



# **Programa de Desarrollo Infantil Temprano “Crecer Bien para Vivir Bien”**

**BO-L1064/ 2719/BL-BO**

## **Informe de Terminación de Proyecto (PCR)**

*Equipo de Proyecto Original: Julia Johannsen (SPH/CBO), Jefa de Equipo; Isabel Nieva (SCL/SPH), Patricia Jara (SCL/SPH); Florencia López Boo (SCL/SPH); Zoraida Argüelles (PDP/CBO); Roberto Laguado (PDP/CBO); Jorge Cossío (CAN/CBO); Javier Jiménez (LEG/SGO); y Sheyla Silveira (SCL/SPH).*

## ÍNDICE

Enlaces Electrónicos .....	ii
Enlaces Electrónicos Opcionales.....	ii
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. CRITERIOS CENTRALES. DESEMPEÑO DEL PROYECTO .....	1
2.1 Relevancia .....	1
a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país.....	1
b. Alineación estratégica .....	3
c. Relevancia de Diseño .....	3
2.2 Efectividad .....	2
a. Objetivos de Desarrollo del proyecto.....	2
b. Resultados Alcanzados.....	2
c. Análisis contrafactual .....	12
d. Resultados no anticipados .....	15
2.3 Eficiencia.....	15
2.4 Sostenibilidad.....	20
a. Aspectos Generales de Sostenibilidad .....	20
b. Salvaguardias Ambientales y Sociales.....	20
III. CRITERIOS NO CENTRALES.....	22
3.1 Desempeño del Banco .....	22
3.2 Desempeño del Prestatario .....	23
IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES.....	24

## Enlaces Electrónicos

1. [Resumen Matriz de Efectividad del Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión final del Reporte de Monitoreo de Progreso \(PMR\)](#)
3. [Lista de verificación PCR](#)

## Enlaces Electrónicos Opcionales

1. [Informe de análisis económico ex post](#)
2. [Informe de Evaluación de Impacto modalidad centros infantiles](#)
3. [Informe de Evaluación de impacto modalidad visitas domiciliarias](#)
4. [Informe Taller de cierre](#)
5. [Tabla de Supuestos de la Lógica Vertical del Programa](#)
6. [Cambio en sección de productos](#)
7. [Referencias bibliográficas](#)

## Acrónimos y Abreviaciones

A	(Meta) alcanzada
ACB	Análisis costo beneficio
ACE	Análisis costo efectividad
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASQ	Cuestionario Edades y Etapas (por sus siglas en inglés, Ages and Stages Questionnaire)
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CIS	Escala de Interacción del Cuidador (por sus siglas en inglés, Caregiver Interaction Scale)
CRF	Marco Corporativo de Resultados del Banco (por sus siglas en inglés, Corporate Results Framework)
DE	Desviación estándar
DGAA	Dirección General de Asuntos Administrativos
DGAJ	Dirección General de Asuntos Jurídicos
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
EE	Estipulaciones Especiales del Contrato
EOP	Meta al final del proyecto (por sus siglas en inglés, End-of-Project)
FPS	Fondo de Inversión Productiva y Social
GAD	Gobiernos Autónomos Departamentales
GAM	Gobiernos Autónomos Municipales
ITERS-R	Escala de Calificación del Ambiente para Infantes y Niños Pequeños, Edición Revisada (por sus siglas en inglés, Infant/Toddler Environment Rating Scale, Revised Edition)
MyE	Monitoreo y Evaluación
MPD	Ministerio de Planificación del Desarrollo
MR	Matriz de Resultados
MS	Ministerio de Salud
NG	Normas Generales del Contrato

ONG	Organización no-gubernamental
P	(Meta) planificada
PCR	Informe de terminación del proyecto (por sus siglas en inglés, Project Completion Report)
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
PMR	Informe de monitoreo del proyecto (por sus siglas en inglés, Project Monitoring Report)
POD	Propuesta Operativa de Desarrollo del proyecto (documento de diseño de la operación)
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SEDEGES	Servicios Departamentales de Gestión Social
UDIT	Unidad de Desarrollo Infantil Temprano

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

NÚMERO DE PROYECTO:	BO-L1064
TÍTULO:	PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO “CRECER BIEN PARA VIVIR BIEN”
INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO:	PRÉSTAMO DE INVERSIÓN
PAÍS:	BOLIVIA
PRESTATARIO:	ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
PRÉSTAMO:	2719/BL-BO
SECTOR/SUBSECTOR:	SALUD/DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO:	25-ABR-2012
FECHA DE EFECTIVIDAD CONTRATO DE PRÉSTAMO:	21-SEP-2012
FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO (PARCIAL):	18-DIC-2012
FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO (TOTAL):	27-MAR-2013
FECHA CO:	17-SEP-2019

### MONTO DEL PRÉSTAMO

MONTO ORIGINAL:	US\$20 MILLONES
MONTO ACTUAL:	US\$19,1 MILLONES
PARI PASSU:	N/A
COSTO TOTAL DEL PROYECTO:	US\$20,5 MILLONES

### MESES DE EJECUCIÓN

DESDE APROBACIÓN:	84 MESES
DESDE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO:	79 MESES

### PERIODOS DE DESEMBOLSO

FECHA ORIGINAL DE ÚLTIMO DESEMBOLSO:	21-SEP-2017
FECHA ACTUAL DE ÚLTIMO DESEMBOLSO:	21-JUL-2018
EXTENSIÓN ACUMULADA (MESES):	9
EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES):	0

### DESEMBOLSOS

MONTO TOTAL DE DESEMBOLSOS A LA FECHA: US\$19,1 MILLONES

### GRÁFICO DE DESEMBOLSOS





**REDIRECCIONAMIENTO. ESTE PROYECTO:**

¿RECIBIÓ FONDOS DE OTRO PROYECTO? No

¿ENVIÓ FONDOS A OTROS PROYECTO? No

**Calificaciones del desempeño del Proyecto en los PMR:**

No.	Fecha de PMR	Etapas de PMR	Calificación	Desembolsos reales (millones de USD)
1	Diciembre-2012	Elegibilidad	SATISFACTORIO	1,000,000.00
2	Diciembre-2013	Elegibilidad	ALERTA	1,000,000.00
3	Diciembre-2014	Elegibilidad	SATISFACTORIO	3,359,500.00
4	Diciembre-2015	Elegibilidad	SATISFACTORIO	6,359,500.00
5	Diciembre-2016	Elegibilidad	SATISFACTORIO	15,359,500.00
6	Diciembre-2017	95% desembolsado	SATISFACTORIO	19,342,993.15
7	Diciembre-2018	95% desembolsado	SATISFACTORIO	19,342,993.15
8	Cierre	Cierre	SATISFACTORIO	19,104,402.10

**METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO Ex Post:** ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Ex Post:** EVALUACIÓN DE IMPACTO – EXPERIMENTAL

**CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD EN EL DESARROLLO:** PARCIALMENTE EXITOSO

**PERSONAL DEL BANCO**

POSICIONES	EN PCR	EN LA APROBACIÓN
VICEPRESIDENTE VPS	ANA MARÍA RODRIGUEZ-ORTIZ	SANTIAGO LEVY
VICEPRESIDENTE VPC	ALEXANDRE MEIRA DA ROSA	ROBERTO VELLUTINI
GERENTE DE PAÍS	RAFAEL DE LA CRUZ	ALICIA RITCHIE
GERENTE SECTORIAL	MARCELO CABROL	KEI KAWABATA
JEFE DE DIVISIÓN	FERDINANDO REGALIA	FERDINANDO REGALIA
REPRESENTANTE DE PAÍS	ALEJANDRO MELANDRI	BAUDOUIN DUQUESNE
JEFE DE EQUIPO DEL PROYECTO	JULIA JOHANNSEN	JULIA JOHANNSEN
JEFE DE EQUIPO DEL PCR	JULIA JOHANNSEN	JULIA JOHANNSEN

Tiempo y Costo (directo) del personal

Ciclo de proyecto de etapa	# de semanas de personal	USD (incluidos los gastos de viaje y asesoría)
<b>Preparación</b>	6.68	155.396 (Sólo consultores con BO-T1114
<b>Supervisión</b>	198.67	302.867
<b>Total</b>	205.35	<b>Total</b>

DECLARACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO / PROGRAMA:

Esta operación tiene por objetivo contribuir a mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niños y niñas bolivianos. Los objetivos específicos son: (i) Ampliar el acceso de servicios de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) para niños menores de cuatro años en municipios priorizados; y (ii) Mejorar la calidad de los servicios de DIT existentes para niños menos de cuatro años en municipios priorizados.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Si bien Bolivia alcanzó mejoras importantes en indicadores de desarrollo infantil en la última década, existen todavía grandes necesidades y desafíos en el ámbito del desarrollo de la primera infancia, en particular de la población más vulnerable. A 2008, Bolivia presentaba aún la tasa de mortalidad en menores de cinco años más alta de la región (50 por 1.000 nacidos vivos), resultado de condiciones adversas en el estado nutricional y de salud<sup>1</sup> asociadas, a su vez, a elevados índices de pobreza infantil<sup>2</sup>. Además de las marcadas desigualdades socioeconómicas en indicadores de salud y nutrición<sup>3</sup>, las brechas se manifestaban también en otros indicadores de desarrollo infantil temprano (DIT). Por ejemplo, datos para 2012 mostraban diferencias significativas en la prevalencia de anemia, desnutrición crónica, desarrollo motor y de comunicación entre los niños del quintil más rico y más pobre de la población<sup>4</sup>. Por otro lado, la oferta de servicios de DIT presentaba un amplio potencial de mejora en cuanto a tasas de cobertura y calidad de la atención, estando limitada a servicios de cuidado en el ámbito de centros infantiles.

En este contexto, la presente operación fue diseñada en respuesta a las necesidades de ampliar y mejorar los servicios públicos de desarrollo infantil temprano, haciendo énfasis en la población más vulnerable. El objetivo general de la operación fue contribuir a mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niños y niñas bolivianos. Para ello, se definieron dos objetivos específicos: (i) ampliar el acceso de servicios de DIT para niños menores de cuatro años en municipios priorizados; y (ii) mejorar la calidad de los servicios de DIT existentes para niños menos de cuatro años en municipios priorizados.

Para el cumplimiento de los objetivos específicos, el programa se diseñó como un préstamo de inversión de US\$20 millones (US\$15 millones de capital ordinario y US\$5 millones del Fondo de Operaciones Especiales) y US\$2 millones de aporte local. La operación se estructuró en cuatro componentes: 1) Implementación de servicios complementarios de DIT, 2) Fortalecimiento de servicios existentes en el sector salud, 3) Mejoramiento de infraestructura, y 4) Seguimiento y evaluación.

## **II. CRITERIOS CENTRALES. DESEMPEÑO DEL PROYECTO**

### **2.1 Relevancia**

#### **a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país**

Al momento de diseño los objetivos de la operación respondían plenamente a la realidad existente en el país y a las necesidades de desarrollo de la población en la primera infancia. Como se mencionó, más allá de los servicios de salud materno infantil, la única modalidad

---

<sup>1</sup> La desnutrición crónica en menores de 24 meses alcanzaba un 21%, llegando a cerca de 44% en áreas rurales con elevada presencia de población indígena (MSD-INE, 2008).

<sup>2</sup> La incidencia de pobreza extrema en la población de 0 a 5 años en 2009 era en promedio 31%, comparado con el 23% entre adultos entre 55 a 59 años (UDAPE, 2016).

<sup>3</sup> En 2012, la desnutrición crónica en menores de tres años era más de tres veces mayor en niños del quintil más pobre de la población que en el quintil más rico (37.7% versus 11.5%) (UDAPE, 2015).

<sup>4</sup> Los niños del quintil más rico de la población tuvieron un puntaje en desarrollo motor 0,21 desviaciones estándar más alto que niños del quintil más pobre. En el caso del desarrollo comunicacional, no se encontraron brechas socioeconómicas significativas (Celhay et.al., 2018).



relevante de servicios de DIT a nivel nacional era la atención en centros infantiles gestionados por los gobiernos municipales; sin embargo, a 2008, la cobertura de estos servicios alcanzaba a menos de 30% de la población entre 3 y 5 años<sup>5</sup>. Más aún, dada la descentralización y fragmentación en la gestión de los centros, no se contaba con mediciones de la calidad de estos servicios, ni con normas o guías nacionales que garanticen estándares mínimos de calidad. Estas necesidades motivaron y orientaron el diseño del programa como un proyecto piloto focalizado en población altamente vulnerable de los dos departamentos con los índices más altos de desnutrición y pobreza del país: Potosí y Chuquisaca.

La encuesta de línea de base del programa levantada en 2014 proporcionó datos sobre diferentes dimensiones del desarrollo de los niños menores de cuatro años<sup>6</sup>. Para las áreas de comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y desarrollo socio-individual, la encuesta reveló un nivel muy alto de riesgo en el desarrollo y mostró una situación más precaria en áreas rurales que en urbanas, con los mayores riesgos de rezago en las áreas de resolución de problemas y motricidad fina<sup>7</sup>. Por otro lado, la encuesta de línea de base también levantó datos sobre la calidad de los centros infantiles en variables estructurales y de procesos (Bedregal et al, 2016)<sup>8</sup>. Estos datos mostraron niveles muy bajos de calidad de los servicios y sustentaron la relevancia del programa en cuanto a su objetivo específico de mejorar la calidad de servicios de DIT en el país. Sin calidad, los servicios limitarían su potencial de contribuir de manera positiva al desarrollo del niño, e incluso podrían tener efectos negativos sobre el desarrollo de los mismos. Existe evidencia de servicios en países desarrollados implementados a gran escala que demuestra impactos negativos de la calidad deficiente, especialmente sobre el desarrollo socioemocional<sup>9</sup>.

En cuanto a la alineación con las prioridades de políticas de desarrollo del país, el programa fue consistente con el marco normativo existente para el desarrollo social. En particular, la Ley de Educación aprobada en 2010<sup>10</sup> establece la obligatoriedad de la educación inicial de forma no escolarizada para la formación integral de los niños entre 0 y 3 años, siendo la responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad y el Estado.

La baja cobertura de servicios de DIT para menores de cuatro años confirma la relevancia del objetivo específico del programa relacionado a la ampliación del acceso a servicios. En este sentido, los objetivos del programa también estuvieron alineados con el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) 2016-2020<sup>11</sup> que establece como objetivo específico de desarrollo asociado a la Meta 1 de Erradicación de la Pobreza Extrema, el incremento de la cobertura de programas y servicios de desarrollo infantil temprano en niñas y niños menores de cuatro años.

---

<sup>5</sup> El porcentaje de niños entre 3 y 5 años matriculados en centros infantiles en 2008 era 27,6% (UNICEF, 2012).

<sup>6</sup> Para ello se utilizó el instrumento *Ages and Stages Questionnaires*, 3ra edición (ASQ-3™). El ASQ-3 es considerada una herramienta de monitoreo porque evalúa el proceso de desarrollo de los niños en áreas importantes, tales como la comunicación, la habilidad física, la habilidad social, y la habilidad de resolver problemas.

<sup>7</sup> Gertner et.al., 2016

<sup>8</sup> En una escala de 1 a 7, donde 1 es inadecuado y 7 es excelente, el puntaje promedio de los centros infantiles encuestados fue 1.25.

<sup>9</sup> (Baker, Gruber y Milligan, 2008, Baker, Gruber y Milligan, 2015; Datta Gupta y Simonsen, 2010; Herbst y Tekin, 2010).

<sup>10</sup> Ley No. 070 de 20 de diciembre de 2010.

<sup>11</sup> Aprobado como Ley No. 786 de 9 de marzo de 2016.

## **b. Alineación estratégica**

Con la aprobación del Noveno Aumento General de Recursos del Banco en 2010, los Gobernadores aprobaron la Estrategia Institucional 2010-2020 (EI) que guiará al Banco en el logro de sus objetivos generales en el futuro. En el Noveno Aumento también se estableció el Marco de Resultados Corporativos del Banco (CRF, por sus siglas en inglés) que fija indicadores y metas sujetas a plazos que permiten hacer un seguimiento de la implementación de la EI. Al momento del diseño, el proyecto estaba alineado con el Informe sobre el Noveno Aumento (documento AB 2764), en particular con la priorización de la Política Social para Equidad y Productividad que incluye el Desarrollo Infantil Temprano entre sus áreas de desarrollo.

Al cierre de la operación, los objetivos del programa también eran consistentes con la actualización de la EI 2010-2020 (AB-3008), ya que la mejora del desarrollo cognitivo, socioemocional y/o físico de niños y niñas estaba alineada con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad. Con respecto al CRF 2016-2019 (GN-2727-6), los objetivos y el diseño del programa fueron consistentes con el indicador auxiliar del CRF de Resultado de Desarrollo de los Países “Niños recibiendo servicios de desarrollo infantil temprano focalizados en los pobres” que en contenidos corresponde al primer objetivo específico de la operación referido a la ampliación de cobertura. El segundo objetivo específico de la operación relacionado a la mejora de la calidad de los servicios de DIT, estaba alineado con el Marco Sectorial de Pobreza y Protección Social (GN-2784-7), el cual enfatiza la necesidad de llevar a escala con calidad los servicios de desarrollo infantil, y con el Marco Sectorial de Educación y Desarrollo Infantil Temprano (GN-2708-3) en las primeras cuatro de las cinco dimensiones del éxito que se establecen para programas educativos.

En lo que respecta a la Estrategia del Banco con el Gobierno de Bolivia para el periodo 2011-2015 (GN-2631-1), el desarrollo infantil temprano se destaca como uno de los sectores prioritarios (3.26-3.29). Entre los resultados de la estrategia se mencionan la reducción de la brecha de cobertura y de calidad en la oferta de servicios de DIT, la disminución de los retrasos en el desarrollo cognitivo y psicosocial y el fortalecimiento del marco institucional del sector y de la capacidad de gestión de los agentes encargados de atención a la primera infancia.

Por otro lado, la Estrategia del Banco con el País 2016-2020 menciona la necesidad de dar continuidad a los logros de la estrategia anterior (3.26) e incluye entre las áreas prioritarias el cierre de las brechas sociales, destacando la pobreza extrema, multidimensional y rural, la mortalidad infantil y la calidad educativa. Para ello, entre los objetivos de la estrategia se incluye la ampliación del acceso y la calidad de los servicios sociales con énfasis en salud y protección social, con un enfoque de género e interculturalidad.

## **c. Relevancia de Diseño**

En respuesta a las necesidades y prioridades del país y a las prioridades del Banco, los objetivos específicos del programa fueron ampliar el acceso a servicios de DIT y mejorar la calidad de los servicios de DIT existentes para niños menores de cuatro años. Ambos objetivos contribuirían al objetivo final de mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niñas y niños bolivianos.

Para ello, la operación propuso un diseño con intervenciones en tres modalidades de atención: (i) centros de cuidado diario infantil (enfocando las inversiones en la mejora de la calidad de servicios existentes); (ii) salas de estimulación temprana en establecimientos de salud para el tratamiento de rezagos leves en el DIT (enfocando las actividades en la cobertura de nuevos

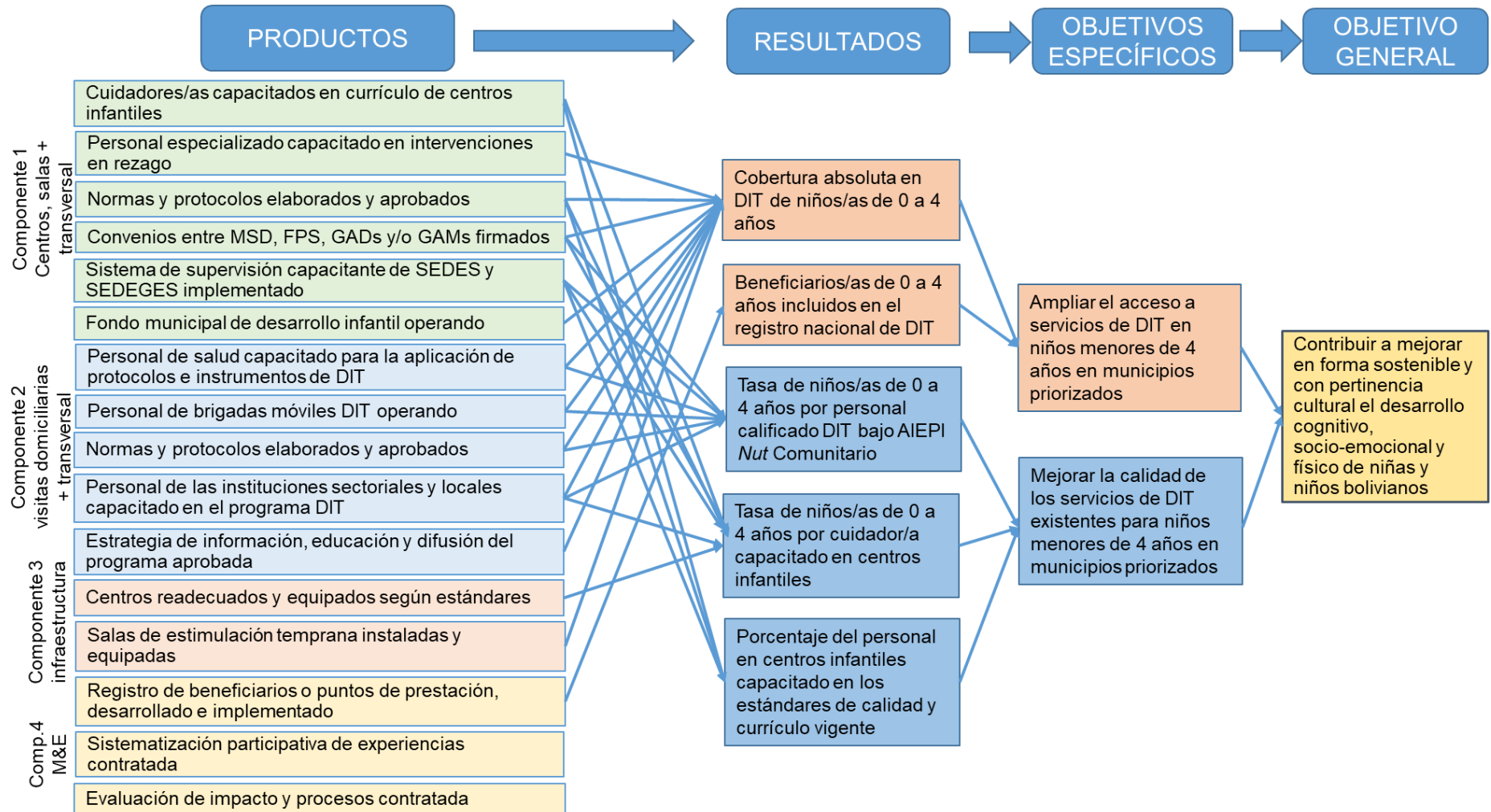
servicios con calidad); y (iii) visitas domiciliarias y comunitarias dirigidas a mejorar el ambiente de crianza de los niños en el hogar (enfocando las inversiones en la cobertura de nuevos servicios con calidad).

Para cumplir los objetivos específicos, las actividades a financiar se agruparon en cuatro componentes:

- **Componente 1** (US\$10,12 millones). Financiaría inversiones en centros infantiles y salas de estimulación que para el sector salud representaban áreas nuevas de intervención. Incluía: (i) entrega de material didáctico y gastos operativos para ambas modalidades; (ii) capacitación de educadoras comunitarias de centros infantiles; (iii) formación/capacitación y operación de nuevos recursos humanos profesionales para centros infantiles y salas de estimulación; (iv) diseño y operación de un sistema de supervisión capacitante para entidades de gestión territoriales; (v) elaboración y negociación de convenios interinstitucionales; (vi) elaboración/complementación y reproducción de normativas, estándares, currículo y protocolos de atención; y (vii) diseño e implementación de un fondo municipal de DIT.
- **Componente 2** (US\$3,63 millones). Financiaría inversiones en visitas domiciliarias que, si bien eran una modalidad de atención existente en el sector salud, no tomaba en cuenta contenidos y personal especializado en DIT. Incluía: (i) equipamiento, material didáctico y costos operativos; (ii) formación/capacitación y operación de los recursos humanos profesionales para las visitas domiciliarias, y capacitación de recursos humanos en establecimientos de salud; (iii) capacitación de actores locales relevantes para la implementación y coordinación interinstitucional del programa; (iv) estrategia de información y difusión del programa; y (v) elaboración/complementación y reproducción de normativas, estándares, currículo y protocolos de atención.
- **Componente 3** (US\$6,45 millones). Financiaría las inversiones a ejecutarse por el Fondo de Inversión Productiva y Social (FPS): (i) refacción de infraestructura y equipamiento de centros infantiles existentes; (ii) refacción de infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud para incorporar la sala de estimulación temprana; y (iii) refacción de infraestructura y equipamiento de salas comunitarias para atención grupal de los niños con padres y cuidadores.
- **Componente 4** (US\$0,90 millones). Financiaría las actividades de monitoreo y evaluación: (i) registro de beneficiarios y/o puntos de prestación de servicios DIT; (ii) una evaluación de impacto rigurosa y una evaluación de procesos; y (iii) una sistematización de experiencias.

La Figura 1 presenta la teoría de cambio que muestra el vínculo entre los productos y los resultados esperados, así como la relación de éstos con los objetivos específicos y objetivo general del programa.

**Figura 1**  
**Teoría de Cambio del Programa**



La tabla de Supuestos de la Lógica Vertical del Programa ([EEO#5](#)) complementa el análisis de la lógica vertical haciendo explícitos los supuestos o riesgos que se encontraban más allá del control directo del programa y que se expresan como una condición necesaria para que se cumpla la relación de causalidad en la jerarquía de la lógica vertical.

Analizando esta tabla de arriba para abajo, uno de los supuestos más relevantes para el logro del objetivo general es que programas que ofrecen servicios de cuidado diario, consejería o atención en DIT tienen un impacto positivo en el desarrollo cognitivo, socioemocional y/o físico de niños menores de cuatro años. De cumplirse este supuesto, el acceso a estos servicios y sus dos indicadores asociados de cobertura y beneficiarios registrados se vuelven componentes clave en la cadena causal del programa. En segundo lugar, se supone que la calidad de los servicios es un factor relevante para lograr un impacto en el desarrollo de los niños.

Para sustentar ambos supuestos existe evidencia de que programas de cuidado infantil de alta calidad implementados a pequeña escala y focalizados en niños vulnerables han tenido impactos sustanciales de largo plazo en la salud, educación y empleo, posicionando a los programas de DIT entre las alternativas de políticas públicas más costo-efectivas<sup>12</sup>. En América Latina y el Caribe la evidencia apunta en una dirección similar, con variaciones según la modalidad de atención. En Jamaica, intervenciones de visitas domiciliarias en las que se desarrollan el conocimiento y habilidades de los padres para proveer un ambiente estimulante para el desarrollo de sus niños han logrado impactos positivos en el desarrollo infantil de niños desnutridos<sup>13</sup>, incluso con efectos sostenibles de largo plazo para el desarrollo cognitivo, emocional, social, rendimiento escolar y la productividad laboral futura<sup>14</sup>, así como efectos positivos en el desarrollo cognitivo, comportamiento y motricidad fina de niños nacidos con bajo peso<sup>15</sup> y efectos en su desempeño intelectual, memoria visual-espacial y comportamiento<sup>16</sup>. Evidencia sobre programas de visitas domiciliarias llevados a escala en el resto de la región de América Latina y el Caribe aun es escasa<sup>17</sup>.

En el caso del cuidado en centros infantiles existe un cuerpo cada vez mayor de literatura con evidencia de América Latina y el Caribe que muestra impactos mixtos sobre el desarrollo cognitivo, de lenguaje, motor o socioemocional y también sobre el estado de salud y nutrición de los niños menores<sup>18</sup>. La evidencia para el caso específico de Bolivia muestra que existen impactos positivos de centros de cuidado diario sobre el desarrollo cognitivo y psicosocial, cuando éstos cuentan con el apoyo de facilitadoras profesionales<sup>19</sup>. Estos efectos se presentan con una mayor exposición al programa y sobre todo en niños mayores. Los resultados mixtos para centros infantiles en la región están relacionados a dos factores: la focalización (o no) de los servicios en población pobre o vulnerable (como es el caso de este programa en los departamentos priorizados de Potosí y Chuquisaca) y la calidad del servicio ofrecido, la cual es más difícil de mantener en programas a gran escala. Anteriormente ya se mencionó los posibles impactos nulos o incluso negativos documentados para el desarrollo socioemocional en el caso

---

<sup>12</sup> Heckman et al., 2010; F. Campbell et al., 2008; F. Campbell et al., 2014.

<sup>13</sup> Grantham-McGregor et al., 1991.

<sup>14</sup> Walker et al., 2011; Gertler et al., 2014.

<sup>15</sup> (Gardner et al., 2003).

<sup>16</sup> (Walker et al., 2010).

<sup>17</sup> Baker-Henningham y Lopez-Boo (2013) sistematizan resultados descriptivos y características de programas similares dentro y fuera de la región

<sup>18</sup> (Berlinski y Schady, 2015; Leroy, Gadsden y Guijarro, 2012; Noboa-Hidalgo y Urzúa, 2012; Rosero y Oosterbeek, 2011).

<sup>19</sup> (Behrman, Cheng and Todd, 2004).

de servicios de baja calidad<sup>20</sup>. Respecto a la atención en salas especializadas de estimulación temprana que ofrecen tratamiento profesional temporal a niños con rezagos clínicos en lenguaje, motricidad u otras dimensiones, si bien aún no existen evaluaciones de impacto publicadas en el ámbito académico, diferentes países implementan esta modalidad con una cobertura y calidad crecientes<sup>21</sup>.

En cuanto a la calidad de servicios, se distingue entre la calidad estructural y de procesos. La primera se refiere al estado de la infraestructura, equipamiento, características de los educadores, cuidadores y del grupo de niños (tamaño, edad, ratio cuidadores-niños, etc.). Esta dimensión se refleja en los dos indicadores de resultado asociados a las tasas de niños por cuidador o personal. Por su parte, la calidad de procesos se refiere a la implementación del currículo y a la frecuencia, tipos y calidad de las interacciones adulto-niños y adulto-padres<sup>22</sup>. A esta dimensión de calidad busca aportar el indicador de resultados del porcentaje del personal capacitado en calidad y currículo.

Para que las mejoras en calidad y cobertura se traduzcan en mejoras del desarrollo infantil, además se requiere que la población atendida en visitas domiciliarias aplique lo aprendido con sus hijos en casa. Asimismo, para que cualquier efecto final logrado sea sostenido en el tiempo, más allá de la vida del programa, deberán cumplirse otros supuestos relacionados al entorno institucional, político y financiero que aseguren la sostenibilidad de las inversiones a largo plazo.

Siguiendo la lógica vertical hacia abajo, el resultado de ampliación de cobertura se lograría a través de las actividades y productos relacionados a la implementación de las modalidades de visitas domiciliarias y salas de estimulación, ya que previo al programa, estos servicios no existían en el área de desarrollo infantil, por lo cual su implementación implicaría un aumento de la oferta de servicios de DIT en el país. En el caso de salas de estimulación, los productos relevantes incluyen su instalación como infraestructura anexa a los centros de salud, el equipamiento, la elaboración de normas y protocolos sobre los contenidos y la regulación del servicio y la contratación y capacitación de personal especializado en rezagos del desarrollo infantil. Su cumplimiento garantizaría el logro del resultado de coberturas en salas. Para las visitas domiciliarias, los productos correspondientes incluyen la elaboración de contenidos, normas y protocolos, la contratación de personal comunitario para la atención directa en los hogares y de técnicos como supervisores acompañantes, su equipamiento con chalecos, mochilas y juguetes, y la capacitación del personal. Tanto en salas como en visitas, las intervenciones relacionadas al desarrollo de contenidos y estándares de atención, y la capacitación del personal aportan a su vez a la calidad del servicio.

Los productos de centros infantiles (incluyendo la readecuación de infraestructura existente, equipamiento, elaboración de normas sobre procesos pedagógicos y administrativos y estándares de calidad de la infraestructura, contratación de personal adicional y su capacitación) apuntarían exclusivamente a aumentar la calidad del servicio y no a la ampliación de la cobertura. La calidad se mide a través del indicador proxy de calidad estructural de tasa de niños por cuidador, y de un indicador adicional (ITERS-R) que combina calidad estructural y de procesos y que fue agregado posteriormente a la Matriz de Resultados (MR) del proyecto, según se describe en la siguiente sección. Uno de los productos más relevantes para esta modalidad es el personal adicional contratado por el programa que estaría compuesto por facilitadoras y

---

<sup>20</sup> ver Lopez-Boo et al 2016 y las referencias ahí citadas.

<sup>21</sup> Un ejemplo pionero es la Red de Protección Social de “Chile Crece Contigo” que implementa esta modalidad con éxito desde el año 2008.

<sup>22</sup> Berlinski y Schady, 2015.

nutricionistas que contribuirían a mejorar la calidad de los servicios existentes a través del apoyo y acompañamiento pedagógico permanentes a las cuidadoras comunitarias y mejoras en los planes de alimentación de los centros. Asimismo, por el enfoque de esta modalidad en calidad, no se preveía la construcción de nueva infraestructura sino únicamente el reacondicionamiento de espacios y la estructura física de los centros, incluyendo mejoras en paredes y pisos, y el rediseño del uso del espacio acorde a los nuevos currículos de atención basados en nuevos estándares de calidad en lo pedagógico, pero también tomando en cuenta aspectos físicos como el uso adecuado de luz natural y criterios de seguridad para los niños y el personal.

Adicionalmente, algunos productos buscarían aportar a la calidad del servicio en las tres modalidades de atención de manera transversal. Entre ellos están: la firma de convenios interinstitucionales entre el Ministerio de Salud (MS) y los gobiernos autónomos departamentales (GAD) y municipales (GAM) involucrados (que aseguren que estos actores sigan dotando de personal comunitario, por ejemplo); un sistema de supervisión y monitoreo de parte de los servicios departamentales de salud (SEDES) y de gestión social (SEDEGES); la capacitación de actores locales que deberían apoyar o coordinar con las actividades del programa desde el sector de salud, la sociedad civil, GAM, defensorías de la niñez, etc.; y una estrategia de información, educación y difusión de las actividades e importancia del programa.

La tabla de Supuestos de la Lógica Vertical ([EEO#5](#)) también detalla los supuestos que deberían cumplirse para que los productos indicados aporten de manera efectiva a los resultados de cobertura y calidad de los servicios de DIT, respectivamente. Entre ellos se encuentran supuestos relacionados a la carga laboral real por cada profesional trabajando en salas y visitas, la rotación/ deserción de personal capacitado, la aplicación de lo aprendido por este personal en su trabajo diario, y la secuencia ideal de la terminación de los productos relacionados a infraestructura/ equipamiento y normas/ estándares con respecto a la posterior contratación y capacitación del personal educativo y acompañante.

El producto del fondo municipal aportaría a la sostenibilidad y ampliación de las intervenciones del programa en general, ya que implicaría un incentivo de inversión para gobiernos municipales en cualquier actividad complementaria al programa de mejora de cobertura o calidad en servicios de desarrollo infantil.

Finalmente, el diseño del programa contemplaba una serie de actividades y productos transversales orientados a lograr una mejora en los sistemas de seguimiento y evaluación para la toma de decisiones. Entre los más importantes están la implementación de un registro de beneficiarios y evaluaciones de impacto y de procesos que provean evidencia operativa y de efectividad del Programa. Estas mejoras en los sistemas de seguimiento y evaluación generarían información para orientar las políticas en el sector, incluyendo políticas de ampliación de cobertura como de mejoras de calidad.

### **Cambios en la MR del proyecto**

La Tabla 1 presenta la Matriz de Resultado (MR) a aprobación y a cierre del proyecto. Dado que el proyecto fue elegible antes del 1 de septiembre de 2013, no se encontraba vigente la regla de actualización de la MR a los 60 días después de elegibilidad. Como se puede apreciar, no hubo cambios sustanciales al diseño del programa con respecto a los indicadores de impacto y resultado a lo largo de la vida del programa.

Como medida adicional de calidad de centros infantiles al nivel de resultados, se agregó un indicador integral de calidad denominado Escala de Calificación del Ambiente para Infantes y



Niños Pequeños, Edición Revisada (ITERS-R, por sus siglas en ingles). El ITERS-R es un instrumento internacional estandarizado que mide aspectos estructurales y de procesos de la calidad del ambiente en los centros infantiles y complementa el indicador netamente estructural de la tasa de niños por cuidador. Los indicadores del ITERS-R fueron medidos desde la encuesta de Línea de Base del programa.

Si bien no hubo cambios de fondo al diseño original del programa ni a su lógica vertical, hubo supuestos (ver [EEO#5](#)) que no se cumplieron como previsto u otros cambios conceptuales o metodológicos al nivel de productos que demandaron un ajuste de las metas originalmente formuladas EOP(P). En los siguientes párrafos se presenta un análisis de las diferencias entre la planificación original del POD (P) y la final ajustada (P(a)) para algunos indicadores de resultado del programa que se debieron a los cambios mencionados o al incumplimiento de supuestos. Un análisis equivalente al nivel de productos se ofrece en [EEO#6](#).

En primer lugar, se realizó un ajuste al indicador “Cobertura absoluta de DIT (0-4 años)”, reduciéndose la meta original de 25.200 (P) a 23.600 niños (P(a)). Este ajuste se debió a una estimación más precisa de la carga laboral, sobre todo para la modalidad de visitas domiciliarias, de acuerdo con un estudio inicial sobre las condiciones logísticas y de dispersión geográfica encontradas en campo. Este ajuste ocurrió después de los 60 días post-elegibilidad.

Entre otros factores, dado que no se cumplió el supuesto de la terminación oportuna de los estándares, protocolos y contenidos curriculares, y de las capacitaciones de personal, las salas de estimulación y sobre todo la modalidad de visitas domiciliarias empezaron a trabajar a capacidad plena en el año 2017, con tres años de retraso comparado con la planificación original<sup>23</sup>. El año 2018 ya representaba el año de cierre del programa, por lo cual no fue posible continuar con la operación de las modalidades hasta el final de dicha gestión y cumplir con los dos años completos de ejecución previstos originalmente.

Adicionalmente, en este indicador no se cumplió el supuesto de una estimación realista inicial de la carga laboral de niños por brigadista en visitas, ni con el valor ajustado a 23.600 y la contratación de más personal. Hay dos razones principales: (i) Las distancias en campo entre las diferentes comunidades a visitar (y entre los hogares dentro de las comunidades dispersas) y sobre todo las condiciones topográficas, viales y climáticas para el traslado de personal en un contexto de opciones limitadas de medios de transporte (y una contratación solo parcial de motocicletas por el programa) representaron retos mucho mayores de lo planificado para el cumplimiento de la cobertura prevista de niños por profesional asignado. (ii) A esto se une una modificación metodológica y operativa importante en la provisión del servicio de atención únicamente mediante visitas domiciliarias individuales, eliminando las sesiones grupales originalmente previstas para niños de 2-4 años (por inviabilidad práctica de realizarla en el contexto cultural, ocupacional y de grandes distancias entre hogares). Solo este cambio redujo la capacidad de cobertura de las brigadas a aproximadamente la mitad, sin que esto sea reflejado en la planificación final de la cobertura global del programa bajo P(a).

---

<sup>23</sup> El retraso mencionado se debe a varios factores: Por su característica educativa-pedagógica (y no medica-clínica), el MS dependía de mayor grado de la experticia de diferentes consultorías externas para elaborar los contenidos curriculares y metodologías de trabajo, financiadas con recursos del programa. La capacidad institucional encontrada para la gestión de contratos bajo las normas de financiamiento externo resultó en la rescisión de varios contratos de consultoría. Asimismo, el MS hizo mucho esfuerzo durante un periodo prolongado para coordinar los contenidos y metodologías de trabajo y su consistencia con el currículo formal de la educación inicial 1 con el ministerio de educación. Finalmente, hubo diferentes retos en la contratación del personal de brigadas (ver incumplimiento de supuestos descritos en [EEO#6](#)).



En segundo lugar, el indicador de resultados relacionado al registro de beneficiarios de servicios DIT sufrió cambios conceptuales en su definición. Originalmente estaba previsto vincular el nuevo registro de DIT al sistema electrónico del Registro Único de Beneficiarios del Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD), con una captura de los niños que recibían servicios de salud materno-infantil en las áreas de intervención más el registro de un 25% de los beneficiarios directos de los servicios DIT del programa. En su lugar, el MS optó por implementar un registro propio para el programa donde se ingresó el 62% de los 17.810 beneficiarios de salas y visitas domiciliarias, con lo cual se superó la meta del resultado esperado; sin embargo, no se pudo contar con un sistema de registro interconectado con los registros de beneficiarios existentes en el gobierno central (ver también explicación del producto 4.1 en [EEO#6](#)).

Finalmente, el indicador de resultado “Tasa de niños/as de 0 a 4 años por cuidador/a capacitado (comunitario o profesional) en centros infantiles” sufrió ajustes y complementaciones. Por un lado, con datos de la encuesta de línea de base se calculó el valor basal del indicador que se encontraba vacío en la MR del POD (este valor asciende a 9.7 niños por cuidador/a). Por otro lado, la MR original del POD presentaba metas específicas del indicador desagregando por grupo de edad (7 niños por cuidador para el grupo de 0-2 años y 11 niños por cuidador para el grupo de 2-4 años). Sin embargo, dado que la encuesta de seguimiento no permitía esta desagregación, se optó por mantener el indicador para la población agregada de 0-4 años y ajustar la meta como un promedio de las metas desagregadas.

Los demás indicadores de resultado mantuvieron la consistencia entre la planificación inicial (P) y la planificación final P(a). Como indicado, los cambios respectivos de diseño y/o supuestos al nivel de productos se detallan en el [EEO#6](#).

**Tabla 1. Matriz de Resultados (@ aprobación, 60 días después de elegibilidad y @ cierre)**

Indicadores	A aprobación			A elegibilidad + 60 días			Al cierre			Comentarios
	Unidad de medida	Línea Base	EOP (P)	Unidad de medida	Línea Base	EOP (P)	Unidad de medida	Línea Base	EOP (A)	
Impactos										
Objetivo general: contribuir a mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural, el desarrollo cognitivo, socio-emocional y físico de niñas y niños bolivianos.										
Porcentaje de niños/as rezagados en desarrollo cognitivo (test psicomotor y de lenguaje) (en municipios intervenidos)	Porcentaje	10,8	10,2				Porcentaje	10.8	10.6	Niños/as de 12-44 con z-score <-1 D.E. en Resolución de Problemas de la prueba ASQ-III en municipios intervenidos. Fuente: Encuesta de Línea Base 2014 y Encuesta de Seguimiento 2018.
Porcentaje de niños/as con desnutrición crónica (en municipios intervenidos)	Porcentaje	21,0	17,0				Porcentaje	21.0	15.7	Niños/as de 6-24 meses con z-score de talla para la edad <-2 D.E a nivel nacional. Fuente: ENDISA 2008 y EDSA 2016
Resultados										
Objetivo específico 1: Ampliar el acceso de servicios de DIT en niños menores de cuatro años en municipios priorizados										
Cobertura absoluta en DIT de niños/as de 0 a 4 años en municipios priorizados	Personas	0	25.200				Personas	0	17,810	Niños beneficiarios en las modalidades de Salas de Estimulación y Visitas Domiciliarias <sup>(1)</sup> . Fuente: Registros administrativos del programa.
Beneficiarios/as de 0 a 4 años incluidos en el registro nacional de DIT	Beneficiarios	0	4.625				Beneficiarios	0	11,060	Niños registrados en el sistema de Registro de Beneficiarios del programa (El registro de beneficiarios se implementó únicamente en Salas de Estimulación y Visitas Domiciliarias) Fuente: Registro de beneficiarios del programa.

Indicadores	A aprobación			A elegibilidad + 60 días			Al cierre			Comentarios
	Unidad de medida	Línea Base	EOP (P)	Unidad de medida	Línea Base	EOP (P)	Unidad de medida	Línea Base	EOP (A)	
Objetivo específico 2: Mejorar la calidad de los servicios de DIT existentes en municipios priorizados.										
Tasa de niños/as de 0 a 4 años por personal calificado DIT bajo AIEPI Nut Comunitario en municipios priorizados	Tasa	N/D	40				Tasa	N/D	9.2	Número de niños/as de 6 a 36 meses atendidos por cada brigadista comunitario capacitado. Dado que se trata de una intervención nueva, no existe información para la línea de base. Fuente: Informe Semestral de progreso del MS.
Tasa de niños/as de 0 a 4 años por cuidador/a capacitado (comunitario o profesional) en centros infantiles en municipios priorizados	Tasa	Por definir	9 <sup>(2)</sup>				Tasa	9.7	8.8	Número de niños/as de 0 a 4 años presentes por cada educadora capacitada en centros infantiles. Fuente: Encuesta de Línea de Base 2014 y Encuesta de Seguimiento 2018.
Porcentaje del personal en centros infantiles capacitado en los estándares de calidad y currículo vigente en los municipios priorizados.	Porcentaje	0	75				Porcentaje	0	94.9	Fuente: Informe Semestral de progreso del MS.
Escala de Calificación del Ambiente para Infantes y Niños Pequeños (ITERS-R)							Puntos	1.3	2.2	Este indicador fue incluido a fin de mejorar la medición del cumplimiento del Objetivo específico 2. Fuente: Encuesta de Línea de Base 2014 y Encuesta de Seguimiento 2018.

Notas:

<sup>(1)</sup> Para este indicador no se tomó en cuenta los beneficiarios de la modalidad de centros infantiles, dado que esta intervención se enfocó en mejora de calidad de centros existentes, sin un efecto directo en cobertura.

<sup>(2)</sup> En el la MR del POD la meta de este indicador estaba desagregada por grupo de edad; sin embargo, dada la información disponible, no fue posible hacer esta desagregación. La meta a aprobación fue recalculada como un promedio simple de las metas desagregadas por edad.

## **2.2 Efectividad**

### **a. Objetivos de Desarrollo del proyecto**

Con el propósito de abarcar los retos de cobertura y calidad encontrados en varias dimensiones de los servicios de desarrollo infantil temprano al momento del diseño del programa, el proyecto formuló un objetivo general ambicioso de contribuir a mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niños y niñas bolivianos. Para el logro de este objetivo se establecieron dos objetivos específicos: (i) ampliar el acceso de servicios de DIT para niños menores de cuatro años en municipios priorizados; y (ii) mejorar la calidad de los servicios de DIT existentes para niños menos de cuatro años en municipios priorizados.

El diseño del programa preveía lograr dos años de implementación plena de los servicios mejorados o creados dentro de la vigencia del préstamo. Este periodo garantizaría un tiempo de exposición de los hogares y niños al programa lo suficientemente largo como para que puedan manifestarse los efectos de las mejoras de calidad de servicios en el desarrollo físico, cognitivo y/o socioemocional de los niños. En la práctica, sin embargo, solamente la modalidad de salas de estimulación logró cumplir con este cronograma, ya que los atrasos en la implementación operativa causaron periodos de operación reducidos a aproximadamente un año y cuatro meses para la modalidad brigadas. Para centros infantiles, la intervención consistió principalmente en mejoras de la calidad de procesos mediante el apoyo de facilitadores y nutricionistas. Estas actividades se implementaron en los tiempos previstos, mientras que la finalización de las obras de infraestructura y entrega de equipo y materiales se completaron a pocos meses del cierre de la operación.

### **b. Resultados Alcanzados**

La presente sección evalúa en qué medida el programa logró alcanzar sus objetivos específicos (Tabla 2). Para ello, el análisis se concentra en la comparación y explicación de discrepancias entre las metas formuladas durante el diseño del POD (P) y las logradas al final del programa (A), considerando que las diferencias entre la planificación original (P) y final (P(a)) fueron discutidas en la sección “Cambios al diseño del proyecto”. Los indicadores de impactos y resultados fueron calculados y reportados con la misma metodología prevista al momento del diseño, con las excepciones y aclaraciones que se ofrecen a continuación. Cabe mencionar que todos los indicadores originales fueron medidos al final del programa, es decir, ninguno fue eliminado.

#### Impactos

El indicador del “Porcentaje de niños/as rezagados en desarrollo cognitivo” (Tabla 2) se basa en niños con un rezago de al menos 1 desviación estándar en el z-score del puntaje de la subcategoría de resolución de problemas del instrumento *Ages and Stages Questionnaires* (ASQ-3) que fue recolectado en las encuestas de línea de base de 2014 y de seguimiento en 2018 en los municipios intervenidos.

La medición de este indicador (línea de base y valores finales) se limita a niños beneficiarios de la modalidad de visitas domiciliarias, ya que la modalidad de salas de estimulación no cuenta con una evaluación de impacto (u otra fuente de datos de rezagos en niños) y en la modalidad de centros infantiles no se contó con una exposición al tratamiento suficientemente larga al momento de levantar los datos finales en 2018. El corto periodo de exposición de los niños al tratamiento fue causado por atrasos en la implementación sucesiva de la elaboración de estándares y

protocolos, infraestructura, equipamiento (en este orden), y en paralelo la contratación de facilitadores y nutricionistas y la capacitación de todo el personal de centros. Dado que recién en el año 2018 los centros infantiles intervenidos estaban equipados y operando según previsto en el diseño del programa, en la evaluación del mismo año solo se aplicaron los instrumentos de medición de calidad y características del nuevo servicio y ninguna medida de efectos finales de estos cambios en el desarrollo de los niños, ya que esta requeriría que los niños hayan estado expuestos al programa por un tiempo mínimo de algunos meses para detectar potenciales impactos.

En consistencia con la MR del POD aprobado, se usaron los datos de la encuesta basal de 2014 para complementar el porcentaje de la línea de base (10,8% de niños) y calcular la meta final (10,2% de niños) que representa una reducción del 5% del valor basal.

El resultado logrado al final del programa de una reducción del 10,8% al 10,6% de niños con rezago solo representa el 33% de la meta de reducción originalmente planificada. Sin embargo, el análisis de impacto muestra efectos positivos de 0.15 desviaciones estándar en la dimensión cognitiva (resolución de problemas) de la prueba ASQ-3, indicando que la intervención de visitas domiciliarias fue efectiva en su meta de impactar positivamente sobre el desarrollo cognitivo de los niños. El no contar con datos de impactos finales en el desarrollo infantil para las otras dos modalidades de atención con mayor cobertura afecta la representatividad de este resultado para el programa completo y las posibilidades de su interpretación.

El segundo indicador de impacto “Porcentaje de niños/as con desnutrición crónica” (Tabla 2) mantuvo la metodología de cálculo establecida en la MR del POD que se refiere a la población nacional entre 6 y 24 meses. El valor final alcanzado fue calculado a partir de la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA) obteniéndose un valor de 15.7% de niños con desnutrición crónica. Por tanto, la meta original de 17% fue lograda en un 133%. Cabe hacer notar sin embargo que, dada la falta de representatividad del indicador para el ámbito específico de la intervención y la ausencia de una medición de desnutrición en la encuesta de seguimiento del programa, no es posible concluir que la disminución observada de la desnutrición es atribuible al programa.

## Resultados

### Resultados bajo el primer objetivo específico de ampliar el acceso de servicios DIT para niños menores de cuatro años.

El primer indicador de resultado (Tabla 2) se refiere a la cobertura absoluta en DIT creada por el programa para niños en este rango etario. En su cálculo considera solamente las modalidades de atención de salas de estimulación y brigadas móviles, dado que el programa no intervino en ampliar la cobertura de centros infantiles sino únicamente en mejorar su calidad.

La meta original (P) de 25.200 niños considera 9.000 niños atendidos en salas de estimulación (30 equipos atendiendo a 300 nuevos niños en cada uno de los dos años de ejecución operativa del programa) y 7.200 niños atendidos por brigadas móviles (180 educadores atendiendo a los mismos 40 niños con visitas domiciliarias o reuniones grupales, según la edad del niño, bisemanalmente durante los dos años de ejecución), siendo el cálculo P de niños a atenderse durante dos años el siguiente: 16.200 (año 3, 2014) + 9.000 (año 4, 2015).

El resultado logrado al final del programa (A) son 17.810 niños y representan un 71% de la meta original. El resultado se compone de 15.392 niños atendidos en salas entre 2015 y 2018, y 2.418

niños atendidos por brigadas entre 2017 y 2018. A pesar del sobrecumplimiento de la cobertura planificada en salas (debido a la instalación efectiva de 40 salas, un funcionamiento – aunque variado- a lo largo de cuatro años, y una reorganización del trabajo con más personal y dedicación exclusiva del mismo a una sola sala), no se pudo compensar el sub-cumplimiento sustancial de cobertura en la modalidad de visitas.

La baja cobertura en visitas tiene varias causas: (i) Hubo un atraso de tres años en el arranque de la modalidad de visitas que no permitió cumplir con los dos años de funcionamiento pleno de esta modalidad, considerando el cierre del programa desde mediados de 2018<sup>24</sup> (ii) La metodología operativa de las brigadas sufrió un cambio que eliminó la modalidad de reuniones grupales para niños mayores de 2 a 4 años y concentraba las intervenciones en visitas domiciliarias individuales para el rango etario completo de 0 a 4 años (ver sección “Cambios al diseño del proyecto”). (iii) La meta formulada originalmente bajo P para brigadas fue sobreestimada con respecto a la capacidad de carga laboral (niños por brigadista), más allá del supuesto de operar parte de la intervención por reuniones grupales. Las distancias entre comunidades rurales elegibles y otros factores logísticos no permitieron cumplir con la carga prevista (ver discusión abajo sobre el indicador respectivo de tasa de niños por brigadista). (iv) Finalmente, los supuestos sobre la demanda efectiva (de niños y sus hogares existentes, elegibles y dispuestos a participar) y/o la capacidad del programa de identificarla oportunamente en campo fueron sobreestimados. Por ejemplo, en 2017, el programa identificó solamente 2689 niños elegibles, de los cuales 2.365 niños (es decir, sus hogares) estaban dispuestos a participar (versus 7.200 niños supuestos bajo la meta original P de cobertura y 5.600 niños bajo P(a)).

El segundo indicador del primer objetivo específico (Tabla 2) se refiere a los beneficiarios incluidos en el registro nacional de DIT. La meta fue sobre cumplida en más del 200% por un cambio conceptual y de la implementación operativa del registro que resultó en la inclusión de la mayoría de los beneficiarios del programa en la base de datos (ver explicación en la subsección “Cambios en la MR del proyecto” y bajo producto 4.1 en [EEO#6](#)).

#### Resultados bajo el segundo objetivo específico de mejorar la calidad de servicios DIT existentes.

En esta sección de la Tabla 2, se encuentra el indicador de la “Tasa de niños/as de 0 a 4 años por personal calificado DIT bajo AIEPI Nut Comunitario” que se refiere a la modalidad de brigadas. Dentro de las dimensiones estructurales de calidad de servicios sociales, una alta carga de niños por adulto puede ser perjudicial para lograr interacciones cálidas, sensibles y respetuosas entre el adulto y cada niño a su cargo. De ahí, mientras menor la tasa de niños por adulto, mejor se calificaría la calidad del servicio en esta categoría estructural. La meta (P y P(a)) del programa fue definida como un máximo de 40 niños por personal calificado de brigadas. La tasa lograda (A) de 9,2 niños por adulto fue considerablemente menor, por lo cual, desde el punto de vista de la calidad del servicio, se sobre cumplió la meta originalmente prevista (P y P(a)).

Sin embargo, la magnitud de este logro es ambigua desde dos puntos de vista: (i) Contribuye a una cobertura muy baja de niños atendidos en las brigadas (la cual fue discutida arriba); y (ii) refleja una formulación posiblemente irrealista de la capacidad de las brigadas y la carga por adulto en la meta original.

El segundo aspecto fue anticipado en la nota de pie 4 de la MR del POD que indica que no hubo “certeza sobre la demanda real, [...] y factibilidad logística de lograr esta cobertura en el área de intervención” y establece que “por la falta de datos al respecto en Bolivia, las metas de cobertura

---

<sup>24</sup> El atraso mencionado se debe a varios factores descritos en la sección “Cambios al diseño del proyecto”.

serán revisadas una vez terminado el estudio de campo actualmente en marcha para un diagnóstico por muestreo de la situación en las áreas de intervenciones”, incluyendo datos como el número de niños totales y factores como distancia y accesibilidad que afectan las coberturas en términos logísticos y operativos. En la realidad, un estudio con el detalle mencionado de datos requeridos fue terminado recién a inicios de 2017 mediante un censo de niños en las comunidades, después de contar con el primer personal contratado desde 2015, con la tarea de relevar datos demográficos actualizados y detallados en campo.

A la vez, en un primer ajuste en 2014, la meta P(a) fue reducida a 23.600 niños, incluyendo 5.600 niños para brigadas (reduciendo principalmente el número planificado de brigadistas y no la tasa de niños por brigadista).

Una vez que el personal inicial mencionado estaba contratado y relevó datos demográficos actualizados en cada área geográfica a intervenir, se realizó una primera distribución tentativa de niños por brigadista en función del número de niños elegibles y dispuestos a participar encontrado en las comunidades y los barrios y al personal que se esperaba contratar. Para 2017, esta estimación preveía una tasa de 15,5 niños por adulto (2.365 niños elegibles e interesados / 153 brigadistas previstos = 15,5). Por el atraso del arranque pleno de la modalidad de visitas recién en 2017, ya no fue modificado el valor P(a) para acercarlo a una meta más realista.

En la práctica, las 202 personas contratadas en ese año no lograron atender al total de los 2.365 niños identificados, considerando las distancias, condiciones viales y la disponibilidad parcial de motocicletas, con lo cual la capacidad de atención real resultó en una tasa de 9,2 niños por brigadista.

El segundo indicador de calidad (Tabla 2) se refiere a la Tasa de niños/as de 0 a 4 años por cuidador/a capacitado (comunitario o profesional) en centros infantiles. Como indicado en la sección “Cambios en el diseño del proyecto”, se mantuvo la definición original del indicador del POD con una meta P de nueve niños por adulto para el rango etario agregado de 0 a 4 años. Con una tasa alcanzada A de 8,8 niños por adulto, la meta fue sobre cumplida en 129%. Este resultado es notable, ya que el valor meta de 9 se basa en tasas excepcionales de los mejores centros infantiles en Bolivia al momento del diseño del programa, según indicado en la MR del POD. La explicación más probable se refiere al efecto de mejoras en la asignación de los recursos de contraparte municipal que permitieron mantener (y aumentar) el personal educativo comunitario en los centros intervenidos por el programa (ver sección “Resultados no anticipados”).

El resultado del ITERS-R (Escala de Calificación del Ambiente de Infancia Temprana) de calidad integral del servicio de centros fue agregado post-elegibilidad a la MR, por lo cual no cuenta con un valor meta del diseño original (P) contra el cual se podría comparar el logro alcanzado. Este indicador mide la calidad a través de siete dimensiones, cinco de ellas de calidad estructural (Espacio y muebles, Rutinas de cuidado, Actividades, Estructura del Programa, y Padres y personal) y dos de calidad de procesos (Escuchar y hablar (lenguaje), Interacción). El puntaje global se refiere al promedio de puntajes en las siete dimensiones. Por lo general, un puntaje en el rango de 1-2 se interpreta como un nivel muy bajo de calidad, un 3-4 es un nivel mínimo, un 5-6 es buena calidad y un 7 es un aula de excelente calidad (Araujo et al, 2015).

El valor basal promedio para los centros infantiles en Potosí y Chuquisaca fue de 1,4, indicando que los centros presentaban un nivel muy bajo de calidad (cercano a un nivel donde la medición

mediante ITERS-R resultaría inviable), sobre todo en áreas rurales.<sup>25</sup> A pesar de seguir en un nivel muy bajo de calidad post-programa, el aumento logrado del puntaje de ITERS-R de 1.4 a 2.2 en Bolivia es destacable, ya que la mejora de 0,6 puntos que correspondía a la meta P(a) de 2,0 ya representaba un 43% de mejora respecto al valor de línea de base. La mejora lograda se debe a la intervención integral en infraestructura, equipamiento, contenidos normativos y curriculares, y capacitación y acompañamiento del personal que afecta el puntaje en varias de las siete dimensiones de calidad.

Finalmente, el resultado relacionado al “Porcentaje del personal en infantiles capacitado en los estándares de calidad y currículo vigente” (Tabla 2) fue superada logrando un 127% bajo A comparado con la meta planificada bajo P, gracias a un cambio en la implementación operativa de las capacitaciones. Inicialmente los talleres de capacitación sobre guías y contenidos curriculares y la calidad de la interacción entre el adulto y los niños estuvieron dirigidos tanto al personal adicional contratado por el programa (facilitadores) como educadores comunitarios existentes, mientras que más adelante se optó por un esquema de capacitación “en cascada”, en el que los facilitadores que habían participado en los talleres realizaban la capacitación de las educadoras en los centros infantiles asignados. Con este esquema se logró un elevado porcentaje de personal capacitado en centros (95%).

### Productos

Como contribución clave a la mejora de calidad de procesos, aparte de la contratación y capacitación de personal especializado, destacan los productos 1.4 (“Normas y protocolos elaborados y aprobados” para centros infantiles y salas de estimulación temprana) y 2.3 (“Normas y protocolos sectoriales de DIT revisados y/o complementados” para brigadas de visitas domiciliarias) (Tabla 2). A través de ellos, el programa aportó el desarrollo de las siguientes normas para centros infantiles:

- una propuesta de “Norma Nacional para el Diseño de Infraestructura de Centros de Desarrollo Infantil Integral”
- nuevos contenidos curriculares que se detallan en la “Guía de Desarrollo Infantil Temprano con Enfoque Comunitario para Centros Infantiles” (Ministerio de Salud, 2017)<sup>26</sup>;
- un “Manual de Procedimientos para la Intervención en Desarrollo Infantil en Centros Infantiles”; y
- material para la capacitación de personal en forma de un “Manual de Entrenamiento – Guía para las sesiones de juego y momentos de cuidado con videos de demostración”.

Para el caso de las salas de estimulación temprana, el programa desarrolló:

- “Procedimientos Para el Manejo Integral del Desarrollo Infantil en las Salas de Estimulación Temprana” aprobada mediante la Resolución Ministerial No. 1320 de 30 de diciembre de 2016; complementados con la “Guía de atención para salas de estimulación temprana” y la “Guía de intervenciones por sesión de estimulación temprana”, según la edad del niño.

Las normas para brigadas de visitas domiciliarias incluyen:

---

<sup>25</sup> En comparación con otros países de la región, en Ecuador una muestra de aproximadamente 400 centros infantiles mayoritariamente rurales evaluada en 2012 (sin intervenciones previas de mejora de calidad) mostraba un puntaje de 2,1, mientras que, para los servicios diurnos de cuidado en Perú, un estudio de línea de base del programa Cuna Más en 2013, presenta un puntaje de 3,6 (Berlinski y Schady, 2015, p. 111).

<sup>26</sup> Esta guía consiste en diferentes documentos que orientan al personal de centros infantiles acerca de “Actividades para Momento de Cuidado”, “Juegos Diarios” y un “Manual de Juguetes”.



- una “Guía de Desarrollo Infantil Temprano con un Enfoque Comunitario para Niñas y Niños de 6 a 36 Meses de Edad” aprobada mediante la Resolución Ministerial No. 1320 de 30 de diciembre de 2016.

Asimismo, el programa aprobó la siguiente norma transversal:

- “Norma para la Vigilancia del Desarrollo Infantil Temprano”, aprobada al nivel nacional mediante Resolución Ministerial No. 0420 de 5 de julio de 2017, la cual introduce un instrumento la medición del desarrollo infantil que se aplica en el momento que los niños asisten a los servicios de primer nivel de atención de salud para sus controles de crecimiento y desarrollo.

En lo que sigue, se presenta un resumen de productos seleccionados que muestran discrepancias excepcionales (mayores al 20%) entre las metas previstas bajo P(a) y las logradas al final del programa (A), considerando que las diferencias entre la planificación original del POD (P) y final (P(a)) fueron discutidas en [EEO#6](#), incluyendo la eliminación de los productos relacionados el sistema de seguimiento y monitoreo para SEDES y SEDEGES, el fondo municipal de desarrollo infantil y la estrategia de información, educación y difusión del programa con su afectación prácticamente nula del logro de los resultados del programa.

El único producto técnico-operativo (excluyendo del análisis las auditorias y evaluaciones del programa) que cumple con los criterios de desviación sustancial es el producto 2.4 “Personal de las instituciones sectoriales y locales capacitado en el programa DIT” fue sobre cumplido en un 216%, debido que la meta P(a) de 500 personas fue reducida en un 50% (de 1.000 a 500) comparado con la meta P del POD, sin embargo, el ejecutor logró alcanzar (y superar ligeramente) la meta originalmente prevista, gracias a un cambio en la estrategia de implementación de las capacitaciones, optando por una realización *in-house* por el equipo del MS y personal ampliado del programa en territorio (ver [EEO#6](#)).

**Table 2. Matriz de Resultados Alcanzados**

Impacto/Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea Base	Año Línea Base	Metas y Logro Alcanzado		% Logro	Medios de verificación
<b>Objetivo general:</b> contribuir a mejorar en forma sostenible y con pertinencia cultural, el desarrollo cognitivo, socio-emocional y físico de niñas y niños bolivianos.							
Porcentaje de niños/as rezagados en desarrollo cognitivo (test psicomotor y de lenguaje) (en municipios intervenidos)	%	10.8	2014	P	10.2	33%	Encuesta de evaluación de impacto (línea de base 2014 y seguimiento 2018). Los valores se refieren a niños de 12-44 meses con z-score <-1 D.E. en dimensión de Resolución de Problemas del ASQ-3
				P(a)	10.2		
				A	10.6		
Porcentaje de niños/as con desnutrición crónica (en municipios intervenidos)	%	21.0	2008	P	17.0	133%	Encuesta de Demografía y Salud 2008 y 2016. Los valores se refieren a la población nacional de niños de 6-24 meses.
				P(a)	17.0		
				A	15.7		

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea Base	Año Línea Base	Metas y Logro Alcanzado		% Logro	Medios de verificación
Objetivo específico 1: Ampliar el acceso de servicios de DIT en niños menores de 4 años en municipios priorizados.							
Cobertura absoluta en DIT de niños/as de 0 a 4 años en municipios priorizados	Personas	0	2012	P	25,200	71%	Registros administrativos del programa en el MS (Total de niños beneficiarios en las modalidades de Salas de Estimulación y Brigadas Móviles (salas desde 2016 y brigadas desde junio 2017)).
				P(a)	23,600		
				A	17,810		
Beneficiarios/as de 0 a 4 años incluidos en el registro nacional de DIT	Beneficiarios	0	2012	P	4,625	239%	Sistema de Registro de Beneficiarios del programa hecho <i>in-house</i> por el MS, implementado desde mayo 2017.
				P(a)	4,625		
				A	11,060		
Objetivo específico 2: Mejorar la calidad de los servicios de DIT existentes en municipios priorizados.							
Tasa de niños/as de 0 a 4 años por personal calificado DIT bajo AIEPI Nut Comunitario en municipios priorizados	Tasa	N/D	-	P	40.0	435%	Informe Semestral de progreso del MS.
				P(a)	40.0		
				A	9.2		
Tasa de niños/as de 0 a 4 años por cuidador/a capacitado (comunitario o	Tasa	9.7	2014	P	9.0	129%	

Resultado/Indicador	Unidad de Medida	Valor Línea Base	Año Línea Base	Metas y Logro Alcanzado		% Logro	Medios de verificación
profesional) en centros infantiles en municipios priorizados				P(a)	9.0		Encuesta de evaluación de impacto (línea de base 2014 y seguimiento 2018).
				A	8.8		
Escala de Calificación del Ambiente para Infantes y Niños Pequeños (ITERS-R)	Puntaje	1.4	2014	P	-	127%	Encuesta de evaluación de impacto (línea de base 2014 y seguimiento 2018).
				P(a)	2.0		
				A	2.2		
Porcentaje del personal en centros infantiles capacitado en los estándares de calidad y currículo vigente en los municipios priorizados.	%	0	2012	P	75	127%	Informe Semestral de progreso del MS.
				P(a)	75		
				A	94.9		

Productos <sup>27</sup>	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Base	Metas y Resultados		% Logro	Medios de verificación
Componentes 1							
1.1 Personal de Centros Infantiles capacitado en currículo de centros infantiles (educadores comunitarios, facilitadores y nutricionistas)	Personas	0	2012	P	520	103%	Informe PMR.
				P(a)	743		
				A	767		
1.2 Personal de Centros Infantiles operando (facilitadores y nutricionistas)	Personas	0	2012	P	250	102%	Informe PMR.
				P(a)	110		
				A	112		
1.3 Personal especializado capacitado y operando en Salas de Estimulación Temprana - rezago	Personas	0	2012	P	60	101%	Informe PMR.
				P(a)	75		
				A	76		
1.4 Normas y protocolos elaborados y aprobados	Documentos	0	2012	P	2	100%	Informe PMR.
				P(a)	2		
				A	2		

<sup>27</sup> Los valores P y la denominación de los productos en esta tabla provienen de la versión final del PMR en Convergencia, incluyendo cambios realizados en coordinación con SPD en el transcurso de la ejecución del programa, por lo cual los valores P no necesariamente coinciden con los de la MR original del POD.

Productos <sup>27</sup>	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Base	Metas y Resultados		% Logro	Medios de verificación
1.5 Convenios intergubernativos suscritos (MS, GAD (SEDES y SEDEGES), GAM)	Convenios	0	2012	P	1	94%	Informe PMR.
				P(a)	36		
				A	34		
1.6 Diseño de un sistema de seguimiento y monitoreo para SEDES y SEDEGES.	Sistema	0	2012	P	1	0%	Informe PMR.
				P(a)	0		
				A	0		
1.7 Fondo municipal de desarrollo infantil operando	Fondo	0	2012	P	1	0%	Informe PMR.
				P(a)	0		
				A	0		
Componente 2							
2.1 Personal de salud capacitado para la aplicación de protocolos e instrumentos de DIT	Personas	0	2012	P	500	100%	Informe PMR.
				P(a)	707		
				A	707		
2.2 Personal de brigadas móviles DIT operando	Personas	0	2012	P	140	112%	Informe PMR.
				P(a)	180		
				A	202		
2.3 Normas y protocolos sectoriales de DIT revisados y/o complementados	Documentos	0	2012	P	2	100%	Informe PMR.
				P(a)	2		
				A	2		
2.4 Personal de las instituciones sectoriales y locales capacitado en el programa DIT	Personas	0	2012	P	500	216%	Informe PMR.
				P(a)	500		
				A	1079		
2.5 Estrategia de información, educación y difusión del programa aprobada e implementada	Documento	0	2012	P	1	0%	Informe PMR.
				P(a)	0		
				A	0		

Productos <sup>27</sup>	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Base	Metas y Resultados		% Logro	Medios de verificación
Componente 3							
3.1 Pre-inversión de centros infantiles realizada y aprobada	Diseños	0	2012	P	90	100%	Informe PMR.
				P(a)	30		
				A	30		
3.2 Centros infantiles readecuados y/o construidos según estándares	Centros	0	2012	P	90	100%	Informe PMR.
				P(a)	48		
				A	48		
3.3 Centros Infantiles equipados según estándares	Centros	0	2012	P	0	100%	Informe PMR.
				P(a)	50		
				A	50		
3.4 Pre-inversión de salas de rezago realizada y aprobada	Diseños	0	2012	P	40	100%	Informe PMR.
				P(a)	40		
				A	40		
3.5 Salas de estimulación temprana instaladas y equipadas	Salas	0	2012	P	40	100%	Informe PMR.
				P(a)	40		
				A	40		
Componente 4							
4.1 Registro de beneficiarios o puntos de prestación, desarrollado e implementado	Sistema	0	2012	P	1	100%	Informe PMR.
				P(a)	1		
				A	1		
4.2 Evaluación final contratada	Consultoría	0	2012	P	0	0%	Informe PMR.
				P(a)	1		
				A	0		
4.3 Evaluación de impacto y procesos contratada	Consultoría	0	2012	P	1	100%	Informe PMR.
				P(a)	1		
				A	1		

Donde: P = Plan de Arranque; P (a) = Meta Anual Revisada; A = Actual.

### c. Análisis contrafactual<sup>28</sup>

El análisis contrafactual evalúa la contribución del programa al logro de los resultados observados en la Tabla 3. Se busca demostrar que los cambios observados en los indicadores de resultado asociados a cada objetivo específico son atribuibles a las acciones del programa. Para ello, el programa incluyó una evaluación de impacto rigurosa con diseño experimental que permitió aislar el efecto del programa de todos los demás factores que podrían haber afectado los resultados alcanzados. Dado que no todos los indicadores de resultado incluidos en la MR fueron medidos en la evaluación de impacto, el análisis de atribución que se presenta a continuación combina la evidencia rigurosa de la evaluación aleatoria con un análisis conceptual sobre la contribución del programa a los resultados alcanzados con base en la teoría de cambio del programa. Para este análisis complementario, los vínculos entre productos y resultados están respaldados por información sobre los cambios en los productos y resultados antes y después del proyecto y la evidencia internacional que da cuenta de la efectividad de medidas similares para alcanzar los resultados esperados.

#### 1. Mejoras en el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niños menores de cuatro años en municipios priorizados

El objetivo final del programa fue mejorar el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de los niños menores de 4 años en los municipios de intervención. El cumplimiento de este objetivo fue medido por la evaluación de impacto que incluyó mediciones finales de desarrollo de los niños para la modalidad de brigadas móviles<sup>29</sup>. La baja cobertura de la intervención en zonas urbanas impidió la identificación de impactos detectables, por lo que la evaluación se enfocó en las comunidades rurales donde el programa logró mayor cobertura.

Los resultados muestran impactos positivos y significativos del programa en el desarrollo de los niños medido por el puntaje estandarizado del Cuestionario Edades y Etapas (ASQ-III, por sus siglas en inglés): los niños en las comunidades asignadas al tratamiento tuvieron un puntaje de desarrollo global 0.13 desviaciones estándar (DE) mayor al de los niños en las comunidades de control. En particular, se encontraron efectos del programa en las dimensiones de Comunicación (0.18 DE) y Resolución de Problemas (0.15 DE). También se encontraron efectos positivos del programa en la capacidad del niño para reconocer emociones y aprender a manejarlas, medida mediante una subescala de desarrollo socioemocional ([EEO#3](#)).

La evaluación de impacto también muestra que el mecanismo más probable para el logro de los resultados en el desarrollo de los niños fue la mejora en la calidad del ambiente del hogar atribuible al programa. En efecto, dos mediciones, una basada en observación y otra en autoreporte, indican que las visitas domiciliarias lograron crear un ambiente familiar más propicio para el aprendizaje y el desarrollo. Los resultados del inventario HOME que mide la interacción entre el niño y su cuidador muestran que en los hogares del grupo de tratamiento se observó una mayor capacidad de respuesta del cuidador (*responsiveness*) que en los hogares del control. Adicionalmente, el índice de estimulación del niño que mide el grado de participación de los padres o cuidadores en actividades con sus niños se incrementó en aproximadamente 13% en hogares asignados al programa versus hogares de control. Por otro lado, no se observan cambios en otras dimensiones de la calidad del ambiente como las prácticas de disciplina, la

<sup>28</sup> Ver el anexo del Informe de la Evaluación de Impacto para una descripción detallada de la metodología y los resultados de la evaluación de impacto.

<sup>29</sup> Para la modalidad de centros infantiles, se decidió no hacer mediciones finales de desarrollo dado el corto tiempo de exposición de los niños a las mejoras estructurales (infraestructura, equipamiento, normativas, personal) y de procesos (interacciones adulto-niños mediante capacitaciones y acompañamiento por facilitadores) en los centros.

presencia de reglas y rutinas o las prácticas de cuidado ([EEO#3](#)). Estos resultados son consistentes con las áreas en las que el programa intervino, de acuerdo con sus objetivos y los contenidos de cada visita.

## **2. Mejoras en el acceso a servicios de DIT en niños menores de cuatro años en municipios priorizados (objetivo específico 1)**

El primer objetivo específico del programa fue mejorar el acceso a servicios de DIT para niños menores de cuatro años. Para evaluar el logro del cumplimiento de este objetivo se seleccionaron dos indicadores de resultado. A continuación, se presenta el análisis de atribución para cada uno de ellos.

- *Resultado 1. Cobertura absoluta en DIT de niños/as de 0 a 4 años en municipios priorizados*

El programa implementó dos modalidades nuevas de intervención para prestar servicios DIT a la población beneficiaria: visitas domiciliaria y salas de estimulación temprana. Con ambas modalidades se logró beneficiar a 17,810 niños en las comunidades y barrios de intervención, según detallado en la sección “Resultados alcanzados”. Para el análisis de atribución, la evaluación de impacto midió el efecto causal del programa en la cobertura de servicios de DIT, medida como el porcentaje de niños menores de cuatro años que recibió algún tipo de atención en DIT, ya sea en centros infantiles, visitas domiciliarias, salas de estimulación o cualquier otra atención especializada para mejorar su lenguaje, motricidad o aprendizaje. Los resultados muestran que, en área rural, el programa incrementó la cobertura de servicios de DIT en 32 puntos porcentuales, respecto a las comunidades del grupo de control. Este incremento se debió sobre todo al aumento de la cobertura de las visitas domiciliarias que pasaron de 2% en las comunidades sin programa a 41% en las comunidades con programa ([EEO#3](#)).

- *Resultado 2. Beneficiarios/as de 0 a 4 años incluidos en el registro nacional de DIT*

Entre sus productos, el programa contemplaba el desarrollo e implementación de un registro nacional de DIT. Como descrito en [EEO#6](#) (bajo producto 4.1), si bien el desarrollo de un sistema informático de registro recién fue concluido al finalizar el proyecto, el programa desarrolló e implementó un registro propio de beneficiarios con el propósito de monitorear la cobertura de sus prestaciones en las modalidades de salas de estimulación y visitas domiciliarias. En este registro se logró incorporar un total de 11,060 niños. Al estar directamente ligado a la implementación del registro, este resultado es directamente atribuible al programa.

## **3. Mejoras de calidad de los servicios de DIT existentes para niños menores de cuatro años en municipios priorizados (objetivo específico 2)**

El segundo objetivo específico fue mejorar la calidad de los servicios de DIT existentes. El seguimiento a este indicador se realizó a través de tres indicadores de resultado para los cuales se presenta el análisis de atribución.

- *Resultado 3. Tasa de niños/as de 0 a 4 años por personal calificado DIT bajo AIEPI Nut Comunitario en municipios priorizados*

El programa tenía como meta atender a 40 niños por cada brigadista comunitario y alcanzó una meta de 9,2 niños. En términos de calidad, este valor representa una mejora considerable

respecto a la meta originalmente planteada, ya que una menor carga de niños por personal calificado está asociado a una mejor calidad de atención. Tomando en cuenta que las comunidades de control, la cobertura de la atención bajo la modalidad de visitas domiciliarias es casi nula (2%) ([EEO#3](#)), el resultado para este indicador puede ser atribuible completamente a la existencia del programa.

- *Resultado 4. Tasa de niños/as de 0 a 4 años por cuidador/a capacitado (comunitario o profesional) en centros infantiles en municipios priorizados*

El tamaño del grupo de niños a cargo de cada cuidador es un factor que puede afectar la calidad de procesos del ambiente de cuidado y aprendizaje en los centros infantiles. Esto se debe a que los niños pequeños demandan más atención individualizada puesto que dependen en mayor medida del cuidador para iniciar una interacción (Howes, Phillips, and Whitebook 1992).

De acuerdo con los datos de las encuestas de línea de base y seguimiento del programa, después del programa el número de niños por cada cuidador en los centros infantiles bajó de 9,7 a 8,8, mientras que en los centros de control subió de 10,0 a 10,2 ([EEO#2](#)). Este resultado de comparación ex ante versus ex post sugiere un impacto positivo del programa en la calidad de atención. Adicionalmente, los resultados de la evaluación de impacto experimental muestran que el programa redujo el número promedio de niños por cuidador en 2 niños, utilizando el número de niños inscritos para calcular el indicador<sup>30</sup>. Este resultado es atribuible al programa, ya que en 33 de los 36 municipios intervenidos se gestionaron convenios con el ministerio que incluían compromisos de dotación de los centros infantiles con un mínimo de personal educativo (cuidadores comunitarios) a cargo del presupuesto público municipal, lo que evitó la reducción usual de dicho personal en comparación con los centros en municipios no intervenidos (ver sección “Resultados no anticipados”).

- *Resultado 5. Porcentaje del personal en centros infantiles capacitado en los estándares de calidad y currículo vigente en los municipios priorizados*

El programa llevó a cabo varios talleres de capacitación para facilitadores y educadores de los centros infantiles en los que se dotó de guías para estructurar y mejorar el contenido curricular y la calidad de la interacción entre el adulto y los niños. Como fue detallado en la sección “Resultados alcanzados”, el programa cambió una metodología de capacitación directa por un esquema de capacitación “en cascada”, en el que los facilitadores que habían participado en los talleres iniciales realizaban la capacitación de las educadoras en los centros infantiles asignados. Con este esquema se logró un elevado porcentaje de personal en centros capacitado (95%). Dado que el programa estuvo a cargo del desarrollo de las guías y la realización de los talleres, el logro de este resultado puede atribuirse directamente a esta intervención. Adicionalmente, la evaluación de impacto midió el efecto del programa en la probabilidad de que el personal haya recibido una capacitación sobre desarrollo infantil temprano en los últimos tres años. Los resultados muestran que esta probabilidad aumentó en 12 puntos porcentuales gracias al programa, lo que representa una mejora de 23% respecto a los centros del grupo de control ([EEO#2](#)).

---

<sup>30</sup> El impacto estimado es estadísticamente significativo a niveles de confianza de 5%.



- *Otros resultados de calidad relevantes: Puntaje de las Escalas ITERS-R y CIS*

Uno de los indicadores clave de la evaluación de impacto para medir mejoras en la calidad de los servicios existentes en centros infantiles fue la Escala ITERS-R. Este instrumento ha sido ampliamente evaluado y utilizado en la región para la medición de aspectos estructurales y de procesos de la calidad, abarcando siete dimensiones mediante puntajes desagregados por dimensión y promedios agregados en una escala de 1 al 7 (ver sección “Resultados alcanzados”). La evaluación demostró que, respecto al grupo de control, el programa mejoró significativamente la calidad de atención del centro (62%) y que esta mejora fue mayor en los centros donde se implementaron, además de los apoyos de personal y capacitación, las mejoras en infraestructura y equipamiento. En cuanto a las dimensiones específicas de calidad, el programa tuvo los efectos más grandes (en términos relativos) en aquellas relacionadas a disponibilidad de espacio y mobiliario (72%), calidad de interacción entre cuidadora y niño (75%), y estructura del programa de trabajo en el centro (105%) (en [EEO#2](#)).

Dado el aspecto innovador de la intervención en cuanto a la dotación de personal especializado de apoyo y capacitación en centros infantiles, la evaluación de impacto hizo énfasis en evaluar el impacto del programa en variables de proceso. Para ello, se complementó la medición del ITERS-R con la Escala de Interacción del Educador (CIS, por las siglas en inglés) que evalúa a los cuidadores en su “sensibilidad, severidad, indiferencia y permisividad” en las interacciones con los niños. Los resultados muestran que el programa incrementó la sensibilidad y redujo el nivel de desapego o indiferencia en las interacciones ([EEO#2](#)).

#### **d. Resultados no anticipados**

En su diseño original, el programa no esperaba afectar de manera directa la cobertura de los servicios en centros infantiles (más allá de los posibles efectos indirectos vía un incremento de demanda por parte de las familias debido a la percepción de mejor calidad de atención). Sin embargo, el principal resultado no anticipado del programa fue su contribución a que los centros infantiles permanezcan abiertos, afectando de esta forma la cobertura de estos servicios y la sostenibilidad de los centros. En particular, la evaluación de impacto encontró que el programa tuvo un impacto positivo en la sobrevivencia de los centros infantiles; es decir, en la probabilidad de que los centros infantiles permanezcan en funcionamiento. Con base en la información de las encuestas de línea de base y de seguimiento, fue posible comparar la proporción de centros que dejaron de funcionar entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, encontrándose que los primeros tuvieron una menor proporción de centros cerrados que los segundos. En efecto, el programa incrementó la probabilidad de que un centro se encuentre abierto en 40 puntos porcentuales respecto a los centros sin programa (87% versus 47%) ([EEO#2](#)). Este fue un efecto importante no anticipado del programa que está directamente relacionado al objetivo específico de mejorar el acceso a servicios de DIT, ya que la cobertura de servicios de centros infantiles habría disminuido sin la intervención del programa.

### **2.3 Eficiencia**

Para medir la eficiencia del programa, se realizó un análisis costo-beneficio (ACB) para las tres modalidades de intervención ([EEO#1](#)). El análisis económico agregado muestra resultados de eficiencia positivos con una tasa de retorno de 15% y un *ratio* beneficio/costo de 1,64. Para complementar el ACB e informar sobre la relevancia económica del programa, también se realizaron análisis de costo-efectividad que muestran el costo por unidad de resultado alcanzado. Este análisis complementario se basa en los resultados de la evaluación de impacto sobre los

efectos de corto plazo del programa en indicadores de desarrollo infantil y calidad de la atención en centros infantiles.

Los resultados del ACB muestran que el programa es económicamente rentable a nivel global, mostrando ratios beneficio-costos mayores a 1, implicando que los costos asociados al programa son inferiores a los beneficios generados. En línea con el análisis económico *ex ante* del programa, los beneficios provienen de las mejoras en ingresos futuros de la población beneficiaria. Dado que la evaluación de impacto no provee mediciones de efectos de largo plazo, los beneficios en ingresos fueron estimados con base en una revisión de la literatura reciente en la que se identificaron parámetros de beneficio según la modalidad de intervención. Los costos considerados incluyen tanto costos operativos directos como de gestión.

De acuerdo con el análisis de sensibilidad, la razón beneficio/costo disminuye ante cambios en las dos variables críticas consideradas -los parámetros de impacto del programa y la remuneración base de los beneficiarios-, sin embargo, aún presenta valores superiores a uno, confirmando la viabilidad económica del programa a nivel global. Un tercer escenario de sensibilidad considera cambios en la definición de beneficiarios del programa en la modalidad de salas de rezago, excluyendo aquellos niños atendidos en las salas pero que, al no presentar rezagos en el desarrollo, no recibieron una intervención intensiva. Este último escenario sí plantea un impacto negativo sobre la rentabilidad. Las tres modalidades de intervención que forman parte del programa presentan características específicas y diferentes en cuanto a los tiempos de implementación y los efectos en los beneficiarios. El ACB de las intervenciones de manera individual muestra el efecto negativo de los elevados costos de infraestructura y bajo número de beneficiarios sobre las estimaciones de rentabilidad económica, en particular para la modalidad de centros infantiles. Asimismo, los resultados del programa son sensibles ante cambios en la tasa de descuento. De manera convencional, la tasa de descuento que se aplica es de 12%. Sin embargo, otros proyectos sociales que incluyen componentes de infraestructura aplican una tasa de descuento del 3%. Si consideramos esta nueva tasa de descuento, la rentabilidad individual para las tres modalidades de intervención es mayor a 1.

El análisis de costo efectividad (ACE) se basa en relacionar los resultados o beneficios obtenidos con una intervención (denominador) con los costos asociados a ese resultado (numerador). Para este reporte se estimó el *ratio* de costo-efectividad para las modalidades de centros infantiles y visitas domiciliarias. El cálculo de costo-efectividad utiliza como insumo clave los resultados de la evaluación de impacto del programa. El resultado del análisis de costo-efectividad en centros infantiles muestra un costo total de US\$12.2 millones, lo que corresponde a un costo promedio por centro de cerca de US\$154 mil. Considerando un impacto estimado del programa de 0.881 puntos en la escala de calidad ITERS-R, el *ratio* de costo efectividad es de US\$174.8 mil, indicando que un aumento de 1 punto en la escala ITERS-R cuesta en promedio US\$174.8 mil dólares. En el caso de visitas domiciliarias en área rural, los resultados muestran que el costo promedio por niño beneficiario fue de US\$2,627, mientras que el costo promedio por visita fue de US\$64.3. Considerando un impacto del programa de 0.126 desviaciones estándar en el puntaje global del ASQ-3, el *ratio* de costo efectividad indica que mejorar el puntaje z global del ASQ en una desviación estándar costaría en promedio US\$ 20.8 mil por cada niño beneficiario. Los detalles de cada análisis se encuentran en [EEO#1](#).

Por otro lado, como puede observarse en la Tabla 3, el programa, en general, tuvo un desempeño “satisfactorio” según la metodología utilizada por el banco para evaluar el desempeño de los proyectos durante su ejecución. Este índice sintético de desempeño se calcula con base en el índice de desempeño del cronograma inicial (SPI) e índice de desempeño del cronograma anual (SPI(a)), y al índice de desempeño de costos inicial (CPI) e índice de desempeño de costos anual (CPI(a)). Estos índices miden las desviaciones en términos de costo y tiempo, comparado con la planificación física y financiera original y anual, y se los considera satisfactorios (S) cuando se encuentran en un rango entre 0,8 y 2.

**Tabla 3. SPI, SPI anual, CPI y CPI anual**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>SPI</b>	1	0.14	0.16	0.33	0.46	0.86	1.07
<b>SPI (a)</b>	1	0.14	1.37	0.78	0.68	0.99	1.03
<b>CPI</b>	1	1.79	1.74	1.47	1.28	1.07	1.2
<b>CPI (a)</b>	1	1.79	1.19	1.12	1.06	1.16	1.04
<b>Clasificación</b>	S	A	S	S	S	S	S

En el año 2013 hubo un desvío significativo a nivel de cronograma, resultando en una clasificación de “alerta” (A), porque costó que la unidad ejecutora se establezca e inicie las actividades planificadas ese año, que fue el primer año luego de la elegibilidad lograda hacia finales de 2012. Posteriormente, a nivel de cronograma se fue convergiendo hacia lo inicialmente planificado y se aproximó a la planificación anual. No obstante, lo anterior, es importante resaltar que, como se mencionó en otras partes de este informe, si bien se lograron la mayoría de los productos establecidos, la secuencia de éstos no fue la óptima, afectando sin duda en la eficiencia del programa. Por ejemplo, se tenía prevista la implementación completa del programa por dos años, lo que incluía infraestructura, equipamiento, guías y protocolos, además de la capacitación del personal en las tres modalidades, sin embargo, en la realidad la infraestructura y equipamiento de centros infantiles estuvo disponible recién a finales de 2017, por lo que la implementación “completa” en esta modalidad recién pudo realizarse hacia el cierre del programa.

Tomando en cuenta los resultados del análisis costo beneficio y el análisis del índice de desempeño, el programa alcanzó una calificación de satisfactorio (S) según los criterios de evaluación del desempeño utilizados por el Banco.

**Tabla 4. Costos del Proyecto**

**Componente 1: Implementación de servicios complementarios de Desarrollo Infantil Temprano (DIT)**

Componente 1: Implementación de servicios implementarios de Desarrollo Infantil Temprano (DIT)											
N°	Productos	Fin del Proyecto	Ejecutado Real	US\$	Año						Costo
					2013	2014	2015	2016	2017	2018	
P 1.1	Personal de Centros Infantiles capacitado en currículo de centros infantiles (educadores comunitarios, facilitadores y nutricionistas)	563,917	563,917	Planificado	4,000	160,000	204,000	-	-	-	368,000
				P(a)	4,000	280,000	228,000	91,113	35,000	0	563,917
				Ejecutado	-	140,000	422,241	1,676	-	-	563,917
P 1.2	Personal de Centros infantiles operando (facilitadores y nutricionistas)	2,430,420	2,423,460	Planificado	-	2,500,000	2,520,760	374,380	-	-	5,395,140
				P(a)	-	3,000	1,275,219	1,224,149	1,593,462	297,254	2,430,420
				Ejecutado	-	16,787	154,615	865,259	1,096,505	290,295	2,423,460
P 1.3	Personal especializado capacitado y operando en Salas de Estimulación Temprana - rezago	2,293,352	2,341,344	Planificado	-	546,000	537,000	537,000	-	-	1,620,000
				P(a)	-	-	554,811	1,021,056	1,000,144	301,031	2,293,352
				Ejecutado	-	194,333	609,818	638,046	550,124	349,023	2,341,344
P 1.4	Normas y protocolos elaborados y aprobados	280,000	188,593	Planificado	3,000	272,000	155,000	-	-	-	430,000
				P(a)	3,000	250,000	250,000	223,320	200,000	100,000	280,000
				Ejecutado	-	180,000	-	-	-	8,593	188,593
P 1.5	Convenios intergubernativos suscritos (MS, GAD (SEDES y SEDEGES), GAM)	35,380	31,803	Planificado	8,000	22,000	-	-	-	-	30,000
				P(a)	8,000	14,000	8,776	8,000	12,000	7,662	35,380
				Ejecutado	-	21,224	1,814	342	4,337	4,086	31,803
P 1.6	Diseño de un sistema de seguimiento y monitoreo para SEDES y SEDEGES	-	-	Planificado	-	-	120,000	172,286	-	-	292,286
				P(a)	-	-	110,000	84,000	15,000	-	-
				Ejecutado	-	-	-	-	-	-	-
P 1.7	Fondo municipal de desarrollo infantil operando	17,163	17,163	Planificado	-	471,579	1,129,000	-	-	-	1,600,579
				P(a)	-	-	89,755	-	-	-	17,163
				Ejecutado	-	8,286	8,878	-	-	-	17,163
	Subtotal componente 1	5,620,231	5,566,281	Σ Planificado	15,000	3,971,579	4,665,760	1,083,666	0	0	9,736,005
				Σ P(a)	15,000	547,000	2,516,561	2,651,638	2,855,606	705,947	5,620,231
				Σ Ejecutado	0	560,629	1,197,365	1,505,324	1,650,967	651,997	5,566,281

**Componente 2: Fortalecimiento de servicios existentes en el sector salud**

Componente 2: Fortalecimiento de servicios existentes en el sector salud											
N°	Productos	Fin del Proyecto	Ejecutado Real	US\$	Año						Costo
					2013	2014	2015	2016	2017	2018	
P 2.1	Personal de salud capacitado para la aplicación de protocolos e instrumentos de DIT	77,000	52,610	Planeado	-	6,000	54,000	-	-	-	60,000
				P(a)	-	-	54,000	18,000	35,000	27,219	77,000
				Real	-	-	42,000	-	7,781	2,829	52,610
P 2.2	Personal de brigadas móviles DIT operando	3,057,767	3,283,749	Planeado	-	1,676,945	1,279,516	-	-	-	2,956,461
				P(a)	-	-	1,287,003	2,006,810	1,728,028	513,011	3,057,767
				Real	-	122,941	506,930	700,410	1,214,475	738,993	3,283,749
P 2.3	Normas y protocolos sectoriales de DIT revisados y complementados	277,539	289,674	Planeado	5,000	325,000	-	-	-	-	330,000
				P(a)	5,000	-	100,000	52,461	-	-	277,539
				Real	-	-	277,539	-	-	12,136	289,674
P 2.4	Personal de las instituciones sectoriales y locales capacitado en el programa DIT	10,000	-	Planeado	-	-	68,000	-	-	-	68,000
				P(a)	-	-	-	68,000	10,000	10,000	10,000
				Real	-	-	-	-	-	-	-
P 2.5	Estrategia de información, educación y difusión del programa aprobada e implementada	125,913	65,912	Planeado	-	30,000	120,000	-	-	-	150,000
				P(a)	-	-	70,000	96,252	72,165	60,001	125,913
				Real	-	-	53,748	-	12,164	-	65,912
	Subtotal componente 2	3,548,218	3,691,946	Σ Planificado	5,000	2,037,945	1,521,516	0	0	0	3,564,461
				Σ P(a)	5,000	0	1,511,003	2,241,523	1,845,193	610,231	3,548,218
				Σ Ejecutado	0	122,941	880,216	700,410	1,234,421	753,958	3,691,946

**Componente 3: Mejoramiento de infraestructura**

N°	Productos	Fin del Proyecto	Ejecutado Real	US\$	Año						Costo
					2013	2014	2015	2016	2017	2018	
P 3.1	Pre-inversión de centros infantiles realizada y aprobada	251,926	251,926	Planeado	35,701	268,136	-	-	-	-	303,837
				P(a)	35,701	-	100,000	231,764	-	-	251,926
				Real	6,000	-	31,490	214,436	-	-	251,926
P 3.2	Centros infantiles readecuados y/o construidos según estándares	6,947,854	6,947,854	Planeado	-	547,413	2,046,850	2,165,853	-	-	4,760,116
				P(a)	-	-	-	2,300,000	6,282,301	-	6,947,854
				Real	-	-	-	1,271,441	5,676,413	-	6,947,854
P 3.3	Centros infantiles equipados según estándares	815,178	815,178	Planeado	-	-	-	-	-	-	0
				P(a)	-	-	-	241,000	919,432	-	815,178
				Real	-	-	-	-	815,178	-	815,178
P 3.4	Pre-inversión de salas de rezago realizada y aprobada	0	0	Planeado	20,303	81,212	-	-	-	-	101,516
				P(a)	20,303	-	-	-	-	-	0
				Real	-	-	0	-	-	-	0
P 3.5	Salas de estimulación temprana instaladas y equipadas	820,183	820,183	Planeado	-	278,322	636,164	675,924	-	-	1,590,410
				P(a)	-	-	860,000	36,687	6,402	-	820,183
				Real	-	-	787,365	26,416	6,402	-	820,183
	Subtotal componente 3	8,835,141	8,835,141	SumPlan	56,004	1,175,084	2,683,014	2,841,777	-	-	6,755,879
				P(a)	56,004	-	960,000	2,568,451	7,208,135	-	8,835,141
				SumReal	6,000	-	818,855	1,512,293	6,497,993	-	8,835,141

**Componente 4: Seguimiento y evaluación**

N°	Productos	Fin del Proyecto	Ejecutado Real	US\$	Año						Costo
					2013	2014	2015	2016	2017	2018	
P 4.1	Registro de beneficiarios o puntos de prestación, desarrollado e implementado	142,523	75,594	Planeado	-	218,000	-	-	-	-	218,000
				P(a)	-	-	-	54,500	142,523	142,523	142,523
				Real	-	-	-	-	-	75,594	75,594
P 4.2	Evaluación final contratada	0	-	Planeado	-	-	-	50,000	-	-	50,000
				P(a)	-	-	-	-	10,000	-	0
				Real	-	-	-	-	-	-	-
P4.3	Evaluación de impacto y procesos contratada	560,846	423,733	Planeado	-	-	-	100,000	350,000	-	450,000
				P(a)	-	-	17,755	90,802	250,005	502,464	560,846
				Real	-	10,308	20,644	6,475	20,955	365,351	423,733
	Subtotal componente 4	703,369	499,327	Σ Planificado	-	218,000	-	150,000	350,000	-	718,000
				Σ P(a)	-	-	17,755	145,302	402,528	644,987	703,369
				Σ Ejecutado	-	10,308	20,644	6,475	20,955	440,945	499,327

**Componente 5: Administración y gestión**

N°	Productos	Fin del Proyecto	Ejecutado Real	US\$	Año						Costo
					2013	2014	2015	2016	2017	2018	
A	Equipo de la Unidad Ejecutora/coordinadora y personal departamental	1,335,490	1,145,785	Planeado	34,914	289,286	347,466	98,415	-	-	770,081
				P(a)	34,914	160,000	264,678	347,224	489,904	345,802	1,335,490
				Real	60,403	183,483	273,409	244,613	227,779	156,097	1,145,785
B	Auditoria	150,000	143,514	Planeado	-	20,000	40,000	40,000	-	-	100,000
				P(a)	-	10,000	30,000	50,000	63,621	52,629	150,000
				Real	-	10,513	12,009	33,857	40,991	46,144	143,514
C	Administración FPS	618,353	618,353		2,800	58,754	134,151	159,869	-	-	355,574
					2,800	5,000	67,200	200,000	377,411	-	618,353
					-	-	71,325	219,434	327,594	-	618,353
	Subtotal componente 5	2,103,842	1,907,651	Σ Planificado	37,714	368,040	521,617	298,284	-	-	1,225,655
				Σ P(a)	37,714	175,000	361,878	597,224	930,936	398,431	2,103,842
				Σ Ejecutado	60,403	193,997	356,743	497,904	596,364	202,240	1,907,651

TOTAL	20,810,802	20,500,346	Σ Planificado	113,718	7,770,648	9,391,907	4,373,727	350,000	-	-	22,000,000
			Σ P(a)	113,718	722,000	5,367,197	8,204,138	13,242,398	2,359,596	-	20,810,802
			Σ Ejecutado	66,403	887,874	3,273,823	4,222,406	10,000,699	2,049,140	-	20,500,346

## **2.4 Sostenibilidad**

### **a. Aspectos Generales de Sostenibilidad**

Como contribución clave a la mejora observada de calidad de procesos, el programa posibilitó la contratación de personal especializado en las tres modalidades de atención, su capacitación en cascada y su acompañamiento y supervisión. Pero sobre todo aportó el desarrollo de normas y guías que garantizan estándares mínimos de calidad y no existían previamente a la intervención (ver Sección 2.2.b sobre Resultados alcanzados - Productos). En el caso de centros infantiles y brigadas móviles, estas normas se basan en intervenciones probadas con evidencia (Grantham-McGregor et al., 1991), y fueron evaluadas exitosamente en el contexto del programa (ver [EEO#2](#) y [EEO#3](#)). En base a la literatura internacional, se espera que los efectos de estas intervenciones, sobre las poblaciones beneficiadas por el programa, sean sostenidos en el tiempo en relación con logros educativos, de ingreso y bienestar en la adultez<sup>31</sup>.

El hecho que las normas para salas de estimulación temprana, brigadas móviles y la norma transversal de vigilancia de desarrollo infantil para los servicios de salud se convirtieron en política pública mediante la aprobación por Resoluciones Ministeriales, es una señal alentadora a favor de la sostenibilidad futura de estas intervenciones y sus efectos potenciales, en el caso de su continuidad o replicación. Asimismo, el sector incluyó el desarrollo infantil temprano entre sus metas institucionales del “Plan Estratégico Institucional 2016-2020” bajo el Objetivo Estratégico #1 y el Resultado 8. Luego del cierre del programa, los componentes introducidos en las modalidades de atención de visitas domiciliarias y centros infantiles, incluyendo los nuevos contenidos curriculares y perfiles adicionales de personal, deberán ser adoptados y mantenidos por los gobiernos municipales.

En el caso de las salas de estimulación - por su naturaleza clínica de diagnóstico y tratamiento y su característica operativa de implementación desde los centros de salud – las intervenciones del programa, a pesar de no contar con evidencia de evaluaciones de impactos que las respalden, cuentan con un nivel de apropiación natural por parte del sector salud que podría facilitar su continuidad o replicabilidad.

A pesar de los logros y aportes mencionados, al final del programa quedan pendientes los siguientes aspectos a incluir en un plan de implementación de las intervenciones de forma general: (i) los estándares y guías desarrollados para centros infantiles aún no se han convertido en política pública sectorial, lo que garantizaría la continuidad del diseño de la intervención propuesta a mediano-largo plazo, posteriormente al cierre del préstamo; y (ii) también persiste el reto de contar con una política nacional e intersectorial de desarrollo integral de la primera infancia y de una instancia rectora, operativa y coordinadora intersectorial para el desarrollo infantil temprano al nivel del gobierno central. Sin embargo, existen algunos actores importantes en la sociedad civil (ONG) y la academia que trabajan en el tema y que estarán involucrados en un plan de socialización y difusión de los logros alcanzados y actividades que buscarán garantizar la sostenibilidad de las intervenciones y su diseño.

### **b. Salvaguardias Ambientales y Sociales**

Respecto a las salvaguardias ambientales, durante el diseño de la operación no se identificó ningún potencial impacto ambiental o social negativo, ya que la operación contemplaba solamente adecuación y adaptación de infraestructura para centros infantiles y salas de

---

<sup>31</sup> Walker et al., 2011; Gertler et al., 2014.



estimulación temprana, por lo que recibió una clasificación “C”, de acuerdo con la Política de Salvaguardia de Medio Ambiente (OP-703).

Dado que al momento del diseño de la operación no se contaba con la cartera final de los proyectos en centros infantiles en los municipios elegibles y no existía información sobre la calidad y característica de la infraestructura de centros infantiles en Bolivia, el Banco apoyó con un relevamiento de información de campo minucioso de los espacios donde estaban funcionando los centros. Se evidenció que muchos centros operaban bajo condiciones e infraestructura tan precarias que no sería posible o costo-eficiente refaccionar la infraestructura existente ya que esto no permitiría cumplir con los estándares mínimos de calidad que el programa estaba elaborando para una futura acreditación de centros infantiles (por ejemplo, en caso de chozas de adobe o piedra sin ventanas o centros muy pequeños ubicados en un terreno angosto). En 34% de los centros seleccionados se requería una reconstrucción completa en el lugar, mientras que en otro 34% era necesaria la mudanza del centro a un nuevo terreno que cumpliera con las condiciones necesarias para un diseño prototipo de infraestructura que cumpla con los estándares mínimos definidos para el cuidado de niños pequeños. En el restante de los casos era posible realizar una refacción y/o ampliación en el predio existente.

En consecuencia, como parte del Contrato Modificatorio No. 1 (CM 1) de 2015, el MS, a través del MPD, solicitó, entre otros, la ampliación del alcance de las intervenciones de infraestructura en centros infantiles elegibles bajo el Componente 3, para incluir las siguientes actividades: refacción, remodelación, ampliación, reconstrucción o nueva construcción (incluyendo mejoras en servicios básicos y seguridad) y equipamiento de centros infantiles existentes. Como consecuencia de la ampliación del alcance, en el CM 1 se incluyó el literal (b) en la Cláusula 3.04, en la que se estableció que el ejecutor debía entregar el Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) para la aprobación del Banco. El PGAS incluiría las medidas y acciones pertinentes para mitigar, controlar y evitar los impactos y riesgos ambientales, sociales y de seguridad y salud ocupacional que se pudieran presentar durante las etapas de construcción y operación de la infraestructura. Las medidas del plan serían implementadas en todas las obras correspondientes (refacción remodelación, ampliación, reconstrucción, nueva construcción, además de servicios básicos y equipamiento) a centros infantiles en el Componente 3 del programa.

El PGAS presentado por el Ejecutor indica que, en función del nivel de impacto y riesgo socio-ambiental con base a la normativa nacional, a cada centro intervenido corresponde una de las siguientes categorías: (i) categoría 4, por la ubicación en área urbana autorizada (municipios urbanos como el de Potosí), que se refiere a actividades con impactos ambientales conocidos al interior de un área ya intervenida por actividad antrópica; o (ii) categoría 3, por la ubicación fuera de área urbana autorizada (municipios rurales como el de Tarvita, en el departamento de Chuquisaca), pero el sector ya ha sido intervenido antrópicamente, y se refiere a actividades con impactos ambientales no significativos, ya conocidos, en un área intervenida, pero que no cuenta con todos los medios o la infraestructura para el manejo de los impactos ambientales. En ambos casos se requeriría la presentación de la Ficha Ambiental y, una vez efectuada la categorización, la solicitud del Certificado de Dispensación Categoría 4 (CD-C4) o 3 (CD-C3), que tiene carácter de licencia ambiental.

Como actividades post cierre del programa y en paralelo a la tramitación de PCR, se prevé realizar un diagnóstico por parte del Banco para evaluar formalmente el cumplimiento del PGAS en cada centro intervenido.

Con relación a las salvaguardias sociales, durante la ejecución del programa se veló por el cumplimiento de la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP-765), en lo que respecta a

pertinencia cultural y a la adecuación intercultural de los servicios de DIT y de las modalidades de entrega de éstos para proteger la cultura, identidad, leguaje y conocimiento tradicional indígena. Particularmente, los materiales curriculares y de capacitación fueron diseñados tomando en cuenta aspectos de interculturalidad y fueron producidos en el idioma local, además del castellano. Por ejemplo, para la intervención de brigadas móviles, se tomaron en cuenta canciones infantiles en el idioma nativo. Asimismo, los brigadistas comunitarios fueron personas de la misma comunidad, a quienes se capacitó en temas de desarrollo infantil temprano, para que puedan garantizar que los servicios sean pertinentes para la cultura e idioma local y tener mayor y mejor aceptación por parte de la comunidad.

### **III. CRITERIOS NO CENTRALES**

#### **3.1 Desempeño del Banco**

Durante el diseño y la aprobación del préstamo, el Banco aseguró una alta calidad técnica del programa. En este contexto destacan el enfoque del diseño en la calidad de los servicios (antes de la expansión de cobertura) y el énfasis en la integralidad de las intervenciones consideradas y del enfoque multidimensional del desarrollo infantil, los cuales se reflejan en los objetivos, indicadores de impacto y estructura de los componentes del programa.

Sin embargo, frente al contexto institucional del ejecutor, el carácter innovador de las intervenciones de desarrollo infantil temprano para el sector salud y la respectiva falta de experticia técnica, el diseño de la creación y/o mejora de tres diferentes modalidades de atención resultó ser ambicioso y complejo. La concentración del equipo ejecutor en una sola modalidad (salas, centros o brigadas), implementada a mayor escala, probablemente hubiera logrado una ejecución más oportuna, mayor tiempo de implementación operativa y mayor probabilidad de lograr la sostenibilidad de las inversiones. La dispersión de los esfuerzos en múltiples actividades y retos paralelos puede haber limitado la operación y efectividad del programa.

Con relación al grado de madurez de la preparación del programa para la implementación, una mayor inversión de recursos y tiempo de preparación hubiera permitido realizar la selección previa de los centros infantiles a intervenir, el análisis del estado legal de los terrenos y del estado de las edificaciones existentes. Así se hubiera evitado el incumplimiento de supuestos en la lógica vertical y la reducción del número de centros previstos a intervenir.

Durante la ejecución del programa, el equipo del Banco realizó no solamente una supervisión de la implementación sino un acompañamiento cercano y apoyo sustancial durante toda la ejecución del programa, velando por el logro de los compromisos y productos planificados en cada gestión, a través del apoyo continuo al equipo ejecutor en la elaboración y/o revisión de términos de referencia, productos de consultoría, apoyo fiduciario y de planificación. Asimismo, considerando la alta rotación de personal, el Banco asumió el rol de memoria histórica del programa ante los nuevos equipos y autoridades en el ministerio.

Tras la resolución definitiva de algunos contratos de consultorías de firmas previstas a elaborar insumos críticos para la implementación o mejora de las tres modalidades de atención en forma de contenidos, normas o guías, el Banco, a través de asistencia técnica no reembolsable, contrató a expertos externos que apoyen al programa en el desarrollo de productos clave requeridos para las intervenciones.

De esta manera, a través de las Cooperaciones Técnicas BO-T1114, BO-T1159, BO-T1208 y BO-T1214 se apoyó con asistencia técnica sustancial a la implementación del programa,



incluyendo el financiamiento de varias consultorías individuales contratadas para realizar, entre otros: (i) el diagnóstico de servicios sociales existentes para niños a nivel nacional y el marco normativo e institucional para DIT; (ii) la implementación inicial del equipo ejecutor; (iii) el diseño y desarrollo técnico y operacional de contenidos, estándares de calidad, protocolos y guías de atención para las diferentes modalidades de atención; (iv) asesoría a través de un panel de expertos en DIT; y (v) el apoyo al diseño conceptual y operativo de la evaluación de impacto (diseño de muestreo, desarrollo de cuestionarios, recopilación de datos y aseguramiento de calidad del trabajo de campo).

Por el lado del FPS, el Banco también estuvo apoyando continuamente en la definición de aspectos técnicos para el desarrollo de los estándares de infraestructura para las salas de estimulación temprana y para los centros infantiles. Asimismo, se realizó un seguimiento estrecho en la supervisión de obras, para que todos los lineamientos conceptuales y técnicos desarrollados se vean reflejados en las obras.

### **3.2 Desempeño del Prestatario**

Al preparar el presente documento de PCR, el ejecutor ha incumplido las cláusulas contractuales relevantes del cierre del programa, incluyendo cláusula 4.08 de las Estipulaciones Especiales (EE) sobre la asignación de 100 ítems que garantizarían la sostenibilidad de partes clave del programa y las fechas límite establecidas en el artículo 4.09 de las Normas Generales (NG) para el cierre financiero. Asimismo, en varias ocasiones durante la ejecución del programa hubo alguna información incompleta en la entrega de los informes semestrales establecidos bajo la cláusula contractual 5.01(b) de las EE, incluyendo el primer informe de mantenimiento de obras según cláusula 4.02(b) de las EE. Por ejemplo, recién en 2019, mediante una ayuda memoria especial, el ejecutor reportó por primera vez el avance de los indicadores de resultados del programa. Para el cierre de la operación, como ya no se contaba con el personal técnico y fiduciario, la UDIT no logró enviar en tiempo el último informe semestral.

En este sentido, con relación a aspectos de cumplimiento contractual y sostenibilidad del programa, aún hay acciones pendientes y espacio para aumentar el cumplimiento de compromisos adquiridos por parte del ejecutor. Parte de la explicación de fondo de esta situación podría estar vinculada con la apropiación y compromiso político con el área de desarrollo infantil temprano de las autoridades del sector salud y del gobierno central en general, especialmente con relación a políticas públicas concretas para la rectoría y organización operativa del cuidado diario y la estimulación cognitiva y socioemocional de niños en la infancia temprana.

En cuanto a la asignación y retención de profesionales de calidad para la ejecución del programa, durante los años de implementación, la unidad ejecutora y su equipo ejecutor del MS se enfrentaron a retos importantes relacionados a la continuidad de los recursos humanos. Salvo periodos cortos de estabilidad, en general, el trabajo se vio afectado por una rotación constante del equipo ejecutor a nivel técnico y gerencial. Al inicio, la UDIT contó con poco personal propio y tuvo poco involucramiento en el programa, a pesar de existir la unión de cargos entre el jefe de unidad y el coordinador del programa, dado que se trata de un puesto por designación que tuvo muchos cambios durante la vida del programa. En cuanto al equipo ejecutor bajo la UDIT, al inicio del programa (2012-2013) hubo acefalías de puestos requeridos para la ejecución y recién en 2014 se logró conformar todo el personal técnico, con lo que recién a partir de esa gestión se comenzó a ejecutar efectivamente. Posteriormente, dependiendo de los cambios de autoridades, en 2016 el equipo se volvió más inestable nuevamente, incluyendo la rotación de personal y acefalías técnicas prolongadas, aspectos que afectaron el cronograma y la calidad de la ejecución del programa.

Con relación a la capacidad de gestión fiduciaria bajo políticas de financiamiento externo, la gestión contractual eficiente y eficaz de las consultorías de empresa contratadas, especialmente de los cuatro procesos principales que eran cruciales para desarrollar los nuevos contenidos de atención en las diferentes modalidades, tuvo espacios importantes de mejora, a pesar de la reuniones, capacitaciones y gestiones por parte del Banco, incluso con el área jurídica de la DGAJ. La rescisión de los contratos se hubiera podido evitar mediante una aplicación plena de los principios de efectividad y eficiencia que prevén las políticas de adquisiciones del Banco (también y sobre todo por parte de las áreas administrativas y jurídicas) y mayor apoyo, supervisión y coordinación interinstitucional al interior del MS. Ante esta situación, como se mencionó previamente, el Banco apoyó mediante asistencia técnica sustancial para mitigar el efecto negativo en la ejecución del programa y el logro de sus objetivos.

Otra debilidad identificada fue la falta de un responsable de monitoreo y evaluación que acompañe toda la ejecución del programa. Si bien, el equipo ejecutor contó con algunos técnicos de M&E en distintos momentos, la falta de continuidad de este personal y, en algunos casos, el desconocimiento técnico, ocasionaron que el programa no pueda realizar una gestión adecuada de la gran cantidad de datos e información generada para y durante la implementación operativa. En este contexto, el BID dio un apoyo intensivo en algunas actividades de monitoreo de servicios y en el diseño e implementación de la evaluación de impacto.

#### **IV. HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES**

La Tabla 4 considera hallazgos y recomendaciones organizadas según las cuatro dimensiones previstas en Convergencia al momento de preparar el presente PCR.

**Tabla 4**  
**Hallazgos y Recomendaciones**

Hallazgos	Recomendaciones
<b>Dimensión 1: Técnica-sectorial</b>	
Hallazgo # 1: Diseño del proyecto: La consideración de tres modalidades de atención que incluyen no solamente extensión de cobertura de servicios existentes sino cambios a los contenidos y calidad o incluso creación de nuevas modalidades desde cero, resultó ser muy complejo para el contexto y la capacidad del sector ejecutor.	Recomendación # 1: Limitar el diseño de un programa a una modalidad de atención en cuanto a cambio de contenidos y calidad y su evaluación rigurosa, y combinar este tipo de componente técnico complejo con otros componentes de inversión ágil (por ej., en extensión de cobertura de servicios existentes).
	Recomendación # 2: Preparación y acompañamiento técnico con recursos de TC (tipo OI) desde el diseño.
Hallazgo # 2: Monitoreo y evaluación: El plan de MyE fue complejo y ambicioso, dada la complejidad del diseño general del programa, ya que se preveía evaluar experimentalmente las tres modalidades de atención, logrando dos de ellas (centros y brigadas), con asistencia técnica <i>in-house</i> y no-reembolsable intensa del equipo del Banco.	Recomendación # 3: En caso de capacidad técnica y experiencia limitada en métodos de evaluación de impacto, gestión de bases de datos y redacción de textos académicos y/o alta rotación del personal técnico respectivo, el Banco debe limitar los esfuerzos a una evaluación experimental por préstamo y asegurar de antemano los recursos de la asistencia técnica requerida para el diseño, aseguramiento de calidad, análisis de datos y redacción de textos con el financiamiento de Cooperación Técnica, dejando solo el levantamiento de datos a los recursos del préstamo (ver relación con Recomendación #1).
	Recomendación # 4: Prever condiciones contractuales y/o de supervisión para asegurar el perfil adecuado (revisión ex ante) y remuneraciones que representen incentivos de retención y continuidad para el personal de MyE en el equipo ejecutor (ver relación con Recomendación #6).
<b>Dimensión 2: Organización y gestión</b>	
Hallazgo # 3: Esquema y capacidad de gestión del proyecto: Las ventajas de un esquema institucionalizado de ejecución, como el aumento esperado de apropiación y compromiso del MS, solo se han cumplido parcialmente (sobre todo en el caso de las salas de estimulación), y las desventajas comparado con una ejecución independiente en términos jurídicos y fiduciarios se manifestaron plenamente.	Recomendación # 5: Cuando el contenido del programa es complejo e innovador para el país/ sector, el esquema de ejecución debe prever socialización y coordinación extensa en los aspectos técnicos, pero en los aspectos operativos/ fiduciarios ser ágil y priorizar opciones de unidades ejecutoras independientes en lo jurídico y administrativo por encima de la institucionalización y del carácter participativo de la ejecución. Para futuros programas con el MS, se debe priorizar la negociación detallada de este tipo de esquema de ejecución durante la preparación hasta contar con una solución detallada que garantice la continuidad e independencia jurídica del equipo ejecutor.

Hallazgos	Recomendaciones
	Recomendación # 6: En caso de incumplimientos contractuales con respecto al equipo ejecutor (por ej relacionados a alta rotación, acefalías, perfiles inadecuados o bajo desempeño), el Banco puede tempranamente aplicar las sanciones previstas en las Normas Generales (suspensión de desembolsos) para evitar que los problemas se agraven y se vuelvan costumbre.
	Recomendación # 7: En caso de alertas, observaciones o capacitaciones que el Banco comparte con el equipo ejecutor, se sugiere que estas sean acompañadas con comunicaciones oficiales al ministerio para dejar registro de las recomendaciones y permitir que funcionen de manera efectiva como mecanismo de alerta temprana o mitigación.
Hallazgo # 4: Coordinación Intra/Inter: La coordinación de los contenidos curriculares con el Ministerio de Educación fue realizada de manera proactiva al nivel técnico mientras en el equipo ejecutor existía personal con relaciones personales en dicho ministerio, pero no ocurrió al nivel de las autoridades y respetando el nivel jerárquico de un contrato de préstamo y sus productos/ resultados frente a las leyes nacionales existentes, con lo cual los contenidos curriculares producidos nunca lograron convertirse en norma oficial para la Educación Inicial.	Recomendación # 8: Priorizar y acompañar con presencia, dialogo con autoridades y recursos no reembolsables de asistencia técnica la abogacía del ministerio ejecutor ante el ministerio (co-)rector en temas donde ambos tienen algún mandato legal que cumplir (ya sea por un contrato de préstamo o la legislación sectorial existente).
	Recomendación # 9: Realizar actividades de dialogo y abogacía de parte del Banco con organizaciones de la sociedad civil para socializar contenidos curriculares producidos, recibir su retroalimentación y lograr su apropiación para apoyar la difusión en sus servicios y presión política al nivel de las autoridades para agilizar la coordinación interinstitucional e inclusión en la normativa nacional.
<b>Dimensión 3: Fiduciaria</b>	
Hallazgo # 5: Aspectos de costos y presupuesto: El hecho de no contar con los proyectos de inversión en infraestructura (centros y/o salas) preidentificados al momento de aprobar la operación, causó atrasos y sobre costos en la ejecución de obras.	Recomendación # 10: Retrasar la preparación y aprobación de un préstamo innovador hasta contar con los pre-proyectos de inversión seleccionados, comprobados su elegibilidad y realizado el diagnostico prediseño.
	Recomendación # 11: Realizar propios estudios de mercado con recursos de preparación del Banco para verificar los costos de inversión en infraestructura en condiciones reales (proyectos pequeños rurales dispersos).
Hallazgo # 6: Aspectos de costos y presupuesto: La fecha límite establecida contractualmente para el cierre financiero de la operación fue incumplida y atrasada durante más de siete meses (al momento de cerrar este documento de PCR).	Recomendación # 12: En caso de incumplimientos contractuales prolongados con respecto al cierre de la operación (por ej. relacionados al cierre financiero y devolución de fondos no usados, o la auditoria final), el Banco puede comunicar al ejecutor las posibles sanciones previstas en las Normas Generales para dichos casos, y así evitar

Hallazgos	Recomendaciones
	que los problemas se agraven a través del cambio de autoridades y administraciones posteriores, prohibiendo el cierre de la operación y tramitación oportuna del PCR.
Hallazgo # 7: Procesos de contratación y administración de contratos: Hubo mucho retraso en los procesos de contratación por falta de conocimiento de normas del banco al interior del MS (DGAJ y DGAA). Asimismo, al momento de administrar los contratos, no hubo el seguimiento técnico oportuno y no se aplicaron criterios de eficiencia y economía.	Recomendación # 13: Como se indicó en la recomendación # 5, para la gestión jurídica y administrativa, se debe analizar si es conveniente tener un arreglo institucional “burbuja” que permita una ejecución más ágil y eficiente.