

FABIÁN REPETTO · GALA DÍAZ LANGOU
CAROLINA AULICINO · OLIVIA DE ACHÁVAL
MALENA ACUÑA

EL FUTURO ES HOY

Primera infancia
en la Argentina



CIPPEC[®]

Editorial Biblos
Derechos Sociales y Políticas Públicas



Colección DERECHOS SOCIALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Dirigida por Laura Pautassi y Gustavo Gamallo

La colección Derechos Sociales y Políticas Públicas reúne textos que son el resultado de investigaciones interdisciplinarias desarrolladas por el Grupo de Trabajo Interdisciplinario Derechos Sociales y Políticas Públicas, con sede en el Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales Ambrosio Gioja de la Facultad de Derecho y de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y por académicos de diversas instituciones de América Latina. Los distintos títulos abordan las múltiples interrelaciones entre derechos, políticas públicas y los sistemas de políticas sociales en América Latina, buscando integrar marcos conceptuales con investigaciones empíricas, ámbitos de reflexión e instancias de debate e intervención en el campo de las políticas públicas.

COMITÉ EDITORIAL

ALDO ISUANI (Conicet-Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires). FLAVIA PIOVESAN (Pontificia Universidade Católica de São Paulo e do Paraná, San Pablo, Brasil). MARÍA NIEVES RICO (División de Asuntos de Género, CEPAL, Santiago de Chile). ADRIÁN SCRIBANO (Conicet-Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires). ENRIQUE ZULETA PUCEIRO (Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires)

El futuro es hoy: primera infancia en la Argentina / Fabián Repetto... [et al.] - 1a. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos-CIPPEC, 2016.
267 pp.; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-691-534-2

1. Infancia. 2. Protección a la infancia. 3. Educación de la primera infancia. I. Repetto, Fabián.
CDD 305.231

El uso de un lenguaje que no discrimine por género es una de las preocupaciones de los autores. Sin embargo, dado que no hay acuerdo sobre la manera de hacerlo en castellano y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar el femenino y el masculino en simultáneo para visibilizar la existencia de todos los géneros, se optó por emplear el genérico tradicional masculino. Se entiende que todas las menciones en genérico representan siempre a todos los géneros, salvo cuando se especifique lo contrario.

Diseño de tapa: *Luciano Tirabassi U.*
Foto de tapa: *Terry Eaton*
Armado: *Hernán Díaz*

© CIPPEC, 2016

Callao 25, C1022AAA, Buenos Aires

info@cippec.org / www.cippec.org

© Editorial Biblos, 2016

Pasaje José M. Giuffra 318, C1064ADD Buenos Aires

info@editorialbiblos.com / www.editorialbiblos.com

Hecho el depósito que dispone la Ley 11.723

Impreso en la Argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Esta primera edición se terminó de imprimir en Imprenta Dorrego, avenida Dorrego 1102, Buenos Aires, República Argentina, en octubre de 2016.

Índice

Prólogo

Florence Bauer

Presentación

Julia Pomares

Introducción

Capítulo 1

La necesidad de una política integral desde el enfoque de derechos

1. Los argumentos fundamentales acerca de la primera infancia y la política pública
- 1.1. La primera infancia desde un enfoque de derechos.....
- 1.2. Desigualdades en torno a la primera infancia: la perspectiva de género.....
- 1.3. Otros argumentos subsidiarios.....
2. La imprescindible integralidad.....
- A modo de cierre.....

Capítulo 2

El diagnóstico de los niños en su primera infancia en la Argentina

1. La situación demográfica
2. Pobreza infantil
3. Salud
4. Nutrición.....
- A modo de cierre.....

Capítulo 3

El mapa de las políticas nacionales en primera infancia

1. La primera infancia desde el enfoque de derechos
2. Salud y nutrición

2.1. El marco de derechos.....	
2.2. El marco institucional.....	
2.3. El acceso a la salud y a la nutrición en la Argentina.....	
2.4. Las políticas del nivel nacional.....	
2.5. A modo de síntesis.....	
3. Licencias y transferencias.....	
3.1. El marco de derechos.....	
3.2. El marco institucional.....	
3.3. El acceso al tiempo y dinero para cuidar en la Argentina.....	
3.4. Las políticas de nivel nacional.....	
3.5. A modo de síntesis.....	
4. Educación inicial y cuidado.....	
4.1. El marco de derechos.....	
4.2. El marco institucional.....	
4.3. El acceso a educación y cuidado en la Argentina.....	
4.4. Las políticas del nivel nacional.....	
4.5. A modo de síntesis.....	
5. La inversión social en primera infancia, estimación actual en algunas intervenciones	
6. El desafío es la integralidad.....	
A modo de cierre.....	

Capítulo 4

Lecciones aprendidas de la experiencia internacional para una política dirigida a la primera infancia en la Argentina.....

1. Recorridos de los países de América Latina en la construcción de la integralidad.....	
1.1. Movilización social y compromisos gubernamentales.....	
1.2. Institucionalización de los procesos de diagnóstico: la construcción colectiva de la integralidad.....	
1.3. El marco regulatorio para la primera infancia en América Latina.....	
1.4. La inversión social en primera infancia: la Argentina comparada con la región.....	
2. La construcción de los sistemas integrales para la primera infancia.....	
2.1. ¿Cómo combinar universalidad y focalización en el camino hacia abordajes integrales?.....	
2.2. El desafío de la integralidad y los “sistemas partidos”.....	
3. La implementación de estrategias integrales para la primera infancia en América Latina.....	
3.1. Definición de la función de rectoría.....	
3.2. Coordinación intersectorial.....	
3.3. El flujo lógico de las políticas.....	

3.4. Financiamiento.....	
3.5. Territorialidad.....	
3.6. Herramientas de gestión: información, monitoreo y evaluación.....	
A modo de cierre.....	

Capítulo 5

Recomendaciones de política pública en pos de un sistema integral y federal de primera infancia.....

1. Institucionalidad.....	
1.1. Crear una institución rectora a nivel nacional.....	
1.2. Consensuar un pacto federal por la primera infancia.....	
1.3. Promover la sanción de una ley de financiamiento para la primera infancia.....	
2. Salud y nutrición.....	
2.1. Promover estrategias de protección integral a los derechos sexuales y reproductivos.....	
2.2. Crear una estrategia nacional de cuidado integral de la mujer embarazada y puérpera.....	
2.3. Crear una estrategia de atención integral al parto y al recién nacido.....	
2.4. Crear una estrategia nacional de alimentación saludable para la primera infancia.....	
3. Tiempo y dinero para cuidar.....	
3.1. Extender por ley las licencias por maternidad, paternidad y familiares.....	
3.2. Asegurar un ingreso universal a la primera infancia.....	
4. Cuidado y educación inicial.....	
4.1. Garantizar el acceso a una oferta de cuidado y educación inicial de calidad para los niños de 45 días a 2 años.....	
4.2. Ampliación del acceso a salas de 3 y 4 años.....	
4.3. Mejorar la calidad de los servicios de cuidado y educación.....	
5. Síntesis de los conjuntos de metas costeados e inversión asociada.....	
A modo de cierre.....	

Capítulo 6

Un cierre abierto a una nueva etapa del país: ¿la primera infancia como prioridad?.....

1. La coyuntura político-institucional en que se inscribe el libro.....	
2. Un repaso global acerca de lo planteado.....	
3. Cinco aspectos críticos a considerar para la construcción de un sistema integral y federal de primera infancia.....	
3.1. La primera infancia como prioridad: base de consensos.....	

3.2. La primera infancia requiere abordajes integrales	
3.3. La primera infancia necesita complementariedad con otros campos de política.....	
3.4. La importancia de la institución rectora.....	
3.5. La rectoría debería tener relevancia jerárquica	
A modo de cierre.....	
Anexo 1. Educación inicial: legislaciones vigentes	
Anexo 2. Metodología del ejercicio de costeo	
Bibliografía	
Normativas y leyes	
Índice de cuadros y gráficos	

Prólogo

Florence Bauer

Representante Unicef Argentina

La primera infancia constituye una etapa única y clave en la vida de las personas, en términos de crecimiento físico, cognitivo, socioemocional y psicológico. Esto puede ser tanto una oportunidad como una amenaza. Por un lado, invertir en los niños asegura su bienestar y les ayuda a alcanzar su pleno potencial; por otro, puede ser difícil recuperarse de pérdidas como la desnutrición o la falta de escolarización en la infancia, con consecuencias importantes, también, en la productividad y los ingresos de los adultos (Grantham-McGregor *et al.*, 2007; Ravallion, 1998; Victora *et al.*, 2008).

Asegurar el ejercicio pleno de los derechos de los niños en esta crucial etapa requiere de políticas públicas integrales que partan de un enfoque de derechos y equidad. Entre estas políticas, aquellas relativas a la protección social resultan claves. Tal como se reconoce en la Convención sobre los Derechos del Niño, los niños tienen derecho a la seguridad social, incluyendo el seguro social, y a un nivel de vida adecuado. La protección social también desempeña un papel fundamental en ayudar a ejercer otros derechos, como el derecho a la supervivencia y el desarrollo o el derecho a la educación. Como tal, la protección social es una herramienta estratégica y esencial para ayudar a los niños y a sus familias a ejercer sus derechos y expandir sus oportunidades para alcanzar su pleno potencial.

Además de compartir muchas de las mismas fuentes de vulnerabilidad que sus familias y comunidades, los niños enfrentan vulnerabilidades específicas de su edad que difieren de las de los adultos o que tienen consecuencias más graves, como el aumento de la vulnerabilidad, el abuso o la violencia. Los niños también constituyen una gran proporción de la población en situación de pobreza y, generalmente, las tasas de pobreza son más altas entre las niñas y los niños que entre la población total (Barrientos y Jocelyn, 2004).

Por lo tanto, la protección sensible a la infancia tiene en cuenta las diferentes dimensiones del bienestar de los niños y aborda las situaciones de desventajas sociales inherentes, los riesgos y las vulnerabilidades en las que pueden nacer los niños, así como las adquiridas durante la infancia (Unicef, 2009a).

La protección social es un instrumento de políticas fundamental para apoyar la equidad y la justicia social. Se ocupa de las barreras económicas y sociales que impiden el acceso a los servicios, concentrándose en los sectores más vulnerables y contribuyendo así a una distribución más justa de los recursos y beneficios. Ayuda a equilibrar las condiciones, apoyando a niños y adultos para que alcancen su pleno potencial. Por ejemplo, los programas de transferencias monetarias proporcionan a las familias un ingreso adicional que ayuda a disminuir las disparidades de ingresos y les permite invertir en el bienestar de los niños y en el desarrollo humano. La reforma legal y de políticas puede garantizar la igualdad en el acceso a los servicios frente a la discriminación y al trato injusto de las mujeres y los niños.

Un enfoque intergeneracional también es clave, pues reconoce tanto los vínculos entre diferentes grupos de edad como los efectos acumulativos de la pobreza y la privación o la falta de oportunidades en el ciclo de vida. La protección social sensible a la infancia no significa protección social exclusiva del niño. Muchos aspectos de las vulnerabilidades económicas y sociales de los niños las comparten también con sus hogares y comunidades. Abordar estas vulnerabilidades es tan crucial para los derechos del niño como enfrentarse a aquellas que son específicas de los niños.

Por su parte, la inversión en protección social y la niñez es central, tanto desde el punto de vista económico como del desarrollo humano. Los efectos demostrados de la protección social en el desarrollo de los niños duran mucho más allá de la infancia, aumentan la productividad del adulto, disminuyen la carga de las pérdidas de desarrollo humano y contribuyen a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza. Debido a que estos programas benefician a los hogares de manera más amplia, también tienen impactos económicos más inmediatos, como, por ejemplo, habilitar a los destinatarios para que realicen inversiones productivas y aumenten su participación en el mercado de trabajo, estimulando la demanda y reduciendo la pobreza. Las inversiones en protección social también tienen el potencial de impulsar y complementar las inversiones por el lado de la oferta.

Un capítulo especial dentro de la protección social lo constituye el

cuidado de la primera infancia. Durante mucho tiempo, la primera infancia fue relegada e invisibilizada de la política pública como un momento de la vida de los niños que debía mantenerse en el ámbito privado de las familias. Es por eso que la Observación General N° 7 “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”, del Comité de los Derechos del Niño (2005), es tan importante.

La Observación es el resultado de la preocupación del Comité al demostrar que la información brindada por los Estados parte acerca de la primera infancia era escasa y que no se le había prestado suficiente atención (en tanto fase específica y diferenciada) en el diseño de leyes, políticas y programas (art. 3°). Reconoce que los niños más pequeños son portadores de todos los derechos consagrados en la Convención y que deben considerarse miembros activos de las familias, comunidades y sociedades, con sus inquietudes, intereses, sentimientos y opiniones y con necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje social.

Dejar relegadas las tareas de cuidado al ámbito privado y a las capacidades de las familias en sociedades tan desiguales como las de América Latina supone reproducir la desigualdad. Además, estas tareas han recaído, tradicionalmente, en las mujeres, quienes experimentan, por ello, una sobrecarga de trabajo y una dificultad para insertarse en el mercado laboral formal. Las políticas de protección social que aborden la primera infancia no pueden obviar, tampoco, estos desafíos en términos de género.

La Argentina ha avanzado en los últimos años tanto en términos normativos (entre los que se destaca la ley 26.061) como de ampliación del acceso al sistema de protección social. Pese a ello, la brecha entre la normativa y el ejercicio real de derechos aún es amplia, especialmente en la primera infancia. El presente libro analiza en profundidad esta preocupante situación y muestra de manera contundente que el ejercicio de derechos de los niños se encuentra condicionado al lugar y tipo de hogar en el que nacen y a la calidad de la inserción laboral de sus padres o adultos responsables. Realiza un importante esfuerzo en analizar el marco normativo, la situación sociodemográfica de la primera infancia y la oferta de políticas a nivel nacional, partiendo de un enfoque de derechos y equidad, además de identificar lecciones aprendidas de la experiencia internacional. Si bien este análisis constituye ya en sí mismo un aporte al campo de la primera infancia, su valor diferencial radica en ir más allá al proponer

un conjunto de recomendaciones de política pública para abordar los principales desafíos que enfrenta la primera infancia en la Argentina, con un correspondiente análisis de la factibilidad política, técnica y presupuestaria de estas recomendaciones.

Los desafíos que se abarcan en esta publicación son significativos y desde Unicef tenemos la convicción de que deben ser abordables desde la política pública. El lector podrá encontrar aquí no solo un análisis de la situación de la primera infancia en la Argentina sino, ante todo, una invitación a reflexionar críticamente sobre los desafíos vinculados a las políticas de primera infancia. Desde Unicef saludamos la iniciativa y los invitamos a recorrer estas páginas y a seguir trabajando juntos para lograr que todos los niños puedan ejercer plenamente sus derechos.

Presentación

Julia Pomares

Directora Ejecutiva CIPPEC

En la Argentina uno de cada cinco niños es pobre. Esto representa una tasa de pobreza superior a la del resto de la población. En este contexto de pobreza infantilizada, las condiciones en las que crecen los niños se vuelven vitales para su futuro individual y, con ello, para el futuro del país.

La primera infancia constituye una etapa fundamental para el desarrollo físico, intelectual y emocional de las personas. Los aportes realizados por las neurociencias demostraron que en los primeros años de vida el cerebro es más sensible a los entornos de crianza ricos y estimulantes que en otras etapas de la vida.

El Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) asumió el compromiso de trabajar para colocar la niñez en el centro de las políticas públicas. Ese es el mandato del proyecto “Primera infancia en agenda”: incorporar a la discusión de los distintos sectores y niveles de gobierno la necesidad de un enfoque integral sobre la niñez, fundamentalmente de la niñez más postergada.

Un hito en este sentido fue la inclusión de la primera infancia como eje central de los dos debates presidenciales realizados durante la campaña electoral de 2015. Incorporar las problemáticas de los niños como tema fundamental de la agenda política fue un avance destacable en la Argentina y demostró que es un trabajo y un esfuerzo que vale la pena hacer.

También, como parte de su estrategia de incidencia, CIPPEC avanzó en una serie de publicaciones que permitieron identificar la situación socioeconómica de la primera infancia en la Argentina, las políticas públicas desarrolladas para este grupo social, las lecciones aprendidas de la experiencia internacional, el nivel de inversión presupuestaria

en la materia y una estimación del costo que implicaría avanzar en un conjunto de recomendaciones para el nivel nacional. Así logramos calcular que la implementación progresiva entre 2016 y 2019 de diez políticas prioritarias para avanzar hacia una política integral de primera infancia solo le demandaría anualmente al Estado nacional entre 0,69 y 1,48 puntos del producto bruto interno (PBI).

Este libro es el resultado del trabajo de incidencia y generación de conocimiento desarrollado a lo largo de los últimos tres años por especialistas e investigadores de diferentes disciplinas. Es una contribución para conocer y sistematizar todos los aprendizajes adquiridos en materia de primera infancia. Refleja el ADN de CIPPEC como institución: parte del diálogo, busca generar nuevos conocimientos y realizar análisis prospectivos, poniendo el foco en anticipar los dilemas del futuro. Propone, desde los logros alcanzados, nuevas estrategias, recomendaciones de política pública y algunas rutas críticas para avanzar hacia una política integral que permita superar los desafíos que vendrán y haga de la Argentina un país económicamente pujante y socialmente inclusivo.

Introducción

*El futuro de los niños es siempre hoy.
Mañana será tarde.*

Gabriela Mistral

La primera infancia constituye una etapa única y crucial en la vida de las personas (Vegas *et al.*, 2006). Pocas afirmaciones encuentran una aceptación tan amplia entre educadores, médicos, psicólogos, neurólogos, nutricionistas, economistas e investigadores de otros campos académicos. Es clave que la dirigencia política se sume a este consenso.

Durante esta etapa, los niños cuentan con una serie de derechos claramente establecidos en la normativa internacional y nacional: a estar físicamente sanos, mentalmente alertas, emocionalmente seguros, socialmente competentes y listos para aprender (Unicef, 2002). El cumplimiento de estos derechos requiere contar con entornos protectores y favorecedores, dado que la primera infancia es, a la vez que una etapa de potencialidades, una particularmente sensible a las vulnerabilidades.

El Comité sobre los Derechos del Niño entiende por primera infancia el período que abarca entre el embarazo y la inserción al sistema escolar. Establece que “las definiciones de primera infancia varían en los diferentes países y regiones según las tradiciones locales y la forma en que están organizados los sistemas de enseñanza primaria” (Observación General N° 7, art. 4°). Atendiendo a esta heterogeneidad, propone definir la primera infancia hasta los ocho años.

En el presente trabajo, que busca analizar la primera infancia en la Argentina, se optó por definir esta etapa como el período que abarca desde el embarazo hasta los 4 años, que es cuando comienza, hasta el momento, la educación obligatoria.

Existe una multiplicidad de argumentos que permiten establecer la importancia de abordar la primera infancia como una prioridad de la política pública. Aquí cabe resaltar que, históricamente, la crianza, el cuidado y el desarrollo de los niños en su primera infancia eran vistos como tareas que pertenecían al ámbito de lo privado, el hogar y las familias y, dentro de ellas, principalmente a las mujeres. La manera en que una sociedad organiza estas tareas tiene implicancias significativas tanto para el ejercicio pleno de los derechos de los niños como para el logro de la equidad de género (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).

En sociedades desiguales, como la argentina, dejar librado el desarrollo de los niños en su primera infancia al contexto, las capacidades y los recursos de las familias supone negar sus derechos básicos y reproducir la desigualdad. Esto no es admisible desde un enfoque de derechos.

La Argentina enfrenta, como se mostrará a lo largo de este libro, desafíos importantes y urgentes en términos de garantizar los derechos de los niños, en particular en su primera infancia. El principal problema es la desigualdad: los niños argentinos se encuentran condicionados en el ejercicio de sus derechos de acuerdo con el lugar donde nacen y con la condición sociolaboral de su familia.

En este contexto, el área de Desarrollo Social del CIPPEC se propuso trabajar en el proyecto “Primera infancia en agenda” durante 2014 y 2015, con el objetivo de instalar las problemáticas de los niños en la primera infancia como tema fundamental de la agenda pública. Se buscó contribuir con el fortalecimiento de las políticas públicas en la materia desde un enfoque integral, que incorpore a los distintos sectores y niveles de gobierno y atendiendo a las diferencias de contexto en un país tan diverso y federal como la Argentina.

Para ello, se avanzó en la generación de una serie de publicaciones,¹ que constituyen el punto de partida del presente libro. Esta serie permitió identificar la situación socioeconómica de la primera infancia en general y de modo específico en la Argentina, las políticas públicas desarrolladas para este grupo, las lecciones aprendidas de la experiencia internacional, el nivel de inversión en la materia y una estimación del costo que implicaría avanzar en un conjunto de recomendaciones para el nivel nacional. Además, estos análisis se volcaron a un sitio web (<https://cippec.org/primerainfancia>) que

1. En orden: Filgueira y Aulicino (2015), Acuña (2015a), Aulicino, Gerenni y Acuña (2015), Acuña (2015b), De Achával y Aulicino (2015).

incluye, también, estadísticas inéditas y una selección exhaustiva de materiales (técnicos, académicos y políticos) sobre políticas dirigidas a la primera infancia en el país, la región y el mundo.

El trabajo de relevamiento, sistematización y análisis de la información de los capítulos 2 y 3 se encuentra actualizado hasta diciembre de 2015. Esto no implica desconocer las medidas propuestas desde la fecha por parte del nuevo gobierno, entre las que destacan tres logros principales.

En primer lugar, la ampliación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación Universal por Embarazo (AUE) a través del decreto 593/16 que incorpora, por un lado, a los trabajadores temporarios y monotributistas al régimen de asignaciones, que hasta el momento habían estado relegados, y, por el otro, busca alcanzar a los titulares de derechos que están en condiciones de percibir las asignaciones, pero no lo hacen por errores de información o de administración.

En segundo lugar, el lanzamiento del Plan Nacional de Primera Infancia a través del decreto 574/16 que consiste en la creación de una red nacional de cuatro mil centros y constituye un esfuerzo en el sentido de igualar las oportunidades de todos los chicos que viven en nuestro país. El plan tiene como objetivos la promoción y el fortalecimiento de espacios de cuidado y abordaje integral de los niños en su primera infancia, que garanticen una adecuada y saludable nutrición, así como la estimulación temprana y promoción de la salud, propiciando condiciones de participación activa en el ámbito familiar y comunitario que faciliten el proceso de crianza y desarrollo de los niños, promoviendo el fortalecimiento intrafamiliar y comunitario (art. 2°).

Por último, el gobierno también promovió en mayo de 2016 el proyecto de ley destinado a establecer la obligatoriedad de la sala de 3 años de la educación formal, a nivel nacional.

El país se encuentra a las puertas de una oportunidad histórica para desarrollar una política de primera infancia que sea integral y que aborde los desafíos técnicos, políticos y fiscales que implica priorizar que los niños tengan acceso pleno a sus derechos.

Este momento coincide temporalmente con un contexto de creciente reconocimiento de la importancia de esta etapa a nivel internacional. A modo de ejemplo, la mayoría de los países de la región avanzó en el diseño de políticas dirigidas a la primera infancia, con diferentes grados de integralidad, de las cuales pueden extraerse algunas lecciones aprendidas.

Como resultado de la labor realizada en estos años, se decidió elaborar el presente libro con el objetivo de abordar los avances y desafíos que muestra la Argentina en materia de primera infancia, además de ofrecer recomendaciones de política pública y algunas rutas críticas para avanzar hacia una política integral.

El capítulo 1 establece el marco teórico del cual se parte para el análisis y se compone de dos grandes secciones. En la primera se analizan los argumentos que establecen la importancia de ubicar la primera infancia en lo más alto de las prioridades estatales. De la multiplicidad de argumentos existentes, se parte de considerar centralmente dos: el enfoque de derechos y el enfoque de género. El enfoque de derechos se considerará el argumento central, que ordenará y guiará el análisis a lo largo de todo el trabajo. Por su parte, el enfoque de género se presenta como perspectiva que atraviesa transversalmente las cuestiones relativas a la primera infancia y con relación a las consecuencias que conlleva su invisibilización para la vida de los niños. El capítulo presenta, también, otros argumentos acerca de la importancia de avanzar en políticas dirigidas a la primera infancia, que deben ser considerados argumentos subsidiarios ya que constituyen una mirada instrumental y adultocéntrica. Se analizan, asimismo, las razones que explican por qué las políticas dirigidas a la primera infancia deberían ser políticas integrales. Estas razones provienen tanto del mencionado enfoque de derechos como de las características propias del problema a abordar. Además, se presentan algunas aproximaciones teóricas en torno al concepto de integralidad de las políticas públicas.

El capítulo 2 analiza la situación demográfica de la primera infancia en la Argentina (evolución poblacional, etapa en la que se encuentra el país en la transición demográfica y los desafíos que esto implica en términos de política pública), a la vez que revisa el proceso de infantilización de la pobreza que se registra pese a la mejora generalizada de los indicadores sociales. En ese marco se presentan datos sobre salud infantil (evolución de las tasas de mortalidad infantil y materna, comparación con el desempeño de la región en los últimos años y en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio) y nutrición de los niños y las madres gestantes (lactancia materna, consumo de alimentos fuente de nutrientes esenciales y prevalencia de distintos diagnósticos nutricionales, anemia e inseguridad alimentaria).

Por su parte, el capítulo 3 analiza, desde el enfoque de derechos, el

accionar del Estado en la Argentina partiendo de cuatro dimensiones: 1) salud y nutrición; 2) licencias y transferencias; 3) educación inicial y cuidado, y 4) institucionalidad. Para cada una de esas dimensiones, se analizan: a) el marco de derechos; b) la institucionalidad; c) la cobertura del sector, y d) las principales políticas nacionales. Además, se presentan los avances y desafíos en materia de integralidad que enfrenta nuestro país, incluyendo un análisis de la fragmentación de intervenciones que caracterizaron la política pública en la materia en años recientes.

El capítulo 4 presenta lecciones aprendidas de la experiencia internacional en torno a seis dimensiones: 1) la coordinación intersectorial; 2) la definición de la función de rectoría; 3) el flujo lógico de las políticas; 4) el financiamiento; 5) la territorialidad de las intervenciones, y 6) los mecanismos de monitoreo y evaluación. Se realiza, en primer lugar, una revisión de la legislación vigente en cada país con relación a la normativa internacional. En segundo lugar, un análisis de experiencias de América Latina en materia de construcción de sistemas integrales en tres momentos: 1) la movilización social y los compromisos gubernamentales; 2) la institucionalización de los procesos de diagnóstico, y 3) el diseño de las políticas. A continuación se efectúa un análisis de la implementación y el desarrollo de estos sistemas en América Latina en torno a las seis dimensiones mencionadas. Además, se profundiza en el debate acerca de la importancia de la calidad en los servicios de primera infancia y se presentan algunas experiencias exitosas de Europa y Estados Unidos. Finalmente, se identifican las principales lecciones aprendidas de la experiencia internacional en materia de integralidad.

El capítulo 5 presenta recomendaciones para avanzar, en la Argentina, hacia una política integral que contribuya a una plena garantía de los derechos de los niños en su primera infancia, abordando cuatro dimensiones: 1) salud y nutrición; 2) tiempo y dinero para cuidar: licencias y transferencias; 3) servicios de cuidado y educación inicial, y 4) la arquitectura institucional necesaria. En cada caso se realizaron también estimaciones del costo de implementar las recomendaciones, y en algunos se incluyeron tres escenarios posibles desde el punto de vista del esfuerzo fiscal.

Finalmente, conscientes de que avanzar en este camino implica abordar importantes desafíos políticos, institucionales, técnicos y culturales, el capítulo 6 propone algunas rutas críticas y reflexiones finales.

Este libro es fruto de un esfuerzo colaborativo y del apoyo de nume-

rosas personas e instituciones El proyecto que le dio origen se llamó Primera Infancia en Agenda, cuya continuación, Primera Infancia en la Gestión, buscó sistematizar los aprendizajes del Área de Desarrollo Social de CIPPEC en materia de primera infancia en los últimos años. Los autores agradecen el renovado respaldo y la confianza a lo largo de todas las instancias del proyecto de Farmacity, Fundación IRSA, Nutricia Bagó y Banco Industrial.

Se agradecen especialmente los aportes realizados por Carlos Hugo Acuña, Verona Batiuk, Damián Bonari, Sergio Britos, Alejandra Cardini, Esteban Carmuega, Vanesa D'Alessandre, José Díaz Rosello, Eleonor Faur, Fernando Filgueira, Florencia López-Boo, Roxana Maurizio, Ariel Melamud, Facundo Nejamkis, Aldo Neri, Laura Pautassi, Fernanda Potenza, Flavia Ranieri, Axel Rivas, Corina Rodríguez Enríquez, Jimena Rubio, Analía Stasi, Mónica Tesone y Pablo Vinocur.

Asimismo, se reconocen y valoran la autoría y los aportes de Florencia Gerenni, Florencia Mezzadra y Cecilia Velda en los documentos fundantes del presente trabajo. A esto se suma el agradecimiento a Virginia Tedeschi, quien lideró las etapas iniciales del proyecto que le da marco, y a Sebastián Zírpolo, del área de comunicación de CIPPEC, por su edición.

Dicho todo lo anterior, las opiniones expresadas en este libro son de exclusiva responsabilidad de los autores.

CAPÍTULO 1

La necesidad de una política integral desde el enfoque de derechos

*Y estos derechos, a respetarlos ¿eh?
¡No vaya a pasar como con los diez mandamientos!*

Mafalda

Todo análisis de política pública requiere un abordaje que dé sustento a dos aspectos al mismo tiempo. Por un lado, al diagnóstico de la problemática a atender. Por el otro, al tipo de abordaje que se requiere.

1. Los argumentos fundamentales acerca de la primera infancia y la política pública

1.1. La primera infancia desde un enfoque de derechos

El 20 de noviembre de 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, un instrumento normativo que constituye un hito fundamental en materia de infancia a nivel mundial. La Convención transforma la mirada sobre la infancia y marca un cambio en el rol de los niños, las familias, las comunidades, los Estados y las políticas públicas.

Establece el derecho de todos los niños al desarrollo pleno de sus potenciales. En particular, reconoce el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (art. 6°), a su identidad (arts. 7° y 8°), a conocer a sus padres y ser cuidado por ellos en la medida de lo posible (arts. 9° y 18) y a contar con medidas especiales de protección cuando estén privados de su medio familiar (art. 20), a expresar su opinión

libremente, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (arts. 12, 13 y 14), a la libertad de asociación (art. 15), a ser protegido de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia y privacidad (art. 16), a la información (art. 17), a ser protegido de todo tipo de abuso físico o mental (arts. 19 y 34) así como contra la explotación económica y el trabajo peligroso (art. 32), al más alto nivel de salud y nutrición (art. 24), a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (arts. 26 y 27), a la educación (art. 28), al descanso, el esparcimiento y el juego (art. 31).

Hasta el momento de la sanción de la Convención, los niños eran considerados “menores” y objetos de protección y tutela. Este modelo tutelar, o Doctrina de la Situación Irregular, entendía que tanto los niños y los adolescentes infractores de la ley penal como aquellos en situación de riesgo (abandono material o moral o que no recibían los cuidados que corresponden) debían caer bajo la “protección” paternalista del Estado: los “menores” fueron objeto de control y represión o de compasión y beneficencia (Moro, 1997). Por otra parte, los “niños” eran aquellos que contaban con una familia y un nivel de vida aceptable, y su crianza era potestad de sus familias, en el ámbito privado. Si no contaban con estas cualidades, eran “menores”, objetos privados de voz, opinión y hasta libertad, ya que debían ser separados del medio familiar (Zeledón, 2015).

La Convención, en cambio, entiende que *todos los niños son sujetos plenos de derechos* y reconoce el rol primordial de las familias. Un enfoque de derechos se traduce en estándares jurídicos y principios (Abramovich y Pautassi, 2009). Los estándares jurídicos del enfoque de derechos implican la obligación (del Estado) de garantizar el contenido mínimo de los derechos, como también la obligación para los Estados de no aplicar políticas regresivas y de garantizar la participación ciudadana. Los principios del enfoque de derechos surgen de la tradición de los derechos humanos que establece que estos son universales, indivisibles e interdependientes, inalienables y progresivos. Aplicar este enfoque en las políticas públicas implica crear un sistema integral que cumpla con estándares mínimos específicos que aseguren que se respeten y cumplan los compromisos jurídicos asumidos por cada Estado (Pautassi, 2010). Implica, también, revisar los parámetros necesarios para su evaluación y fiscalización, incluyendo principios como igualdad y no discriminación, participación política y acceso a la justicia (Abramovich y Pautassi, 2009).

Son los adultos quienes tienen la obligación de asegurar el acceso

efectivo de los niños a sus derechos. Por adultos se entiende tanto a las familias como a la comunidad y a los Estados. Las familias constituyen el grupo fundamental y medio natural para el desarrollo de los niños y los Estados deben respetar su rol, apoyarlas y fortalecerlas en su tarea. En particular, los Estados constituyen los garantes últimos del cumplimiento de los derechos del niño y deben velar porque todas las medidas tomadas en instituciones públicas o privadas tomen en cuenta el interés superior del niño (art. 3° de la Convención).

La Convención implica no solo un punto de quiebre en términos de la manera en que se entiende a la infancia (como concepto históricamente construido) sino que también redefine la relación entre el Estado y la infancia. Como fue mencionado, el niño pasa de ser un objeto de la intervención paternalista a un sujeto pleno de derechos. Esto no implica únicamente una afirmación declamatoria: supone que el niño (y no solo el niño pobre) se transforme en un sujeto de políticas por lo que es hoy y no con relación a su potencialidad como futuro adulto (López y D’Alessandre, 2015). La infancia, hasta ese momento relegada al ámbito privado de las familias, a la intervención tutelar del Estado o de la caridad, pasa a ocupar el centro de la agenda pública, con un Estado presente en todos los aspectos que involucran la vida de los niños. Así, supone también poner en discusión los límites entre lo privado y lo público.

Como menciona Eduardo Bustelo (2005): los derechos definidos en la Convención deben entenderse como derechos sociales en el sentido de que su garantía es política, corresponden al ámbito de lo público y son responsabilidad de toda la sociedad. Aun con las críticas que puedan ser hechas sobre la Convención, implica la posibilidad concreta de terminar con la cultura de discrecionalidad de los adultos (padres, funcionarios, Poder Judicial, sector privado) sobre los niños.

La Convención fue firmada y ratificada por todos los países con excepción de Estados Unidos. Su texto final es el resultado de diez años de negociaciones entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, promotores de los derechos humanos, abogados, especialistas de la salud, asistentes sociales, educadores, expertos en el desarrollo del niño y dirigentes religiosos de todo el mundo. Toma en cuenta la importancia de los valores tradicionales y culturales en el desarrollo del niño, así como reconoce los diferentes sistemas jurídicos del mundo y las necesidades específicas de los países en desarrollo. Además, permite comparar los resultados alcanzados en el cumplimiento de los derechos allí consagrados, ya que los gobiernos están obligados a

presentar informes periódicos ante un comité de expertos independientes (Unicef).¹

Uno de los principales desafíos en la adopción de la Convención fue reconocer que también los niños más pequeños, aquellos que transitan su primera infancia, son personas aptas para ejercer la totalidad de los derechos enunciados (Giorgi, 2013), premisa que fue reforzada por la Observación General N° 7, “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”, del Comité de los Derechos del Niño (2005). La Observación es el resultado de la preocupación del Comité al observar que la información brindada por los Estados parte acerca de la primera infancia era escasa y que no se le había prestado suficiente atención (como fase específica y diferenciada) en el diseño de las leyes, políticas y programas (art. 3º de la Observación General N° 7). Reconoce que los niños más pequeños son portadores de todos los derechos consagrados en la Convención y que deben considerarse miembros activos de las familias, comunidades y sociedades, con sus inquietudes, intereses, sentimientos y opiniones (Giorgi, 2013). Además, alienta a los Estados parte a “elaborar un programa positivo en relación con los derechos en la primera infancia [...] Los niños pequeños tienen necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje sociales” (art. 5º).

Existen otros instrumentos normativos a nivel internacional a los cuales la Argentina adhiere y que establecen derechos y obligaciones en torno a la primera infancia.²

1.2. Desigualdades en torno a la primera infancia: la perspectiva de género

Las discusiones en torno a la primera infancia (período especialmente demandante de cuidado) se encuentran transversalmente atravesadas por las discusiones de género.³ Es fundamental comprender

1. Información disponible en www.unicef.org/spanish/crc/index_30229.html. Consulta: 23 de agosto de 2015.

2. Entre ellos se destacan el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, OMS y Unicef (1981), la Declaración de la 66ª Asamblea y Conferencia Mundial, OMEP (2014) y la Declaración de Medellín, OMEP (2015).

3. En este caso, nos referimos al cuidado infantil, entendido como “aquellas actividades

que no se trata de corrientes contrapuestas en sus objetivos, sino que es posible y virtuoso que la agenda de infancia y la agenda de género dialoguen y produzcan respuestas articuladas.

El análisis de los regímenes de bienestar toma en cuenta los niveles de desmercantilización (el grado en que los Estados garantizan derechos económicos y sociales a las personas por fuera de los mecanismos de intercambio mercantil) y desfamiliarización (el grado en que los Estados reducen el nivel de dependencia de las personas respecto de sus familias) (Esping-Andersen, 2000). El concepto de desfamiliarización fue profundizado por las corrientes feministas, al analizar el rol que los regímenes asignan a las mujeres en la construcción de los modelos familiares (Repetto, Díaz Langou y Aulicino, 2012).

Es desde las críticas feministas, que reivindican el valor de las tareas domésticas como trabajo no remunerado, que surge el concepto del cuidado. Este concepto reconoce el valor de todas las actividades y relaciones que se ven involucradas en la tarea de satisfacer los requerimientos físicos y emocionales de los adultos dependientes y los niños. Lo que se busca es visibilizar este conjunto de tareas que (aún hoy) realizan principalmente las mujeres y que aseguran la reproducción (biológica y cotidiana) y la socialización temprana de los niños (Repetto, Díaz Langou y Aulicino, 2012). Esto implica, además, problematizar su confinamiento al ámbito privado del hogar.

El modelo tradicional patriarcal-nuclear, de hombre proveedor y mujer ama de casa, sufrió profundas transformaciones. De acuerdo con Guillermo Sunkel (2006), en las últimas décadas en América Latina pueden observarse cuatro tendencias fundamentales: se diversificaron las formas familiares, se transformó el modelo de hombre proveedor-mujer cuidadora, se desarrolló una tendencia creciente hacia las familias con jefatura femenina y se redujo el tamaño promedio de las familias. Sin embargo, la familia se mantiene como un pilar clave en el régimen de bienestar que aún no logró liberar a la mujer de las responsabilidades familiares. La incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral y los cambios en la composición de los hogares no fueron acompañados por transformaciones significativas en la participación de los varones en las tareas domésticas y de cuidado, fenómeno que se conoce como “revolución estancada” (Cerrutti, 2003). La manera en que una sociedad organiza la provi-

y servicios de cuidado destinados a la atención de las necesidades y particularidades de los niños y niñas” (Repetto, Díaz Langou y Aulicino, 2012: 16).

sión de cuidados tiene implicancias significativas para el logro de la equidad de género (Esquivel, Faur y Jelin, 2012) y para el ejercicio pleno de los derechos de los niños.

En este marco es clave analizar la manera en la que se estructura la oferta de servicios de cuidado y las alternativas de las mujeres para insertarse en el mercado de trabajo y acceder a los derechos sociales (Faur, 2009). Los regímenes familistas son aquellos que hacen recaer las responsabilidades por el bienestar en las familias (principalmente en las mujeres) sin admitir intervenciones públicas más allá de aquellas que son subsidiarias. Los regímenes desfamiliarizadores promueven un traslado de estas responsabilidades hacia el Estado o hacia el mercado, dependiendo del nivel de desmercantilización existente (Repetto, Díaz Langou y Aulicino, 2012). Si la desmercantilización y desfamiliarización son bajas, las estrategias de conciliación que puedan llevar adelante los hogares variarán según sus posibilidades socioeconómicas. Es decir, en contextos como el argentino, donde la resolución de las estrategias del cuidado quedan determinadas por las posibilidades de las familias, el origen social pesa: las oportunidades de vida de los niños están sobredeterminadas por las características de los hogares donde nacen, por lo cual la “herencia de clase” es más fuerte (Esping-Andersen, 2004).

Una metodología que permite medir, en su dimensión instrumental, las desigualdades de clase y de género en la realización de tareas de cuidado la constituyen las encuestas sobre el uso del tiempo. Estas permiten registrar tanto los tiempos dedicados a las diversas tareas de cuidado como quiénes las realizan, cómo las realizan (de forma remunerada o no) y dónde se realizan (en el hogar, en ámbitos institucionales, públicos y privados), mostrando las diferencias que existen según los tipos de hogares y las clases sociales (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). A partir de esta información es posible incluir la dimensión de cuidado en los cálculos sobre pobreza. La metodología que lo permite es la medición de la pobreza de tiempo e ingresos (LIMTIP, por su sigla en inglés), que analiza el trabajo doméstico y de cuidado como un ingreso en especies (Esquivel, 2014). Así, es posible identificar un conjunto de personas y hogares que cuentan con ingresos monetarios mayores a aquellos que definen el umbral de pobreza, pero no lo suficientemente altos para poder adquirir sustitutos en el mercado para suplir los déficits de tiempo: son los “pobres ocultos” (Esquivel, 2014). La pobreza de tiempo afecta especialmente a los hogares en aquellos regímenes más familistas o que no desmercantizaron el

cuidado,⁴ condicionando la inserción de las mujeres al mercado laboral y aumentando los niveles de pobreza en aquellos hogares vulnerables con hijos. Los países que lograron minimizar la pobreza infantil en el largo plazo lo hicieron principalmente a través de asegurar que las madres cuenten con una inserción estable en el mercado laboral (Esping-Andersen, 2004).

Como se verá más adelante, en la Argentina (al igual que en el resto de la región de América Latina) la pobreza se concentra cada vez más en las familias con niños. Este fenómeno, conocido como “infantilización de la pobreza” o “desbalance etario del bienestar” (Rossel, 2013), constituye una situación de vulneración de los derechos de los niños que se agravó en los últimos veinte años, pese al crecimiento económico experimentado en la última década en la región (Rossel, 2013).⁵ Existen diversos factores que permiten aproximar explicaciones de esta situación. En primer lugar, los mercados de trabajo de la región atravesaron fenómenos de desregulación, privatización y flexibilización (con consecuencias en términos de desempleo, inestabilidad, informalidad y precariedad) que debilitaron fuertemente la capacidad de cobertura de sus esquemas de protección social, que estaban generalmente articulados en torno al mercado laboral. A esto se suman los desafíos propios de la incorporación de la mujer al mercado laboral en un contexto de ausencia de sistemas adecuados de cuidado infantil y la disminución estratificada de la fecundidad entre grupos sociales (Filgueira y Aulicino, 2015).

1.3. Otros argumentos subsidiarios

Existe otro conjunto de argumentos que permiten establecer la importancia de la primera infancia y la necesidad de avanzar en

4. Cuando faltan servicios públicos de cuidado de calidad, es más probable que aquellos sin los recursos para comprar cuidado privado opten por quedarse en casa ellos mismos, desincentivando especialmente el empleo femenino (Esping-Andersen, 2015).

5. Entre 1990 y alrededor de 2000 la proporción de niños de 0 a 5 años por debajo de la línea de pobreza en América Latina pasó del 59% frente al 48% de la población en general, a 60% y 45% respectivamente. Entre 1990 y 2010, si bien disminuyeron los niveles de pobreza casi en 20% para este grupo etario, la reducción en la población general alcanzó aproximadamente 30%, por lo que la ratio entre pobreza en niños y en el total de la población aumentó (Rossel, 2013).

una agenda de políticas públicas que la ubique en el centro de sus prioridades.

Estos argumentos, que pueden resultar muy útiles a la hora de incidir en la agenda de políticas públicas, deben ser entendidos, sin embargo, como argumentos subsidiarios al ya analizado enfoque de derechos. Esto es así porque parten de una mirada adultocéntrica, que contribuye a sostener un orden social que jerarquiza los vínculos entre generaciones. Se valoriza a los niños, especialmente a aquellos en su primera infancia, instrumentalmente por su rol de futuros adultos productivos. El potencial transformador de la Convención radica en gran parte en que interpela no solo el modelo tutelar existente hasta ese momento, sino, justamente, esta mirada adultocéntrica y las políticas que genera (López y D'Alessandre, 2015).

Existe un riesgo intrínseco en abordar esta serie de argumentos, ya que pueden avalar solo un conjunto de políticas que no consideran a los niños como sujetos plenos de derechos, sino como adultos en proceso de formación (López y D'Alessandre, 2015). Y, dados los desafíos demográficos que las sociedades actuales enfrentan (y que serán analizados más adelante), la posibilidad de que estos futuros adultos sean mucho más productivos se convierte en una exigencia que entra en tensión con el enfoque de derechos. La mirada del adulto vuelve al centro de la escena y se coloca en riesgo la valorización de los niños como tales.

Dicho lo anterior, se considera necesario analizarlos, siempre contemplando los riesgos que traen aparejados y sin perder de vista que constituyen argumentos subsidiarios que no deberían primar a la hora de diseñar e implementar políticas dirigidas a la primera infancia. En pocas palabras, aun si estos argumentos no existieran, la Convención establece la obligación de los Estados de asegurar el pleno desarrollo de los niños, porque los considera sujetos plenos de derecho, y no adultos en proceso de formación.

1.3.1. Las neurociencias y la importancia del desarrollo cerebral en los primeros años

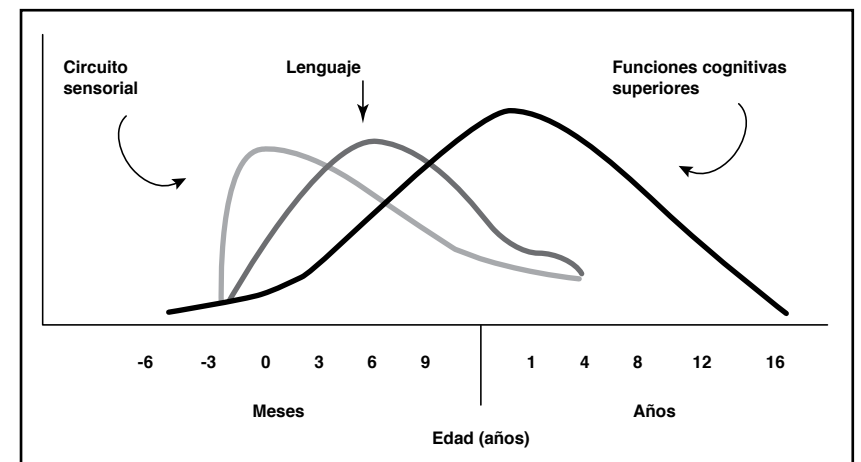
Múltiples investigaciones provenientes de las neurociencias permitieron establecer la importancia de los primeros años de vida (y la etapa prenatal) para el desarrollo cerebral: es en esta etapa cuando

se forma el 40% de las habilidades mentales de las personas adultas (Araujo y López-Boo, 2010).

La estimulación temprana contribuye a generar más conexiones neuronales y un mayor desarrollo de las funciones cognitivas de los niños (Heckman, 2006). Estos necesitan de un entorno que implica cuidado, estimulación y nutrición de calidad, así como ambientes libres de estrés y toxinas ambientales. Los estudios realizados (tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo) muestran que los niños que crecen en un medio ambiente físico y humano empobrecido tienen mayores posibilidades de obtener resultados negativos durante la adolescencia y la edad adulta: menor desarrollo cognitivo y desempeño académico más bajo, comportamiento antisocial, menores salarios, problemas de salud mental y enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión (Baker-Henningham y López-Boo, 2013; Grantham-McGregor, 2009; Barker, 1999). Todas estas cuestiones contribuyen, además, a perpetuar el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Evidencia de la experiencia internacional muestra la importancia de contar con estímulos adecuados durante los primeros años de vida para el desarrollo futuro de una persona. En Estados Unidos, un análisis del programa Abecedarian (que provee servicios de cuidado de calidad a niños entre 0 y 5 años que provienen de familias vulne-

Gráfico 1. El desarrollo cerebral humano a través de los años



Fuente: Nelson (2000).

rables) muestra, luego de diez años de la intervención, que quienes habían participado del programa tenían un mejor desempeño en las pruebas de coeficiente intelectual, matemática y lectura (0,35 desvíos estándar). A los quince años de la intervención, los mismos niños tenían una probabilidad 23% mayor de haber ido a instituciones de educación superior (Schady, 2015).

El Estudio de Educación Preescolar y Primera Infancia (EPPE), que constituye el de mayor alcance realizado en Europa sobre los efectos de la educación preescolar en el desarrollo intelectual, social y comportamental de los niños, muestra que aquellos que asistieron tuvieron mayores progresos en esas tres áreas que los que se quedaron en el hogar. Además, el estudio indica que tanto la calidad como la duración de la educación preescolar son importantes: cada mes de preescolar a partir de los 2 años trae aparejado un mejor desarrollo cognitivo, mayor independencia, concentración y sociabilidad, y sus efectos tienen un impacto perdurable hasta los once años (Sylva y Siraj-Blatchford, 2009).

Las pruebas PISA 2012 demuestran que, a nivel mundial, quienes asistieron al nivel inicial por más de un año tienen un mejor desempeño que los que no, lo cual se mantiene más allá de las diferencias socioeconómicas (de hecho, la Argentina es el país de la región con la mayor diferencia en los resultados entre ambos grupos al controlar por nivel socioeconómico) (OCDE, 2013).

En la Argentina también existe evidencia empírica que afirma que los niños beneficiados por políticas de construcción de jardines no solo muestran mejor rendimiento en pruebas de matemática y lengua en tercer grado de primaria, sino que también presentan mejores indicadores de esfuerzo, atención, disciplina y participación en clase (Berlinksi, Galiani y Gertler, 2006).

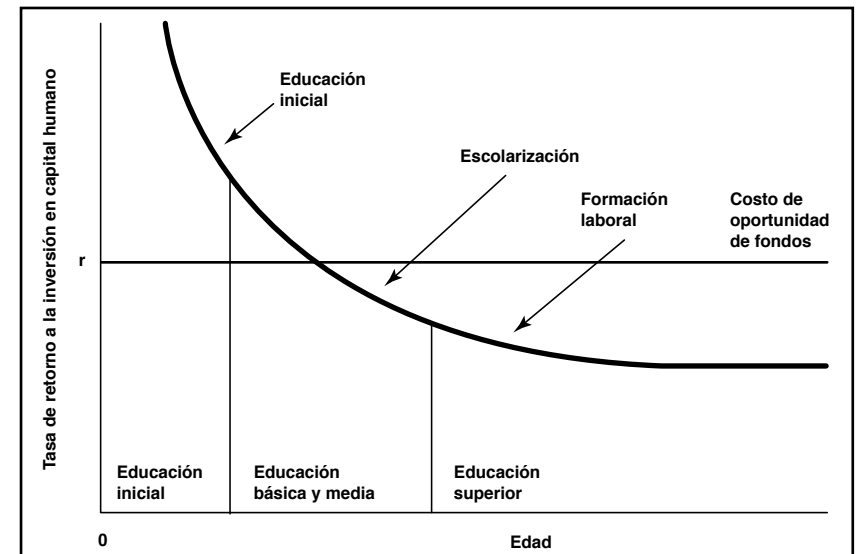
1.3.2. Invertir en primera infancia: la mejor decisión que un país puede tomar

El argumento de la inversión parte de constatar tanto los retornos de invertir en primera infancia como los costos de no hacerlo: algunas estimaciones muestran que el costo mundial que acarrea la falta de inversiones adecuadas en la primera infancia se encuentra en torno a un billón de dólares por año (Barnett, 2009).

Por su parte, James Heckman estimó que por cada dólar investi-

do en políticas de desarrollo infantil temprano de calidad existe un retorno de hasta 17 dólares (Unicef y Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2010). El hecho de que las intervenciones sean de calidad constituye un factor clave y su ausencia puede llevar incluso a resultados negativos (Barnett, 2009; Schady, 2015). Gøsta Esping-Andersen (2015) advierte que los Estados de bienestar tal vez necesiten sistemas contables distintos de los usados actualmente, ya que estos no reflejan la inversión social de muchas de sus políticas, con efectos que suelen ser indirectos o solo estimables más adelante. Sus estimaciones utilizando un sistema contable dinámico para analizar los costos y retornos de proveer servicios de cuidado y educación para la primera infancia muestran que una madre que no interrumpe su trabajo al finalizar su licencia por maternidad puede terminar devolviendo, incluso con intereses, los costos vía impuestos.⁶

Gráfico 2. Tasa de retorno de la inversión en capital humano



Fuente: Heckman y Masterov (2007).

6. Su ejemplo utiliza otros supuestos creíbles, por ejemplo, que se trata de una madre de 30-35 años que gana dos tercios del salario promedio y con dos hijos que asisten a jardín maternal por dos años y jardín de infantes por tres años.

La actual economía del conocimiento requiere una formación cada vez más alta, diversificada y de reaprendizajes constantes, para asegurar un buen empleo con un buen salario (Esping-Andersen, 2004). Alcanzar estos niveles de formación supone contar con una determinada base cognitiva, por lo que existe un potencial riesgo de ampliación de la brecha entre los ganadores y los perdedores del orden capitalista posindustrial: cada vez es más probable que un desarrollo cognitivo bajo (tan afectado, como se vio, por los estímulos recibidos en los primeros años de vida) genere un círculo vicioso de precariedad, bajos salarios y alto riesgo de desempleo (Esping-Andersen, 2004). Para romper con este ciclo es necesario invertir en los primeros años de vida: las investigaciones muestran que los programas de formación y capacitación que se llevan adelante en la vida adulta exhiben una baja efectividad entre aquellos que tuvieron un mal comienzo de vida (Heckman, 1999, en Esping-Andersen, 2004).

Así, invertir en primera infancia se presenta como la mejor decisión que un país puede tomar, ya que permite alcanzar al mismo tiempo objetivos de equidad y de eficiencia (Heckman, 2006). Dicho lo anterior, es clave resaltar que este argumento introduce la razón utilitaria por sobre la de los derechos (Bustelo, 2005).

2. La imprescindible integralidad

Las problemáticas que enfrentan actualmente las familias con niños en su primera infancia son multidimensionales e interdependientes, por lo que requieren de un abordaje integral para su superación. Este tipo de enfoque busca crear sistemas con una coordinación transversal de sectores; promover la innovación de programas; llenar vacíos en el conocimiento, los servicios y los recursos, y crear programas que sean financieramente viables además de culturalmente apropiados. Este cambio de perspectiva incluye repensar las políticas de atención a la primera infancia, que ya no solo se concentran en atender problemáticas aisladas (como disminuir la mortalidad materno-infantil y la desnutrición), sino que son abordadas desde una perspectiva amplia de ciclo de vida y desarrollo, al igual que la combinación entre diferentes modalidades de prestaciones de servicios de cuidado y educación como parte de una misma política (BID, 2011).

Si bien el concepto de integralidad fue ganando terreno en la forma de gestionar lo público y en especial las políticas sociales, también

enfrenta el riesgo de que su sobreutilización lo vacíe de contenido. Por eso, es importante definir claramente qué se entiende aquí por integralidad y por qué es imprescindible que la primera infancia sea abordada de ese modo.

La integralidad no significa una sumatoria de acciones, sino que supone que las prestaciones y los servicios están centrados en el conjunto de necesidades de las personas, familias y comunidades. De acuerdo con Verónica Silva Villalobos (2016), las intervenciones integrales deben ser provistas por diferentes instituciones o sectores, estar basadas en resultados específicos en las condiciones de vida de los destinatarios, tener una temporalidad conocida por todos y estar coordinadas a través de una puerta de acceso para el destinatario. La integralidad, entonces, busca darle mayor coherencia e impacto a los programas convencionales, a través de la convergencia e integración de las distintas intervenciones, privilegiando la perspectiva del receptor (Martínez Nogueira, 2007). En este sentido resulta importante entender la integralidad desde una perspectiva longitudinal, asociada al ciclo de vida. Esto permite identificar la fuerte relación existente entre las diferentes fases del ciclo de vida, caracterizadas por la presencia o ausencia de recursos materiales y los factores de protección que definen trayectorias de vida. Hacerlo desde un enfoque de derechos permite poner el acento en las personas (Cunill-Grau, Repetto y Bronzo, 2015).

Los niños en su primera infancia representan una población especialmente vulnerable. Asegurar su protección y el desarrollo pleno de su potencial, desde el mencionado enfoque de derechos, requiere una labor mancomunada, que involucre y comprometa a todos los sectores estatales permanentes. Cuando el objetivo es atender integralmente problemas definidos del mismo modo, la coordinación se convierte en un imperativo y deben introducirse solamente los mecanismos político-institucionales y las herramientas operativas necesarias sin agregar una complejidad extra a la que la gestión pública ya impone.

Comprendida desde este enfoque, la integralidad implica, entonces, la participación activa de organismos pertenecientes a diversos sectores y niveles de gobierno y requiere de grandes esfuerzos, tanto en materia de coordinación horizontal (entre sectores del mismo nivel de gobierno) como de coordinación vertical (entre distintos niveles de gobierno o interjurisdiccional). En materia social, la coordinación solo debería buscarse cuando el problema es altamente complejo,

los niveles de vulnerabilidad son grandes y son necesarios cambios profundos en el comportamiento de los individuos, sus familias y su entorno (Cunill-Grau, Repetto y Bronzo, 2015). La primera infancia reúne todos estos requisitos.

Lograr abordajes integrales en la primera infancia supone trabajar sobre cuatro niveles de acción: el nivel micro de las familias (prácticas, habilidades y procesos de toma de decisiones), el nivel meso de la comunidad (servicios a nivel comunitario y organización de la comunidad), el nivel macro del país (políticas, presupuestos y recursos) y el nivel megainternacional (definición de metas, estándares y mecanismos de financiamiento) (Unicef, 2006). La coordinación constituye, entonces, una herramienta indispensable para abordar este tipo de problemáticas cuyas causas son múltiples e interrelacionadas, para evitar la fragmentación y duplicidad de políticas (que deja tanto áreas vacantes que no son abordadas como superposiciones en la oferta), reducir sus inconsistencias, asegurar las prioridades y apuntar a su cohesión y coherencia; atenuar el conflicto político y burocrático, y promover una perspectiva holística, que supere la mirada sectorial y estrecha de las políticas (Peters, 1998). Debe entenderse como un medio para alcanzar la integralidad y no como un fin en sí mismo: debe ser una coordinación pro integralidad (Repetto y Fernández, 2012). Una coordinación de este tipo será exitosa cuando logre generar una articulación virtuosa entre integración, coherencia y gestión (Lerda, Acquatella y Gómez, 2005).

Es esta una tarea tanto técnica como política. Técnica, porque implica contar con dispositivos y estructuras que permitan implementar políticas, programas o proyectos en forma conjunta, eficiente y eficaz. Política, porque implica enfrentar una serie de contradicciones, restricciones y resistencias, propia del juego entre múltiples actores con diversos intereses, ideologías y capacidades.

Si la coordinación se reduce exclusivamente a su aspecto técnico, pierde su función principal: su habilidad para concertar visiones y perspectivas entre actores, para que se traduzcan en un accionar público integrado (Repetto y Fernández, 2012). Es por esto que el nivel de formalidad o informalidad que adquieran los mecanismos de coordinación debe también guardar estrecha relación con el nivel de certidumbre o incertidumbre del entorno en que se producen las interdependencias (Repetto y Fernández, 2012).

Es menester resaltar que existen obstáculos para la coordinación, los cuales surgen en la gestión cotidiana y provienen de las propieda-

des del sistema organizacional (Serrano, 2003; Cunill-Grau, Repetto y Bronzo, 2015; Repetto y Fernández, 2012):

- a) Los problemas sociales son comprendidos de manera fragmentada.
- b) Las organizaciones buscan preservar su autonomía e independencia.
- c) Las metas organizacionales difieren entre sectores.
- d) Los procedimientos operativos son difíciles de sincronizar.
- e) La lógica sectorial, la planificación del presupuesto y de las evaluaciones diluyen el enfoque sistémico.
- f) Las resistencias se potencian en un contexto de escasa cultura y práctica del diálogo.
- g) Las resistencias políticas operan a partir de los desbalances de poder entre los distintos actores.
- h) La falta de expertos en gestión de políticas coordinadas no es resuelta por el “saber hacer” sectorial.

Estas dificultades llevan, en general, a desconfiar acerca de la posibilidad efectiva de la coordinación e, incluso, acerca de la conveniencia de llevar adelante estos esfuerzos.

Es posible identificar seis factores que explican por qué las organizaciones, pese a las mencionadas dificultades, de hecho cooperan en determinadas situaciones. Estos factores son los incentivos financieros (obtener más recursos o personal), los incentivos políticos, los valores profesionales, la necesidad de resolver un problema acuciante (quizás el incentivo más efectivo), la reducción de la incertidumbre y el mandato legal (Serrano, 2003). Si bien todos estos factores pueden ser útiles para generar interés en torno a la coordinación, no todos lo son para hacer que la coordinación efectivamente se sostenga y funcione (como en el caso de los incentivos financieros o los mandatos legales en países donde su cumplimiento es laxo) porque la coordinación es un proceso permanente que requiere saber direccionarla. Para ello se necesita, entre otras cosas, de un liderazgo efectivo, flexibilidad y discreción, la creación de un sentido común y compartido, la creación de una cultura burocrática más pragmática, habilidades de negociación y mediación, reducción de las incertidumbres políticas (para lo que se requiere generar consensos amplios en torno al esfuerzo de coordinación) y mantener un número reducido de agencias involucradas (Serrano, 2003).

Los riesgos mencionados en torno a la integralidad (bloqueos,

vetos cruzados, dispersión de responsabilidades, saberes compartimentados, celos institucionales, etc.) hacen necesaria la existencia de una instancia que pueda generar definiciones claras acerca de quién hace qué y que pueda, sobre todo, arbitrar en casos de conflicto (Cunill-Grau, Repetto y Bronzo, 2015). Es decir, una instancia que debe tener un importante respaldo político y debe estar legitimada por el resto de los actores para ejercer el rol de rectoría. Este rol se refiere a la “función de gobierno” que se ejerza en relación con las siguientes tareas (Acuña y Repetto, 2009):⁷

- a) Fijar los objetivos y las metas que guiarán al sistema sobre la base de una mirada integral sobre las problemáticas vinculadas.
- b) Definir las prioridades y la metodología (estrategias) de intervención.
- c) Asignar responsabilidades y funciones a las áreas y los actores involucrados.
- d) Distribuir los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades ligadas al cumplimiento de responsabilidades y funciones asignadas.
- e) Regular la provisión de servicios o realización de actividades de acuerdo con estándares, niveles de cobertura y financiamiento definidos para cada contexto.
- f) Monitorear el avance de las actividades, el cumplimiento de la metodología de intervención y el alcance de metas en tiempo y forma.
- g) Sistematizar la información pertinente y evaluar la implementación.
- h) Redefinir la política (sus alcances, objetivos, metas y metodología de intervención) en función de las conclusiones de la evaluación.

A modo de cierre

En síntesis, existe una multiplicidad de argumentos que resaltan la importancia de avanzar hacia políticas integrales para la primera infancia. El principal de ellos se fundamenta en el enfoque de derechos.

7. Es importante destacar que este rol de rectoría puede no recaer en la instancia designada por la institucionalidad formal, que no siempre se condice con la realidad (Acuña y Repetto, 2009).

Por un lado, este enfoque reconoce al niño como sujeto de derechos en el sentido pleno y no como un potencial adulto futuro. Es decir, implica abandonar la mirada adultocéntrica, colocando al niño en el centro de la agenda de políticas públicas.

Por otro lado, la incorporación de este enfoque interpela a los Estados y las sociedades, al modificar su relación con la infancia. Demanda priorizar a los niños en las políticas públicas, por lo cual requiere de un esfuerzo que vaya más allá de las respuestas sectoriales para asegurar el ejercicio efectivo del derecho de todos los niños a su desarrollo pleno.

CAPÍTULO 2

El diagnóstico de los niños en su primera infancia en la Argentina

El presente capítulo realiza un diagnóstico de la situación de la primera infancia en la Argentina, para enriquecer el debate y aportar evidencia que pueda ser utilizada como referencia para el diseño y la implementación de futuras políticas públicas destinadas a este grupo etario.

El capítulo consta de cuatro apartados. El primero analiza la evolución poblacional de los niños y describe la etapa en la que se encuentra el país en la transición demográfica y los desafíos que esto implica. El segundo presenta datos de pobreza infantil y muestra que, aunque cayó, está cada vez más infantilizada. El tercero está dedicado a la situación de la salud infantil y evidencia que todavía se observa un alto porcentaje de muertes infantiles y maternas prevenibles, y que en los últimos años el progreso argentino fue menos acelerado que el de la región. El cuarto examina información sobre la nutrición de los niños y las madres gestantes, referida a la lactancia materna, el consumo de alimentos fuente de nutrientes esenciales y la prevalencia de distintos diagnósticos nutricionales, anemia e inseguridad alimentaria. El último apartado sintetiza los desafíos pendientes de la Argentina en la cuestión social de la primera infancia.

1. La situación demográfica

Según el último censo realizado en la Argentina en 2010, 3.337.652 niños tienen entre 0 y 4 años, lo que implica que el 8,3% de la población total del país es menor de 5 años (INDEC, 2010). La concentración de estos niños en el territorio es muy despareja y coincide en gran medida con la distribución de la población general: se destaca la provincia de Buenos Aires, que alberga el 38,8% de este grupo etario y supera

cinco veces a Córdoba, que ocupa el segundo lugar con el 7,8%. Por otro lado, 89,6% de los niños vive en ámbitos urbanos y el resto en el ámbito rural (3,4% en el rural agrupado y 7% en el rural disperso).¹

Como se observa en el gráfico 3, mientras que la población total aumentó 10,6% entre los últimos dos censos nacionales, la población de 0 a 4 se estancó (estrictamente, disminuyó 0,3%, por lo que cayó significativamente su peso relativo en el conjunto de la población pasando de 9,2% al mencionado 8,3%). Según las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), mientras la población total aumentó 17% entre 2001 y 2015, el grupo de 0 a 4 años creció apenas 5%.²

Estos datos son reflejo del proceso demográfico que está atravesando la Argentina y que generará el envejecimiento de su población a medida que se avance en la transición demográfica.

La transición demográfica consiste en un fenómeno que se caracteriza por atravesar tres etapas, cada una con distintos efectos sobre las tasas de dependencia (relación de la población inactiva, niños y adultos mayores, con la población activa): 1) altas tasas de dependencia infantil por alta fecundidad; 2) disminución de la fecundidad, con baja proporción de adultos mayores, por lo que las tasas de dependencia se mantienen bajas, y 3) altas tasas de dependencia, marcadas por una mayor proporción de adultos mayores por el aumento de la longevidad y una fecundidad que se mantuvo baja.

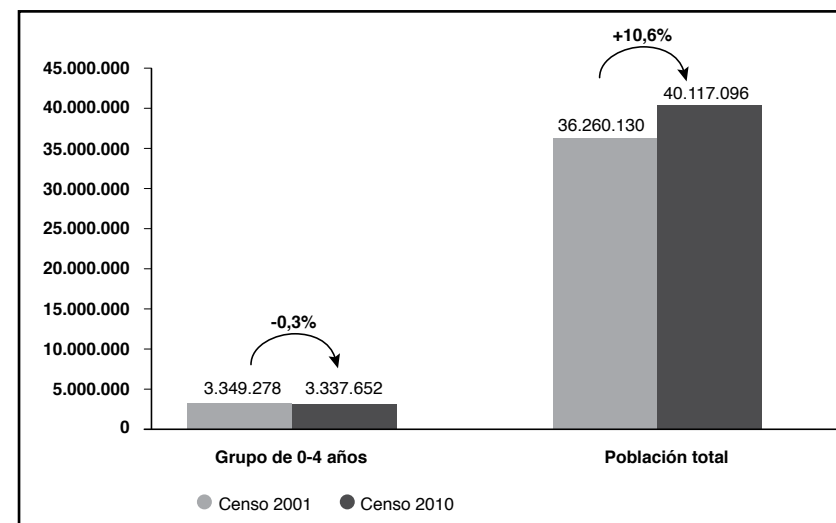
La transición es causada por la caída de la fecundidad y el aumento de la longevidad, lo cual es el reflejo de buenas noticias: las mejores condiciones de vida y un incremento en el control reproductivo de las mujeres. Sin embargo, también implica desafíos de largo plazo en términos de capacidad económica y cargas fiscales, ya que al final de este proceso habrá una mayor proporción de adultos mayores en la población.

La Argentina (al igual que muchos otros países de la región) se encuentra en la fase intermedia, denominada ventana de oportunidades demográfica o bono demográfico, caracterizada por una baja tasa de dependencia. El bono demográfico argentino comenzó en 2002 y durará hasta aproximadamente 2043, un período que resulta diez

1. Los porcentajes correspondientes a la población total son 90,9% en el ámbito urbano, 3,3% en el ámbito rural agrupado y 5,8% en el rural disperso.

2. Incluso se estima que en trece provincias (principalmente en el norte del país) hubo un decrecimiento de los niños en esta franja etaria entre 2001 y 2015.

Gráfico 3. Población argentina de 0 a 4 años y población total. Total país. 2001 y 2010



Fuente: CIPPEC, sobre la base de INDEC, Censo Nacional 2001 y 2010.

años más corto que el promedio de América Latina, estimado de 2002 a 2053 (CIPPEC, sobre la base de CELADE-CEPAL).³

América Latina, y particularmente países como Uruguay, Chile y Argentina (que están en una etapa avanzada de la transición demográfica), deberán enfrentar pronto los desafíos del envejecimiento demográfico en un contexto en el cual las sociedades son relativamente más pobres y desiguales que las sociedades envejecidas de los países nórdicos (Saad, Miller y Martínez, 2009; CEPAL, 2010). En la Argentina, la población de menores ingresos es la que más aporta a la reproducción biológica del país, en un contexto en el cual el Estado participa en forma limitada en el financiamiento del consumo de estos niños.⁴

3. Aunque no hay definición unánime sobre cómo medir el bono demográfico, se optó por emplear una de las más usuales: período en que la relación de dependencia se mantiene por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas (por debajo de 66,6%).

4. Este contexto no es exclusivamente argentino. En los países de la región en los que se realizaron estudios sobre transferencias intergeneracionales (National Transfer

Esto no es lo deseable si se busca igualar oportunidades al inicio de la vida. Como fue señalado en el capítulo anterior, en sociedades desiguales como las latinoamericanas, mientras más dependa el nivel de consumo de los niños de sus familias, más rígidos y permanentes serán los patrones de desigualdad.

Tampoco es deseable en términos de productividad agregada. Si es cierto que el incremento de la productividad media de la población depende en buena medida de la mejora de la productividad relativa de los sectores de menores ingresos y del capital educativo original, es fundamental redistribuir en edades tempranas.

Cuánto consumen y cómo se financia el consumo de las diferentes generaciones se ve influido por las transferencias intergeneracionales, que no son neutrales respecto de la edad. Los cambios en la estructura de edades de las sociedades poseen un impacto importante sobre la productividad económica, la sustentabilidad fiscal, la desigualdad social y la capacidad de disminuirla intertemporalmente.

Por ello, la estructura etaria de la etapa de bono demográfico constituye una gran oportunidad que no debe desperdiciarse: es un período único en que se necesitará un menor esfuerzo de parte de la población en edad de trabajar para aumentar los recursos destinados a la población de menor y mayor edad y, por ende, para mejorar su atención y calidad de vida, así como la productividad futura de la sociedad en su conjunto. Bien aprovechada, esta ventana de oportunidades favorece el crecimiento y mejora, así, los aportes fiscales para enfrentar la tercera etapa de envejecimiento. Además, permitiría disminuir la desigualdad a futuro, si se aprovecha para realizar fuertes inversiones públicas en la infancia en forma igualitaria o, mejor aún, progresiva.

La Argentina cuenta por primera vez con un estudio realizado desde la metodología de National Transfer Accounts (NTA) (Gragnotati *et al.*, 2014) que muestra que mientras en 1997 el Estado cubría solo en el 10% el déficit entre lo que consume un niño menor de 17 años y los ingresos que genera, en 2010 cubría el 40%. Si bien el déficit sigue siendo cubierto mayoritariamente por las familias, este avance

Accounts, NTA) y financiamiento del consumo de niños y adolescentes, se constata que este depende fundamentalmente de las propias familias, siendo el componente público una porción mucho menor en comparación también con países de Europa y, en menor medida, Asia (CEPAL, 2010; Saad, Miller y Martínez, 2009).

es destacable. En adultos mayores, el salto en términos absolutos fue más alto (de 50% a 90%).

Así, se ve que entre 1997 y 2010 el país logró aumentar el déficit cubierto por el Estado y mejorar el balance intergeneracional de su esfuerzo público (mejoró la relación entre transferencias públicas netas para adultos mayores e infancia). Sin embargo, el actual contrato fiscal intergeneracional no es el adecuado para enfrentar un eventual proceso de envejecimiento. De mantenerse estas transferencias promedio para cada grupo de población, cuando crezca la población adulta mayor y disminuya la población infantil a medida que la transición avance, los montos absolutos de gasto se sesgarán hacia adultos mayores.

Resolver el desafío de la tercera etapa de la transición demográfica de manera sustentable implica asegurar: 1) tasas de fecundidad en niveles cercanos al reemplazo y convergencia entre estratos; 2) altas tasas de participación de las mujeres en el mercado laboral formal y convergencia entre estratos, y 3) bienestar infantil, es decir, niveles de pobreza infantil bajos y menores que para la población general, y desarrollo de servicios de calidad. Para ello es clave que un país apoye sistemas de protección y servicios que minimicen el *trade-off* entre reproducción y producción, invierta en sus generaciones más jóvenes y promueva la inserción de las mujeres en el mercado laboral. A qué configuración se moverá la Argentina en el futuro dependerá de los dispositivos que desarrolle en los próximos años para redistribuir las cargas del trabajo no remunerado y remunerado y de los niveles de inversión pública que oriente hacia la infancia y la juventud. En este sentido, contar con políticas integrales de primera infancia es clave para alcanzar este objetivo.

2. Pobreza infantil

La Argentina no escapa al fenómeno de infantilización de la pobreza que atraviesa a América Latina, caracterizado por niveles de pobreza más elevados en la infancia que en la población general. Esto se verifica tanto al medir la pobreza por ingresos como al realizar mediciones multidimensionales que involucran la medición del espacio de las privaciones que los niños sufren en relación con las posibilidades de su desarrollo humano y social, en diversas dimensiones (Tuñón, 2015).

Los gráficos 4 y 5 evidencian que la tasa de pobreza por ingresos de los niños de entre 0 y 4 años es mucho mayor que la referida a la población total: el segundo semestre de 2014, 21,6% de los infantes eran pobres y 9,2% indigentes, frente a 12,9% y 5,5% respectivamente en la población general (tomando una línea de pobreza de 4 dólares al día y de indigencia de 2,5 dólares al día, ajustadas por paridad del poder adquisitivo) (CEDLAS, 2015).⁵ Este diagnóstico también se verifica al observar otras formas posibles de medir la pobreza: el gráfico 6 muestra que en 2010 el 22,3% de los niños de hasta 4 años vivía en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), frente al 12,5% de la población total (INDEC, 2010). Con respecto a la pobreza multidimensional,⁶ un estudio realizado por Unicef (2016) muestra que en 2015 el 34,4% de los niños de entre 0 y 5 años se encontraba en una situación multidimensional de pobreza, con 27,5% en una situación de pobreza moderada y 6,9% de pobreza extrema. En el grupo agregado de niños y adolescentes de 0 a 17 años estos porcentajes eran menores (31,7%, 26% y 5,7%, respectivamente).

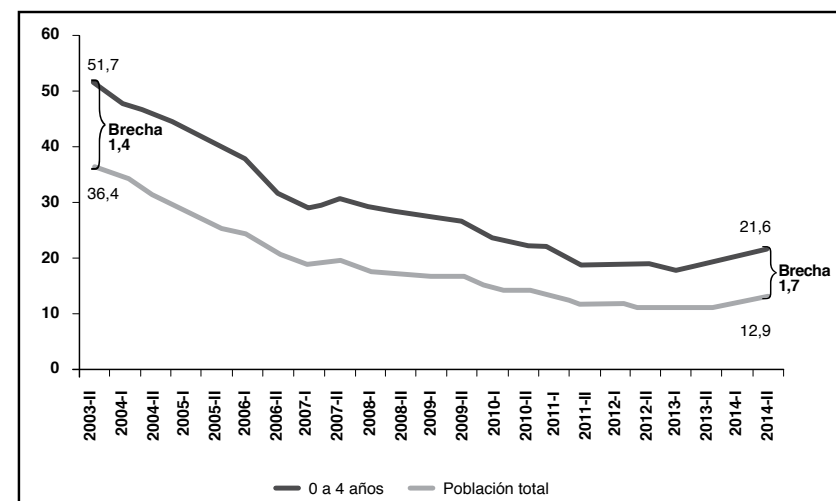
Además, a pesar de que la pobreza se redujo en los últimos años, su infantilización se profundizó. Mientras en 2003 la incidencia de la pobreza por ingresos para la primera infancia era 1,4 veces mayor que para toda la población, en 2014 esta relación aumentó a 1,7 (el análisis de la brecha en la tasa de indigencia por ingresos registra un ascenso de 1,5 a 1,7). En el gráfico 6, al comparar el porcentaje de niños de 0 a 4 años que vivían en hogares con NBI y este mismo porcentaje para la población total, la brecha también se incrementó, de 1,6 a 1,8 entre los censos nacionales de 2001 y 2010.⁷

5. Desde la intervención del INDEC en 2007, la veracidad de sus datos es duramente cuestionada. En este caso, se optó por utilizar la fuente provista por el Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (CEDLAS) del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata y los datos que elaboran en conjunto con el Banco Mundial para la Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean (SEDLAC). Los datos para la población general pueden encontrarse en <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar>.

6. Esta medida busca contemplar aspectos que trascienden las variables puramente monetarias del bienestar. Los resultados aquí presentados utilizan la metodología Bristol (Unicef y CEPAL, 2010), que incluye seis dimensiones, siguiendo la Convención sobre los Derechos del Niño: nutrición, agua potable, saneamiento, vivienda, educación e información.

7. Datos alternativos presentan distintos valores pero permiten llegar a la misma conclusión, por ejemplo, los elaborados por el Observatorio de la Deuda Social Argen-

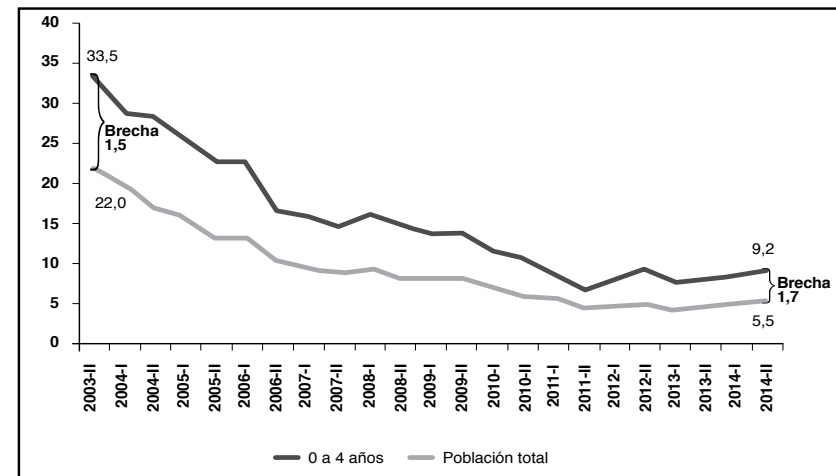
**Gráfico 4. Tasa de pobreza infantil y total.
Total aglomerados urbanos. 2003-2014**



Nota: se toma una línea de pobreza de 4 dólares al día ajustada por paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2005.

Fuente: CIPPEC, sobre la base de CEDLAS, a su vez basado en EPH-INDEC.

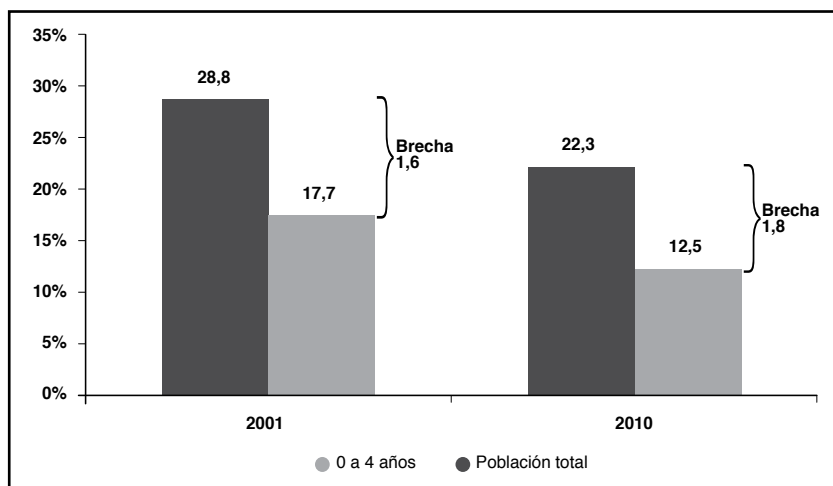
**Gráfico 5. Tasa de indigencia infantil y total.
Total aglomerados urbanos. 2003-2014**



Nota: se toma una línea de indigencia de 2,5 dólares al día ajustada por PPA de 2005.

Fuente: CIPPEC, sobre la base de CEDLAS, a su vez basado en EPH-INDEC.

Gráfico 6. Personas que viven en hogares con NBI, infantes y total. Total país. 2001 y 2010



Fuente: CIPPEC, sobre la base de INDEC, Censo Nacional 2001 y 2010.

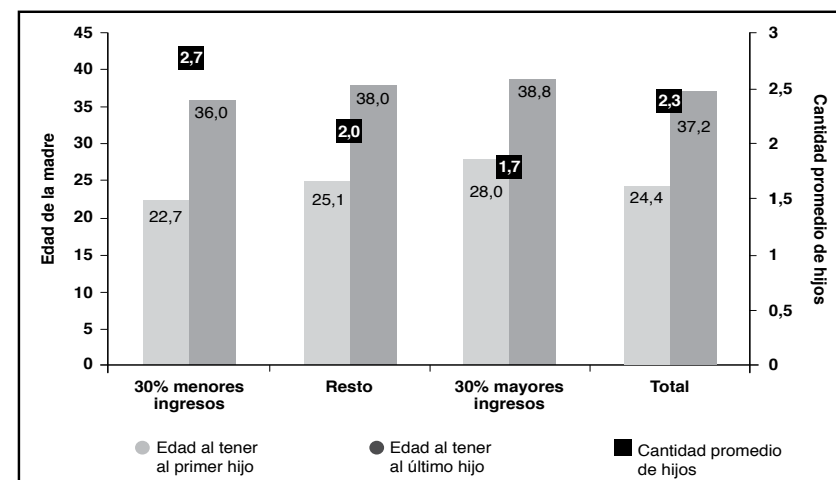
El fenómeno de infantilización de la pobreza es el reflejo de que los ingresos son menores para las personas con hijos: según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 2012 procesados por el Observatorio de la Maternidad, 48,6% de las madres y 47,6% de los padres que vivían con sus hijos formaban parte del 30% de los hogares con menores ingresos per cápita familiar, mientras que solo 12,5% de las mujeres y 11,7% de los hombres que no eran padres pertenecían a este grupo. Más aún, esta tendencia se fue acentuando con el tiempo: en 2006 los porcentajes de madres y padres que vivían junto a sus hijos y formaban parte de los hogares de ingresos más bajos eran menores, 44,3% y 42,1% respectivamente. Por otra parte, los porcentajes también aumentan cuando nos referimos a quienes conviven con sus hijos menores de 4 años: 52,2% de las madres y 50,8% de los padres en esta situación forman parte del 30% de los hogares con ingresos más bajos (Lupica, 2013). En la misma línea se observa que en 2012 solo 15,3% de las madres y 15,7% de los padres que convivían con sus hijos formaban parte del 30% de los hogares con mayores ingresos,

tina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina (UCA) a partir de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA).

mientras que en 2006 los porcentajes eran mayores, 17,4% y 17,2%, respectivamente.

A su vez, como ilustra el gráfico 7, en niveles socioeconómicos más bajos se encuentran mujeres que fueron madres más jóvenes y con más hijos: como promedio, en 2012, en el 30% de los hogares con menores ingresos per cápita las mujeres concibieron a su primer hijo a los 22,7 años y tuvieron 2,7 hijos en total, mientras que en el 30% de los hogares con mayores ingresos la edad promedio del primer parto fue 28 años y con un total aproximado de 1,7 niños (Lupica, 2013).

Gráfico 7. Edad promedio de las mujeres al tener su primer y su último hijo y cantidad promedio de hijos, según nivel de ingreso per cápita del hogar. Total aglomerados urbanos. 2012



Fuente: CIPPEC, sobre la base de Observatorio de la Maternidad, a su vez basado en EPH 2012 (promedio de los dos primeros trimestres), INDEC.

A diferencia de las tendencias internacionales, en la Argentina hubo un crecimiento en la tasa de maternidad adolescente. Datos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA) indican que, en 2011-2012, 12,3% de las mujeres entre 15 y 19 años tenían un hijo o estaban embarazadas del primer hijo (MDS y Unicef, 2013). Además, datos del Ministerio de Salud muestran que del total de nacimientos en la Argentina en 2014, 0,4% fueron

de madres menores de 15 años y 15,1% de madres menores de 20 años (porcentajes que ascienden a 1,5% y 24%, respectivamente, en provincias como Formosa). De estas últimas, 34,3% de ellas solo había completado hasta el nivel de instrucción primaria y ciclos de educación general básica y 81,7% si además se agrega secundario o polimodal incompletos (DEIS, 2015).

Este fenómeno puede también explicar, al menos en parte, la situación de mayor vulnerabilidad relativa de estos hogares vinculada al menor desarrollo de capital humano y/o financiero de los jefes de hogar más jóvenes. Mientras que en 2001 la tasa de fecundidad adolescente total era de 30,5 por cada 1.000 mujeres de entre 10 y 19 años, en 2011-2012 este guarismo alcanzó el 35,3 (MDS y Unicef, 2013). Estimaciones realizadas por CIPPEC sobre la base de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU-INDEC) para 2012 indican que, a los 17 años, cerca de un 4% de las mujeres eran madres, y a los 21, casi un 20%. Para los sectores de ingreso per cápita familiar bajo, estos porcentajes alcanzan el 6,3% a los 17 años y el 34,6% a los 21 (Filgueira y Aulicino, 2015).

Al analizar las causas que están detrás de estos acontecimientos se observa que la relación de causalidad entre tener hijos (cuántos y a qué edad) y el nivel socioeconómico no es clara, ya que no parece haber una dirección única de causa a efecto.

Por un lado, en la Argentina tener hijos disminuye el nivel socioeconómico de la familia. Como los niños consumen más que los ingresos que generan y, en nuestro país, son las familias las que cubren la mayor parte de ese déficit (como se explicó en el anterior apartado), se empobrecen al cubrir el consumo de bienes y servicios de sus hijos. Esto también sucede en otros países de América Latina. Existen, sin embargo, otros modelos posibles donde las familias no deben cubrir un porcentaje tan alto de este déficit gracias a que el Estado realiza un mayor esfuerzo de gasto en infancia al implementar políticas que reviertan esta situación. Un buen ejemplo son los países nórdicos, que destinan un mayor nivel de inversión pública hacia la infancia, igualando oportunidades al inicio de la vida y permitiendo una “alta participación femenina en el empleo, moderadas tasas de fecundidad que se sostienen levemente por debajo del nivel de reemplazo y los mejores guarismos en materia de pobreza infantil” (Filgueira y Aulicino, 2015).

Por otro lado, los distintos patrones reproductivos según nivel socioeconómico determinan que los hogares con niños también suelen

ser los más pobres. Tanto los hábitos de la maternidad y la paternidad como las pautas sobre cuándo afrontarla y cuántos hijos concebir varían según el estrato sociocultural. En entornos de menor nivel socioeconómico existen restricciones educativas que pueden llevar a déficits en la educación sexual y reproductiva, lo que provoca una menor planificación familiar, o a que la falta de oportunidades educativas y profesionales presente la maternidad o la paternidad como una forma de afirmación y realización personal al brindar gratificaciones no encontradas en otros ámbitos.⁸ Ambos mecanismos pueden generar que haya padres más jóvenes y prolíficos en estos entornos. En línea con esto, en sectores de menor nivel socioeconómico la maternidad temprana es más frecuente y culturalmente aceptada y presenta una alta correlación con el bajo nivel de escolaridad (CEPAL-UNFPA, 2011).⁹

En cambio, en entornos de mayor nivel socioeconómico y educativo, las conductas reproductivas se respaldan con mayor conocimiento y capacidad de decidir sobre la propia sexualidad. Prima la postergación de la vida reproductiva, la planificación familiar y la búsqueda por conciliar proyectos personales, laborales y familiares (Lupica, 2013).

Así, la realidad socioeconómica y los patrones reproductivos suelen estar intervencionales y generan una relación circular entre demografía y desigualdad. De esta manera, las consecuencias tienden a prolongarse en el tiempo y los fenómenos se refuerzan entre sí alimentando las condiciones que los crearon. Este probablemente sea el ejemplo más claro de la reproducción intergeneracional de la pobreza.

8. Juliana Marcús (2006) sostiene que entre las mujeres de sectores más vulnerables “la maternidad funciona otorgando identidad, un proyecto en la vida, y mucha satisfacción a las jóvenes madres”. Sin embargo, se alerta que “tener en cuenta que el proyecto de vida se liga a la maternidad no implica olvidar que ello también funciona como indicador de una situación económica y social desventajosa, donde la falta de oportunidades profesionales y educativas termina imponiéndose y estableciendo que la maternidad se constituya en su principal destino y objetivo en la vida”.

9. Como posible explicación de esta última correlación, “algunos autores sostienen que la paternidad joven podría explicar la expulsión de los jóvenes del sistema educativo (en especial las mujeres) [...] Sin embargo, la evidencia sugiere que esto es más la excepción que la regla: la desafiliación del sistema educativo es un predictor del embarazo adolescente” (Repetto y Díaz Langou, 2014). Los datos sugieren el siguiente orden en las transiciones: 1) salida del sistema educativo; 2) ingreso al mercado laboral, y 3) convivencia en pareja, la cual es bastante correlativa a la paternidad o maternidad. El orden de secuencia se mantiene en hogares de clima educativo alto y bajo, aunque presenta significativas diferencias en el punto de inicio de dichos eventos y las distancias entre cada uno (Filgueira, Jiménez y Cicciaro, 2014).

La desigualdad se agudiza cada vez más e impacta regresivamente sobre el nivel de vida de los sectores vulnerables (Lupica, 2013).

En suma, revertir la infantilización de la pobreza y su profundización implica un arduo desafío en el largo plazo, ya que supone abordar causas estructurales que están arraigadas en patrones culturales y en factores socioeconómicos. Sin embargo, es un desafío que debe ser abordado ya que las condiciones de vida precarias en la primera infancia atentan contra el ejercicio de derechos de los más pequeños y contribuyen a una reproducción de la desigualdad.

3. Salud

Para alcanzar una salud integral en los primeros años de vida es necesario atender debidamente las enfermedades, poner énfasis en el cuidado de la salud y promover hábitos saludables entre los niños y sus familias desde el embarazo (Fundación Arcor, SITEAL, IPE/Unesco y OEI, 2012).

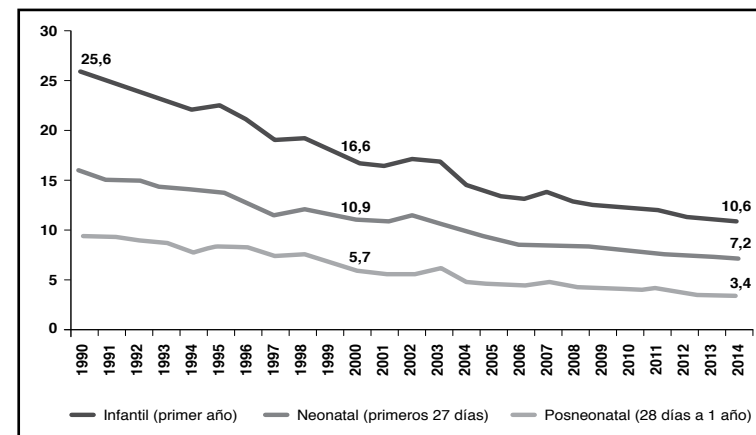
En la Argentina hay un extendido acceso a la salud y uno de los mayores niveles de gasto público en salud per cápita de la región, pero la calidad de la atención varía según las múltiples ofertas en un sistema fragmentado.¹⁰ Además, como se verá a continuación, el progreso argentino en materia de salud fue menos acelerado que el de sus pares regionales en los últimos años y todavía hay una gran cantidad de muertes infantiles y maternas prevenibles.

Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, en la Argentina en 2014 la tasa de mortalidad entre niños de 1 a 4 años era de 0,4 por cada 1.000 niños. Por su parte, como se expone en el gráfico 8, la tasa de mortalidad infantil (refiere a niños menores de 1 año) era de 10,6 por cada 1.000 nacidos vivos, compuesta de una tasa de mortalidad neonatal (en los primeros 27 días de vida) de 7,2 y posneonatal (entre los 28 días y el año) de 3,4. La tasa de mortalidad infantil se redujo más de la mitad a nivel nacional entre 1990 y 2014 (-58,6%), y se redujo también en todas las provincias (entre un 45,6% y un 73,4%). Cabe resaltar que, como figura en el gráfico 9, hay grandes disparidades entre jurisdicciones:

10. El capítulo 3 presentará un análisis en profundidad de estas cuestiones y de los desafíos de cobertura y calidad en la Argentina.

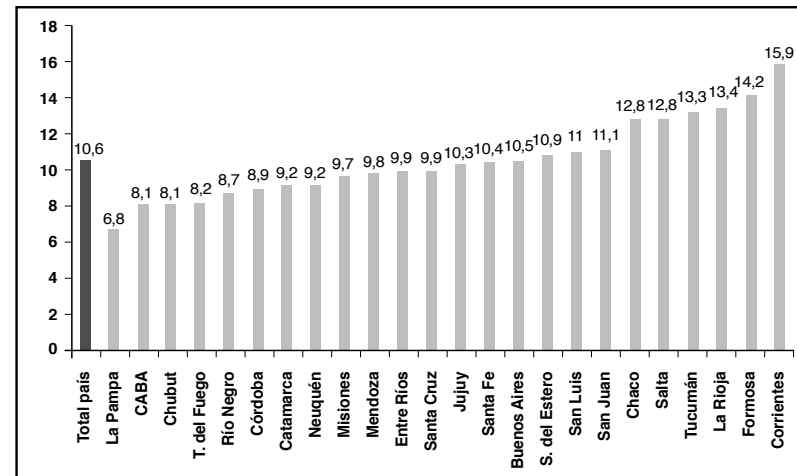
la tasa de mortalidad infantil encontrada en Corrientes (15,9) más que duplica al valor de La Pampa (6,8) (DEIS, 2015).

Gráfico 8. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal. Total país. 1990-2014



Fuente: CIPPEC, sobre la base de DEIS-Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 9. Tasa de mortalidad infantil, por provincia. 2014



Fuente: CIPPEC, sobre la base de DEIS (2015), Ministerio de Salud de la Nación.

Según datos del Grupo Interagencial de Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil, la tasa de mortalidad argentina entre niños menores de 5 años en 2015 (13) y la tasa de mortalidad infantil (11) estaban por debajo del promedio de Latinoamérica y el Caribe (18 y 15, respectivamente), pero su reducción desde 1990 (-54% en ambos casos) fue menos pronunciada que en la región (-66% y -65%, respectivamente) o incluso que en algunos países latinoamericanos que en 1990 tenían tasas más bajas que la Argentina (como Chile, Cuba o Uruguay). Además, esta reducción no fue suficiente para alcanzar la tasa de mortalidad para niños hasta 4 años planteada por el Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015 (9), con lo cual sigue pendiente este desafío para ser cumplido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos como metas para alcanzar en 2030. En relación con las muertes neonatales,¹¹ su participación en el total de muertes infantiles y de niños menores de 5 años aumentó en la Argentina¹² y a nivel mundial. A su vez, en 2015 la Argentina exhibía una tasa de mortalidad neonatal (6) menor a la de Latinoamérica y el Caribe (9) y su reducción entre 1990 y 2015 fue similar (-60% y -59%, respectivamente) (Unicef *et al.*, 2015).

El gráfico 10 exhibe que, en 2014, 62,3% de las muertes en el primer año de vida ocurrieron por causas evitables. Se trata de defunciones que podrían haberse impedido con intervenciones preventivas sencillas y de bajo costo (como controles prenatales, vacunación, lactancia materna, medidas básicas de higiene y saneamiento) o podrían haber sido tratadas si se las hubiese detectado a tiempo (con medicamentos poco costosos o tecnologías básicas de un hospital) previniendo los decesos.

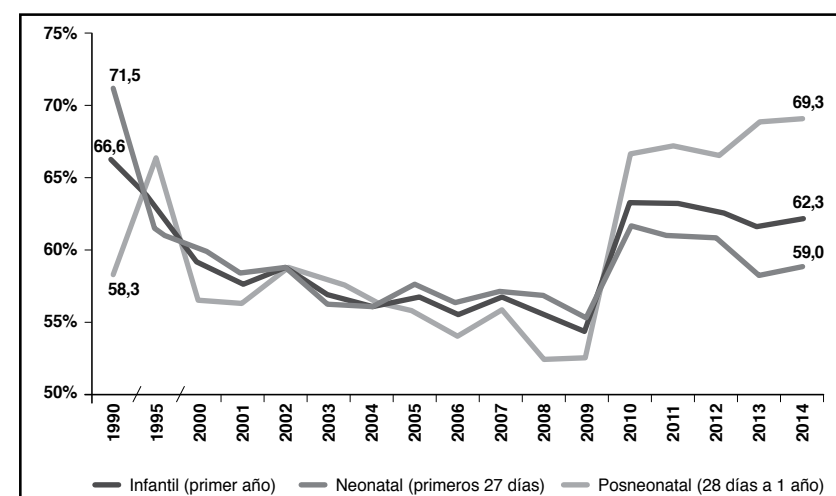
El porcentaje de muertes evitables en el primer año de vida aumentó drásticamente en 2010 (tanto para las neonatales como para las

11. Resulta importante su análisis por separado ya que las intervenciones sanitarias necesarias para afrontar las causas de muertes neonatales difieren de aquellas para enfrentar el resto de las muertes de niños menores de 5 años y están estrechamente relacionadas con las intervenciones necesarias para proteger la salud materna (Unicef *et al.*, 2015). Una alta cantidad de muertes neonatales constituye un evento sanitario de alarma ya que, al estar extremadamente influenciadas por la calidad de los servicios de salud, delata fallas en la atención sanitaria del binomio madre-neonato (FCE, UNLP y Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

12. El 68% de las defunciones infantiles en la Argentina en 2014 fueron muertes neonatales y el resto posneonatales, mientras que en 1990 el porcentaje era de 62,5% (DEIS, 2015).

posneonatales, sin estar acompañado por una gran reducción de las tasas de mortalidad, lo cual implica un aumento en cantidad de muertes además de porcentual) y todavía no se recobraron los valores que tenía en la primera década de este milenio. Terminar con las muertes infantiles prevenibles también sigue siendo un desafío pendiente que debe ser cumplido en los ODS establecidos como metas para alcanzar en 2030 (en particular, la meta 3.2 y sus indicadores).

Gráfico 10. Porcentaje de defunciones infantiles, neonatales y posneonatales reducibles. Total país. 1990-2014



Fuente: CIPPEC, sobre la base de DEIS-Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado, la tasa de mortalidad materna argentina en 2014 fue de 3,7 madres fallecidas por cada 10.000 nacidos vivos según DEIS. Este valor está lejos de alcanzar el valor que cumplía con el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir 75% la mortalidad materna entre 1990 y 2015 (una tasa de 1,3), por lo que esta es otra cuenta pendiente que fue replanteada en los ODS (meta 3.1, y sus indicadores). Esto se debe, en parte, a que la reducción de este indicador no fue sostenida sino que fue muy dispar en el tiempo (por ejemplo, alcanzó un pico de 5,5 en 2009, una cifra mayor que la que se tenía en 1990, 5,2) (DEIS, 2015). Entre 1990 y 2013, la Argentina pasó de ocupar el octavo lugar al décimo entre los países de América Latina con mejor desempeño en

este indicador y fue el país de la región con menor mejora porcentual (mientras que Costa Rica lo mantuvo igual y Guyana, Venezuela y Cuba lo empeoraron) (OMS, 2014b). Además, se evidencia una gran varianza entre jurisdicciones: La Rioja es la provincia con la tasa más alta (15,92), con un valor que supera 4,3 veces el promedio nacional y contrasta con la tasa de 0 en La Pampa o Tierra del Fuego (DEIS, 2015).¹³ La mayoría de las muertes ocurren entre el tercer trimestre de embarazo y la primera semana posparto (FCE, UNLP y Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

En síntesis, los datos revelan que todavía existe un acceso diferencial al derecho a la salud durante los primeros años de vida según el lugar y el nivel socioeconómico de la familia en que se nace. La Argentina todavía cuenta con tasas elevadas de mortalidad infantil por causas evitables. Quienes nacen en una situación de desventaja en términos socioeconómicos tienen mayores probabilidades de enfermarse o morir tempranamente (Fundación Arcor, SITEAL, IPE/Unesco y OEI, 2012).¹⁴

4. Nutrición

Un punto que requiere especial atención en materia de salud es el nutricional, una cuestión tan fundamental que se le dedica un apartado propio. En particular, la nutrición en los primeros mil días (desde el embarazo hasta los primeros dos años de vida) es clave para el desarrollo y la salud futuros de una persona (Grantham-McGregor *et al.*, 2007).

La salud de los pequeños depende en buena medida de la salud de su madre, especialmente en lo referido a su condición nutricional, ya que puede afectar el crecimiento fetal y su posterior desarrollo. Ciertas deficiencias dietarias en la madre embarazada o la desnutrición

13. Los datos presentados son oficiales; sin embargo, se recomienda tomarlos con cuidado ya que existe un alto grado de subregistro en la construcción de la información sobre muertes maternas. Así, diferencias entre provincias y tendencias en el tiempo pueden responder no solo a cambios en la realidad sino también a mejoras en la clasificación y el registro de las defunciones. Un estudio del Ministerio de Salud de la Nación y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en 2003 detectó este problema, así como también otro estudio realizado por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) en 2008 (Fundación Arcor, SITEAL, IPE/Unesco y OEI, 2012).

14. Para mayor información sobre la correlación entre la salud de las personas y su nivel socioeconómico, ver Gasparini y Panadeiros (2004) y FIEL (2009).

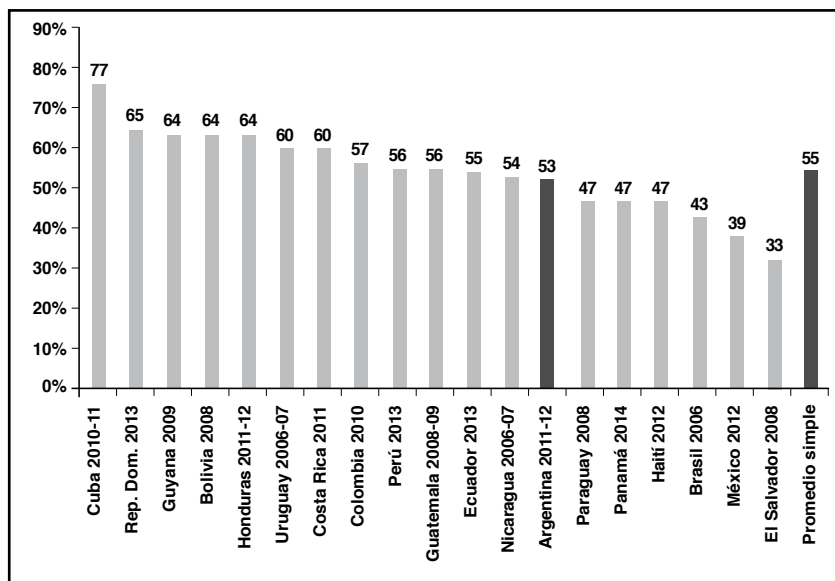
fetal pueden generar discapacidades, enfermedades crónicas (como patologías cardíacas coronarias, diabetes o hipertensión), retraso mental o un menor promedio de años de escolaridad en la vida de la persona (Lutter y Lutter, 2012). Por otro lado, la anemia gestacional aumenta la probabilidad de fallecimiento de la madre (por pérdida de sangre durante el parto) y es un factor de riesgo para la mortalidad infantil (Black *et al.*, 2008). Según los últimos datos disponibles (de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, ENNYS, realizada por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, DINAMI, en 2005), en la Argentina el 30,5% de las mujeres embarazadas sufría anemia, estado nutricional que evidenciaba mayor prevalencia con el avance de la gestación y entre los sectores de menores de ingresos: 9,8% en el primer trimestre de embarazo frente a 35,2% en el tercero, y 36,3% en mujeres bajo la línea de pobreza frente a 25% en el resto (DINAMI, 2007).

La lactancia materna es clave para un desarrollo sano, ya que reduce la probabilidad de mortalidad infantil, promueve el crecimiento y el desarrollo cognitivo del niño y mejora la salud de los niños y sus madres (Lutter y Lutter, 2012; OMS-OPS, 2013).¹⁵ Por ende, el Ministerio de Salud de la Nación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y otras organizaciones que trabajan en la temática (como la Liga de la Leche) recomiendan fuertemente el inicio de la lactancia antes de la primera hora del nacimiento, la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses y luego lactancia materna continuada (agregando alimentos complementarios adecuados para la edad del niño) hasta por lo menos los 2 años. Sin embargo, en la Argentina y a nivel mundial las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria difieren enormemente de las recomendaciones (Lutter y Lutter, 2012). Según la ECOVNA realizada entre 2011 y 2012 en localidades urbanas por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDS) y Unicef, en ese momento solo 52,7% de los niños contaba con iniciación temprana de la lactancia en

15. La lactancia materna aumenta el coeficiente intelectual de los niños entre 1 y 6 puntos (lo cual está comprobado que incrementa los ingresos de por vida). También disminuye el riesgo de enfermedades no contagiosas futuras en madres y niños y, al extender el intervalo entre embarazos, reduce la mortalidad y la desnutrición infantiles (Lutter y Lutter, 2012). Según la OMS-OPS, amamantar beneficia a la madre, por ejemplo, en que ayuda a perder peso después del parto, reduce el riesgo de diabetes tipo 2, de cáncer de mama y de ovario y disminuye el riesgo de anemia.

la primera hora de vida, lo cual está debajo del promedio regional y lejos del ideal, según se observa en el gráfico 11 (MDS y Unicef, 2013). Según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna llevada a cabo por la DINAMI en 2011, en la Argentina solo 54% de los niños menores de seis meses recibía lactancia materna exclusiva,¹⁶ porcentaje mayor al promedio regional, como muestra el gráfico 12, pero que todavía deja mucho camino por recorrer. Este último porcentaje disminuye a medida que el niño crece: a los 2 meses el 60% recibe lactancia materna exclusiva, a los 4 meses el 45% y a los 6 meses solo el 30%.

Gráfico 11. Porcentaje de niños con inicio de la lactancia antes de la primera hora del nacimiento. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010

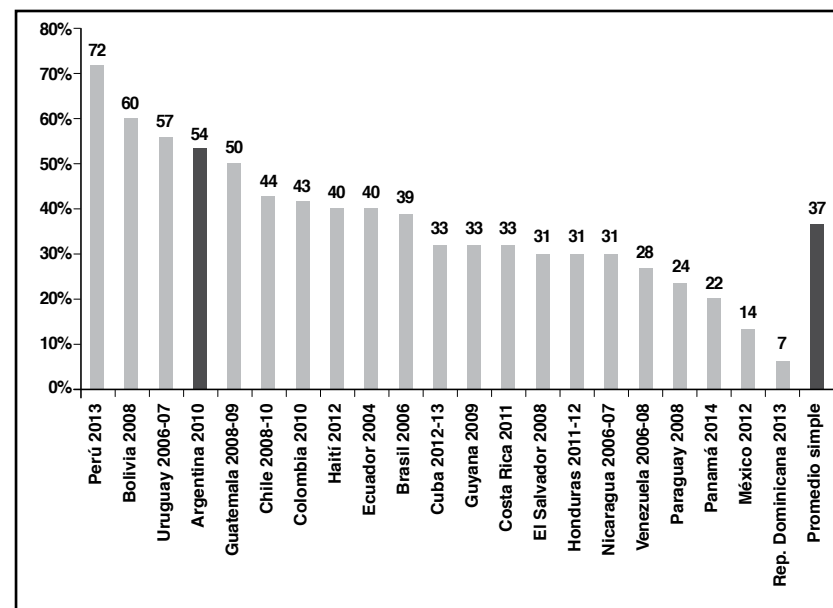


Fuente: ECOVNA 2011-2012 para Argentina (MDS y Unicef, 2013), y OMS-OPS (2013) y Unicef (2015) para el resto de los países.

Con respecto a la alimentación de la primera infancia más allá de la leche materna, en 2014 aproximadamente 2,5% de los niños de 2 a 5 años en grandes centros urbanos no desayunaba, según la EDSA.

16. Este porcentaje se reducía a 32% en la ECOVNA 2011-2012 (MDS y Unicef, 2013).

Gráfico 12. Porcentaje de niños de 0 a 6 meses con lactancia materna exclusiva. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010



Fuente: DINAMI (2011) para Argentina, y OMS-OPS (2013) y Unicef (2015) para el resto de los países.

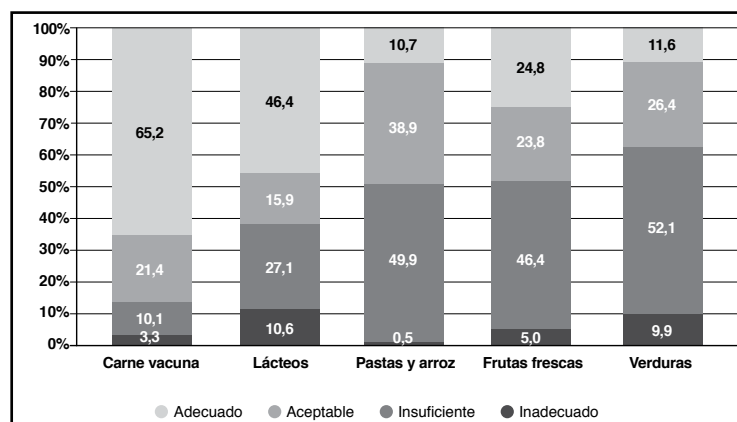
De los que desayunaban, 1,2% lo hacía de manera inadecuada, 15,4% de manera insuficiente, 61,4% de manera aceptable y únicamente 22% de manera adecuada¹⁷ (ODSA, 2015c). El desayuno es la comida más importante del día para los niños, ya que ofrece la energía y los nutrientes necesarios para romper el ayuno de la noche y comenzar el día. Su omisión o su baja calidad tiene efectos perjudiciales en la capacidad cognitiva, la predisposición al aprendizaje y el rendimiento físico (ya que provee la glucosa necesaria para el funcionamiento del cerebro y nutrientes fundamentales en el proceso cognitivo) (ODSA, 2015c; Britos *et al.*, 2003).

17. La calidad del desayuno se mide según el consumo de: 1) lácteos; 2) frutas frescas o jugo de frutas, y 3) cereales como pan, galletas o granolas. Se considera que un desayuno es adecuado cuando incluye los tres grupos de alimentos, aceptable cuando incluye dos (siendo uno de ellos lácteos), insuficiente cuando incluye un solo grupo e inadecuado cuando no incluye ninguno de los grupos propuestos.

Por otro lado, 10,5% de los niños de entre 2 y 5 años tenía un déficit simultáneo en el consumo de los grupos de alimentos fuente de nutrientes esenciales. Esto quiere decir que no consumían frutas frescas ni verduras frescas o cocidas (que no fueran papa, batata, choclo o mandioca) ni lácteos en los niveles mínimos recomendados (al menos cuatro veces por semana) (ODSA, 2015c).

Analizando el consumo de distintos grupos de alimentos en 2014 reflejados en el gráfico 13, se observa que 62% de los niños de 2 a 5 años consumían verduras de forma insuficiente (52,1%) o inadecuada (9,9%). En la mitad de los casos, la ingesta de frutas frescas y de pastas y arroz era insuficiente (46,4% y 49,9%, respectivamente) o inadecuada (5% y 0,5%). Con respecto a los lácteos, 37,7% de los niños de este grupo etario los consumía de forma insuficiente (27,1%) o inadecuada (10,6%) fuera del desayuno. Con relación a la carne vacuna, solo 13,4% de ellos la ingería de manera insuficiente (10,1%) o inadecuada (3,3%)¹⁸ (ODSA, 2015c).

Gráfico 13. Consumo semanal de alimentos en niños de 2 a 5 años, por grupo de alimentos. Total aglomerados urbanos relevados. 2014



Fuente: CIPPEC, sobre la base de EDSA 2014, ODSA-UCA (2015c).

18. En todos los grupos de alimentos, excepto carne vacuna, se considera un nivel adecuado consumirlos siete veces a la semana; un nivel aceptable, entre seis y cuatro veces; un nivel insuficiente, entre tres y una vez, y un nivel inadecuado sería menos de una vez por semana. En el caso de la carne vacuna, un consumo adecuado refiere a tres veces por semana, aceptable a dos, e inadecuado a menos de una.

Existen múltiples desigualdades entre estratos socioeconómicos en el consumo de alimentos y nutrientes, ya que las posibilidades de consumo dependen de los hábitos y de los ingresos de los hogares. Los datos muestran que los porcentajes de consumo semanal deficitario presentados en los párrafos anteriores se incrementan a medida que desciende el estrato socioeconómico de los hogares (con excepción de los referidos al consumo de pastas y arroz). Al observar a niños y jóvenes de 2 a 17 años en los estratos socioocupacionales más pobres frente a sus pares en el estrato social medio profesional, se observa que en 2014 aquellos tenían el doble de chances de no desayunar (6,5% contra 2,9%, respectivamente), más del doble de probabilidades de tener un desayuno insuficiente o inadecuado (26,8% contra 12,6%) o de consumir lácteos fuera del desayuno de manera insuficiente o inadecuada (61,3% contra 26,1%), casi el doble de posibilidades de que su ingesta de frutas frescas fuera insuficiente o inadecuada (69% contra 39,2%), un tercio más de probabilidades de que su consumo de verduras fuera insuficiente o inadecuado (72,5% contra 54,7%) y diez veces más chances de que su consumo de carne vacuna fuera inadecuado o insuficiente (20,3% contra 2,3%). A esto se suma la calidad de los alimentos que consumen los diferentes estratos socioeconómicos, que es disímil y regresiva. Por último, con respecto al grupo de alimentos de pastas y arroz, los niños y jóvenes del estrato social medio profesional superan en 57% la prevalencia de consumo insuficiente e inadecuado del grupo más vulnerable (41,7% contra 65,4%, respectivamente) (ODSA, 2015c).

De aquí se desprende que el origen social pesa en las elecciones y los comportamientos alimentarios que pueden producir enfermedades relacionadas con la alimentación: tanto desnutrición (por carencia de micronutrientes) como sobrepeso y obesidad (por consumo energético excesivo) (ODSA, 2015c).

En relación con el estado nutricional de los niños, la falta de datos oficiales actualizados resulta un gran problema. La última ENNYS fue hace más de una década. Como expone el gráfico 14, en 2005 el 1,3% de los niños de entre 6 meses y 5 años presentaba emaciación (es decir, desnutrición aguda), el 2,1% tenía bajo peso, el 8% tenía acortamiento (es decir, baja talla),¹⁹ y el 34,1% de los niños de entre 6 meses y 2 años

19. Se utilizaron las referencias internacionales definidas por la OMS para calcular los porcentajes presentados: emaciación o desnutrición aguda: niños con peso menor a -2 desviaciones estándar de la media para niños de su misma estatura; bajo peso: niños

sufría anemia. Estos problemas son más frecuentes en los hogares de menor nivel socioeconómico: 1,6% de los niños indigentes presentaba emaciación, 3,1% de ellos tenía bajo peso, 12% tenía acortamiento o baja talla y 41% de los niños que vivían en hogares con NBI sufría anemia (DINAMI, 2007).

Estas diferencias expresan múltiples carencias, como estrés crónico, ambientes contaminados o sin servicios de agua y saneamiento que aumentan la probabilidad de enfermedades intestinales o infecciones repetidas. Además, mujeres que fueron subalimentadas en su infancia tienen mayor probabilidad de tener bebés con bajo peso, hecho que evidencia los efectos intergeneracionales de la mala nutrición (Martorell y Zongrone, 2012).

Otra problemática nutricional en aumento es el inicio temprano de la malnutrición reflejada en los niños con obesidad o sobrepeso: en 2005, el 10,4% de los niños de entre 6 meses y 5 años eran obesos. A diferencia de los indicados previamente, este problema muestra mayor incidencia en los niños no pobres, cuya prevalencia fue de 11,8%, en comparación con aquellos niños en situación de pobreza, donde el porcentaje disminuye a 9,7% (DINAMI, 2007).

No obstante, no debe asociarse mecánicamente pobreza-desnutrición y opulencia-obesidad, ya que la obesidad se relaciona principalmente con la malnutrición y, por eso, está presente también en los sectores socioeconómicos más bajos, que presentan una monotonía en la alimentación y una composición inadecuada de la dieta (Maceira y Stechina, 2008). Así, los datos revelan que no solo es necesario detectar y revertir los casos de desnutrición, sino que el principal problema que enfrenta la Argentina refiere a la malnutrición.

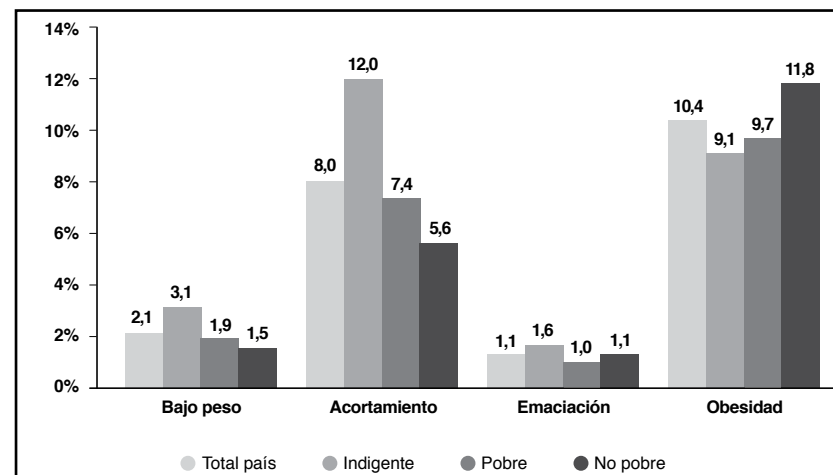
Al comparar el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años en 2005 con sus pares sudamericanos para los países donde se tiene información alrededor de ese año²⁰ se encuentra que la prevalencia de la emaciación solo era menor en Chile, Perú y Paraguay, y la del acortamiento y bajo peso en Chile y Brasil. Con respecto a la obesidad, esta solo era mayor en Chile.²¹

con peso menor a -2 desviaciones estándar de la media para niños de su mismo sexo y edad; acortamiento o baja talla: niños con estatura menor a -2 desviaciones estándar de la media para niños de su mismo sexo y edad; obesidad: niños con peso mayor a +2 desviaciones estándar de la media para niños de su misma estatura.

20. Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela.

21. Fuente: http://data.unicef.org/nutrition/malnutrition#access_data.

Gráfico 14. Prevalencia de diagnósticos antropométricos nutricionales de niños de 6 a 60 meses (5 años), según condición de pobreza y total. Total país. 2005



Fuente: ENNYS 2005 (DINAMI, 2007).

Ante la carencia de información actualizada sobre el estado nutricional de la primera infancia se rescatan los datos de DEIS (2015) que sostienen que las deficiencias nutricionales causaron en 2014 el 0,7% (9 muertes) de los fallecimientos de niños de 1 a 4 años y 0,2% (13 muertes) en el caso de niños en el primer año de vida. En particular, 34 niños menores de 5 años fallecieron en 2014 a causa de desnutrición, un dato preocupante pero que revela una mejora en comparación con las 350 muertes registradas en 2003. Por otro lado, ODSA realizó estimaciones de inseguridad alimentaria severa e inseguridad alimentaria total, que da cuenta de privaciones graves en el acceso a alimentos, hogares que expresaron haber tenido dificultades para garantizar el acceso a los alimentos por problemas económicos e incluso haber experimentado situaciones de “hambre”. Los hogares con niños y adolescentes menores de 18 años evidencian una mayor inseguridad alimentaria que aquellos sin niños: en 2014, 5,8% contra 4,1% en el caso de la severa y 17,9% contra 9,9% en el caso de la total (ODSA, 2015a). Para la población de 0 a 4 años, entre 2010 y 2014 la incidencia de inseguridad alimentaria se redujo de 9,1% a 7,8% en la severa y de 21,4% a 19,3% en la total. La incidencia de la inseguri-

dad alimentaria en la primera infancia en 2014 fue levemente menor que en el grupo de 5 a 17 años²² (ODSA, 2015b).

En resumen, la condición nutricional de los niños así como su posterior desarrollo y su salud están relacionados con la correcta alimentación de la madre, la duración del amamantamiento, la cantidad y calidad de los alimentos consumidos por el niño y las condiciones sanitarias en las que vive. Los datos evidencian que todavía queda mucho por hacer ya que, por ejemplo, hay demasiados niños que no reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, existen déficits en el consumo de alimentos fuente de nutrientes esenciales entre niños de 2 a 5 años, las mujeres embarazadas sufren deficiencias dietarias que podrían evitarse, se volvió más recurrente la obesidad infantil y siguen existiendo casos de acortamiento, desnutrición aguda y bajo peso en la primera infancia. A todo esto se suman las grandes desigualdades existentes entre estratos socioeconómicos. Se debe asegurar el derecho de todos los niños no solo a la alimentación, sino a una alimentación y nutrición adecuadas a su edad que le permitan crecer y desarrollarse.

A modo de cierre

La Argentina está viviendo una gran oportunidad: debe aprovechar su bono demográfico antes de que termine, ya que es un período único en que se necesita menor esfuerzo por parte de la población activa para aumentar los recursos destinados a la población inactiva, en particular a los niños de 0 a 4 años.

A pesar de haber reducido la pobreza, al igual que otros países de la región, la Argentina enfrenta el desafío del fenómeno de infantilización de la pobreza que se profundizó en los últimos años, reproduciendo la desigualdad. La problemática de la pobreza abarca más que lo monetario: refiere a una multiplicidad de dimensiones. Para revertir esta situación, el Estado debe realizar un mayor esfuerzo por invertir en políticas integrales destinadas a la primera infancia para asegurar que todos los niños puedan ejercer plenamente sus derechos.

En materia de salud, el progreso fue menos acelerado que en la

22. Entre los niños de 5 a 12 años, la inseguridad alimentaria severa en 2014 fue de 7,8% y la total de 22,5%, mientras que entre los jóvenes de 13 a 17 años los porcentajes fueron 9,9% y 22%, respectivamente.

región en los últimos años: la reducción argentina de la tasa de mortalidad infantil y materna fue menos pronunciada que el promedio regional, lo que se refleja en el incumplimiento de la Argentina en el Objetivo de Desarrollo del Milenio ligado a la reducción de la mortalidad materno-infantil planteado para 2015. Además, todavía hay una gran cantidad de muertes infantiles y maternas prevenibles y grandes disparidades regionales. Esto revela que aún existe un acceso diferencial al derecho a la salud en los primeros años de vida según el lugar y el nivel socioeconómico de la familia en que se nace.

Con respecto a la nutrición, todavía muchos niños no reciben lactancia materna exclusiva en sus primeros seis meses a pesar de estar ampliamente recomendada y de lo costo-efectivas que son las políticas para promoverla y protegerla.²³

Entre los niños de 2 a 5 años existen déficits en el consumo de alimentos fuente de nutrientes esenciales y grandes desigualdades socioeconómicas, en un contexto donde los hogares con niños evidencian mayor inseguridad alimentaria. Los datos muestran la necesidad de replantear las estrategias nutricionales de los distintos programas públicos y de atender no solo la desnutrición, sino también la malnutrición. Además, es indispensable realizar encuestas periódicas sobre el estado nutricional de niños y embarazadas para tener datos actualizados (como lo hacen otros países de la región), ya que en la Argentina los últimos disponibles son de hace una década. En síntesis, el diagnóstico realizado deja en evidencia que, a pesar de los avances alcanzados, todavía hay mucho por hacer para mejorar la situación de la primera infancia en la Argentina. Invertir en políticas destinadas a este grupo etario ayudará al desarrollo integral de los más pequeños y al ejercicio de sus derechos, y contribuirá a reducir la reproducción de la desigualdad aumentando el potencial desarrollo del país.

23. Se estima que las políticas y los programas destinados a promover y proteger la lactancia materna exclusiva y complementaria son la primera y la tercera intervenciones preventivas más efectivas para prevenir la mortalidad de menores de 5 años (Jones *et al.*, 2008) (comparables con intervenciones de alto impacto como vacunaciones masivas). A esto se suma su costo muy bajo (en comparación a otras intervenciones de salud pública) y resultados observables en el corto plazo, por lo cual se las considera excepcionalmente costo-efectivas (como evidenciaron Horton *et al.* en 1996 en América Latina) puesto que proveen grandes y duraderos beneficios en términos absolutos.

CAPÍTULO 3

El mapa de las políticas nacionales en primera infancia

Este capítulo se propone analizar, desde el enfoque de derechos, las políticas promovidas por el Estado nacional en cuatro dimensiones: salud y nutrición, licencias y transferencias, educación inicial y cuidado, e institucionalidad. Como se mencionó en la introducción, el análisis aquí presentado data de diciembre de 2015 y no incorpora las modificaciones que ocurrieron a partir de ese momento con el cambio de gobierno.

En primer lugar, se establece el marco normativo nacional en el cual se desarrollan las políticas para la primera infancia en la Argentina. A continuación, se analiza para cada una de las tres primeras dimensiones mencionadas: 1) el marco de derechos específico a cada dimensión; 2) la institucionalidad; 3) la cobertura del sector en la Argentina, y 4) las principales políticas nacionales.¹ Luego, en el quinto apartado se analiza la inversión social que Argentina realiza en primera infancia. Finalmente, el último presenta en clave institucional los avances y desafíos en materia de integralidad que enfrenta nuestro país, incluyendo un análisis de la fragmentación existente a finales de 2015.

1. La primera infancia desde el enfoque de derechos

La Argentina ratificó la ya mencionada Convención de los Derechos del Niño en 1990 a través de la ley 23.849. Desde la reforma consti-

1. Es preciso señalar que los datos de cobertura que se presentarán corresponden al nivel nacional pero expresan el resultado del esfuerzo conjunto de las políticas nacionales, provinciales y locales (estas últimas escapan al nivel de análisis del presente libro).

tucional de 1994, la Convención cuenta con jerarquía constitucional (art. 75º, inc. 22 de la Constitución Nacional).

En 2006 se sancionó una ley considerada un primer paso central en la construcción de sistemas integrales de la primera infancia basados en derechos: la 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. La ley define la aplicación obligatoria de la Convención y establece un nuevo paradigma de protección integral. Tiene por objetivo asegurar “la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes [hasta los 18 años] que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte” (art. 1º). Los derechos y las garantías establecidos son irrenunciables, interdependientes, indivisibles e intransigibles (art. 2º). Además, son de máxima exigibilidad, basados en el principio del interés superior del niño (art. 1º) que establece, frente a un conflicto entre los derechos de los niños y otros derechos, la prevalencia de los primeros, respetando (art. 3º): a) su condición de sujeto de derecho; b) el derecho a ser oídos y a que se valore su opinión; c) el pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar y sociocultural; d) su edad y grado de madurez; e) el equilibrio entre los derechos de los niños y las exigencias del bien común, y f) su centro de vida (lugar donde transcurrió legítimamente la mayor parte de su existencia).

Este principio se relaciona con el de prioridad absoluta que implica preferencia en la formulación y ejecución de políticas públicas y asignación privilegiada de recursos (art. 5º). Recuperando la definición del enfoque de derechos presentado en el capítulo 1, la ley aclara que cualquier ciudadano puede interponer acciones administrativas y judiciales cuando los organismos del Estado no cumplan con los deberes establecidos (art. 1º).

Para alcanzar estos objetivos se promueve la creación de una nueva institucionalidad que involucra al conjunto de organismos, entidades y servicios (de gestión estatal o privada y de cualquier nivel de gobierno) con injerencia en la materia: el Sistema Integral de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Este sistema, para lograr sus objetivos, debe contar con una serie de medios: políticas, planes y programas, órganos administrativos y judiciales, recursos económicos, procedimientos, medidas de protección de derechos y medidas excepcionales de derecho.

Se conforma de tres niveles. En el *nivel nacional* se crea la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) como organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia. Debe garantizar el funcionamiento del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia y establecer en forma conjunta la modalidad de coordinación, diseñar normas generales de funcionamiento y principios rectores que deberán cumplir las instituciones públicas o privadas de asistencia y protección de derechos, apoyar a organizaciones de la sociedad civil y asistir técnicamente a organismos provinciales y municipales. Además, debe gestionar, junto al Consejo Federal, la obtención de recursos financieros y la transferencia de fondos a los estados provinciales. También debe organizar un sistema de información único y descentralizado con indicadores para el monitoreo, la evaluación y el control de las políticas y los programas (art. 44).

Por su parte, el *nivel federal* es el órgano de articulación y concertación. Está conformado por el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, integrado por el titular de la SENNAF y por los órganos de protección de derechos de la niñez, adolescencia y familia existentes o a crearse en cada una de las jurisdicciones. Tiene funciones deliberativas, consultivas, de formulación de propuestas (incluidas reformas legislativas e institucionales) y de políticas de concertación. Además, debe fomentar espacios de participación activa de los organismos de la sociedad civil.

Finalmente, el *nivel provincial* es el órgano de planificación y ejecución de las políticas, cuya definición queda a cargo de cada provincia. Para la implementación, las provincias pueden articular con municipios y organizaciones no gubernamentales. A diez años de la sanción de la ley, 21 de las 24 jurisdicciones avanzaron, en diferentes grados, en la adecuación de su normativa, mientras que Corrientes y Catamarca solamente cuentan con ley de adhesión a la ley 26.061 y San Luis posee una ley de adhesión a la Convención sobre los Derechos del Niño. El resto de las jurisdicciones, que sancionaron normativas propias de protección y promoción integral que siguen los principios de la ley nacional, lograron avances disímiles en su efectivización a través de la creación y consolidación de los servicios locales descentralizados, asignatura que aún presenta importantes desafíos (especialmente en provincias que iniciaron este camino más recientemente como Catamarca, Chaco, Formosa, La Rioja y San Juan; otras que aún no logran avanzar más allá de lo normativo,

como Neuquén y Salta, y otras que cuentan con avances incipientes, como Tucumán y Jujuy) (Unicef y SENNAF, 2012).

Además, la ley crea la figura del defensor de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, que debe velar por la protección y promoción de sus derechos (art. 47). Para ello, puede interponer acciones y medidas judiciales, realizar recomendaciones e indicar acciones a los servicios públicos y privados, supervisar los servicios y realizar denuncias (así como recibir reclamos), proporcionar asesoramiento a los niños y sus familias (art. 55). Debe presentar un informe anual (art. 56). Su designación corresponde al Congreso Nacional a través de una comisión bicameral (art. 49). Si bien su designación debía realizarse luego de los noventa días de sancionada la ley, aún se encuentra vacante.

La ley 26.061 reconoce una serie de derechos a todos los niños (título II), que luego fueron regulados de manera más específica en otras normativas que se presentarán en los siguientes apartados del capítulo. Estos derechos son: a la vida y a una buena calidad de vida; a la dignidad e integridad física, sexual, psíquica y moral (no ser sometidos a trato violento o humillante, a explotación en cualquiera de sus formas); a la vida privada e intimidad familiar; a la identidad; a la documentación (gratuita, oportuna e inmediatamente después de su nacimiento); a la atención integral de la salud; a la educación pública y gratuita atendiendo a su desarrollo integral; a la libertad (ideológica, de culto, de opinión y personal); al deporte y juego recreativo; al medio ambiente; a la libre asociación; a opinar y ser oído, a la información y a la seguridad social. Además, establece que “las medidas que conforman la protección integral se extenderán a la madre y al padre durante el embarazo, el parto y el período de lactancia, garantizando condiciones dignas y equitativas para el adecuado desarrollo de su embarazo y la crianza de su hijo” (art. 18).

El presente marco normativo nacional deja en claro que el Estado argentino tiene la obligación de avanzar hacia una política integral que asegure el acceso al derecho a un desarrollo pleno a todos los niños de nuestro país. Una política integral para la primera infancia requiere abordar, al menos, tres dimensiones centrales: salud y nutrición, transferencias y licencias, y educación inicial y servicios de cuidado (Repetto *et al.*, 2015). A su vez, implica prestar especial atención al arreglo institucional que permita asegurar la integralidad del abordaje, como cuarta dimensión transversal.

2. Salud y nutrición

2.1. El marco de derechos

El desarrollo saludable y la nutrición son producto de lo que brindan los padres, las familias, las escuelas, las comunidades, el Estado y la sociedad civil (Repetto *et al.*, 2015). La Argentina cuenta con un amplio marco normativo que establece el derecho de todos los niños a la vida, a la salud integral (incluyendo la salud sexual y reproductiva), a un embarazo, parto y posparto respetado y humanizado, y a una alimentación y nutrición adecuadas (Aulicino, 2015). A continuación se presentan los principales derechos en materia de salud y nutrición y los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales en los cuales se encuentran reconocidos.

Derecho a la vida y la salud integral. Todos los niños cuentan con derecho a la vida y a la salud integral. Este derecho está reconocido a nivel internacional en la Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 6 y 24), en los ODS (Objetivo N° 3) y en la Observación General N° 7 del Comité de Derechos del Niño. Además, esta Observación establece la importancia de fomentar la enseñanza acerca de las ventajas de la lactancia materna, la nutrición, la higiene y el saneamiento.

En la Argentina, estos derechos están reconocidos por la ley 26.061 (arts. 8° y 14) que establece también las obligaciones que los organismos del Estado deben cumplir para asegurar su ejercicio efectivo. Asimismo, cabe destacar que el decreto 415/06, que aprueba y reglamenta la ley, establece que el derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva. Esto último también es avalado por la ley 26.150 (2006), que establece el derecho de todos los educandos a recibir educación sexual integral en los establecimientos escolares.

Por su parte, la ley 22.431 (1981) determina un sistema de protección integral de las personas con discapacidad con el objetivo de asegurar, entre otras cuestiones, su atención médica (art. 1°).²

2. A los efectos de esta ley, se considera con discapacidad a toda persona con una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral (art. 2°).

Derecho a un embarazo, parto y posparto respetado y seguro. Todas las mujeres tienen derecho a un embarazo, parto y posparto respetado y seguro, como es establecido en la ley 25.929, de Parto y Nacimiento Humanizado, de 2004.

Derecho del recién nacido a ser tratado con respeto y dignidad, y a su identidad. La ley 25.929, de Parto y Nacimiento Humanizado, de 2004, también establece el derecho del recién nacido a ser tratado con respecto y dignidad y a que quede asegurado su derecho a la identidad. Este derecho se encuentra avalado además por la ley 26.061 (art. 13), y se reglamenta de acuerdo con lo establecido en la ley (art. 12) y en la ley 24.540, Régimen de Identificación de los Recién Nacidos (1995).

Derecho a una alimentación y nutrición adecuadas. Los niños tienen derecho a una alimentación y nutrición adecuadas. A nivel internacional, este derecho queda establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24), en la Ley Marco de Seguridad y Soberanía Alimentaria³ (art. 12) y en los ODS (Objetivo 2). Por su parte, en la Argentina, la ley 26.873 establece la promoción de la lactancia materna (exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años) y la concientización pública acerca de su importancia (art. 1), y la ley 18.284 reglamenta la difusión del Código Internacional de Sucesos de la Leche Materna.

Además, la ley 26.396 declara de interés nacional la prevención y el control de los trastornos alimentarios (obesidad, bulimia, anorexia nerviosa y otros que puedan ser declarados como tales en el marco de la ley).

2.2. El marco institucional

Para asegurar un ejercicio efectivo de los derechos recién mencionados, la Argentina lleva adelante una serie de políticas cuyo responsable primario es, a nivel nacional, el Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social también desarrollan intervenciones propias en

3. Conjunto de normas aprobadas en 2012 por la XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano con el apoyo de la FAO y en el marco de la Iniciativa América Latina y Caribe sin Hambre.

la materia. Las características y funciones de estos ministerios serán desarrolladas en el apartado correspondiente a educación inicial y cuidado, donde cumplen un rol central.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la salud y la promoción de conductas saludables en la población. Para ello, debe ejecutar los distintos planes, programas y proyectos que pertenecen a su área, fiscalizar el funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones que se encuentran relacionados al ámbito de la salud y, a su vez, llevar adelante la planificación del sector y la posterior coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales. Dado el carácter descentralizado del sistema de salud, el Ministerio de Salud de la Nación enfrenta un reto particular en relación con equiparar, a nivel provincial y local, el acceso y, fundamentalmente, la calidad de los servicios.

De hecho, el sector salud constituye uno de los más complejos en el campo de la política social, debido no solo a su esquema de descentralización provincial sino también a la coexistencia conflictiva de tres subsistemas: el público, único con vocación universal (hospitales, centros de atención primaria y postas de salud a las que tienen acceso todos los ciudadanos aunque cuenten con algún otro tipo de cobertura), el de seguridad social (comprende a las obras sociales nacionales, a las provinciales y al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) y el privado (prepagas). Se conforma así un sistema que se caracteriza por su fragmentación y heterogeneidad, lo cual genera un impacto negativo en su eficiencia y equidad, tanto en lo que refiere a su organización y financiamiento como en términos de acceso a los servicios.⁴ La segmentación compromete la posibilidad de una política integral, así como de un fondo de financiamiento y aseguramiento único que permita garantizar y ofrecer un paquete

4. La transferencia de responsabilidades vinculadas con la administración de los hospitales públicos desde el Estado nacional a las provincias y, en algunos casos, a los municipios, sumado al deterioro del sector público, generó dos problemas importantes: la pérdida de calidad del servicio y la heterogeneidad en la atención sanitaria en función de las disímiles capacidades financieras y de gestión instaladas. Además, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria (pago de bolsillo) o compulsiva (retenciones salariales), de los aportantes y sus familias. Asimismo, la necesidad de incurrir en “gastos de bolsillo” se presenta también para acceder al consumo de medicamentos, lo que constituye una importante fuente de inequidad (González García, De la Puente y Tarragona, 2005).

homogéneo de servicios a toda la población,⁵ más allá de su capacidad de pago, limitando la equidad horizontal en la asignación de recursos de salud (Maceira, 2009).

La mayor parte de las responsabilidades del sector público en materia de provisión de servicios de salud y su financiamiento recaen hoy en los gobiernos provinciales. Las autoridades sectoriales de cada distrito establecen las prioridades y, si bien tienen como objetivo brindar atención universal a toda la población, en la práctica se constituyen en prestadores de última instancia de la población sin cobertura formal de la seguridad social y que carece de recursos para acceder a una cobertura privada (Maceira, 2009). El Estado nacional, por su parte, financia organismos descentralizados y programas. Las características de la distribución de funciones entre el gobierno nacional y los provinciales implican que las acciones promovidas desde el nivel central deban montarse sobre las estructuras políticas y burocráticas de los gobiernos provinciales. Esta división de funciones fue tácita y no quedó formalmente plasmada en ningún tipo de normativa que regule al sector.⁶ Para coordinar la relación entre el gobierno nacional y las provincias resulta fundamental el rol del Consejo Federal de Salud (COFESA). En 2004, este ámbito aprobó las Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, un encuadre para avanzar, de manera conjunta, en la articulación de políticas de los diferentes niveles de gobierno.⁷

5. Definir un paquete básico de servicios de salud a los que los beneficiarios deberían acceder podría ayudar a preservar el derecho a la salud y su acceso equitativo. Mientras los subsectores de la seguridad social (obras sociales nacionales) y el privado tienen definidos los servicios que deben brindar a sus beneficiarios (a través del Programa Médico Obligatorio), el subsector público de salud no tiene una canasta de servicios asistenciales que delimite las prestaciones que debe garantizar, a pesar de que alrededor de un tercio de la población argentina tiene cobertura pública exclusiva. En este sector rige un paquete de prestaciones no explicitado que se establece por la oferta de servicios y se autorregula mediante la demanda (a través de listas de espera para internación y colas para los servicios ambulatorios), lo cual es poco efectivo y genera que se termine atendiendo la demanda antes que las necesidades reales (Roa y Maceira, 2011).

6. En algunos documentos de principios de los años 90 –como el Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud suscripto en el COFESA y el posterior decreto 1.269/92– se reconoce esta nueva división de funciones. Sin embargo, no parece ser el producto del debate entre los diferentes actores involucrados, sino más bien el reconocimiento de una situación de hecho. La aprobación del decreto 455/00 (Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos) en reemplazo de la anterior normativa mantiene esta misma característica.

7. Incluye un diagnóstico del sistema sanitario; propone una visión a largo plazo; establece objetivos comunes para el período 2004-2007 y recomienda instrumentos

Asimismo, en materia de primera infancia la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Subsecretaría de Salud Comunitaria) tiene a su cargo la elaboración y ejecución de las políticas materno-infantiles a nivel del Estado nacional, con el objetivo de reducir la morbimortalidad de mujeres, niños y adolescentes, las desigualdades entre los indicadores de salud según género, área geográfica, niveles socioeconómicos, y mejorar la cobertura y la calidad de los servicios. En la práctica, la dirección solamente tiene a su cargo el Programa Materno-Infantil (PROMIN), que se encuentra descentralizado en las provincias para su implementación (las provincias cuentan con sus propias direcciones y programas para ello). Además, la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios) tiene por objetivo disminuir el impacto de estas enfermedades en todas las jurisdicciones, instalando el concepto de las vacunas como un derecho. Más allá de estas dos direcciones, la mayoría de las políticas para la primera infancia que pueden enmarcarse en la dimensión de salud y nutrición bajo análisis dependen directamente del Ministerio de Salud de la Nación.

El marco presentado es de vital importancia a la hora de pensar una política integral de primera infancia con carácter federal que permita no solo reducir las brechas que aún existen en materia de acceso a la salud, sino también los déficits de calidad que determinan un ejercicio desigual del derecho a la salud por parte de los niños del país (Aulicino, 2015).

2.3. El acceso a la salud y a la nutrición en la Argentina

Resulta crucial tomar en consideración el contexto actual en el que se implementan las políticas que apuntan a garantizar el goce de los derechos recién presentados. A continuación se presenta una serie de datos relativos a los niveles de cobertura de salud, al acceso a controles sanitarios básicos y a una alimentación y nutrición adecuadas.

Como se advierte en el gráfico 15, la cobertura de salud es extensa:

de política para utilizar. A partir de su aprobación, se convirtió en una guía para la asignación de recursos provistos por el nivel central. Si bien no genera obligaciones para los actores privados y de la seguridad social, diferentes temas vinculados con el Plan Federal de Salud son discutidos con sus representantes.

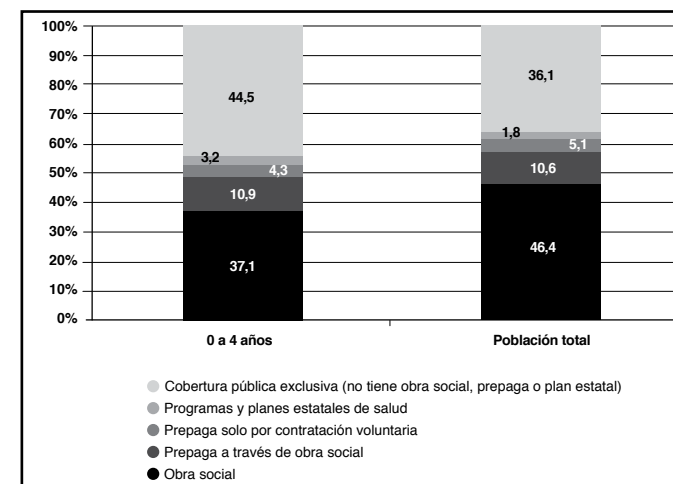
según el censo 2010, el 55,5% de los niños de 0 a 4 años contaba con obra social, prepaga o plan estatal de salud (porcentaje que ascendía a 63,9% para la población total), y el 44,5% restante contaba con cobertura pública exclusiva (solo se atienden en hospitales públicos). Con respecto a la composición del primer porcentaje, el 47,9% de los niños argentinos de 0 a 4 años contaba con obra social o prepaga a través de obra social (cobertura de salud que obtienen los trabajadores por el descuento en sus salarios, en su haber previsional o a través de sus aportes), 4,3% poseía prepagas por contratación voluntaria (sistema de salud privado contratado voluntariamente y pagado en su totalidad por el titular) y 3,2% estaba cubierto por programas y planes estatales de salud (nacionales como el Programa Federal de Salud –PROFE–, provinciales, municipales que otorgan derecho a atención médica mediante la inscripción en un padrón) (INDEC, 2010).⁸

En la práctica, los sectores de bajos ingresos tienden a atenderse mayoritariamente en hospitales públicos (en 2011, 61,1% para el primer quintil de ingresos), mientras que los de altos ingresos suelen recurrir a privados mediante obras sociales (en 2011, 72% para el quinto quintil de ingresos). Al observar el motivo de las consultas en cada tipo de cobertura, la cobertura solo pública es la que menor porcentaje tiene debido a control, chequeo o prevención (53,4% en 2011 y, en el otro extremo, los seguros privados recibían el 70,3% de sus consultas por esta razón) y mayor porcentaje tiene por enfermedad, lesión o dolor (38% en 2011, mientras que en los seguros privados este tipo de consulta alcanzaba solo el 24,2%) (MTEYSS, 2014).

Por otro lado, el acceso a controles sanitarios básicos también es amplio. Según la ECOVNA realizada entre 2011 y 2012 y como se observa en el gráfico 16, 86,7% de los niños de entre 0 y 4 años

8. Datos alternativos de la encuesta ENAPROSS 2011 coinciden en gran medida con los datos censales. Afirman que 56,7% de la población de 0 a 4 años contaba con cobertura formal más allá del hospital público, porcentaje que ascendía a 68,0% para la población total. Con respecto a la distribución por tipo de cobertura, 52,6% de los niños de 0 a 4 años contaba con obra social, 3,7% poseía seguros privados (servicios privados prepagos de salud por contratación voluntaria), 0,4% estaba cubierto por los seguros públicos de PAMI o PROFE y el restante 43,3% se atendía exclusivamente en hospitales públicos y centros de atención primaria (MTEYSS, 2014). Pequeñas diferencias entre ambas fuentes surgen de la diferencia anual entre ellas, el tamaño y la composición de sus muestras (la de ENAPROSS es más pequeña y urbana) y diferencias a la hora de reportar (ante la común situación de contar con más de una cobertura, el censo reportó la cobertura usada más frecuentemente y ENAPROSS reportó PAMI y obra social por encima de prepagas).

Gráfico 15. Cobertura de salud en niños de 0 a 4 años y población total, por tipo de cobertura. Total país. 2010



Fuente: CIPPEC, sobre la base de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

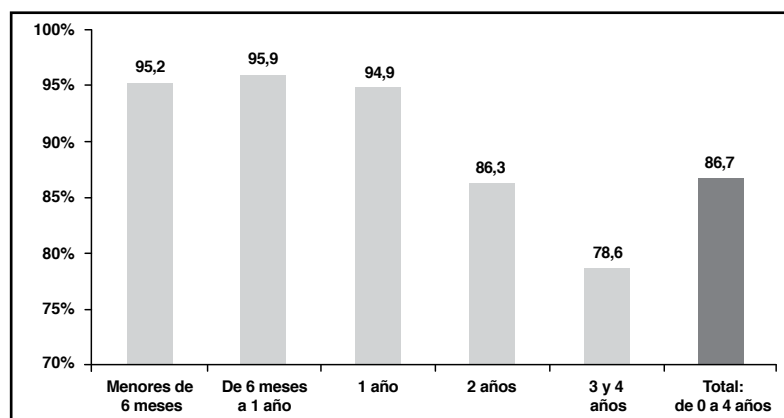
había realizado un control pediátrico en los seis meses anteriores a la encuesta (MDS y Unicef, 2013). En el mismo sentido, el 94,7% de los niños en esa franja etaria había realizado una consulta médica anual y el 71,7% de ellos la había hecho por simple control, chequeo o prevención según la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social realizada en 2011 en localidades urbanas por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEYSS, 2014).⁹ El amplio acceso a la salud también se refleja en el alto nivel de institucionalización del parto: en la Argentina, 99,4% de los bebés nació en establecimientos de salud en 2014,¹⁰ lo cual limita el riesgo de muerte neonatal y materna¹¹ (CIPPEC en base a DEIS, 2015).

9. Según el Ministerio de Salud de la Nación, la cantidad de controles médicos recomendados para niños de 0 a 5 meses es seis (cuatro controles es la cantidad mínima requerida), de 6 a 11 meses es cuatro, de 1 año es tres, de 2 años es dos (y dos controles es lo mínimo indispensable en cada una de estas tres etapas) y de 3 o 4 años es un control (lo cual equivale al mínimo necesario).

10. Las diferencias entre provincias son leves: en los extremos, mientras que Santa Cruz y Tierra del Fuego alcanzaron la universalidad (100% de partos institucionalizados), en Formosa la cifra fue de 97,9% (CIPPEC en base a DEIS, 2015).

11. Ambas dependen del nivel de institucionalización del parto, pero también de muchos

Gráfico 16. Niños de 0 a 4 años que realizaron al menos un control pediátrico en los últimos seis meses, por grupo de edad. Total aglomerados urbanos relevados. 2011-2012



Fuente: CIPPEC, sobre la base de ECOVNA 2011-2012 (MDS y Unicef, 2013).

Con respecto a las acciones públicas y privadas de asistencia alimentaria en el ámbito escolar y en espacios alternativos a través de comedores comunitarios que buscan mejorar la situación nutricional de los niños, su llegada a la primera infancia es menor que para la población en edad escolar. Según la EDSA realizada por ODSA en el ámbito urbano a nivel nacional, en 2014 16% de los niños de 0 a 4 años recibían algún tipo de alimentación gratuita en comedores, escuelas u otros espacios. En 2010, estas acciones alcanzaban a 13,9% de los niños, cifra que decreció hasta 11,8% en 2013 y creció significativamente en 2014. El porcentaje de niños en la primera infancia cubiertos en 2014 fue menor a la cobertura en la población de 5 a 12 años (40,6%) y de 13 a 17 años (20,4%) y, además, el incremento respecto de 2010 que registró el grupo de 0 a 4 años también fue mayor (2,1 puntos porcentuales contra 3,3 y 3,2 puntos porcentuales, respectivamente).

otros factores. Por ejemplo, un parto puede estar institucionalizado pero la estructura hospitalaria no ser adecuada. Un estudio del Ministerio de Salud de la Nación y del CEDES en 2003 en cinco provincias argentinas encontró que el riesgo de muerte materna aumentaba diez veces cuando la estructura hospitalaria no era la adecuada (Fundación Arcor, SITEAL, IPE/Unesco y OEI, 2012). Además, la evidencia demuestra que hay menor riesgo de muerte neonatal cuando los partos se realizan en instituciones con nuevas tecnologías de atención y personal capacitado y especializado (Goodman *et al.*, 2002).

“Esto permite inferir que buena parte de la cobertura alimentaria gratuita corresponde a los refrigerios escolares que se encuentran muy extendidos en las escuelas de gestión pública” (ODSA, 2015b).

El generalizado acceso a los servicios y cobertura de salud contrasta con una heterogénea calidad de la atención, que varía según las múltiples ofertas de un sistema salud que, como se analizó en el apartado de marco institucional, es fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (pública, fondos de seguridad social y prepagas). Así, la atención sanitaria y su calidad varían, por un lado, entre jurisdicciones en función de sus disímiles capacidades financieras y de gestión y, por otro, según la capacidad de pago de los aportantes y sus familias. Un reflejo de ello son las tasas de mortalidad infantil (especialmente las muertes neonatales, extremadamente influenciadas por la calidad de los servicios) con gran variedad interprovincial y por nivel socioeconómico, además de altos porcentajes de muertes prevenibles (como fue analizado en el capítulo 2).

Tener un alto PBI per cápita (en América Latina, la Argentina solo es superada por Chile al analizar esta cifra para 2013 en dólares internacionales corrientes ajustados por paridad del poder adquisitivo, PPA)¹² y un alto nivel de inversión pública en salud per cápita (en América Latina, la Argentina era el país que más gastaba en 2011 al medirlo en dólares internacionales ajustados por PPA) (OMS, 2014a), no asegura necesariamente satisfactorios indicadores de salud (ya detallados en el capítulo 2).

2.4. Las políticas del nivel nacional

Las políticas del nivel nacional constituyen un subconjunto específico sobre el que se centrará el análisis del presente apartado, prestando particular atención al rol de cada una en el cumplimiento de los derechos antes mencionados.

El relevamiento, centrado en el nivel nacional, identificó diecinueve políticas orientadas específicamente a salud y nutrición. A continuación se presentan las principales, y se analiza su contribución al ejercicio pleno de los derechos en materia de salud y nutrición.

En primer lugar, en el derecho a la salud integral se destacan el

12. Fuente: www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/weodata/index.aspx.

Programa Nacional de Inmunizaciones y el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI), que buscan alcanzar una cobertura de vacunación del 95% a partir de la adquisición y distribución de vacunas.¹³ El calendario de vacunación, que asegura la gratuidad y obligatoriedad de las vacunas, cuenta actualmente con diecinueve vacunas y es el más amplio de toda la región.

Por otro lado, en lo referido a la salud sexual y reproductiva, que forma parte del derecho a la salud integral, la ley 25.673, crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR), cuyo objetivo consiste en proveer a la población de información sobre salud sexual y procreación responsable para que pueda adoptar decisiones libres de discriminación o coacción. Esto permite prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disminuir la morbimortalidad materno-infantil (art. 2°).

El programa capacita a los efectores de salud, educadores, trabajadores sociales y agentes comunitarios para detectar conductas de riesgo, brindar contención e información y promover espacios de reflexión en la comunidad. Además, hace entrega a los centros de atención primaria y hospitales públicos de métodos y elementos anticonceptivos (en coordinación con el Programa Remediar) y establece que tales prestaciones deben ser incorporadas en el Plan Médico Obligatorio. El programa tiene alcance nacional y constituye una herramienta importante para asegurar el derecho a la salud sexual y reproductiva. Para el período 2010-2011, el PNSSYPR adquirió un total de 90.835.713 tratamientos anticonceptivos, lo que permite cubrir, en términos de población beneficiaria, a 3.229.674 mujeres. En 2010 se esperaba cubrir a 1.220.313 mujeres. Para junio de 2010 (último dato disponible) la población efectivamente cubierta era de 559.791,1 mujeres (PNSSYPR, 2010).

Por su parte, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), dependiente del área educativa y creado por la ley 26.150/06, busca incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas (art. 3°), desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria (art. 4°). La ley establecía un plazo máximo de 4 años para ser

13. El Programa Nacional de Inmunizaciones está dirigido a niños desde su nacimiento hasta los 6 años, mientras que el PRONACEI está dirigido también a adolescentes y adultos.

implementada, gradualmente, en todo el territorio nacional. En estos 9 años transcurridos se realizaron importantes avances: aprobación de lineamientos curriculares en el Consejo Federal, elaboración de materiales didácticos para todos los niveles y modalidades y para las familias, fortalecimiento de los equipos técnicos provinciales y puesta en marcha de importantes acciones de capacitación docente presenciales y virtuales. Desde su implementación en 2012 hasta 2015, 88.150 docentes de todo el territorio nacional participaron en las jornadas de formación (Ministerio de Educación de la Nación, 2015).

Sin embargo, el programa aún no fue adoptado por todas las escuelas y enfrenta desafíos disímiles según las provincias. Esto supone una desigualdad en el acceso a la información y una vulneración al derecho de todos los niños a la salud sexual y reproductiva, establecido en la ley 26.061.

Los dos programas mencionados constituyen activos importantes. Sin embargo, es necesario fortalecerlos en dos aspectos. Por un lado, ampliando la cobertura del ESI para que llegue a todas las escuelas del conjunto de las provincias. Por otro, mejorando su coordinación con los niveles provinciales y locales de gobierno (ministerios de Salud y Educación provinciales) y los efectores últimos de la política (directivos de escuelas, docentes, médicos, personal de salud en general), así como con las familias, ya que constituyen actores clave que pueden contribuir al cumplimiento del objetivo o convertirse en barreras de acceso al derecho.

En relación con el derecho a un embarazo, parto y posparto respetado y seguro se destacan el Programa Sumar + y el Programa Materno-Infantil. El primero brinda cobertura sanitaria en todo el territorio nacional a toda la población que no cuenta con ningún tipo de cobertura.¹⁴ Busca contribuir en la reducción de la morbimortalidad materno-infantil y también en la disminución de muertes por cáncer de útero y de mama. En marzo de 2014 cubría a 2.001.135 niños menores de 5 años y embarazadas (Ministerio de Salud de la Nación,

14. Es la ampliación del ex Plan Nacer, surgido en 2004. Su estrategia permanente de evaluación de impacto ayudó a redefinir aspectos en pos de mejorar sus resultados y evidenció un aumento en el uso y la calidad del cuidado prenatal (medido por la cantidad de consultas y la probabilidad de recibir vacuna contra el tétanos) y una reducción en la probabilidad de nacimiento con bajo peso y en la tasa de mortalidad neonatal (Gertler, Giovagnoli y Martínez, 2014). Los buenos resultados alcanzados llevaron a su profundización, hasta que en 2012 se puso en marcha el Programa Sumar, que amplió la población objetivo y las prestaciones.

2014), contribuyendo así al cumplimiento del derecho a la atención pre y posnatal en todo el país y a la reducción de la mortalidad infantil y materna. Constituye uno de los programas más importantes del Ministerio de Salud y fortalece los sistemas provinciales de salud a través de una transferencia de recursos monetarios a las provincias sobre la base de resultados. Con estos recursos, los seguros provinciales de salud financian un conjunto preestablecido de prestaciones priorizadas, si bien la decisión acerca de su aplicación es definida por los recursos humanos de cada establecimiento de salud. Así, el programa respeta el federalismo del país a la vez que permite asegurar el ejercicio del derecho a la salud por parte de la población priorizada.

A su vez, el Programa Materno-Infantil, destinado al cuidado de la salud materna y de los niños de hasta 45 días, brinda prestaciones médicas, programas de inmunización y de leche fortificada.

Sobresale el modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, que asegura una atención humanizada, basada en los derechos de la madre y el niño (incluye el contacto piel a piel precoz, la internación conjunta, residencia para madres de niños internados, ligadura oportuna del cordón umbilical, etc.), que contribuye a mejorar la calidad de la atención y a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. Únicamente diez provincias¹⁵ avanzaron en la implementación de este modelo, que permite cumplir lo establecido en las leyes 25.929 y 26.873.

Además, resalta el lanzamiento del Programa Qunita, que busca garantizar la atención de la salud de las embarazadas, la realización de los controles prenatales y orientar el parto en una maternidad pública segura. También busca apoyar a las familias mediante la entrega de una cuna y un kit con elementos necesarios para el cuidado de la madre y del bebé durante los primeros meses de vida. Lamentablemente, irregularidades cometidas durante su licitación, el elevado costo del kit otorgado (no se condecía con los costos reportados por otras experiencias similares a nivel internacional) y el cuestionamiento a la calidad de los productos otorgados oscurecieron los objetivos de fondo de esta crítica intervención.

Por su parte, se destaca que el derecho a la identidad del recién nacido alcanza un cumplimiento prácticamente universal a través de la simplificación del trámite de acceso al documento nacional de

15. Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Santa Fe.

identidad (DNI) y el aseguramiento de la gratuidad en el primer DNI, a cargo del Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda.

Finalmente, en lo relativo al derecho a una *alimentación y nutrición adecuada* es preciso mencionar el programa Familias y Nutrición, que busca fortalecer y colaborar en el desarrollo de las familias en torno a la nutrición desde una perspectiva de derechos. Para ello, brinda información y educación alimentaria a través de capacitaciones y mensajes difundidos en diversos medios comunicacionales. Sin embargo, la cobertura del programa se restringe a las provincias de Chaco, Tucumán, Santa Fe y Jujuy, y a 175 organizaciones comunitarias (en cooperación con el programa Abordaje Comunitario). Otras iniciativas importantes consisten en la fortificación de harinas con hierro, ácido fólico, tiamina, riboflavina y niacina (a través de la ley 25.630) y la fortificación de la leche en polvo entregada en el marco del mencionado Programa Materno-Infantil, con hierro, zinc y vitamina C (ley 25.459). Además, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria otorga transferencias a los niveles provinciales y locales de gobierno para facilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación complementaria, suficiente y acorde.

La iniciativa de Bancos de Leche Materna, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, aún incipiente, es un servicio especializado que promueve, protege y apoya la lactancia materna. Actualmente, la Argentina tiene cinco bancos, ubicados en Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Mendoza y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Constituye otra iniciativa que permite contribuir a asegurar el derecho a una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses. Sin embargo, como se analizará en el siguiente apartado, la posibilidad de sostener la lactancia materna exclusiva durante este período se ve dificultada por las características del actual régimen de licencias.

A modo de síntesis

En síntesis, el marco de derechos argentino reconoce, avalado tanto por normativas internacionales con jerarquía constitucional como por normativas nacionales, cuatro principales derechos:

- El derecho a la vida y a la salud integral: esto incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, así como el marco de protección específico para las personas con discapacidad.

- El derecho a un embarazo, parto y posparto seguro y respetado.
- El derecho a que el recién nacido sea tratado con respeto y dignidad y quede asegurado su derecho a la identidad.
- El derecho a una alimentación y nutrición adecuada, resaltando la importancia de contar con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años.

Para asegurar el ejercicio de estos derechos se registra un extendido acceso a la salud, pero con brechas persistentes en materia de acceso e importantes déficits de calidad, lo cual determina un ejercicio desigual del derecho a la salud por parte de los niños del país. La complejidad propia del sector salud (descentralizado y en el que coexisten conflictivamente tres subsistemas: público, seguridad social y privado) resulta en un sistema fragmentado, heterogéneo e inequitativo que constituye un desafío crucial en términos de la construcción de una política integral de primera infancia.

Al analizar los principales avances y desafíos según cada derecho, se destaca en el primer caso *el derecho a la vida y la salud integral*, la amplia cobertura de inmunizaciones: el calendario de vacunación argentino es el más amplio de la región. En lo que se refiere específicamente a la *salud sexual y reproductiva*, se destaca la creación del PNSSYPR y el ESI. Como desafíos, resalta la importancia de trabajar con los ministerios de Salud y Educación provinciales para sensibilizar y capacitar a los efectores de las políticas y para lograr que el ESI llegue a todos los espacios educativos, desde el nivel inicial al secundario, más allá de las orientaciones político-ideológicas de la conducción provincial o escolar. Además, los docentes deben recibir capacitación específica para trabajar adecuadamente esta temática y lo mismo puede decirse del personal de salud encargado de implementar el PNSSYPR, para que el recurso humano involucrado no se convierta en una barrera de acceso al derecho.

En lo que refiere al derecho a un *embarazo, parto y posparto respetado y seguro*, los programas Sumar y Materno-Infantil representan importantes avances de cobertura. Lo mismo puede decirse de la sanción de la Ley de Parto y Nacimiento Humanizado y la implementación paulatina del modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Sin embargo, este modelo únicamente se desarrolló en diez provincias y solo en algunas maternidades en el interior de ellas. Las madres y los padres aún enfrentan desafíos importantes a la hora de hacer cumplir sus derechos a un parto respetado (contacto

Cuadro 1. Salud y nutrición: derechos, normativa y principales políticas nacionales

Derecho	Normativa	Principales políticas nacionales
Derecho a la vida y a la salud integral (incluye salud sexual y reproductiva y discapacidad)	Convención sobre los Derechos del Niño. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Observación General N° 7 del Comité de Derechos del Niño. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Decreto 415/06. Ley 26.150, Educación Sexual Integral. Ley 22.431, Sistema de Protección Integral de los Discapacitados.	Programa Nacional de Inmunizaciones. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (ley 25.673). Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
Derecho a un embarazo, parto y posparto respetado y seguro y a la identidad del recién nacido	Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 25.929 de Parto y Nacimiento Humanizado. Ley 24.540, Régimen de Identificación de los Recién Nacidos.	Programa Sumar. Programa Materno Infantil. Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Gratuidad del primer documento nacional de identidad y simplificación del trámite. Programa Qunita.
Derecho a la alimentación y nutrición adecuada	Convención sobre los Derechos del Niño. Ley 26.873 de Promoción y Concientización Pública de la Importancia de la Lactancia Materna y Decreto de reglamentación 22/15. Ley 18.284, Código Alimentario Argentino. Ley 26.396 de Trastornos Alimentarios.	Familias y Nutrición. Fortificación de harinas con hierro, ácido fólico, tiamina, riboflavina y niacina (ley 25.630). Fortificación de la leche en polvo con hierro, zinc y vitamina C (ley 25.459). Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Bancos de Leche Materna.

Nota: en el Anexo 1 de Aulicino, Gerenni y Acuña (2015) y en la web cippec.org/primerainfancia se pueden encontrar fichas con información desagregada sobre las políticas relevadas.

Fuente: CIPPEC, sobre la base de información pública disponible.

piel a piel precoz, ligadura oportuna del cordón umbilical, presencia de un acompañante de su elección durante el parto, etc.) tanto en el sistema público de salud como en el privado, y existe un importante nivel de desconocimiento en relación con estos derechos.

Respecto del derecho a la *identidad del recién nacido*, se destaca la cobertura prácticamente universal del acceso al DNI.

Finalmente, en lo referido al derecho a una *alimentación y nutrición adecuada* resalta como una buena práctica la creación de bancos de leche, si bien constituye aún una política incipiente que debe ser fortalecida. Además, programas como Familia y Nutrición constituyen una iniciativa con potencial para fortalecer el desarrollo de las familias en torno a la nutrición desde una perspectiva de derecho, pero solamente se implementa en unas pocas provincias y con algunas organizaciones comunitarias.

En síntesis, los esfuerzos realizados en años recientes permitieron asegurar un amplio acceso a la salud. Sin embargo, persisten desa-

fios en relación con la calidad de la atención (que en muchos casos constituyen barreras de acceso), la inequidad en el acceso al sistema de salud y en materia de cumplimiento de las normativas de parto respetado y lactancia materna. El principal reto consiste en eliminar aquellos condicionantes que determinan que el acceso a los derechos dependa del lugar geográfico de residencia y de la condición sociolaboral del hogar que habitan los niños.

3. Licencias y transferencias

3.1. El marco de derechos

Las familias deben contar con tiempo y dinero para poder cuidar a sus hijos, y ambos recursos se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales y leyes nacionales y dependen, en gran medida, de las oportunidades que brindan las políticas públicas. A continuación se presentan los principales derechos en materia de licencias y transferencias y los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales en los cuales se encuentran reconocidos.

Derecho a cuidar y ser cuidado. Los padres tienen derecho a contar con tiempo para cuidar. Esto se encuentra establecido, a nivel internacional, en la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 18) y en la Observación General N° 7 (art. 29). La Convención establece, además, que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño (art. 18).

En la Argentina, este derecho se encuentra reconocido por la ley nacional 26.061, que también determina la igualdad en términos de obligaciones y responsabilidades por parte de la madre y el padre (art. 7°). Además, establece la prohibición a las instituciones educativas de imponer medidas correctivas o sanciones disciplinarias por causa de embarazo, maternidad o paternidad (art. 17 y decreto 415/06).

El cuidado no es únicamente un derecho de los padres sino también de los niños, reconocido en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la ley nacional 26.061.

Derecho a tener un nivel de vida digno. Los niños cuentan con el derecho a tener un nivel de vida digno y que sus familias cuenten,

para ello, con dinero para cuidar. Este se encuentra reconocido a nivel internacional en la Convención sobre los Derechos del Niño como derecho a la seguridad social y a un nivel de vida adecuado (arts. 26 y 27). También está reconocido en la Observación General N° 7 (art. 26).

A nivel nacional, se encuentra reconocido en la Constitución argentina, como derecho integral e irrenunciable a la seguridad social (art. 14 bis). Además, se lo establece en la ley 26.061, como derecho de los niños y adolescentes a obtener los beneficios de la seguridad social. Asimismo, la mencionada ley 22.431 determina un sistema de protección integral de las personas con discapacidad que incluye regímenes diferenciales de seguridad social (arts. 1° , 4° y 14 bis).

3.2. El marco institucional

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (MTEYSS) constituye la autoridad de aplicación de las leyes que hacen referencia al otorgamiento de las licencias. Las que se analizarán aquí son aquellas que regulan el empleo a nivel nacional: leyes 20.744, de Contrato de Trabajo; 26.727, de Régimen de Trabajo Agrario; 26.844, de Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, y el Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional (decreto 214/06).

El MTEYSS tiene como función principal la conformación y ejecución de los planes, programas, proyectos y políticas públicas concernientes al trabajo, las relaciones laborales, la capacitación laboral y la seguridad social (propone, diseña, elabora, administra y fiscaliza). Entre estas atribuciones se incluye la protección de la maternidad y la elaboración, ejecución y fiscalización de programas y regímenes integrados de seguridad social en materia de riesgos del trabajo, maternidad, vejez, invalidez, muerte, cargas de familia, desempleo y otras contingencias de carácter social (arts. 3°, 4°, 10° y 23 del decreto 357/02) (Repetto, Díaz Langou y Aulicino, 2012).

En lo referido al derecho a contar con un nivel de vida digno (dinero para cuidar), el principal organismo responsable es la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), que es un organismo descentralizado en jurisdicción del MTEYSS que tiene a su cargo la administración y gestión de los fondos correspondientes a los regímenes nacionales de prestaciones y los servicios nacionales de

seguridad social.¹⁶ Dentro de este grupo de prestaciones se encuentran las asignaciones familiares, la AUH, la AUE, subsidios, pensiones y jubilaciones. El diseño de estas políticas es centralizado y asegura una implementación igualitaria dentro de la misma categoría ocupacional.

3.3. El acceso al tiempo y el dinero para cuidar en la Argentina

A continuación se presentan una serie de datos relativos a los niveles de cobertura en materia de tiempo y dinero para cuidar.

Con respecto al derecho a contar con tiempo para cuidar, depende principalmente de las oportunidades que brinden las políticas en materia de licencias.

En la Argentina la cobertura de las licencias es baja: solo uno de cada dos trabajadores tenía licencia por maternidad (50,4%) o paternidad (49%) según la EPH, segundo trimestre 2013 (Repetto, Bonari y Díaz Langou, 2013). Esto se debe a que comprende a los trabajadores registrados y en relación de dependencia, y excluye a monotributistas, autónomos e informales. Los sectores más vulnerables, mayoritariamente insertos en trabajos precarios e informales, no acceden a ningún tipo de licencia.

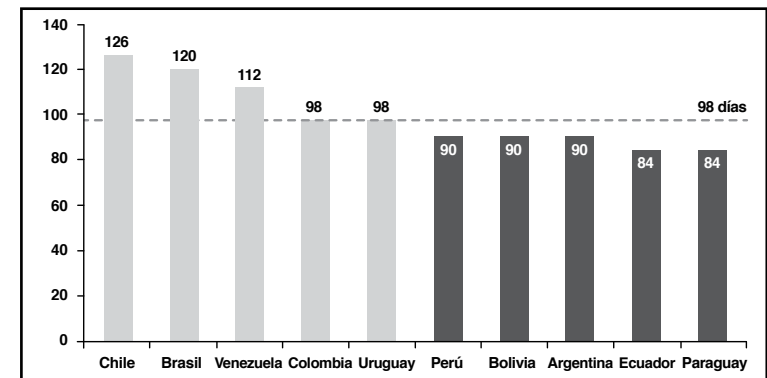
En relación con la prestación, en el país se otorga el 100% del salario financiado por la seguridad social (en otros países la carga se comparte con el empleador), superando el estándar mínimo establecido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que es dos terceras partes del salario.

Con respecto a la duración de las licencias, en la Argentina depende del régimen de contratación, y oscila entre 90 y 180 días para las licencias por maternidad y entre 2 y 30 días para las licencias por paternidad (en el siguiente apartado se delimitan aquellas que regulan el empleo a nivel nacional). Así, en muchos casos, el país se encuentra por debajo del estándar mínimo de licencia por maternidad de 14

16. Para mayor información sobre el funcionamiento específico de la ANSES, véase Costa, Curcio y Grushka (2014).

semanas (98 días)¹⁷ establecido por la OIT (Convenio 183).¹⁸ Además, tomando como referencia la Ley de Contrato de Trabajo (el régimen más extendido y aplicado al empleo privado a nivel nacional), la duración contrasta fuertemente con la de los países más desarrollados y con el resto de la región: como refleja el gráfico 18, la licencia por paternidad es la más corta de América del Sur.

Gráfico 17. Duración de la licencia por maternidad en días. Países seleccionados de América Latina. 2015



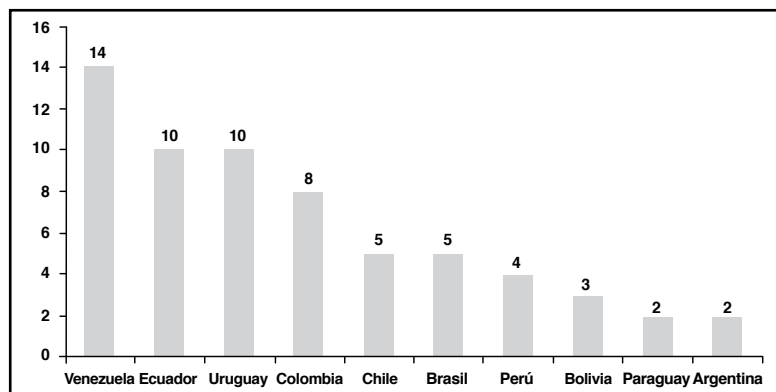
Fuente: CIPPEC, sobre la base de Aulicino *et al.* (2013), excepto para Colombia (ley 1.468/11) y Uruguay (ley 19.161/13).

Finalmente, las licencias familiares (también llamadas parentales o de crianza) son las que pueden ser usadas por la madre, el padre o alguna otra persona autorizada para atender las necesidades de cuidado y crianza durante el período posterior a la licencia por maternidad o paternidad. Estas licencias cuentan con un menor desarrollo en la región y en el país. La mayoría de los países de la Unión Europea, Europa Central y Sudoriental cuentan con licencias familiares de distinta duración, mientras que en América Latina y el Caribe son casi

17. Si bien la tendencia en el mundo es aumentar la licencia maternal, en 2009 solo el 30% del total (44 países) cumplía con este estándar y en América Latina el nivel de cumplimiento era inferior al 20% (OIT, 2009).

18. El Convenio 183 no contempla las licencias por paternidad. La Argentina no ratificó este convenio.

Gráfico 18. Duración de la licencia por paternidad en días. Países seleccionados de América Latina. 2015



Nota: Ecuador y Uruguay otorgan diez días continuos (en 2016 serán 13 en Uruguay), Colombia garantiza ocho días hábiles, Chile cinco días hábiles, Brasil cinco días corridos, y Argentina dos días corridos. Fuente: CIPPEC.

inexistentes, a excepción de Chile, Cuba y Uruguay. En la Argentina solamente existen para los empleados públicos en Tierra del Fuego.¹⁹

En la Argentina, la situación actual muestra que el tipo y la calidad del cuidado al que un niño tiene acceso están determinados por la condición sociolaboral de sus padres,²⁰ por lo que se vulnera la concepción de cuidado como un derecho universal (Aulicino *et al.*, 2013).

En lo referido al derecho a contar con un nivel de vida digno (dinero para cuidar), en materia de transferencias de ingresos a la infancia es innegable que la Argentina logró importantes avances en los últimos años. Contrariamente a los procesos de descentralización, privatiza-

19. Chile ofrece un período de doce semanas de permiso posnatal parental, que puede ser usado por la madre o el padre a continuación de la licencia maternal de dieciocho semanas (ley 20.545, octubre 2011). En Cuba, cuando concluye la licencia por maternidad de dieciocho semanas, los padres pueden decidir cuál de ellos cuidará del menor hasta el primer año de vida. En Uruguay hasta los seis meses de vida de los hijos ambos padres pueden trabajar media jornada.

20. Desde el punto de vista laboral, la posibilidad de cuidar mediante una licencia varía según si los padres son desocupados, tienen empleo informal o formal; en caso de estar formalizados, por si lo están en el sector privado o en el público; en el ámbito público, varía por el nivel de gobierno al que se pertenece, y de ser provincial o municipal, por la jurisdicción en la que trabajan.

ción y focalización de la política social que se venían dando a fines del siglo XX, a principios de este siglo con la AUH y las medidas orientadas a garantizar la equidad y el derecho a la seguridad social el Estado nacional tomó un rol protagónico invirtiendo una gran cantidad de recursos, requisito indispensable en un país federal (Mazzola, 2012).

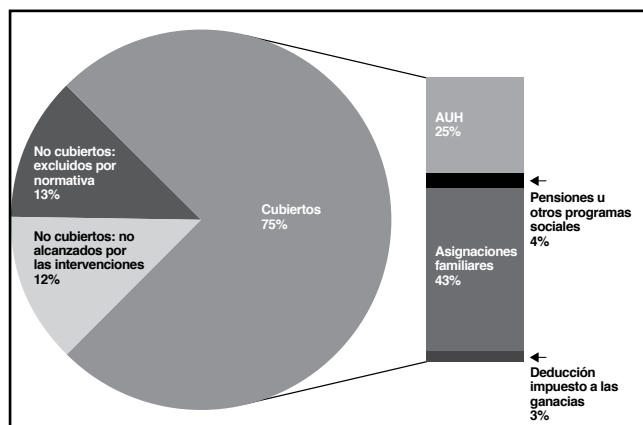
Tal como se ve en el gráfico 19, en 2011 el 74,5% de los niños y adolescentes menores de 18 años contaba con algún tipo de transferencia monetaria: AUH (24,9%), asignaciones familiares (42,5%), otros programas sociales o pensiones (4%) o deducción del impuesto a las ganancias (3,2%). Sin embargo, aún restaba una significativa parte sin acceso a ningún tipo de transferencia. El 12,4% de los niños y adolescentes no estaban cubiertos a pesar de que sus padres cumplían con los requisitos de la normativa legal vigente. Además, el 13,1% de los niños y adolescentes menores de 18 años estaban excluidos por normativa, principalmente por ser hijos de monotributistas²¹ (MTEYSS, 2014).

Los sectores con menores ingresos seguían siendo los más desprotegidos: del gráfico 20 surge que en 2011 el 27,1% de los niños y adolescentes menores de dieciocho años pertenecientes al quintil más pobre carecía de toda forma de transferencia o apoyo monetario (y es aquí donde la no cobertura estaba menos justificada por normativa), mientras que en el quinto quintil la cifra se reducía a 11,1% (prácticamente todos excluidos por normativa). En el primer quintil de ingreso (el más pobre) la mitad de los cubiertos era por AUH y 39% por asignaciones familiares. En cambio, en el quinto quintil de ingreso (el más rico), de los cubiertos, 76% era a través de asignaciones familiares y otro 21% por deducción del impuesto a las ganancias en 2011 (MTEYSS, 2014).

La participación de cada tipo de asignación por quintil no sorprende tomando en cuenta que la deducción del impuesto a las ganancias es una transferencia a los sectores más pudientes de la sociedad, las asig-

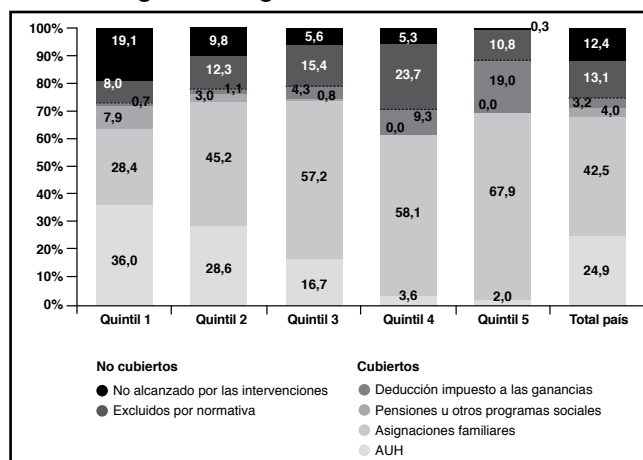
21. En 2011, los hijos de monotributistas representaban el 35,1% de los excluidos por normativa; pero a abril de 2016 la normativa ya no los excluye ya que a partir del DNU 593/16 los monotributistas pueden percibir asignaciones familiares. El 64,9% restante respondía a hijos de individuos con trabajo no registrado e ingresos mayores al techo fijado para la percepción de la AUH (25,2%) y asalariados registrados con ingresos mayores al tope determinado para percibir asignaciones familiares y por debajo del piso para realizar deducciones del impuesto a las ganancias (32,6%). Con respecto a esta última categoría, a la fecha de publicación de este libro ya se había logrado incluir entre los cubiertos a este último grupo excluido por normativa.

Gráfico 19. Cobertura de asignaciones monetarias a niños y adolescentes menores de 18 años, por tipo de asignación. Aglomerados urbanos. 2011



Nota: La ENAPROSS I fue realizada en 2011 en CABA, Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Santa Fe y Tucumán (las seis jurisdicciones que concentran la mayor población del país) y tiene una representatividad del 74% de la población de los aglomerados urbanos de cinco mil habitantes o más. Fuente: CIPPEC, sobre la base de la ENAPROSS 2011 (MTEYSS, 2014).

Gráfico 20. Cobertura de asignaciones monetarias a niños y adolescentes menores de 18 años, por quintil de ingreso y tipo de asignación. Aglomerados urbanos. 2011



Fuente: CIPPEC, sobre la base de la ENAPROSS 2011 (MTEYSS, 2014).

naciones familiares son un tipo de asignación contributiva que cubre al sector formal (mientras que la informalidad es más frecuente en los quintiles más bajos) y, dentro de las asignaciones no contributivas (destinadas principalmente a los sectores socioeconómicos más vulnerables), la AUH fue la más ambiciosa y se constituyó como su pilar.

3.4. Las políticas de nivel nacional

La Argentina cuenta con varias políticas del nivel nacional destinadas a hacer cumplir el derecho a contar con tiempo para cuidar y a tener un nivel de vida digno. El relevamiento realizado por CIPPEC identificó una serie de políticas, que se analizan a continuación.

En relación con el derecho a contar con *tiempo para cuidar*, las licencias maternales, paternales y familiares forman parte del conjunto de derechos que tienen los trabajadores en la Argentina, y deben garantizar el derecho de todos los niños a estar acompañados por su madre y su padre en distintos momentos de su vida. Las licencias son fundamentales para *fomentar el apego y el establecimiento de vínculos* del bebé recién nacido con su madre y su padre y contribuyen directamente con el adecuado desarrollo infantil temprano (Repetto, Bonari y Díaz Langou, 2013). Las licencias constituyen, así, tanto un derecho de los niños a ser cuidados como de los padres a cuidar. Tienen un enorme potencial, al facilitar la conciliación entre la vida productiva y la reproductiva. Además, un esquema más justo de licencias, con un menor sesgo maternalista, puede contribuir a revertir la discriminación por género contra las mujeres en el mercado laboral.

Las licencias por maternidad son aquellas otorgadas a la madre inmediatamente antes y después del nacimiento del niño o su adopción. En la Argentina, a nivel nacional, existen cuatro regímenes diferentes que establecen las características y la duración de la licencia por maternidad:

- 1) *Ley de Contrato de Trabajo*: establece noventa días de maternidad con goce de sueldo y dos descansos diarios de media hora para lactancia, durante un año a partir del nacimiento. Los partos múltiples y la licencia por adopción no se encuentran contemplados dentro de esta ley.
- 2) *Ley de Trabajo Agrario*: noventa días de maternidad con goce de sueldo y dos descansos diarios de media hora para lactancia,

durante un año. No incluye casos especiales, partos múltiples y licencias por adopción.

- 3) *Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares*: noventa días de maternidad con goce de sueldo. Los partos múltiples y la licencia por adopción no se encuentran contemplados dentro de esta ley.
- 4) *Convenio Colectivo de Trabajo para la Administración Pública Nacional*: cien días de licencia por maternidad, también para el caso de adopciones. Dos descansos diarios de una hora para lactancia durante un año a partir del nacimiento.

Además, a nivel provincial existen importantes variaciones interjurisdiccionales entre los regímenes establecidos para las empleadas públicas provinciales y las docentes (entre los 90 y los 180 días),²² tal como se detalla en el gráfico 21.

Por su parte, las licencias por paternidad son aquellas otorgadas al padre inmediatamente después del nacimiento de un hijo:

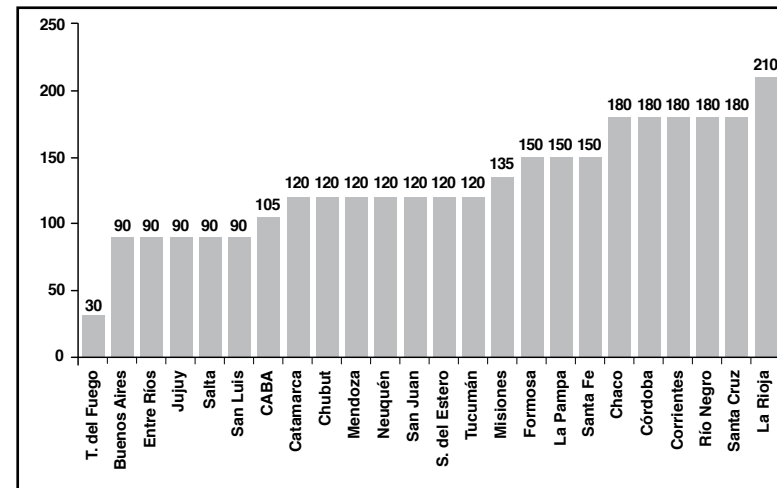
- 1) *Ley de Contrato de Trabajo*: dos días corridos de licencia por paternidad con goce de sueldo. No se contempla la licencia por adopción.
- 2) *Ley de Trabajo Agrario*: treinta días entre los 45 previos al parto y los 12 meses posteriores. No incluye casos especiales, partos múltiples y licencias por adopción.
- 3) *Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares*: dos días corridos a partir del nacimiento. No se contempla la licencia por adopción.
- 4) *Convenio Colectivo de Trabajo para la Administración Pública Nacional*: cinco días corridos en el caso de nacimientos y treinta en el caso de adopción.

Los regímenes de empleo público provinciales también presentan variaciones por provincia en las licencias por paternidad (de dos a quince días), como se ve en el gráfico 22.²³

22. En Tierra del Fuego, un caso excepcional, los primeros treinta días de la licencia por maternidad son para uso exclusivo de la madre y el resto (180 días) puede ser usufructuado por la madre o, por decisión de la madre, por el padre. Esto último puede considerarse como una licencia familiar, a pesar de que en la ley figura como licencia por maternidad.

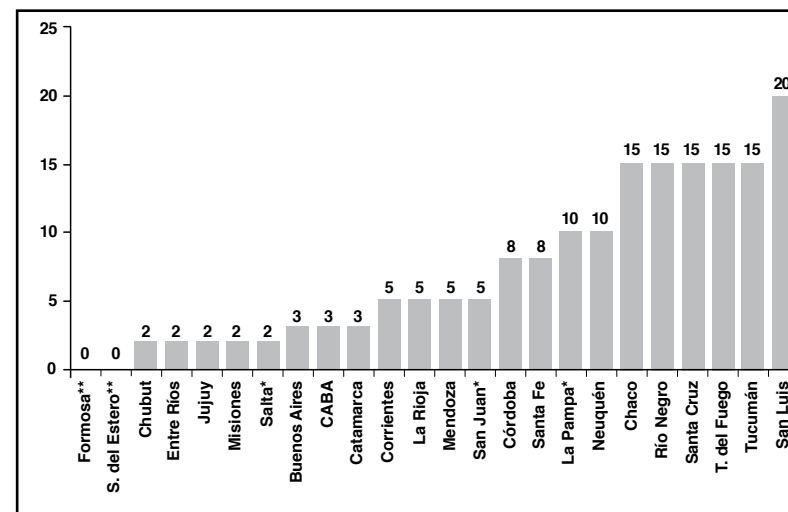
23. Hasta veinticinco días si el parto es múltiple (en Tierra del Fuego).

Gráfico 21. Duración de las licencias por maternidad para los empleados públicos en las provincias. Mayo 2016



Fuente: CIPPEC, sobre relevamiento de normativas provinciales, 2015.

Gráfico 22. Duración de las licencias por paternidad para los empleados públicos en las provincias. Mayo 2016



Fuente: CIPPEC, sobre relevamiento de normativas provinciales, 2015.

En este contexto cabe mencionar que las parejas del mismo sexo se ven fuertemente afectadas por la diferencia de trato en función del género en el otorgamiento de licencias al tener o adoptar un hijo. La ley invisibiliza a este tipo de familias diversas dejándolas desamparadas, ya que por lo general solo uno de los dos puede tomarse la licencia con duración acorde a su género. En este sentido, se ven particularmente en desventaja las conformadas por dos varones. En la mayoría de las legislaciones vigentes en el país, la licencia de noventa días es exclusivamente para las madres; solo en el caso de Córdoba se contemplan también los casos de adopción de parejas del mismo sexo, y hubo excepciones a raíz de algunos fallos judiciales donde se concedió una licencia paternal de noventa días a un cónyuge de un matrimonio igualitario.²⁴

Finalmente, como se mencionó en el anterior apartado, las licencias familiares son prácticamente inexistentes en la Argentina y abordan únicamente situaciones especiales y coyunturales (fallecimiento del cónyuge, hijos o padres; accidentes):

- 1) *Ley de Contrato de Trabajo*: tres días en caso de fallecimiento del hijo, cónyuge o padres. Los casos de enfermedad no se encuentran contemplados. La excedencia, licencias sin goce de sueldo, se otorga por tres o seis meses con una posibilidad de renuncia con 25% de indemnización. Se exige además la existencia de guarderías para empresas con cincuenta o más empleadas.
- 2) *Ley de Trabajo Agrario*: tres días para varones y mujeres por muerte de hijo, cónyuge o padres. No contempla las licencias por enfermedad de parientes ni las excedencias. Contempla la creación de espacios de cuidado y contención, a cargo de personal calificado y/o con experiencia en el cuidado de la infancia, para niños que aún no cumplieron la edad escolar y también, en contraturno, a los que asisten a la escuela hasta cubrir la jornada laboral de los adultos a cuyo cargo se encuentren.
- 3) *Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares*: tres días corridos por fallecimiento del cónyuge o conviviente, un día por fallecimiento de un hermano. No se encuentran contemplados enfermedad, cuidado ni excedencia.
- 4) *Convenio Colectivo de Trabajo para la Administración Pública*

24. Un fallo del Juzgado de Familia N° 5 de Mar del Plata la otorgó en ocasión de adopción de dos hijos.

Nacional: treinta días corridos por muerte de madre, padre o tutor, y veinte días corridos por enfermedad de un miembro familiar, con prórroga hasta los noventa días. Ayuda económica para los trabajadores con hijos de entre 45 días y 5 años. Se contempla también la excedencia por período de tres a seis meses y la posibilidad de renuncia con 25% de indemnización.

El panorama resultante muestra que no todos los niños menores de 4 años pueden ejercer de la misma manera su derecho a ser cuidados por sus padres y madres. Como fue indicado, los regímenes de licencia solo cubren a la mitad de los trabajadores y su duración depende de la ubicación geográfica y el tipo de empleo que desempeñen. Así, los niños reciben un trato discriminatorio según la inserción de sus padres en el mercado laboral y su orientación sexual.

Esta situación y la corta duración de las licencias tienen importantes consecuencias. En primer lugar, vulneran el derecho de los niños, promovido por la ley 26.873, de recibir lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Lo mismo puede decirse de la falta de reglamentación y cumplimiento del artículo 179 de la Ley de Contrato de Trabajo de 1974, que establece la obligación de los establecimientos con cincuenta o más mujeres empleadas de proveer servicios de cuidado en el lugar de trabajo (además del sesgo de género implicado en la normativa por determinar un número de trabajadoras mujeres y no trabajadores en general).²⁵ Además, la falta de salas maternales y/o lactarios en los lugares de trabajo (o próximos) hace que no exista garantía de proximidad entre la madre y el bebé para asegurar el goce de los permisos de lactancia.

En contraposición, la reciente reglamentación de la ley 26.873, que establece explícitamente la promoción de la instalación de lactarios en los lugares de trabajo, constituye un paso adelante y una herramienta útil para avanzar sobre este tema aún pendiente. Implementar esta medida también puede resultar beneficioso para los empleadores, ya que cuando los bebés toman leche de pecho se enferman menos seguido y menos severamente que cuando se alimentan con leche de fórmula,

25. El artículo 179 de la Ley de Contrato de Trabajo establece “el número mínimo de trabajadoras que determine la reglamentación”. Sin embargo, existe un decreto reglamentario de 1925 (aún vigente) que se aplica ante la falta de reglamentación del artículo 179 y establece que “en los establecimientos que ocupen más de cincuenta trabajadoras, mayores de 18 años, deberá habilitarse una sala maternal para niños y niñas de hasta dos años de edad”. Véase www.trabajo.gob.ar/difusion/ctio/100610_cuadernillo2.pdf.

lo que hace que las madres que amamantan falten menos al trabajo o requieran menos licencia por enfermedad del niño.²⁶

Por su parte, las licencias por paternidad son prácticamente inexistentes (entre dos y cinco días, a excepción del Régimen de Trabajo Agrario), lo cual genera tres problemas principales. Primero, atenta contra el objetivo de asegurar una distribución más justa de los roles en el interior del hogar que implique una participación equitativa tanto del padre como de la madre en lo que respecta a cuidado, desarrollo y educación integral de los hijos, tal y como lo establecen el artículo 18 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 7° de la ley 26.061. Segundo, aumenta la discriminación laboral por género (en parte porque las mujeres tienden a resultar más “costosas” a los empleadores al tener licencias más largas) (Esping-Andersen y Palier, 2010). Tercero, deja completamente fuera de la legislación vigente a las parejas de hombres, a quienes no les queda con otra opción que usar injustamente sus vacaciones ante la llegada de un hijo.

En lo referido al derecho a contar con un nivel de vida digno, las transferencias de ingreso tienen como fin reducir los efectos de la pobreza monetaria, requisito indispensable, aunque no suficiente, para prevenir la pobreza infantil (privaciones más allá de la falta de ingresos pueden considerarse características de una situación de pobreza) y ejercer efectivamente los derechos de la infancia. Las transferencias monetarias pueden tomar varios formatos, principalmente: condicionadas o no condicionadas, focalizadas o universales y contributivas o no contributivas. La ley 24.714, de Asignaciones Familiares, instituye un régimen basado en (art. 1º):

- 1) *Un subsistema contributivo* fundado en los principios de reparto de aplicación a los trabajadores que presten servicios remunerados en relación de dependencia en la actividad privada, cualquiera sea la modalidad de contratación laboral, beneficiarios de la Ley sobre Riesgos de Trabajo y beneficiarios del Seguro de Desempleo.
- 2) *Un subsistema no contributivo* de aplicación a los beneficiarios del

26. Un estudio realizado por Cohen, Mrtek y Mrtek (1995) concluyó que las madres que amamantan faltan aproximadamente 28% menos al trabajo que las que no. En Chile, donde las madres pueden pedir licencia por enfermedad de niños menores de 1 año, un estudio realizado por Valdés *et al.* (2000) observó que las que no estaban en lactancia materna exclusiva pidieron 2,8 más días de licencia que las que sí estaban en lactancia exclusiva.

Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, y beneficiarios del régimen de pensiones no contributivas por invalidez.

- 3) *Un subsistema no contributivo* compuesto por la AUE y AUH, destinado, respectivamente, a mujeres embarazadas, niños y adolescentes residentes en la Argentina que pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados, se desempeñen en la economía informal o trabajen en el servicio doméstico, perciban un salario menor al salario mínimo, vital y móvil, y no perciban otras asignaciones familiares.

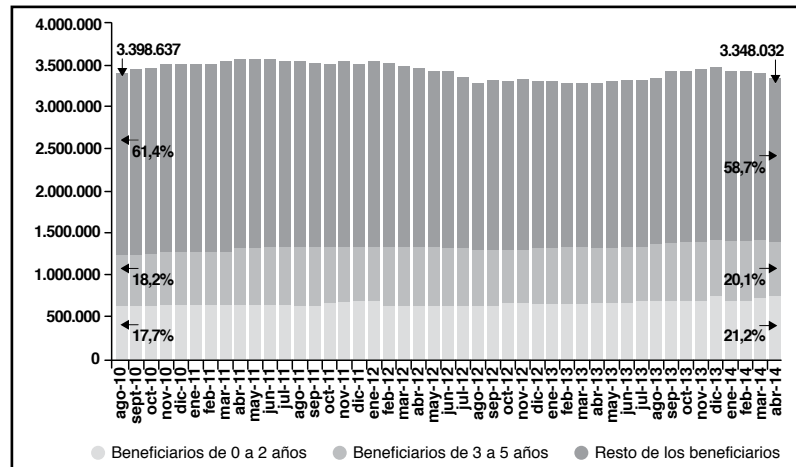
Las prestaciones contempladas en el subsistema contributivo son las siguientes:

- 1) *Prenatal*: pago de una suma de dinero mensual que se abona a las trabajadoras embarazadas en relación de dependencia o beneficiaria de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) hasta el nacimiento o la interrupción del embarazo. Corresponde el cobro de la asignación familiar por hijo y por prenatal en el mes ocurrido el nacimiento, siempre que el pago de la asignación familiar por prenatal no exceda de nueve mensualidades.
- 2) *Maternidad*: pago de un monto igual a la remuneración bruta que le hubiera correspondido percibir a la trabajadora durante el período de licencia legal en el empleo con motivo del parto.
- 3) *Nacimiento/adopción*: pago de una suma de dinero que abona ANSES en forma directa al trabajador en relación de dependencia o al beneficiario de una aseguradora de riesgos del trabajo por el nacimiento o la adopción de un hijo. Se abona a uno solo de los padres/adoptantes.
- 4) *Hijo / hijo con discapacidad*: pago de una suma de dinero mensual que se abona al trabajador en relación de dependencia o al beneficiario de una ART por cada hijo menor de dieciocho años que se encuentre a su cargo o sin límite de edad cuando se trata de un hijo con discapacidad. Se abona a uno solo de los progenitores/guardadores/tutores/curadores.
- 5) *Ayuda escolar anual*: el pago anual de una suma de dinero por escolaridad para el trabajador en relación de dependencia o el titular de una ART. Se abona a uno solo de los padres, prioritariamente a la madre, o a guardadores/tutores/curadores.

La incorporación del pilar no contributivo, con la AUH y AUE,

constituye un avance enorme y destacable que realizó la Argentina en los últimos años, que permitió asegurar que los niños hijos de trabajadores desocupados e informales (que ganen menos del salario mínimo, vital y móvil y no perciban otras asignaciones familiares) cuenten con acceso al mismo derecho que los hijos de trabajadores formales, hasta un límite de cinco hijos. En el caso de la AUH, creada en 2009 mediante el decreto 1.602/09, consiste en un pago mensual (no retributivo) otorgado a uno solo de los padres, tutor, curador o pariente por consanguinidad hasta el tercer grado por cada menor de dieciocho años que se encuentre a su cargo o sin límite de edad cuando se trate de un hijo con discapacidad. Como se desprende del gráfico 23, la cantidad de beneficiarios de la AUH se mantuvo relativamente estable desde su creación en alrededor de 3.400.000, pero aumentó la participación de la primera infancia alcanzando a 1.381.624 niños de entre 0 y 5 años en abril de 2014, que equivale a 41,3% de todos los beneficiarios del programa (Observatorio ANSES, 2015) y aproximadamente el 40% de la población de este grupo etario.

Gráfico 23. Beneficiarios de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, por grupo etario. Total país. 2010-2014



Fuente: Observatorio ANSES (2015).

En el caso de la AUE, creada en 2011 mediante el decreto 446/11, consiste en una prestación monetaria, no retributiva, que se abona

mensualmente a la mujer embarazada desde la semana 12ª de gestación hasta el nacimiento o la interrupción del embarazo, siempre que no exceda las seis mensualidades. La extensión de las transferencias a embarazadas también tuvo gran alcance: en diciembre de 2015, 86.633 mujeres gestantes la recibían.²⁷

En términos monetarios, la prestación de la AUH y la AUE se equipara al monto máximo percibido por asignaciones familiares a los trabajadores en dependencia del sector formal²⁸ (837 pesos por beneficiario a septiembre de 2015).²⁹ Además, desde abril de 2015 (decreto 504/15) se incorporó el pago de la ayuda escolar anual a los titulares de la AUH. Así, la AUH es el mayor programa de transferencias monetarias condicionadas de la Argentina y uno de los programas más amplios y generosos en América Latina (Stampini y Tornarolli, 2012).³⁰

Sin embargo, el derecho de estos niños se encuentra condicionado, ya que para poder efectivizar el 20% de la prestación mensual son obligatorios algunos requisitos en salud (inscripción al Plan Nacer, cumplimiento de controles sanitarios a la embarazada, del calendario de vacunación y de los controles pediátricos para niños de hasta 4 años) y en educación (asistencia al sistema educativo formal a partir de los 5 años). Estos no son exigidos a quienes perciben la Asignación Familiar o quienes deducen del impuesto a las ganancias por cargas

27. Fuente: www.transparencia.anses.gob.ar.

28. En julio de 2015 se sancionó la ley 27.160 que establece que la prestación de la AUH y la AUE se actualice automáticamente en marzo y septiembre de cada año, al igual que las asignaciones familiares, mediante un índice de movilidad, como sucede con las jubilaciones.

29. Si bien el presupuesto del programa constituye uno de los más significativos de América Latina y la prestación otorgada es de las más altas de la región, la evidencia empírica muestra que la AUH tuvo mayor impacto en cuanto a ayudar a las familias a salir de la indigencia que de la pobreza. La limitación con respecto a la morigeración de la pobreza podría ser explicada porque la “brecha de pobreza” era mayor que el monto percibido en concepto de asignación familiar (distancia entre la línea de pobreza y el ingreso total de los hogares) (Beccaria y Curcio, 2011).

30. La AUH tuvo beneficios en términos monetarios por su impacto en la reducción en la pobreza, la indigencia y la desigualdad (Gasparini y Cruces, 2010; Rofman y Oliveri, 2011) y la mejora en la situación de grupos poblacionales vulnerables como niños y familias numerosas (Agis, Cañete y Panigo, 2010), pero también tuvo otros aspectos positivos como el aumento de la cobertura del Plan Nacer (hoy Programa Sumar) (Ministerio de Salud de la Nación, 2012) y la asistencia escolar especialmente para los jóvenes de 13 años y más en el nivel secundario (Paz y Golovanevsky, 2011; D’Elia y Navarro, 2011).

familiares. Así, a finales de 2015, el tipo de prestación al que accedían los niños dependía hasta entonces, al igual que sucede con las licencias, de la categoría ocupacional de los padres, y quedaban excluidos de todo tipo de prestación, una vez más, los hijos de monotributistas y autónomos. A través de las condicionalidades y exclusiones, las asignaciones revelan la tensión existente entre seguridad social y asistencia y en las políticas sociales sectoriales, lo que refleja la distancia entre proponer derechos y hacer que estos sean concretados y asumidos (Costa y Heinze, 2014).

La implementación de la AUH y la AUE a través de la bancarización y entrega de una tarjeta permitió generar un mecanismo simplificado y que evita cualquier tipo de intermediario, sin necesidad de integrarse a la estructura burocrática provincial (Díaz Langou, 2012). No obstante, es preciso establecer articulaciones con los ministerios de Salud y Educación de las distintas jurisdicciones para asegurar el cumplimiento de las condicionales. Durante el lanzamiento de la AUH se formó un comité de asesoramiento y una mesa interministerial entre ANSES, el MTEYSS, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio del Interior, y se implementó la Libreta de Seguridad Social, que supuso un esfuerzo de trabajo articulado con las provincias. Sin embargo, y desde los inicios de su puesta en marcha, se carece de información clara respecto de si estos instrumentos generaron una coordinación real y sostenida (Díaz Langou, 2012). Dados los nuevos desafíos que se tienen por delante, tanto en materia de inclusión de niños que aún no están cubiertos, pese a estar contemplados dentro de la normativa, como con relación a la calidad de los servicios, se requiere fortalecer estos espacios de articulación.

Además, es importante destacar que las prestaciones mencionadas cumplen con lo establecido en la ley 22.431 respecto de que el monto percibido cuando el niño tiene discapacidad debe ser mayor (a septiembre de 2015, la AUH era de 2.730 pesos por cada hijo con discapacidad).

A modo de síntesis

Es importante destacar, en primer lugar, que tanto el derecho a cuidar como a ser cuidado se encuentran reconocidos en los instrumentos internacionales con jerarquía constitucional y en las normativas nacionales. Sin embargo, no todos los niños menores de 4 años

pueden ejercerlos de la misma manera, porque las familias cuentan con distintos recursos en términos del tiempo y el dinero disponible para cuidar.

En lo referido al tiempo para cuidar, los regímenes actuales de licencias en la Argentina cubren el 100% del salario, pero tienen una cobertura muy baja (50%) ya que solo incluyen a los trabajadores en relación de dependencia del sector formal, y los trabajadores en la informalidad, los monotributistas y los autónomos no pueden gozar de este derecho. Su duración depende de la ubicación geográfica y el tipo de empleo que desempeñen, con variaciones que pueden implicar el doble de tiempo o más. En síntesis, duración de las licencias, excedentes y descansos de lactancia varían según el régimen de contratación, lo que hace que los niños reciban un trato diferenciado según la inserción de sus padres en el mercado laboral.

En la mayoría de los casos analizados, la duración de la licencia por maternidad no alcanza el estándar internacional mínimo de 98 días establecido por el Convenio 183 de la OIT. Esta situación, sumada al incumplimiento de la obligación de las empresas de proveer servicios de cuidado y lactarios en los lugares de trabajo (establecidos en el art. 179º de la Ley de Contrato de Trabajo, que aún no fue reglamentado), tiene importantes consecuencias en términos de las posibilidades de las madres de asegurar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Al respecto, la reglamentación de la ley 26.873 es todavía reciente pero constituye una herramienta útil para avanzar sobre este tema aún pendiente.

Además, las licencias por paternidad son demasiado breves y las licencias familiares son prácticamente inexistentes, abordan únicamente situaciones especiales y coyunturales. Ambas situaciones atentan contra el objetivo de asegurar una distribución más justa de las responsabilidades familiares y contribuyen a aumentar la discriminación laboral por género. Esta situación genera que las mujeres, especialmente las que son madres, se vean afectadas en mayor medida por la informalidad, precariedad, intermitencia e inactividad laboral debido a la falta de servicios públicos de cuidado de calidad que permitan conciliar las responsabilidades laborales y familiares (Aulicino *et al.*, 2013). En este sentido, se debe notar que mientras la tendencia en las provincias argentinas y el mundo es aumentar la licencia maternal, cobra fuerza la advertencia (aunque las convenciones internacionales no la contemplen) de que incrementar exclusivamente la duración de esta licencia puede ser entendido como una política

con sesgo maternalista, que parte del supuesto del rol natural de la mujer como cuidadora y no fomenta la igualdad de género.

La injusta distribución de roles se evidencia, por ejemplo, al observar la Encuesta Nacional de Jóvenes, realizada en noviembre de 2014 a personas de entre 15 y 29 años en áreas urbanas de todo el país: 46,6% de las mujeres cuidaba niños habitualmente y, en promedio, dedicaban 68 horas semanales al cuidado (una dedicación de tiempo completo de casi diez horas diarias), mientras que ambas cifras eran menores de la mitad para los hombres (21,3% y treinta horas). En parte, esto se debe a que 42,1% de las mujeres dejó de trabajar o estudiar para cuidar niños, frente solo a un 12,9% de los hombres.³¹ Sin embargo, también las mujeres que trabajan dedican más horas al cuidado que los hombres que trabajan (cincuenta horas semanales promedio contra veinticinco) (INDEC, 2015).

En este contexto, no sorprende que las mujeres ocupadas evidencien una mayor incidencia de la pobreza de tiempo que los hombres ocupados. La medida de Pobreza de Ingreso y Tiempo, realizada a partir de encuestas de uso de tiempo,³² reconoce que “el bienestar económico de los hogares y las personas no solo depende del trabajo remunerado, sino también del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, realizado mayoritariamente por las mujeres” (Esquivel, 2014). La pobreza de tiempo puede estar presente aunque no haya pobreza de ingresos, “personas y hogares con ingresos más altos que el umbral oficial de pobreza, pero no lo suficientemente altos para poder adquirir sustitutos en el mercado para sus déficits de tiempo” (Esquivel, 2014).

La discriminación laboral incluye tanto la obtención de puestos de trabajo como las posteriores remuneraciones y ascensos: según el Observatorio de Empleo y la Dinámica Empresarial, en la Argentina, en el cuarto trimestre de 2013, 42% del total de la población económicamente activa (PEA) eran mujeres, y 31,8% del total del empleo privado registrado (mientras que en el empleo público registrado era de 54,1%). Además, la brecha salarial sigue siendo importante: en el

31. “La brecha entre varones y mujeres se amplía significativamente entre quienes tienen 25 a 29 años, donde el 52,4% de las mujeres dejó de trabajar o de estudiar para cuidar a un niño, mientras que entre los varones representa un 7,3%” (INDEC, 2015).

32. En la Argentina se realizó una encuesta de uso de tiempo (EUT) en CABA en 2005 y otra en Rosario en 2010.

segundo trimestre de 2014 el salario promedio de los varones era 31% mayor que el de las mujeres.³³

Las licencias constituyen una política de conciliación de responsabilidades laborales y familiares (Esquivel, Faur y Jelin, 2009) y una intervención que tiene el potencial de contribuir a reducir la pobreza de tiempo. El objetivo último debe ser avanzar hacia cambios normativos sostenibles que amplíen los derechos de los niños y sus padres, contribuyendo al desarrollo infantil y a la equidad de género (Aulicino *et al.*, 2013).

En relación al derecho a contar con un nivel de vida digno, el progreso argentino en materia de transferencias monetarias fue significativo y su prioridad y permanencia en la agenda estatal resulta alentadora como parte de la lucha contra la pobreza y, más precisamente, la pobreza infantil. Se destaca, en primer lugar, como un avance innegable la implementación de la AUH y la AUE, como instrumentos que buscan igualar el derecho de los hijos de trabajadores informales a un nivel de vida digno, en relación con los hijos de trabajadores formales en relación de dependencia.

Persiste un desafío de equidad: el derecho de estos niños se encuentra condicionado al cumplimiento de requisitos en salud (calendario de vacunación y controles pediátricos) y educación (asistencia al sistema educativo formal). Estas exigencias no existen para quienes perciben la asignación familiar del régimen contributivo ni tampoco para quienes logran una exención del impuesto a las ganancias en personas físicas.

En segundo lugar, existe aún un importante desafío de cobertura en las asignaciones monetarias (que se concentra en los sectores más vulnerables) y en los regímenes de licencias (que incluyen solamente a los trabajadores formales). Además, las transferencias fueron creadas como mecanismos de sostén de ingresos y no de cuidados, por lo que muchas veces pueden reforzar la división sexual de los roles de género que sobrecarga a las mujeres con estas tareas y constituyen instrumentos limitados si no son complementados con la expansión de servicios de educación y cuidado (Esquivel, 2014).

En pocas palabras, el sistema vigente vulnera la concepción del cuidado como un derecho universal ya que tanto el derecho a contar con tiempo como con dinero para cuidar se encuentra ligado a la

33. Fuente: www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/descargas/genero/Boletin%20de%20genero.xls

condición (y la categoría) laboral formal de los adultos (Aulicino *et al.*, 2013). Esta situación vulnera, además, el derecho de todos los niños a beneficiarse de la seguridad social y a contar con un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En especial resaltó, a finales de 2015, la situación de los hijos de monotributistas y autónomos, quienes no contaban por entonces con ningún tipo de cobertura.

Cuadro 2. Tiempo y dinero para cuidar: derechos, normativa y principales políticas nacionales

Derecho	Normativa	Principales políticas nacionales
Derecho a contar con tiempo para cuidar	Convención sobre los Derechos del Niño. Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	Licencia por maternidad y licencia por paternidad, establecidas en: <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Contrato de Trabajo. • Ley de Trabajo Agrario. • Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares. • Convenio Colectivo de Trabajo.
Derecho a un nivel de vida digno (dinero para cuidar)	Convención sobre los Derechos del Niño. Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	Asignaciones del Sistema Contributivo: <ul style="list-style-type: none"> • Prenatal. • Maternidad. • Nacimiento / Adopción. • Hijo / hijo con discapacidad. • Ayuda escolar anual. Asignaciones del sistema no contributivo: <ul style="list-style-type: none"> • Asignación Universal por Hijo. • Asignación Universal por Embarazo. • Ayuda escolar anual.

Nota: en el Anexo 2 de Aulicino, Gerenni y Acuña (2015) y en la web cippec.org/primerainfancia se pueden encontrar fichas con información desagregada sobre las principales políticas relevadas.

Fuente: CIPPEC, sobre la base de información pública disponible.

4. Educación inicial y cuidado

4.1. El marco de derechos

La educación inicial y el cuidado de calidad facilitan el desarrollo de los niños, su trayectoria educativa posterior³⁴ y la inserción laboral

34. Como fue detallado en el capítulo 1, quienes participan en programas de primera infancia de calidad tienen la oportunidad de generar más conexiones neuronales y un mayor desarrollo de las funciones básicas, cognitivas y superiores, y por lo tanto alcanzan mejores logros de aprendizaje en la educación primaria, repiten y abandonan menos (Unicef, 2011). Las pruebas PISA 2012 muestran que, a nivel mundial, quienes

de las madres. Dejar librado el cuidado infantil al contexto, las capacidades y los recursos de las familias supone negar derechos básicos a los niños y reproducir la desigualdad.

El derecho de los niños a recibir educación y cuidado también se encuentra reconocido en la normativa internacional que cuenta con jerarquía constitucional en la Argentina. A continuación se presentan los principales derechos en materia de educación inicial y cuidado y los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales en los cuales se encuentran reconocidos.

Derecho a una educación en condiciones de igualdad de oportunidades. Este derecho está reconocido en la normativa internacional, tanto en la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 28), que hace hincapié en la educación primaria y secundaria, como en la Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño, que hace hincapié específicamente en la educación inicial (art. 30). Por su parte, las Metas Educativas 2021 establecen la necesidad de aumentar la oferta de educación inicial para niños de 0 a 6 años y de garantizar una formación suficiente de los educadores (meta general 3ª).

A nivel nacional, el derecho se encuentra consagrado en el artículo 14 de la Constitución nacional, la ley 26.061 (arts. 15 y 16) y la ley 26.206, de Educación Nacional, que regula el ejercicio de este derecho (arts. 2º y 3º). En su capítulo II, esta última ley establece las características del nivel inicial como una unidad pedagógica que comprende a los niños desde los 45 días hasta los 5 años (art. 18). Además, establece la división del nivel inicial en jardines maternos (para niños de 45 días a 2 años) y jardines de infantes (para niños de 3 a 5 años) y reconoce modalidades como las salas multiedades y salas de juegos (art. 24). La obligatoriedad escolar en todo el país se extiende, a partir de 2015, desde los 4 años hasta los 18, con la obligatoriedad de universalizar la sala de 3 años (ley 27.045).

Asimismo, el decreto 415/06 reglamentario de la ley 26.061 establece que los niños que se encuentren alojados junto a sus madres privadas de la libertad deberán gozar de un régimen especial de educación que garantice un adecuado desarrollo psicofísico. Con relación

asistieron a nivel inicial por más de un año tienen un mejor desempeño que los que no, lo cual se mantiene más allá de las diferencias socioeconómicas (de hecho, Argentina es el país de la región con la mayor diferencia en los resultados entre ambos grupos al controlar por nivel socioeconómico) (OCDE, 2013).

a los niños con discapacidad, su derecho a la educación se encuentra reconocido en la ya mencionada ley 22.431.

Derecho a ser cuidados y a contar con servicios de cuidado de calidad. Este derecho se encuentra reconocido en la Convención sobre los Derechos del Niño, que aclara que los servicios de cuidado deben ser gratuitos siempre que sea posible y estar destinados a asegurar que el niño tenga un acceso efectivo a la educación y logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual (art. 23). En los casos de niños con discapacidad, establece la obligación de asegurar prestaciones que reúnan las condiciones requeridas. Por su parte, la Observación General N° 7 establece específicamente la necesidad de ajustar los servicios de cuidado de la primera infancia a estándares de calidad, tanto de infraestructura como de formación de los profesionales a cargo (art. 23).

A nivel nacional, la ley 26.233 tiene por objetivo promover y regular los centros de desarrollo infantil, como espacios de atención integral de calidad para niños de hasta 4 años (arts. 2°, 6° y 8°). Por su parte, la ley 27.064 establece la regulación de las condiciones de funcionamiento y supervisión pedagógica de las instituciones no incluidas en la enseñanza oficial que brindan educación y cuidado de la primera infancia desde los 45 días a los 5 años (sean de gestión estatal, privada, cooperativa o social, incluidos los centros de desarrollo infantil).

Es importante destacar que la Ley de Educación Nacional también establece que, para garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños a la educación inicial y al cuidado, se articularán y/o crearán mecanismos de gestión asociados con las áreas de desarrollo social para, en el ámbito de la educación no formal, atender integralmente a los niños de entre 45 días y 2 años (art. 23). Esta normativa constituye una herramienta interesante para abordar los siempre presentes desafíos de coordinación entre los ministerios de Educación y de Desarrollo Social y avanzar hacia abordajes integrales de las políticas para la primera infancia.

4.2. El marco institucional

Las políticas desarrolladas en materia de educación inicial y cuidado destinadas a asegurar el cumplimiento de los derechos recién

mencionados se llevan adelante desde tres ministerios a nivel nacional: el de Educación, el de Desarrollo Social y el de Cultura.

El Ministerio de Educación de la Nación es el organismo que fija las políticas y estrategias educativas y es la autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Educación 26.206. A su vez, tiene a su cargo la planificación, ejecución, supervisión y evaluación de políticas, programas y resultados educativos, el fortalecimiento de las capacidades de planificación y gestión educativa de los gobiernos jurisdiccionales, y la asistencia técnica y financiera a dichas jurisdicciones para asegurar el funcionamiento del sistema educativo nacional.

Dentro de este ministerio se encuentra la Dirección de Educación Inicial, que tiene a su cargo el Plan Nacional para la Educación Inicial. A su vez, la Dirección Nacional de Políticas Socioeducativas tiene como fin promover políticas para la inclusión, igualdad de oportunidades y calidad educativa a través de la asignación de recursos. Esta última entidad lleva a cabo programas y proyectos que apuntan al fortalecimiento de las trayectorias educativas de niños y jóvenes en contextos socioeconómicos vulnerables.

El proceso de descentralización (con hitos fundamentales en 1978 y 1992) trajo como resultado importantes consecuencias que siguen impactando hoy en la calidad heterogénea del servicio. La descentralización del gasto educativo fue una decisión de origen fiscal antes que de política educativa, por lo cual fue realizada con un bajo nivel de planificación sectorial y motivó que a la ineficiencia de las estructuras nacionales transferidas se sumaran las ya existentes en las provincias cuando estas recibieron los servicios (Cetrángolo *et al.*, 2002).

Actualmente, la ley 26.206 establece las atribuciones del Estado nacional (fija las políticas educativas, fortalece las capacidades de los gobiernos provinciales y los asiste técnica y financieramente), de las provincias (responsables de planificar, administrar y financiar el sistema educativo en su jurisdicción y de realizar la supervisión pedagógica) y de las escuelas, consideradas el nivel local de implementación. La relación entre Nación y provincias se canaliza a través del Consejo Federal de Educación, ámbito que avanzó en el diseño de estrategias para lograr cierta unidad de criterios dentro del sistema educativo nacional, retomó el tratamiento de la calidad educativa, el financiamiento y la formación docente, entre otras cosas (Potenza Dal Masetto, 2008).

Por su parte, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación tiene como objetivo general planificar e implementar las acciones que se

encuentran orientadas a fomentar la integración social y el desarrollo humano, la igualdad de oportunidades, la atención y reducción de la vulnerabilidad social, la protección de la familia y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias. Trabaja en pos del desarrollo integral de cada persona, su familia y entorno a través del fortalecimiento de sus capacidades y la constitución de redes sociales.

A su vez, existen dos organismos especializados en la temática de infancia y familia que fueron creados por la ley 26.061: la SENNAF y el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia.

La SENNAF tiene como misión instalar y promover políticas públicas que garanticen el pleno cumplimiento de los derechos de niños y adolescentes, enmarcada en una visión integral y federal (decreto 28/07). Su principal objetivo consiste en promover políticas que garanticen el adecuado desarrollo psicológico, afectivo, social e intelectual de niños y adolescentes, con especial énfasis en la atención a la primera infancia desde una perspectiva de integralidad. También debe organizar un sistema de información único y descentralizado que incluya indicadores para el monitoreo, la evaluación y el control de las políticas y los programas de niñez, adolescencia y familia (Repetto y Fernández, 2012). En el artículo 43 de la ley 26.061, el que establece su creación, se explicita que la Secretaría funcionará con representación interministerial y de las organizaciones de la sociedad civil. Además, debe garantizar el funcionamiento del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (segundo organismo especializado) y la modalidad de coordinación entre ambos para establecer y articular políticas públicas integrales y obtener financiamiento. También deben elaborar en conjunto el Plan Nacional de Acción. El mencionado Consejo Federal es un órgano deliberativo, consultivo y planificador de políticas públicas para la infancia y adolescencia.

Estos organismos basan su trabajo en dos ejes principales: en primer lugar, buscan el fortalecimiento de la familia, que es entendida como base esencial para un desarrollo humano sustentable; en segundo lugar, desarrollan acciones orientadas a la atención en las temáticas de restitución de derechos.

El Ministerio de Cultura de la Nación, por su parte, lleva adelante algunas políticas de bajo impacto vinculadas a esta dimensión de educación inicial y cuidado. Su tarea es promover, proteger, difundir y estimular las actividades vinculadas con la literatura, la música, la danza, las actividades coreográficas y las artes visuales, así como impulsar la reflexión y el debate en torno a aspectos centrales de la

historia fomentando la inclusión social a través del arte y la cultura, y valorizando y difundiendo la diversidad cultural.

4.3. El acceso a educación y cuidado en la Argentina

A continuación se presenta una serie de datos relativos a los niveles de cobertura del nivel inicial y de los servicios de cuidado en la Argentina y las desigualdades regionales y socioeconómicas que se evidencian.

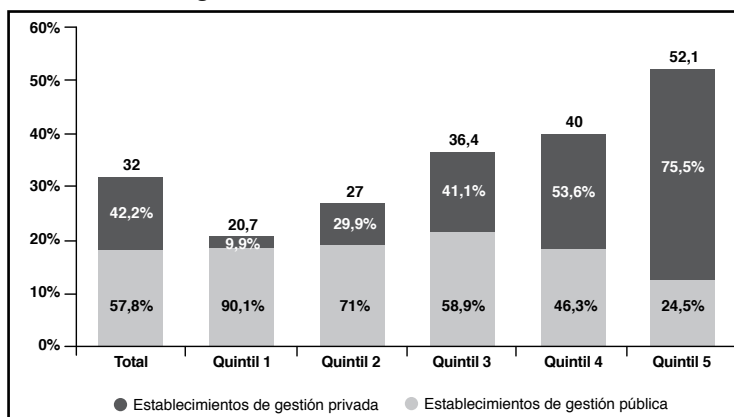
La información disponible sobre la situación de la primera infancia en la Argentina con relación a educación y centros de cuidado es fragmentada e incompleta. Solo existe una encuesta pública a nivel nacional sobre asistencia a servicios educativos y de cuidado tanto del sistema educativo inicial formal (público y privado) como de los que dependen de áreas de desarrollo social o los gestionados por organizaciones de la sociedad civil, organizaciones comunitarias o fundaciones: la ya citada ECOVNA, realizada en localidades urbanas por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Unicef. Esta encuesta revela que entre 2011 y 2012 a nivel nacional solo el 32% de los niños de entre 0 y 4 accedía a servicios educativos y de cuidado en establecimientos de desarrollo infantil formales o informales (MDS y Unicef, 2013).

El porcentaje de asistencia se incrementa con la edad: mientras que solo 3,1% de los niños menores de 1 año asistía a centros educativos o de cuidado entre 2011 y 2012, en niños de 1 año el porcentaje era de 8,4%, de 2 años era 20,2%, de 3 años era 50,5% y en los de 4 años alcanzaba el 76,6%. Esta situación se explica en parte por la decisión familiar de no institucionalizar a los niños desde tan temprana edad, pero los datos también sugieren que la falta de oferta de servicios públicos de cuidado para los más pequeños tiene gran peso en esta distribución del acceso: de los niños de 1 año que asistían a centros de desarrollo infantil, 67,7% lo hacía en establecimientos de gestión privada, porcentaje que se reduce año a año hasta llegar a 31,4% para los niños de 4 años en 2011-2012 (MDS y Unicef, 2013).

Además de revelar una insuficiencia general en la oferta de servicios de educación y cuidado para los más chicos, los datos disponibles muestran grandes desigualdades regionales y socioeconómicas. Entre 2011 y 2012 la asistencia a centros de desarrollo infantil de niños entre 0 y 4 años era del 61,7% en la CABA, pero del 15,5% en el NEA y

del 19,2% en el NOA. Con respecto a las brechas de cobertura según el quintil de ingreso, el gráfico 24 muestra que la cobertura para el quintil más pobre era de 20,7%, mientras que en el quintil más rico alcanzaba 52,1% (MDS y Unicef, 2013). A esto último se suma que las desigualdades socioeconómicas también determinan que las familias con mayores recursos pueden suplir el déficit de oferta de servicios públicos de cuidado de calidad recurriendo al mercado (en establecimientos privados a elección o con personal doméstico contratado específicamente para realizar las tareas de cuidado), mientras que las familias con menores recursos no siempre pueden costear esto, y deben recurrir a familiares con tiempo para cuidar o a arreglos comunitarios de cuidado.

Gráfico 24. Asistencia de la población de 0 a 4 años a centros de cuidado infantil y educación inicial, por quintil y tipo de gestión. Total aglomerados urbanos. 2011-2012



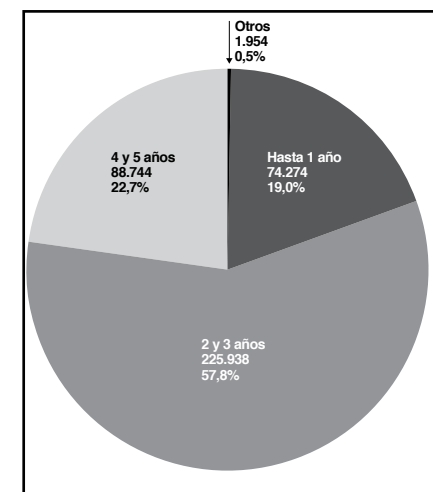
Fuente: CIPPEC, sobre la base de ECOVNA 2011-2012 (MDS y Unicef, 2013).

Nota: los porcentajes referidos a la cantidad de "NS/NC" como respuesta a la pregunta sobre el tipo de gestión (en todos los casos eran menores o iguales a 0,4%) fueron divididos entre ambos tipos de gestión en la misma proporción que el resto de las respuestas.

Con respecto a los espacios de cuidado y educación de la primera infancia (EPI) que no dependen del sistema educativo formal, no existe todavía un relevamiento completo y sistemático. La Comisión de Promoción y Asistencia de los Centros de Desarrollo Infantil Comunitarios (COCEDIC), dependiente de la SENNAF, es el organismo encargado de

identificar, registrar y acreditar los espacios existentes a través de la creación de un Registro Nacional de Espacios de Primera Infancia (RENEPI), el cual a finales de 2015 aún no tenía carácter público. Los únicos datos disponibles son los de un registro provisorio, sobre una muestra representativa del 20% de los EPI no formales. Según una estimación propia a partir de esta muestra, en 2013 existían 5.490 centros, de los cuales el 41% eran públicos (dependientes de gobiernos provinciales y municipales) y el resto comunitarios de gestión privada. La cantidad de niños que asistían a ellos era 390.910, y el 29,7% de ellos concurría a los EPI públicos (un promedio de 51 niños por centro público y 85 por centro comunitario). La mayoría de los niños que asistían a EPI no formales pertenecen al grupo de 2 y 3 años (57,8%), seguido del grupo de 4 y 5 años (22,7%), como muestra el gráfico 25 (Rozengardt, 2014). Sin embargo, por razones endógenas al relevamiento posterior al estudio citado, a finales de 2015 la cifra total de centros analizados quedó consolidada en 3.000.

Gráfico 25. Cantidad de niños que asisten a espacios de cuidado y educación de la primera infancia (EPI) no formales, por grupo de edad. Total país. 2013



Nota: se extrapolaron los números de la muestra representativa del 20% de los EPI no formales para estimar el 100%.

Fuente: CIPPEC, sobre la base de Rozengardt (2014), basado en RENEPI-COCEDIC.

Con relación al *sistema educativo formal*, la cantidad de establecimientos y matrícula son relevados y publicados anualmente por la Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa (DINIECE), dependiente del Ministerio de Educación, a través de sus relevamientos anuales. Los datos de educación común del nivel inicial revelaban que en 2014 existían 18.326 jardines maternales y de infantes, de los cuales el 74,5% eran de gestión pública. La matrícula en este nivel era de 1.687.543, de los cuales el 66,4% de los alumnos asistía a la escuela de gestión pública (DINIECE, 2015). Desde 2003 a 2014, la matrícula aumentó el 31,7% para todo el nivel inicial, se mantuvo prácticamente estable en sala de 5 (5,5%) y tuvo un crecimiento de 55,5% en sala de 4, de 45,7% en sala de 3 y, por último (debido a la prácticamente nula matrícula al comienzo del período), de 278,8% en jardín maternal (CIPPEC, sobre la base de Relevamientos Anuales 2003-2014).³⁵

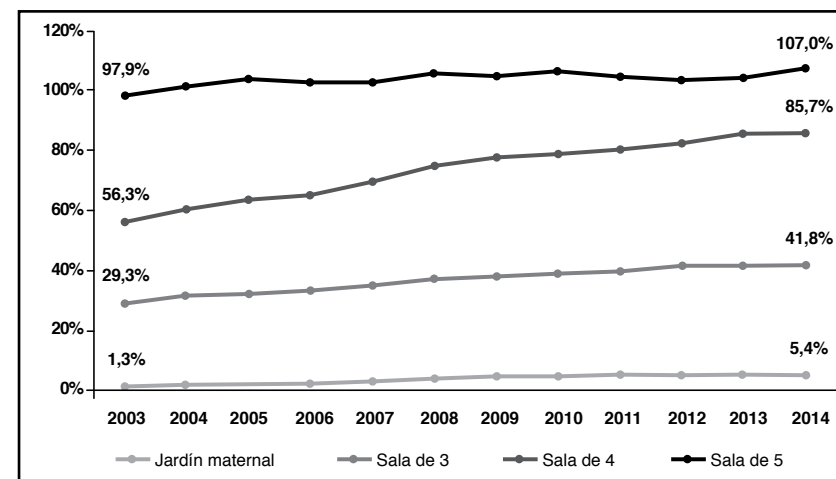
A diferencia de los EPI no formales, donde la cobertura no aumenta con la edad, las tasas de escolarización en establecimientos educativos formales aumentan en salas más avanzadas, así como la participación del sector de gestión estatal. Para los niños de entre 45 días y 2 años, en 2014 la tasa bruta de escolarización³⁶ en jardines maternales era de apenas 5,4% y solo con 35,3% de los niños escolarizados que asistían a jardines maternales públicos. Esta baja escolarización del grupo de 45 días a 2 años y la gran participación del sector privado no sorprende vista a la luz de la baja oferta disponible (jardín maternal solo o en conjunto con jardín de infantes): seis provincias argentinas tienen siete o menos jardines maternales públicos o privados en todo su territorio, mientras que cinco provincias no cuentan con ninguno estatal (Relevamiento Anual, 2014).

35. Los porcentajes presentados surgen de los datos de educación común y contando en 2003 al jardín maternal como parte del nivel inicial, aunque formalmente recién en 2008 la DINIECE lo empezó a incluir como parte de este nivel. Un gráfico de la evolución de la matrícula de jardín maternal, de sala de 3, 4 y 5 entre 2003 y 2014 está disponible en <http://cippec.org/primerainfancia>.

36. La tasa bruta de escolarización es el porcentaje de población escolarizada en el respectivo grado o nivel, independientemente de su edad, en comparación con el total de la población en edad de asistir a ese grado o nivel. En el nivel inicial, esta tasa es sumamente similar a la tasa neta de escolarización (porcentaje de población escolarizada en el respectivo grado o nivel y cuya edad coincide con la edad teórica del nivel que cursan, en relación con el total de la población en edad de asistir a ese grado o nivel) debido a que los niños suelen estar en el nivel o grado correspondiente a su edad teórica; el retraso escolar y la repitencia es mínima.

A partir de los 3 años la tasa se incrementa notoriamente, y en 2014 alcanza 41,8% en sala de 3; 85,7% en sala de 4 (la que más aumentó su cobertura en la última década) y una cobertura universal en la sala de 5 (CIPPEC, sobre la base de INDEC y DINIECE, 2015). La obligatoriedad de la sala de 5, establecida en la Ley Federal de Educación de 1993, y la obligatoriedad de la de 4 y universalidad de la de 3 en 2014 con la ley 27.045, pueden explicar al menos parte de este incremento. Mientras 57,9% de los niños escolarizados que asistían a sala de 3 lo hacían en establecimientos de gestión estatal, este porcentaje aumentaba a 68,7% en sala de 4 y a 72% en sala de 5 (DINIECE, 2015). Los datos expuestos sobre tasa de escolarización y su evolución de 2003 a 2014 se sintetizan en el gráfico 26.

Gráfico 26. Tasa bruta de escolarización en jardín maternal, sala de 3, sala de 4 y sala de 5. Total país. 2003-2014



Fuente: CIPPEC, sobre la base de INDEC y DINIECE (2015). Disponible en <http://cippec.org/primerainfancia>. Nota: la población escolarizada toma en cuenta la matrícula común, la especial y la no relevada en ambas modalidades. Excepciones son los datos de 2003, para los cuales no hay cifras de matrícula no relevada, y los de jardín maternal de 2003 a 2007, donde no hay cifras para educación especial.

Aquí también existen importantes diferencias regionales y socioeconómicas. En sala de 3, la cobertura en la región Centro es del 55,9%, mientras que en el NEA es del 16,1%. En sala de 4, la cobertura en la región Centro es del 89,5% mientras que en el NOA es del

74,8% (CIPPEC, sobre la base de INDEC y DINIECE, 2015). La asistencia también varía por nivel socioeconómico: según la EAHU, en jardín de infantes las mayores brechas se observan en la sala de 3, donde la tasa de asistencia del quintil más rico casi duplica la del más pobre (Batiuk, 2015).

4.4. Las políticas del nivel nacional

La Argentina cuenta con varias políticas del nivel nacional destinadas a hacer cumplir los derechos aquí mencionados. Los esfuerzos realizados en los últimos años permitieron una mejora en el acceso a la educación y al cuidado, pero persisten desafíos en materia de cobertura de los niños más pequeños y fuertes inequidades en el acceso según el nivel socioeconómico del hogar. Además, se presenta un desafío de calidad y de articulación entre las prestaciones de educación formal y no formal que es insoslayable.

El relevamiento realizado por CIPPEC, que toma en cuenta el nivel nacional, identificó veintiún políticas. A continuación se presentan las principales y se analiza su contribución en cuanto a asegurar el ejercicio pleno de los derechos de educación inicial y cuidado.

En primer lugar, en materia del derecho a la educación, la ley 27.045, que plantea la obligatoriedad de la sala de 4 años y la universalización de la sala de 3 años, supone tanto un avance importante en la ampliación de derechos como un desafío que deberán abordar el Estado nacional y los niveles provinciales y locales de gobierno en términos de expansión de la cobertura. A nivel nacional, se avanzó en el pasado con la expansión de la infraestructura educativa con el Programa de Mejoramiento del Sistema Educativo (Programa Nacional 700 Escuelas), y se apoya la construcción de escuelas de nivel inicial con el programa de mejoramiento del sistema educativo Programa de Apoyo a la Política de Mejoramiento de la Equidad Educativa (PROMEDU I, II y III también llamado Más Escuelas I, II y III). Desde 2011 a 2014 el programa previó la construcción de 255 escuelas de nivel inicial (aproximadamente 756 aulas) y se cuenta con información sobre la cantidad de escuelas de nivel inicial terminadas hasta el momento.³⁷

Asimismo, a nivel nacional se avanzó en el Plan Nacional para la

37. http://700escuelas.gov.ar/web/listado_1000.pdf.

Educación Inicial para el período 2012-2016, que estipula los objetivos y las modalidades de organización específicos para la educación inicial y busca mejorar la formación y las condiciones de trabajo de los docentes del nivel inicial. Este plan, aprobado por unanimidad en el Consejo Federal de Educación, se propone la creación de 3.000 nuevas salas de 4 años en todo el territorio nacional para 2016, que recibirán a 120.000 niños.³⁸ A su vez, desde 2014 se implementa el Plan Nacional de Formación Permanente (PNFP), una capacitación gratuita en servicio de tres años para los directores y docentes de todas las escuelas del país, que incluye a las escuelas de nivel inicial.

Finalmente, también se llevaron adelante políticas de promoción de una oferta cultural y educativa específica para este rango etario: desde el Ministerio de Educación se implementan los planes Lectura (realiza una multiplicidad de acciones con el objetivo de promover la lectura en la escuela, la familia y la sociedad), Más Libros, Más Mundos Posibles (entrega de materiales pedagógicos y libros a escuelas y docentes), Provisión de Material Didáctico (entrega de colecciones de aula con doscientos libros destinados a niños de 4 y 5 años), Ronda Paka Paka (una franja de programación destinada exclusivamente a la primera infancia dentro de la señal Paka Paka) y Ludotecas Escolares (colección de juegos y juguetes diseñados y entregados a las instituciones del nivel inicial).

Desde el Ministerio de Desarrollo Social se lleva adelante el programa Jugando Construimos Ciudadanía (producción y distribución de materiales lúdicos en jardines y otros espacios de primera infancia) y desde el Ministerio de Cultura se implementan los programas Cultura e Infancia (creación de espacios de cultura popular, distribución de jugotecas, espectáculos artísticos y circenses) y Música para Bajitos (serie estable de conciertos para el público familiar e infantil, con el objetivo de acercar experiencias musicales a los niños), entre otros. Sin embargo, la ausencia de datos acerca de la cobertura de estos programas dificulta un análisis sistemático en términos de su magnitud y llegada a los niños menores de 4 años, así como con relación a la posible superposición de esfuerzos que puede resultar de un escenario muy fragmentado en lo que a la oferta programática se refiere.³⁹

38. www.me.gov.ar/doc_pdf/PlanNacionalde.pdf.

39. Los únicos datos hallados para este estudio corresponden a declaraciones oficiales en ocasión del envío al Congreso de la ley de obligatoriedad de la sala de 4 años en 2014, donde se menciona que se distribuyeron 52.227 colecciones literarias para bibliotecas

En segundo lugar, en relación con el derecho de todo niño a ser cuidado y a contar, para ello, con servicios de cuidado de calidad, se destaca la sanción de la ley 26.233 de promoción y regulación de los centros de desarrollo infantil así como la creación de la COCEDIC. La comisión, que depende de la SENNAF, lleva adelante programas, proyectos y servicios orientados a regular el funcionamiento de todos aquellos espacios que atiendan integralmente a niños de 45 días a 4 años. Los servicios ofrecidos incluyen el registro y la acreditación de los espacios existentes (a través de la creación del ya mencionado RENEPI), capacitación, sistematización y asistencia técnica y financiera para el fortalecimiento y la organización operativa de los centros.

También es importante mencionar el programa Creciendo Juntos, llevado adelante por los ministerios de Desarrollo Social y Educación, que brinda cursos de formación y capacitación y realiza actividades de construcción, refacción y equipamiento de los espacios de atención a la primera infancia y los profesionales y cuidadores que se desempeñan en ellos. Sin embargo, aquí tampoco fue posible encontrar datos referidos a su cobertura.

Finalmente, se destaca como un importante avance, al menos por su potencial para abrir una discusión estratégica, la aprobación de los Estándares de Inclusión para los Centros de Desarrollo Infantil (COCEDIC, 2015), por parte del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia. Estos estándares fueron presentados oficialmente en octubre de 2015 hacia el final de una larga gestión gubernamental. Se preveía que debían ser alcanzados por todas las instituciones no formales (que están por fuera de la dependencia administrativa y funcional de los ministerios de Educación provinciales) que ofrecen servicios de cuidado y educación de la primera infancia, sean públicas o comunitarias. Se plantearon como metas de cumplimiento progresivo, y no deberían considerarse un mecanismo de exclusión para aquellas instituciones que no alcanzaran a darles cumplimiento en todos sus indicadores. En esos casos deberían activarse intervenciones de política pública para disminuir la brecha en la equidad del acceso. Los estándares abarcan cuatro dimensiones: calidad (incluye recursos humanos, relación niños/adultos, perspectiva integral y condiciones

del nivel inicial (no se indica bajo la esfera de qué programa), 66.800 colecciones de aula (si bien no se indica específicamente, corresponderían al Programa Provisión de Material Didáctico) y 32.640 juegotecas (si bien no se indica específicamente, corresponderían al Programa Cultura e Infancia).

ambientales), cobertura (incluye extensión y distribución de la cobertura y condiciones de accesibilidad), fortaleza institucional (incluye la estructura y sostenibilidad y la articulación con otros actores en la gestión) y políticas públicas (incluye la normativa, los programas específicos dirigidos a la primera infancia, la autoridad de aplicación y dependencia de los servicios y la autoridad presupuestaria), y deben ser adaptados a las diversas realidades locales.⁴⁰

De este modo, los Estándares de Inclusión todavía distan de ser una herramienta concreta para avanzar en la homogeneización de la calidad del cuidado. Además, al centrarse únicamente en los centros no formales, aun con una rigurosa implementación y fiscalización, permanecería la brecha de calidad del cuidado entre los centros infantiles formales y los informales.

A modo de síntesis

Los niños argentinos cuentan con el derecho a acceder tanto a una educación inicial como a cuidados de calidad y en igualdad de oportunidades. Contar con estos servicios contribuye, entre otras cuestiones fundamentales, a alcanzar un desarrollo infantil integral, a potenciar el desempeño educativo futuro y a facilitar la inserción laboral de las madres. Sin embargo, pese a los avances realizados en materia de expansión de la oferta en los últimos años, todavía hay muchos niños sin cobertura. Además, la posibilidad de acceder a servicios de educación inicial y cuidado de calidad es diferencial según el lugar de residencia y el nivel socioeconómico de los hogares.

Mientras que en el sistema educativo formal la cobertura se incrementa con la edad y lo hace de manera más notoria a partir de los 3 años, en los EPI no formales la oferta parece estar más concentrada en el grupo de 2 y 3 años, seguido del grupo de 4 y 5 años. Sin embargo, al analizar la oferta de servicios de educación y cuidado en conjunto, la cobertura para los niños de 45 días a 2 años contrasta fuertemente con la de 3 a 5 años, y la responsabilidad estatal se evidencia en la falta de servicios públicos: a modo de ejemplo ya presentado, en 2014 cinco provincias no tenían jardines maternales públicos.

Frente a la falta de una oferta pública lo suficientemente amplia,

40. Para mayor información, véase www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/estandares-de-inclusion-para-los-centros-de-desarrollo-infantil/.

las familias (y principalmente las mujeres) llevan adelante constantes estrategias de conciliación, que varían según el nivel socioeconómico y el tipo de familia (entre quienes pueden acceder al mercado para cubrir estos servicios y quienes no pueden hacerlo).

A este desafío en materia de cobertura se suman importantes retos en lo referido a la calidad de los servicios. La amplia variedad en la oferta institucional presenta un importante desafío para garantizar estándares comunes de calidad, claves para asegurar impacto en términos del desarrollo de la capacidad cognitiva, desarrollo neuronal, nutricional y desempeño escolar y laboral de los niños (Rossel, 2013), así como en la posibilidad de que estos servicios puedan compensar parte de las diferencias de desarrollo entre niños en situación de pobreza y opulencia (Rodríguez Enríquez, 2007).

Pese a los avances normativos, los espacios de primera infancia que no dependen del sistema educativo formal aún enfrentan una falta de regulación: no hay controles en el cumplimiento de estándares mínimos de atención. Sin embargo, la existencia de una mayor regulación en el sistema educativo formal no aseguró necesariamente una solución al problema: también en estos espacios las prácticas de enseñanza presentan serios desafíos en términos de calidad y “las prácticas de enseñanza permanecen alejadas de lo que establece la normativa curricular” y, en general, la organización de la enseñanza es estática y rutinaria, sin mayor correlato con los mandatos de la Ley de Educación Nacional y los Núcleos de Aprendizaje Prioritarios (NAP), y conserva prácticas perimidas en términos didácticos (Batiuk y Coria, 2015).

Más allá de las diferencias en la oferta, un estudio de casos realizado por Unicef en instituciones que atienden a niños de 45 días a 3 años sostiene que, aunque hay diferencias en los servicios destinados a sectores de menores y mayores recursos, la calidad no está tan polarizada en relación con la propuesta pedagógica, la nutrición y salud de los niños y los abordajes institucionales tendientes al desarrollo integral. Las mayores diferencias se vinculan a aspectos legales de reconocimiento estatal, infraestructura,⁴¹ perfiles del per-

41. Es común que los servicios de cuidado no formales se desarrollen en espacios físicos no adecuados y de materiales inapropiados. Este es un gran desafío dado que la informalidad institucional, la falta de titularidad de los espacios y las características de los mecanismos de rendición de gastos del sector privado comunitario dificultan la implementación de transferencias por parte del sector público (Rozengardt, 2014).

sonal docente y en la sustentabilidad y continuidad de los servicios⁴² (Unicef, 2011).

La mejora de la calidad de los servicios (que implica necesariamente la definición de estándares mínimos de calidad a nivel nacional) y la profesionalización del personal a cargo, junto con una mejora de sus condiciones laborales que aseguren trabajo decente, son deudas centrales sobre las que es necesario avanzar de manera urgente (Aulicino, 2015). Al respecto, se destaca como un importante avance la aprobación de los Estándares de Inclusión para los Centros de Desarrollo Infantil (COCEDIC, 2015), por parte del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia. El desafío, ahora, estará centrado en las características que asuman su proceso de eventual mejora y su efectiva implementación y en cómo este avance ayude a garantizar una mayor homogeneidad en la calidad del cuidado entre los centros infantiles formales y los informales.

La importancia de contar con estándares para los servicios de cuidado y educación para la primera infancia se debe a que sus comprobados efectos positivos sobre los niños están estrechamente ligados a su calidad. Además, al igual que sucede en gran parte de la región de América Latina, “la perpetuación de desigualdades sociales desde edades tempranas está relacionada con la ausencia del cuidado institucionalizado en los sectores de bajos ingresos en la mayoría de los países de la región, así como con las notorias diferencias de calidad entre los centros de cuidado y educación a que acceden los distintos grupos socioeconómicos de la población según su nivel de ingresos” (Marcó Navarro, 2014).

Finalmente, existen asignaturas pendientes respecto de la articulación entre los ministerios de Educación y Desarrollo Social, lo que genera en ciertos casos una superposición de servicios. En los primeros años de vida la distinción entre cuidado y educación inicial es formal: el cuidado incluye acciones tendientes a propiciar el crecimiento sano y adecuado (aspectos de nutrición y sanitarios, emocionales y de estimulación temprana) y la educación inicial, que se refiere al proceso de enseñanza-aprendizaje, incluye el cuidado

42. Aunque es destacable que el 68% de los recursos humanos en centros educativos o de cuidado comunitarios estudia o completó el nivel terciario o universitario (Rozengardt, 2014), aún vemos desafíos en términos de profesionalización de los cuidadores, y las malas condiciones salariales en instituciones de cuidado no formales generan una frágil relación institucional y alta rotación de personal, con la consecuente inestabilidad de vínculos y referencias para los niños (Repetto *et al.*, 2015).

no como una cuestión separada sino como una característica de la educación. Las divisiones tradicionales entre servicios de “cuidado” y “educación” no siempre redundaron en el interés superior del niño (Marcó Navarro, 2014). Como menciona la propia Ley Nacional de Educación (así como la Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño), es necesario generar articulaciones entre ambos servicios que permitan asegurar una oferta integral y de calidad para todos los niños menores de 4 años.

Por otro lado, resaltan retos propios de la organización federal de nuestro país y de los procesos de descentralización de las responsabilidades sociales, entre ellas las referidas a educación, hacia los niveles provinciales y locales. Este proceso trajo como resultado importantes consecuencias que siguen impactando hoy en la calidad heterogénea del servicio.

A su vez, a esta situación se suman los desafíos de coordinación con otros actores sociales, como son las organizaciones de la sociedad civil, de quienes dependen en muchos casos los centros de cuidado y desarrollo infantil. Para el logro efectivo de los derechos, resulta fundamental promover una mayor integración y sinergias entre estas intervenciones, con un sólido rol regulatorio por parte del Estado.

5. La inversión social en primera infancia actual, estimación en algunas intervenciones

La prioridad de los derechos se ve reflejada no solo por los principios que los respaldan y el marco jurídico que los establece, sino también en la forma de asignar y ejecutar los fondos para garantizarlos (Holmes y Sunstein, 2011) en el marco de las políticas. Es por ello que aquí se presenta un análisis de la inversión en primera infancia.

La Convención de los Derechos del Niño, incorporada a la Constitución Nacional argentina, estipula que los Estados parte deben adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a los derechos de los niños “hasta el máximo de los recursos de que dispongan” (art. 4º). Resulta claro que para poder hacer efectivos los derechos de los niños es necesario contar con políticas sociales que busquen mejorar sus condiciones de vida. La existencia y la efectividad de estas políticas dependerá, en parte, de la disponibilidad de recursos para implementarlas (condición necesaria pero no suficiente). “El gasto público dirigido a la primera infancia es un indicador claro del

Cuadro 3. Educación inicial y cuidado: derechos, normativa y principales políticas nacionales

Derecho	Normativa	Principales políticas nacionales
Derecho a una educación en igualdad de oportunidades	Convención sobre los Derechos del Niño. Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño. Metas Educativas 2021. Constitución Nacional. Ley 26.606 de Educación Nacional y decreto 415/06. Ley 27.045, obligatoriedad desde la sala de 4 años. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 22.431, Protección Integral a las Personas con Discapacidad.	Programa de Apoyo a la Política de Mejoramiento de la Equidad Educativa. Subprograma II, expansión de la infraestructura educativa (PROMEDU II). Plan Nacional para la Educación Inicial. Plan Lectura. Más Libros Más Mundos Posibles. Jugando Construimos Ciudadanía. Programa Cultura e Infancia. Ronda Paka Paka. Ludotecas Escolares. Música para Bajitos.
Derecho a ser cuidados y contar con servicios de cuidado de calidad	Convención sobre los Derechos del Niño. Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño. Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 26.233 de Promoción y Regulación de los Centros de Desarrollo Infantil. Ley 26.206 de Educación Nacional y Decreto 415/06. Ley 26.472 de ejecución de la pena privativa de la libertad.	Comisión de Promoción y Asistencia de los Centros de Desarrollo Infantil (COCEDIC). Programa Creciendo Juntos.

Nota: en el Anexo 3 de Aulicino, Gerenni y Acuña (2015) y en la web cippec.org/primerainfancia se pueden encontrar fichas con información desagregada sobre las veintiún políticas relevadas.
Fuente: CIPPEC, sobre la base de información pública disponible.

esfuerzo que realizan los Estados en su rol de garantes para el cumplimiento efectivo de los derechos del niño” (SIPI, 2015). Esta medida, su observación y su monitoreo constituyen una herramienta clave para fortalecer el diseño y la implementación de políticas dirigidas a este grupo etario y para poder abogar por el presupuesto dirigido a él (SIPI, 2015).

Así, resulta crucial conocer cuánto se invierte en primera infancia. Sin embargo, dado que el presupuesto no registra el gasto de acuerdo con las franjas etarias de la población objetivo de cada política, este dato debe construirse a partir de la identificación de los programas y las iniciativas con impacto en la primera infancia.

En la Argentina se llevaron adelante ejercicios para dimensionar la inversión social por franja etaria (Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales-DAGPYPS y Unicef, 2004; DAGPYPS y Unicef, 2006; DAGPYPS y Unicef, 2009). Respecto al gasto destinado a primera infancia (de 0 a 5 años inclusive) en particular, en la Argentina se midió para 2009 tomando como cobertura jurisdiccional el Sector Público Consolidado (incluye Administración Nacional más

gobiernos provinciales, pero no el gasto de gobiernos municipales por falta de información desagregada), y para 2009 y 2010 tomando el gobierno nacional (Bonari, Balasini y Cappa, 2011). Estos resultados se presentan en mayor detalle y comparados con países de la región en el capítulo 4, al final del apartado 1.

La realización de este tipo de mediciones, lamentablemente, no fue institucionalizada ni sostenida a nivel nacional ni provincial. No se pudo actualizar este ejercicio siguiendo la misma metodología, o una ajustada, debido a la falta de disponibilidad de información presupuestaria con el nivel de desagregación necesaria.

Como tener información acerca de la inversión social total que se realiza en cada franja etaria es de suma relevancia para contar con un marco general de análisis, CIPPEC se propuso realizar una estimación (más actualizada) de la inversión realizada en las intervenciones dirigidas a la primera infancia en las dimensiones analizadas en este libro. Este ejercicio analiza la Administración Pública Nacional (APN) y no es comparable con los estudios anteriores.⁴³ El cuadro 4 presenta los programas y subprogramas tomados en cuenta para la estimación.

Esta estimación, que fue realizada a partir de la selección de los programas más relevantes mapeados en los primeros apartados de este capítulo, busca constituirse como una línea de base para comparar el ejercicio de costeo de las recomendaciones que se presenta en el capítulo 5.

La estimación realizada arroja que el gasto de la APN en 2014 en primera infancia en las dimensiones analizadas fue equivalente a

43. Mientras los estudios anteriores referían al Sector Público Consolidado en 2009 y al gobierno nacional en 2009 y 2010, esta estimación analiza la APN en el ejercicio 2014. La metodología elaborada por DAGPYPS y Unicef toma en cuenta cinco clases de gasto, pero esta medición toma en cuenta más que nada las tres más centradas en la primera infancia (gasto específico, gasto en niñez no específico y gasto indirecto). Mientras que los anteriores cálculos consideraban programas presupuestarios en diez categorías de gasto, estos toman en cuenta principalmente cuatro (ayuda directa, cuidado y educación, nutrición y alimentación y salud), ya que son coincidentes con las dimensiones analizadas (institucionalidad, salud y nutrición, licencias y transferencias, y educación inicial y cuidado). Ambas estimaciones utilizan la base de registro del gasto devengado. La fuente aquí utilizada para los datos de gasto por programa fue la Cuenta de Inversión 2014 de la Contaduría General de la Nación-MECON. Para comparar con el gasto total de la Administración Nacional o el gasto público social, la fuente utilizada fue el Sitio del Ciudadano (http://sitiodelciudadano.meccon.gov.ar/sici/informacion_historica.html). Para comparar frente al PBI con año base 2004 la fuente utilizada fue INDEC y para el PBI con año base 1993, estimaciones propias basadas en INDEC y Econometría (2015).

Cuadro 4. Programas y subprogramas incluidos en la estimación de la inversión social de la administración pública nacional en primera infancia en dimensiones seleccionadas, por ministerio

Presidencia de la Nación	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales: Asistencia y Coordinación de Políticas Sociales (programa 21).*
Ministerio de Desarrollo Social	Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF): Actividades Comunes (programa 4),* Acciones para la Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (programa 44),* Políticas Federales para la Promoción de los Derechos de Niños/as y Adolescentes (programa 45)* y Asistencia a los Centros de Desarrollo Infantil Comunitario (programa 47). Secretaría de Organización y Comunicación Comunitaria: Capacitación, Fortalecimiento y Asistencia Técnica (programa 21). Secretaría de Gestión y Articulación Institucional: Seguridad Alimentaria (programa 26, actividad 8: Primeros Años - Proyecto PNUD ARG/06/07).
Ministerio de Salud	Atención de la Madre y el Niño (programa 17, subprogramas 1 y 4: Atención de la Madre y el Niño y Desarrollo de Seguros Públicos de Salud o Programa SUMAR).* Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos Específicos (programa 20).* Atención Primaria de Salud (programa 25, subprogramas 2 y 3: Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud* y Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable). Desarrollo de Estrategias en Salud Familiar y Comunitaria (programa 39)* y Atención Sanitaria en el Territorio (programa 41, actividad 7: Abordaje Integral del Embarazo Adolescente).
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	ANSES: Asignaciones Familiares (programa 19, subprogramas 1, 2 y 3: Asignaciones Familiares Activos,* Asignaciones Familiares Pasivos* y Asignación Universal por Hijo para Protección Social - AUH y Asignación Universal por Embarazo - AUE.*
Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios	Secretaría de Obras Públicas: Acciones para Más Escuelas, Mejor Educación (programa 89).*
Ministerio de Educación	Gestión Educativa (programa 29, actividad 10: Gestión Curricular y Pedagógica en el Nivel Inicial), Acciones Compensatorias en Educación (programa 33, actividad 13: Apoyo y Acompañamiento a Escuelas de Nivel Inicial), Infraestructura y Equipamiento (programa 37),* Planeamiento Educativo y Fortalecimiento de las Administraciones Provinciales (programa 41) y Acciones de Formación Docente (programa 45).*

* Se estimó la proporción del gasto destinada a la primera infancia.

Nota: En los casos donde fue posible, se utilizó el porcentaje de destinatarios de menos de 6 años o mujeres gestantes respecto del total de beneficiarios, pero donde no se contaba con esa información se recurrió, por ejemplo, a la proporción de niños de 0 a 5 años en relación a la población objetivo del programa, la proporción destinada a educación inicial en relación al resto de los niveles educativos, etcétera.

Fuente: CIPPEC.

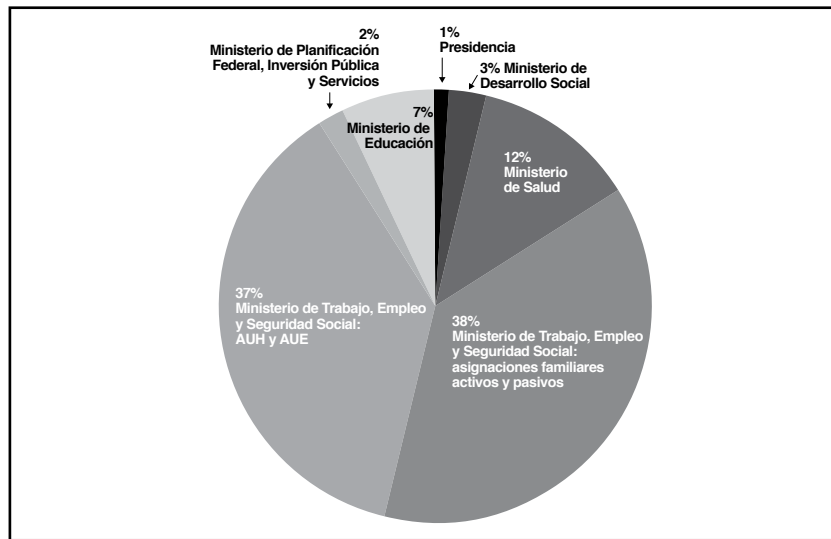
0,73% del PBI con año base 1993 o 0,57% del PBI con año base 2004. Estos resultados son levemente mayores a los de los estudios anteriores realizados por la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (DAGPYPS) para 2009 y 2010, donde se encontró que el gobierno nacional gastó 0,5% del PBI en inversión social en primera infancia. Tomando en cuenta que este análisis consideró menos clases y categorías de gasto que los estudios anteriores y que la APN es un conjunto menos abarcativo que el gobierno nacional, se podría asumir que la participación de la inversión en primera infancia por parte del gobierno nacional sobre el PBI aumentó de 2010 a 2014.

Además, la inversión social en primera infancia de la APN en 2014 en las dimensiones consideradas representó 2,2% en términos del gasto público total de la administración nacional y 4,1% con relación al gasto social. En los estudios que analizaban 2009 y 2010 para el gobierno nacional estas cifras fueron 2,5% y 4,1%, respectivamente.

Como se observa en el gráfico 27, el análisis revela que el gasto en la dimensión licencias y transferencias (ayuda directa, afrontado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social) es el que más peso tiene en la inversión de la APN en primera infancia: 75,4% del total. Que sea el de mayor peso coincide con lo observado en estudios anteriores para el gobierno nacional, pero la participación resulta mayor que en los trabajos realizados en 2009 y 2010 con la metodología creada por la DAGPYP y Unicef. Como ya se mencionó, esto puede deberse principalmente a que estos estudios consideraron un universo mayor.

El bajo peso de las dimensiones de salud y nutrición (afrontados por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social) y de educación inicial y cuidado (afrontados por el Ministerio de Educación,

Gráfico 27. Participación de cada ministerio en la inversión social de la APN en primera infancia en dimensiones seleccionadas. 2014



Fuente: CIPPEC.

el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el Ministerio de Desarrollo Social) en la inversión de la APN en primera infancia radica, más que nada, en la descentralización de la provisión de estos servicios en los niveles provinciales y locales de gobierno.

6. El desafío es la integralidad

La primera infancia demanda un abordaje integral, tanto por la complejidad y la multidimensionalidad en que se ve implicada como por los mandatos establecidos en la normativa internacional a la que la Argentina adhiere y las leyes que aprobó en consecuencia (Aulicino, 2015).

En este sentido, es necesario construir estructuras de oportunidades más integrales para las familias con niños en el acompañamiento de los procesos de crianza y socialización. Para ello, es necesario fortalecer el rol de los Estados y la sociedad civil que, a través de herramientas de apoyo estructural y acompañando a las familias en tareas de cuidado y estimulación, de modo indirecto, contribuyan a la formación de los referentes adultos en torno a prácticas de crianza esenciales para el desarrollo integral de los niños (Tuñón y De la Torre, 2015).

En los últimos años, la Argentina avanzó en materia social. Casi una década de crecimiento económico y aumento sostenido de la inversión social condujo a un escenario más inclusivo, reforzado institucionalmente con la sanción de la ley 26.061/05 y la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño.

Sin embargo, los avances en las políticas públicas destinadas a la primera infancia son incompletos, dada la fragmentación de las intervenciones (más de cincuenta proyectos, programas, políticas, planes a nivel nacional),⁴⁴ la desarticulación entre sectores y niveles de gobierno y las dificultades en la gestión, entre otros factores. A la fragmentación de las intervenciones se suman las dificultades propias del federalismo argentino, incluidas las debilidades institucionales en

44. El relevamiento realizado por CIPPEC identificó diecinueve políticas orientadas a salud y nutrición, siete relativas a licencias y transferencias, veintiuna destinadas a educación inicial y cuidado y seis relativas a la institucionalidad. En Aulicino, Gerenni y Acuña (2015), así como en la web cippec.org/primerainfancia, se presentan fichas con mayor información sobre cada una de ellas.

lo referido a las relaciones entre niveles de gobierno con muy diversas capacidades técnicas y fiscales.

En materia de esfuerzos integrales, las acciones que se están desarrollando en la Argentina son incipientes. Por su potencial, se destaca el Programa Nacional de Desarrollo Infantil Primeros Años (creado en 2005), que involucra en su implementación a varios ministerios. Este programa tiene una estructura interdisciplinaria, centra casi toda su labor en el acompañamiento de los adultos a cargo de la crianza, el cuidado y la educación de los niños de 0 a 4 años y busca fortalecer la institucionalidad relacionada con la primera infancia a través de la creación de mesas interministeriales e intersectoriales a nivel provincial y municipal. Si bien logró algunos procesos interesantes a nivel local y en materia de producción de materiales pedagógicos, no pudo superar las dificultades de coordinación entre las políticas sectoriales ni tampoco articular las intervenciones existentes en una estrategia de fuerte impacto, pese a que en su diseño se encuentran representados los distintos ministerios (Repetto *et al.*, 2015; Aulicino, 2015).

Además, la Argentina cuenta con el Sistema Integrado de Información sobre Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia (SIIPPNAF), surgido de un acta compromiso firmada por el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia en 2009. El SIIPPNAF tiene por objetivo el monitoreo de las políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia implementadas tanto por las áreas provinciales de niñez (de manera directa o a través de convenios con organizaciones) como por la SENNAF. Constituye una herramienta de gestión que permite obtener información actualizada y comparable; organizar el proceso de seguimiento y monitoreo de las políticas públicas del sector y aportar elementos para la planificación y la gestión a nivel nacional y en cada una de las jurisdicciones provinciales. El sistema permite generar reportes (nacionales, provinciales, departamentales) sobre la cantidad de destinatarios, así como historiales con características sociodemográficas de la persona y la información relativa a otros programas o prestaciones que recibe. Si bien es utilizado por las provincias, no es accesible para el público, de la misma manera que no lo es el RENEPI de la COCEDIC. Así, el acceso a los datos, tanto de aquellos referidos a la situación sociodemográfica de la primera infancia como a la cobertura y alcance de las intervenciones, resulta dificultoso.

Por último, no se puede obviar al Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, cuyo objetivo principal consiste en lograr

una correcta administración de los recursos destinados a la política social en general y articular la planificación y coordinación de tales políticas, por ejemplo de primera infancia, en su carácter intersectorial, si bien en la práctica no logró los resultados esperados. Esto sucede porque nunca alcanzó jerarquía ni legitimidad como ámbito de coordinación de la política social (Repetto y Potenza Dal Masetto, 2015): presenta déficits en su desempeño no solo en la función de coordinar a un conjunto amplio de ministerios relacionados con las intervenciones sociales (incluido el Ministerio de Economía), sino, principalmente, en cuanto a su rol de rectoría sobre el conjunto de las organizaciones estatales involucradas, más allá de las agendas sectoriales. Las autoridades nacionales privilegiaron desde su creación el diálogo bilateral entre los responsables del manejo de la economía y los ministros sociales sectoriales, en lugar de los espacios comunes de intercambio político pro coordinación (Repetto, 2012).

Así, el panorama actual muestra la existencia, a nivel del Estado nacional, de una multiplicidad de intervenciones, herramientas y ámbitos institucionales que no logran conformar una política integral de primera infancia. Persisten desafíos de articulación entre la multiplicidad de actores públicos (nacionales, provinciales y locales) y privados que se ven involucrados, además de la ausencia de un ejercicio pleno del rol de gobierno/rectoría en materia de primera infancia que vaya más allá de rectorías sectoriales, para componentes de políticas de primera infancia, y que sea capaz de planificar y gestionar políticamente un abordaje integral. Se necesita articular virtuosamente salud y nutrición, licencias y transferencias y educación inicial y cuidado. Esto supone abordar las rutas críticas que se deben transitar con el foco puesto en las problemáticas fundamentales que afectan a la primera infancia.⁴⁵

A modo de cierre

En los últimos años, el Estado nacional desplegó más de cincuenta políticas de nivel nacional dirigidas (directa o indirectamente) a la primera infancia. Si bien se destacan políticas centrales como la AUH, el Plan Sumar y la regulación de los Centros de Desarrollo Infantil, el panorama resultante se caracteriza por la alta fragmentación y

45. Esto será desarrollado en mayor profundidad en el capítulo final.

desarticulación entre sectores y niveles de gobierno. Como resultado, hoy los niños de nuestro país acceden a sus derechos según nivel socioeconómico y dónde nacen.

En salud y nutrición, si bien la cobertura de salud es extensa, la complejidad propia del sector salud resulta en un sistema fragmentado, heterogéneo e inequitativo que constituye un desafío para la construcción de una política integral de primera infancia.

En relación a las transferencias monetarias, políticas como la AUH fueron claves para extender la cobertura. Sin embargo, aún hoy los más vulnerables son los más desprotegidos.

La cobertura de las licencias es baja, ya que solo incluyen a trabajadores en relación de dependencia, y su duración depende de la ubicación geográfica y el tipo de empleo. A su vez, la existencia de licencias por paternidad extremadamente cortas y la casi inexistencia de licencias familiares atentan contra una distribución más justa de responsabilidades familiares y contribuyen a la discriminación laboral por género.

Sumado a esta situación, la falta de servicios públicos de cuidado y educación de calidad tiene como consecuencia que las mujeres, especialmente madres, se vean más afectadas por la informalidad, precariedad, intermitencia e inactividad laboral. Sobre lo último, resalta que solo uno de cada tres niños de 0 a 4 años accede a servicios de cuidado o educación inicial y hay grandes brechas por nivel socioeconómico y jurisdicción. Al desafío de cobertura se suman importantes deudas en la calidad de los servicios.

En síntesis, a pesar de los avances, persisten retos. El escenario actual demanda una mayor inversión en este grupo etario y la puesta en marcha de una política integral de primera infancia que avance más allá de la mera creación de servicios y aborde el problema en toda su complejidad.

CAPÍTULO 4

Lecciones aprendidas de la experiencia internacional para una política dirigida a la primera infancia en la Argentina

Este capítulo se propone extraer lecciones de estrategias exitosas para la promoción, protección y restitución de los derechos de los niños que se desarrollaron en la región y en el mundo, para informar la generación de una política integral para la primera infancia en la Argentina. Se reconoce que no es posible ni deseable aplicar un único enfoque en los distintos países, pero, al implementar procesos de planeación de políticas que fueron efectivos en otras partes, un país puede mejorar las posibilidades de lograr sus objetivos. En este marco, el presente capítulo se propone analizar los recorridos de algunos países de América Latina en la construcción de estrategias nacionales para la protección a la infancia, desde un enfoque integral y de derechos, identificando buenas prácticas y desafíos que permitan reflexionar sobre caminos posibles para la Argentina.

El primer apartado presenta un análisis de los recorridos en la construcción de sistemas integrales en los países de América Latina a partir de cuatro aspectos fundamentales: 1) la movilización social y los compromisos gubernamentales; 2) la institucionalización de los procesos de diagnóstico; 3) el marco normativo que se adoptó, y 4) la inversión social en primera infancia por clase y categoría de gasto. En cada caso se destacan las experiencias más relevantes y se describe someramente la situación en cada país, resaltando tanto sus particularidades como sus aspectos en común. El segundo apartado está dedicado al alcance de los sistemas integrales en América Latina. Se discute el concepto de integralidad en las políticas dirigidas a la primera infancia y se detallan las distintas experiencias en función de su grado de focalización o universalidad en el abordaje, a la vez que se analizan las dimensiones que están contempladas en cada estrategia. Este análisis se realiza en función de los cuatro componentes de una estrategia para la primera infancia que guían este libro: salud

y nutrición, licencias y transferencias, educación inicial y cuidado, e institucionalidad. El tercer apartado describe la implementación y el desarrollo de estos sistemas tomando seis dimensiones fundamentales para la integralidad: 1) la definición de la función de rectoría; 2) la coordinación intersectorial; 3) el flujo lógico de las políticas; 4) el financiamiento; 5) la territorialidad de las políticas, y 6) las herramientas de gestión: información, monitoreo y evaluación.

1. Recorridos de los países de América Latina en la construcción de la integralidad

La promoción del desarrollo de la primera infancia está ganando terreno: la gran mayoría de los gobiernos de la región optó por poner a la infancia en el centro de sus agendas, reconociendo la importancia de proteger a este grupo etario para asegurar el pleno desarrollo de sus potencialidades y de la sociedad en su conjunto (Unicef, 2010).

Sin embargo, y a pesar de los avances realizados, gran parte de los países de América Latina sigue mostrando una situación de infantilización de la pobreza que, al igual de lo que ocurre en la Argentina, se profundizó en los últimos años. Los resultados de estudios de CEPAL y Unicef, que realizan mediciones sobre pobreza e indigencia desde un enfoque multidimensional, muestran que en torno a 2014 la tasa de pobreza de América Latina fue del 28,2%, mientras que la tasa de pobreza infantil se ubicó en 40,5%. Esto implica que en la región la pobreza afecta a 168 millones de personas, mientras que la pobreza infantil total comprende a 70,5 millones de niños y adolescentes (CEPAL, 2015b).

Las condiciones en las que transcurre la primera infancia están estrechamente vinculadas a las de sus familias y comunidades. En el contexto latinoamericano, las familias enfrentan el inicio de la reproducción y los primeros años de vida sin mayores apoyos del Estado en materia de cuidados, transferencias de ingresos o licencias (Filgueira y Aulicino, 2015) El financiamiento del consumo de niños y adolescentes depende fundamentalmente de los recursos o las redes de las propias familias. El componente público representa una porción mucho más pequeña del financiamiento que en países de Europa y, en menor medida, Asia. Esto implica que la capacidad de igualar oportunidades al inicio de la vida es mucho menor en los países de la región (CEPAL, 2010). En este sentido, el Estado tiene un rol fundamental

y debe garantizar a las familias con niños pequeños las condiciones materiales y las oportunidades sociales necesarias para apoyar el adecuado crecimiento y desarrollo de la primera infancia.

La priorización de este grupo etario adquirió un carácter relevante y muchos países se orientaron, cada vez más, a desarrollar estrategias de protección integrales que abarquen las múltiples dimensiones involucradas en los derechos del niño, buscando superar las desigualdades de origen para garantizar que exista una infancia más plena.

Este apartado analiza principalmente las experiencias de la región en la construcción de sistemas integrales para la primera infancia. Partiendo de la instancia del diseño y la formulación de las políticas, se abordan la metodología utilizada para su delimitación temática, la institucionalización de los procesos de diagnóstico y los contextos normativos, destacando los casos más relevantes a partir de los logros y obstáculos que se presentan.

Por último, se hace referencia a la inversión social en primera infancia en ocho países de la región.

1.1. Movilización social y compromisos gubernamentales

La construcción de la integralidad se produjo de diversas maneras en cada país, pero es posible identificar dos características comunes a todos los procesos: el movimiento intenso y participativo de la sociedad civil y el compromiso de los más altos niveles de gobierno para ubicar en el centro de sus prioridades la atención amplia y de calidad a la primera infancia.

La movilización llevada adelante por organizaciones de la sociedad civil, en parte acompañada por la agenda de organismos internacionales, contribuyó a dinamizar un proceso de transformación sociocultural que interpeló a los gobiernos latinoamericanos exigiendo el cumplimiento efectivo de nuevas demandas. Como resultado de esto, en años recientes muchos de los presidentes manifestaron públicamente su compromiso y su voluntad de poner a la infancia en el centro de la agenda política, para lo cual promovieron diversos cambios a nivel institucional a efectos de garantizar su protección, por ejemplo Chile, Colombia, Uruguay y República Dominicana.

El caso de Uruguay quizá sea el más paradigmático, en tanto que implicó un proceso de movilización social de muchos años en el que se

fueron determinando, a partir de asambleas ciudadanas, los contenidos y la estructura del actual Sistema Nacional de Cuidados. En 2005 se inició un proceso de participación ciudadana que luego, entre 2010 y 2014, se plasmó en un debate nacional en todo el territorio del país que sirvió para la elaboración de un marco conceptual y el lanzamiento de los primeros programas piloto. En 2015 se logró definir el Sistema de Cuidados como una política prioritaria, acompañado de una ley, el Plan Nacional 2016-2020 y un presupuesto plurianual acorde a los objetivos fijados que implicó un importante respaldo de la presidencia, así como del conjunto del sistema político.

En muchos casos, el compromiso presidencial implicó desarrollar estrategias y acciones permanentes de sensibilización, formación y acuerdos que involucren y motiven a los distintos niveles gubernamentales y a todos los sectores de la sociedad, como muestran paradigmáticamente los casos de Brasil y Colombia.

Brasil propuso en el Plan Nacional para la Primera Infancia (2011-2022) el desarrollo de nuevas prácticas sociales de carácter colectivo, participativo y solidario que involucren a las familias y las instituciones, las asociaciones y los movimientos de las comunidades. Los objetivos cuarto y quinto de la Estrategia De Cero a Siempre colombiana apuntan a sensibilizar y movilizar a toda la sociedad con el propósito de transformar las concepciones y formas de relación con los niños más pequeños y a fortalecer a la familia como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano.

Para promover la continuidad de estos procesos en el tiempo, muchos países promovieron los avances de las propuestas a nivel legislativo, otorgándoles un carácter normativo que trascienda las sucesivas gestiones de gobierno.

1.2. Institucionalización de los procesos de diagnóstico: la construcción colectiva de la integralidad

El diseño de estas políticas para la atención integral de los niños implica contar con un diagnóstico compartido que identifique las necesidades tanto particulares como generales de cada sociedad en esta problemática. Numerosas investigaciones sobre reformas institucionales fracasadas demuestran que, a la hora de realizar un diagnóstico, es muy importante llevar a cabo amplias consultas y crear consensos con la mayor parte de los grupos involucrados en todos los niveles,

no solamente en el institucional, evitando la tentación de la excesiva planificación centralizada (Crouch y Healey, 1997).

Los casos de Chile, Uruguay, Panamá, Nicaragua y Perú son algunos ejemplos emblemáticos de procesos de construcción plural y multisectorial de políticas de atención a la infancia basadas en análisis exhaustivos de sus problemáticas centrales.

En el caso de Chile, el gobierno de Michelle Bachelet convocó en 2006 a un grupo de expertos de variadas profesiones e inserciones políticas, con el objetivo de construir una propuesta integral con alta calidad técnica para responder a las inequidades de origen que condicionaban el desarrollo de los niños en el país. La propuesta desarrollada por este grupo de expertos fue analizada por los equipos de los diferentes ministerios sociales (a través de comisiones técnicas y ministeriales). El resultado del proceso es el subsistema Chile Crece Contigo.¹ La colaboración entre los actores políticos y los especialistas de distintas disciplinas en el diseño de la política permitió dar mayor rigurosidad técnica y consenso, abonando la construcción del abordaje integral.

Inspirado en esta experiencia, y en paralelo con el proceso de diseño del Sistema Nacional de Cuidados, Uruguay Crece Contigo surgió de una discusión entre distintos actores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, en cada departamento del país, que incluyó a representantes de todos los partidos políticos y de la academia. En 2008 se acordó la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) 2010-2030, basada en el diagnóstico de la situación de la población y sus particularidades. Aun cuando la estrategia no logró traducirse en la práctica, generó un paso más para mejorar la política de infancia y adolescencia en general y de primera infancia en particular.

El Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI) aprobado en Panamá en 2009 supuso un proceso de construcción colectiva, en el que participaron los miembros de todas las instituciones clave para la atención de este sector de la población en el país. El proceso y el desarrollo del plan son considerados una valiosa experiencia en la región, porque incluyeron la participación de profesionales, miembros de los equipos gerenciales y técnicos de instituciones públicas, organismos no gubernamentales, universidades y organismos de cooperación y de articulación regional; todos ellos evaluaron y elabo-

1. Chile Crece Contigo es definido como un subsistema en el marco del Sistema de Protección Social Chile Solidario.

raron activamente las propuestas a través de entrevistas, reuniones técnicas y talleres de construcción colectiva. Por medio de este plan se creó la plataforma institucional que dio sustento y complemento a la Atención Integral a la Primera Infancia, compuesta por las instancias rectoras encargadas de desarrollar las políticas y los programas que permiten la concreción de las leyes pertinentes (Consejo Asesor de la Primera Infancia y MIDES, 2011).

En Nicaragua la elaboración colectiva y participativa de la política nacional de primera infancia Amor por los más Chiquitos y las más Chiquitas supuso integrar la experiencia de los programas sociales hacia la niñez y las familias nicaragüenses implementados desde 2007 (Programa Amor, Amor por los más Chiquitos y las más Chiquitas, Programa Integral de Nutricional Escolar, Programa Derecho a un Nombre, entre otros). Asimismo, fueron incluidas las propuestas recogidas en veintiocho foros municipales y departamentales en los que numerosas familias y representantes de las comunidades compartieron sus ideas y experiencias. Esta política buscó potenciar el rol de las familias y las comunidades en el desarrollo de los niños así como fortalecer las articulaciones y sinergias interinstitucionales para la implementación de las políticas integrales de la Primera Infancia (Gobierno de Nicaragua, 2011).

Finalmente, en el caso de Perú, el Sistema de Atención Integral al Niño y Adolescente (SNAINA) fue creado en 1995 (entró en vigor en 1996) por la ley 26.518, promulgada en cumplimiento del Código de los Niños y los Adolescentes, con la finalidad de orientar, integrar, estructurar, coordinar, supervisar y evaluar políticas, planes, programas y acciones a nivel nacional destinados a la atención integral de niños y adolescentes. Sobre esta base, en 2002 se lanzó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010, como documento marco de políticas públicas nacionales a favor de la niñez y la adolescencia, cuya elaboración tuvo un carácter intersectorial, participativo y descentralizado, que priorizó la construcción de un diagnóstico sólido sobre la situación de la infancia y la adolescencia en el país y el diseño consensuado de metas e indicadores precisos.

Otros países de la región dieron un paso más y convocaron a todos los actores del espectro político y la sociedad civil así como a especialistas de las distintas disciplinas a formar parte de comisiones o redes interdisciplinarias no solo en el diseño de la política, como en los casos anteriores, sino también en las etapas de monitoreo y evaluación. Esto potencia un “círculo virtuoso” que, basado en un enfoque participativo,

promueve la demanda pública y la fiscalización y motivación de los dirigentes gubernamentales para asegurar recursos para la infancia (Unicef, 2008). Al respecto, se destacan especialmente las experiencias de Brasil, Colombia y República Dominicana.

En el caso de Brasil, es importante la conformación de la Red Nacional para la Primera Infancia (RNPI), compuesta por un conjunto de organizaciones de la sociedad civil, funcionarios del gobierno, universidades, sector privado y otras redes y organizaciones multilaterales que trabajan por la promoción y la defensa de los derechos de la primera infancia. La RNPI tiene como misión fomentar la formulación e integración de las políticas nacionales dirigidas a niños entre 0 y 6 años, promover actividades de validación, monitoreo y evaluación; consolidar y diseminar conocimiento e información sobre las temáticas de primera infancia, y organizar acciones de movilización social en defensa y promoción de los derechos de la niñez. La Red logró influir e incentivar múltiples acciones políticas entre las que se destaca el impulso de un plan nacional para el desarrollo de la primera infancia y la iniciativa Brasil Cariñoso, cuyos objetivos consisten en mejorar la salud, la nutrición y los resultados del aprendizaje de los niños menores de 6 años en situaciones de vulnerabilidad a lo largo de todo el país. En 2014, RNPI organizó un debate nacional y talleres en algunos estados y ciudades para discutir y aumentar la concientización sobre la necesidad de una ley federal para el desarrollo de la primera infancia, que garantizara el cumplimiento de los derechos de todos los niños menores de 6 años.²

Por su parte, la Estrategia De Cero a Siempre partió de un análisis detallado de la situación de los niños menores de 6 años y mujeres embarazadas en Colombia, incluyendo un relevamiento de las diferencias regionales. Se realizó una serie de evaluaciones que identificaron los principales déficits y desafíos de las políticas existentes hasta ese momento, lo cual proveyó evidencia importante para el diseño de la nueva política. Se creó la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia con el objetivo de coordinar y armonizar las políticas, los planes, los programas y las acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia. La comisión está compuesta por los Ministerios de

2. Actualmente, Brasil cuenta con un proyecto de ley sobre primera infancia aprobado por la Cámara de Diputados. La crisis política por la cual atraviesa el país desde 2015 pone en tela de juicio este necesario avance normativo.

Salud, Cultura, Educación y Bienestar Familiar, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento para la Prosperidad Social y la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema, y es presidida por la Alta Consejería Presidencial para Programas Especiales de la Presidencia de la Nación. Sin embargo, la integralidad en la gestión involucra también a los diversos actores de la estructura social: la comisión tiene a su cargo la articulación y generación de sinergias entre los diferentes actores, tanto públicos como privados, a través de mecanismos que faciliten el trabajo en red y la generación de alianzas. Además, es responsable del establecimiento de lineamientos para la priorización de la inversión en el gasto público nacional y territorial (Presidencia de la República de Colombia, 2012).

Finalmente, en República Dominicana el Plan Quisqueya Empieza Contigo (QEC), dirigido a la población de 0 a 5 años, fue concebido con el objetivo de diseñar un sistema de protección y atención integral de la primera infancia. Para lograrlo, desde la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia (DIGEPEP) se desarrolló un proceso de consulta con sectores de la sociedad civil y diálogo técnico con los distintos actores del Estado involucrados con la primera infancia, con el fin de establecer, en forma consensuada, las mejores estrategias y formas de operar que permitieran en el corto plazo impactar en el aumento de la cobertura y la calidad de la atención integral y de la educación inicial, la reducción de la mortalidad infantil, y la promoción de la participación activa de familias y comunidades en el desarrollo infantil temprano, entre otros.

1.3. El marco regulatorio para la primera infancia en América Latina

La entrada en vigencia de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN) a partir de su ratificación en cada país supuso un cambio fundamental en el modo de concebir la infancia. Como se mencionó en el capítulo 1, el paradigma tutelar fue progresivamente reemplazado por un enfoque integral, que considera a los niños no como objeto de intervenciones, sino como sujetos de derechos, promoviendo un nuevo vínculo entre el Estado y la infancia (SIPI-SITEAL, 2015).

La ratificación de la CIDN en los distintos países se articuló virtuosamente con el ya mencionado proceso de participación social. En

muchos casos, la ratificación fue producto del trabajo de incidencia de organizaciones y movimientos de la sociedad civil que defienden los derechos de los niños. Además, el rol de los organismos internacionales como promotores de la convención, en especial el Comité de los Derechos del Niño, Unicef y Unesco, fue fundamental para impulsar a los Estados hacia el diseño y la paulatina implementación de sistemas integrales. Particularmente importante fue la Observación General N° 7 del Comité, que insta a los Estados parte a que “desarrollen estrategias con enfoque de derechos, multidimensionales y multisectoriales que promuevan un enfoque integral de sistema para las leyes y las políticas de desarrollo, y provean programas comprehensivos y continuos en el desarrollo de la primera infancia, tomando en cuenta la capacidad de evolución de los niños”.

Las leyes producto de la ratificación de la CIDN se constituyeron como una herramienta fundamental para profundizar este proceso de incidencia, permitiendo que se insistiera en la consecución de sistemas integrales de políticas para la primera infancia.

Actualmente, todos los países latinoamericanos ratificaron la Convención. Este es un paso fundamental hacia el cumplimiento de los derechos establecidos, pero no resulta suficiente. El proceso de aplicación del tratado se encuentra estrechamente determinado por la voluntad política de cada gobierno y requiere un gran nivel de compromiso y una sólida arquitectura institucional para que pueda ser sostenido a lo largo de las diferentes gestiones. La adecuación jurídica y normativa de cada país al espíritu de la Convención supone complejos esfuerzos para enfrentar con éxito los desafíos que se presentan en cada contexto.

Los países otorgan a la convención distintos rangos jurídicos, como se puede ver en el cuadro 5.

Junto al rango jurídico, la presencia de nuevas regulaciones y normativas inspiradas en los principios de la convención es otra de las dimensiones que permite evidenciar el grado de consolidación de los sistemas de protección a la infancia (SIPI-SITEAL, 2013). La mayoría de los países de América Latina hizo cambios en sus legislaciones, elaboró leyes generales e incluso adoptó códigos integrales de protección de la niñez y la adolescencia. Como se evidencia en el cuadro 6, son los casos de la Argentina (2006), Bolivia (1999), Brasil (1990), Chile (2009), Colombia (2006), Costa Rica (1998), Cuba (1978), Ecuador (2003), Guatemala (2003), México (2000), Nicaragua (1998), Panamá (1994), Paraguay (2001), Perú (1992), República Dominicana

Cuadro 5. Rangos jurídicos otorgados a la CIDN

Rango	¿Qué implica?	País
Supraconstitucional	Rango máximo otorgable al tratado. La Convención se antepone a la Ley Suprema del país	Guatemala
Constitucional	La Convención tiene igual valor jurídico que la Constitución	Argentina, República Dominicana y Venezuela
Supralegal	La Convención prevalece cuando una ley entra en contradicción con sus principios	Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras y Paraguay
Legal	La Convención tiene el mismo valor jurídico que cualquier otra ley ordinaria del país	Chile, Cuba, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Uruguay

Fuente: CIPPEC, sobre la base de SITEAL (2013).

Cuadro 6. Normativas legales de infancia por país

País	Normativa	Año
Argentina	Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes	2006
Bolivia	Ley 2.026, Código del Niño, Niña y Adolescente (no vigente)	1999
Brasil	Ley 8.069, Estatuto del Niño y del Adolescente	1990
Chile	Ley 20.379 de creación del Sistema Intersectorial de Protección Social	2009
Colombia	Ley 1.098, Código de la Infancia y la Adolescencia	2006
Costa Rica	Ley 7.739, Código de la Niñez y la Adolescencia	1998
Cuba	Ley 16, Código de la Niñez y la Juventud	1978
Ecuador	Ley 100, Código de la Niñez y Adolescencia	2003
Guatemala	Decreto 27, Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (PINA)	2003
México	Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (no vigente)	2000
Nicaragua	Ley 287, Código de la Niñez y la Adolescencia (CONAPINA)	1998
Panamá	Ley 3, Código de la Familia	1994
Paraguay	Ley 1.680, Código de la Niñez y la Adolescencia	2001
Perú	Ley 27.337, Código de los Niños y Adolescentes	2000
República Dominicana	Ley 136, Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes	2003
Uruguay	Ley 17.823, Código de Niñez y Adolescencia	2004
Venezuela	Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente	2000

Fuente: CIPPEC, sobre la base de Morlachetti (2014).

(2003), Uruguay (2004) y Venezuela (2000). En general, estas nuevas legislaciones y códigos incluyen la creación del Sistema Nacional de Protección Integral de la Infancia (SNPI). Sin embargo, como se observa, la generación de normativa nacional no fue inmediata. Además, y como es sabido, su creación no garantiza por sí misma cambios efectivos en las prácticas.

De hecho, a veinticinco años de vigencia de la CIDN, su nivel de cumplimiento efectivo es muy variable. La diversidad de escenarios sociales, políticos y económicos condiciona las estrategias, las políticas y los avances en términos de desarrollo de sistemas integrales en cada país. Los recursos con los que cuentan y los diseños institucionales desde los cuales parten son disímiles. A modo de ejemplo, no es lo mismo pensar en el desarrollo de políticas integrales de desarrollo infantil en países federales y de gran tamaño como Brasil que en países pequeños y unitarios como Uruguay (Repetto, 2014). Es indispensable tomar en cuenta las diferencias contextuales (culturales, sociales, institucionales y políticas) a la hora de diseñar e implementar las políticas, sin por ello “naturalizar” brechas inequitativas tanto en el acceso como en la calidad de los servicios.

1.4. La inversión social en primera infancia: la Argentina comparada con la región

En la Argentina, en 2009, la inversión social en primera infancia (0 a 5 años inclusive) del Sector Público Consolidado alcanzó 1,5% del PBI, 4,5% del gasto público total, 7,3% del gasto público social y 5.335,1 pesos o 2.669 dólares PPA³ por niño (si se descuenta el gasto en obras sociales, las cifras disminuyen a 1,3%, 3,9%, 6,39% y 2.295 dólares PPA, respectivamente) (Bonari, Balasini y Cappa, 2011; SIPI, 2015).

Más allá de la limitada comparabilidad debido a la información heterogénea y la variación en los universos de análisis, al observar otros ocho países latinoamericanos (Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Perú) se evidencia que la inversión social en primera infancia del Sector Público Consolidado en 2013 en esos países representó entre 0,5% y 1,6% del PBI,⁴

3. Paridad del poder adquisitivo.

4. 0,5% en Colombia, 0,8% en México, 0,9% en Guatemala, 1% en Paraguay y El

entre 2,1% y 7,5% del gasto público total,⁵ entre 3,1% y 14,1% del gasto público social⁶ y entre 300 y 1.931 dólares PPA por niño⁷ (SIPI, 2015). Al comparar estas cifras con los valores a 2009 para el Sector Público Consolidado, la Argentina estaba entre los cuatro países que más invertía en políticas sociales destinadas a la primera infancia con relación al PBI –mas no con relación al gasto público total o gasto público social– y exhibía niveles de inversión social por niño significativamente mayores a los del resto de los países analizados.

Al analizar exclusivamente el gobierno nacional en la Argentina, se observa que la inversión social en primera infancia en 2009 y 2010 alcanzó 0,5% del PBI, 2,5% del gasto público total, 4,1% del gasto público social y 2.053 pesos o 947 dólares PPA promedio por niño (si se descuenta el gasto en obras sociales, las cifras disminuyen a 0,4%, 1,7%, 2,8%-2,9% y 659 dólares PPA, respectivamente) (Bonari, Balasini y Cappa, 2011; SIPI, 2015). Que el gasto a nivel del Sector Público Consolidado sea tanto mayor que en el gobierno nacional refleja principalmente la descentralización en la provisión de los servicios de educación inicial y salud pública (dos categorías con gran incidencia en la primera infancia) a cargo de las provincias.

Las clases de gasto dan cuenta del grado de especificidad de este. Pueden identificarse cinco categorías:

- 1) Gasto específico en primera infancia (GEPI): dirigido específicamente a la primera infancia (instituciones de guarda, educación inicial, salud materno-infantil, fomento de la lactancia materna, programas de desarrollo de la primera infancia, etcétera).
- 2) Gasto en niñez no específico a la primera infancia (GNOEPI): porcentaje del gasto que beneficia a la primera infancia proveniente de programas destinados a menores de 18 años que no permiten diferenciar servicios específicos para esta franja etaria (transfe-

Salvador, 1,5% en Costa Rica y 1,6% en Honduras y Perú (en este último se incluyen también funciones no sociales).

5. 9,1% en Perú, 6% en Honduras, 5,2% en Paraguay y Guatemala, 4,1% en El Salvador, 4% en México y 2,1% en Colombia (en Costa Rica no hay dato).

6. 14,1% en Honduras, 13,3% en Costa Rica, 10,4% en Paraguay, 9,4% en Guatemala, 8,9% en El Salvador (dato 2012), 7,6% en Perú y 3,1% en Colombia (en Perú no corresponde dato).

7. Dólares PPA 1.931 en Perú, 1.909 en Costa Rica, 1.290 en México, 560 en El Salvador, 376 en Colombia, 398 en Paraguay, 317 en Honduras y 300 en Guatemala.

rencias de ingreso a familias con niños y/o jóvenes menores de 18 años, etcétera).

- 3) Gasto indirecto en primera infancia (GIPI): porcentaje del gasto que beneficia a la primera infancia en programas dirigidos a la familia u otros agentes, con clara repercusión en el bienestar de los niños. Tienen como condición la presencia de infantes para otorgar el beneficio (programas alimentarios dirigidos o asignaciones complementarias del salario para familias con niños menores de 6 años, etcétera).
- 4) Gasto ampliado en primera infancia (GAPI): porcentaje del gasto que beneficia a la primera infancia a través de programas que se dirigen a grupos poblacionales más amplios de los cuales los niños forman parte (programas de atención a grupos vulnerables, acciones para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población –agua potable y alcantarillado, saneamiento, acceso a vivienda–, programas de atención de emergencias climáticas, etcétera).
- 5) Gasto en primera infancia en acciones dirigidas a toda la población (GTPPI): porcentaje del gasto en bienes públicos (por definición, dirigidos a todos los habitantes) que beneficia a la primera infancia como parte de la población general (gastos en ciencia y técnica, cultura, servicios de alumbrado y cuidado de espacios públicos, etcétera).

Al analizar la composición del gasto total en primera infancia en la Argentina por parte del gobierno nacional (contando las transferencias de la Nación a las provincias) en 2009 y 2010 se observa que el gasto ampliado fue la clase de gasto con mayor peso (54,1% y 56%, respectivamente), seguido por el gasto indirecto (21 y 21,6%), el gasto en niñez no específico a la primera infancia (14% y 10%) y, por último, el gasto específico a la primera infancia (5,4% y 6,9%) y en bienes públicos (5,6% y 5,4%).⁸

Si se compara la composición argentina contra los datos de 2013 de los otros ocho países de la región, la Argentina exhibía el mayor porcentaje de gasto ampliado en primera infancia de esos ocho países

8. Este patrón se mantiene aun excluyendo el gasto en obras sociales, que es gasto ampliado por definición (el gasto ampliado disminuye a 34,5% y 36,3% en 2009 y 2010 y el resto de las clases de gasto aumenta).

(que se situaron entre 16,9% y 52,7%),⁹ el segundo mayor porcentaje de gasto en bienes públicos (en contraposición a un rango de 0,4% a 6,4%¹⁰ en la región) y el tercer mayor porcentaje de gasto indirecto (en el resto fue de 0% a 30,2%).¹¹ Además presentaba, por lejos, el menor porcentaje de gasto específico (a pesar de haber aumentado a 6,9% en 2010, en los otros países osciló entre 21,1% y 70,1%).¹² En síntesis, el gasto del gobierno nacional en primera infancia en la Argentina se destaca en la región por su bajo grado de especificidad. Sin embargo, como se observa en el gráfico 28, la participación de la clase de gasto específico varía sensiblemente al analizar el Sector Público Consolidado (37,6% en 2009), lo que refleja la descentralización a nivel provincial de los servicios de salud y de educación inicial y cuidado, dos categorías con gran incidencia específica en la primera infancia.

Las categorías funcionales de gasto según la metodología de la DAGPYPS y Unicef son diez: 1) ayuda directa; 2) ciencia y técnica; 3) condiciones de vida; 4) cuidado y educación; 5) deportes, recreación y cultura; 6) desarrollo e integración; 7) nutrición y alimentación; 8) otros servicios urbanos; 9) protección del niño, y 10) salud. Como se observa en el gráfico 29, al analizar el Sector Público Consolidado en 2009, el mayor porcentaje del gasto en primera infancia se destinó a cuidado y educación (37,9%) y, en segundo lugar, a salud (21,6%) y obras sociales (14%) (Bonari, Balasini y Cappa, 2011).¹³ De los otros ocho países latinoamericanos, cuatro siguen este patrón y otros cuatro lo alternan, invirtiendo más en salud y en segundo lugar en educación (SIPI, 2015). En la Argentina, en tercer lugar se situaron los programas de ayuda directa (10,9%), pero esta categoría de gasto era la de mayor preponderancia al analizar el gasto en primera infancia

9. 16,9% en Colombia, 34% en México, 34,9% en Guatemala, 41,1% en Honduras, 48,1% en Paraguay, 48,6% en Costa Rica y 52,7% en El Salvador (en Perú no corresponde el dato).

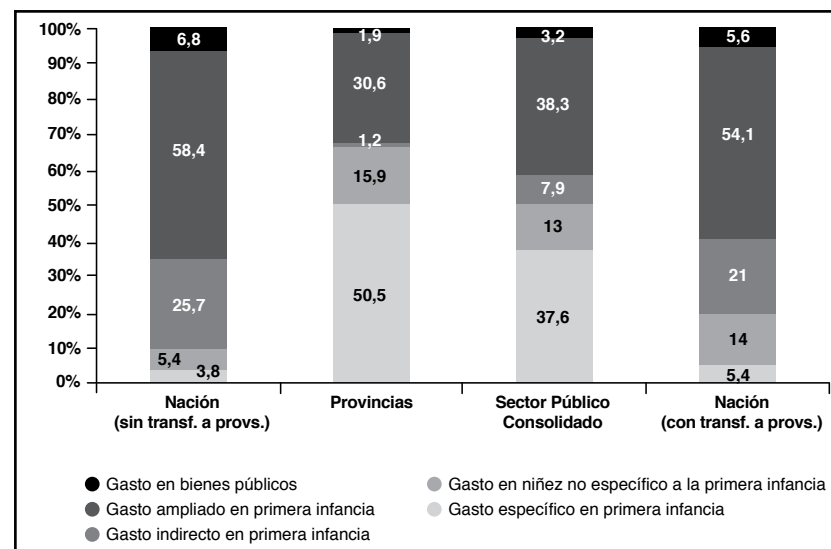
10. 0,4% en Honduras, 0,9% en Costa Rica, 1,4% en El Salvador y Guatemala, 2,5% en Paraguay, 3,1% en Colombia, 6,4% en México (en Perú no corresponde el dato).

11. 0% en Costa Rica y El Salvador, 0,2% en Colombia, 4,6% en Paraguay, 5,7% en Guatemala, 16,9% en Colombia, 24% en Honduras, 30,2% en México (en Perú no corresponde dato).

12. 21,1% en Paraguay, 26,2% en Costa Rica, 27,9% en México, 30% en El Salvador, 30,6% en Honduras, 57% en Guatemala, 63,9% en Colombia y 70,1% en Perú.

13. Este patrón se mantiene aun excluyendo el gasto en obras sociales: 44,1% el gasto en cuidado y educación, 25,1% el gasto en salud y 12,7% el gasto en programas de ayuda directa (SIPI, 2015).

Gráfico 28. Inversión argentina en primera infancia según clase de gasto y nivel de gobierno. En porcentaje. 2009



Nota: a los datos del gobierno nacional de la primera columna se les descontaron las transferencias a las provincias y a los datos de la última columna, no.

Fuente: CIPPEC sobre la base de Bonari, Balasini y Cappa (2011).

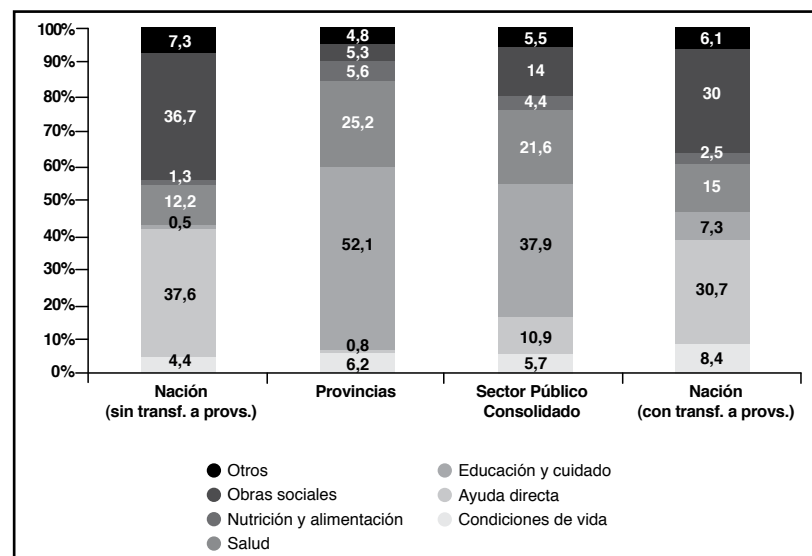
por parte del gobierno nacional (en 2009, era de 37,6% descontando las transferencias a las provincias y 30,7% si no), que corresponde en mayor medida a las asignaciones familiares (como AUH y contributivas) y en menor medida a pensiones no contributivas (Bonari, Balasini y Cappa, 2011).

2. La construcción de los sistemas integrales para la primera infancia

La extracción de lecciones de las experiencias de los otros países de la región se basó en el criterio elaborado por el SIPI-SITEAL¹⁴ para definir sistemas de protección integrales y se complementó con aná-

14. Basándose en el texto de la CIDN, los sistemas de protección integrales deben contemplar cuatro aspectos fundamentales: la universalidad y la atención particular; la

Gráfico 29. Inversión argentina en primera infancia según categoría de gasto y nivel de gobierno. En porcentaje. 2009



Nota: a los datos del gobierno nacional de la primera columna se les descontaron las transferencias a las provincias y a los datos de la última columna, no. La categoría “otros” incluye ciencia y técnica; deportes, recreación y cultura; desarrollo e integración; servicios urbanos; y protección del niño. Fuente: CIPPEC sobre la base de Bonari, Balasini y Cappa (2011).

lisis propios de experiencias internacionales de relevancia. Se analizan las experiencias de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, buscando extraer lecciones aprendidas en las diferentes dimensiones implicadas en la construcción de sistemas integrales de protección a la infancia: salud y nutrición, licencias y transferencias y educación inicial y cuidado. Esto se debe combinar con una apropiada institucionalidad.

A pesar de las diferencias entre los contextos y los modos de llevar adelante estos objetivos, existe en muchos países un consenso generalizado en torno a la importancia de la noción de “sistema” en el diseño de políticas que aseguren el cumplimiento universal de los derechos de los niños. Un sistema implica una permanente arti-

multidimensionalidad e intersectorialidad; la corresponsabilidad y la exigibilidad de los derechos. Para más información acerca del criterio de SIPI-SITEAL, ver SITEAL (2015).

culación y coordinación de sus elementos en función de un objetivo común, crea sinergias y permite pensar en estrategias a largo plazo. En este sentido, es posible observar una tendencia progresiva en América Latina hacia la implementación de sistemas integrales en materia de infancia.¹⁵

2.1. ¿Cómo combinar universalidad y focalización en el camino hacia abordajes integrales?

Las políticas públicas para la primera infancia que demostraron mayor eficacia son las más holísticas: reconocen la multiplicidad de dimensiones implicadas en la promoción y protección integral de los derechos de los niños. Este enfoque multidimensional requiere incorporar a diversos actores e instituciones para responder a las necesidades en esta población a través de una serie de políticas y prestaciones. En términos generales, las intervenciones observadas incluyen dimensiones materiales (como las asignaciones monetarias o el acceso a mejoras habitacionales) y dimensiones psicosociales (como acompañamiento familiar, fortalecimiento de la comunidad, etcétera).

Además, los planes integrales para la primera infancia elaborados en muchos países de la región muestran un esfuerzo por ofrecer apoyos que combinan criterios universales y focalizados en función de las particularidades de los sujetos, pero sin perder de vista que la selectividad puede constituirse –bien utilizada– en una herramienta para alcanzar en última instancia la universalidad.

Ambos tipos de prestaciones requieren un profundo conocimiento de la población y de sus necesidades. De acuerdo con las particularidades de cada contexto, hay apoyos que necesitan todas las familias (como los controles de salud o talleres de educación) y toda la población (como campañas, producción y entrega de material pedagógico), mientras las familias más vulnerables precisan también otros apoyos

15. Siguiendo a López y D'Alessandre (2015), actualmente en América Latina nueve países avanzaron en la conformación de sistemas integrales para la protección de derechos de la infancia. Diez países desarrollaron planes nacionales para la protección de los derechos de la infancia, y ocho crearon planes específicos para la protección de los derechos de la primera infancia. Estas estrategias de amplio alcance son aprobadas por el más alto nivel de gobierno, se vinculan directamente con los planes de desarrollo de cada país y se incluyen en los presupuestos nacionales.

específicos para contribuir a igualar las oportunidades y garantizar el pleno derecho a un desarrollo integral.

Las experiencias de Chile, Ecuador, Colombia y Nicaragua revelan, a modo de ejemplo, la importancia de combinar prestaciones universales y focalizadas.

El subsistema Chile Crece Contigo proporciona servicios de carácter universal, así como dos tipos de prestaciones diferenciadas focalizadas en aquellas familias que presentan alguna vulnerabilidad mayor:

- 1) Prestaciones garantizadas destinadas a niños de hogares pertenecientes al 60% más vulnerable de la población: ayudas técnicas a niños que tienen alguna discapacidad, acceso gratuito a sala cuna y a jardín infantil de jornada extendida, acceso a jardín infantil de jornada parcial para niños cuyo padre o madre no trabaje fuera del hogar, acceso garantizado al Chile Solidario.
- 2) Prestaciones de acceso deferente destinadas a familias con niños que formen parte de hogares pertenecientes al 40% de la población más vulnerable: subsidio familiar a partir del quinto mes de gestación y hasta los 18 años y acceso preferente a la oferta de servicios públicos según las necesidades (educación, inserción laboral, hábitat, salud, etcétera).

Uruguay Crece Contigo y el Sistema Nacional de Cuidados (SNC) se inspiran en la experiencia chilena y combinan elementos de universalidad y focalización. Uruguay Crece Contigo desarrolla tareas focalizadas y universales que incluyen acciones socioeducativas, generación de conocimiento, fortalecimiento de las capacidades institucionales, y acompañamiento familiar y trabajo de cercanía. Por su parte, el Sistema Nacional es una política basada en derechos humanos, cuyo principio orientador es apuntar a construirse como política participativa universal, focalizando sus acciones iniciales en los colectivos de mayor vulnerabilidad social. El diseño incluirá compromisos de mediano y largo plazo en la incorporación de colectivos hasta su universalización (Grupo de Trabajo de Uruguay, 2012).

La Política Nacional de Atención Integral elaborada por Nicaragua establece lineamientos para brindar servicios universales, así como políticas asistenciales a los que se encuentren en situaciones de extrema pobreza y políticas de protección especial a los que estén en situación de amenaza de sus derechos.

De manera similar, el Código de la Niñez y Adolescencia sancionado por Ecuador en 2003 contempla cinco tipos de políticas de protección integral, entre las que se destacan las políticas sociales básicas y fundamentales (que se refieren a las condiciones y los servicios universales a los que tienen derecho todos los niños), las políticas de atención emergente (destinadas a aquellos en situación de pobreza extrema, crisis económico-social severa o afectada por desastres naturales) y las políticas de protección especial (encaminadas a preservar y restituir derechos en situaciones de amenaza como maltrato, abuso y explotación sexual) (ley 100/03, Código de la Niñez y Adolescencia).

La Estrategia de Cero a Siempre en Colombia tiene como objetivo fundamental garantizar la atención universal para la primera infancia con un enfoque poblacional y territorial, tomando en cuenta las características específicas de los diferentes grupos humanos (en términos de etnias, culturas, costumbres, etc.) y adecuando las prestaciones a estas especificidades. En este sentido, las atenciones diferenciales (prestaciones específicas orientadas a responder a situaciones de vulneración o riesgo) forman parte de la universalidad de la estrategia, ya que abordan de manera sensible las particularidades que surgen del reconocimiento de la diversidad de características, condiciones o situaciones particulares de los individuos y de su interacción con el contexto. Así, se incorporan atenciones especializadas para mujeres embarazadas, familias en condición de pobreza, personas con discapacidad, grupos étnicos y grupos afectados por el conflicto armado, entre otros (Presidencia de la República de Colombia, 2012).

2.2. El desafío de la integralidad y los “sistemas partidos”

Con variaciones según el proceso histórico de cada país, las experiencias internacionales enfrentan retos con relación al desarrollo relativo de los programas y servicios de primera infancia, tanto en términos de su cobertura como de su calidad, de la utilización de herramientas de gestión y del financiamiento y de la sostenibilidad (Díaz Langou y Aulicino, 2015). En particular, es de interés resaltar aquí un desafío central que puede observarse tanto en América Latina como en Europa: los “sistemas partidos”, en un doble sentido (Aulicino, 2015).

Por un lado, las políticas para la primera infancia parecen fragmentarse de acuerdo con la edad de los niños. En el caso de los más

pequeños (45 días a 2 años), tienden a centrarse en la dimensión biofísica del desarrollo (intervenciones de salud ligadas a la reducción de la mortalidad infantil e intervenciones de nutrición). A modo de ejemplo en nuestra región, esta dimensión es el eje y la puerta de entrada al Chile Crece Contigo (a través de Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial), constituye dos de los lineamientos técnicos centrales de la Estrategia De Cero a Siempre colombiana, se considera uno de los principales ejes estratégicos del PAIPI de Panamá y el componente principal del reglamento operativo de la Política de Desarrollo Infantil Integral de Ecuador. En el caso de los niños más grandes (3 y 4 años), las intervenciones se concentran en la dimensión educativa y el cuidado de la salud se incorpora a la institución escolar.

Esta división expresa una tensión en el vínculo entre el Estado y las familias. En el primer momento, el Estado aparece como subsidiario de las familias, consideradas las principales responsables de los cuidados en esta edad (especialmente las madres); mientras que en la segunda etapa, el Estado irrumpen en la primera infancia (a través del sistema educativo) invirtiendo la carga de responsabilidad asignada a las familias, que ahora son subsidiarias de Estado. La primera infancia adquiere, a partir de los 3 o 4 años, el estatus de cuestión pública, pero el avance de la dimensión educativa también enfrenta desafíos relativos al riesgo de “primarizar” el nivel inicial, perdiendo la centralidad de juego y la participación de las familias en la propuesta pedagógica (López y D’Alessandre, 2015).

Por otro lado, la noción de “sistema partido” se refleja también en la existencia de políticas de educación y cuidado fragmentadas y segmentadas en términos del tipo de servicio al que acceden los niños más chicos y los más grandes. Esta diferencia implica no solo una transición física de los niños, sino también diferencias en términos del ministerio responsable (generalmente los servicios destinados a los más pequeños dependen de las áreas de desarrollo social, mientras que aquellos destinados a los niños más grandes dependen de los ministerios de Educación), las directrices educativas, la cualificación mínima exigida al personal, la cantidad de niños por profesional y la garantía de oferta en cada caso (De Achával y Aulicino, 2015). Esta concepción de “sistemas partidos” es la que encuentra particular desarrollo en la literatura europea, pero aplica también a la situación de Latinoamérica.¹⁶ En América Latina, estas diferencias por lo general

16. La mayoría de los países europeos cuenta con sistemas diferenciados, por ejemplo,

resultan en una atención diferenciada según sectores socioeconómicos: servicios pobres para pobres (centrados en la dimensión más asistencial de cuidado y con fuertes desafíos en términos de la calidad del servicio otorgado) y servicios de mayor calidad para los sectores más pudientes (en muchos casos obtenidos por su capacidad de compra en el mercado) (López y D’Alessandre, 2015).

Por el contrario, las experiencias de sistemas unitarios¹⁷ se basan en centros integrados que incluyen la primera infancia en todo su ciclo de vida hasta el ingreso a la educación primaria, basados en el concepto de “atención y educación a la primera infancia” (AEPI). La noción de AEPI fue impulsada en primer lugar por la Unesco, en el entendimiento de que los servicios para la primera infancia deben contemplar una multiplicidad de dimensiones (supervivencia, crecimiento, desarrollo cognitivo, social, físico y afectivo) desde el nacimiento hasta el ingreso a la escuela primaria, tanto en contextos formales como informales. La AEPI entiende que son los adultos de referencia los que deben constituir el punto de referencia de los servicios, con el objetivo de apoyarlos y fortalecerlos en su capacidad de producir y sostener vínculos de protección (López y D’Alessandre, 2015).

2.2.1. Salud y nutrición

La preocupación por la salud y la nutrición constituye un elemento fundamental en los sistemas de protección integral de la primera infancia. Como ya se señaló, el desarrollo saludable y la nutrición son producto de lo que brindan los padres, las familias, los barrios, las escuelas, las comunidades, el Estado y la sociedad civil (Repetto *et al.*, 2015). Los primeros mil días (desde el embarazo y hasta los primeros dos años de vida) son clave para prevenir las patologías nutricionales de la infancia (Grantham-McGregor *et al.*, 2007).

La dimensión biofísica del desarrollo es el eje central de la mayoría de los sistemas implementados en la región. Muchos países desarrollaron planes y estrategias nacionales para asegurar el ejercicio

Bélgica, República Checa, Italia, Chipre, Luxemburgo, Polonia y Eslovaquia, entre otros.

17. Presentes por ejemplo en los países nórdicos, los países bálticos, Croacia y Eslovenia. En otros países con sistemas partidos está disminuyendo gradualmente esta diferencia entre educación y cuidado (Motieujante, 2014).

efectivo de estos derechos, y se destacan grandes avances en relación con la cobertura y el acceso a la salud. Sin embargo, las altas tasas de mortalidad materna e infantil de algunos países y los importantes índices de pobreza que aún subsisten sugieren que aún queda mucho trabajo por delante.

En el transcurso de los últimos treinta años, Chile virtualmente eliminó la desnutrición infantil y creó y mantuvo fuertes programas de alimentación preescolar (Unicef, 2009b). En tiempos recientes, el subsistema Chile Crece Contigo implementa el Programa de Apoyo al Recién nacido (PARN) y el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBS), ejes fundamentales para dar seguimiento a la trayectoria del desarrollo infantil y activar las alarmas para el despliegue de las prestaciones diferenciadas.

El PARN es una intervención de apoyo al recién nacido, dirigido a la promoción del cuidado, la salud y el desarrollo integral de los niños mediante el fomento de las mejores condiciones para el proceso de vinculación entre el niño y el adulto cuidador; la entrega de insumos para los cuidados físicos y afectivos que requiere un niño en los primeros meses de vida, y la entrega de conocimientos a las familias sobre estimulación, cuidados básicos, vínculo y desarrollo infantil temprano con un enfoque de crianza respetuosa, entre otros aspectos fundamentales.

El PADBS constituye el programa eje y puerta de entrada al sistema Chile Crece Contigo y busca fortalecer y promover el acceso al desarrollo integral desde la gestación hasta los 4 años, mediante intervenciones psicosociales con énfasis en la gestión local. Brinda prestaciones en líneas como fortalecimiento al desarrollo prenatal, atención personalizada del proceso de nacimiento, atención integral del niño hospitalizado, fortalecimiento del desarrollo integral y atención de los niños.

Sin embargo, a pesar de que su diseño fue concebido como una estrategia intersectorial, estudios recientes señalan que si bien la coordinación entre los prestadores de salud y la red local tuvo resultados positivos al comienzo, estos decrecieron progresivamente. En algunos centros de salud se recurrió a la coordinación regional del sistema como estrategia para establecer vinculaciones, sin embargo a largo plazo ello no perduró (Cunill-Grau, Fernández y Thezá Manríquez, 2013).

Brasil desarrolló múltiples estrategias para reducir la mortalidad infantil y materna, así como para asegurar el efectivo ejercicio del de-

recho a la salud en la primera infancia. De acuerdo con la información disponible, en la primera década de este siglo la probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida se redujo notablemente, y la esperanza de vida al nacer aumentó (SIPI, 2016). En este sentido es destacable el programa Brasileñitos y Brasileñitas Saludables, que parte de la estrategia integral de protección que busca mejorar la atención de las mujeres en relación con la gestación, el parto, el puerperio y el cuidado del recién nacido, con especial atención a mujeres en situación de vulnerabilidad o de riesgo respecto de su embarazo. Incluye, además, la atención y el monitoreo de la salud y la nutrición de niños durante los primeros cinco años de vida. La estrategia tiene como meta centralizar la atención de la salud de madres y niños a través de la articulación de todos los componentes del sistema de salud vinculados con la población objetivo de esta política.

En Colombia, la alimentación, la nutrición y la salud constituyen parte central de los lineamientos técnicos fundamentales dentro de la Estrategia De Cero a Siempre. Estos lineamientos ofrecen criterios unificados, conceptuales y operativos que sirven como referencia para el desarrollo de la atención dirigida a la primera infancia, en función de garantizar el cumplimiento de su realización. En este marco, son fundamentales los roles del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que se encargan de asegurar la atención en los servicios de salud y nutrición del niño y su grupo familiar, así como el fortalecimiento territorial y la definición de políticas en los municipios.¹⁸

En Panamá la atención de la salud y el desarrollo nutricional constituye uno de los principales ejes estratégicos del PAIPI. El plan hace especial referencia a trabajar junto al entorno de atención directa de los niños, conformado por las personas que dan respuesta a sus necesidades inmediatas, desde antes de nacer hasta llegada una etapa de desarrollo donde actúan de manera independiente, además de asegurar servicios de calidad para los niños. En este contexto, el Programa Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia (PNSNA), el

18. Es interesante destacar la investigación acerca de servicios integrales de salud, nutrición y estimulación de lactantes realizada por el ICBF, que demostró la importancia de la inversión en servicios integrales para la primera infancia en familias afectadas por pobreza extrema y desnutrición. Esta investigación llevó a la creación, en 1987, del programa Hogares Comunitarios para atender a mujeres embarazadas y niños desde su nacimiento hasta los 5 años, contribuir a la erradicación de la pobreza y ampliar la cobertura de servicios para madres y padres trabajadores y niños vulnerables.

Programa de Salud Materno-Infantil, el Programa de Fortalecimiento Familiar, el Programa de Alimentación Complementaria (PAC) y el Programa de Lactancia Materna constituyen algunas de las estrategias implementadas para garantizar el acceso a la salud, la nutrición y el desarrollo de los niños.

Con respecto a la Política de Desarrollo Infantil Integral en Ecuador, la salud materno-infantil y la promoción de la nutrición constituyen el componente principal de su reglamento operativo. Las estrategias implementadas buscan alcanzar mejoras en la utilización de los servicios de salud materno-infantil, así como en la cobertura de niños menores de 36 meses para que reciban estimulación temprana y micronutrientes en forma adecuada. El énfasis no está puesto solamente en ampliar la cobertura sino también en mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a través de políticas de profesionalización y mejoramiento de la infraestructura. Entre las acciones más relevantes se destacan la construcción y el equipamiento de infraestructura a nivel primario, los centros de salud con adecuación cultural de los servicios, la formación de médicos en medicina familiar comunitaria y de técnicos de atención primaria en salud, y la utilización de medios de transporte para apoyar estrategias de extensión de servicios en áreas de difícil acceso.

A pesar de los avances en estos países, aún persisten en ellos brechas en materia de acceso e importantes déficits de calidad. Ambas cuestiones determinan un ejercicio desigual del derecho a la salud y a la adecuada nutrición en la infancia. Las altas tasas de mortalidad materna e infantil en algunos países de la región y el porcentaje de defunciones por causas evitables son indicadores que reflejan la insuficiencia de estas políticas.

2.2.2. Licencias y transferencias

Las familias deben contar con tiempo y dinero para poder cuidar a sus hijos. Como ya se señaló, ambos derechos se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales y leyes nacionales, y dependen, en gran medida, de las oportunidades que brindan las políticas públicas.

Con relación al tiempo para cuidar, es necesario analizar los regímenes de licencias. En promedio, los países de América Latina cuentan con tres meses de licencia por maternidad, período que se

inicia obligatoriamente antes de la fecha probable del parto y que es inferior al límite mínimo de 14 semanas establecido por el Convenio 183 sobre Protección a la Maternidad de la OIT. Superan este rango Chile, Cuba, Venezuela (18 semanas) y Brasil para el caso de los funcionarios públicos (6 meses) (Unicef y CEPAL, 2011).

En América Latina, las licencias por paternidad establecen, por lo general, entre tres y cinco días por nacimiento, pero Bolivia, El Salvador, Costa Rica, Honduras, México, Nicaragua y Panamá no contemplan esta licencia. Los únicos países que extendieron este derecho son Ecuador (10 días), Uruguay (10 días), Venezuela (14 días) y Cuba (Aulicino *et al.*, 2013). El caso de Cuba es paradigmático porque, además de exceder los tres meses promedio, las licencias se pueden compartir entre el padre y la madre, y se pueden extender otros tres meses más sin goce de sueldo.¹⁹

En todos los casos, las licencias alcanzan únicamente a los trabajadores formales. Esto, dados los altos niveles de empleo informal que existen en la región, representa una limitación fundamental al goce del derecho de cuidar y ser cuidado. Las licencias enfrentan serios desafíos para constituirse como herramientas eficaces para mejorar la conciliación productiva-reproductiva de las familias debido, primero, a su limitada cobertura y, segundo, a su corta duración. Este reto, producto de la impronta meritocrática en la seguridad social latinoamericana, atraviesa a todos los países analizados y termina determinando el goce del derecho a cuidar y ser cuidado en función de la inserción laboral de las familias.

Además, la duración de las licencias implica una segunda limitación, en la que los padres en particular ven su derecho restringido por la corta duración de las licencias por paternidad. El plazo estipulado en las licencias por maternidad, combinado con el déficit de lactarios y espacios de cuidado en los lugares de trabajo, también atenta contra el derecho de los niños a recibir lactancia materna exclusiva durante

19. Este derecho de los padres va en línea con la normativa vigente en algunos países europeos donde se mostró, además, que los permisos de paternidad ejercen un positivo efecto en la armonización entre el ámbito público y familiar, en el desarrollo de los niños, en el ejercicio del derecho de los hombres a cuidar a sus hijos, e incluso se asoció con la disminución de la violencia hacia las mujeres. A través de políticas públicas de desarrollo de servicios de cuidado infantil, licencias y horarios flexibles, países como Dinamarca o Suecia logran que las madres se reinserten rápidamente al empleo formal (la tasa de actividad de las madres ronda el 80%), lo que contribuye fuertemente a explicar la baja pobreza infantil (Esping-Andersen, 2004).

los primeros seis meses de vida. La OMS y Unicef resaltan la importancia nutricional y emocional de este período posnatal.

Por su parte, en lo referido al dinero para cuidar, algunos países latinoamericanos implementaron (ya sea dentro de esquemas integrales o fuera de ellos) transferencias a las familias, especialmente destinadas a los niños y, en determinados casos, a los niños en su primera infancia. Se destaca particularmente el caso de Brasil Cariñoso, en el marco del Plan Brasil Sin Miseria, que desarrolló una estrategia focalizada en las familias más vulnerables que generó altos efectos redistributivos. El programa brinda apoyo a las familias que tengan una renta inferior a los 70 reales (aproximadamente 20 dólares) per cápita y con niños menores de 6 años matriculados en guarderías infantiles, y cuanto menor es el ingreso per cápita de la familia, mayor el apoyo recibido. De acuerdo con dos estudios sobre su impacto, el programa ayudó a 36 millones de personas a salir de la situación de pobreza. La pobreza y la extrema pobreza sumadas cayeron de 23,9% a 9,6% de la población. Hubo una reducción inédita de la desigualdad de los ingresos en Brasil en los últimos diez años y Bolsa Familia fue responsable del 13% de esa reducción (BID, 2015a).

Es preciso señalar que los mecanismos de transferencias monetarias son herramientas que permiten compensar los déficits producidos en un país entre las poblaciones activas y pasivas y aliviar situaciones de pobreza. Es decir, no son un mecanismo específicamente pensado en términos de cuidado (Esquivel, 2011, citada por De León, 2015). Por un lado, por los montos estipulados, ya que suponen dinero para consumir una canasta de bienes y servicios mínimos que no incluye los costos asociados al cuidado. Y, por otro lado, porque constituyen medidas generadas para alivianar la situación de pobreza de ingreso de los hogares.

Los programas de transferencias condicionadas se convirtieron en una importante innovación en el campo de los planes de superación de la pobreza en las últimas dos décadas. Mientras que en los 2000 se implementaban en cinco países, en 2014 ya existían programas de este tipo en veinte países de la región (CEPAL, 2015b). De acuerdo con estimaciones de la CEPAL, mientras la cobertura de estos programas alrededor de 2000 era del 5,7% de la población regional, en 2013 había subido al 21,5%. Sin embargo, a pesar de esa significativa ampliación, la cobertura de los programas de transferencias condicionadas aún es muy heterogénea entre los países y en su interior. La salida de la pobreza de estos hogares es, sin duda, una condición necesaria para

garantizar el efectivo goce de los derechos de los más pequeños de la región, aunque no suficiente.

2.2.3. Educación inicial y cuidado

El derecho de los niños a recibir educación inicial y cuidado también está reconocido en la normativa internacional. La importancia de la educación en los primeros años de vida de los individuos ganó un amplio consenso en las últimas décadas a medida que perdía algo de fuerza el argumento de que el cuidado de los más pequeños solo puede ser llevado adelante en el interior del hogar. Este consenso se refleja en la mayoría de los sistemas educativos de la región y puede observarse en dos fenómenos (Vera, 2013):

- *En el aumento de las tasas de cobertura de la educación inicial*, provocado por el incremento de la oferta educativa para niños en instancias previas a la educación primaria.
- *En el crecimiento del nivel inicial*, a partir de la incorporación reciente de parte o de la totalidad de la educación inicial dentro de la educación obligatoria (como se observa en el Anexo 1).

A pesar de su expansión, la cobertura en el nivel del promedio regional sigue siendo insuficiente, en especial en lo que se refiere a los establecimientos escolares de jornada extendida. Además, la presencia de la gestión privada en este tipo de oferta es notoriamente mayor a la pública (Zibecchi, 2015) y existe déficit de una oferta educativa estatal para niños más pequeños (en particular, de 0 a 2 años).

En respuesta a esta situación, emergieron a lo largo de la historia de nuestra región una multiplicidad de espacios de cuidado comunitarios y/o gestionados o regulados por el Estado a través de los ministerios de Desarrollo Social. Es posible destacar algunos casos de la experiencia internacional que son particularmente importantes.

Desde 2010, como parte de la política social y en reconocimiento de la urgencia de atender a los sectores más vulnerables, el gobierno de Costa Rica comenzó a desarrollar una red institucional de atención para niños denominada Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, que busca incrementar la cobertura y la calidad de los servicios de atención integral a la primera infancia. La política parte de una expansión de los servicios existentes, pero promueve la implemen-

tación de nuevos servicios y modalidades de atención, centrándose en la ampliación de la atención de la población de hasta 6 años en situación de pobreza mediante el programa de centros de educación y nutrición y de centros infantiles de atención integral (en jornada parcial y jornada completa respectivamente). Además, busca un mayor involucramiento de las municipalidades y otros actores en la prestación de estos servicios, así como la definición y prestación de nuevos servicios (CEPAL, 2015a).

Por su parte, los Centros para el Buen Vivir en Ecuador constituyen una herramienta fundamental en los servicios públicos de cuidado infantil del país. La gestión del servicio se realiza mayoritariamente a través de convenios con terceros que incluyen gobiernos locales, organizaciones comunales y otros miembros de la sociedad civil, que administran los recursos transferidos por el Estado. La provisión de cuidados está actualmente, en la mayoría de los casos, a cargo de estas instituciones, y representa casi el 80% de la oferta de servicios de cuidado infantil. Las instituciones privadas tienen una cobertura relativamente baja y en general atienden a los sectores con mayores ingresos (CEPAL, 2015a).

El Programa Nacional Cuna Más de Perú es un programa social focalizado llevado a cabo por fuera del SNAINA, y se encuentra a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Su objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niños menores de 3 años en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. El programa opera a través de dos modalidades de intervención: los servicios de cuidado diurno y los servicios de acompañamiento a las familias. Los primeros brindan atención integral a niños de entre 6 y 36 meses, organizada en cuatro componentes: atención alimentaria y nutricional, cuidado de la salud infantil, aprendizaje infantil y trabajo con familias. Por su parte, el Servicio de Acompañamiento a Familias realiza visitas a hogares y sesiones de socialización e interaprendizaje en locales comunales implementados por el programa, con la finalidad de promover el desarrollo y el fortalecimiento de conocimientos, capacidades y prácticas de cuidado y aprendizaje de las familias, para mejorar el desarrollo infantil de los niños menores de 36 meses.

También es destacable la experiencia Educa a tu Hijo en Cuba, que logró el 98% de atención preescolar para niños de 0 a 6 años (Martínez Bordon y Soto de la Rosa, 2012). Esto se consiguió a través de la implementación del Programa Social de Atención Educativa

que integra mecanismos formales y no formales de atención que se implementa desde 1983. Consta de dos tipos de mecanismos para la atención de la primera infancia: institucional y no institucional o no formal. Debido a que no todos los niños podían ser atendidos a través del sistema institucional, se desarrolló la vía no formal del programa, que consiste en una serie de acciones en el medio familiar, tanto las individualizadas para madres y niños como el trabajo mediante actividades conjuntas con las familias y las comunidades.

Finalmente, Uruguay comenzó en 2005 la definición de SNC, que tiene como eje la descentralización territorial para llegar a toda la población. Este sistema busca adecuar y promover procesos de cambio en la población (natalidad, envejecimiento), en las familias (división sexual del trabajo, déficit de cuidados) y en el mercado de empleo (aumento en la tasa de actividad femenina, reducción de la tasa femenina de desempleo y condiciones equitativas para varones y mujeres en el mercado laboral) (CEPAL, 2015a). Específicamente el plan prevé una expansión de la atención a la primera infancia a través de diversas modalidades de servicios adaptadas a las necesidades de cuidados de las familias. Se propone, entre otras estrategias, la ampliación de la cobertura actual del Plan Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), con un ajuste en el modelo vigente de atención ofreciendo atención diaria a niños de un año; la creación de centros en acuerdo con sindicatos y/o empresas y la ampliación y reconfiguración del actual Programa Cuidado e Inclusión Socioeducativa para la Primera Infancia del Ministerio de Desarrollo Social para que aquellas familias que no encuentren oferta pública disponible (por ejemplo, Centros CAIF) igualmente puedan enviar a sus hijos a un centro. Por último, se propone una nueva modalidad de atención llamada Casas de Cuidados Comunitarios, que consiste en cuidados en el hogar para niños de entre 45 días y hasta 12 meses a cargo de una persona previamente certificada que proporcionará cuidados de hasta tres niños, con una carga horaria semanal de hasta 40 horas.

3. La implementación de estrategias integrales para la primera infancia en América Latina

Los sistemas integrales para la promoción y protección de los derechos de la primera infancia implementados en América Latina demuestran que se requiere de estrategias de amplio alcance promo-

vidas por el más alto nivel de gobierno e incluidas en las prioridades sectoriales y en los presupuestos nacionales. Además, las estrategias deben tener en cuenta los desafíos de coordinación tanto horizontal (entre áreas de gobierno) como vertical (entre niveles jurisdiccionales).

El desarrollo de abordajes integrales para la primera infancia no ocurre en un vacío. Los diversos contextos son determinantes de la naturaleza y el alcance de las políticas, así como de su modo de implementación y de gestión. Los acuerdos institucionales que un país adopta para llevar a cabo estas políticas tienen gran influencia en la calidad, equidad y sostenibilidad de los servicios de cuidado destinados a la primera infancia (BID, 2015). Sin embargo, las distintas experiencias analizadas comparten algunos rasgos fundamentales y demuestran que es necesario recorrer gradualmente un camino de esfuerzos políticos, técnicos y fiscales coordinados y solamente liberado hacia un sistema que asegure el goce pleno de sus derechos a todos los niños.

Un sistema integral para la primera infancia requiere de programas individuales y de una infraestructura que los respalde (Kagan y Cohen, 1996). La arquitectura institucional que sustenta la implementación de las políticas públicas en el desarrollo de la primera infancia resulta crucial para su éxito, ya que la responsabilidad de las intervenciones se reparte entre varios sectores, y en algunos países se distribuye aun más entre los distintos niveles de gobierno. Además, la existencia de proveedores privados y sin fines de lucro hace más necesaria una adecuada organización para fortalecer una mayor coordinación y regulación en la ejecución de las políticas (BID, 2015).

Las experiencias internacionales analizadas coinciden en centrar su atención en: a) la definición y articulación de instancias que tengan el rol de rectoría del sistema, así como en b) la coordinación como mecanismo para asegurar la integralidad. Además, resaltan la importancia de: c) definir el flujo lógico de las políticas; d) el financiamiento; e) la territorialidad de las políticas, y f) los mecanismos de monitoreo y evaluación.

3.1. Definición de la función de rectoría

Los avances en la integralidad implican en primer lugar articular y definir una instancia que ejerza el rol de rectoría. El organismo a cargo de esta función debe contar con un empoderamiento normativo

pero también con el apoyo político y los recursos técnicos y presupuestarios necesarios para llevar adelante su tarea (Repetto, 2014).

La definición de la rectoría de los sistemas de infancia (más allá de su grado de avance real) está explícitamente establecida en varias de las leyes y los códigos de protección de la región.

El ejercicio efectivo de la función de gobierno y de rectoría varía. Como se desprende del cuadro anterior, en varios países las leyes y los códigos de protección asignan la rectoría de las estrategias de primera infancia a secretarías, direcciones e instituciones de infancia que dependen de ministerios, o a entes de menor jerarquía dentro de los organigramas administrativos. En estos últimos casos (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela), la capacidad de rectoría de estas instituciones puede verse afectada por lógicas políticas inherentes al sistema, así como por su situación jerárquica dentro de los organigramas administrativos, por falta de recursos y reconocimiento institucional (Morlachetti, 2013). En muchos casos, esto deriva en dificultades de coordinación e implementación de las estrategias y lleva a un distanciamiento cada vez mayor entre la normativa y su aplicación.

Por su parte, países como Colombia, El Salvador y República Dominicana posicionan como autoridad rectora y de articulación a

Cuadro 6. Rectoría de las estrategias de protección a la infancia, por país latinoamericano

País	Institución rectora
Bolivia	Viceministerio de igualdad de oportunidades
Brasil	Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente (CONANDA)
Colombia	Comisión Intersectorial de Primera Infancia
Costa Rica	Secretaría Técnica de la Red Nacional de Cuidado y Desarrollo Infantil
Ecuador	Ministerio de Inclusión Económica y Social
El Salvador	Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia
Nicaragua	Consejo de Atención y Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia / Ministerio de la Familia
Paraguay	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
Perú	Ministerio de la Mujer y de Desarrollo Social
Guatemala	Secretaría de Bienestar Social
República Dominicana	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) y su Directorio Nacional
Uruguay	Ministerio de Desarrollo Social
Venezuela	Ministerio del Poder Popular a través del Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes

Fuente: CIPPEC, sobre la base de Morlachetti (2013) e información disponible.

consejos nacionales, que son espacios de articulación y participación de diferentes organismos y ministerios del sector público y privado y entidades no gubernamentales del ámbito de la atención de los derechos de la niñez. Estos sistemas no optan por una entidad rectora centralizada, sino por una estructura colegiada, que implica el involucramiento de los niveles locales, departamentales y nacionales. Este tipo de enfoque busca promover la creación de sinergias y el trabajo colaborativo, a la vez que enfatiza la participación de la sociedad civil en la elaboración, el monitoreo y la evaluación de las políticas, otorgándoles así un grado mayor de legitimidad. Es destacable el caso de Brasil, en el que la conformación del Consejo es paritaria con catorce representantes de órganos de gobierno y catorce representantes de la sociedad civil organizada.

Además, el caso colombiano ofrece una perspectiva descentralizada de las políticas. Si bien es la Comisión Interinstitucional la que coordina la estrategia, y la Presidencia de la República la que preside la comisión (a través de un órgano de carácter técnico) y coordina el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de las acciones, las autoridades locales deben liderar la articulación en el territorio (Repetto, 2014).

Finalmente, el caso de Uruguay presenta un desafío particular, dado que si bien el rol rector lo tiene formalmente el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, es el Ministerio de Desarrollo Social el ámbito donde se ubica Uruguay Crece Contigo y desde el cual se gestiona el Sistema Nacional de Cuidados.

3.2. Coordinación intersectorial

Las políticas dirigidas a la primera infancia son multidisciplinarias y multisectoriales, y brindan un marco de referencia que puede coordinar el trabajo de los diferentes sectores del gobierno que se necesitan para prestar servicios integrados y de calidad (Banco Mundial, 2010). La puesta en marcha de estas políticas en los casos latinoamericanos analizados tuvo como base un diseño que incluyó a todos los sectores que luego se verían involucrados en su implementación, factor clave para asegurar su legitimidad y efectividad. Como se mencionó, los casos de Colombia y Chile se destacan en este sentido.

El diagnóstico participativo y la planificación conjunta crean un sentido de “apropiación de las políticas” por parte de quienes toman las

decisiones. En este sentido, un rasgo fundamental que se encuentra en la mayoría de los países de la región es la creación de comisiones o plataformas interinstitucionales como ámbitos de coordinación que reúnen a las diversas instituciones involucradas en los programas. Se destacan especialmente las experiencias de Nicaragua y Panamá.

El plan integral en Nicaragua sostiene la importancia de establecer alianzas interinstitucionales y sectoriales para la implementación de la política. En este contexto, la Comisión Nacional de Amor por los más Chiquitos y Chiquitas, compuesta por representantes de los ministerios de familia, adolescencia y niñez, de educación y de salud, juega un rol articulador de todos los programas y acciones estratégicas dirigidos a la primera infancia. A su vez, la Comisión Nacional creó comisiones departamentales y municipales, instancias de coordinación territorial que funcionan como nexo entre el gobierno nacional, los gobiernos municipales y todas las demás instituciones del Estado, así como con organizaciones sociales, comunitarias y representantes de las mujeres y las familias.

Por su parte, el énfasis en el plan de Panamá está puesto en la necesidad de una reforma que permita el fortalecimiento del entramado institucional y la articulación de esfuerzos entre las diferentes áreas que participan del sistema. En este contexto, se conformó una plataforma intersectorial compuesta por los ministerios de desarrollo social, educación y salud. Este tipo de perspectiva produce numerosas ventajas a través del mayor aprovechamiento de las competencias de cada sector y de las sinergias que se generan con la posibilidad de armonizar las acciones (SIPI-SITEAL, 2014). El Consejo Asesor de la Primera Infancia, integrado por instituciones públicas, privadas y OSC que tienen que ver con la primera infancia en el país, es el encargado de su implementación y articulación, junto al Comité Técnico de Apoyo al Consejo.

3.3. El flujo lógico de las políticas

Para abordar los complejos desafíos que supone una política integral es necesario contar con una puerta de entrada al sistema de protección y desarrollar e implementar un flujo lógico que permita acompañar el tránsito de los titulares, fortaleciendo la articulación entre las prestaciones y los controles y las alertas que permitan detectar situaciones de riesgo.

La mayoría de los países de la región que cuentan con estrategias nacionales de protección a la primera infancia consideran el embarazo como punto de partida del sistema de protección, y el área de salud pública constituye la puerta de entrada a los servicios de atención. Las investigaciones muestran que el cuidado de la salud prenatal que comienza durante el primer trimestre, con el suplemento nutricional adecuado y con actividades de cercanía de educación prenatal relacionadas con el desarrollo infantil, la salud, la nutrición y las destrezas para el cuidado de los niños, puede reducir significativamente la mortalidad infantil y materna, disminuir la tasa de bajo peso al nacer y preparar a los padres para un cuidado positivo de los niños (Ceden, 1989).

La atención prenatal constituye un eje fundamental en los casos de Chile, Colombia, Panamá y Uruguay, que desarrollaron programas específicos orientados al control del embarazo y la lactancia y al acompañamiento familiar a través de acciones de educación de los padres y la comunidad. Los controles de salud encienden las alertas oportunas y derivan a las prestaciones necesarias según cada caso, lo que permite que las familias accedan a una atención integral desde el embarazo. En todas las estrategias se observa un especial énfasis en la detección de casos vulnerables a partir de un sistema coordinado de derivaciones y alertas, basado en la generación de información permanente y articulada entre los distintos sectores, que permite hacer un seguimiento de las trayectorias de las familias. En este sentido, el trabajo en el territorio es un componente esencial.

En el caso de Uruguay Crece Contigo, son los equipos de cercanía los que detectan a las familias más vulnerables que deben recibir las distintas prestaciones. La captación de estas se realiza de dos maneras: por un lado, los equipos del MIDES identifican los hogares elegibles para la tarjeta Uruguay Social con niños menores de 4 años y verifican la presencia de riesgo o daño biológico como criterio de selección para el acompañamiento; por otro, los equipos de cercanía en el territorio captan familias que reúnan los criterios (Repetto, 2014). En este país resulta clave el reciente rol del Sistema Nacional de Cuidados.

En Chile, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial constituye la puerta de entrada al sistema Chile Crece Contigo, implementado por el Ministerio de Salud. En el primer control de embarazo se realiza una ficha de protección social que permite visualizar las vulnerabilidades biopsicosociales y derivar a los servicios correspon-

dientes. En los casos de contextos vulnerables, se proponen estrategias focalizadas, entre las que se destacan las visitas domiciliarias a niños menores de 6 años y sus familias por un equipo multidisciplinario. La entrega de servicios de salud a través de la estrategia de atención en el domicilio de las personas complementa, así, otras intervenciones realizadas en el centro de salud orientadas a alcanzar un óptimo desarrollo biopsicosocial de los niños.

El sistema establece definiciones claras de las líneas de acción e identifica a los actores responsables en cada caso. En los municipios existe un equipo de Chile Crece Contigo que genera las condiciones facilitadoras y el despliegue de estrategias intersectoriales según cada contexto. Los ministerios de Educación y de Trabajo junto al Servicio Nacional de la Mujer, la Junta Nacional de Jardines Infantiles y el Fondo Nacional para la Discapacidad tienen la responsabilidad de ejecutar el resto de las prestaciones del sistema. La transición de los titulares se desarrolla de manera coordinada y articulada por el Ministerio de Desarrollo Social, y garantiza el cumplimiento efectivo de todos los derechos a lo largo de las sucesivas etapas de la vida.

Por su parte, la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia en Colombia creó la Ruta Integral de Atenciones (RIA), instrumento que sirve para orientar a las autoridades territoriales y a los demás actores responsables de la implementación de la estrategia. Esta herramienta permite ordenar la gestión de la atención integral de acuerdo con las características de los niños de cada territorio y de sus contextos. Los momentos ordenadores de la RIA se encuentran en línea con el enfoque del “ciclo de vida”, y atienden las necesidades específicas de cada niño al tiempo que brindan el apoyo necesario a su entorno. Es así como la RIA ofrece tanto atenciones universales como focalizadas, vinculadas a la identificación, rehabilitación y restablecimiento de derechos que deben desarrollarse a nivel territorial para garantizar los derechos de las mujeres embarazadas y de la primera infancia.

Finalmente, otro de los casos destacables en la implementación de estas tecnologías de gestión es el de Panamá. Para alcanzar las metas establecidas por el PAIPI y verificar las diferentes atenciones establecidas en la Ruta de Atención Integral de la Primera Infancia se elaboró la nueva Libreta del Niño, que permite verificar y monitorear el desarrollo infantil. Esta herramienta promueve el seguimiento de cada niño y la identificación de riesgos a tiempo, y busca servir como instrumento de articulación de los diferentes servicios y prestaciones

dirigidos a la primera infancia a lo largo del ciclo de vida desde la gestación hasta los 5 años.

3.4. Financiamiento

Para dar efectividad a los derechos de la niñez, los Estados deben asignar el máximo de los recursos disponibles para la realización de los derechos reconocidos en la Convención como lo dispone el artículo 4° de la CIDN. Esto supone destinar una proporción de los presupuestos nacionales y de otros presupuestos locales que sean afectados, en forma tanto directa como indirecta, a garantizar la vigencia de esos derechos.

La financiación programática estable y suficiente y las prácticas de gestión financiera con rendición de cuentas son centrales en la creación y el manejo de programas de desarrollo de la primera infancia a gran escala. La transparencia, la producción y el uso de la información son aspectos fundamentales para lograr adecuadas herramientas de fiscalidad. Varios de los programas implementados en la región hicieron esfuerzos importantes para asegurar la rendición de cuentas y la transparencia financiera (Unicef, 2009b). Para alcanzar los objetivos planteados por las estrategias nacionales, el financiamiento público de los servicios para la infancia en la región aumentó sustancialmente. Brasil, por ejemplo, entre 2004 y 2012 registró un incremento del 7% anual en el gasto fiscal para la primera infancia, lo que supera ampliamente el 4,25% de la tasa de crecimiento anual del PBI (BID, 2015b).

A pesar de este aumento en las asignaciones presupuestarias, el gasto en primera infancia sigue siendo insuficiente para asegurar la calidad en la prestación de los servicios y la adecuada institucionalidad para sustentarlos. En la mayoría de las legislaciones se prevén partidas presupuestarias que provienen de los presupuestos ordinarios e ingresos, pero no está determinado un porcentaje de asignación presupuestaria específico. Esto puede afectar el debido respaldo financiero y la puesta en marcha de la institucionalidad prevista en la normativa de infancia, así como la instalación del sistema de protección y el flujo necesario de los recursos para el funcionamiento de las instituciones, dado que obliga cada año a la negociación política para obtener los recursos necesarios (Morlachetti, 2013). Además, las fuentes de financiamiento suelen ser inestables, lo que vuelve

impredecible la provisión de servicios y su estabilidad a largo plazo, dejando el financiamiento sujeto a ciclos políticos y voluntarismos (BID, 2015b).

Sin embargo, es posible recuperar algunos de los casos regionales analizados que avanzaron en el diseño normativo y en la implementación de modelos de financiamiento para el funcionamiento de los sistemas de protección de la primera infancia.

En Colombia, en 2012, a través de la ley tributaria 1.607, la financiación para programas para la primera infancia fue trasladada del impuesto parafiscal a la nómina destinada al ICBF por el Impuesto sobre la Renta para la Equidad-CREE a los dividendos de las firmas. La asignación para el ICBF debe ser como mínimo equivalente a su presupuesto en la vigencia fiscal de 2013 más ajustes de inflación y dos puntos porcentuales adicionales anualmente. Además, se autorizó la distribución de recursos del Sistema General de Participaciones para la atención integral a la primera infancia en los municipios del país, en los casos en que la economía crece por encima del 4%. Los efectos de esta reforma, que busca asegurar sostenibilidad, están aún por ser evaluados y en la ejecución de los recursos enfrenta problemas en la práctica relacionados con el esquema institucional dado que son las oficinas regionales las que realizan las contrataciones de los operadores (Bernal, 2014).

La ley 9.220 de Costa Rica que establece la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil prevé la asignación de, al menos, el 4% de todos los ingresos anuales del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF)²⁰ para el funcionamiento de la red. Se estipula que los fondos deberán ser utilizados para la operación, construcción, ampliación y mejora de la infraestructura de los centros (art. 15).

El Código de Ecuador creó el Fondo Nacional para la Protección de la Niñez y Adolescencia que se conforma con aportes tanto privados como públicos provenientes de tasas, contribuciones y cooperación internacional. A su vez, en el texto se señala explícitamente que es obligación del Estado proveer recursos financieros para la operación del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia.

El Código de República Dominicana establece la asignación de un presupuesto anual específico al Consejo Nacional para la Niñez

20. El FODESAF es un fondo que reúne los aportes patronales y de los trabajadores y otros impuestos y aportes específicamente destinados a financiar la inversión social. Se constituye como la principal herramienta para financiar políticas sociales en Costa Rica.

y la Adolescencia equivalente a un mínimo del 2% del presupuesto nacional.

En el Plan de Panamá el financiamiento ocupa un lugar central como una de sus áreas estratégicas. Uno de sus objetivos centrales es maximizar la efectividad de los recursos técnicos y económicos que se están invirtiendo en la primera infancia y asegurar un manejo equilibrado en todas las áreas clave identificadas para esta etapa. Para ello, se efectivizó un mecanismo de articulación de recursos económicos dirigidos a la primera infancia basado en el diagnóstico y el planeamiento, orientado a lograr una mayor efectividad en la inversión e identificar nuevos recursos para financiar las iniciativas y los programas que se desarrollen en el marco del PAIPI. A su vez, se implementó un fondo de financiamiento de proyectos dirigidos a la atención integral de los niños de 0 a 6 años para incentivar los programas relacionados con intervenciones enmarcadas en la estrategia que contribuyan en la consecución de sus objetivos.

El texto del plan de Nicaragua establece que los recursos financieros necesarios para la implementación de la política nacional para la primera infancia deben ser obtenidos de fondos públicos nacionales y municipales, de la cooperación externa y de las alianzas público-privadas.

Por su parte, en 2007, a través de la ley 28.927 de Presupuesto Público, Perú estableció la aplicación de la gestión presupuestaria por resultados en las once acciones prioritarias a favor de la infancia²¹ (Unicef, 2014). Los programas presupuestarios con enfoque de resultados representan un avance significativo para la gestión del Estado peruano, en la búsqueda de una adecuada asignación de recursos. La Programación Presupuestaria Estratégica es un proceso en el que se relacionan los resultados con los productos, las acciones y los medios necesarios para su ejecución, los cuales se basan en la información y la experiencia existentes. Estos programas priorizan

21. Las once acciones son: 1) registro de nacimientos y de identidad; 2) atención de la mujer gestante; 3) atención del niño menor de 5 años; 4) atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas; 5) atención del neonato menor de 29 días; 6) control de asistencia de profesores y alumnos; 7) atención educativa prioritaria a niños de 5 a 7 años; 8) formación en matemática y comprensión de lectura al final de primer ciclo de primaria (segundo año de primaria); 9) supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación a docentes; 10) atención a la infraestructura escolar en condiciones de riesgo, y 11) abastecimiento de agua segura y vigilancia y control de la calidad del agua para consumo.

la ejecución del gasto en función de determinados logros, cuyos efectos sinérgicos pueden deducirse o proyectarse en el ámbito social y económico (BID, 2011).

Más allá de los marcos legales y normativos, es interesante observar los esfuerzos financieros y fiscales reales que realiza cada país para mejorar las condiciones de vida de la primera infancia. En este sentido, el gasto público dirigido a este grupo etario es un claro indicador del nivel de compromiso de los Estados en garantizar el pleno ejercicio de los derechos de los niños. De acuerdo con un reciente estudio realizado por el Sistema de Información sobre la Primera Infancia (SIPI) sobre nueve países de América Latina, las políticas sociales vinculadas con la primera infancia representaron de manera acumulada entre 0,5 y 1,6 puntos porcentuales del PBI de cada país en 2013. Honduras y Perú se ubican en primer lugar destinando el 1,6% del PBI, seguidos por la Argentina y Costa Rica, que destinaron el 1,5%. Paraguay, El Salvador, Guatemala, México y Colombia se ubican en el otro extremo pues dedican menos del 1% del ingreso total del país a las políticas para la primera infancia²² (SIPI-SITEAL, 2015). Es necesario señalar, sin embargo, que la comparabilidad entre los países está limitada por la existencia de información heterogénea y la variación en los universos de análisis.

3.5. Territorialidad

Los sistemas de protección social se organizan de distintas maneras para llegar al territorio. Algunos mantienen la responsabilidad en el nivel central, que genera estructuras territoriales de diverso tipo para acercarse a los ciudadanos. Otros avanzan hacia la descentralización institucional, que traslada parte de la responsabilidad política y técnica para la elaboración de la política pública, su ejecución y fiscalización a los ámbitos regionales, departamentales y municipales (Morlachetti, 2013). En cualquier caso, el diseño y la implementación de estrategias nacionales para la protección de los derechos lleva implícita la adecuación de las políticas a los contextos locales.

En la región se puede observar un aumento de la participación de

22. 0,5% en Colombia, 0,8% en México, 0,9% en Guatemala, 1% en Paraguay y El Salvador. Para más información acerca del gasto público dirigido a la niñez en la Argentina, véase el capítulo 3.

los municipios en la ejecución de iniciativas para la primera infancia, así como de los gobiernos locales. Para asegurar una protección integral también a nivel local, a los procesos intersectoriales nacionales deben corresponder ámbitos locales de cooperación y coordinación de acciones.

En los códigos de infancia y en las leyes de protección integral de Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela se establecen diversos niveles de descentralización, con diferentes grados de responsabilidad para la institucionalidad regional, departamental o municipal en materia de primera infancia.

El plan nicaragüense señala la existencia de “comisiones de amor por los más chiquitos y las más chiquitas” en los niveles departamental y municipal. Estas instancias se vinculan estrechamente con el gabinete del poder ciudadano, los consejos de familia, los gobiernos municipales y otras organizaciones sociales y comunitarias (SIPI-SITEAL, 2014).

En el caso de Brasil, la aplicación del plan se enmarca en el sistema federal del país: la política establece líneas directrices, objetivos y metas de nivel nacional, y prevé el diseño de planes correspondientes al plano de estados y de municipios. El objetivo de la descentralización es adecuar las acciones a los contextos locales, tomando en cuenta las necesidades, las demandas y los recursos propios a cada territorio. En este proceso, las entidades locales son autónomas, como se establece en la Constitución del país.

En Colombia, la estrategia para la protección de los derechos de la infancia se basa en la ley 1.098, de Infancia y Adolescencia (2006), en la que se estableció la obligación de los gobernantes en el ámbito nacional, departamental y municipal de liderar el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas públicas dirigidas a todos los niños y adolescentes. En este contexto, los planes de desarrollo en los departamentos y municipios deben reflejar el compromiso nacional hacia la protección integral de la primera infancia. La estructura colegiada de la rectoría del sistema exige la articulación de los objetivos entre el orden territorial y el nacional, para traducir la ruta integral en el territorio. También exige una cooperación técnica en términos de provisión de información, capacitaciones, asesorías específicas, pasantías, intercambio de experiencias y acompañamientos en campo. Así, la política involucra los niveles nacional, departamental y municipal (Presidencia de la República de Colombia, 2012).

3.6. Herramientas de gestión: información, monitoreo y evaluación

Los problemas que debe atender cada programa están estrechamente vinculados con el contexto y las posibilidades de cada país. En este sentido, es imprescindible contar con información pertinente y actualizada, y con sistemas de evaluación y monitoreo para asegurar la adecuación y el éxito en su desarrollo y acompañar los procesos de formulación e implementación de las políticas. Gran parte de los países de la región progresaron en la consecución de sistemas integrados de información social. En algunos casos, se avanzó específicamente en generar sistemas que releven la información de familias con niños en primera infancia, y en otros, más generalmente sobre el total de la población (aunque en la mayoría de los casos se toma algún criterio de focalización socioeconómico). Son varios los países que, sobre esta base, ensayaron sistemas de monitoreo y evaluación que sirvieron para ajustar las políticas con el fin de hacerlas más oportunas y eficaces.

El sistema nacional de protección y atención integral a la primera infancia Quisqueya Empieza Contigo de República Dominicana tiene como objetivo principal ordenar, articular, integrar y regular la oferta de servicios existentes en el país, y ampliar la oferta en cobertura y calidad. Para lograrlo, una de las estrategias fundamentales es establecer un sistema de información, monitoreo y evaluación para dar seguimiento a los indicadores de desarrollo de primera infancia que incluya las perspectivas de salud, educación, orientación y psicología, así como los enfoques de género y derecho. A fines de 2014 se encontraban en diseño el sistema de información y el sistema de monitoreo y evaluación de QEC, a través de una asesoría del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). República Dominicana aún enfrenta el desafío de generar un sistema realmente integral a partir de la diversidad de intervenciones existentes (Díaz Langou y Aulicino, 2015).

El plan panameño vincula los mecanismos de monitoreo y evaluación en forma directa con la reforma institucional planteada dentro de la estrategia nacional. La evaluación se realiza tanto a nivel nacional como internacional, vinculada a la fuerte presencia de agencias internacionales en el proceso de elaboración del plan y en su financiamiento.

En Brasil, la propuesta señala la creación de un sistema nacional de seguimiento del plan, compuesto por representantes de los distintos

sectores asociados a la política, con el fin de difundir periódicamente los resultados de las evaluaciones.

En Nicaragua se prevé un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación basado en indicadores de calidad. La estrategia postula el desarrollo de un plan de acción quinquenal que integre metas, indicadores cualitativos y cuantitativos por derechos y áreas, proyectando su cumplimiento a corto, mediano y largo plazo. El plan de acción establece, además, momentos de cumplimiento de metas, actividades, responsables, cronogramas y financiamientos. El sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación propuesto tiene como objetivo valorar sistemáticamente los impactos de procesos y de resultados, identificar los aciertos, prever riesgos, reconocer las disfuncionalidades y establecer mecanismos correctivos para superar las dificultades encontradas. Los procesos de medición de la política se realizan por medio de indicadores de calidad que se definen y aplican por medio de un sistema permanente de inspección, retroalimentación y seguimiento.

En los últimos años, en Perú se enfatizó en la necesidad de que las políticas públicas en implementación tengan un componente de monitoreo y evaluación que, sustentado en evidencias, sea capaz de generar información útil para la toma de decisiones y para garantizar el éxito en los resultados, así como lograr que estas intervenciones sean transparentes y capaces de rendir cuentas a la sociedad en general. En este sentido, el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, PNAIA 2012-2021 (SIMONE 2021) es un instrumento fundamental para la toma de decisiones, que permite detectar a tiempo los problemas y acordar las medidas correctivas oportunas, a fin de superar los obstáculos particulares de cada contexto (Unicef, 2006).

Finalmente, es particularmente destacable el caso de Colombia, que propone un seguimiento individual, niño a niño, mediante el desarrollo de una herramienta informática que permita recopilar la información necesaria con respecto a la aplicación de las acciones y su impacto en cada niño.

Si bien existe un consenso cada vez más general sobre la importancia de los datos para fundamentar las decisiones de políticas, la disponibilidad y el uso de los sistemas de monitoreo y de información encuentran en la región grandes limitaciones. A pesar de estos avances, y de acuerdo con una reciente investigación desarrollada por el BID (2015b), los sistemas mencionados tienen cuatro desafíos principales:

- 1) *Centrarse en la recopilación de indicadores de resultados, efectos o impactos* (como indicadores de desarrollo a nivel del niño) más que en producir información cuantitativa. Los sistemas de datos nominales tienen al individuo en su centro y permiten su seguimiento, así como el de las intervenciones de las que son objeto, entre sectores y dentro de un determinado sector.
- 2) *Utilizar los sistemas de datos como instrumentos para mejorar la calidad*. Los datos no siempre están actualizados ni bien agregados debido a limitaciones fiscales o a decisiones de gobierno, lo que dificulta el desarrollo de los programas y la asignación de los recursos.
- 3) *Mejorar las capacidades institucionales y humanas*. El uso de la tecnología y la conectividad son fundamentales para la constitución de un sistema moderno de datos. Las capacidades técnicas varían no solo entre los diferentes países sino también entre las distintas instituciones y al interior de las ellas en cada país.
- 4) *Entender la calidad desde una perspectiva sistémica, orientando la recopilación y el uso de los datos de manera integral*. Con una fuerte planificación central, los sistemas de datos consolidados permiten compartir fácilmente información entre ministerios y producir nuevos datos a partir de su fusión.

Las herramientas de monitoreo y evaluación son útiles para adaptar las políticas en función de los obstáculos encontrados en el período de implementación, identificar buenas prácticas y realizar posteriores ajustes de las estrategias de protección a partir de la experiencia acumulada. Es necesario construir sistemas de datos consolidados y actualizados que promuevan su integración y utilización en la toma de decisiones.

A modo de cierre

La gran mayoría de los gobiernos del mundo comprendieron la importancia central de la primera infancia y la colocaron en el centro de sus agendas. Este reconocimiento parte tanto del nuevo marco normativo internacional, que fue adoptado progresivamente y adaptado a las realidades locales a través de normativas propias, como de la valoración de la importancia de invertir en primera infancia para

asegurar no solo el desarrollo pleno del potencial de todos los niños sino de la sociedad en su conjunto.

En particular, América Latina desarrolló numerosos avances en este sentido. La diversidad de escenarios sociales, políticos y económicos condiciona las estrategias y las políticas elegidas y los avances en términos de desarrollo de sistemas integrales varían en cada país. Sin embargo, los procesos de diseño e implementación de estas estrategias integrales analizados en este apartado permiten extraer una serie de lecciones aprendidas (tanto de los avances como de los obstáculos y desafíos encontrados) que pueden ser utilizadas, con sus adaptaciones, para el caso argentino. En particular, se destacan las lecciones en torno a cinco dimensiones fundamentales: construcción y gestión de la integralidad, universalidad, calidad, flujos de la política e importancia de los sistemas integrados de información social y mecanismos de financiamiento.

Así, avanzar hacia un sistema integral supone recorrer gradualmente un camino de esfuerzos políticos, técnicos y fiscales que requieren del compromiso de todos los actores vinculados con la primera infancia.

CAPÍTULO 5

Recomendaciones de política pública en pos de un sistema integral y federal de primera infancia

La primera infancia debe ser una prioridad política, económica y social. A partir del análisis de la situación nacional y de las lecciones aprendidas a nivel internacional, a continuación se presenta un conjunto de recomendaciones para avanzar hacia un sistema integral de primera infancia en “clave federal”, que contribuya a un efectivo goce de derechos y aborde las cuatro dimensiones mencionadas: la institucional, la salud y la nutrición, las licencias y las transferencias, y el cuidado y la educación inicial.

Estas recomendaciones adoptan un enfoque de ciclo de vida que abarca desde el embarazo hasta los 4 años. Buscan mejorar la calidad y las condiciones de vida de 3.337.652 niños de 0 a 4 años (INDEC, 2010), las madres embarazadas y las familias, con prioridad en los más vulnerables. Para que constituyan recomendaciones con viabilidad técnica, política y fiscal, se realizó una evaluación de la inversión requerida para implementar estas políticas nodales para contrastar con la inversión actual presentada en el capítulo 3. Además, se realizó un ejercicio de costeo que implicó analizar los costos de implementar progresivamente (de 2016 a 2019) las diez políticas con mayor peso presupuestario dentro de las planteadas. A partir de esta selección, se costearon las políticas según tres alternativas –de máxima, media y mínima–, que suponen distintos grados de ambición en la implementación. Este abanico de opciones permite una discusión democrática del futuro de las políticas destinadas a la primera infancia sin preestablecer un marco único.

Este capítulo primero presenta las políticas propuestas ordenadas según las cuatro dimensiones y los recursos requeridos para alcanzar las metas por separado. Luego, un cuadro sintetiza las políticas planteadas y su clasificación, otro cuadro exhibe el costo nominal de

las metas de 2016 a 2019 (para cada año, en pesos de diciembre de 2015), se examina la inversión incremental requerida como porcentaje del PBI para cada conjunto de metas y se presentan las conclusiones que se desprenden del análisis.

Las orientaciones de políticas públicas aquí planteadas suponen poner en práctica una multiplicidad de instrumentos y herramientas, que van desde la creación de nueva infraestructura física hasta la reformulación de programas, la elaboración de estrategias específicas, el fortalecimiento de la institucionalidad federal en torno a la temática y la promoción de cambios culturales de mediano y largo plazo. Será, sin duda, el sistema político el que defina oportunamente prioridades, rutas críticas, caminos posibles y factibles.

1. Institucionalidad

1.1. Crear una institución rectora a nivel nacional

Esto supone la creación de un organismo de primera infancia que funcione como institución rectora encargada de fijar los objetivos y las metas para una política integral. Siguiendo a Carlos Acuña y Fabián Repetto (2009), se propone que este organismo se encargue de la planificación intertemporal de una política integral de primera infancia considerando las prioridades y la metodología de intervención para todos los niveles, como también de la asignación de responsabilidades, funciones y recursos a las áreas y actores responsables de políticas de primera infancia. Resulta fundamental que el organismo pueda controlar las herramientas de carácter presupuestario, incluyendo la distribución de los recursos y la asignación y reasignación de fondos necesarios para el cumplimiento de las actividades, responsabilidades y funciones de todas las áreas vinculadas a la primera infancia, ya que constituirá un incentivo fundamental para que los sectores lo reconozcan como una autoridad en la materia, sin que ello vaya en detrimento del ejercicio de sus propias potestades sectoriales.

Se propone que el organismo también se ocupe del monitoreo del avance de las actividades y el alcance de metas en tiempo y forma. Sobre esa base, se debería sistematizar la información pertinente (idealmente plasmándola en un sistema integrado, único y accesible) y desarrollar evaluaciones de procesos, resultados e impactos de las políticas implementadas. Sobre los resultados de estos estudios, el

organismo podrá guiar de manera informada la redefinición de la política (sus alcances, objetivos y metas) en los casos que sea necesaria.

La instancia rectora también debería garantizar que se genere un proceso de sensibilización y capacitación continua dirigido a todos los funcionarios públicos del nivel nacional que estén involucrados en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la primera infancia. El foco de este proceso debería estar puesto en difundir el paradigma de derechos y en trabajar sobre sus implicancias concretas respecto de cómo se debería colocar concretamente al niño en el centro del accionar del Estado. En este contexto, se requiere de una amplia estrategia comunicacional, destinada tanto a informar acerca de los derechos fundamentales de la niñez y su exigibilidad como a promover un cambio cultural de envergadura respecto del paradigma adultocéntrico hoy vigente. El órgano rector debería liderar esta campaña multinivel que también debería brindar información sobre los recursos existentes y cómo acceder a ellos.

Para asegurar el correcto ejercicio de todas estas funciones es necesario que estén integradas en un mismo organismo que cuente con elevada autoridad política, sin por ello aumentar la burocratización. Idealmente, debería depender directamente de Presidencia pero, en caso de que no estén dadas las condiciones necesarias, se sugiere que sea ubicado en un rango superior al de los organismos sectoriales (por ejemplo, en el marco de la jefatura de gabinete de ministros) para lograr promover la mayor autonomía posible.

Esta institución rectora no debería encargarse de implementar políticas, sino que su foco tendría que estar colocado en la articulación entre todos los actores que se ocupan de la ejecución de intervenciones dirigidas a familias con niños en su primera infancia y, en particular, con la SENNAF.

1.2. Consensuar un pacto federal por la primera infancia

Se sugiere promover un pacto federal por la primera infancia, que incluya acuerdos interjurisdiccionales de contenidos de políticas y la inversión correspondiente de los distintos niveles de gobierno. Para homogeneizar el punto de partida de todas las provincias y municipios es necesario promover la creación de partidas federales (en el marco del fondo que se plantea a continuación), coordinadas por el órgano rector de primera infancia, que garanticen la autonomía de las pro-

vincias y los recursos financieros necesarios para llevar adelante las estrategias de primera infancia.

Se sugiere promover en paralelo mecanismos de gestión apropiados en todos los niveles de gobierno, que fortalezcan la capacidad técnica y promuevan la transparencia (en especial, sistemas de información, monitoreo y evaluación). Estos mecanismos deberán generar información pertinente y relevante acerca del desempeño de las provincias en la materia, para promover incentivos fiscales e institucionales apropiados y asegurar la equidad territorial (para esto, es posible retomar los esquemas propuestos por el Programa Sumar). También se propone, siguiendo el ejemplo del índice de gestión descentralizada de Brasil, que se premie con transferencias mayores a las jurisdicciones que más mejoran en el cumplimiento de las metas. Esto debe ser complementado con capacitaciones y acompañamiento para las jurisdicciones que evidencian un peor desempeño relativo.

1.3. Promover la sanción de una ley de financiamiento para la primera infancia

Una condición necesaria para lograr revertir la actual situación de vulneración de derechos de los niños en su primera infancia en la Argentina es contar con los recursos necesarios para el desarrollo de las propuestas que serán detalladas a continuación. Tomando en consideración la Ley de Protección Integral (26.061), aquí se propone la promoción de una nueva ley que reconozca la urgencia que se requiere para actuar ante la situación particularmente grave de los niños en su primera infancia.

No se sugiere que esta nueva ley avance en generar lineamientos concretos para el abordaje con familias que tengan niños en su primera infancia, ya que la Ley de Protección Integral y el nuevo Código Civil se consideran herramientas normativas suficientes. Se recomienda que esta nueva ley sirva para asegurar el financiamiento para las políticas de primera infancia, siguiendo el ejemplo de la Ley de Financiamiento Educativo. La ley puede ser el marco para la creación de un fondo de asignación específica para las políticas dirigidas a la primera infancia que debería discutirse en el marco del Plan Federal, y sobre el cual la institución rectora debería tener control.

En función del escenario de inversión que se presenta en el último

apartado de este capítulo, se propone que se abogue por un fondo de expansión gradual y que en 2019 llegue a alcanzar, al menos, 1,15% del PBI, adicional a la inversión que el Estado nacional hacía en 2015.

2. Salud y nutrición

2.1. Promover estrategias de protección integral a los derechos sexuales y reproductivos

La mortalidad materna es uno de los indicadores que peor evolución mostró en el capítulo 2 y fue un Objetivo de Desarrollo del Milenio que la Argentina incumplió. Resulta fundamental avanzar en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, partiendo del reconocimiento de los importantes avances de los últimos años con el PNSSYPR y con los Lineamientos Curriculares de Educación Sexual Integral.

El PNSSYPR (establecido en 2002 por la ley 25.673) busca que la población alcance un nivel más elevado de salud sexual y reproductiva para que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia en relación con su sexualidad y procreación. En este sentido, se busca garantizar que el embarazo sea intencional, para lo que resulta indispensable asegurar el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable para toda la población.

Por su parte, la Ley Nacional de Educación Sexual Integral 26.150 (2006) y los Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral establecen como propósito primordial la responsabilidad del Estado de hacer válido el derecho de niños y adolescentes a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos del país, privados o estatales, confesionales o laicos, de nivel inicial, primario, secundario y superior.

Sin embargo, la implementación de lo establecido en estas normativas varía entre las distintas provincias y en el interior de ellas. Para revertir esta situación se propone el desarrollo de acciones de auditoría y monitoreo de la entrega gratuita de métodos anticonceptivos en los centros de salud, y la inclusión de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC, por su sigla en inglés) como parte de los que se entregan gratuitamente y dentro del Plan Médico Obligatorio. También se propone avanzar en una más amplia distribución de

métodos anticonceptivos (más allá del sistema de salud), que incluya, por ejemplo, la libre disponibilidad en escuelas.

Además, se sugiere supervisar la incorporación de contenidos de educación sexual integral en las escuelas. Dentro de los contenidos que se deben supervisar se incluyen los espacios transversales de formación así como los lineamientos curriculares específicos establecidos para cada nivel respecto del cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad.

Las consejerías de salud sexual y reproductiva (contempladas en el PNSSYPR) cumplen una función clave en el asesoramiento integral a adolescentes, en la articulación con los hospitales, los centros de salud y los establecimientos educativos (a través de la coordinación con el Programa Nacional de Educación Sexual Integral). Se sugiere incorporar en las Consejerías la entrega de métodos anticonceptivos y la promoción de los métodos anticonceptivos de larga duración.

Una condición clave para un mayor goce de los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina se centra en fortalecer las capacidades de los supervisores, los directores y los docentes, los trabajadores sociales, los efectores de salud, las familias y los miembros de la comunidad, en lo relativo a derechos sexuales y reproductivos en adolescentes, violencia obstétrica, abuso, promoción de métodos anticonceptivos de larga duración y trabajo sobre masculinidades. Será necesario fortalecer las instancias de desarrollo de capacidades que se plantean desde el PNSSYPR desde una lógica integral y fuertemente centrada en el enfoque de derechos. En particular, resulta crucial que se fortalezca la articulación con el Programa de Educación Sexual Integral en el trabajo sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas y centros de salud en el marco del proyecto de vida.

En línea con la promoción del enfoque de derechos en las actividades de capacitación, se sugiere el desarrollo de campañas de comunicación relativas a los contenidos de educación sexual integral y promoción de espacios de reflexión comunitarios y familiares que trabajen estos conceptos centrados en el desarrollo del proyecto de vida, con la participación de los niños y adolescentes.

Todas estas acciones implican, tácita o explícitamente, una articulación más sólida entre los ministerios de Educación, Salud y los sistemas de protección. El papel de la institución rectora es propiciar esta coordinación, asegurando las condiciones para que se mantenga y fortalezca.

2.2. Crear una estrategia nacional de cuidado integral de la mujer embarazada y puérpera

La realización del primer control médico durante el embarazo es una excelente puerta de entrada para una estrategia nacional de cuidado integral a la mujer embarazada y puérpera.

Es importante facilitar el acceso a controles de salud con dos estrategias. Por un lado, se propone la creación de centros integrales de atención a la embarazada (CIAE) de alto riesgo, donde las mujeres puedan hacerse todos los estudios requeridos en un mismo lugar, sin demoras. Estos centros deben contar con especialistas para atender situaciones de alto riesgo y, además, constituir centros de referencia para el resto de las embarazadas. En el caso de los embarazos de riesgo, se debe contar con estrategias de búsqueda activa y seguimiento.

Por otro lado, resulta necesario fortalecer las tareas de búsqueda activa por parte de los efectores de salud, a través de la detección de los recursos existentes en determinados territorios (como los agentes sanitarios, promotores de salud y efectores locales debidamente capacitados) y su transformación en un cuerpo de agentes comunitarios nacional que cuenten con formación tanto en salud como en trabajo social en territorio, incluyendo cuestiones relativas a pautas de crianza.

También es importante apuntalar la calidad de la prestación que se brinda. Para ello, una herramienta fundamental son las historias clínicas informatizadas, que deberán ser compartidas por todos los efectores de salud. También se propone crear un programa específico para detectar situaciones de riesgo biopsicosocial durante el primer control médico. Esto supone revisar la ficha prenatal del Sistema Informático Perinatal. Sobre la base de la información obtenida, es posible redireccionar a la mujer embarazada y su familia hacia los programas y las prestaciones correspondientes, incluida la posibilidad de contar con una intervención de acompañamiento familiar, a cargo de los agentes comunitarios, que siga a la mujer a lo largo del proceso de embarazo tanto en materia de apoyo socioemocional como de guía durante el recorrido por el sistema de salud. Si se detectan situaciones de riesgo biológico, se referirá a la embarazada al CIAE. Además, es posible entregar una guía del embarazo, con información para la familia acerca del proceso de gestación y nacimiento (derechos del recién nacido, del prematuro, de la mujer en proceso de parto, del padre y núcleo familiar, etc.), derechos laborales y derechos relativos al proceso de parto y consejos prácticos.

Por último, se propone enriquecer el curso de parto para que provea, además de información relativa al manejo del dolor y estrés del parto, herramientas para promover la lactancia materna, la crianza y el fortalecimiento del rol del padre. Además, se debe trabajar en el empoderamiento de las mujeres para reconocer y denunciar casos de violencia y maltrato, promover la alfabetización y el desarrollo laboral y educativo.

2.3. Crear una estrategia de atención integral del parto y el recién nacido

El país realizó avances muy importantes en la atención del parto y el recién nacido a partir de la Ley de Parto Humanizado (25.929) y el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Sin embargo, como se vio en el capítulo 2, si bien la mortalidad infantil en la Argentina es una de las más bajas de América Latina, fue también la que menos reducción mostró desde 1990, lo cual también impactó en el incumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de salud materno-infantil. Resulta preocupante que el 62,3% de las muertes en el primer año de vida ocurrieran por causas evitables así como las enormes disparidades que existen entre las veinticuatro jurisdicciones.

Para revertir esta situación es necesario extender el modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (impulsado por Unicef) a todas las maternidades del país que atienden más de mil partos por año. La extensión puede hacerse con un esquema de implementación gradual, cuyo sistema de acreditación implique acciones de auditoría y monitoreo, y considere también el nivel de cumplimiento de la Ley de Protección Integral a las Mujeres. Además, se debería propiciar un fortalecimiento de la articulación con el Programa Sumar y con las inversiones de infraestructura necesarias para garantizar el derecho al alojamiento conjunto.

También resulta fundamental fortalecer las capacitaciones a los profesionales de la salud (incluidas las enfermeras y las parteras) para que puedan llevar adelante formas de parto alternativas y asegurar a la mujer el derecho a elegir la forma de parir y a estar acompañada por una persona de su preferencia durante el parto y el posparto. Las capacitaciones deberían impartirse desde el enfoque de derechos y, en especial, concientizando acerca de los contenidos establecidos en

la Ley de Parto Humanizado y la Ley de Protección Integral a las Mujeres (26.485) para la prevención de la violencia obstétrica.

Se sugiere que estos derechos también sean promocionados masivamente, a través de campañas de comunicación que pongan el foco en la prevención de la violencia obstétrica y que difundan los derechos establecidos en la Ley de Parto Respetado, la Ley de Protección Integral a las Mujeres, así como mensajes clave sobre lactancia materna y crianza.

Si bien el marco normativo de derechos de la puérpera y del recién nacido es fuerte en la Argentina, no se incluye el derecho al contacto piel a piel precoz y la lactancia materna en la primera hora de vida. Se recomienda incorporar en la normativa este derecho, que deberá ser garantizado siempre que el recién nacido no requiera cuidados especiales y que la mujer así lo elija.

Se propone que se entregue un kit para el recién nacido en todas las maternidades y salas de parto del sistema público de salud, como lo hacía el Plan Qunita, pero reforzando sus estándares de calidad y transparentando su proceso licitatorio. El kit debería incluir elementos para favorecer el apego, para los cuidados de salud e higiene tanto de la madre como del niño, vestuario inicial y cuna, materiales educativos y lúdicos. Podría ser constituido por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia con la participación de la Comisión Asesora de Lactancia y en acuerdo con las direcciones provinciales. Alcanzar esta meta en 2016 y mantenerla hasta 2019 implica una inversión total de 3.310 millones de pesos de diciembre de 2015.

Por último, se propone extender la Red de Bancos de Leche Materna en cada servicio de neonatología IIIB de toda provincia, y asegurar que los bancos congelen la leche en lugar de pasteurizarla. Además, fortalecer la red de centros de recolección y garantizar los medios de transporte adecuados en todo el territorio nacional. La inversión requerida para esta propuesta (estimada para las veinticinco neonatologías IIIB que hoy existen en el país) entre 2016 y 2019 es de 127 millones de pesos de diciembre de 2015.

2.4. Crear una estrategia nacional de alimentación saludable para la primera infancia

La alimentación saludable es, además de un derecho humano, un requisito indispensable para el crecimiento y el aprendizaje. A

pesar de esto, como fue analizado, en la Argentina la incidencia de la malnutrición constituye el principal problema entre la primera infancia (especialmente en lo referido a los casos de anemia, sobrepeso y obesidad).

Se propone crear una estrategia nacional de alimentación saludable para la primera infancia que incluya cuatro grandes ejes.

En primer lugar, la *regulación*. Esto supone establecer la venta bajo receta archivada de las leches de fórmula y promover la producción de una fórmula a precio accesible para aquellas familias que realmente lo necesiten. También promover entornos alimentarios adecuados y hábitos saludables para no lactantes. Las Estrategias de Educación Alimentaria y Nutricional (EAN)¹ deben acompañar y afianzar un entorno alimentario y contribuir a cambios sustentables y sostenibles. Las EAN no se limitan a las acciones educativas sino que deben extenderse a los diferentes actores y ámbitos en que se ofrecen agua, alimentos o comidas. Las familias y todos los miembros de la comunidad que estén de alguna forma vinculados a estos entornos deben ser capacitados y empoderados para enseñar desde su propia práctica e incentivar comportamientos saludables en los niños.

En segundo lugar, la *comunicación*. Se propone realizar campañas comunicacionales amplias, que transmitan mensajes clave a través de medios de comunicación masiva, redes sociales y telefonía móvil. También avanzar en el desarrollo de capacidades de los efectores de salud de los centros de atención primaria para trabajar los mensajes clave, pautas de crianza y consejería con las familias en materia de nutrición. Esta capacitación deberá incluir la entrega de material específico de difusión y acciones de educación alimentaria y diseño del entorno alimentario desplegado en las escuelas.

En tercer lugar, un *programa focalizado de abordaje integral a niños con riesgo nutricional*. Se sugiere que la focalización se realice teniendo en cuenta un criterio territorial (concentración de vulneraciones) y no antropométrico. Para erradicar realmente el problema de la desnutrición aguda, que afecta al 1,3% de los niños en su primera infancia, el programa deberá incluir acciones de provisión de

1. EAN es el proceso por el cual las personas adquieren, reafirman o cambian conocimientos, actitudes y prácticas, de forma que mejoren la calidad de su alimentación, teniendo en cuenta hábitos, pautas culturales, necesidades nutricionales y asequibilidad de alimentos. Brasil fue pionero en la identificación de buenas prácticas de educación alimentaria. Para más información sobre lineamientos para una política federal de alimentación escolar, véase Britos *et al.* (2016).

alimentos extra (monto complementario que se entregaría con la AUH y la AUE) o de suplementos alimentarios (micronutrientes, chispitas nutricionales), acceso al agua potable y saneamiento e intervenciones de acompañamiento familiar a cargo de los agentes comunitarios mencionados.

Por último, se propone la *creación de un observatorio nutricional* que tenga a su cargo la vigilancia alimentaria nutricional, en tanto política de largo plazo, y genere datos actualizados sobre la situación nutricional de los niños desde la gestación.

3. Tiempo y dinero para cuidar

3.1. Extender por ley las licencias por maternidad, paternidad y familiares

En la Argentina el goce del derecho a cuidar y ser cuidado está determinado por la inserción en el mercado laboral. Como fue analizado con anterioridad, hoy solo una de cada dos personas que es madre o padre puede gozar de este derecho. Para revertir este escenario es necesario avanzar hacia un esquema universal de licencias. Esto será un gran desafío y requerirá una visión innovadora que supere los sesgos ocupacionales que tiñeron la formulación de políticas sobre esta materia.

Existen progresos en la Argentina que permiten mejoras en la universalización de cobertura de las transferencias a las familias antes del nacimiento, como la AUE, que forma parte del sistema no contributivo. En el mismo sentido, podría universalizarse la cobertura de las licencias por maternidad. Es posible cubrir a todos los trabajadores a partir de un único sistema cuya puerta de entrada sea el nacimiento del hijo y, por ende, que alcance a todos los padres y las madres sin importar su categoría de informales o desocupados. La propuesta presentada por CIPPEC incluye a todos los padres y madres, independientemente de los métodos de concepción o del carácter biológico del hijo.

La universalidad de la propuesta debe ser tomada como un fin y no necesariamente como un medio. Por lo tanto, si por razones de economía política y de costos no fuese posible generar una cobertura única, se podría equiparar los derechos a través de la articulación de instrumentos contributivos (como las licencias para los trabajadores

formales, extendiéndolas a los trabajadores formales actualmente no cubiertos) con instrumentos no contributivos (como la AUE u otros mecanismos similares). El desafío central en la consecución de la universalidad radica en la inclusión de los grupos actualmente no cubiertos: los trabajadores formales independientes (monotributistas no sociales y autónomos) y los informales.

Una vez que se logre universalizar las licencias a todos los trabajadores que sean padres y madres, será necesario homogeneizar la cobertura con la definición de un piso común. Considerando los enormes desafíos que implica esta política dado el grave atraso de la situación de las licencias en nuestro país, y teniendo en cuenta los antecedentes existentes a nivel nacional, como la Ley de Trabajo Agrario que establece una licencia por paternidad de treinta días, se propone un esquema gradual de implementación y tres escenarios de expansión que se sintetizan en el siguiente cuadro:

Cuadro 7. Metas de máxima, media y mínima para la propuesta del régimen de licencias

	Máxima	Media	Mínima
Licencia por maternidad	Universalizar y extender a 98 días		
Licencia por paternidad	Universalizar y extender a 30 días	Universalizar y extender a 20 días	Universalizar y extender a 15 días
Licencia familiar	Crear una licencia universal de 60 días	Crear una licencia universal de 40 días	Crear una licencia universal de 30 días
Inversión total 2016-2019	46.899 millones de pesos de diciembre de 2015	35.511 millones de pesos de diciembre de 2015	27.559 millones de pesos de diciembre de 2015

Fuente: CIPPEC.

La nueva ley debería considerar como mínimo el plazo establecido en el Convenio 183 de la OIT: 98 días de licencia por maternidad paga (o 14 semanas). Este esquema también debería reconocer la posibilidad de ampliación de las licencias en partos múltiples y en casos de adopción, incluidas las parejas del mismo sexo. Este piso no implica ignorar los derechos adquiridos de determinados sectores que han logrado acordar un plazo mayor, que deberían ser respetados.

Para reducir los sesgos de género (que afectan la inserción de las mujeres en el mercado laboral y la división de roles en el interior de

los hogares), resulta fundamental extender a un mínimo de 15 días la licencia por paternidad y crear una licencia familiar de al menos 30 días que pueda ser tomada de forma no consecutiva y flexible durante el primer año de vida del bebé por el padre o la madre. Esto incluye a todas las parejas que adoptan un niño menor de 1 año, considerando la misma suma de días por licencia, independientemente del género de los padres. En el escenario de media se propone llevar la licencia por paternidad a un piso de 20 días y crear una licencia familiar de 40 días, mientras que el escenario de máxima propone pisos de 30 y 60 días respectivamente. Alcanzar la meta de máxima entre 2016 y 2019 implica una inversión de 46.899 millones de pesos de diciembre de 2015, la meta de media un total de 35.511 millones de pesos y la de mínima un total de 27.558 millones.

De acuerdo con los modelos de la experiencia internacional y con diversos estudios que revelan el gran impacto de la participación de los padres en la crianza de los niños, se sugiere incorporar mecanismos de incentivos para que las licencias familiares sean utilizadas, al menos en parte, por los padres. Esto puede implicar, a modo de ejemplo, un cupo de días máximos a ser tomados por la madre (menor a la mitad), mientras que el resto deben ser tomados obligatoriamente por el padre. Otro mecanismo consiste en definir una tasa de reemplazo del salario mayor si quien se toma la licencia es el padre.²

En cualquier caso, la norma por sí misma no es suficiente: para que las familias puedan y quieran optar por hacer uso de este tipo de licencias es imprescindible generar un cambio cultural de mediano y largo plazo relacionado con la división de roles de cuidado intrahogar. Para ello se requiere un activo rol comunicacional por parte del Estado para promover cambios culturales.

3.2. Asegurar un ingreso universal a la primera infancia

El esquema argentino de cobertura por medio de transferencias de ingresos a las familias con niños es fragmentado e inequitativo. Además de que los montos percibidos no son equivalentes ni progresivos, en 2011 el 27,1% de los niños y adolescentes menores de 18

2. Para mayor información sobre lecciones aprendidas de la experiencia internacional, véanse los casos de Finlandia, Noruega y Suecia (De Achával y Aulicino, 2015; *cippec.org/primerainfancia*).

años pertenecientes al quintil más pobre carecía de toda forma de apoyo monetario (y es aquí donde la falta de cobertura estaba menos justificada por normativa), mientras que en el quinto quintil la cifra se reducía a 11,1% (prácticamente todos excluidos por normativa) (MTEYSS, 2014), como pudo analizarse en el capítulo 3.

Si bien hubo grandes avances para aumentar la cobertura y equiparar derechos en el esquema de transferencias (por ejemplo, la incorporación de la AUH al pilar no contributivo o el establecimiento de su actualización automática al igual que las asignaciones familiares), todavía es necesario introducir modificaciones.

Inspirado en el “ingreso ciudadano a la niñez” (Barbeito y Lo Vuolo, 2009) y en la idea de “universalismo básico” (Filgueira *et al.*, 2006), el objetivo final del escenario de máxima consiste en asegurar que todas las familias con niños de hasta 5 años cuenten con un ingreso que les permita salir efectivamente de la pobreza. Asimismo, se presentan propuestas intermedias.

En todos los casos, se requiere articular estas intervenciones con aquellas que promuevan la inserción productiva de las familias con niños. Además, en todos se deberían revisar y homologar los requisitos en términos de corresponsabilidades que se les exigen a las familias que reciben los distintos tipos de transferencias de ingresos, atendiendo al hecho de que no son suficientes para suplir déficits y superar barreras de oferta para asistir a los servicios requeridos o lograr otros objetivos sociales establecidos (como eliminar el trabajo infantil o la deserción escolar) (Bertranou y Maurizio, 2012). A su vez, deberá continuarse con la buena práctica de actualizar las escalas de elegibilidad de las asignaciones monetarias de manera coordinada (como el tope de asignaciones familiares y el piso de ganancias) para evitar brechas de cobertura injustas.

Las tres metas buscan incluir a quienes todavía no han sido alcanzados por las intervenciones a pesar de cumplir los requisitos, planteando su incorporación progresiva de 2016 a 2019. Con respecto a la gradualidad del resto de lo propuesto, se plantea que se introduzcan las modificaciones para quienes hoy reciben AUH en 2016, en 2017 la inclusión de monotributistas a las asignaciones familiares (que, a fin de 2015, seguían excluidos por normativa), las medidas para quienes cobran asignaciones familiares en 2018 y, por último, en 2019 aquellas relacionadas a quienes tienen niños de hasta 5 a su cargo y pagan ganancias o son autónomos.

La propuesta de máxima propone aumentar la prestación a los

Cuadro 8. Metas de máxima, media y mínima para la propuesta de transferencias destinadas a la primera infancia

	Máxima	Media	Mínima
Monto para niños de hasta 5 años que hoy reciben AUH o no alcanzados por las intervenciones	Canasta básica alimentaria por adulto equivalente	Promedio entre techo de las asignaciones familiares por hijo y la canasta básica por adulto equivalente	Techo de las asignaciones familiares por hijo
Monto para niños de hasta 5 años con algún padre en relación de dependencia o monotributista (no social)	Techo de las asignaciones familiares por hijo		Montos siguiendo topes de asignaciones familiares actuales
Monto para niños de hasta 5 años con algún padre que paga ganancias o autónomo	Piso de las asignaciones familiares por hijo	No recibirían beneficios	
Inversión total 2016-2019	63.532 millones de pesos de diciembre de 2015	44.290 millones de pesos de diciembre de 2015	15.706 millones de pesos de diciembre de 2015

Fuente: CIPPEC.

niños de 0 a 5 años beneficiarios de AUH (actuales y por alcanzar) para que iguale la canasta básica alimentaria por adulto equivalente (la cual determina la línea de indigencia). Esto responde a la idea de que las familias con jefes desempleados, inactivos o en la informalidad tienen una mayor probabilidad de estar bajo la línea de pobreza que los sectores formalizados.

Además, el escenario de máxima trae aparejado un aumento de las transferencias para aquellos niños en su primera infancia que reciben asignaciones familiares menores al techo (mayor valorización), que pasarían a percibir el techo.

En cambio, para quienes gozan de deducciones del impuesto a las ganancias por tener niños a cargo o están en la categoría de autónomos, se plantea que la transferencia indirecta debería ser equivalente al piso (menor valorización) de las asignaciones familiares por hijo. Esto implica una reducción del apoyo monetario que el Estado les da a las familias que alcanzan a pagar ganancias, buscando alcanzar una mayor progresividad en el gasto. Por el otro lado, implica una equiparación de los beneficios de este grupo con el de autónomos, beneficiados por la medida. Alcanzar esta meta desde 2016 hasta 2019 implica una inversión total de 63.562 millones de pesos de diciembre de 2015.

La propuesta de media difiere de la de máxima en dos cuestiones. La primera, que el monto percibido por las familias con niños

de hasta 5 años que reciben AUH o no han sido alcanzados por las intervenciones sea un promedio entre la canasta básica alimentaria por adulto equivalente y el techo de las asignaciones familiares por hijo. La segunda, que quienes pagan impuesto a las ganancias o son autónomos no tendrían ya apoyo monetario por hijo, buscando priorizar los esfuerzos estatales en los sectores más desfavorecidos.

Llegar a esta meta en 2019 implica una inversión de 44.287 millones de pesos de diciembre de 2015.

Por último, la propuesta de mínima se diferencia de la de media en dos puntos. En primer lugar, plantea que se mantenga la “escalera” existente en las asignaciones familiares contributivas en el caso de los niños con al menos un padre en relación de dependencia o monotributista (sin que el otro califique para pagar ganancias o como autónomo). En segundo lugar, se plantea que las familias que reciben AUH o todavía no han sido alcanzadas por las intervenciones perciban el techo de las asignaciones familiares para sus hijos, tal como debería suceder hoy en día. Alcanzar esta meta entre 2016 y 2019 implica una inversión total de 15.706 millones de pesos de diciembre de 2015.

4. Cuidado y educación inicial

4.1. Garantizar el acceso a una oferta de cuidado y educación inicial de calidad para los niños de 45 días a 2 años

Según los últimos datos disponibles, presentados en el capítulo 3, entre 2011 y 2012 solo 3,1% de los niños menores de 1 año asistía a centros de cuidado infantil o educación inicial formales o informales, porcentaje que aumentaba a 8,4% de los niños de 1 año y 20,2% de los de 2 años (MDS y Unicef, 2013). Según estimaciones propias, entonces solo 10,5% de los niños hasta 2 años asistían a algún establecimiento de cuidado o educación inicial.

Es crucial fortalecer la oferta de jardines maternas y centros de cuidado orientados a la atención de los primeros años (de los 45 días hasta los 2 años), con financiamiento nacional y con elevados estándares de calidad, con el objetivo de que todas las familias cuenten que la oportunidad de optar por la modalidad de cuidado y educación que mejor se adapte a sus necesidades y preferencias. Para ello, es

necesario mapear la oferta disponible y la demanda existente y crear un sistema de refuerzo para las poblaciones más vulnerables. Además, es importante contar con servicios territorializados de apoyo a la crianza en la modalidad de acompañamiento familiar.

Por eso se propone expandir la oferta de servicios de cuidado y educación para los niños de entre 45 días y 2 años, privilegiando los contextos más vulnerados. Para todos los centros será importante homologar y mejorar las condiciones materiales y regular las prácticas de las instituciones de cuidado existentes, tomando como referencia los estándares para un servicio de calidad definidos por ISSA *et al.* (2014). Aquí, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, a través de los activos generados en el marco del Programa Nacional de Desarrollo Infantil Primeros Años y los Estándares de Inclusión para los Centros de Desarrollo Infantil aprobados por el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia en octubre de 2015,³ deberá tener un rol central. Habrá que fortalecer y completar el mapeo y el registro de los centros de educación y cuidado existentes en un sistema único de información digitalizada, a través de una clave única de establecimiento (CUE).

Para estos espacios, se sugiere diseñar y acordar en el seno del Consejo Federal de Educación los NAP para los niños de 45 días a 2 años, y transformarlos en materiales para los servicios de educación inicial y centros de cuidado. Para esto es posible tomar como referencia los desarrollos curriculares de las provincias de Buenos Aires, Río Negro y ciudad de Buenos Aires.

Se conciben los centros de cuidado infantil como complementarios de los servicios de educación inicial. Por eso se pensaron las metas de expansión en conjunto para las dos modalidades: alcanzar entre ambas al 40%, 35% y 30% de los niños menores de 3 años,⁴ según el escenario de máxima, media y mínima.⁵

3. www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/10/Estandares-de-inclusion-COCEDIC-Consejo-federal.pdf.

4. Un supuesto fuerte que se realizó para hacer esta estimación es que los niños que comienzan a asistir a educación o cuidado formal o informal a partir de la implementación de estas dos propuestas no concurren a centros de desarrollo infantil informales y a jardín maternal formales simultáneamente (si esto fuera así, el porcentaje de niños cubiertos sería menor y no se alcanzaría la meta).

5. Aunque es prioritario que los niños de 45 días a 2 años cuenten con los servicios de cuidado y educación que necesiten, tres razones hacen que, en los escenarios de mínima y media, se priorice más la expansión de los servicios de cuidado infantil: 1)

Cuadro 9. Metas de máxima, media y mínima para la ampliación de la oferta de educación y cuidado para niños entre 45 días y 2 años

	Máxima	Media	Mínima
Total	40% de cobertura	35% de cobertura	30% de cobertura
Servicios de cuidado infantil	20% de cobertura	20% de cobertura	20% de cobertura
Educación inicial	20% de cobertura	15% de cobertura	10% de cobertura
Inversión total 2016-2019	67.440 millones de pesos de diciembre de 2015	61.651 millones de pesos de diciembre de 2015	48.562 millones de pesos de diciembre de 2015

Fuente: CIPPEC.

En todos los escenarios se propone una ampliación de los servicios de cuidado infantil para alcanzar al 20% de los niños de entre 45 días y 2 años. Para ampliar la cobertura de los centros al 20% en 2019 sería necesario incluir a 313.364 niños de entre 45 días y 2 años, lo cual requiere construir 2.487 centros promedio y contratar 59.688 personas (quienes estarán al frente de la sala, directores y personal no docente). A su vez, se contempló el costo de capacitar por un año al nuevo personal en frente de la sala, estimado en 47.253 personas, para asegurar un piso de conocimientos y herramientas en los recursos humanos de los nuevos centros. Alcanzar esta meta entre 2016 y 2019 implicaría una inversión total de 34.887 millones de pesos de diciembre de 2015.

La meta de máxima propone alcanzar al 40% de los niños de entre 45 días y 2 años, lo cual es sumamente ambicioso porque implica prácticamente cuadruplicar la cobertura actual en un plazo de 4 años. Se plantea alcanzar en 2019 al 20% de los niños entre 45 días y 2 años con el sistema de educación inicial (hoy en 5,4%), lo que implicaría escolarizar a 309.629 niños. Esto requeriría construir 2.453 nuevas unidades educativas promedio con 17.202 salas, y contratar a 46.607 docentes y a 4.906 directivos. Alcanzar esta meta entre 2016 y 2019 implicaría una inversión de 32.554 millones de pesos de diciembre de 2015 para el componente educativo. Sumado al componente de cuidado, esto implicaría una inversión de 67.440 millones de pesos.

En el escenario de media se propone alcanzar al 35% de los niños

el debate acerca de la conveniencia de la escolarización temprana; 2) la posibilidad de que las necesidades de esta franja etaria también puedan cubrirse con centros de cuidado (no dependientes del sistema de educación formal), y 3) la existencia todavía de importantes desafíos de expansión en el jardín de infantes.

de entre 45 días y 2 años. Ampliar la cobertura del jardín maternal al 15% en 2019 implicaría incorporar a 203.750 niños, construir 1.614 nuevas unidades educativas promedio con 11.319 salas para albergarlos, y contratar a 30.670 docentes y a 3.228 directivos. Llegar a esta meta entre 2016 y 2019 implicaría una inversión total de 26.764 millones de pesos de diciembre de 2015. Sumado al componente de cuidado, esto implicaría una inversión de 61.651 millones de pesos.

Por último, en el escenario de mínima se propone alcanzar al 30% de los niños de entre 45 días y 2 años. Un 10% de estos serían incorporados a través del jardín maternal, lo que implicaría duplicar su asistencia a este ámbito de educación formal, incluyendo 97.871 niños, 775 unidades educativas promedio, 5.437 secciones, 14.732 docentes y 1.551 directivos. Alcanzar esta meta entre 2016 y 2019 implicaría una inversión total de 13.675 millones de pesos de diciembre de 2015. Sumado al componente de cuidado, la inversión sería de 48.562 millones de pesos.

Más allá de estos tres escenarios, también se realizó el ejercicio de costeo para adecuar los centros de desarrollo infantil existentes a estándares de calidad. Esta propuesta busca mejorar las condiciones materiales y las prácticas de las instituciones de cuidado no formales existentes, tomando como referencia los estándares para un servicio de calidad definidos por Unicef (2011). Con esta intención, se realizó una estimación del costeo de esta meta que incluye los siguientes cuatro componentes para todos los centros existentes (estimados en 5.489 a 2013):⁶ 1) adecuación edilicia; 2) equipamiento; 3) pasaje de los costos salariales al gobierno nacional junto con un aumento en los sueldos del personal actual de los centros (estimado en 70.430 personas, incluyendo también a quienes hoy no reciben remuneración), equiparándolos a los de jardines maternos, y 4) capacitación paga de un año para todo el personal que trabaja en contacto directo con

6. No existe todavía un relevamiento completo y sistemático de los EPI no formales. La COCEDIC, dependiente de la SENNAF, es la encargada de registrar y acreditar los espacios existentes a través de la creación del Registro de Espacios de Primera Infancia; sin embargo, el registro aún no es público. Los únicos datos disponibles hasta ahora son los de un registro provisorio, sobre una muestra representativa del 20% de los EPI no formales disponible en Rozengardt (2014), del cual se obtuvieron las cifras para realizar el costeo. Actualmente no hay consenso sobre qué tan certeras son las cantidades totales presentadas hasta el momento (como las 5.489 instituciones identificadas); se sabe que pueden estar subestimadas, lo que muestra la necesidad de tener mayor y más certera información sobre este tema.

los niños (estimados en 46.145 personas). Alcanzar esta meta entre 2016 y 2019 implica una inversión total de 25.739 millones de pesos de diciembre de 2015.

Es fundamental considerar que no todas las familias querrán enviar a sus niños a los centros de cuidado, por lo que es necesario avanzar en la creación de servicios de acompañamiento familiar que trabajen en el desarrollo de pautas de crianza y brinden servicios de cuidado (esto último especialmente en zonas rurales y de población dispersa). Esta tarea deberá ser desempeñada por los mencionados agentes comunitarios. Aquí también resulta fundamental retomar y profundizar los activos generados por el Programa Nacional de Desarrollo Infantil Primeros Años, dependiente del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Independientemente de la estrategia, se sugiere fuertemente definir espacios tendientes a promover la participación de las familias en las actividades. También resulta crucial asegurar condiciones de trabajo decente a los trabajadores de los centros de cuidado, y al personal en contacto directo con los niños garantizarle remuneraciones equivalentes a las de los docentes de nivel inicial y capacitaciones pagas.

Diseñar e implementar estrategias para generar procesos de desinternación de los niños, prevenir la necesidad de separación de las familias de origen y las comunidades, y promover formas de cuidados alternativos basados en familias deberían ser prioridades de todas las provincias y contar con un fuerte apoyo del gobierno nacional. Como primer paso, es necesario establecer la prohibición de enviar a cualquier niño sin cuidados parentales a modalidades institucionalizadas de cuidado.

4.2. Ampliación del acceso a salas de 3 y 4 años

El Estado debe construir aulas y escuelas para garantizar la universalidad de la sala de 3 y la obligatoriedad de la sala de 4 años (que en 2014 cubrían al 41,8% y al 85,7% de los niños respectivamente) y así extender el acceso a la educación de los sectores populares.

Mientras que la obligatoriedad de la sala de 4 años debería lograrse sin mayores dificultades durante esta nueva gestión, alcanzar la universalidad en la sala de 3 años (como fue dispuesto por la ley 27.045 en 2014) supondrá importantes desafíos en materia de inversión y

ritmo de construcción, lo que exigirá un fuerte apoyo por parte del Estado nacional a las provincias más rezagadas y con menores recursos fiscales. Es importante aclarar que la universalidad, a diferencia de la obligatoriedad, deja margen de discreción para que las familias determinen si desean o no enviar a los niños de 3 años a los jardines. Esta situación resulta virtuosa dado que aún no existe evidencia contundente sobre la deseabilidad de institucionalizar a los niños en el marco educativo desde una edad tan temprana.

En este contexto, la propuesta de CIPPEC se centra en aumentar durante este período la oferta según los escenarios que se muestran a continuación:

Cuadro 10. Metas de máxima, media y mínima para la ampliación de la oferta de sala de 3 y 4 años

	Máxima	Media	Mínima
Sala de 3	Universalización	80% de cobertura	60% de cobertura
Sala de 4	Universalización		
Inversión total 2016-2019	52.298 millones de pesos de diciembre de 2015	35.167 millones de pesos de diciembre de 2015	22.753 millones de pesos de diciembre de 2015

Fuente: CIPPEC.

El escenario de máxima asume que todas las familias de la Argentina enviarán a sus niños de 3 años a los jardines. Alcanzar esta meta en 2019 es difícil, pues supondría un crecimiento promedio de la tasa de escolarización de 14,5 puntos porcentuales por año, mientras que la sala de 4 años (la sala con la expansión más veloz en la última década) se expandió a un ritmo promedio de 2,7 puntos porcentuales por año entre 2003 y 2014. Para llegar a esta meta habría que incorporar a 392.446 niños, construir 3.109 unidades educativas promedio con 15.624 secciones y designar a 27.982 docentes y a 6.218 directivos. Entre 2016 y 2019 implicaría una inversión total de 39.277 millones de pesos de diciembre de 2015.

El escenario de media propone alcanzar en 2019 un 80% de cobertura en la sala de 3; implicaría casi duplicar la cobertura de 2014, lo que exigiría incorporar a 257.104 niños, construir 2.037 unidades educativas promedio con 10.236 salas y cubrir 18.332 puestos docentes y 4.074 puestos directivos. Alcanzar esta meta de 2016 a

2019 implicaría una inversión total de 25.889 millones de pesos de diciembre de 2015.

Finalmente, el escenario de mínima supone aumentar, para 2019, 18 puntos porcentuales la tasa de escolarización de los niños de 3 años. Para cumplir este objetivo sería necesario incorporar a 121.762 niños, construir 965 nuevas unidades educativas promedio con 4.848 secciones y designar 8.682 docentes y 1.929 directivos. Alcanzar esta meta entre 2016 y 2019 implicaría una inversión de 13.476 millones de pesos de diciembre de 2015.

Además, y en consonancia con lo que estipula la ley 27.045 de 2014, que declara obligatoria la educación inicial para niños de 4 años, se propone universalizar la oferta de servicios educativos para los niños de 4 años entre 2016 y 2019. Garantizar la universalización de la sala de 4 implicaría incorporar a 96.197 niños para 2019. Para albergarlos, deberían construirse 762 unidades educativas promedio con 4.200 secciones y designarse a 6.859 docentes y 1.524 cargos directivos. Alcanzar esta meta en el cuatrienio estudiado implicaría una inversión total de 9.278 millones de pesos de diciembre de 2015.

Complementariamente a la expansión de la oferta, resulta fundamental también regular y mejorar las condiciones materiales de las instituciones de cuidado existentes tomando como referencia los ya mencionados estándares para un servicio de calidad definidos por Unicef (2011) y los Estándares de Inclusión aprobados por el Consejo Federal.

4.3. Mejorar la calidad de los servicios de cuidado y educación

En la Argentina, la agenda de la educación inicial de los últimos años se centró en la expansión de la oferta. Pero el acceso masivo debería ir acompañado de la adquisición de aprendizajes valiosos que faciliten el tránsito y el desempeño en el nivel primario.

Enfrentar el desafío de la calidad exige implementar diversas políticas de mejoramiento de la enseñanza, que comprenden desde la mejora de la formación inicial y continua de los docentes y cuidadores hasta el fortalecimiento de los cargos directivos y el apoyo técnico a las escuelas y los centros de cuidado.

En particular, para los servicios correspondientes a niños de 45 días

a 2 años, se propone crear un postítulo anual de especialización de atención de la primera infancia, destinado a todo el personal a cargo de instituciones de cuidado y educación para esta franja etaria, que recupere la experiencia acumulada por las instituciones existentes y promueva la participación de la comunidad y las familias.

También se sugiere instituir un sistema de supervisión para los centros de cuidado, a cargo de docentes que hayan realizado el postítulo anual de especialización en atención de la primera infancia. Fortalecer los cargos de conducción de los centros de cuidado y jardines maternos, exigiendo la realización del postítulo anual para los directores de los centros actuales y concibiendo un concurso de acceso al cargo directivo para las instituciones a crear, será un paso clave.

Se propone ofrecer capacitación en servicio y paga para los docentes de las escuelas estatales de nivel inicial, estimados en 73.602 en total, concentrando la atención en quienes atienden al 25% de los alumnos provenientes de los sectores más vulnerados. Se propone el siguiente modelo de implementación: los docentes del 25% del alumnado de menor nivel socioeconómico reciben dos años de capacitación. El resto de los de escuelas públicas reciben poco más de dos trimestres de capacitación. A través de la conformación de grupos de treinta docentes coordinados por un capacitador, los docentes reciben ocho horas cátedra de capacitaciones mensuales (en promedio, dos por semana) y los capacitadores dedicarán cuatro horas cátedra semanales al dictado de cursos (dos como horas de clase y dos para trabajo institucional, consultas, preparación de clases, etc.). Se propone que aquellos que trabajan en contextos más críticos reciban sus dos años de capacitación entre 2016 y 2017, y que el resto se capacite entre 2018 y 2019. Desde 2020, se plantea reducir las capacitaciones a la mitad del tiempo, ya que el énfasis debería ponerse en políticas de fortalecimiento de la formación docente inicial disminuyendo la necesidad de estas capacitaciones masivas. Alcanzar esta meta entre 2016 y 2019 implica una inversión total de 848 millones de pesos de diciembre de 2015.

Complementariamente, se propone instituir un sistema de evaluación sobre los procesos de aprendizaje de los niños de 4 y 5 años que incluya procesos de observación, entrevistas a docentes y alumnos y cuestionarios de contexto. Los resultados obtenidos no deben ser utilizados ni para sancionar a los docentes ni para estigmatizar a los niños, sino que deben promover la generación de protocolos de acción

específicos y prácticas innovadoras para mejorar de modo permanente la calidad de los servicios.

Finalmente, se sugiere también brindar capacitaciones bianuales a personal no docente vinculado a la primera infancia que les permitan ejercer como auxiliares dentro de las salas y brindar apoyo al docente a cargo.

5. Síntesis de los conjuntos de metas costeados e inversión asociada

Este análisis de la inversión actual en primera infancia permite comprender hacia dónde están dirigidos los recursos actualmente y realizar estimaciones que reflejen cuánto debería invertir el Estado para llevar adelante las propuestas consideradas aquí prioritarias. Los siguientes cuadros resumen las metas seleccionadas para la estimación de costos, según el grado de ambición en la implementación de la política, y la estimación de costos en valores absolutos para cada año de 2016 a 2019. Si bien esto permite analizar las necesidades de recursos actuales, otra manera de dimensionarlas es hacerlo en términos relativos, es decir, comparando estos valores con otras variables macro de referencia. Es por esto que se incluye además un análisis del costo de las metas y conjuntos de metas como proporción del PBI estimado.

Los recursos necesarios para implementar los conjuntos de metas se incrementarían entre 2016 y 2019 por la implementación gradual de la mayoría de las metas (solo las de salud y nutrición alcanzan su objetivo en 2016 y luego lo mantienen). Cabe recalcar que una vez finalizados los cuatro años analizados, la estructura de costos resultante sería menor, ya que a partir de 2020 no se contemplan más los costos no recurrentes (capacitaciones, infraestructura o adecuación edilicia y equipamiento).

Se estima que la implementación de las metas durante el período 2016-2019 implicaría una inversión promedio anual de 54.007 millones de pesos de diciembre de 2015 en el caso del conjunto de metas de máxima, 42.857 millones en el de media y 31.393 millones en el de mínima, como se puede ver en el gráfico 30.

Con relación al PBI, el gráfico 31 presenta el costo de las metas y el conjunto de máxima como proporción del PBI estimado. Implementarlas demandaría al gobierno nacional anualmente un promedio de

Cuadro 11. Síntesis de las metas, según conjuntos de máxima, media y mínima

Propuestas	Máxima	Media	Mínima	
Bancos de leche	Crear uno en cada neonatología IIIB			
KIT para el recién nacido	Otorgamiento de un kit con elementos básicos para la primera infancia a todos los nacidos vivos en establecimiento de salud oficial (público)			
Jardín maternal	20% de cobertura	15% de cobertura	10% de cobertura	
Nuevos centros de desarrollo infantil, con estándares de calidad	20% de cobertura para niños de menos de 3 años			
Adecuación de los centros de desarrollo infantil existentes a estándares de calidad	Reconversión de los centros existentes (adecuación edilicia y equipamiento), mejora salarial y capacitación del personal en relación directa con los niños			
Sala de 3	Universalizar	80% de cobertura	60% de cobertura	
Sala de 4	Universalizar			
Capacitación en el nivel inicial de gestión pública	Dos años de capacitación paga para los docentes del 25% del alumnado de nivel socioeconómico más bajo y dos trimestres para el resto			
Licencias	Universalizar a 98 días madres, 30 padres y 60 familiares	Universalizar a 98 días madres, 20 padres y 40 familiares	Universalizar a 98 días madres, 15 padres y 30 familiares	
Transferencias a la primera infancia	Niños que hoy reciben AUH o no alcanzados por las intervenciones	Canasta básica alimentaria por adulto equivalente	Promedio entre techo de las asignaciones familiares por hijo y canasta básica por adulto equivalente	Techo de las asignaciones familiares por hijo
	Niños con algún padre en relación de dependencia o monotributista (no social)	Techo de las asignaciones familiares por hijo		Montos siguiendo los topes de asignaciones familiares actuales
	Niños con algún padre que paga ganancias o autónomo	Piso de las asignaciones familiares por hijo	No recibirán beneficios	

Fuente: CIPPEC.

1,18% del PBI con año base 2004 o 1,48% del PBI con año base 1993,⁷ entre 2016 y 2019. Con respecto al peso relativo de las metas en promedio para 2016-2019, la meta de transferencias monetarias es la más onerosa dentro del conjunto, seguida por las destinadas a la creación de nuevos centros de desarrollo infantil, por la meta relacionada con licencias y con de adecuación de los centros existentes, en ese orden.

Referido al conjunto de metas de media, y como muestra el gráfico

7. Así como aparece en este gráfico para el PBI con año base 2004, año a año, el costo incremental de las metas de máxima al ponerlo en función del PBI con año base 1993 es: 1,10% en 2016, 1,37% en 2017, 1,65% en 2018 y 1,79% en 2019.

Cuadro 12. Costo incremental asociado a cada meta, según año y conjuntos de máxima, media y mínima. En pesos de diciembre de 2015. 2016-2019

Propuestas		2016	2017	2018	2019	2016 a 2019
Bancos de leche		\$ 35.970	\$ 30.465	\$ 30.465	\$ 30.465	\$ 127.364
Kit para el recién nacido		\$ 827.553	\$ 827.553	\$ 827.553	\$ 827.553	\$ 3.310.213
Licencias	Máxima	\$ 4.689.872	\$ 9.379.744	\$ 14.069.615	\$ 18.759.487	\$ 46.898.718
	Media	\$ 3.551.154	\$ 7.102.308	\$ 10.653.462	\$ 14.204.616	\$ 35.511.541
	Mínima	\$ 2.755.855	\$ 5.511.711	\$ 8.267.566	\$ 11.023.421	\$ 27.558.554
Transferencias a la primera infancia	Máxima	\$ 9.831.806	\$ 13.926.223	\$ 19.440.417	\$ 20.333.163	\$ 63.531.609
	Media	\$ 5.462.601	\$ 9.267.994	\$ 14.493.164	\$ 15.062.950	\$ 44.286.709
	Mínima	\$ 1.093.395	\$ 4.048.312	\$ 5.141.707	\$ 5.422.470	\$ 15.705.884
Jardín maternal	Máxima	\$ 3.711.077	\$ 3.783.583	\$ 3.856.090	\$ 3.928.596	\$ 15.279.345
	Media	\$ 2.393.873	\$ 2.441.586	\$ 2.489.298	\$ 2.537.011	\$ 9.861.768
	Mínima	\$ 1.076.670	\$ 1.586.011	\$ 2.095.352	\$ 2.604.694	\$ 7.362.727
Nuevos centros de desarrollo infantil		\$ 6.819.539	\$ 7.617.742	\$ 9.355.697	\$ 11.093.651	\$ 34.886.630
Adecuación de centros de desarrollo infantil		\$ 3.090.531	\$ 5.319.970	\$ 7.549.409	\$ 9.778.848	\$ 25.738.759
Sala de 3	Máxima	\$ 4.668.991	\$ 4.760.355	\$ 4.851.720	\$ 4.943.084	\$ 19.224.151
	Media	\$ 3.010.215	\$ 3.070.071	\$ 3.129.927	\$ 3.189.783	\$ 12.399.996
	Mínima	\$ 1.351.439	\$ 1.379.787	\$ 1.408.134	\$ 1.436.481	\$ 5.575.841
Sala de 4		\$ 1.498.857	\$ 1.529.919	\$ 1.560.982	\$ 1.592.044	\$ 6.181.802
Capacitación en el nivel inicial		\$ 212.166	\$ 212.166	\$ 212.166	\$ 212.166	\$ 848.662

Nota: las metas correspondientes al jardín maternal, sala de 3 y sala de 4 solo presentan el gasto correspondiente al gobierno nacional.

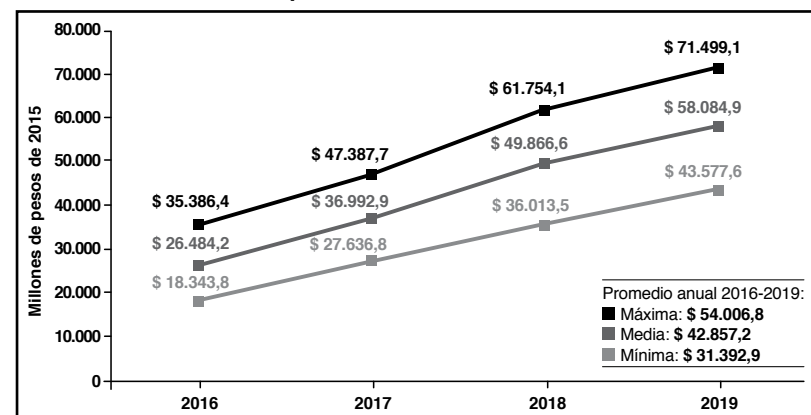
Fuente: CIPPEC.

32, su implementación de 2016 a 2019 demandaría al gobierno nacional anualmente un promedio de 0,89% del PBI con año base 2004 o 1,12% del PBI con año base 1993.⁸ Con respecto al peso relativo de las metas en promedio para 2016-2019, la meta de creación de nuevos centros de desarrollo infantil resulta la más onerosa dentro del conjunto, seguida por la de transferencias, la de adecuación de centros y la de licencias, respectivamente.

Por último, la implementación del conjunto de metas de mínima propuestas de 2016 a 2019 demandaría al gobierno nacional anualmente un promedio de 0,69% del PBI con año base 2004 o 0,87% del

8. Así como aparece en el gráfico 32 para el PBI con año base 2004, año a año, el costo incremental de las metas de media al ponerlo en función del PBI con año base 1993 es 0,81% en 2016, 1,03% en 2017, 1,27% en 2018 y 1,37% en 2019.

Gráfico 30. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de máxima, media y mínima. En millones de pesos de diciembre de 2015. 2016-2019



Nota: las metas correspondientes al jardín maternal, sala de 3 y sala de 4 solo presentan el gasto correspondiente al gobierno nacional.

Fuente: CIPPEC.

PBI con año base 1993.⁹ Con respecto al peso relativo de las metas, primero se sitúan las dos referidas a centros de desarrollo infantil, luego la de licencias y la de transferencias, como se ve en el gráfico 33.

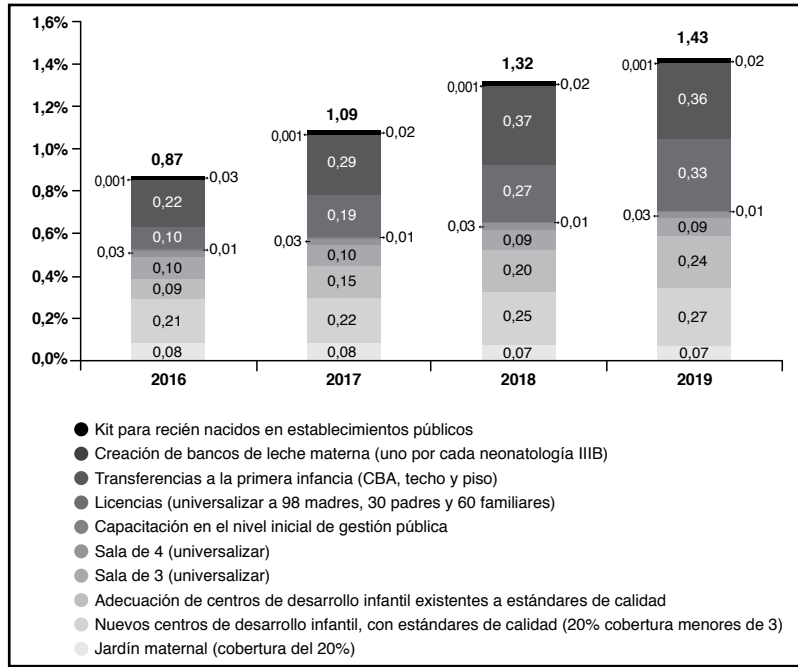
A modo de cierre

Avanzar hacia un sistema integral y federal de primera infancia implica una decisión política del más alto nivel, sólidos compromisos sociales, una apropiada capacidad técnica y un eficiente uso de los recursos presupuestarios. Este esbozo de orientaciones de políticas públicas para la primera infancia constituye, sobre todo, una aproximación a un conjunto amplio e interrelacionado de retos, con el explícito propósito de colaborar en un debate amplio, plural e informado.

Con respecto al costeo, políticas que exigen mayor inversión por parte del gobierno nacional según estas propuestas suelen ser aque-

9. Así como aparece en el gráfico 32 para el PBI con año base 2004, año a año, el costo incremental de las metas de mínima al ponerlo en función del PBI con año base 1993 es 0,60% en 2016, 0,81% en 2017, 0,97% en 2018 y 1,09% en 2019.

Gráfico 31. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de máxima como proporción del PBI con año base 2004 estimado. En porcentaje. 2016-2019



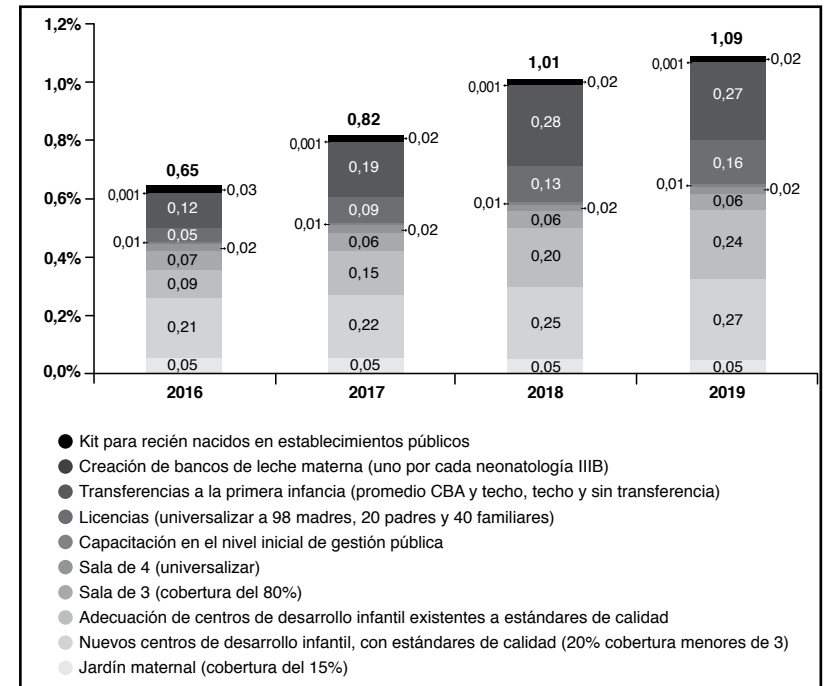
Nota: las metas correspondientes al jardín maternal, sala de 3 y sala de 4 solo presentan el gasto correspondiente al gobierno nacional.

Fuente: CIPPEC.

llas ligadas a las licencias, la educación y el cuidado en el ámbito informal. Esto se debe a que, por un lado, son dos grandes deudas en el ámbito de las políticas destinadas a la primera infancia y, por otro, porque según lo aquí propuesto el Estado nacional debe tomar un rol protagónico para poder avanzar sobre ellas.

Además, remediar las grandes brechas en términos de licencias y transferencias es principalmente responsabilidad del gobierno nacional debido a que los gastos de ayuda directa suelen recaer en su ámbito. En este sentido, la propuesta relacionada con las transferencias a la primera infancia representaría un gran avance en términos de equidad, y parte de su costo podría saldarse a través de una reasignación más progresiva de los apoyos monetarios que brinda

Gráfico 32. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de media como proporción del PBI con año base 2004 estimado. En porcentaje. 2016-2019



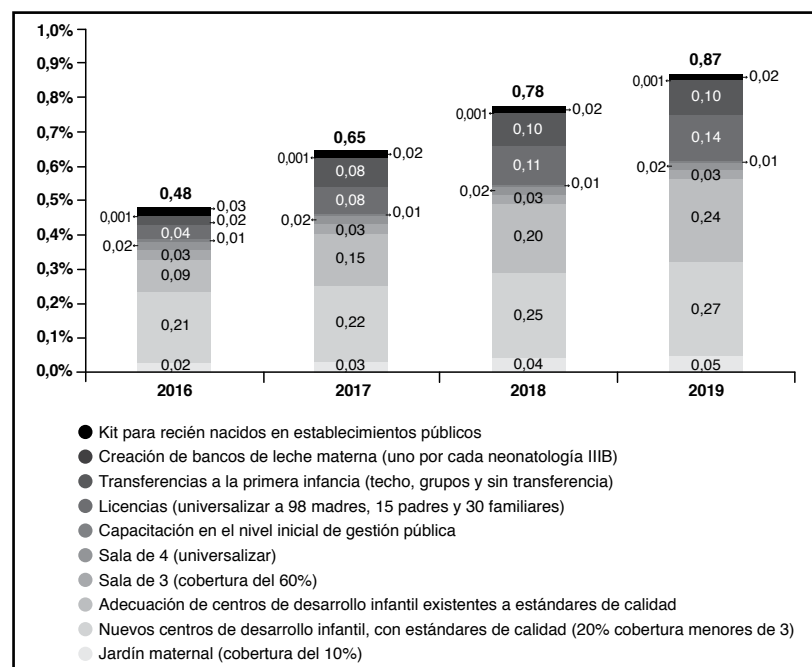
Nota: las metas correspondientes al jardín maternal, sala de 3 y sala de 4 solo presentan el gasto correspondiente al gobierno nacional.

Fuente: CIPPEC.

el Estado a las familias con niños y adolescentes (por ejemplo, si se contemplaran las ganancias impositivas de que se reduzca el monto transferido indirectamente a los niños y adolescentes beneficiados por la deducción del impuesto a las ganancias, o si dicha deducción fuera hasta los 18 años, como todos los otros tipos de cobertura, en vez de hasta los 24, los costos de esta propuesta serían menores).

A su vez, las políticas destinadas a la educación inicial y el cuidado también requieren un esfuerzo fiscal importante, principalmente debido a las bajas tasas de cobertura en el nivel inicial formal y en los centros de cuidado informales, donde el problema de oferta es mayor cuanto menores son los niños. Sin embargo, los costos incrementales

Gráfico 33. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de mínima como proporción del PBI con año base 2004 estimado. En porcentaje. 2016-2019



Notas: las metas correspondientes al jardín maternal, sala de 3 y sala de 4 solo presentan el gasto correspondiente al gobierno nacional.

Fuente: CIPPEC.

tanto en grandes déficits de cobertura que resultan tan costosos como en las otras dos dimensiones.

En síntesis, consideramos que para fortalecer la viabilidad de la agenda propuesta en los tres planos –fiscal, político y técnico– será clave que una mayor proporción de las inversiones sean afrontadas por el gobierno nacional. Esto permitirá, también, generar un piso nacional que resulte en una mayor justicia distributiva que tienda a reducir las enormes brechas que distancian hoy a las provincias.

Resulta esperable que la agenda próxima comprenda tanto acciones “incrementales” indispensables, como otras políticas menos costosas pero igualmente necesarias para la mejora de la calidad de vida de la primera infancia, atendiendo a la integralidad, que es clave en este proceso, e incluyendo la construcción de una adecuada institucionalidad. Es importante destacar que las estimaciones presentadas son solo un ejercicio que permite dimensionar el peso relativo de ciertas políticas relevantes. La paleta de políticas seleccionadas puede ampliarse, reducirse o combinarse según modelos y plazos sumamente variables, que dependerán de la voluntad, el contexto y las prioridades que emergen de la dinámica democrática.

de las políticas de educación formal se vieron reducidos en las estimaciones finales porque involucraban solo al gobierno nacional y, aunque se propone que este nivel de gobierno aumente su apoyo en la prestación de estos servicios, su descentralización hace que hoy en día gran parte de ellos recaigan sobre los gobiernos provinciales.

Por su parte, las políticas costeadas relacionadas con la salud y la nutrición no evidenciaron inversiones tan altas como las otras dos dimensiones, a pesar de ser indispensables. Los altos niveles de cobertura del sector de salud argentino y la creciente incidencia de la malnutrición por sobre la desnutrición hacen que el foco esté puesto más en la calidad de los servicios de salud y de la alimentación y no

CAPÍTULO 6

Un cierre abierto a una nueva etapa del país: ¿la primera infancia como prioridad?

“Vivir es tomar partido”, dijo alguna vez el filósofo y político italiano Antonio Gramsci. El presente libro lo hace a través del conjunto de su recorrido, en el sentido de colocar el enfoque de derechos (y su puesta en práctica bajo la responsabilidad primaria del Estado) como argumento central de toda política de primera infancia. Los demás argumentos que fueron presentados en las páginas iniciales son sin duda complementarios de aquel, y cada uno en sí mismo es pertinente para el complejo arte de la argumentación política.

Este capítulo final se estructura en tres apartados. En el primero, se resalta la bienvenida continuidad que el sistema político mostró en el caso de las políticas de primera infancia, manteniendo y mejorando intervenciones preexistentes y complementando con nuevas e importantes medidas. Dado el foco de estas últimas en términos de expansión de servicios, se recuperan aquí algunas lecciones aprendidas a nivel internacional en términos de su calidad. En el segundo se realiza un breve repaso de los puntos fundamentales de los capítulos relacionados con la situación sociodemográfica de la primera infancia, la oferta de políticas nacionales destinadas a esta población y las propuestas destinadas a generar un verdadero sistema integral, incluyendo sus escenarios de inversión fiscal. Finalmente, el tercer apartado se concentra en retomar un par de lecciones aprendidas de la experiencia internacional para enmarcar en ellas una serie de aspectos que deberían atenderse en la Argentina si el propósito del sistema político, y de la ciudadanía en general, es hacer de la primera infancia una de las más altas prioridades de sus políticas públicas.

1. La coyuntura político-institucional en que se inscribe el libro

La Argentina cambió de color político a fines de 2015, luego de más de una década de gobiernos que hicieron de la ampliación de derechos una de sus prédicas fundamentales. Esto aconteció en un país con una larga (y mala) tradición de su sistema político: dar por terminadas todas las políticas públicas de la etapa anterior, cualquiera fuera el resultado que hubiesen alcanzado, reemplazándolas por nuevas intervenciones con el sello comunicacional e ideológico de los elencos gubernamentales entrantes.

Una buena noticia de este tiempo es que, al menos en materia de políticas públicas relacionadas con la primera infancia, esto no aconteció. Sea por convicción técnico-política solo en parte respaldada en evidencia, sea por presión social y territorial, o por la existencia de un marco legal de respaldo (o seguramente por una combinación de estos y otros factores), lo cierto es que muchos activos de gestión pública relacionados con la primera infancia y construidos en el período 2003-2015 no sufrieron variaciones negativas en la etapa inicial del gobierno encabezado por Mauricio Macri. Cabe destacar al menos cuatro: 1) el marco legal destinado a promover un sistema de protección a la niñez y la adolescencia; 2) las transferencias de ingreso a hogares sociolaboralmente vulnerables donde habitan niños; 3) las masivas políticas de atención primaria de la salud, y 4) la tendencia a expandir hacia edades tempranas la oferta de servicios del sistema educativo.

Se trata de una señal que reconoce las buenas decisiones tomadas e implementadas en los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner. Y, al mismo tiempo, expresa una maduración al menos casuística del sistema político argentino para ir dejando atrás esa larga y dañina “tradición refundacional”. Este dato de la realidad política contemporánea abre las puertas para que, en este campo de política pública y durante los próximos años, se arribe a consensos técnicos, fiscales y políticos que permitan transitar hacia un abordaje integral de la problemática de la primera infancia, no solo en materia de cobertura de sus intervenciones sino también en cuanto a la calidad de las prestaciones.

En el primer semestre del nuevo gobierno, en el marco de un importante ajuste económico impulsado por un contexto de crisis en las principales variables macroeconómicas, se anunció un conjunto

de medidas relevantes para la primera infancia, sin duda algunas de ellas necesarias. En primer lugar, la ampliación de la AUH y la AUE, incorporando a los trabajadores temporarios y monotributistas, quienes estuvieron relegados desde su creación. Con esta medida se busca alcanzar también alrededor de 1,5 millones de beneficiarios que están en condiciones de percibir las asignaciones, pero no lo hacen por errores de información o de administración. Como segunda y fundamental medida, debe mencionarse el lanzamiento del Plan Nacional de Primera Infancia, que consiste en la creación de una red nacional de cuatro mil centros de cuidado. Sin duda se trata de un gran esfuerzo en el sentido de igualar las oportunidades de todos los chicos que viven en nuestro país. El plan se propone ser una herramienta destinada a garantizar el desarrollo integral de niños de 45 días a 4 años inclusive, en situación de vulnerabilidad social, en pos de favorecer la promoción y la protección de sus derechos. En el artículo 2° de la norma de creación se plantea que el plan “tendrá por objetivos la promoción y el fortalecimiento de espacios de cuidado y abordaje integral de niñas y niños en su primera infancia, que garanticen una adecuada y saludable nutrición, así como la estimulación temprana y promoción de la salud, propiciando condiciones de participación activa en el ámbito familiar y comunitario que faciliten el proceso de crianza y desarrollo de niñas y niños, promoviendo el fortalecimiento intrafamiliar y comunitario”. Se designa como autoridad de aplicación al Ministerio de Desarrollo Social.

Si el mencionado plan y su complementariedad con la educación inicial¹ habrán de constituirse en el marco general con que el gobierno encare sus acciones prioritarias para la primera infancia a lo largo de su mandato, cabe hacer dos comentarios críticos. Por un lado, reconociendo la relevancia de la medida de expansión de cobertura para la población que recibirá AUH y AUE en términos de “dinero para cuidar”, quedan pendientes una serie de posibles medidas que hagan de la política de primera infancia un sistema integral: muchas y en general de bajo costo fiscal relacionadas al campo de la salud; otras en materia de licencias, de alto impacto fiscal, pero de enorme importancia para fomentar mayor “tiempo para cuidar”. Por el otro,

1. El envío al Congreso del proyecto de ley para establecer la obligatoriedad de la sala de 3 años de la educación formal a nivel nacional implica una medida discutible en tanto no hay suficiente evidencia contundente que respalde la deseabilidad de institucionalizar a los niños en el marco educativo desde una edad tan temprana.

y atendiendo al mencionado foco prioritario con que la nueva administración encara la problemática de la primera infancia, todo esfuerzo que se haga en términos de expansión de cobertura deberá prestar particular atención a la calidad de los servicios.

Atendiendo a este último aspecto, resulta crucial resaltar varias cuestiones relacionadas con la calidad de los servicios destinados a cuidar y educar a la primera infancia. Diferentes estudios demuestran que una experiencia educativa de calidad puede compensar parte de las diferencias de desarrollo entre niños de distintos sectores socioeconómicos (Rodríguez Enríquez, 2007). En particular, para las poblaciones vulnerables es posible identificar un efecto positivo de los servicios de cuidado, cuando constituyen prestaciones sostenidas, de calidad e integrales (Araujo y López-Boo, 2010). La evidencia internacional ratifica estos hallazgos y demuestra que los centros de cuidado pueden tener efectos sustanciales en el desarrollo temprano, pero solo si se trata de servicios de alta calidad. De no ser el caso, es posible que hasta tengan efectos negativos sobre el desarrollo de los niños (Schady, 2015). De este modo, garantizar la calidad de los servicios de cuidado se vuelve fundamental.

La necesidad de establecer estándares que establezcan un piso de calidad para todos los servicios convive con la importancia de contemplar en los instrumentos los diferentes contextos y culturas. En este sentido, la calidad debe ser un concepto abierto a revisiones de acuerdo con el momento histórico (Kagan, 2013). La definición de los estándares operativiza una determinada visión de la calidad, la cual se encuentra atravesada por enfoques ideológico-políticos (Marcó Navarro, 2014).

Los estudios pioneros sobre calidad realizados en Estados Unidos se centraron sobre aquellos aspectos que pueden denominarse “regulables” por el Estado, es decir, las variables estructurales. Estas refieren a la presencia o la ausencia de recursos que facilitan las interacciones y se pueden organizar en cuatro grupos: 1) infraestructura (acceso a agua potable, sistema de eliminación de residuos, acceso a electricidad y teléfono, cantidad de espacio físico para los niños, disponibilidad de materiales, instalaciones protegidas de riesgos ambientales u otros, características de las áreas de juego y de los muebles); 2) salud y seguridad (existencia de protocolos de aseo y protocolos para evitar el contagio de enfermedades, por ejemplo); 3) grupo de niños (tamaño, ratio de adultos por niño), y 4) características del cuidador (años de educación, experiencia previa y capacitaciones, sistema de supervi-

sión y monitoreo, salarios). Este tipo de variables se miden a partir de “listas de verificación”, entrevistas o cuestionarios (López-Boo, Araujo y Tomé, 2014).

Sin embargo, pronto fue evidente que, incluso en lo que refiere a servicios institucionalizados, asegurar calidad implica avanzar más allá de las variables estructurales, y se hace necesario analizar cuestiones relativas a los procesos, que se refieren a aspectos dinámicos como las interacciones entre niños y adultos, las interacciones entre los propios niños, el comportamiento de los cuidadores, la organización de los espacios y la implementación de la currícula, la relación entre los cuidadores, la familia y la comunidad, y las variables que afectan a la rotación del personal a cargo de los niños (Kagan, 2013; Schady, 2015; López-Boo, Araujo y Tomé, 2014). Su medición requiere el uso de técnicas de observación y codificación de las rutinas de los servicios por una cierta cantidad de horas.²

Existe un creciente reconocimiento acerca de la importancia central de estos indicadores de proceso, en especial de las interacciones entre adultos y niños, en la definición de servicios de calidad para los más chicos. Un servicio de calidad implica que los cuidadores o docentes incentivan a los niños a involucrarse en una variedad de actividades, tienen interacciones frecuentes y positivas con ellos (incluyen sonreír, tocar y hablar a la altura visual de los niños), responden adecuadamente a sus requerimientos o preguntas, los incentivan a hablar sobre sus experiencias, ideas y sentimientos, escuchan atentamente y les hacen preguntas abiertas, interactúan con ellos en grupos pequeños e individualmente e incentivan la autonomía. Centrarse en los indicadores de proceso implica priorizar el concepto de aptitudes y cualificaciones por sobre el de profesionalización de los adultos a cargo. Esto significa dar centralidad a los programas de entrenamiento y capacitación en servicios (así como programas de tutorías) y a la supervisión (Schady, 2015).

Una propuesta elaborada por una comunidad de expertos (reunidos por Unicef, Unesco, el Banco Mundial, la Fundación Bernard van Leer,

2. La mayoría de los indicadores de proceso existentes parten de una visión sobre la calidad que la relaciona con una preparación que permita a los niños asumir con éxito la escuela y los futuros retos laborales (Aulicino, 2015). Además, esta visión no atiende a los desafíos propios de los servicios que no son basados en el esquema formal del salón de clase o centro colectivo de cuidado, y de dimensiones importantes en muchos países, como los programas de salud y nutrición y de apoyo a la crianza (Kagan, 2013; López-Boo, Araujo, y Tomé, 2014; Marcó Navarro, 2014).

Step by Step y Brookings Institution) elaboró una guía de ocho áreas que deberían ser incluidas en las mediciones de calidad en la primera infancia. Tiene la ventaja de poder ser aplicada a intervenciones basadas en centros, escuelas, en los hogares o en las comunidades (ISSA, Unicef, Fundación Bernard van Leer y Unesco, 2014). Esta incluye:

- 1) Espacio físico y ambiente: infraestructura, cuestiones de seguridad, limpieza.
- 2) Participación y compromiso de las familias y comunidades.
- 3) Personal a cargo: formación inicial, capacitación en servicio y apoyos, bienestar de los cuidadores y código de ética profesional.
- 4) Interacciones: incluidas aquellas que se dan entre adultos y niños, entre niños y entre adultos (personal, supervisores, comunidad y familias).
- 5) Apoyo estructural: monitoreo y evaluación, financiamiento y apoyo logístico.
- 6) Inclusividad.
- 7) Estructura del programa y currículo.
- 8) Salud e higiene: salud física y mental y nutrición.

Por su parte, la Comisión Europea realizó un esfuerzo por definir un Marco Europeo de Calidad para la Educación y el Cuidado de la Primera Infancia, ligado a entender la calidad de los servicios más allá del desarrollo cognitivo y las habilidades lingüísticas, abarcando habilidades sociales, emocionales y la conciencia sobre los otros y el entorno (incorporando aspectos relativos a la participación de las familias y la comunidad y el respeto por la diversidad cultural) (Comisión Europea, 2014; Marcó Navarro, 2014).

El marco parte de reconocer que no existe una definición única sobre qué es calidad en educación y cuidado de la primera infancia. Sin embargo, se identificaron tres tipos de medidas que contribuyen a asegurar la calidad, consideradas interdependientemente (Comisión Europea, 2014):

- 1) *De estructura*: refiere, como fue mencionado, a la manera en que está diseñado y organizado el sistema. En este caso, se incluyen también variables relativas a arreglos que aseguran que cada niño sea tratado adecuadamente en términos de sus necesidades individuales, a la vez que incorpora regulaciones relativas al financiamiento.

- 2) *De proceso*: mira las prácticas dentro de los servicios y las interacciones, como ya se mencionó. Además, aquí se incluye la consideración de que el cuidado y la educación sean brindados de manera integral, a la vez que jerarquiza el rol del juego dentro de la currícula.
- 3) *De resultados*: refiere a los beneficios para los niños, las familias, las comunidades y la sociedad. Incluye mediciones del desarrollo emocional, moral, mental y físico de los niños, sus habilidades sociales y preparación para la escuela y la vida adulta.

Para alcanzar políticas de calidad es necesario que estos tres factores estén alineados en torno a las necesidades de los niños y sus familias. El marco parte de identificar que la primera infancia no debe ser entendida únicamente como una etapa de preparación para el futuro sino como una etapa valiosa en sí misma. Por eso, las políticas deben estar centradas en los niños y deben involucrarlos en las decisiones cotidianas en el contexto de los servicios de educación y cuidado (entendidas como dimensiones inseparables). Además, también parte de considerar a los padres como los principales socios de los servicios, cuya participación es esencial y debe contemplar la diversidad. Esto supone desarrollar servicios que realmente respondan a las necesidades de las familias y que contemplen un balance entre ciertos objetivos y estándares universales que deben aplicarse a todos los servicios y el respeto por la diversidad (Comisión Europea, 2014).

2. Un repaso global acerca de lo planteado

El capítulo 2 presentó con solvencia estadística y metodológica la situación de la primera infancia en la Argentina, y dejó en evidencia la necesidad de atender la compleja problemática que la afecta de un modo prioritario e integral, dadas las múltiples aristas que impiden muchas veces hacer realidad los derechos de los niños de 0 a 4 años (y sus familias). A efectos de no repetir argumentos que ya fueron presentados en las conclusiones parciales, solo cabe resaltar aquí dos puntos fundamentales.

Por un lado, la bienvenida noticia de que el país aún cuenta con un bono demográfico que, de aprovecharlo, puede resultar una “ventana de oportunidad” para la mejora en los niveles del desarrollo social y económico a largo plazo. Pero, cabe decirlo, en caso de no actuarse

proactivamente ante esta circunstancia que es finita en el tiempo, los impactos a futuro serán muy negativos. Una de las “llaves maestras” para resolver este dilema es precisamente contar con una política de primera infancia amplia e integral, con altos parámetros de calidad.

Por el otro, la marcada tendencia argentina hacia la infantilización de la pobreza, cualquiera sea la medición o fuente que se seleccione para medirla. Este fenómeno, que tendió a profundizarse en los últimos años, coloca en primer plano la necesidad de atender de un modo sistémico las causas profundas y estructurales que están por detrás de esta problemática.

El capítulo 3 deja en evidencia otra dimensión estrechamente ligada a la problemática social de la primera infancia: los problemas de cobertura de muchas de las políticas destinadas a esta población, lo que se articula negativamente con la desigualdad en el acceso según situación laboral o lugar de residencia de los adultos responsables de esos niños entre 0 y 4 años.

En ese mismo capítulo se tornó claro que las múltiples intervenciones del Estado nacional, dispersas en un conjunto amplio de ministerios, no tenían en su ADN ni visión sistémica ni el trazo de rutas críticas acordes a posibles lógicas de acción, como las de ciclo de vida o las vinculadas a diferentes riesgos y vulnerabilidades. La ausencia de información metódica y creíble acerca de esas políticas torna aun más difícil el diagnóstico y las líneas posibles de complementariedad. La retórica de la coordinación, de estar presente en casos puntuales, no dejaba de ser precisamente retórica, y dejaba al descubierto los límites (técnicos y políticos) de instancias como la SENNAF (y el correspondiente Consejo Federal) o el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

En un contexto complejo, como lo es sin duda el federalismo argentino, emergen dos retos adicionales para el logro de buenas políticas para la primera infancia a lo largo y a lo ancho del país: 1) las asignaturas pendientes de la territorialización de la ley 26.061, y 2) la heterogénea capacidad (técnica pero también fiscal) de las provincias para brindar bajo su responsabilidad directa tanto apropiados regímenes de licencias como servicios educativos y sanitarios de buena calidad.

El capítulo 5 constituye la esencia misma de este libro, por su carácter propositivo, que atiende a condiciones de factibilidad técnica, fiscal y político-institucional. Se remarcó de entrada que una política de primera infancia integral y federal requiere de políticas concretas

que, planificadas, diseñadas, implementadas y monitoreadas/evaluadas de modo sistémico den cuenta de la multidimensionalidad de la problemática que se debe atender. Implica, asimismo, aunar expansión de cobertura complementando universalismo y focalización y atendiendo a los principios fundamentales de un enfoque de derecho. La calidad de los servicios involucrados es otra condición crítica que toda propuesta realista debe considerar.

Las propuestas presentadas en este libro, incluidos los posibles escenarios de inversión fiscal que se requerirían para las más relevantes, se concentraron desde lo sustantivo de las políticas públicas en los tres pilares que aquí se consideraron como centrales en un abordaje integral: salud y nutrición, licencias y transferencias, y educación inicial y cuidado. Estas fueron complementadas, como condición necesaria, por un conjunto de propuestas de índole institucional (incorporando aspectos de financiamiento).

Cabe iniciar esta síntesis de las propuestas precisamente por los aspectos institucionales. Al respecto, se entiende como un hito fundamental la eventual construcción de una autoridad social centrada en esta temática que, sin competir con instancias más amplias hoy existentes destinadas a la articulación de la política social (en general con escaso éxito en ese propósito), cuente con las capacidades formales e informales necesarias para coordinar y gobernar las áreas del Estado nacional que se requiera movilizar. Pero para que la política pública eventualmente integral a nivel del Poder Ejecutivo Nacional se plasme realmente en resultados concretos se requiere avanzar en el plano federal. Es entonces cuando cobran sentido las propuestas de un pacto federal por la primera infancia, que debería estar acompañado por una ley específica para su financiamiento.

En lo referido a las propuestas dentro del pilar de salud y nutrición, sobresale un primer aspecto fundamental: cualquier esfuerzo de política pública en materia de primera infancia debe tener estrechos y virtuosos vasos comunicantes con acciones destinadas a una población más amplia. No se trata solamente de colocar el foco en la familia en la cual viven los niños de 0 a 4 años, sino en otros colectivos, por ejemplo las mujeres en edad fértil. Por ende, las buenas políticas de primera infancia requieren también, entre otras, pertinentes políticas públicas para la adolescencia y la juventud. Quizá el reto fundamental en el campo de la salud y su relación con la primera infancia esté asociado a los cambios que es necesario lograr en las prácticas profesionales y culturas organizacionales. Está comprobado

que los avances normativos o las experiencias piloto de escala acotada son importantes pero insuficientes. Se suma a todo lo anterior la heterogénea situación de los sistemas provinciales de salud (como es el caso de sus capacidades operativas), pero también cuestiones ideológicas de suma importancia; por ejemplo, el momento de llevar a la práctica leyes progresistas que busquen garantizar los derechos sexuales y reproductivos. En materia nutricional, aún resta camino por recorrer para que la agenda pública jerarquice la cuestión de la malnutrición, sin dejar de reconocer los “bolsones” de desnutrición que aún persisten.

En cuanto al tiempo y el dinero para cuidar, el reto mayúsculo está asociado a las licencias, ya que se avanzó mucho en fortalecer las transferencias monetarias para los hogares con niños de entre 0 y 4 años. Las licencias constituyen el “nudo gordiano” de las reformas necesarias, no solo porque queda marginada de este derecho la mitad de la PEA, sino porque es enorme la heterogeneidad entre provincias en lo que se refiere al beneficio otorgado al personal del sector público. Progresar en esta dirección requiere no solo de un gran esfuerzo fiscal (más allá del eventual incrementalismo de las reformas) sino también de un cambio cultural inacabado aún en la Argentina: dejar atrás el paradigma de bienestar que condiciona los derechos sociolaborales al hecho de estar incorporado al empleo formal, con su correspondiente acceso a la seguridad social contributiva. Afectar ese “sentido común” de la sociedad argentina (y de las autoridades técnico-políticas del Estado a lo largo del tiempo, más allá del signo político e ideológico de cada una de ellas) constituye sin duda una tarea de largo plazo. Pero los retos por cambios culturales profundos en el régimen de licencias no son solamente materia de la arena pública, sino también del ámbito privado: necesitan respaldarse en cambios en el interior de los hogares en la distribución por género de las tareas, a partir de los cuales los varones adquieran un protagonismo real en sus responsabilidades de cuidado con una verdadera perspectiva de equidad de género.

Respecto del pilar de educación inicial y cuidado, las propuestas planteadas apuntan a generar condiciones de universalidad para que la primera infancia haga efectivos sus derechos a ser cuidada en condiciones que fomenten su pleno desarrollo multidimensional. Se plantea un doble desafío. Por un lado, la cobertura es aún escasa en materia de educación inicial (sobre todo de 45 días a 2 años, con fuertes brechas entre jurisdicciones incluso en la sala de 4 años). Asegurar la obligatoriedad de sala de 4 es todavía una materia pendiente. Y, en

este contexto, expandir la cobertura para las edades inferiores es un desafío aún mayor. Por otro lado, se coloca la calidad de los servicios en un primer plano. Las lecciones aprendidas a nivel internacional muestran con claridad la amplitud de aristas que deben ser atendidas si lo que se quiere es ir más allá de la (bienvenida) expansión de cobertura. Se trata de un pilar con alto potencial de complementariedad entre las responsabilidades nacionales de los ministerios de Educación y Desarrollo Social (y sus pares a nivel provincial), pero la historia reciente en el caso argentino no resulta particularmente virtuosa en lo que a este vínculo se refiere, particularmente en la atención a la primera infancia. La actual disparidad de atención en los centros dependientes o regulados desde la cartera de Desarrollo Social (sumada a escasos parámetros pedagógicos para estos espacios) y la escasa formación en desarrollo infantil temprano en un amplio número de trabajadoras (empleo altamente feminizado) son indicadores preocupantes en este sentido. Aun en este contexto con tantas asignaturas pendientes, las propuestas presentadas buscan conciliar las condiciones para el efectivo ejercicio de plenos derechos de la primera infancia con la necesaria conciliación entre vida laboral y familiar.

3. Cinco aspectos críticos que se deben considerar para la construcción de un sistema integral y federal de primera infancia

Semejante conjunto de propuestas requiere combinar por igual dosis de utopía con dosis de realismo técnico, político y fiscal. Implica, además, una apuesta estratégica por un accionar incremental siempre atento a las “ventanas de oportunidad” que la historia suele abrir. La experiencia latinoamericana revisada previamente también ofrece lecciones a tener en cuenta. Cabe mencionar dos de ellas, síntesis de muchas otras.

Primero, la integralidad debe construirse políticamente. Y no habrá pasos en firme si no se define de un modo colectivo (combinando saberes y articulando intereses) cuáles son las aristas más descollantes que caracterizan la problemática de la primera infancia en determinado tiempo y lugar. Con esa base de interpretación común, no exenta por supuesto de luchas de poder y sentidos en conflicto, será posible transitar algunas rutas críticas que conduzcan de fragmentadas ofertas

programáticas a la construcción al menos embrionaria de un sistema donde lo que acontezca sea más que la suma de las partes. Para el logro de todo esto resulta menester la construcción de coaliciones sociopolíticas que hagan de la primera infancia una de sus más altas prioridades de incidencia y acción pública, proceso en el cual resulta clave el posicionamiento de quien lidere el Poder Ejecutivo Nacional.

Segundo, la integralidad requiere pasos concretos en lo técnico-operativo y lo fiscal. Sabido es que la voluntad política no suele ser más que una condición necesaria en el intrincado juego de las agendas y las políticas públicas. Para que se traduzca en medidas concretas y de alto impacto intertemporal, requiere ser complementada con instrumentos de gestión pública que traduzcan ideas e intereses en acciones concretas. Las experiencias más relevantes en América Latina dan cuenta de avances importantes en la generación de protocolos de articulación intersectorial, en la elaboración de estándares de calidad, en el desarrollo de sólidos sistemas de información (de la situación social y de las políticas), y en los instrumentos para el monitoreo y la evaluación de las intervenciones. A esto se suma la siempre compleja tarea de transitar desde planificaciones puramente sectoriales a planificaciones intersectoriales. Cuando estos rasgos de una gestión pública inspirada en la búsqueda de resultados están presentes crece el potencial de impacto de los esfuerzos fiscales que priorizan la primera infancia.

En el cruce de aquellas dosis de utopía y realismo y estas dos lecciones aprendidas en “clave regional” emergen cinco aspectos que se deben tener en cuenta en la Argentina del presente, mirando al mañana.

3.1. La primera infancia como prioridad: base de consensos

La primera infancia constituye una temática con gran potencial para el logro de amplios consensos sociales y políticos. Aun cuando se trata de una población que todavía no llegó a su fase productiva, y por ende con posibilidades de constituirse en un trabajador formal –tipo ideal del modelo de bienestar que caracterizó al país en gran parte del siglo XX–, existe en la Argentina una percepción social de que el principio del “mérito” debe ser relajado cuando está involucrada la población que transita sus primeros años de vida. El amplio respaldo social que encontró en el país la puesta en marcha de la AUH en

2009 da cuenta de esta visión colectiva acerca de asegurar derechos para los más pequeños. A lo anterior se suma el respaldo que podría tener una ampliación del régimen de licencias y de las políticas de educación inicial y cuidado entre aquel sector de la población que requiere y reclama mejores condiciones para la conciliación entre la vida laboral y la familiar.

Lo anterior expresa en trazos gruesos algunas condiciones sociales para promover mejores y más amplias políticas dirigidas a la primera infancia. Pero para que esto ocurra también deben darse –o generarse, llegado el caso– las condiciones para acuerdos estratégicos en el interior del Estado, no solo en el ámbito nacional, sino entre niveles de gobierno. Claros incentivos políticos y fiscales para la cooperación entre sectores y jurisdicciones, sumados a liderazgos legítimos y potentes en materia de primera infancia, constituyen otros elementos que requieren su presencia para hacer avanzar la agenda y las políticas de primera infancia en el contexto argentino.

3.2. La primera infancia requiere abordajes integrales

Se necesita una interpretación integral de la problemática, que incorpore los saberes institucionales de cada sector y nivel de gobierno, de las voces expertas y de quienes están en terreno, incluidas las propias familias donde se vive la primera infancia.

Construir un sistema integral desde sus bases implica un ejercicio colectivo de largo aliento, en el que se ponen en juego desde paradigmas hasta miradas disciplinarias, desde culturas organizacionales hasta celos personales. No siempre se cuenta en la Argentina con la voluntad ni con el método para agregar conocimiento y evidencia, pero si este camino no se transita (aun con los tiempos acelerados que suelen caracterizar a la gestión pública) se corre el riesgo de interpretar la multidimensionalidad de la problemática de la primera infancia solo como la sumatoria de miradas parciales y sin conexión alguna con otras perspectivas potencialmente complementarias.

3.3. La primera infancia necesita complementariedad con otros campos de la política

Lograr avanzar desde programas fragmentados y servicios

heterogéneos hacia un sistema integral y federal será un proceso incremental de mediano/largo plazo, que deberá “jugarse” también en terrenos ajenos a la primera infancia. Suele ser un rasgo común de muchas políticas públicas en la Argentina que sus procesos de reforma sean endógenos al campo inmediato en el que están inmersas. No debería ser este el camino a recorrer hacia una política amplia y de calidad para la primera infancia. Para que tenga potencial de éxito se requiere que forme parte sustantiva de cualquier proceso de mejora de muchas políticas sociales sectoriales, como los casos de educación, salud, desarrollo social o trabajo, por citar solo cuatro ejemplos. Si estos ámbitos, asimismo desiguales en su nivel de institucionalización y división de roles entre niveles jurisdiccionales, no colocan sus respectivas responsabilidades hacia la primera infancia en el centro de sus planificaciones estratégicas y operativas (también en las agendas de los respectivos consejos federales), no habrá logros concretos en el espinoso tránsito hacia un sistema integral para la población entre 0 y 4 años.

Asimismo, sería pertinente que las reformas de carácter más macro que están comenzando a emerger en la agenda pública del país tengan presente de algún modo sus implicancias para eventuales prioridades de largo plazo, como es el caso de la primera infancia. Si la reforma política argentina avanzara más allá de cambios en el régimen electoral y afectase bases fundamentales de la representación de intereses, no debería obviarse el tema de la primera infancia en una eventual agenda de desarrollo a largo plazo. Si las asignaturas pendientes en materia de reforma tributaria y coparticipación fiscal diesen lugar a arreglos más progresistas social y territorialmente, la política de primera infancia debería verse favorecida de ese potencial nuevo escenario. Pero nada de lo antedicho en este párrafo sucederá si los actores políticos y sociales no fuerzan para así ocurra.

3.4. La importancia de la institución rectora

Para la efectiva construcción de un sistema integral de primera infancia se requiere precisar el ámbito político-institucional que coordinará y gobernará el conjunto de acciones destinadas a esta población, al menos dentro del Estado nacional. Para resolver el viejo dilema estatal de quién es responsable de qué, existe un modo clásico de hacerlo, poco costoso políticamente a corto plazo: dividir

una política pública en componentes y asignar a cada uno de ellos un responsable. Si se trata de una acción llevada adelante por un único ministerio, los eventuales beneficiarios de esa división de tareas serán sus organizaciones internas (secretarías, direcciones, etc.). Si, por el contrario, se trata de una política con impronta intersectorial, los responsables de los diversos componentes de la política serán diferentes ministerios. Para el tipo de reto que tiene por delante la política intersectorial dirigida a la primera infancia en la Argentina, la solución-tipo recién mencionada no parecería ser la más apropiada.

Un Estado nacional marcado históricamente por desiguales capacidades de gestión, con celos políticos y burocráticos que se renuevan y mantienen (respectivamente) ante cada cambio de gobierno, y un sistema de partidos debilitado en su estratégico rol de articular intereses colectivos, hace necesario otro tipo de arreglo institucional. Lo que se requiere, más bien, es construir políticamente (sin que medie burocratización organizacional y operativa) una autoridad social específica para guiar el conjunto de políticas nacionales para la primera infancia en los pilares de salud y nutrición, licencias y transferencias, educación inicial y cuidado. No parece ser un rol que pueda desempeñar la SENNAF, ya que muchas de las políticas de esos pilares son responsabilidad de ministerios ajenos adonde se ubica organizacionalmente la mencionada secretaria.

3.5. La rectoría debería tener relevancia jerárquica

Esa instancia de coordinación y gobierno debería ubicarse en lo más alto de la jerarquía del Estado nacional. Ante la eventualidad de que una agencia dependiente de la propia Presidencia quedase desdibujada en la cotidianidad por la multiplicidad de asuntos estratégicos con los cuales debe lidiar la cabeza del Poder Ejecutivo, la Argentina tiene a su alcance la figura institucional de jefatura de gabinete de ministros.

Más allá de donde se ubique dentro del vértice más alto posible de la pirámide estatal, la instancia que tenga la máxima responsabilidad en materia de primera infancia debería combinar una serie de recursos de poder sumamente críticos. Por un lado, necesitaría del sólido respaldo presidencial, basado en la alta prioridad que el titular del Poder Ejecutivo Nacional diese a los temas de primera infancia. Por otro, requeriría de la capacidad para incidir en la asignación, distribución

y eventual redistribución de las partidas presupuestarias destinadas sectorialmente a la primera infancia, en particular dentro del Estado nacional. Finalmente, necesitaría tener bajo su órbita apropiados sistemas de información, monitoreo y evaluación que le permitan no solo dar seguimiento a las políticas nacionales que conforman los tres pilares de un sistema integral, sino también para informar el diálogo y la negociación federal con los gobiernos provinciales que gestionan políticas y presupuestos tanto nacionales como propios.

A modo de cierre

El Estado y la sociedad argentinos tienen por delante el desafío y la oportunidad de construir mejores políticas públicas para su primera infancia. Se requiere, para ello, contar con una serie de atributos imbricados entre sí: la combinación virtuosa de dirigencia con perspectiva estratégica de largo plazo y sentido táctico de la oportunidad, la capacidad colectiva de aprendizaje de aciertos y errores propios y ajenos, la demanda social organizada detrás de objetivos claros y alcanzables aun de modo lento e incremental. Seguro que, en el momento de concluir este libro, estos y otros factores coadyuvantes están todavía en su carácter embrionario. Pero la política pública, más aún en un país futbolero como la Argentina, tiene mucho de aquello que un clásico periodista deportivo expresó en el siglo pasado al intentar definir al más popular de los deportes: *la dinámica de lo impensado*.

Anexo 1. Educación inicial: legislaciones vigentes

País	Año	Ley	Obligatoriedad / Universalidad ^{III}	Organización
Argentina	2006	Ley de Educación Nacional N° 26.206	Es universal para los niños de 3 años. Es obligatoria para los niños de 4 años en adelante.	La legislación contempla la educación inicial desde los 45 días hasta los 5 años, siendo obligatorios los dos últimos años. Además establece la obligación del Estado nacional, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de universalizar los servicios educativos para los niños de 3 años de edad, priorizando la atención educativa de los sectores menos favorecidos de la población.
	2015	Ley N° 27.045. Educación inicial. Ley N° 26.206. Modificación.		
Bolivia	1994	Ley de la Reforma Educativa N° 1.565	Universal No obligatoria	La Educación Inicial en Familia Comunitaria constituye la base fundamental para la formación integral del niño. Se reconoce y fortalece a la familia y la comunidad como el primer espacio de socialización y aprendizaje. De 5 años de duración, comprende dos etapas: 1. no escolarizada, de 3 años de duración. 2. escolarizada, de 2 años de duración.
	2010	Ley de La Educación N° 070		
	2014	Ley N° 548 Código del Niño, Niña y Adolescente		
Brasil	1990	Ley N° 8.069 Estatuto del Niño y del Adolescente	Es universal para todas las edades No obligatoria	La Constitución de 1988 establece la obligación del Estado de garantizar el acceso a guarderías y preescolares. La Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional dispone que la educación es un derecho de todos los niños e incluye a los centros infantiles o guarderías (crèches) y preescolares. Esta inclusión es reglamentada por diversas Resoluciones Normativas del Consejo Nacional de Educación.
	1996, revisada en 1997, 2001 y 2003	Ley N° 9.394 de Directrices y Bases de la Educación		
Chile	1990	Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza - LOCE. Ley N° 18.962	Es universal desde los 2 años Obligatoria desde los 5 años	La educación parvularia incluye a niños entre 0 y 6 años con los siguientes niveles: • Sala cuna, que consta de sala cuna menor (0 a 1 año) y sala cuna mayor (1 a 2 años); • Nivel medio, que abarca medio menor (2-3 años) y medio mayor (3-4 años); • Nivel de transición que consta de primer nivel de transición (4-5 años) y segundo nivel (5-6 años). Se establece la obligación del Estado de garantizar acceso universal y gratuito desde los 2 años.
	2003	Ley N° 19.864		
	2009	Ley General de Educación N° 20.370		
	2013	Ley N° 20.710		

País	Año	Ley	Obligatoriedad / Universalidad	Organización
Colombia	1994	Ley General de Educación, Ley N° 115	Es universal Es obligatoria para los niños de 5 años	Dos modalidades de educación inicial: • Institucional: comprende los centros de desarrollo infantil. La primera está conformada por las instituciones que atienden de forma directa a niños a través de la educación inicial en el marco de una atención integral y el cuidado, con la participación de un equipo interdisciplinario. • Familiar: alude a las unidades de atención en las cuales se desarrollan los encuentros grupales que atienden de manera integral a la primera infancia y a sus familias y/o cuidadores, madres gestantes y lactantes, con la participación de un equipo interdisciplinario. En el marco de la estrategia "De Cero a Siempre" se desarrollaron los estándares de calidad para el cuidado institucionalizado y la educación inicial.
	2006	Código de la infancia y la adolescencia. Ley N° 1.098		
	2010	Ley de Cuidado N° 1.413		
Costa Rica	1957, revisada en 1958, 1992, 1996 y 2001	Ley Fundamental de Educación. Ley N° 2.160	Es obligatoria para los niños de 5 años	La educación preescolar es obligatoria por mandato constitucional y contempla un primer grado (Interactivo II) para los niños entre 5 años y 3 meses y 6 años y 3 meses, y un segundo grado para los mayores de 6 años y 3 meses. Estos niveles son regulados por el Ministerio de Educación. En cambio, los servicios para menores de 5 años están a cargo los CEN-CINAI, que dependen de la Dirección de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral. La Ley de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil persigue una ampliación de la cobertura y una mejoría en la calidad de la educación inicial y cuidado de centros públicos y privados articulando los diversos actores que participan de esta red.
	1997	Ley N° 7.676		
	2010	Ley N° 8.809		
Cuba	1961	Ley de Nacionalización General y Gratuita de la Enseñanza de Cuba	No es obligatoria Universal	El cuidado para la primera infancia se implementa mediante dos mecanismos: institucional y no institucional o no formal. Ambos se integran en el programa Educa a tu Hijo. La atención institucional se desarrolla en los círculos infantiles para los niños entre los seis meses y los 5 años de edad, y las aulas de preescolar para los infantes de 5 a 6 años.

País	Año	Ley	Obligatoriedad / Universalidad	Organización
Ecuador	1983, revisada en 1992, 1999, 2000 y 2003	Ley de Educación y Cultura	Es obligatoria para los niños de 5 años	El nivel de educación inicial se divide en dos subniveles: Inicial 1, que no es escolarizado y comprende a niños de hasta 3 años de edad, e Inicial 2, que comprende a aquellos de 3 a 5 años de edad. En el nivel inicial 1 se consideran infantes de 45 días a 36 meses en los Centros de Desarrollo Infantil, públicos, privados y mixtos, e infantes de 12 a 36 meses en los Centros Infantiles del Buen Vivir, ejecutados por el MIES
	2003	Código de la Niñez y Adolescencia. Ley N° 100		
	2012	Ley de Educación Intercultural		
El Salvador	1996, revisada en 2000, 2003 y 2005	Ley General de Educación. Decreto N° 917	Es obligatoria para los niños de 4 años en adelante	Se establece que la educación inicial y parvularia serán gratuitas y obligatorias desde los 4 años. La educación inicial se imparte por dos vías: institucional y familiar-comunitaria.
	2009	Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia		
Guatemala	1991, revisada en 2006	Ley de Educación Nacional. Decreto Legislativo N° 12	Es obligatoria para los niños de 5 años	La educación para la primera infancia contempla los niveles inicial (0 a 4 años) y pre-primaria (4 a 6 años), ambos obligatorios. El nivel preprimario es una etapa con una doble finalidad: la socialización y la estimulación de los procesos evolutivos y no solo una preparación para la escuela primaria, o para el aprendizaje de la lectura-escritura.
Honduras	1996	Ley Orgánica de Educación. Decreto N° 79	No es obligatoria	Se considera educación inicial la que imparten diversas instituciones a los niños de 0 a 4 años, y educación preescolar aquella dirigida a niños de 4 y 5 años como parte del sistema educativo. Ninguno de los dos ciclos es obligatorio. La educación prebásica tiene por objeto favorecer el crecimiento y desarrollo integral de las capacidades físicas y motoras, socioafectivas, lingüísticas y cognitivas en los niños para su adaptación total en el contexto escolar y comunitario.
	2011	Ley Fundamental de Educación		

País	Año	Ley	Obligatoriedad / Universalidad	Organización
México	1993, revisada en 2000, 2003, 2004, 2005 y 2006	Ley General de Educación Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral de la Primera Infancia	Obligatoria desde para los niños de 3 años en adelante	La educación inicial es un derecho y es obligatoria desde los 3 años, con implementación progresiva. El cuidado y el desarrollo integral también son derechos específicos de la infancia. Además del sistema educativo están los centros de cuidado infantil públicos, privados y mixtos. La institucionalidad a cargo incluye a la Secretaría de Educación Pública, Ministerios de Educación de los Estados, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Secretaría de Salud, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, y el Consejo Nacional para la Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral de la Primera Infancia).
Nicaragua	2006	Ley General de Educación. Ley N° 582	Es obligatoria para los niños de 5 años	La educación inicial comprende: • el primer nivel, de 0 a 3 años bajo una modalidad no formal o comunitaria; • el segundo nivel, entre los 3 y 5 años en las modalidades formal y no formal; • el tercer nivel, obligatorio y dirigido a los niños de 5 y 6 años. La Política Nacional de la Primera Infancia "Amor por los más Chiquitos y Chiquitas", considera primera infancia a niños de 0 a 6 años.
Panamá	1946, revisada en 1995	Ley Orgánica de Educación. Ley N° 47	Es obligatoria para los niños de 4 años en adelante	La educación preescolar regular es aquella destinada a infantes entre los 4 y 5 años, siendo obligatoria desde los 4 años. La educación no regular incluye la educación inicial, que se otorga a los niños desde el nacimiento hasta los 5 años. Este tipo de educación involucra la participación de la familia y los Ministerios de Salud y Educación, así como sectores afines. Los Centros de Orientación Infantil (COIF), Centros Integrales de Desarrollo Infantil y Centros Parvularios son espacios para la atención integral de la niñez de 0 a 4 años e incluyen educación, salud, afecto, recreación y alimentación.
Paraguay	1998	Ley General de Educación. Ley N° 1.264	Es obligatoria para el nivel inicial Universal	La educación inicial contempla el Maternal o pre-jardín de 0 a 3 años; el Jardín Infantil para 4 años y el Preescolar para 5 años. La educación inicial debe ser obligatoria y gratuita.
	2010	Ley N° 4.088		

País	Año	Ley	Obligatoriedad / Universalidad	Organización
Perú	2003	Ley General de la Educación. Ley N° 28.044	Es obligatoria para los niños de 3 años en adelante	La educación inicial es obligatoria desde los 3 años, con implementación progresiva. Los servicios reconocidos por el Ministerio de Educación son: • Escolarizados: Cuna (0 a 2 años) y Cuna Jardín (0 a 5 años). • No escolarizados: Sala de Educación Temprana (SET), Programa Integral de Educación Temprana (PIET) o Wawa Pukllana; Programación Integral de Educación Temprana con Base en la familia (PIETBAF) o Aprendiendo en el Hogar, Familias que aprenden.
República Dominicana	1997	Ley General de Educación N° 66	Es obligatoria para los niños de 5 años	Se distinguen dos ciclos de educación inicial: de 0 a 3 años y de 4 a 6 años. El cuidado y la educación inicial comprenden las estancias infantiles a cargo del Estado y las entidades del Programa de Atención Integral de Base Familiar y Comunitaria. La institucionalidad responsable es el Ministerio de Educación y la Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia que está a cargo del Programa Quisqueya Empezamos Contigo.
Uruguay	1985	Ley General de Educación. Ley N° 15.739	Es obligatoria desde los 4 años	La oferta educativa de la educación preescolar está dividida en 3 niveles: • Primer nivel: de 3 a 4 años; • Segundo nivel: de 4 a 5 años; • Tercer nivel: de 5 a 6 años. La oferta privada cubre a niños de 0 a 6 años de edad. Además, la primera infancia es uno de los grupos poblacionales destinatarios del Sistema Nacional de Cuidados.
	1998	Ley de Educación Inicial. Ley N° 17.015		
Venezuela (República Bolivariana de)	1980, revisada en 1999 y 2009	Ley Orgánica de Educación. Ley N° 2.635	Es obligatoria desde los 3 años	La educación inicial está orientada a niños de 0 a 6 años, mediante estrategias de aula, de familia y de comunidad (convencionales y no convencionales). Se divide en educación formal y no formal. Entre los programas de educación no formales se encuentran: Programa Familia; Centros del niño y la familia; FUNDAPRESCOLAR y Centros Comunitarios de Aprendizaje (CECODAP). Las instituciones que ofrecen educación inicial pueden funcionar en locales anexos, escuelas básicas, conjuntos residenciales, iglesias, espacios disponibles de la comunidad y planteles de coordinación interinstitucional (por contribución de las empresas).
	1998	Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente. Ley N° 5.266		

Anexo 2. Metodología del ejercicio de costeo

El ejercicio de costeo presentado en este libro implicó realizar una simulación de la implementación de cada meta en el período 2016-2019, lo que conlleva un conjunto de decisiones operativas y metodológicas en el tratamiento de la información. Este anexo no pretende realizar una descripción detallada del cálculo de los costos sino exponer los principales supuestos, las decisiones metodológicas de mayor relevancia y citar las fuentes de la información utilizada. Primero se presenta esto para el costeo en general y luego para cada meta en particular.

Supuestos generales

Se proyectó una implementación gradual y lineal de las metas en la dimensión de educación y cuidado y licencias, mientras que en el resto se supuso que alcanzan su objetivo en 2016 y luego lo mantienen entre 2017 y 2019.¹ Se estimó el costo de cada política por separado y *ceteris paribus* (“permaneciendo el resto constante”), es decir, sin considerar que se realizará el resto de las propuestas (al presentar el costo de conjuntos de metas no se consideran los costos agregados que supondría la implementación conjunta de las políticas).

Los cálculos se basan en los últimos costos disponibles de los

1. En las metas de educación y cuidado se consideró un plan escalonado por restricciones en las capacidades estatales para poder concretar sus objetivos en el primer año (en particular, construir infraestructura y equipar toma tiempo). En el caso de las licencias también se planteó esto por su ambición con relación a la gran deuda que existe hoy en día en la materia. En cambio, en las metas de salud y nutrición y de transferencias se consideró factible alcanzar sus objetivos en el primer año por ser menos complejas de implementar en términos de capacidad estatal y financiamiento.

principales insumos y las cifras monetarias del libro están expresadas en pesos de diciembre de 2015. Al estar en pesos constantes, un crecimiento de la inversión en primera infancia durante el período 2016 a 2019 solo expresa la implementación de nuevos programas y políticas destinadas a la primera infancia, la expansión de los existentes o la revalorización de alguno de los rubros (en este ejercicio, dependerá de las metas propuestas). Para ello, en los casos en los que los costos estaban expresados en cifras de otro momento, fue necesario actualizar o ajustar los valores por inflación. Hay un amplio consenso entre analistas económicos sobre la subestimación de la tasa de inflación argentina en las cifras oficiales desde la intervención del INDEC en 2007. A falta de un índice oficial veraz, y tomando en cuenta la discusión acerca de cuál es el índice de inflación más certero, se optó por utilizar las siguientes mediciones alternativas: hasta 2015 el índice de precios al consumidor del Centro de Investigación y Formación de la República Argentina (CIFRA), basado en “IPC 9 provincias” (CIFRA, 2015, 2016)² y, en adelante, la inflación estimada y proyectada por el Programa de Desarrollo Económico de CIPPEC en un escenario macroeconómico de base (supone una evolución moderada de la economía).³

Para dimensionar el costo de las metas no como valor absoluto sino en términos del PBI,⁴ debió realizarse una proyección del PBI en el período de análisis. Para ello se utilizaron los datos del INDEC

2. 18,3% en 2007, 27,1% en 2008, 14,6% en 2009, 23,1% en 2010, 23,4% en 2011, 24,2% en 2012, 25,8% en 2013, 38,7% en 2014 y 27% en 2015.

3. 25% en 2016, 20% en 2017, 15% en 2018 y 10% en 2019.

4. El INDEC, organismo a cargo de la medición del PBI, recalculó la base del PBI y en mayo de 2014 lanzó una nueva serie con año base 2004. Aunque es recomendable cambiar el año base de medición del PBI con el correr de los años para dar cuenta de transformaciones en la economía (en su estructura sectorial, precios relativos o participación de la economía informal), no existe consenso entre los expertos de que esta nueva medición sea mejor o más confiable que la anterior con año base 1993. Algunos economistas optaron por seguir usando este último debido a que la metodología y las fuentes de información utilizados para la elaboración del PBI con año base 2004 no son de público conocimiento y se carece de respuestas técnicas. Sin embargo, el último dato oficial del PBI con año base 1993 es de 2013 y, aunque se han hecho estimaciones para continuar esa serie, parece cuestión de tiempo para que el PBI utilizado de manera más extendida sea aquel que se sigue elaborando de manera sistemática. Usar una u otra medición del PBI no es una decisión menor ya que, por ejemplo, el de año base 1993 estima un PBI nominal menor: sostiene que en 2013 fue de 2.597,1 mil millones de pesos, mientras el PBI base 2004 estima 3.406,3 mil millones. Estas divergencias afectan los resultados presentados en relación al PBI, es por eso que aquí se optó por

(dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación) hasta 2014 para el PBI con año base 2004 y hasta 2013 con el PBI con año base 1993; para calcular el PBI con año base 1993 para 2014 se supuso que este tuvo un crecimiento real de -2,1% (Econométrica, 2015). Luego, utilizando estimaciones del Programa de Desarrollo Económico de CIPPEC, se supuso un crecimiento real moderado del PBI de 1% en 2015, 2,5% en 2016 y 3% en 2017, 2018 y 2019 en promedio (Castro y Agosto, 2014).

Bancos de leche

El costo de esta propuesta fue estimado utilizando un trabajo realizado por alumnos de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata en 2009 a partir de la instalación y el funcionamiento del primer banco de leche del país en el Hospital San Martín de esa ciudad (Echave, López y Terminiello, 2009, citados por Sager, 2010). Para ello, se tomó como criterio que todos los centros se instalan el primer año y se mantuvo el supuesto del costeo anterior respecto de la cantidad de donantes externas.⁵ El estudio contempla costos no recurrentes, como instalar las maquinarias y los equipamientos básicos, y un gasto en publicidad y promoción el primer año. También examina costos recurrentes incluyendo sueldos (que se suponen proporcionales a los del hospital, ya que son ellos quienes suelen dedicar parte de su jornada al banco), capacitaciones anuales a los profesionales, luz, gas, mantenimiento preventivo y correctivo mensual de la pasteurizadora. Para actualizar los costos se utilizó el IPC de CIFRA, excepto para el gasto en personal, donde se tomaron los aumentos porcentuales dados a los empleados públicos del Sistema Nacional de Empleo Público. Por último, aunque el estudio presenta los posibles ahorros que la presencia de un banco de leche puede significar en términos de asistencia de salud y gastos médicos al prevenir enfermedades en prematuros y lactantes, no se tomaron en cuenta estos valores para su costeo.

presentar los resultados en función de ambos PBI, pero más con los de base 2004 por su continuidad en el tiempo.

5. Son 1.040 donantes externas el primer año y aumentan en 100 por año.

Kit para el recién nacido

Para estimar los recursos requeridos para entregar este kit a todo recién nacido en establecimientos de salud públicos, primero se requirió saber a cuántos niños se les debería otorgar por año. La cantidad de nacidos vivos en establecimientos de salud oficiales (incluye todos los que dependen de los distintos niveles de la administración pública) en 2014 fue de 450.340 (DEIS, 2015) y se supuso que esta cifra se mantendrá constante en el cuatrienio analizado. Luego, se determinó qué ítems formarían parte del kit a costear (cuna plegable, colchón para cuna, juego de encastrar, dos enteritos, frazada, bolso de lona, libros didácticos) y el costo unitario de cada elemento se obtuvo de la conversión de dólares a pesos del costo de un kit similar entregado en Uruguay (para realizar esta conversión, se utilizó un promedio entre el tipo de cambio paralelo reportado por *Ámbito Financiero* y el tipo de cambio oficial reportado por el Banco Central de la República Argentina). Por último, se multiplicó el costo del kit en pesos por la cantidad de nacidos vivos para obtener el costo año a año.

Licencias

Para estimar el costo de esta meta se utilizó un trabajo anterior realizado por CIPPEC (Repetto, Bonari y Díaz Langou, 2013). Para ello, se mantuvieron los supuestos respecto de la cantidad de empleados y el tipo de empleo.⁶ El costo se actualizó utilizando la variación del índice de salarios. Para los asalariados formales se tomó el índice de salarios correspondiente tanto al empleo privado registrado como al empleo público, ponderándolo de acuerdo con la participación de cada uno de ellos dentro del empleo formal. El coeficiente de participación del empleo público dentro del total fue de un tercio. Para los independientes formales, se supuso la misma variación salarial que los asalariados formales.

6. Son 792.969 hombres trabajadores con niños menores a 1 año, 489.814 con trabajo formal (385.984 asalariados y 103.830 independientes) y 303.155 informal (232.841 asalariados, 69.220 independientes y 1.094 con trabajo familiar). Se estimaron 441.155 mujeres trabajadoras con niños menores de 1 año, 270.726 con trabajo formal (214.714 asalariadas y 56.012 independientes) y 170.429 informal (144.720 asalariadas, 21.988 independientes y 3.721 con trabajo familiar).

Transferencias a la primera infancia

Los cálculos se hicieron dividiendo el análisis entre niños de 0 a 5 años con las siguientes características: 1) no alcanzados por las intervenciones a pesar de cumplir los requisitos; 2) que reciben AUH (equivalente al tope de las asignaciones familiares, 837 pesos en junio de 2015); 3) con al menos un padre empleado en relación de dependencia (reciben asignaciones familiares según su grupo, entre 172 y 837 pesos para el mismo momento); 4) con dos padres monotributistas o un padre monotributista y el otro informal o desempleado; 5) con algún padre en la categoría de autónomos (“4” y “5” no recibían transferencias a fin de 2015); y 6) con algún padre que paga ganancias (en 2015 deducían 8.640 pesos al año de su ganancia neta anual por cada hijo).

La cantidad de niños en el primer grupo se estimó a partir de ENAPROSS 2011 (MTEYSS, 2014), que establece que 12,4% de los niños y adolescentes menores de 18 años estaban excluidos de toda prestación. Ante la falta de datos en este sentido, se hizo un supuesto fuerte de que esta misma proporción sigue vigente en la actualidad, se aplica para el grupo de 0 a 5 años y que la población de grandes centros urbanos puede ser representativa del resto. Para conocer la cantidad de niños de 0 a 5 en el país en 2016 se utilizaron las proyecciones poblacionales del INDEC por grupo etario.⁷

Para saber la cantidad de niños de esta franja etaria que reciben AUH se aplicó a la cantidad de niños y adolescentes de hasta 18 años que la perciben (3.723.763 en diciembre de 2015)⁸ el porcentaje de niños de 0 a 5 que la recibían en abril de 2014 (41,27% según Observatorio ANSES, 2015).

El número de niños que reciben asignaciones familiares por grupo de tope de ingresos fue obtenido de ANSES, y supone un total de 4.038.699 en junio de 2015.⁹ A este valor y a los valores por grupo

7. A los datos poblacionales del Censo Nacional de Hogares, Población y Viviendas 2010 por edad y provincia se les aplicó la variación poblacional de la proyección hecha para el período 2010-2040 por grupo etario. Se optó por hacer esto ya que el dato poblacional correspondiente a 2010 en la proyección no coincidía con población relevada en el censo.

8. Fuente: <http://transparencia.anses.gob.ar>.

9. El grupo 1 (hasta 7.500 pesos) tenía 1.870.611 niños beneficiados, el grupo 2 (hasta 9.800 pesos) 906.273, el grupo 3 (hasta 12.700 pesos) 627.845, el grupo 4 (hasta 30.000 pesos) 633.970. Fuente: www.anses.gob.ar/noticia/la-presidenta-anuncio-un-incremento-del-en-las-asignaciones-familiares-y-la-auh-y-presento-un-proyecto-para-que-aumenten-por-ley-de-movilidad-278.

se les aplicó el porcentaje de niños de 0 a 5 dentro del grupo de 0-17 según INDEC.

La cantidad de niños menores de 6 años con al menos un padre autónomo, así como con ambos padres monotributistas, uno monotributista y el otro desocupado/inactivo o que residen en un hogar monoparental/marental con padre/madre monotributista fue estimado a partir de procesamientos propios de la EPH del segundo trimestre de 2015.¹⁰

Con respecto al sexto grupo, hubo que estimar la cantidad de hijos, de hasta 5 años, de padres que entran en el régimen de ganancias, por tramo del impuesto. De acuerdo con datos administrativos provistos por AFIP, la deducción fiscal en el impuesto a las ganancias alcanzó a 668.323 niños y adolescentes menores de 18 años en 2010 (Bertranou y Maurizio, 2012). Se supuso que la cantidad de niños y adolescentes cubiertos por la deducción tuvo la misma evolución porcentual que la cantidad de gente que paga el impuesto.¹¹ Luego, la proporción de destinatarios por tramo y de niños hasta 5 años que se ven alcanzados por ella fue tomada de un cálculo realizado por el economista Luciano Di Gresia. El cálculo utilizó la EPH del segundo trimestre de 2015 y las reglas del impuesto de ese año, y se ajustó para reflejar la subdeclaración de ingresos y 25% de evasión impositiva.

A cada uno de estos valores se lo multiplicó por la diferencia entre la prestación propuesta y la actual prestación (multiplicado por 12, en caso de ser mensual). El valor de la canasta básica alimentaria por adulto equivalente (la cual determina la línea de indigencia) proviene de datos de su costo en la ciudad de Buenos Aires a abril de 2016 publicados por la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, estimado en 1.006 pesos (FIEL, 2016). El valor de la asignación familiar por hijo según grupo de ingreso mensual fue obtenido de ANSES,¹² y el monto tope de asignaciones familiares es equivalente al de la AUH. La actual prestación de quienes deducen

10. La cantidad de niños excluidos por ser hijos de monotributistas fue estimada en 241.236 y, usando los mismos topes que para las asignaciones familiares, se estimaron 143.603 en el grupo 1; 30.274 en el grupo 2; 38.141 en el grupo 3, y 29.218 en el grupo 4.

11. Fuente: CIFRA, sobre la base de AFIP y EPH-INDEC (2010-2013), Ministerio de Economía de la Nación (2014) y AFIP (2015). En <http://chequeado.com/el-explicador/cuantos-trabajadores-pagan-ganancias-y-que-propondria-el-gobierno>

12. En el grupo 1 (hasta 7.500 pesos) 837 pesos, en el grupo 2 (hasta 9.800 pesos) 562 pesos, en el grupo 3 (hasta 12.700 pesos) 338 pesos, y en el grupo 4 (hasta 30.000 pesos) 172 pesos. Fuente: www.anses.gob.ar/noticia/la-presidenta-anuncio-un-incremento

ganancias se estimó a través del promedio de lo que una persona que deduce impuesto a las ganancias se ahorra por cada hijo, por tramo.

Jardín maternal, sala de 3, sala de 4 y capacitación en el nivel inicial de gestión pública

El costo de estas cuatro metas se basó en un costeo anterior realizado por CIPPEC (Acuña, 2015b), con actualizaciones. Al igual que en el anexo metodológico de esa publicación, a continuación se delinean los principales insumos y comentarios específicos para las tres metas relacionadas con la expansión del sistema y la meta de capacitación.

Principales insumos

Infraestructura: para estimar este costo incremental (recursos adicionales que deben dedicarse al sistema educativo, por sobre la inversión actual, para construir la infraestructura necesaria), además de contar con la cantidad de alumnos para los cuales se necesita nueva infraestructura se deben tomar en cuenta principalmente tres cuestiones:

- *Metros cuadrados por alumno:* para la construcción de establecimientos educativos se tomó la relación del Censo Nacional de Infraestructura Escolar 1998, coordinado por la DINIECE, y la Red Federal de Información Educativa, que es 4 m² por alumno en educación inicial.
- *Costo promedio de construcción por metro cuadrado:* se utilizaron datos de la Cuenta de Inversión 2013 (realizada por la Contaduría General de la Nación del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación) referidos al Programa Nacional Más Escuelas, Mejor Educación (segunda etapa del Programa Nacional 700 Escuelas); 6.525 pesos era el gasto promedio para construir un metro cuadrado.¹³
- *Gasto actual en infraestructura:* necesario para calcular el costo incremental del gasto en infraestructura. Para estimarlo se utilizó

del-en-las-asignaciones-familiares-y-la-auh-y-presento-un-proyecto-para-que-aumenten-por-ley-de-movilidad-278.

13. Este dato no fue publicado en la Cuenta de Inversión 2014.

el gasto del Programa Nacional Más Escuelas, Mejor Educación, dependiente del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, el mayor programa referido a la construcción de infraestructura escolar en la actualidad. Según la Cuenta de Inversión 2014, su gasto devengado fue 796.468.498 pesos. Luego, para estimar cuánto de los gastos de este programa se destina al nivel inicial, se utilizó la proporción de licitaciones realizadas en 2013 para ese nivel respecto de todas las licitaciones llevadas a cabo ese mismo año (aproximadamente 55,7%).¹⁴

Equipamiento: para el nivel inicial se contempló el costo promedio del mobiliario de aula común y biblioteca. A falta de una sistematización rigurosa de este tipo de datos, para dar cuenta de estos costos lo que se hizo fue actualizar por inflación una estimación de costos unitarios utilizados en un ejercicio de costeo anterior realizado por el Programa de Educación de CIPPEC (Bezem, Vera y Fernández Rost, 2011). En su momento, estos costos fueron obtenidos a partir de entrevistas.

Salarios

Personal docente: se utilizó el costo laboral (salario bruto más los aportes personales a la seguridad social obligatorios por ley) promedio según nivel educativo, tipo de contratación (cargos, horas cátedra) y tipo de docente (directivos, maestros, etc.), relevados por la Coordinación General de Estudio de Costos del Sistema Educativo (CGECSE)¹⁵ correspondientes a diciembre de 2013.¹⁶ Para los casos en los cuales fue necesario el dato del costo de la hora cátedra por nivel (por ejemplo, para otorgar capacitaciones pagas), se calculó proporcional a las horas dedicadas por cargo.

14. Para los cálculos se decidió distribuir por igual esta proporción de nivel inicial entre el jardín maternal, la sala de 3 y la de 4.

15. La CGECSE, del Ministerio de Educación de la Nación, contempla seis cargos testigo: maestro de jardín, maestro de grado, director primaria primera categoría, profesor de educación secundaria (15 horas cátedra), director secundaria primera categoría y profesor de educación superior (12 horas cátedra).

16. Desde principios de 2012 el Informe Indicativo de los Salarios Docentes de la CGECSE no incluye el costo salarial promedio por cargo testigo. Esta información fue provista a partir de un pedido especial.

Personal no docente: ante la falta de datos sistematizados sobre la cantidad de no docentes o su salario,¹⁷ se hizo un supuesto conservador de tres no docentes por unidad educativa inicial (esto incluye, por ejemplo, celadores o personal de maestranza). Además, se supuso que el costo laboral de ellos es el mismo que el de los docentes del respectivo nivel.

Comedores: en el nivel inicial se estimó el costo de otorgar desayuno a los chicos. Para ello se tomaron datos provistos por el licenciado en nutrición y profesor Sergio Britos, quien se especializa en temas de política alimentaria y economía de la alimentación y es director del Centro de Estudios sobre Políticas y Economía de la Alimentación (CEPEA). En el marco de su cátedra, Economía General y Familiar (Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, UBA), se realizó un informe sobre el costo de un desayuno escolar saludable (a través de un relevamiento de precios en CABA y en el Gran Buenos Aires) y, a mayo de 2014, los datos revelaban un costo de 7 pesos.

También se agregó se agregó el 3% del costo total de las raciones alimentarias como estimación del costo agregado por gastos administrativos y demás, pues las entrevistas realizadas a autoridades de la provincia de Buenos Aires por el Programa de Educación de CIPPEC para un costeo similar (Bezem, Vera y Fernández Rost, 2011) relevaron que podría ser una forma válida de estimarlo correctamente.

Comentarios específicos sobre las metas de jardín maternal, sala de 3 y de 4

Alumnos a incorporar: esta cantidad fue calculada a partir de multiplicar el porcentaje de cobertura que se busca alcanzar en la sala por la cantidad proyectada de niños a 2019 en edad teórica. Luego, a ese resultado se le restó la matrícula actual de la sala para obtener la cantidad de alumnos a incorporar. Para el primer paso, fue necesario contar con proyecciones poblacionales a 2019 por edad, para lo cual se utilizaron datos del INDEC por grupo etario (al igual que en la meta de transferencias monetarias). Para el segundo paso fue necesario

17. A la fecha todavía no están disponibles los datos del Censo Nacional del Personal de Establecimientos Educativos (CENPE) 2014, un censo nacional del personal docente y no docente de todo nivel y modalidad, excepto universidades.

contar con información sobre matrícula escolar actual y se recurrió al último (2014) Relevamiento Anual de Estadísticas Educativas, coordinado por la DINIECE del Ministerio de Educación de la Nación.¹⁸

Organización de la oferta institucional: se mantuvo constante la cantidad promedio de alumnos por establecimiento, alumnos por sección y alumnos por docente en las zonas urbanas surgidos del relevamiento anual utilizado en costeos pasados.¹⁹ No se tomaron en cuenta las zonas rurales para obtener los promedios pues en estas áreas suelen ser menores, no porque no sea posible o recomendable tener más niños en un mismo establecimiento o bajo la tutela del mismo docente, sino debido a la menor densidad poblacional.

Con respecto a este punto, podría plantearse que replicar la organización actual de la oferta educativa no es correcto en términos de eficiencia (por más que se hayan utilizado los datos de zonas urbanas que suponen un mejor aprovechamiento de la infraestructura y personal docente en relación con la cantidad de alumnos). Al observar los promedios, estos parecen razonables al pensar en la dinámica de trabajo de una escuela. Tal vez se podría discutir la debilidad del supuesto planteado en el uso eficiente de los recursos humanos docentes o de la infraestructura educativa ya existente. Es posible que no estén siendo bien aprovechados, pero dado que los últimos resultados del Censo Docente son de 2004 (los resultados del CENPE 2014 todavía no fueron publicados) y del Censo Nacional de Infraestructura Escolar de 1998 (los resultados del Censo 2009 nunca fueron publicados), no es posible saber si esta conjetura es correcta o en qué medida podrían ser utilizados más eficientemente los recursos. En última instancia, posibles ajustes en términos de eficiencia implicarían reducciones en los costos presentados.

18. Se sumó, por provincia, la cantidad de alumnos en el nivel o sala correspondiente considerando la educación común, la educación especial y una estimación de la cantidad de alumnos que asisten a los establecimientos de educación común y especial no relevados. Se incluyó la información para la educación de gestión pública y privada.

19. Se tomó en cuenta la existencia de dos cargos directivos por unidad educativa. Para el nivel inicial, se consideró un promedio de 126 alumnos por unidad educativa. En el caso del jardín maternal se utilizó un promedio de 18 alumnos por sección y 7 alumnos por docente, y en el caso de las salas de 3 y 4 se consideró 25 y 23 alumnos por sección, respectivamente, y 14 alumnos por docente.

Comentarios específicos sobre la meta de capacitación en el nivel inicial de gestión pública

Esta meta busca otorgar capacitación en servicio paga para los docentes de las escuelas públicas de nivel inicial, concentrada en quienes atienden al 25% del alumnado con menor nivel socioeconómico. Para ello hubo que tener en cuenta el costo salarial de los docentes que se iban a capacitar y de los capacitadores. La cantidad de docentes (73.602) fue obtenida a partir del Relevamiento Anual 2014 (considerando que un cargo equivale a veinte horas cátedra) y las horas de capacitación fueron valuadas en función del costo salarial de la hora cátedra del nivel correspondiente según los datos de la CGECSE. Para saber la cantidad de capacitadores que era necesario contratar se planteó que haya uno por grupo de treinta docentes, con dedicación de cuatro horas semanales y honorarios asimilados al valor de la hora cátedra en el nivel superior siguiendo a la CGECSE. Por último, se supuso que las capacitaciones se llevan a cabo en diez meses al año.²⁰

Centros de desarrollo infantil

Esta meta busca cubrir distintos porcentajes de la población de 45 días a 2 años en conjunto con los jardines maternos. Para saber el costo de la creación de centros de desarrollo infantil, su funcionamiento y capacitación de personal, se necesitó determinar los siguientes puntos:

- *Niños que se van a incorporar en centros de desarrollo infantil:* se calculó a partir de multiplicar el porcentaje de cobertura que se busca alcanzar entre los niños de 45 días a 2 años por la cantidad proyectada a 2019 de niños de esa edad. Luego, a ese resultado se le restaron dos cantidades: la de niños que ya asisten a educación o cuidado formal e informal y la cantidad que ya se planea incorporar vía jardines maternos. Para el primer paso, fue necesario contar con proyecciones poblacionales a 2019 por edad, para lo

20. Con respecto a lo que ya se gasta en materia de capacitación en servicio, cabe recalcar que el documento que costeoó esta política fue elaborado en forma simultánea al inicio en 2014 del Plan Nacional de Formación Permanente, una capacitación en servicio de tres años para los docentes de todas las escuelas del país, motivo por el cual la inversión ya en curso no pudo ser contemplada en el costeo de esta política.

cual se utilizaron datos del INDEC por grupo etario al igual que en la meta de jardín maternal, sala de 3 y de 4. Para el segundo paso, se estimó la cantidad de niños menores de 3 años que ya asistían a educación o cuidado formal e informal a partir de los porcentajes de cobertura de la ECOVNA 2012 multiplicados por la población estimada en 2014 en esa franja etaria (esto supuso que los porcentajes registrados en 2012 se mantuvieron a 2014). Por otro lado, la cantidad de niños que se planea incorporar vía jardines maternos se obtuvo a partir de los cálculos de la meta de jardín maternal. Dos supuestos fuertes que se utilizaron es que los niños que comienzan a asistir a educación o cuidado formal o informal a partir de la implementación de estas dos propuestas no asisten a centros de desarrollo infantil informales y a jardín maternal formales simultáneamente (si esto fuera así, el porcentaje total de niños cubiertos sería menor).

- *Organización de la oferta institucional:* se replicaron las cifras utilizadas para jardín maternal. Estos números parecen un poco mayores que los que habría por institución hoy: siguiendo a Adrián Rozengardt (2014), hay aproximadamente 71 niños por centro (51 en establecimientos públicos y 86 en comunitarios) y 13 personas empleadas por centro (de las cuales 8 están en contacto directo con los niños), mientras que en este caso se supuso un total de 126 niños por centro promedio y 24 personas empleadas por centro (de las cuales 19 son docentes/cuidadores, y el resto directivos y no docentes).
- *Costos fijos y operativos:* se replicaron las cifras utilizadas para jardín maternal pero, a diferencia de lo que se supuso en el nivel inicial formal donde se estimó bajo jurisdicción provincial parte de los costos de implementación de las metas, aquí se consideró que Nación paga por todo, incluidos los salarios del personal.
- *Capacitación:* este punto fue planteado de manera análoga a como se lo hizo en “adecuación de centros”, a continuación.

Adecuación de centros existentes

Esta meta incluye cuatro componentes: adecuación edilicia, equipamiento, mejora y pasaje de los costos salariales al gobierno nacional y capacitación de un año para el personal en contacto directo con los niños.

Para los primeros dos componentes, de infraestructura y equipamiento, se necesitó saber:

- *Costo de la adecuación edilicia y equipamiento:* se tomaron como referencia los valores provistos por el gobierno de la CABA del costo promedio por alumno de reconversión de un centro en Centro de Primera Infancia.
- *Cantidad total de niños que asisten a centros o niños por centro promedio:* para ello se utilizaron los datos publicados en Rozengardt (2014) del registro provisorio de los espacios de primera infancia que está llevando a cabo la COCEDIC. Según ellos, a fines de 2013 había 5.489 instituciones identificadas que albergaban (según estimaciones propias basadas en los datos presentados del 20% de la muestra) a 390.910 niños o, en promedio, 71 niños por centro.

Para los segundos dos componentes, de salarios y capacitación, se necesitó saber:

- *Cantidad de personal que trabaja actualmente en centros:* se realizó una estimación propia extrapolando los datos de cantidad de personal publicado en Rozengardt (2014), que presenta datos de 20% de la muestra a 2013 del registro que está llevando a cabo la COCEDIC. En relación directa con los niños u otras tareas (cocina, mantenimiento y coordinación y administración) se estimaron 70.430 recursos humanos y solo en relación directa con los niños 46.145 personas (esto implica aproximadamente 13 personas por centro, de las cuales 8 están en relación con los niños).
- *Salarios:* se supuso que el costo salarial de los cuidadores es el mismo que el promedio provincial de los costos laborales docentes de un maestro de jardín con diez años de antigüedad y, en el caso de los directores, que el promedio provincial del costo laboral de un director de primaria con diez años de antigüedad según la CGECSE.
- *Capacitación:* diez meses de capacitación paga para todo el personal que trabaja en relación directa con los niños. Al igual que en la meta “capacitación en el nivel inicial de gestión pública”, se planteó que cada uno asista a ocho bloques de cuarenta minutos de capacitación mensuales y que haya un capacitador por grupo de treinta personas que dedique cuatro horas cátedra semanales al dictado de cursos (dos como horas de clase y dos para trabajo

institucional, consultas, preparación de clases, etc.). El costo salarial de las personas que se van a capacitar fue valuado en función del costo salarial de la hora cátedra de un maestro de jardín con diez años de antigüedad y el costo salarial de los capacitadores asimilado al valor de la hora cátedra en el nivel superior según la CGECSE.

Bibliografía

- ABRAMOVICH, V. y L. PAUTASSI (2009), “El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales”, en V. Abramovich y L. Pautassi (comps.), *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudios de casos*, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- ACUÑA, M. (2015a), “Diagnóstico de la primera infancia en la Argentina”, Documento de Trabajo N° 142, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/diagnostico-de-la-primera-infancia-en-la-argentina.
- (2015b), “El costo de las políticas públicas prioritarias destinadas a la primera infancia. Período 2016-2019”, Documento de Trabajo N° 145, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/el-coste-de-las-politicas-prioritarias-destinadas-a-la-primera-infancia-en-la-argentina-periodo-2016-2019.
- ACUÑA, C.H. y F. REPETTO (2009), “Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina”, en V. Garza Cantú y F. Martínez, *Democracia y política pública en América Latina: del análisis a la implementación*, México, Porrúa-EGAP-CERALE.
- AGIS, E., C. CAÑETE y D. PANIGO (2010), *El impacto de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina*, Buenos Aires, CICCUS-CEIL-PIETTE. Disponible en www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/DocumentosSUBWEB/area1/documentos/AUH_en_Argentina.pdf.
- ALEGRE, S. (2013), “El desarrollo infantil temprano. Entre lo político, lo biológico y lo económico”, *Cuaderno N° 4 del SIPI (Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina)*, Buenos Aires.
- ANSES transparencia: *ANSES en números*. Disponible en www.transparencia.anses.gob.ar.
- ARAUJO, C. y F. LÓPEZ-BOO (2010), “Invertir en los primeros años de vida: una prioridad para el BID y los países de América Latina y el Caribe”, Nota Técnica División de la Protección Social y Salud N°188, BID.
- AULICINO, C. (2015), El desafío es hoy: un análisis de los retos hacia la integralidad en las políticas de primera infancia en la Argentina. El caso del

- programa nacional Primeros Años” - Tesis de maestría en Administración y Políticas Públicas, Buenos Aires, Universidad de San Andrés.
- AULICINO, C., E. CANO, G. DÍAZ LANGOU y V. TEDESCHI (2013), “Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado”, Documento de Trabajo N° 106, Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/licencias-proteccion-social-y-mercado-laboral-equidad-en-el-cuidado.
- AULICINO, C., F. GERENNI y M. ACUÑA (2015), “Primera infancia en la Argentina: políticas a nivel nacional”, Documento de Trabajo N°143, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/primera-infancia-en-argentina-politicas-a-nivel-nacional.
- BANCO MUNDIAL (2010), *Fortalecimiento de políticas públicas y programas de desarrollo infantil temprano en América Latina y el Caribe*, Fundación Alas-Banco Mundial.
- BAKER-HENNINGHAM, H. y F. LÓPEZ-BOO (2013), “Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: lo que funciona, por qué y para quién”, Nota Técnica División de la Protección Social y Salud N° 540, Washington. BID.
- BARBEITO, A.C. y R.M. LO VUOLO (2009), “Ingreso ciudadano para la niñez. Reelaborando ideas para construir una sociedad más igualitaria”, Serie Documentos de Trabajo N° 70. Disponible en www.ciepp.org.ar/index.php?page=shop.getfile&file_id=39&product_id=39&option=com_virtuemart&Itemid=1.
- BARKER, D. (1999), “Fetal and infant origins of adult disease: The womb may be more important than the home”, *British Medical Journal*, 301.
- BARNETT, W.S. (2009), “El argumento económico”, en I. Siraj-Blatchford y M. Woodhead, *Programas eficaces para la primera infancia*, Londres, The Open University y Fundación Bernard van Leer.
- BARRIENTOS, A. y D. JOCELYN (2004), *Child Poverty and Cash Transfers*, Informe CHIP N° 4, Londres, Centro para la Política y la Investigación de la Pobreza Infantil.
- BATIUK, V. (2015), “Educación infantil: una prioridad política y social. Avances, agenda y estrategias”, en J.C. Tedesco (coord.), *La agenda educativa argentina*, Fundación OSDE-Siglo XXI.
- y J. CORIA (2015), *Las oportunidades educativas en el nivel inicial en la Argentina. Aportes para mejorar la calidad de la enseñanza*, Buenos Aires, Unicef-OEI. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/resources_10848.htm.
- BECCARIA, A. y J. CURCIO (2011), “Análisis del impacto de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUHPS) sobre la situación de la niñez y sus familias”, X Congreso Nacional de Ciencia Política, Sociedad Argentina de Análisis Político y la Universidad Católica de Córdoba, 27-30 de julio.
- BELMARTINO, S. (2009), “Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos”. Disponible en www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf.
- BERLINSKI, S., S. GALIANI y P. GERTLER, P. (2006), *The Effect of Pre-primary Education on Primary School Performance*, Londres-Buenos Aires-Washington, University College London-Institute for Fiscal Studies-Universidad de San Andrés-Banco Mundial.
- BERNAL, R. (2014), “Diagnóstico y recomendaciones para la atención de calidad a la primera infancia en Colombia”, *Cuadernos Fedesarrollo*, N° 51, Bogotá.
- BERTRANOU, F. y R. MAURIZIO (2012), “Transferencias monetarias para niños y adolescentes en Argentina: características y cobertura de un «sistema» con tres componentes”, *Policy Research Brief*, N° 30, Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo. Disponible en www.ipc-undp.org/pub/esp/IPCPolicyResearchBrief30.pdf.
- BEZEM, P., A. VERA y S. FERNÁNDEZ ROST (2011), “Propuesta de costeo de metas educativas”, en *¿Cuál es el costo de una educación de calidad en la Argentina?*, Buenos Aires. Disponible en www.cippec.org/documents/10179/52927/Informe+Educacion+Cual+es+el+costo+de+una+educacion+de+calidad+en+Argentina+Bezem+Vera+y+Fern%C3%A1ndez+Rost+2011.pdf/776ba42e-7276-4dae-9e59-a34b68e7fd9a.
- BID (2011), *Estrategia para una política social favorable a la igualdad y la productividad*, BID.
- (2015a), “¿Cómo funciona Bolsa Familia? Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe”, Nota Técnica N° 856.
- (2015b), *Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*, Washington DC.
- BLACK, R.E., L.H. ALLEN, Z.A. BHUTTA, L.E. CAULFIELD, M. de ONIS, M. EZZETI, C. MATHERS y J. RIVERA (2008), “Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences”, *Lancet*, 371 (243).
- BLOFIELD, M. y J. MARTÍNEZ FRANZONI (2014), *Maternalism, Co-responsibility and Social Equity: A typology of work-family policies*, Oxford University Press.
- BONARI, D., J. BALASINI y A. CAPPÀ (2011), “Inversión social en primera infancia en la Argentina”, en Unicef, *Crecer juntos para la primera infancia. Encuentro Regional de Políticas Integrales 2011*, Buenos Aires. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Libro_primera_infancia.pdf.
- BRITOS, S., G. DÍAZ LANGOU, C. VELEDA, J. FLORITO, N. CHICHIZOLA y M. ACUÑA (2016), “Lineamientos para una Política Federal de Alimentación Escolar”, Documento de Trabajo N° 148, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/lineamientos-para-una-politica-federal-de-alimentacion-escolar.

- BRITOS, S., A. O'DONNELL, V. UGALDE y R. CLACHEO (2003), *Programas alimentarios en la Argentina*, Buenos Aires, CESNI.
- BUSTELO, E. (2005), "Infancia en indefensión", *Salud Colectiva*, 253.
- CASTRO, L. y W. AGOSTO (2014), "¿Cuál podría ser el espacio fiscal en el próximo período de gobierno 2015-2019?", Documento de Políticas Públicas N° 140, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/cual-podria-ser-el-espacio-fiscal-en-el-proximo-periodo-de-gobierno-2015-2019.
- CEDEN, A. (1989), "Evaluation of the prenatal education programme", en *Planeación de políticas para el desarrollo de la primera infancia: Guías para la acción*. Disponible en www.riseinstitute.org/pdfs/ppecdspn.pdf.
- CEDLAS (2015), base de datos sin título, Universidad Nacional de La Plata, mimeo.
- CELADE-DIVISIÓN DE POBLACIÓN DE LA CEPAL (2013), "Base de datos. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2013". Disponible en www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
- CIFRA (2015), *Informe especial, Principales resultados de pobreza e indigencia 2003-2015*. Disponible en www.centrocifra.org.ar/docs/Pobreza%202015.pdf.
- (2016), *Informe de coyuntura N° 19*. Disponible en www.centrocifra.org.ar/docs/I%20C%2019.pdf.
- CEPAL (2010), *Panorama Social de América Latina 2010*, Santiago de Chile.
- (2013), *Panorama Social de América Latina 2013*, Santiago de Chile.
- (2014), *Transferencias de ingresos para la erradicación de la pobreza. Dos décadas de experiencia en los países de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur)*, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- (2015a), *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*, Santiago de Chile, Naciones Unidas. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37726/S1500041_es.pdf?sequence=1.
- (2015b), *Panorama Social de América Latina, 2015*. Santiago de Chile. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600227_es.pdf?sequence=1.
- y UNFPA (2011), *Informe regional de población en América Latina y el Caribe: invertir en juventud*, Santiago de Chile.
- CERRUTI, M. (2003), "Trabajo, organización familiar y relaciones de género en Buenos Aires", en *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*, Buenos Aires, Unicef-FCE.
- CETRÁNGOLO, O., J.P. JIMÉNEZ, F. DEVOTO y D. VEGA (2002), "Las finanzas públicas provinciales: situación actual y perspectivas", Serie Estudios y Perspectivas N° 12, Buenos Aires, CEPAL.
- CETRÁNGOLO, O., L. LIMA QUINTANA y M. SAN MARTÍN (2007), *Situación del sector salud en la Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado*, Buenos Aires.
- COHEN, R., M.B. MRTEK y R.G. MRTEK (1995), "Methods, issues, and results in evaluation and research comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast feeding and formula-feeding women in two corporations", *American Journal of Health Promotion*, 10 (2).
- COCEDIC (2015), *Estándares de inclusión para los centros de desarrollo infantil, aprobados por el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia el 16 de julio de 2015*, Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en www.desarrollosocial.gob.ar/biblioteca/estandares-de-inclusion-para-los-centros-de-desarrollo-infantil.
- COMISIÓN EUROPEA (2014), "Proposal for key principles of a Quality framework for early childhood education and care". Disponible en http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework/archive/documents/ecec-quality-framework_en.pdf.
- COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2005), Observación General N° 7, "Realización de los derechos del niño en la primera infancia".
- CONSEJO ASESOR DE LA PRIMERA INFANCIA y MIDES (2011), *Plan de Atención Integral a la Primera Infancia (POIPI)*, Panamá.
- CONSEJO FEDERAL DE SALUD (2004), *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN (2014), *Cuenta de Inversión 2013*, t. II, Buenos Aires, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Disponible en www.mecon.gov.ar/hacienda/cgn/cuenta/2013/tomoi/02intro.htm.
- (2015), *Cuenta de Inversión 2014*, t. II, Buenos Aires, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Disponible en www.mecon.gov.ar/hacienda/cgn/cuenta/2014/archivos/tomoi.pdf.
- COSTA, M.I., J. CURCIO y C. GRUSHKA (2014), "La institucionalidad de la Administración Nacional de la Seguridad Social en el Sistema de Seguridad Social argentino. Estructura organizativa y financiamiento (1991- 2012)", en *Protecciones y desprotecciones (II). Problemas y debates de la seguridad social en la Argentina*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento
- COSTA, M.I. y S. HEINZE (2014), "Capacidad protectora de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social: problemas y debates a cuatro años de su implementación", en *Protecciones y desprotecciones (II). Problemas y debates de la seguridad social en la Argentina*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento
- CROUCH, L. y H. HEALEY (1997), *Education Reform Support*, Washington, Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional, Oficina de Desarrollo Sustentable.
- CUNILL GRAU, N. (2005), *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. Documento preparado para el diálogo regional de políticas*, Red para la Reducción de la Pobreza y la Protección Social-BID.
- (2012), *La intersectorialidad y sus modelos en las políticas sociales. El caso*

- del Sistema Intersectorial de Protección Social de Chile*, Santiago de Chile, Concurso Nacional de Proyectos FONDECYT.
- CUNILL-GRAU, N., L. FERNÁNDEZ y M. THEZÁ MANRÍQUEZ (2013), “La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales”, *Polis*, 36.
- CUNILL-GRAU, N., F. REPETTO y C. BRONZO (2015), “Coordinación intersectorial pro integralidad de las instituciones de la protección social”, n S. Cecchini, F. Fernando, R. Martínez y C. Rossel, *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Santiago de Chile, CEPAL.
- DAGPYPS y UNICEF (2004), *Gasto público dirigido a la niñez en la Argentina*, Buenos Aires, Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Producción de la Nación y Unicef. Disponible en www.mecon.gov.ar/peconomica/basehome/gpdn_en_argentina.pdf.
- (2006), *Gasto público dirigido a la niñez en la Argentina 1995-2005*, Buenos Aires, Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (Ex Dirección de Gastos Sociales Consolidados), Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Producción de la Nación y Unicef. Disponible en www.Unicef.org/socialpolicy/files/Argentina_Public_budget_focused_on_childhood_2006.pdf.
- (2009), *Gasto público dirigido a la niñez en la Argentina 1995-2007*, Buenos Aires, Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación y Unicef. Disponible en www.economia.gov.ar/peconomica/basehome/GPSdN_en_Argentina_1995-2007.pdf.
- Datos Banco Mundial: Indicadores. Disponible en <http://datos.bancomundial.org>.
- DE ACHÁVAL, O. y C. AULICINO (2015), “Estrategias nacionales para la protección de los derechos de la primera infancia en América Latina”, Documento de Trabajo N° 144, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/estrategias-de-proteccion-a-la-primera-infancia-en-la-experiencia-internacional.
- D’ELIA, V. y A. NAVARRO (2011), *The Impact of the Universal Child Allowance on Argentina’s Children Schooling Gap*. Disponible en <http://ssrn.com/abstract=1924946>
- DEIS (2015), *Estadísticas vitales. Información básica*. Año 2014. Serie 5, N° 58, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro58.pdf>.
- DE LEÓN, Gimena (2016), “Políticas de cuidado en clave regional: avances y desafíos en Argentina”, III Cumbre Iberoamericana sobre Agendas Locales de Género, Santiago de Chile, Unión Iberoamericana de Municipalistas.
- DÍAZ LANGOU, G. (2012). “La implementación de la Asignación Universal por Hijo en ámbitos subnacionales”, Documento de Trabajo N° 84, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/la-implementacion-de-la-asignacion-universal-por-hijo-en-ambitos-subnacionales.
- DÍAZ LANGOU, G. y C. AULICINO (2015), “Políticas públicas de desarrollo infantil en América Latina”. Disponible en www.reduca-al.net/files/Politicas_publicas_Agenda.pdf.
- DÍAZ LANGOU, G., F. POTENZA DAL MASSETO y P. FORTEZA (2010), “Los principales programas nacionales de protección social. Estudio sobre los efectos de las variables político-institucionales en la gestión”, Documento de Trabajo N° 45, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/los-principales-programas-nacionales-de-proteccion-social-estudio-sobre-los-efectos-de-las-variables-politico-institucionales-en-la-gestion.
- DINAMI (2007), *Encuesta nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) 2005. Documento de Resultados 2007*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000257cnt-a08-ENNYS-documento-de-resultados-2007.pdf.
- (2011), *Situación de la lactancia materna argentina*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000215cnt-a11a-Situacion-de-la-lactancia-materna-2011.pdf.
- DINIECE (2015), *Relevamiento anual 2014*, Buenos Aires, Ministerio de Educación. Disponible en <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/2014/05/24/anuarios-estadisticos/>.
- ECONOMÉTRICA (2015), “Monitor Macroeconómico. Marzo 2015”. Disponible en www.econometrica.com.ar/attachments/article/286/Econom%C3%A9trica%20-%20Monitor%20Macro%20-%20Marzo%202015.pdf.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2000), *Los fundamentos sociales de las economías posindustriales*, Barcelona, Ariel.
- (2004), “La política familiar y la nueva demografía”, *ICE*, N° 85.
- (2015), “Comment on *Welfare State Myths and Measurement* (by Irv Garfinkel and Tim Smeeding)”, *Capitalism and Society*, vol. 10, N° 1.
- y B. PALIER (2010), *Los tres grandes retos del Estado de bienestar*, Barcelona, Ariel.
- ESQUIVEL, V. (2011), “La economía del cuidado en América Latina”, en *Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*, Panamá, PNUD.
- (2014), *La pobreza de ingreso y tiempo en Buenos Aires, Argentina. Un ejercicio de medición de la pobreza para el diseño de políticas públicas*, Panamá, PNUD. Disponible en www.researchgate.net/publication/263449113_La_Pobreza_de_Ingreso_y_Tiempo_en_Buenos_Aires_Argentina._Un_ejercicio_de_medicin_de_la_pobreza_para_el_diseo_de_politicas_publicas.
- , E. FAUR y E. JELIN (2009), *Hacia la conceptualización de la “organización social del cuidado”*, Buenos Aires, Unicef-UNFPA-IDES.
- (2012), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*, Buenos Aires, IDES.

- EUROSOCIAL (2015), *Propuesta para un marco de calidad para la educación y el cuidado de la primera infancia en Europa*. Disponible en <http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/propuesta-para-un-marco-de-calidad-para-la-educacion-y-el-cuidado-de-la-primera-infancia-en-europa-mihaela-ionescu/#sthash.OCSxLAsc.dpuf>.
- FAUR, E. (2009), *Organización social del cuidado infantil en la ciudad de Buenos Aires: el rol de las instituciones públicas y privadas. 2005-2008*, Buenos Aires, FLACSO.
- FCE, UNLP y MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2014), *Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina: la experiencia conjunta Plan Nacer y Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación y Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP)*, Buenos Aires-La Plata, Ministerio de Salud de la Nación-Universidad Nacional de La Plata. Disponible en www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/lecciones-aprendidas-desafios-futuros.pdf.
- FIEL (2009), *La desigualdad en la salud*, Buenos Aires, FIEL-Konrad Adenauer Foundation.
- (2016), Parte N° 83. Valorización de la Canasta Básica Alimentaria y Canasta Básica Total. Disponible en www.fiel.org/publicaciones/canasta/CAN_BAS_1462466698557.pdf.
- FILGUEIRA, F. y C. AULICINO (2015), “La primera infancia en la Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia”, Documento de Trabajo N° 130, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/la-primera-infancia-en-argentina-desafios-desde-los-derechos-la-equidad-y-la-eficiencia.
- FILGUEIRA, F., M. JIMÉNEZ y J. CICCARI (2014), “Jóvenes y transiciones a la vida adulta”, Buenos Aires, CIPPEC, mimeo.
- FILGUEIRA, F., C.G. MOLINA, J. PAPANÓPULOS y F. TOBAR (2006), “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida en América Latina”, Serie Documentos de Trabajo I-57, Washington, BID. Disponible en www.inau.gub.uy/biblioteca/universalismo.pdf.
- FUNDACIÓN ARCOR, SITEAL, IPE/UNESCO y OEI (2012), *La situación de la infancia en la Argentina. A dos décadas de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño*, Córdoba, Fundación Arcor. Disponible en www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/informe_situacion_infancia_completo.pdf.
- FUNDACIÓN BERNARD VAN LEER (2008), “La educación infantil. El desafío de la calidad”, *Espacio para la Infancia*, N° 29.
- GASPARINI, L. y G. CRUCES (2010), “Las Asignaciones Universales por Hijo: impacto, discusión y alternativas”, Documento de Trabajo N° 102, La Plata, CEDLAS. Disponible en http://cedlas.econo.unlp.edu.ar/archivos_upload/doc_cedlas102.pdf.
- GASPARINI, L. y M. PANADEIROS (2004), *Targeting Health and Nutrition Policies. The case of Argentina*, World Bank’s Thematic Group on Health, Nutrition and Population and Poverty.
- GERTLER, P., P. GIOVAGNOLI y S. MARTÍNEZ (2014), “Rewarding provider performance to enable a healthy start to life. Evidence from Argentina’s Plan Nacer”, Policy Research Working Paper N° 6884. Impact Evaluation series, N° IE 126, Washington, World Bank Group.
- GIORGI, V. (2013), “Más pequeños, iguales derechos: la Convención sobre los Derechos del Niño y la primera infancia”, *Boletín del Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes*, N° 14.
- GOBIERNO DE NICARAGUA (2011), *Política Nacional de Primera Infancia. Amor por los más chiquitos y chiquitas*, Managua.
- GONZALEZ GARCÍA, G., C. DE LA PUENTE y S. TARRAGONA (2005), *Medicamentos, salud, política y economía*, Buenos Aires, ISALUD.
- GOODMAN, D.C., E.S. FISHER, G.A. LITTLE, T.A. STUKEL, C. CHANG, C. y K.S. SCHOENDORF (2002), “The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 346, N° 20. Disponible en www.medicine.mcgill.ca/epidemiology/hanley/c609/material/neonatology.pdf.
- GRAGNOLATI, M., R. ROFMAN, I. APELLA y S. TROIANO (2014), *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en la Argentina*, Buenos Aires, Banco Mundial.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S. (2009), “El argumento del desarrollo humano”, en I. Siraj-Blatchford y M. Woodhead, *Programas eficaces para la primera infancia*, Londres, The Open University y Fundación Bernard van Leer.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S., Y.B. CHEUNG, S. CUETO, P. GLEWWE, L. RICHTER y B. STRUPP (2007), “Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries”, *Lancet*, vol. 396.
- GRUPO DE TRABAJO DE URUGUAY (2012), *Hacia un modelo solidario de cuidados*, aprobado por el Gabinete Social de Uruguay en septiembre de 2012.
- HECKMAN, J. (1999), “Doing it right: Job training and education”, *National Affairs*, N° 135.
- (2006), “Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children”, *Science*, N° 312.
- y D.V. MASTERTOV (2007), “The productivity argument for investing in young children”, *Applied Economic Perspectives and Policy*. Disponible en https://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/Heckman_final_all_wp_2007-03-22c_jsb.pdf.
- HOLMES, S. y C. SUNSTEIN (2011), *El costo de los derechos: por qué la libertad depende de los impuestos*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- HORTON, S., T. SANGHVI, M. PHILLIPS, J. FIEDLER, R. PÉREZ-ESCAMILLA, C. LUTTER, A. RIVERA y A.M. SEGALL-CORREA (1996), “Breastfeeding promotion and priority setting in health”, *Health Policy Plan*, 11 (2).
- INDEC (2010), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*, Buenos Aires.

- (2013), *Encuesta permanente de hogares (EPH)*, segundo trimestre.
- (2015), *Encuesta Nacional de Jóvenes 2014. Principales resultados*, Buenos Aires. Disponible en www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/resultados_enj_2014.pdf.
- ISSA, UNICEF, FUNDACIÓN BERNARD VAN LEER y UNESCO (2014), “Measuring and improving quality in early childhood environments”. Disponible en https://bernardvanleer.org/app/uploads/2015/12/R5_Counting-on-Quality-Measuring-and-Improving-Quality-in-Early-Childhood-Environments.pdf.
- JONES, G., R.W. STEKETEE, R.E. BLACK, Z.A. BHUTTA y S.S. MORRIS (2003), “How many child deaths can we prevent this year?”, *Lancet*, 362.
- KAGAN, L. (2013), “¿Qué es calidad en el desarrollo infantil temprano y en la educación?”, en *Diálogo regional de política. Calidad en los servicios de atención a la primera infancia*, Washington DC, BID.
- y N. COHEN (1996), *Reinventing Early Care and Education: A vision for a quality system*, San Francisco, Jossey-Bass.
- LERDA, J., J. ACQUATELLA y J. GÓMEZ (2005), “Integración, coherencia y coordinación de políticas públicas sectoriales (reflexiones para el caso de la política fiscal y ambiental)”, Serie Medio Ambiente y Desarrollo N° 76, Santiago de Chile, CEPAL.
- LÓPEZ, N. (2009), *Primera infancia en América Latina: la situación actual y las respuestas desde el Estado*, IPE-Unesco y OEI.
- LÓPEZ, N. y V. D’ALESSANDRE (2015), “Políticas públicas para la primera infancia en América Latina. Reflexiones a veinticinco años de la ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”, presentación 02 SIPI.
- LÓPEZ-BOO, F., C. ARAUJO y R. TOMÉ (2014), *¿Cómo se mide la calidad de los servicios de cuidado? Guía de herramientas para la medición de calidad de centros de cuidado de infantes y párvulos*, BID.
- LUPICA, C. (2012), “Madres en la actividad económica: ¿cómo incide el trabajo de cuidado en el hogar en el empleo remunerado de las mujeres?”, *Newsletter del Observatorio*, N° 72.
- (2013), “Maternidad y desigualdad: dos fenómenos circulares cuyas consecuencias se prolongan en el tiempo”, *Newsletter del Observatorio*, N° 67.
- LUTTER, K. C. y R. LUTTER (2012), “Fetal and early childhood undernutrition, mortality and lifelong health”, *Science Magazine*, vol. 337.
- MACEIRA, D. (2009), “Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina”, Documento de Trabajo N° 23, Buenos Aires, CIPPEC.
- (2009), “Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina”, Documento de Políticas Públicas N° 52, Buenos Aires, CIPPEC.
- y M. STECHINA (2008), “Salud y nutrición. Problemática alimentaria e intervenciones de política en veinticinco años de democracia”, Documento de Trabajo, Buenos Aires, CIPPEC
- MARCÓ NAVARRO, F. (2014), “Calidad del cuidado y la educación para la pri-

- mera infancia en América Latina: igualdad para hoy y mañana”, Serie Políticas Sociales N° 204, Santiago de Chile, CEPAL.
- MARTÍNEZ BORDON, A. y H. SOTO DE LA ROSA (2012), *Programas para el cuidado y el desarrollo infantil temprano en los países del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). De su configuración actual a su implementación óptima*, México, Naciones Unidas.
- MARTÍNEZ NOGUEIRA, R. (2007), “Integración de servicios sociales. Conceptualizaciones, tipología e instrumentos”, documento preparado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- MARTORELL, R. y A. ZONGRONE (2012), “Intergenerational influences on child growth and undernutrition”, *Paediatric Perinatal Epidemiology*, vol. 26, N° 1.
- MAZZOLA, R. (2012), *Nuevo paradigma. La Asignación Universal por Hijo en la Argentina*, Buenos Aires, Prometeo.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN (2015), *La Educación Sexual Integral en la Argentina. Balances y desafíos de la implementación de la ley (2008-2015)*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2012), “Reporte de Gestión Sumar agosto 2012”. Disponible en www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/reporte-de-gestion-programa-sumar-agosto-2012.pdf.
- (2014), “Reporte de Gestión Sumar marzo 2014”. Disponible en www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/reporte-de-gestion-marzo-2014.pdf.
- MORLACHETTI, A. (2013), “Sistemas nacionales de protección integral de la infancia: fundamentos jurídicos y estado de aplicación en América Latina y el Caribe”, Documentos de Proyectos N° 515, Santiago de Chile, CEPAL.
- MORO, J. (1997), “La definición del problema en la elaboración de las políticas públicas: los «menores» en la agenda del gobierno”, v Congreso de Antropología Social, La Plata. Disponible en www.equiponaya.com.ar/congresos/contenido/laplata/LP4/48.htm.
- MOTIEUJANTE, A. (2014), *Eurydice. Resumen Ejecutivo. La educación y atención a la primera infancia 2014*, Comisión Europea.
- MTEYSS (2014), *Protección y Seguridad Social en la Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social 2011 ENAPROSS*, Buenos Aires. Disponible en www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/descargas/Enapross/Libro%20ENAPROSS%20interior.pdf.
- NELSON, C. (2000), *From Neurons to Neighborhoods. The science of Early Childhood Development*, Washington, National Research Council and Institute of Medicine.
- OBSERVATORIO ANSES (2015), “Asignación Universal por Hijo para Protección Social, decreto 1.602/09”, *Boletín Cuatrimestral*, primer cuatrimestre. Disponible en <http://observatorio.anses.gov.ar/archivos/publicaciones/OBS-000254%20-%20Bolet%3ADn%20Cuatrimestral%20de%20la%20Asignaci%3%B3n%20Universal%20por%20Hijo%20para%20Protecci%3%B3n%20Social.%20I%20Cuatrimestre%202013..pdf>.

- OBSERVATORIO DE EMPLEO Y DINÁMICA EMPRESARIAL (2013), *Boletín de estadísticas de género y mercado de trabajo*. Disponible en www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/descargas/genero/Boletin%20de%20genero.xls.
- ODSA-UCA (2015a), *Progresos sociales, pobreza estructural y desigualdades persistentes. Ilusiones y desilusiones en el desarrollo humano y la integración de lo social al quinto año del Bicentenario (2010-2014)*, Buenos Aires, Educa. Disponible en www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2015-ODSA-BDSA.pdf.
- (2015b), *Situación de la infancia en el quinto año del período del bicentenario. Mayor protección social, privaciones y brechas de desigualdad (2010, 2011, 2012, 2013, 2014)*, Buenos Aires, Educa. Disponible en www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2015-Obs-Barometro-Infancia.pdf.
- ODSA-UCA (2015c), *Derecho a una alimentación adecuada en la infancia: Niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años en la Argentina urbana*, Buenos Aires, Educa. Disponible en www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2015-Observatorio-Boletin-1-BDSI.pdf.
- OEI (2000), *Metas Educativas 2021*.
- ONU (2000), *Objetivos de desarrollo del milenio*.
- OIT (2009), “Licencias y responsabilidades familiares”, *Notas OIT sobre Trabajo y Familia*, N° 6, Oficina Subregional para el Cono Sur y para Centroamérica.
- OMS (2014a), *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1.
- (2014b), *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, Unicef-UNFPA-The World Bank and the United Nations Population Division*. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.
- OMS y OPS (2013), “Situación actual y tendencias de la materna lactancia en América Latina y el Caribe: Implicaciones políticas programáticas”, en *Semana Mundial de la Lactancia Materna 2013. Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno*. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22248&Itemid=270&lang=es.
- OCDE (2013), *PISA 2012 Results. Excellence Through Equity: Giving every student the chance to succeed*, vol. II, OECD Publishing.
- PAUTASSI, L. (2010), “El aporte del enfoque de derechos a las políticas sociales. Una breve revisión”, taller de expertos “Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones”, CEPAL y GTZ.
- y M.N. RICO (2011), “Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres”, *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio*, N° 12.
- PAZ, J. y L. GOLOVANEVSKY (2011), “Programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. Un ejercicio de evaluación de sus efectos sobre los hogares”, III Jornadas Nacionales sobre Estudios Regionales y Mercados de Trabajo. Universidad Nacional de Jujuy.
- PETERS, G. (1998), “Una teoría de la política basada en el enfoque de los costos de transacción”, *Research Paper*, N° 21.
- PNSSYPR (2010), *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación. Informe de gestión semestral. Primer semestre 2010*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en www.msal.gob.ar/saludsexual/pdf/Primer_Semestre_2010_07_10.pdf.
- PNUD (2010), *Informe sobre desarrollo humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano*, PNUD.
- POTENZA DAL MASETTO, M.F. (2008), *Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los consejos federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990-2004)*, Buenos Aires, Secretaría de la Función Pública, CIPPEC y Fundación Noble-Grupo Clarín.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (2012), *Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Atención Integral: Prosperidad para la Primera Infancia*.
- PRIMERA INFANCIA EN AGENDA: <http://cippec.org/primerainfancia>
- RAVALLION, M. (1998), “Bailing Out the World’s Poorest”, *Policy Research Working Paper 4763*, World Bank, Washington.
- REPETTO, F. (2005), “La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina”, en *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*, Guatemala, INDES.
- (2012), “La dimensión política de la coordinación intraestatal: una mirada desde la protección social”, *Voces en el Fénix*, N° 18.
- (2014), *Fortaleciendo las políticas de cuidado infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ¿qué se puede aprender de la experiencia latinoamericana?*, Buenos Aires.
- REPETTO, F., D. BONARI y G. DÍAZ LANGOU (2013), “Recomendaciones para una nueva ley nacional de licencias por maternidad, paternidad y familiares”, Documento de Política Pública N° 126, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/recomendaciones-para-una-nueva-ley-nacional-de-licencias-por-maternidad-paternidad-y-familiares.
- REPETTO, F. y G. DÍAZ LANGOU (2014), “Recomendaciones integrales de política pública para las juventudes en la Argentina”, Documento de Políticas Públicas N° 137, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/recomendaciones-integrales-de-politica-publica-para-las-juventudes-en-la-argentina.
- y C. AULICINO, C. (2012), “Cuidado infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ¿la disyuntiva entre pañales y pedagogía?”, Documento de Trabajo N° 93, Buenos Aires, CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/-/cuidado-infantil-en-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires-la-disyuntiva-entre-panales-y-pedagogia-.

- REPETTO, F. y F. POTENZA DAL MASETTO (2015), “Estado del arte de las políticas sociales de América Latina-Cono Sur”, en A. Bonilla Soria, I. Álvarez Echandi y S. Saéñz Breckenridge, *Políticas sociales en América Latina y el Caribe: escenas contemporáneas, inversiones y necesidades*, San José de Costa Rica, FLACSO-CAF.
- REPETTO, F., C. VELEDA, F. MEZZADRA, G. DÍAZ LANGOU, C. AULICINO y M. ACUÑA (2015), *Argentina debate: primera infancia*. Disponible en <http://argentinadebate.org/wp-content/uploads/2014/11/Primera-Infancia-20151.pdf>.
- REPETTO, F. y J.P. FERNÁNDEZ (2012), *Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales*, Buenos Aires, CIPPEC y Unicef.
- RIVAS, A., F. MEZZADRA y C. VELEDA (2014), *Argentina debate: calidad para la inclusión educativa*. Disponible en www.argentinadebate.org/prioridades/educacion-calidad-para-la-inclusion-educativa/.
- ROA, R. y D. MACEIRA (2011), “Cómo definir una canasta de servicios asistenciales: claves para aumentar la eficiencia del sistema de salud”, Documento de Políticas Públicas N° 93, Buenos Aires, CIPPEC.
- RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. (2007), “La organización del cuidado de niños y niñas en la Argentina y Uruguay”, Serie Mujer y Desarrollo N° 90, Santiago, Chile, CEPAL.
- ROFMAN, R. y M. OLIVERI (2011), “Las políticas de protección social y su impacto en la distribución del ingreso en la Argentina”, Serie Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales N° 6, Banco Mundial. Disponible en <http://siteresources.worldbank.org/INTARGENTINA/SPANISH/Resources/Seriededocumentos6.pdf>.
- ROSSEL, C. (2013), “Desbalance etario del bienestar. El lugar de la infancia en la protección social en América Latina”, Serie Políticas Sociales N° 176, Santiago de Chile, CEPAL.
- ROZENGARDT, A. (2014), “Estudio sobre el rol de los servicios no formales de cuidado y educación de la primera infancia como dispositivos de inclusión social. Propuesta de una matriz de valoración del papel de los espacios no formales de cuidado y educación de la primera infancia en la realización de los derechos humanos de las niñas y los niños”, tesis de Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales, Buenos Aires, FLACSO. Disponible en <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/6485/2/TFLACSO-2014AR.pdf>.
- SAAD, P. M., T. MILLER y C. MARTÍNEZ (2009), “Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina”, *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 26, N° 1.
- SAGER, F. (2010), “Cuál es el costo de un banco de leche humana”. Disponible en <http://comunicandolooaspero.wordpress.com/2010/04/08/cual-es-el-costo-de-un-banco-de-leche-humana>.
- SCHADY, N. (2013), *Desarrollo en primera infancia en América Latina: el reto de la calidad. Calidad en los servicios de atención a la primera infancia*, Washington, BID.
- (2015), *Investing in Early Childhood in Latin America and the Caribbean: Evidence and policy options*, Harvard University.
- SEDLAC: base de datos socioeconómicos para América Latina y el Caribe. Disponible en <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar>.
- SERRANO, R. (2003), *What Makes Inter-Agency Coordination Work? Insights from the literature and two case studies*, Washington, BID.
- SILVA VILLALOBOS, V. (2016), “Intervenciones integrales a favor de hogares en situación de pobreza”, Taller de Trabajo sobre la Estrategia de Pobreza Cero en la Argentina. Buenos Aires, Banco Mundial y Presidencia de la Nación.
- SIPI EN AMÉRICA LATINA, *Información por país, Argentina*. Disponible en <http://sipi.siteal.org/pais/430/argentina>.
- (2016), *Información por país, Brasil*. Disponible en: www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_subpublicacion/sipi_hoja_de_ruta_brasil_20160303.pdf.
- (2015), *Inversión social en primera infancia en países seleccionados de América Latina y el Caribe*, IPE-Unesco-Unicef. Disponible en www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/sipi_ispi_boletin_con_fichas.pdf.
- SIPI-SITEAL (2013), “El enfoque de protección integral de los derechos de la primera infancia en América Latina”, *Cuaderno*, N° 3.
- (2014), *Estrategias nacionales para la protección de los derechos de la infancia: una mirada desde la integralidad. Dato Destacado 05*, Buenos Aires.
- (2015), “Políticas integrales para la Atención y Educación de la Primera Infancia. Aportes para un debate en proceso”, *Cuaderno*, N° 9.
- (2016), *Información por país. Brasil*. Disponible en www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/sipi_hoja_de_ruta_brasil_20160303.pdf.
- SISCA-SIS (2012), *Praipi: Plan Regional de Atención a la Primera Infancia 2012-201*, El Salvador.
- SITEAL (2013), “La integración de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en los sistemas jurídicos nacionales”, Serie Itinerarios N° 1. Disponible en www.sipi.siteal.org/publicaciones/543/itinerarios-la-integracion-de-la-convencion-internacional-sobre-losderechos-del.
- SITIO DEL CIUDADANO: *Información Histórica de la Ejecución Presupuestaria*. Disponible en http://sitiodelciudadano.mecon.gov.ar/sici/informacion_historica.html.
- STAMPINI, M. y L. TORNAROLLI (2012), *The Growth of Conditional Cash Transfers in Latin America and the Caribbean: Did They Go Too Far? Policy Brief*, BID. Disponible en <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1448>.
- STRAUSS, J. y T. DUNCAN (2007), “Health, nutrition, and economic develop-

- ment”, *Journal of Economic Literature*, vol. 36, N° 2. Disponible en www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/Strauss.pdf.
- SUNKEL, G. (2006), *El papel de la familia en la protección social en América Latina*, Santiago de Chile, Cepal.
- SYLVA, K. e I. SIRAJ-BLATCHFORD (2009), “Reino Unido: el estudio de educación preescolar y primera infancia (EPPE)”, en I. Siraj-Blatchford y M. Woodhead, *Programas eficaces para la primera infancia*, Londres, The Open University y Fundación Bernard van Leer.
- TUÑÓN, I. (2015), *Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia*, Buenos Aires, Biblos.
- y L. DE LA TORRE (2015), “Persistentes desigualdades sociales en el derecho al ciudadano, la crianza y la socialización en primera infancia”, en I. Tuñón, *Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia*, Buenos Aires, Biblos.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2015), “Head Start. An office of the Administrations for children and families early childhood learning & knowledge center”. Disponible en <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Espanol/acerca>.
- UNICEF (2002), “A world fit for Children”, Asamblea General de las Naciones Unidas, Sesión Especial N° 27.
- (2006), *Programming experiences in Early Child Development*.
- (2008), *Inversión social en infancia y la adolescencia*, Buenos Aires, Unicef y CIPPEC.
- (2009a), *Advancing Child-Sensitive Social Protection*, Nueva York, Unicef. Disponible en www.Unicef.org/socialpolicy/files/CSSP_joint_state-ment_9.13.10.pdf.
- (2009b), *Implementación a gran escala: el desarrollo de la primera infancia en América Latina. Diseñando programas de desarrollo de la primera infancia exitosos y sostenibles con cobertura nacional*, The Rise Institute. Disponible en www.Unicef.org/lac/Gran_Escala_Unicef_Vargas_Baron.pdf.
- (2011), *Servicios de atención a niños y niñas de 45 días a 36 meses*, Buenos Aires, Unicef y Unsam. Disponible en www.Unicef.org/argentina/spanish/Serv_Aten_Ninos_web.pdf.
- (2014), *Gasto público en las niñas, niños y adolescentes en el Perú*, Lima, Unicef.
- (2015), “Infant and young child feeding database. Last update March 2015”. Disponible en http://data.Unicef.org/download.php?file=IYCF%20Online%20Dissemination_65.xlsx&type=topics.
- (2016), “Bienestar y pobreza en niñas, niños y adolescentes en la Argentina”. Disponible en www.Unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_Pobreza_Completo.pdf.
- (s/f), *Joint Malnutrition dataset from Unicef, World Bank and WHO*. Disponible en http://data.Unicef.org/nutrition/malnutrition#access_data
- UNICEF y CEPAL (2010), *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile.
- (2011), “Cuidado infantil y licencias parentales”. *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio*.
- MDS y UNICEF (2013), *Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia (ECOVNA). Principales resultados 2011-2012*, Buenos Aires. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/MICS_CierreJulio2013_BAJAWEB.pdf.
- UNICEF y MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA (2008), *Mujeres presas: la situación de las mujeres embarazadas o con hijos/as menores de edad. Limitaciones al encarcelamiento*. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/Libro_Mujeres_Presas.pdf.
- UNICEF y PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY (2010), *Inversión en primera infancia*, Montevideo.
- UNICEF y SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS (2006), *Privados de Libertad. Situación de niños, niñas y adolescentes en la Argentina*, Buenos Aires. Disponible en www.unicef.org/lac/privados_de_libertad_AG.pdf.
- UNICEF y SENNAF (2012), *Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina. Relevamiento nacional y propuestas para la promoción y el fortalecimiento del derecho a la convivencia familiar y comunitaria*, Buenos Aires.
- UNICEF, OMS, BANCO MUNDIAL Y UNITED NATIONS (2015), *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Mortality Estimation*, Nueva York, United Nations Children’s Fund.
- VARGAS BARÓN, E. (2006), *Planeación de políticas para el desarrollo de la primera infancia: Guías para la acción*, CINDE, Red del Grupo Consultivo para la Primera Infancia en América Latina y el Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- VEGAS, E., P. CERDÁN-INFANTES, E. DUNKELBERG y E. MOLINA (2006), “Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina”, Documento de Trabajo 01/06, Banco Mundial.
- VALDÉS, V., J. SCHOOLEY, S. CATALÁN y R. ARAVENA (2000), “Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women”, *Journal of Tropical Pediatrics*, N° 46.
- VALDÉS, V., E. PUGIN, J. SCHOOLEY, S. CATALÁN y R. ARAVENA (2000), “Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women”, *Journal of Tropical Pediatrics*, 46 (3).
- VICTORA, C.G., L. ADAIR, C. FALL, P.C. HALLAL, R. MARTORELL, L. RICHTER y H.S. SACHDEV (2008), “Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital”, *Lancet*, vol. 371. Disponible en:

[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61692-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61692-4/abstract).

WORLD ECONOMIC OUTLOOK DATABASE: *Data and Statistics*. Disponible en www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/weodata/index.aspx.

ZELEDÓN, M. (2015), "El camino para convertirme en niño: modelo tutelar o de la situación irregular", *Revista Jurídica Digital "Enfoque Jurídico"*.

ZIBECCHI, C. (2015), "Cuidando en el territorio: el espacio comunitario como proveedor de cuidado", Serie Documentos de Trabajo Políticas Públicas y Derecho al Cuidado N° 3, Buenos Aires, ELA. Disponible en <http://elcuidadoenagenda.org.ar/wp-content/uploads/2015/02/DT-3-Cuidando-en-el-territorio-El-espacio-comunitario-como-proveedor-de-cuidado-Carla-Zibecchi.pdf>.

VEGAS, E. y L. SANTIBÁÑEZ (2010), *La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe*, Banco Mundial.

Normativas y leyes

Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).

Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

Declaración de la 66ª Asamblea y Conferencia Mundial de la Organización Mundial para la Educación Prescolar (2014).

Declaración de los Derechos del Niño (1959).

Declaración de Medellín de la Organización Mundial para la Educación Prescolar (2015).

Decreto 357/02 Organigrama de Aplicación de la Administración Pública.

Decreto 415/06 de reglamentación de la ley 26.061/06.

Decreto 1602/09 Asignación Universal por Hijo para Protección Social.

Decreto 214/06 de Convenio Colectivo de Trabajo.

Ley 18.284 Código Alimentario Argentino.

Ley 20.744 de Contrato de Trabajo.

Ley 22.431 de Sistema de Protección Integral de Discapitados.

Ley 23.849 que Ratifica la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Ley 24.540 que establece el Régimen de Identificación de los Recién Nacidos.

Ley 24.714 de Asignaciones Familiares.

Ley 24.901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

Ley 25.415 que crea el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.

Ley 25.459 de Programas Alimentarios.

Ley 25.630 Anemias y Malformaciones del Tubo Neural.

Ley 25.673 crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Ley 25.929 establece la Protección del Embarazo y del Recién Nacido.

Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 2005.

Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

Ley 26.206 de Educación Nacional.

Ley 26.233 de centros de desarrollo infantil.

Ley 26.279 establece el régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido.

Ley 26.369 incorpora el Examen de Detección del Estreptococo grupo B *Agalactiae* a todas las embarazadas.

Ley 26.396 de Trastornos Alimentarios.

Ley 26.472 de ejecución de la pena privativa de la libertad.

Ley 26.529 que establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Ley 26.689 que promueve el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades poco frecuentes.

Ley 26.727 de Régimen de Trabajo Agrario.

Ley 26.796 que incorpora la vacuna BCG al Plan Materno-Infantil.

Ley 26.844 Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares.

Ley 26.873 de Promoción y Concientización pública de la importancia de la Lactancia Materna.

Ley 27.045 modificación de la ley 26.206 de Educación Nacional.

Ley 27.064 Regulación y Supervisión de Instituciones de Educación no Incluidas en la Enseñanza Oficial.

Ley 27.160 de Regímenes de Asignaciones Familiares.

Metas Educativas 2021. La educación que queremos para la generación de los Bicentenarios (2010).

Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas (1990).

Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de Naciones Unidas (2015).

Observación General N° 7 Realización de los derechos del niño en la primera infancia (2005).

Resolución 1991/05 Programa Médico Obligatorio.

Resolución 54/97 Sucesáneos de la Leche Materna, modificación del Código Alimentario Argentino.

Resolución CFE 188/12 Plan Nacional de Educación Obligatoria y Formación Docente 2012-2016, en lo referido a la educación inicial.

Índice de cuadros y gráficos

Cuadros

Cuadro 1. Salud y nutrición: derechos, normativa y principales políticas nacionales
Cuadro 2. Tiempo y dinero para cuidar: derechos, normativa y principales políticas nacionales
Cuadro 3. Educación inicial y cuidado: derechos, normativa y principales políticas nacionales
Cuadro 4. Rangos jurídicos otorgados a la CIDN.....
Cuadro 5. Normativas legales de infancia por país.....
Cuadro 6. Rectoría de las estrategias de protección a la infancia, por país latinoamericano
Cuadro 7. Metas de máxima, media y mínima para la propuesta del régimen de licencias
Cuadro 8. Metas de máxima, media y mínima para la propuesta de transferencias destinadas a la primera infancia
Cuadro 9. Metas de máxima, media y mínima para la ampliación de la oferta de educación y cuidado para niños entre 45 días y 2 años
Cuadro 10. Metas de máxima, media y mínima para la ampliación de la oferta de sala de 3 y 4 años
Cuadro 11. Síntesis de las metas, según conjuntos de máxima, media y mínima
Cuadro 12. Inversión asociada a cada meta, según año y conjuntos de máxima, media y mínima. En pesos de diciembre de 2015. 2016-2019.....

Gráficos

Gráfico 1. El desarrollo cerebral humano a través de los años.....
--

Gráfico 2. Tasa de retorno de la inversión en capital humano	
Gráfico 3. Población argentina de 0 a 4 años y población total. Total país. 2001 y 2010.....	
Gráfico 4. Tasa de pobreza infantil y total. Total aglomerados urbanos. 2003-2014	
Gráfico 5. Tasa de indigencia infantil y total. Total aglomerados urbanos. 2003-2014	
Gráfico 6. Personas que viven en hogares con NBI, infantes y total. Total país. 2001 y 2010.....	
Gráfico 7. Edad promedio de las mujeres al tener su primer y su último hijo y cantidad promedio de hijos, según nivel de ingreso per cápita del hogar. Total aglomerados urbanos. 2012	
Gráfico 8. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal. Total país. 1990-2014	
Gráfico 9. Tasa de mortalidad infantil, por provincia. 2014	
Gráfico 10. Porcentaje de defunciones infantiles, neonatales y posneonatales reducibles. Total país. 1990-2014.....	
Gráfico 11. Porcentaje de niños con inicio de la lactancia antes de la primera hora del nacimiento. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010.....	
Gráfico 12. Porcentaje de niños de 0 a 6 meses con lactancia materna exclusiva. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010.....	
Gráfico 13. Consumo semanal de alimentos en niños de 2 a 5 años, por grupo de alimentos. Total aglomerados urbanos relevados. 2014.....	
Gráfico 14. Prevalencia de diagnósticos antropométricos nutricionales de niños de 6 a 60 meses (5 años), según condición de pobreza y total. Total país. 2005	
Gráfico 15. Cobertura de salud en niños de 0 a 4 años y población total, por tipo de cobertura. Total país. 2010	
Gráfico 16. Niños de 0 a 4 años que realizaron al menos un control pediátrico en los últimos 6 meses, por grupo de edad. Total aglomerados urbanos relevados. 2011-2012.....	
Gráfico 17. Duración de la licencia por maternidad en días. Países seleccionados de América Latina. 2015.....	
Gráfico 18. Duración de la licencia por paternidad en días. Países seleccionados de América Latina. 2015.....	
Gráfico 19. Cobertura de asignaciones monetarias a niños y adolescentes menores de 18 años, por tipo de asignación. Total país. 2011.....	
Gráfico 20. Cobertura de asignaciones monetarias a niños y adolescentes menores de 18 años, por quintil de ingreso y tipo de asignación. Total país. 2011	

Gráfico 21. Duración de las licencias por maternidad para los empleados públicos en las provincias. Mayo 2016.....	
Gráfico 22. Duración de las licencias por paternidad para los empleados públicos en las provincias. Mayo 2016.....	
Gráfico 23. Beneficiarios de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, por grupo etario. Total país. 2010-2014	
Gráfico 24. Asistencia de la población de 0 a 4 años a centros de cuidado infantil y educación inicial, por quintil y tipo de gestión. Total aglomerados urbanos. 2011-2012	
Gráfico 25. Cantidad de niños que asisten a espacios de cuidado y educación de la primera infancia (EPI) no formales, por grupo de edad. Total país. 2013.....	
Gráfico 26. Tasa bruta de escolarización en jardín maternal, sala de 3, sala de 4 y sala de 5. Total país. 2003-2014	
Gráfico 27. Inversión argentina en primera infancia según clase de gasto y nivel de gobierno. En porcentaje. 2009.....	
Gráfico 28. Inversión argentina en primera infancia según clase de gasto y nivel de gobierno. En porcentaje. 2009	
Gráfico 29. Inversión argentina en primera infancia según categoría de gasto y nivel de gobierno. En porcentaje. 2009.....	
Gráfico 30. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de máxima como proporción del PBI con año base 2004 estimado. En porcentaje. 2016-2019.....	
Gráfico 31. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de media como proporción del PBI con año base 2004 estimado. En porcentaje. 2016-2019.....	
Gráfico 32. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de mínima como proporción del PBI con año base 2004 estimado. En porcentaje. 2016-2019.....	
Gráfico 33. Costo incremental estimado para el conjunto de metas de mínima como proporción del PBI con año base 2004 estimado. En porcentaje. 2016-2019.....	

Sobre CIPPEC

El Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que busca promover políticas destinadas a crear un Estado más equitativo, justo y democrático comprometido con mejorar la calidad de vida de todos los argentinos.

Desde su creación en 2008, el Programa de Protección Social de CIPPEC trabaja para consolidar un sistema de protección integral y federal que promueva un mayor bienestar y desarrollo social, desde un enfoque de derechos. Partiendo de la convicción de que la primera infancia es un período crucial en la vida de las personas, el Programa tiene como eje estratégico el fortalecimiento de las políticas públicas orientadas a esta etapa de la vida. Para lograrlo, trabaja generando conocimiento a través de la investigación aplicada y la promoción de espacios de diálogos entre especialistas, así como el apoyo a los gobiernos nacionales, provinciales y locales a través de capacitaciones y herramientas concretas para la gestión.

El camino recorrido hasta ahora pone de manifiesto el rol prioritario de la primera infancia dentro de la labor que realiza el Programa. Los proyectos “Primera infancia en la agenda” y “Primera infancia en la gestión”, así como también la instalación de la temática en los debates presidenciales en el marco de la iniciativa Argentina Debate y la organización de diálogos técnicos con especialistas y funcionarios, entre otras instancias, posicionaron a CIPPEC en un rol relevante en el concierto de actores que componen la escena de la primera infancia a nivel nacional y regional.

La experiencia acumulada en todos los proyectos e investigaciones dio lugar al desarrollo de numerosas publicaciones relacionadas con la primera infancia y las políticas sociales en general.

Colección DERECHOS SOCIALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

TÍTULOS PUBLICADOS

- ✓ Pilar Arcidiácono, *La política del “mientras tanto”. Programas sociales después de la crisis 2001-2002* (2012)
- ✓ Laura Pautassi y Gustavo Gamallo (directores), *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina* (2012)
- ✓ Laura Pautassi y Carla Zibecchi (coordinadoras), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (2013)
- ✓ Laura Pautassi (directora), *Marginaciones sociales en el área metropolitana de Buenos Aires. Acceso a la justicia, capacidades estatales y movilización legal* (2014)
- ✓ Laura Pautassi y Gustavo Gamallo (directores), *El bienestar en brechas: las políticas sociales en la Argentina de la posconvertibilidad* (2015)