

Boletín resumen de la evaluación de la expansión de la estrategia nacional de atención integral a la primera infancia “De Cero a Siempre”¹



1. Introducción

Los primeros cinco años de vida han sido identificados como un período crítico para el desarrollo de todas las habilidades del ser humano. Por esta razón, es de vital importancia un mayor análisis de la efectividad de los programas de atención a la primera infancia a gran escala sobre el desarrollo temprano de los niños debido al efecto positivo que este tipo de políticas puede tener sobre la pobreza y la desigualdad en los países en desarrollo. En línea con lo anterior, muchos de los países en desarrollo han ofrecido servicios comunitarios (o tradicionales) de cuidado para niños en casas de familia como iniciativas para la impulsar la participación laboral femenina y promover el desarrollo infantil temprano. Asimismo, algunos países han implementado recientemente estrategias con un mayor énfasis en el contenido pedagógico de los programas de atención a los niños y niñas más pequeños.

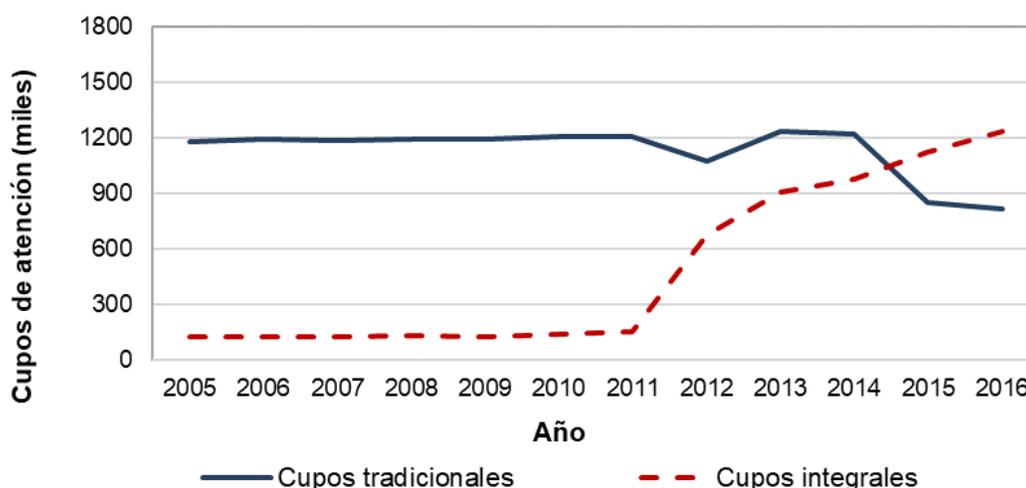
En Colombia más de la mitad de la atención a primera infancia es tradicional, la cual es provista a través de pequeñas guarderías comunitarias (como los hogares comunitarios de bienestar) que están ubicadas en casas de mujeres en las comunidades que atienden, que se caracterizan por ser socioeconómicamente vulnerables. En el 2011 se lanzó la

¹ Resumen del documento CEDE No.40 de 2018: *Improving childcare quality at scale: the effects of “From Zero to Forever”*, realizado por Raquel Bernal y Sara María Ramírez.

estrategia nacional de atención integral a la primera infancia denominada “De Cero a Siempre” (DCAS) que tiene como objetivo promover el acceso a la atención integral a la primera infancia y mejorar la calidad de los servicios existentes para atender los niños menores de 5 años en condición de vulnerabilidad socioeconómica. La atención integral se entiende como un servicio que ofrece concurrentemente atenciones en cuidado, salud y nutrición, educación temprana, recreación, y protección de los derechos de los niños y niñas.

Desde el lanzamiento de DCAS se empezó a llevar a cabo la transición de atención tradicional (particularmente en hogares comunitarios de bienestar) a la atención integral, en su gran mayoría a través de centros de educación inicial (Ver gráfica 1). La teoría de cambio de la estrategia DCAS está en línea con el desarrollo holístico de los niños² según la cual es fundamental que los servicios integrales a la primera infancia promuevan el desarrollo desde la nutrición, la salud, el cuidado y la educación temprana de manera concurrente.

Gráfica 1. Oferta de cupos de atención a la primera infancia por tipo de atención



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Registros administrativos.

El estudio presentado en este Boletín, se basa en datos de la Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA), para evaluar los efectos de corto (2013) y mediano plazo (2016) de la expansión gradual de cupos de atención integral asociada a la introducción de la estrategia DCAS a partir de 2011, sobre el desarrollo nutricional, de lenguaje y socioemocional de los niños y niñas elegibles para participar en la estrategia. Para esto, se tiene en cuenta la expansión acelerada de cupos de atención integral que tuvo lugar entre 2011 y 2013. La estrategia de identificación de los efectos de interés se basa en las diferencias en el crecimiento de cupos de atención integral entre 2011 y 2013 a través de municipios del país y entre diferentes cohortes de niños y niñas durante el período de análisis. Con este objetivo, se estima una especificación de diferencias en diferencias.

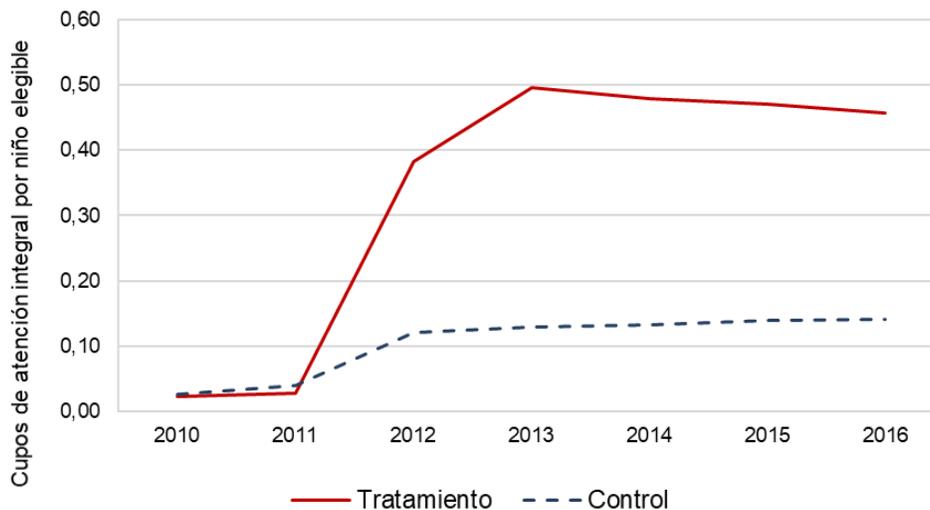
2. Metodología y resultados

Para observar el efecto de la expansión de cupos de atención integral a la primera infancia asociado con la introducción de DCAS se utiliza la metodología de diferencias en diferencias siguiendo la metodología presentada en Havens y Mogstad (2011). La evaluación utiliza los datos de la muestra urbana de la ELCA debido a su representatividad a nivel nacional. En el modelo se comparan las variables de resultado (que corresponden a diferentes medidas del desarrollo temprano de los niños elegibles de 0 a 5 años de edad) entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, antes y después del lanzamiento de la estrategia DCAS. Las medidas de desarrollo infantil temprano utilizadas en el estudio son: 1) el estado nutricional de los niños con base en indicadores de peso y talla, 2) vocabulario receptivo con base en la Prueba de Vocabulario de Imágenes Visuales Peabody (TVIP), y 3) desarrollo socioemocional para el cual se utilizó el cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ).

Un niño o niña de la muestra pertenece al grupo de tratamiento si el crecimiento en el número de cupos de atención integral por niño elegible³ entre 2011 y 2013 en el municipio en que el niño reside se encuentra por encima de la mediana nacional de esa tasa de crecimiento. De la misma manera, un niño o niña pertenece al grupo de control si el crecimiento en el número de cupos de atención integral durante el mismo período en el municipio en que es inferior a la mediana nacional.

² El desarrollo holístico temprano comprende el crecimiento físico, desarrollo cognitivo, y las características de lenguaje y socioemocionales

³ Un niño o niña es elegible para la estrategia DCAS según su edad y su nivel de pobreza (medido con base en el puntaje SISBEN).

Gráfica 2. Número promedio de cupos integrales por municipio de tratamiento y control

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Registros administrativos.

La diferencia en las tasas de crecimiento de cupos de atención integral a través de municipios provee una manera de clasificar a los niños en los grupos de tratamiento y control. Sin embargo, dado que la estrategia DCAS se introdujo inicialmente con base en un criterio de priorización de municipios más vulnerables, los niños y niñas del grupo de tratamiento son sistemáticamente diferentes a los niños y niñas del grupo de control debido a que los municipios priorizados por DCAS tenían mayores niveles de pobreza y por tanto, los niños difieren en sus niveles de desarrollo temprano aún antes de la introducción de DCAS.

La estrategia de diferencias en diferencias provee una manera de corregir por esas diferencias preexistentes entre niños y niñas del grupo de tratamiento y niños y niñas del grupo de control. Con este objetivo, se utiliza la diferencia entre niños y niñas en municipios de tratamiento y control antes de la introducción de DCAS para obtener un estimador insesgado del impacto de la introducción de DCAS. Para ello, se definen tres cohortes de niños. Primero, los niños que nacieron entre 2009 y 2011 estuvieron expuestos a la estrategia DCAS durante todo el período comprendido entre 2011 y 2013 debido a que siempre fueron menores de 5 años de edad. A esta cohorte le denominamos post-reforma. Segundo, los niños que nacieron entre el 2007 y el 2008 solo estuvieron expuestos a una parte de la expansión de cupos integrales ocurrida entre 2011 y 2013 debido a que crecieron por encima de los 5 años de edad durante este período. A este grupo se le denomina cohorte parcial. Por último, los niños que nacieron entre el 2004 y 2006 no tuvieron acceso a la expansión de la estrategia porque ya eran mayores de 5 años de edad en 2011 y se denominan cohortes pre-reforma.

El modelo evalúa entonces las diferencias en desarrollo temprano entre niños en municipios de tratamiento y control, en cohortes post-reforma con respecto a cohortes pre-reforma y cohortes parciales. El supuesto indispensable en el modelo de diferencias en diferencias es el de tendencias paralelas, es decir, que la evolución del desarrollo temprano de niños y niñas en los municipios de tratamiento y los municipios de control debería ser idéntica en ausencia de DCAS. Este supuesto no se puede comprobar fácilmente en los datos, pero el estudio presenta una variedad de ejercicios de robustez para mostrar que este supuesto es plausible en la muestra de estudio.

La estimación se hace por mínimos cuadrados ordinarios en la muestra de niños y niñas nacidos entre el 2004 y 2010, y que además son elegibles para los programas DCAS de acuerdo a su puntaje SISBEN.⁴ El tamaño de la muestra de estudio en ELCA (2013) es de 2.356 niños con puntajes de TVIP y 1.575 niños elegibles por ingreso.⁵ En ELCA (2016), la muestra está compuesta por 2.063 niños con puntajes de TVIP y SDQ, y 1.903 niños con medidas antropométricas. En cuanto a los niños elegibles por ingreso son 1.353 y 1.220 respectivamente.

Como resultado de la definición de la variable de tratamiento, esta estimación sólo identifica el efecto de la intención de tratamiento (ITT) para todos los niños de la cohorte post-reforma que residían en un municipio de tratamiento, ya que no es posible establecer si los niños fueron efectivamente atendidos por los cupos de atención integral introducidos por DCAS. Por esta razón, se presenta también un estimador del efecto de la intervención sobre los tratados (TOT), el cual

⁴ El umbral de elegibilidad en área urbana es un puntaje de SISBEN de 56.32

⁵ En ELCA (2013) no es posible construir medidas de estado nutricional ni de desarrollo socioemocional para las tres cohortes (pre, parcial y post). Por esta razón, los efectos de corto plazo se miden únicamente con base en el vocabulario receptivo de los niños y niñas.

corresponde al efecto de exposición efectiva a cupos de atención integral para los niños de cohorte post-reforma que residen en municipios de tratamiento. El TOT corresponde al efecto ITT ajustado por la probabilidad de ser tratado (de ingresar al programa).⁶

En la tabla 1 se muestran los principales resultados. En el panel A se presentan los resultados del impacto de la expansión de la estrategia DCAS en el corto plazo (2013). Se observa que el efecto sobre vocabulario receptivo de los niños y niñas de la expansión acelerada de cupos de atención integral entre 2011 y 2013 es de 0,35 desviaciones estándar y el efecto TOT es de 1,5 desviaciones estándar. Lo que quiere decir que la reducción de la brecha socioeconómica de desarrollo temprano entre los niños pobres y ricos es cercana al 35%. En el panel B los efectos de la expansión DCAS en el mediano plazo (2016). Para el vocabulario receptivo el efecto es positivo y significativo (de 0,24 desviaciones estándar), pero los resultados no son robustos a la inclusión o exclusión de una variedad de características sociodemográficas de los niños y sus hogares en la regresión. Hay efectos positivos, pero no son significativos en peso, talla y talla para la edad. Se observan efectos negativos para el índice de masa corporal -IMC y el desarrollo socioemocional medido con base en el SDQ.⁷

Tabla 1. Resultados principales

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	N=	TOT	ITT	EE ⁸ (ITT)	Media	Controles
Panel A. 2013						
Vocabulario receptivo (puntaje crudo)	1.575	24,15***	5,41***	(1,78)	67,14	No
	1.559	27,14***	6,08***	(1,89)		Si
Vocabulario receptivo (puntaje estandarizado)	1.575	1,56***	0,35***	(0,11)	-0,15	No
	1.559	1,79***	0,40***	(0,11)		Si
Panel B. 2016						
Vocabulario receptivo (puntaje crudo)	1.322	11,9	2,68	(1,8)	86,8	No
	1.299	15,95*	3,59*	(1,97)		Si
Vocabulario receptivo (puntaje estandarizado)	1.322	0,8	0,18	(0,12)	-0,03	No
	1.299	1,07*	0,24*	(0,14)		Si
Prueba de Fortalezas y Dificultades (puntaje crudo)	1.328	0,4	0,1	(0,82)	9,92	No
	1.305	1,6	0,36	(0,89)		Si
Prueba de Fortalezas y Dificultades (puntaje estandarizado)	1.328	0	0	(0,14)	0,02	No
	1.305	0,1	0,03	(0,15)		Si
Peso (Kg)	1.220	3,4	0,78	(0,66)	34,03	No
	1.202	4,9	1,11	(0,76)		Si
Talla (cm)	1.219	5,2	1,18	(0,87)	138,4	No
	1.201	7,1	1,6	(1,08)		Si
Puntaje Z de talla para la edad	1.219	0,8	0,19	(0,15)	-0,56	No
	1.201	1,2	0,27	(0,18)		Si
Puntaje Z de índice de Masa Corporal -IMC	1.219	-0,53	-0,12	(0,17)	0,09	No
	1.201	-0,36	-0,08	(0,18)		Si

Nota: Se utilizan controles de línea base (2010). Edad y edad al cuadrado del niño, sexo del niño, edad del padre y de la madre, escolaridad del padre y de la madre, tamaño del hogar, orden de nacimiento del niño en el hogar, indicador de migración entre 2011 y 2013, stock de cupos tradiciones entre 2011 y 2013 y efectos fijos del municipio. Los errores estándar aglomerados por municipio.

⁶ El umbral de elegibilidad en área urbana es un puntaje de SISBEN de 56.32

⁷ En ELCA (2013) no es posible construir medidas de estado nutricional ni de desarrollo socioemocional para las tres cohortes (pre, parcial y post). Por esta razón, los efectos de corto plazo se miden únicamente con base en el vocabulario receptivo de los niños y niñas. EE:

⁸ Error estándar.

Fuente: (Bernal y Ramírez, 2018).

3. Conclusiones

La evaluación da como resultado que inmediatamente después de la expansión acelerada de la estrategia DCAS que ocurrió entre 2011 y 2013 se da un mejoramiento sustancial en el vocabulario receptivo de los niños y niñas elegibles. Este efecto se mantiene cinco años después de la intervención, aunque más pequeño. Esto podría estar relacionado con la transición de los niños de cohortes post-reforma a primaria en el sector educativo formal en 2016 mas no aún en 2013. La mitigación del efecto sobre vocabulario entre 2013 y 2016 podría estar asociada con una asimetría en la calidad y objetivos de la educación inicial con respecto a la educación primaria. Asimismo, el estudio encuentra que hay impactos menos robustos en el estado nutricional de los niños y niñas. Estos resultados indican la viabilidad de programas efectivos de calidad a gran escala, aún si sugieren posibles ajustes para que los efectos observados sean sostenibles a través del tiempo, y algunos componentes se refuercen para lograr mejoras también en otras dimensiones del desarrollo temprano y no sólo en la dimensión cognitiva.

4. Bibliografía

Bernal, R. y Ramírez, S. (2018). *Improving childcare quality at scale: the effects of "From Zero to Forever"*. Documento CEDE No.40. Recuperado en, <https://economia.uniandes.edu.co/component/booklibrary/478/view/46/Documentos%20>

