?	-0,208* [0,118]	-0,243* [0,137]
¿Se sintió cansada?	-0,259** [0,113]	-0,303** [0,132]

Otros controles: Nivel educativo y edad del entrevistado, sexo y edad del niño. El puntaje máximo en la escala vitalidad es 400 y en salud mental es 500. Los entrevistados responden en una escala donde 1 indica nunca y 6 siempre

Fuente: elaborado en base a ENPI

Anexo 3. Ficha técnica de ENPI

Cecilia Toledo

(jefa del relevamiento de campo)

Introducción

El relevamiento consistió en registrar el peso y la altura del niño menor de 2 años y recabar información sobre las características sociodemográficas del hogar, la alimentación, la salud, educación entre otros temas. También se realizaron evaluaciones de los niños en las áreas físicas, del desarrollo y socioemocionales, y se tomaron muestras de sangre a nivel capilar para la medición de hemoglobina en sangre.

Este proyecto se caracterizó por tener dos momentos diferentes para el relevamiento de la información. Un primer relevamiento en el año 2013 (OLA 1) y un segundo relevamiento en el año 2015 (OLA 2). En este anexo se indicarán las especificidades de cada uno de los relevamientos.

Universo y cobertura geográfica - Hogares particulares, donde residen niños de 0 a 3 años y 11 meses de edad, ubicados en localidades urbanas mayores a 5.000 habitantes.

Unidad de análisis - La población objetivo del estudio la constituyen niños(as) que han nacido al 1 de octubre del 2013 (niños menores de 2 años) residentes de localidades urbanas y rurales de 9 departamentos del país.

Principales fenómenos a estudiar - Características socioeconómicas y demográfica de los hogares. acceso a prestaciones sociales, seguridad alimentaria, estado nutricional mediante antropometría, prácticas de lactancia y alimentación del niño, valoración del desarrollo infantil del niño, prácticas de crianza en el hogar, salud de la mujer y salud sexual y reproductiva (planificación del embarazo y control del embarazo), acceso y utilización de los servicios de salud y acceso a servicios de educación preescolar.

Herramientas utilizadas

- I. Formulario cerrado dirigido a la madre o tutor del niño.
- II. Antropometría de niños menores de 2 años
- III. Test de sicomotricidad ASQ – 3 ASQ – SE
- IV. Sistema de examen, HB - Hemoglobina (mediante punción).

Licencias de uso de pruebas Psicométricas

Se utilizaron los siguientes instrumentos de tamizaje de desarrollo infantil poblacional.

- a. *Ages and Stages Questionnaires Third Edition-ASQ:3* (Squires *et al.* 2009).
- b. *Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional-(ASQ: SE)* (Squires *et al.* 2002).

Consentimiento informado para la realización de Antropometría y medición hemoglobina

El consentimiento enmarca la entrevista e indica que:

- I. La participación es voluntaria y que no hay remuneración a cambio de la misma.
- II. Que acepta que: un estudiante del área de la salud aplique evaluaciones del desarrollo y socioemocionales al niño/a a cargo, y que se le realicen mediciones de peso y talla, como así mismo tome mediciones de hemoglobina en sangre. La persona firma indicando que ha recibido una detallada explicación sobre:
1. Propósito de la Encuesta sobre Situación de la Primera Infancia,
 2. Las alternativas de aceptar y de retirarse libremente en cualquier momento,
 3. Los beneficios y derechos a privacidad y confidencialidad,
 4. Que la información sólo será usada para investigación y para informes estadísticos,
 5. Que puede evacuar las dudas o inquietudes llamando a las personas responsables,

Diseño muestral

El marco muestral de la Encuesta Nacional de Primera Infancia fue el certificado de nacido vivo, del cual se obtuvo un total de 1337 niños menores de 2 años. A priori no se tenía a disposición toda la información necesaria de contacto. Previo a la selección final, equipos de cercanías de UCC visitaron las policlínicas y centros de salud para completar la información necesaria de los niños.

En el Cuadro A.12 se presenta la distribución geográfica de los 1337 casos relevados en los 9 departamentos.

Cuadro A.12 - Lugares geográficos de recolección de datos

Casos y departamentos de la Base		
	Frecuencia	%
COLONIA	173	13
DURAZNO	232	17
FLORES	90	7
FLORIDA	76	6
LAVALLEJA	151	11
RIO NEGRO	232	17
ROCHA	136	10
SORIANO	67	5
TREINTA Y	180	13
Total	1337	100

En total se visitaron 112 localidades, las cuales se indican en el Cuadro A.13.

Cuadro A.13 – Localidades visitadas para la recolección de datos

Departamento	Localidad	Departamento	Localidad
Colonia	AGRACIADA	Lavalleja	AIGUA
	BALNEARIO ZARARAZU		J. BATLLE Y ORDOÑEZ
	CAMPANA		JOSE PEDRO VARELA
	CARMELO		MARISCALA
	COLONIA		MINAS
	COLONIA VALDENSE		OTRO
	CONCHILLAS		PIRARAJA
	FLORENCIO SANCHEZ		POBLADO ARAMENDIA
	JUAN LACAZE		RURAL
	NUEVA HELVECIA		VARELA
	NUEVA PALMIRA		VILLA DEL ROSARIO
	OMBUES DE LAVALLE		ALGORTA
	ROSARIO		BELLACO
	SEMILLERO		FRAY BENTOS
TARARIRAS	GRECCO		
Durazno	25 DE AGOSTO	Río Negro	LOS ARRAYANES
	25 DE MAYO		NUEVO BERLÍN
	BAYGORRIA		OTRO
	BLANQUILLO		PASO DE LOS MELLIZOS
	CAPILLA DEL SAUCE		RIO NEGRO (sin localidad)
	CARDAL		SAN JAVIER
	CARLOS REYLES		YOUNG
	CARMEN		ARACHANIA
	CASUPA		BARRA DE VALIZAS
	CENTENARIO		CASTILLOS
	CERRO CHATO		CEBOLLATI
	DURAZNO		CHUY
	FELICIANO		LA PALOMA
	FLORIDA		LASCANO
J. BATLLE Y ORDOÑEZ	PUNTA DEL DIABLO		
LA PALOMA	ROCHA		
SAN JORGE	RURAL		
SANTA BERNARDINA	SAN LUIS AL MEDIO		
SARANDI DEL YI	AGRACIADA		
SARANDI GRANDE	CARDONA		
Flores	ANDRESITO	Soriano	DOLORES
	CERRO COLORADO		DURAZNO (mudanza)
	COMEFLO		EGAÑA
	ISMAEL CORTINAS		JOSE ENRIQUE RODO
	LA CASILLA		MERCEDES
	RURAL		PALMITAS
	TRINIDAD		RISSO
Florida	25 DE MAYO	Treinta y Tres	RURAL
	BERRONDO		VILLA DARWIN
	CAPILLA DEL SAUCE		VILLA SORIANO
	CASUPA		ARROZAL TREINTA Y TRES
	CERRO COLORADO		ARROZAL ZAPATA
	COLONIA (mudanza)		CERRO CHATO
	FLORIDA		GRAL. ENRIQUE MARTINEZ
	MENDOZA		ISLA PATRULLA
	NICO PEREZ		LA CHARQUEADA
	REBOLEDO		MENDIZABAL
SARANDI GRANDE	SANTA CLARA DE OLIMAR		
	TREINTA Y TRES		
	VALENTINES		
	VERGARA		
	VILLA SARA		

Período de relevamiento

- I. **Primera OLA:** 11 de octubre del 2013 al 30 de abril del 2014. Entre enero y abril del 2014 fue marginal la recolección de datos.
- II. **Segunda OLA:** 27 de abril del 2015 al 30 de julio del 2015.

Tasa de respuesta

- I. **OLA 1:** el tamaño de muestra efectivo fue de 896 casos lo que representa una tasa de respuesta del 67,0%.

Las causales de no contacto se distribuyen de la siguiente manera:

1. Rechazo: 5%
 2. Inubicable: 14,7%
- II. **OLA 2:** el tamaño de muestra efectivo fue de 795 casos lo que representa una tasa de respuesta del 89% de los casos relevados en la OLA 1.
 1. Rechazo: 4%
 2. Inubicable: 8%

Recolección de datos

Se realiza un cuestionario personal, aplicado por estudiantes o profesionales, a través de formularios papel. Estudiantes del área social y estudiantes o egresados del área de la salud. Es necesario para la entrevista que se encuentre en el hogar, además de la persona a entrevistar, el niño referente para la encuesta para la realización de la entrevista, test y hemoglobina. En la primera ola se realizaron desembarcos en grupos en los departamentos, en la OLA 2 fueron asignados encuestadores específicos a cada caso o departamento.

Proceso de selección del personal de campo encuestadores y extraccioncita

I. Primera ola

Se convocó a dos tipos de entrevistadores:

Encuestadores-Críticos-Digitadores: estudiantes universitarios a participar como encuestadores, críticos y digitadores en una Encuesta Nacional de Primera infancia. El trabajo se realizará en los fines de semana durante los meses de octubre y noviembre. En el caso de los encuestadores, se requiere disponibilidad para viajar a los departamentos de Colonia, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Rocha, Río Negro, Soriano y Treinta y Tres.

Encuestadores con especialización en el área de la salud: estudiantes del área de la salud para medir el contenido de hierro en sangre con lanceta y tomar medidas antropométricas en una Encuesta Nacional de Primera infancia. Se requiere disponibilidad para viajar a los departamentos de Colonia, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Rocha, Río Negro, Soriano y Treinta y Tres. El trabajo se realizará en los fines de semana durante los meses de octubre y noviembre. Los encuestadores salieron en equipo a campo con un supervisor.

Supervisores: Lucía Núñez; Verónica Segarra; Alejandro Neguerella; Israel Falcón; y Nicolás Yelpe

Encuestadores y Extraccionistas: Alejandra Acosta Gonzalez; Alejandro Neguerella; Ana Paula Buzzalino; AndresMuniz; Carla Sosa; Cecilia Agüero; Cecilia Diaz; Clarisa Lacuesta; Diana Mariño; Enzo Figueira; Estefani Machado; Estela Martinez; Esther Marin Jimenez; Fabiana Masetti; Fabiano Campbell; Fernando Olivera; Florencia Maso; Gabriela Gonda; Gabriela Marin; Gabriela Rodriguez; Gonzalo Rezk; Leticia Martinez; Lourdes Vega; Lucia Jaunarena; Lucia Lucero; Lucia Maldonado; Luciana Mesa; Maria Andrea Lado; Maria Jose Abisab; Martin Cajal; Matias Campanella; Matilde Toledo; Melisa Velez; Mercedes Santiñaque; Micaela Ziliani; Nabila Greco; Nadia Lima; Nadia Silvestre; Romina Ituarte; Sabrina Alvarez; Santiago Moreira; Santiago Ocaño; Silvana Gomez; Silvana Reyes; Susana Duran; Unai Aguado; Veronica Benitez; Veronica Segarra; Victor Agüero; Victoria Balao; Victoria Hernandez; Ximena Villaró; Yael Catan

II. Segunda ola

Se cambia la estrategia y se convoca a estudiantes y egresados del área de la salud que realizaría la encuesta, la extracción y la antropometría en un mismo momento, no se sale los fines de semana, sino que ellos coordinan la entrevista con el hogar.

Supervisor: Lucía Núñez

Encuestadores y Extraccionistas: Eva Alejandra Giménez; Katherine Sampson; Lujan Martínez; María Victoria Hernández; Mercedes Santiñaque; Silvia Leticia Cedres; Tamara Martínez; Yenifer Natali Salbarrey

Los encuestadores que no tienen un departamento asignado rotaron por el resto de los departamentos de la muestra.

Estrategia de recolección de datos

I. **Primera OLA.** El procedimiento para la recolección de datos a lo largo del periodo consta de dos etapas que se realizan contemporáneamente: una encuesta sociodemográfica a los hogares seguido por aplicaciones de instrumentos antropométricos, test de evaluación del desarrollo infantil y extracción de sangre para el análisis de hemoglobina para los(as) niños(as) menores de 2 años.

El primer contacto con el hogar de los(as) niños(as) seleccionados lo establece el encuestador, quien realiza la encuesta sociodemográfica. Una vez logrado el contacto y realizada la encuesta a la madre o tutor de los niños y niñas a evaluar, se le entrega al mismo un consentimiento para que apruebe que otro integrante del equipo pueda pasar a realizar la segunda etapa de la evaluación, es decir las mediciones detalladas anteriormente.

El encuestador indicó al que asistirá al hogar un(a) enfermero (extraccionista) a realizar esta segunda parte, siendo el personal capacitado para dicha tarea. Los resultados de estas entrevistas serán procesados estadísticamente salvaguardando la identidad del hogar y del niño por lo que nunca figurarán datos personales.

II. **Segunda OLA.** El mismo encuestador que realizó la entrevista de perfil sociodemográfico, realizó los test, la antropometría y la extracción.

Instrumento de Recolección de datos: Formularios papel en ambas olas.

Instrumento de Ingreso de datos: En Epi Data Entry. Es un software libre de ingreso y documentación de datos. El tipo de entrada y programación se encarga de formas simples o sistemas relacionados de documentación y funciones de detección de errores.

Bases

Los productos de la Encuesta de Primera Infancia:

- I. BASE ENTREVISTADA y NIÑOS,
- II. BASE ANTROPOMETRIA,
- III. BASES ASQ:3,
- IV. BASES ASQ:SE,
- V. BASE PERSONAS (*SOLO SEGUNDA OLA*)

Fusión de bases

- I. *Entrevistados y niños* se fusiona con ASQ:3. Variable clave para la fusión “NFORM” y “N4=nper niño”.
- II. *Entrevistados y niños* se fusiona con ASQ:SE. Variable clave para la fusión “NFORM” y “N4=nper niño”.
- III. *Entrevistados y niños* se fusiona con ANTROPOMETRIA. Variable clave para la fusión “NFORM” y “N4=nper”
- IV. *Base personas*

INSTITUTO DE ECONOMÍA

Serie Documentos de Trabajo

Diciembre, 2017

DT 15/2017



Instituto de Economía

Facultad de Ciencias Económicas y de Administración
Universidad de la República - Uruguay