



**FACULTAD LATINOAMERICANA DE  
CIENCIAS SOCIALES**

**Sede Argentina**

**Maestría en Diseño y Gestión de Programas  
Sociales**

**Tesis de Maestría**

**La política para la primera infancia en Argentina. Aportes  
conceptuales y empíricos del enfoque “Cadena de Valor Público”  
para la reconstrucción y análisis de la actividad estatal**

**Autora: Yamila Sanchez**

**Directora: Vanesa D’Alessandre**

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis sintetiza la trayectoria de una parte significativa de mi vida. En este camino extenso y un tanto sinuoso, muchas personas se cruzaron e hicieron que esto sea posible. Quiero agradecer a Daniel Hernández por la generosidad en la transmisión de su conocimiento. A Vanesa, que plantó la semilla para que florezcan las ideas y me acompañó en ese crecimiento. Gran parte de estos frutos se los debo a ella. A mis padres, que hicieron de mí un ser libre y feliz. A mi compañero José, con quien hace muchos años caminamos de la mano haciendo nuestros sueños posibles. A Ulises, que con su amor me recuerda todo lo hermoso de este universo.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>2. LA RELACIÓN DEL ESTADO Y LA INFANCIA EN LA PERSPECTIVA DE LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN).....</b>	<b>7</b>
<b>3. INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE LA POLÍTICA DE LA PRIMERA INFANCIA .....</b>	<b>16</b>
<b>4. PRECISIONES CONCEPTUALES .....</b>	<b>23</b>
<b>1. LA POLÍTICA PARA LA PRIMERA INFANCIA EN LA PERSPECTIVA DE LA CADENA DE VALOR PÚBLICO .....</b>	<b>26</b>
I. <i>Flujo de acción “salud” .....</i>	<i>27</i>
II. <i>Flujo de acción “cuidados y educación” .....</i>	<i>30</i>
III. <i>Flujo de acción “restitución de derechos vulnerados” .....</i>	<i>31</i>
<b>5. LA CADENA PRESTACIONAL PARA LA PRIMERA INFANCIA .....</b>	<b>33</b>
<b>1. LA CADENA PRESTACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN ARGENTINA .....</b>	<b>34</b>
I. <i>Momento de la cadena prestacional: pregestacional.....</i>	<i>34</i>
II. <i>Momento de la cadena prestacional: gestacional .....</i>	<i>37</i>
III. <i>Momento de la cadena prestacional: parto y un mes posterior al nacimiento.....</i>	<i>45</i>
IV. <i>Momento de la cadena prestacional: primer año de vida hasta el ingreso a la educación formal</i>	<i>51</i>
a) <i>Servicios de atención y educación no escolarizada.....</i>	<i>56</i>
b) <i>Servicios de atención y educación escolarizada.....</i>	<i>61</i>
<b>6. CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>68</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>73</b>
<b>8. ANEXO.....</b>	<b>82</b>

## 1. Introducción

Y deberás plantar, y ver así la flor nacer  
Y deberás crear, si quieres ver a tu tierra en paz  
Luis Alberto Spinetta

La Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN) es el tratado internacional al que más países han adherido, 193 países incluidos los 19 latinoamericanos lo han ratificado. Constituye el primer tratado internacional de derechos humanos que sitúa a los niños y niñas como sus titulares directos.

La irrupción de la CDN implicó un cambio radical en el modo de concebir la relación entre el Estado, la infancia y sus familias. A través de la observación general N°7 “Realización de los derechos del niño en la primera infancia” (2005) la CDN deja establecido que las niñas y niños pequeños son sujetos con derechos propios y con necesidades específicas relacionadas a los cuidados físicos, atención emocional, el tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje social, que hacen de éste un período esencial para la consagración de los mismos. Las rápidas transformaciones que se dan en el funcionamiento físico, cognitivo, social y emocional del niño, hacen de éste un momento privilegiado para su atención y protección. Debido a su intensa dependencia y progresiva autonomía, la realización de sus derechos está mediada por las familias. En este sentido, el despliegue de todo su potencial dependerá de las capacidades y habilidades con la que cuenten sus cuidadores directos.

La CDN posiciona a la infancia como una etapa que debe atenderse de forma holística, teniendo en cuenta los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos. Desde la perspectiva de la política pública, esto implica construir un Sistema de Protección Integral de Derechos que articule las relaciones y corresponsabilidades de todos los actores que trabajan en torno a la infancia. Esto comprende a todos los organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, ejecutan y supervisan intersectorialmente las políticas públicas en todas las instancias destinadas a promover, prevenir, asistir y proteger los derechos de toda la infancia.

Argentina ratificó la CDN en el año 1990 y le otorgó rango constitucional dentro de su ordenamiento jurídico. Desde ese momento y en forma gradual, las provincias fueron adecuando su cuerpo normativo, su andamiaje institucional y las acciones orientadas a la primera infancia, a partir de la sanción de sus propias leyes provinciales de protección

integral, con el fin de dar cumplimiento efectivo a los principios de la convención. Finalmente, en el 2005 promulgó la Ley N° 26.061 de “Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes” de alcance nacional.

Desde la ratificación de la CDN –hace ya tres décadas— se ha producido conocimiento sobre el proceso de su implementación, sobre la construcción de Sistema de Protección Integral de Derechos y sobre la política pública para la primera infancia. Se han realizado numerosos diagnósticos sobre la situación de la primera infancia. El análisis en conjunto de este corpus de investigaciones pone de relieve que éstos se limitan a determinados aspectos, dando poco lugar al análisis comprehensivo de las acciones públicas desde la perspectiva de la CDN.

El objetivo de esta tesis es dar cuenta de los avances realizados por el Estado argentino para garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas, lo que implica poner en foco sobre las diversas formas en que éste se relaciona con la primera infancia, directa o indirectamente, a través de las familias. A la par, supone identificar en qué medida esta actividad se ajusta a los lineamientos de la CDN o, en contraste, en qué medida reproduce el paradigma que ésta pretende desmontar.

La estrategia metodológica utilizada para su elaboración se basa en la revisión bibliográfica de investigaciones, regulaciones y documentos de programas orientados a la primera infancia. Además, el procesamiento de la Encuesta Anual de Hogares del periodo 2013-2014, desde la cual se pretende dimensionar sobre las dinámicas familiares en la producción y provisión de cuidados de los niños y niñas pequeños. La investigación centra su análisis hasta el año 2015 debido a la dificultad de contar con información actualizada y confiable, en virtud de los cambios por los que atravesaron ciertas políticas claves en estos últimos cuatro años e instituciones como el Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social y la SENAF, que son recientes y difíciles de dimensionar, aspectos que complejizaban el panorama al momento del análisis.

Esta tesis se estructura en torno a la introducción, cuatro apartados y las conclusiones. En el primer apartado se caracteriza la política para la primera infancia inscripta en el paradigma de la situación irregular y la política para la primera infancia en el marco del paradigma de la protección integral. El segundo apartado caracteriza la investigación reciente sobre la política para la primera infancia desde la perspectiva de la CDN. En el tercer apartado se definen los conceptos fundamentales que permiten dar cuenta del modelo analítico “Cadena de Valor Público” y las distintas dimensiones de la actividad estatal. En el cuarto apartado se

desarrolla la política de la primera infancia desde el modelo de análisis emergente “cadena prestacional de la primera infancia”. Por último, a modo de cierre, se ponen en diálogo los hallazgos surgidos a partir de la revisión bibliográfica, la evidencia empírica y la modelización de la política para la primera infancia.

## **2. La relación del Estado y la infancia en la perspectiva de la Convención de los Derechos del Niño (CDN)**

Desde la ratificación de la CDN, Argentina estableció un lazo jurídicamente vinculante entre el Estado y sus titulares directos. De este modo consagra, por primera vez, a todos y cada uno de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, lo cual refleja una radical transformación del lazo jurídico que históricamente reguló la distribución de obligaciones y responsabilidades entre el Estado, la infancia y adolescencia, y sus familias.

La CDN constituye el instrumento específico en el cual se instaura a los niños como titulares de derechos. Propone un nuevo pacto entre el mundo adulto y la infancia que rompe con el paradigma hasta entonces vigente. Se instituye como un nuevo ordenador de las relaciones sociales que se estructura a partir del reconocimiento de derechos y deberes recíprocos.

Hasta la irrupción de la CDN, la infancia constituía un universo fragmentado para la política pública. Se esperaba que las familias proveyeran los cuidados necesarios para garantizar la crianza, y cuando no lo hacían, el Estado asumía su tutela a través de la figura de la patria potestad. La CDN cuestiona la forma y el carácter selectivo en el que actuaba el Estado frente a los niños, niñas y adolescentes. En este sentido, concebir a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos implica reconocer que el desarrollo de sus capacidades está mediado por los adultos y en particular por los cuidados que estos producen y proveen en el entorno familiar. Las características, intensidad y particularidades que asumirá el proceso de desarrollo de cada una de estas habilidades y capacidades en cada niño y en cada niña van a depender de las oportunidades, los recursos y el acompañamiento que reciba por parte de los adultos. En efecto, una de las singularidades que distinguen a la primera infancia, es la extrema dependencia que los vincula a los adultos. Por ello, la CDN y en especial la Observación General N°7 “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”, establecen que durante la primera infancia los derechos de los niños y niñas pequeños están mediados por quienes son responsables de su cuidado directo. Dado que no pueden, por su condición vital, valerse por sí mismos, su desarrollo está sujeto estrechamente a los recursos, capacidades y oportunidades con las que cuenten las personas que se responsabilizan por su cuidado directo para promover, sostener, acompañar y exigir el cumplimiento efectivo de sus derechos.

Está claro que el papel que ocupa la familia en la realización de los derechos de los niños y niñas es fundamental, aunque su lugar en las sociedades actuales es resultado de un largo proceso histórico. El tránsito hacia una sociedad moderna suscitó la búsqueda de soluciones

a la reproducción social. Esto trajo aparejado la redefinición de las relaciones de género, y en particular, en el debate sobre la responsabilidad social del trabajo de reproducción, se revisitó el papel de la familia y el Estado –lo privado y lo público- así como la contribución de hombres y mujeres (Carrasco, Borderías y Torns, 2011).

En el contexto de la Revolución Francesa, la percepción de que la disolución de los lazos comunitarios desestabilizaba los cimientos que hasta entonces habían sostenido la continuidad de los seres humanos, llevó a que algunos de los pensadores más importantes de la época centraran su atención en las familias. Con el principal objetivo de producir sujetos para la nueva sociedad industrial, la familia se montó sobre el entramado de relaciones patriarcales que la precedían, actuando como un poderoso dispositivo para operar sobre la capacidad de reproducción y mantenimiento de la sociedad (Danzelot, 1979).

En América Latina, en el marco de las acciones de los movimientos independentistas que dieron lugar a la conformación de los Estados nacionales, las familias jugaron un papel importante en la promoción de la fecundidad, la supervivencia de los recién llegados y en la socialización de los sujetos con los valores morales vinculados a un modelo de ciudadanía acorde al proyecto político del país en construcción.

Las elites intelectuales del siglo XIX vieron en la inmigración la solución para poblar rápidamente sus territorios. No obstante, a partir de 1930, cuando las políticas inmigratorias se tornaron más restrictivas, comienza a configurarse una perspectiva pronatalista, y con ello, a desplegarse diversas estrategias para fomentar familias más numerosas. Ante esta situación, la maternalización de las mujeres se transformó en una tarea patriótica que, junto a la medicalización de la reproducción<sup>1</sup> y la eugenesia<sup>2</sup>, configuraron poderosas estrategias de domesticación, control y disciplinamiento de las mujeres (Nari, 2004).

---

<sup>1</sup> La medicalización de la reproducción consistió básicamente en los esfuerzos por parte de los médicos de legitimar su lugar en el acceso científico al cuerpo de las mujeres, al mundo de las concepciones, los embarazos, los partos, las prácticas de cuidado y crianza. Para ello era necesario descalificar los conocimientos de las mujeres y excluir los de quienes detentaban del conocimiento legitimado: las comadronas. La ginecología, obstetricia, puericultora constituían ramas masculinizadas de la medicina, mientras que enfermería y auxiliares de medicina, estaban casi totalmente feminizadas. La contracara de este proceso de medicalización fue más dificultoso: la aceptación de los especialistas por parte de las mujeres. Durante los años 20-30 ante la resistencia de las mujeres, los médicos emprendieron tareas más firmes y activas: intensificaron la conexión con otras mujeres del sistema de salud (enfermeras, parteras, visitadoras). Organizaron un sistemas mucho más acabado y completo de los servicios sociales, en el que si la mujer no concurría a las instituciones, las instituciones concurrían a ellas (Nari, 2004: 172-173)

<sup>2</sup> La eugenesia (del griego “buenos genes” o “buena reproducción”) se constituye como un movimiento político -filosófico hacia fines del siglo XIX. Se desarrolló fundamentalmente a partir de la lectura que hace Francis Galton de los postulados de Charles Darwin, sobre la evolución de las especies y la selección “natural”, y de la relectura que hace Herbert Spencer con su “darwinismo social”. En Argentina, el

El proceso de maternalización de las mujeres tuvo como sustento científico legitimado a la medicina social y la eugenesia. En conjunto, elaboraron la idea de la maternidad como un don que se anclaba en la naturaleza femenina de las mujeres. El objetivo de los médicos, promotores y líderes del movimiento higienista, influenciados por la eugenesia, fue controlar la reproducción e incidir sobre ciertos medios que consideraban degenerativos para la raza. Fueron los médicos quienes acumularon cierto poder para traccionar la conformación de un aparato sanitario argentino capaz de moldear las ideas de raza, nacionalidad y población (Nari, 2004).

En el marco de las preocupaciones por la reproducción, la natalidad y maternidad, se inicia un proceso de medicalización de la reproducción que consistió en la conformación de especialidades médicas asociadas a ésta. Es así que la ginecología se relacionó con los cuerpos de las mujeres exclusivamente a través de su aparato reproductivo y de su “misión natural” de perpetuación de la especie; la obstetricia a través de la atención de los partos; y la puericultura sistematizó una serie de prácticas, hábitos y valores vinculados a la gestación, el parto, la crianza y el cuidado de los niños pequeños, imponiéndolos al público femenino con el objetivo de homogeneizar los comportamientos y sentimientos. A la par, el Estado apoyó la profesionalización médica y adjudicó el monopolio de la atención de la salud (Nari, 2004).

Esta arquitectura estatal de los años 20 y 40 se apoyó sobre la base de una familia patriarcal que protegía la díada madre-hijo. La medicina ayudó a materializar ese vínculo, por un lado, a través de campañas en contra de la mortalidad infantil, abortos, abandonos de niños y prácticas contraceptivas. Por otro lado, a través de la institucionalización de los saberes acerca de la crianza a partir de la instalación de los lactarios e institutos de puericulturas, que desplazaron y deslegitimaron los saberes acerca de la maternidad, reproducción y crianza que hasta entonces se encontraban vigentes.

Estos esfuerzos tienen como resultado la politización de la maternidad. La cuestión de la maternidad se constituye como un asunto público, ubicando el cuerpo de las mujeres como

---

movimiento eugenésico sentó las bases del proyecto político que a través de la acción sanitaria, educativa y punitiva sobre nativos y extranjeros se propuso conformar las bases poblacionales de una nación poderosa en términos económicos y militares. En este contexto, el objetivo de la eugenesia fue, partiendo del diagnóstico de la degeneración de la raza existente, conformar una nueva raza afín a las necesidades del Estado naciente.

centro del problema. Durante esos años, el binomio madre-niño se solidificó bajo un modelo que colocaba a las mujeres en situación de pacientes dependientes e infantilizados.

En paralelo, se avanzaban hacia otras formas de disciplinamiento de las familias cuando éstas “no funcionaban”, ya que de manera violenta el Estado asumía la patria potestad. Una de ellas es la creación de la primera corte de menores en Illinois, Estados Unidos (1898). Se trataba de un tribunal especial que intervenía en la protección de los niños delincuentes para impedir su confinamiento a la cárcel o una dependencia policial. El tribunal intervenía en situaciones que estimaba proclives a transgresiones a la ley aun cuando no se hubiese incurrido en las mismas. Es así que se judicializaba a niños, niñas y adolescentes con comportamientos con baja tolerancia social como la embriaguez, concurrencia a bailes y al cine sin la compañía de un adulto, peleas, mendicidad, tránsito por la ciudad durante la noche, todas ellas cercanas a la sociabilidad de las familias inmigrantes y migrantes de los sectores bajos urbanos. Como resultado, el tribunal podía dictaminar la internación, en vistas de alejarlos de un ambiente vicioso o, en algunos casos, de padres inmorales (Stagno, 2011).

Años después, en Inglaterra la Cámara de los Comunes promulgó la Children Act (1908), un código que legislaba acerca de la internación de los menores y las instituciones que los alojaban, la tenencia de sus padres o tutores, y la organización de los reformatorios y casas de detención. En ambos casos, la expresa tutela estatal facultaba a los jueces a intervenir en casos de peligro moral o material (Stagno, 2011).

En Argentina, este paradigma fue ampliamente difundido por la medicina en áreas como la psiquiatría y la medicina legal. Las ideas acerca de los comportamientos disruptivos de los niños de origen migrante y provenientes de sectores sociales más desventajados en Estados Unidos, sirvió de sustento de los trabajos de Telma Reca, que la llevaron a compararlo con el proceso demográfico argentino. La creencia de “la influencia de delictógena de los hogares deshechos o incompletos” (Reca citado en Stagno, 2011) sirvieron de argumento para instalar un consultorio de Higiene Mental en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Desde la medicina legal, Carlos Arenaza, presentaba los procesos de tutelaje inglés como un antecedente excluyente para fundamentar las intervenciones estatales en materia de protección y reeducación de los menores en Argentina.

De esta manera se levantaron las paredes de un sistema dual que combinaba acciones de control y asistencia que justificaba las intervenciones estatales coactivas frente a infractores o potenciales infractores de la ley penal, a partir de las ideas de tratamiento, resocialización

o neutralización y –finalmente- la defensa de la sociedad frente a los peligrosos (Beloff, 1999). Su formalización a través de la Ley de Patronato de Menores (1919) y posteriormente, la creación del Patronato Nacional de Menores Abandonados (1933), aseguraron su instalación definitiva.

Entre sus características, la judicialización de la infancia consistió en un proceso en el que los tribunales de menores se presentaban como la instancia privilegiada para cuidar y proteger a los niños y niñas. La ley de patronato o más conocida como “Ley Agote” legitimaba la intervención estatal discrecional hacia los “menores”. La indistinción entre abandonados y delincuentes constituía la piedra angular de este paradigma jurídico (García Méndez, s/f). Asimismo, la judicialización indefectiblemente produjo la alteración de las prácticas que operaban hacia el interior de las familias. La vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes se objetiviza frente a lo que pasa a ser considerado como riesgo y peligro. El trabajo de los tribunales de menores, entonces, de naturaleza tutelar o asistencial, concentraba en la figura del juez todas las facultades de disposición e intervención sobre la familia y el niño. El juez de menores asumía la “patria potestad” de los irregulares, abandonados y delincuentes, terminología que las leyes utilizaban de manera indistinta para referirse a los menores, es decir, la infancia pobre y marginal (Bruñol Cillero, 2001).

Las leyes de menores constituían un instrumento jurídico mediante el cual se reemplazaba el conjunto de derechos y obligaciones que las leyes civiles les otorgaban a los padres y que éstos no ejercían por encontrarse inhabilitados “social y moralmente”. En los hechos, la sustitución de la patria potestad se ejercía sobre los niños y niñas provenientes de hogares socialmente más desventajados.

La situación irregular que imperó hasta finales de los años 80, se organizó en un “complejo tutelar” conformado por un conjunto de instituciones correccionales y filantrópicas de carácter público y privado que atendían a los menores “peligrosos” y a los menores en “peligro”. Esta nueva forma de mirar a la infancia perduró en el tiempo gracias al despliegue de distintos dispositivos que operaron en simultáneo. La maternalización de las mujeres, la promoción de la familia patriarcal, la judicialización de la infancia, la eventual sustitución de la patria potestad por parte del juez de menores y el asistencialismo paraestatal, configuraron los soportes que sostuvieron las relaciones sociales en la que las niñas y niños se constituyeron como objetos de protección.

Es en este contexto que la CDN irrumpe en el entramado social para cuestionar los objetivos, los focos de intervención, los instrumentos y recursos estatales que los gobiernos movilizaban hacia la primera infancia. Incluso va más allá y exige la activación de nuevos mecanismos para asegurar los derechos consagrados en el instrumento jurídico.

En el marco del derecho internacional, a través de la firma de la CDN, Argentina asumió el compromiso y la voluntad de desarrollar acciones concretas para transformar la situación de los niños, niñas y adolescentes acorde a los principios establecidos en la convención. Desde el momento de su ratificación, estableció un lazo jurídicamente vinculante con el tratado internacional que implicó una obligación en el ejercicio de su soberanía.

Argentina ratificó el texto de la CDN en 1990 y posteriormente lo incorporó en la reforma constitucional de 1994. El proceso de efectivización de los derechos del niño se completó formalmente con la integración de los principios de la CDN en el ordenamiento jurídico interno. A través de la formulación y sanción de las leyes de protección integral, las provincias reordenaron el marco normativo que afecta a los titulares de derecho establecidos por la CDN. El carácter federal del Estado argentino influyó para que esta armonización jurídica se diera de manera gradual. Desde la adhesión a la CDN, casi la mitad de las provincias promulgaron sus respectivas leyes de protección integral antes de la sanción de la Ley Nacional de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 26.061) que tuvo lugar en el 2005<sup>3</sup>. Las provincias restantes- en su mayoría- lo hicieron posterior a esa fecha<sup>4</sup> y sólo tres no cuentan actualmente con leyes propias, por lo que se rigen por las disposiciones previstas en la ley nacional<sup>5</sup>.

Ahora bien, no bastaba con ratificar el texto de la CDN, se precisaba la movilización de recursos para la armonización jurídica y creación de reglas internas propias, el despliegue y fortalecimiento institucional e inversión para garantizar el cumplimiento efectivo de los niños y niñas. En concreto, se requería de una “política pública” orientada a garantizar los derechos consagrados por la CDN. Este nuevo paradigma requería la construcción de un Sistema de Protección Integral de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes que instituya un diseño

---

<sup>3</sup> Chubut (1997), Jujuy (2002), Mendoza (1995), Misiones (2001), Neuquén (1999), Salta (1999), San Juan (2002), Tierra del Fuego (2000), San Luis (2003/4) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998).

<sup>4</sup> Buenos Aires (2008), Catamarca (2013), Chaco (2012), Córdoba (2011), Entre Ríos (2008), La Rioja (2010), Río Negro (2006), San Luis, Santa Cruz (2009), Santa Fe (2009), Santiago del Estero (2008) y Tucumán (2010).

<sup>5</sup> Corrientes (la provincia sancionó la Ley Provincial 6.077/11 “Sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”, la cual fue vetada por el Decreto 2518/11), Formosa, y La Pampa (adhiera parcialmente a la ley 26.061).

organizacional y operativo capaz de estructurar y sistematizar la relación entre todos los actores con el objetivo de dar cumplimiento a los derechos reconocidos en la CDN. En este sentido, la ley N° 26.061 en su art. 32 expresa que este sistema “está conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”.

La CDN propone la creación de un nuevo sistema capaz de direccionar y redireccionar los esfuerzos del Estado para garantizar los derechos de los niños y niñas pequeños. Invita a fortalecer los lazos entre los distintos actores- familias, comunidad, instituciones- encargados del bienestar de la infancia desde una perspectiva que desplace paulatinamente la necesidad de respuestas paliativas focalizadas y favorezcan la integración, articulación, seguimiento y mejoramiento permanente de las políticas orientadas a la infancia (OEI IPE SITEAL: 2014).

Como todos los tratados sobre derechos humanos, el texto de la CDN se fundamenta en los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos. Esto significa que concierne a todos los niños y niñas, y que el cumplimiento de cada uno de los derechos depende de la garantía efectiva del resto. A estas nociones compartidas con el conjunto de tratados de derechos humanos, se le suman cuatro principios específicos de la CDN, posicionándolos como “principios generales”. El interés superior del niño; el derecho a la no discriminación; el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo; y el derecho a la libertad de expresión y ser escuchados, constituyen derechos en sí mismos, y a la vez, se instauran como guía para la interpretación y respeto de todos los demás derechos presentes en la convención. Estos principios generales conforman la base de todas las decisiones y actos del Estado vinculados con la infancia (Roger, Hernández, D’Alessandre y Sanchez: 2015)

A través de distintos encuentros y conferencias regionales e internacionales, se avanza hacia un marco conceptual común desde el cual interpretar las decisiones y las acciones que orienten la actividad estatal. Entre ellos, la definición holística de la atención y educación de la primera infancia (AEPI)<sup>6</sup> considerando que sustenta la supervivencia, crecimiento, desarrollo y el aprendizaje de los niños. Esta definición comprende la salud, nutrición,

---

<sup>6</sup> En 2010 tiene lugar la Conferencia Mundial sobre Atención y Educación en la Primera Infancia, en la cual se definen a los servicios AEPI como “(...) diversos dispositivos, desde los programas destinados a los padres hasta las guarderías comunitarias o familiares, los servicios de atención en centros institucionales y la enseñanza preescolar que se imparte frecuentemente en las escuelas” (Burnett, 2006).

higiene, desarrollo cognitivo, social, físico y afectivo; desde su nacimiento hasta su ingreso en la escuela primaria. La AEPI incluye medidas integrales de apoyo a las familias, por ejemplo, salud materna e infantil, aportes de suplementos de micronutrientes, apoyo psicosocial a las familias, programas de promoción de la seguridad alimentaria de las familias, licencia por nacimiento de los hijos y prestaciones de infancia (UNESCO, 2010:2).

Al asumir la perspectiva que ofrece la integralidad para el diseño e implementación de políticas para la protección y promoción de los derechos de los niños y niñas, las fronteras entre las diferentes dimensiones del desarrollo se desdibujan. Al entrar en juego todos los derechos de la infancia, todas las acciones orientadas a garantizarlos, protegerlos y eventualmente restituirlos son igualmente necesarias. Estos principios tienen consecuencias tanto en la institucionalidad, como en la regulación e implementación de las acciones y los sentidos que adquiere en la práctica.

Desde la perspectiva de la institucionalidad, el marco normativo y conceptual que fija la CDN, confluye en un sistema destinado a proteger los derechos de cada uno de sus titulares directos. Se trata de construir un nuevo lazo entre Estado e infancia basado en el trabajo conjunto de todos los actores que en interrelación definen y afectan el proceso de desarrollo de las capacidades de los niños. A esta suma de esfuerzos la CDN la denomina “corresponsabilidad”. Este proceso, liderado por el Estado -en tanto espacio de regulación y producción de los lazos sociales entre el mundo adulto y los niños- y efectivizado en las familias a través de los vínculos de protección que despliegan los adultos de referencia, tiene como propósito central garantizar el desarrollo de las capacidades de los niños a través de la protección efectiva y permanente de sus derechos. En este sentido es que el Sistema de Protección Integral de Derechos debería constituirse, en primer lugar, como una estrategia de acción orientada a garantizar el despliegue de las capacidades de las personas desde el inicio del ciclo vital (D’Alessandre, Roger, Hernández, y Sanchez, 2015).

Desde la perspectiva de las políticas públicas, este sistema, concebido como el conjunto articulado de intervenciones de diversa naturaleza –que alude a la “intersectorialidad”- orientado a proteger y a promover todas las dimensiones del desarrollo de cada uno de los titulares de derecho que establece la CDN, tiene como propósito garantizar que aún ante la inevitable especificidad de las acciones, éstas no entren en contradicción, ni se desliguen del resto de las dimensiones implicadas en el desarrollo del conjunto de las capacidades de los niños pequeños (D’Alessandre, et al., 2015)

Sin embargo, la construcción de una nueva institucionalidad para dotar de integralidad a la actividad estatal es condición necesaria pero no suficiente para transformar la perspectiva y las prácticas sociales desde las cuales se concibe y reencausa el flujo de acción que tiene como propósito la ampliación del bienestar de todos los niños y niñas pequeños. En este sentido, una aproximación a la noción de integralidad requiere considerar que los sentidos que adquiere en la práctica varían conforme la etapa del ciclo vital de los destinatarios de las políticas, los territorios y el ámbito de la actividad estatal en la que se haga foco (D'Alessandre, et al., 2015).

La irrupción de la primera infancia en la escena pública es reciente. La CDN viene a reforzar su presencia a través de la Observación General N°7 mediante la cual consagra a los niños y niñas como portadores de derechos y los posiciona como sujetos de política pública. A la par, configura a la primera infancia como un período esencial para la realización de los derechos del niño que deben ser atendidos de manera holística; y a las familias, como el espacio privilegiado para la consecución de los mismos. Desde la perspectiva de la convención, la familia constituye el medio fundamental en el que los niños crecen y se desarrollan, las cuales requieren la protección y asistencia necesaria para poder asumir sus responsabilidades. En los hechos, esto significa limitar la intervención del Estado penal e incrementar la actuación del Estado social, multiplicando las acciones orientadas a fortalecer a las familias en el desarrollo de sus capacidades parentales durante la etapa de crianza.

### **3. Investigaciones recientes sobre la política de la primera infancia**

Este apartado tiene el propósito de caracterizar la investigación reciente sobre la política de la primera infancia en Argentina. En particular, busca indagar sobre los argumentos que justifican la relevancia de la primera infancia como sujeto al cual direccionar un conjunto de bienes y servicios públicos, y las principales dimensiones en las que hacen foco las investigaciones. Para ello, se sistematizaron y analizaron un total de 48 documentos tomando como referencia el periodo de publicación 2008-2018. El corpus analizado se compone de investigaciones empíricas, disponibles en internet y publicadas por revistas académicas, universidades, organismos gubernamentales, centros de investigación de carácter público y privado, tesis de postgrado y artículos académicos.

Entre los argumentos desde los cuales se posiciona a la infancia como sujeto de la política pública, se encuentra el compromiso asumido por el Estado frente a la comunidad internacional respecto a los derechos de los niños y niñas, aunque no es el único y no siempre el más relevante. Desde el enfoque de las neurociencias se considera que en los primeros tres años de vida la maleabilidad neuronal de los sujetos es alta. Las neurociencias y la neuroeducación se dedican a comprender la particular e intensa actividad cerebral que caracteriza a los niños pequeños. Desde esta perspectiva, los tres primeros años de vida de los niños y niñas son centrales para el desarrollo neuronal. El aprendizaje de las habilidades emocionales, sociales y cognitivas que les permite adaptarse a su entorno las aprenden de los adultos. Tal adaptación dependerá de las experiencias significativas, los estímulos sensoriales, la calidad del cuidado recibido y el afecto de los adultos que los atienden. En este sentido, la desnutrición, la anemia, el alto nivel de estrés, el maltrato verbal o físico constituyen obstáculos para el desarrollo cerebral (Kandell, Schwartz y Jessell, 1997).

El enfoque de economía también desarrolla argumentos acerca de la conveniencia de la inversión en la primera infancia. James Heckman basa sus postulados en el enfoque de desarrollo económico y desarrollo humano, recogiendo los aportes realizados desde las neurociencias y la psicología evolutiva para argumentar que en esta etapa del ciclo vital se construyen los cimientos de la vida adulta. Desde un enfoque basado en el ciclo de vida y las familias para orientar la inversión pública en la primera infancia, entiende que, dado su carácter preventivo, la rentabilidad de la inversión en el desarrollo de las capacidades de los niños durante esta etapa es superior a la inversión que se realice en cualquier otra (Heckman, 2011).

Desde otra perspectiva, el enfoque de la economía feminista sobre el trabajo de cuidado, contribuyó a visibilizar las formas de organización de la reproducción social y a reconocer el impacto de éstas en la reproducción de la desigualdad. A través del concepto de “economía del cuidado” se evidenció el rol sistémico del trabajo de cuidado en la dinámica económica en el marco de sociedades capitalistas y las implicancias que la manera en que se organiza el cuidado tiene para la vida económica de las mujeres. La evidencia existente muestra que el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y, dentro de los hogares, por las mujeres (Enríquez, 2015).

Ciertas investigaciones también sustentan sus argumentaciones desde el enfoque del bono demográfico, en donde el énfasis está puesto en lo que experimentan algunas sociedades al ubicarse en un estadio de la transición demográfica que genera una “ventana de oportunidades”. En este sentido, se sostiene que Argentina se encuentra en una etapa denominada “bono demográfico”<sup>7</sup> que finalizará alrededor de 2040 y dará lugar a la etapa de envejecimiento demográfico. Esta próxima fase trae consigo grandes desafíos que implicaría una carga fiscal significativamente mayor a la actual, especialmente en jubilaciones y pensiones, que dependiendo del contexto en el cual se afronte, se puede aprovechar para incrementar la potencial productividad de las cohortes futuras (Cardini, Díaz Langou, Guevara y De Achával, 2017).

Los argumentos que sustentan las investigaciones se entrelazan en distintas combinaciones, presentando diversos énfasis y matices, sin presentarse de manera “pura” en ninguno de los estudios analizados. A la par, el análisis que las investigaciones realizan sobre la política de la primera infancia puede agruparse en distintos focos: 1) Análisis de situación; 2) Análisis institucional: 2.1. Normas, 2.2 Servicios, 2.3 Institucionalidad; 3) Análisis de intervenciones: 3.1 Análisis integrales, 3.2 Análisis no exhaustivos, y 3.3 Análisis parciales.

El primero, agrupa a las investigaciones que hacen foco en el **análisis de situación**. Estos estudios señalan que la primera infancia constituye una población particularmente expuesta a la vulnerabilidad social. Una manera de evidenciarlo es a través del estudio de los

---

<sup>7</sup> “El bono demográfico (o ventana de oportunidad demográfica) es un periodo en el que hay una mayor ratio de personas en edad de trabajar por persona dependiente. Una mayor fuerza laboral resulta en una mayor base imponible, lo cual incrementa la capacidad económica y de generación de recursos de los países. El fin de esta ventana de oportunidad se traducirá en una mayor proporción de adultos mayores en la población, lo cual reducirá sensiblemente la recaudación impositiva e incrementará los gastos asociados al sistema previsional. En este sentido, se requerirá un mayor volumen de transferencias intergeneracionales para financiar el consumo de las personas inactivas” (Díaz Langou, Florito y Karczmarczyk, 2018)

principales indicadores estadísticos relacionados a los distintos aspectos del desarrollo infantil: salud, nutrición, educación, servicios de atención y educación, cuidado. Estas investigaciones vinculan la situación actual de los niños y niñas con el acceso deficitario a servicios de apoyo al cuidado y la carencia de un flujo constante y suficiente de ingresos de sus familias. Por este motivo, describen, analizan y/o evalúan las condiciones básicas de bienestar que atraviesan a los hogares conformados por niños y niñas, y que tienen fuerte incidencia en el despliegue de su potencialidad, entre ellos, la infantilización de la pobreza, trabajo infantil y desigualdad social (Tuñón, 2010; Tuñón y Salvia, 2012; Tuñón y González, 2013; Acuña, 2015; Filgueira y Aulicino, 2015; Cardini et.al., 2017; Díaz Langou et. al., 2018; UNICEF, 2016, Waisgrais y Aulicino, 2018). Dentro de este último grupo, cobra significativa importancia los análisis sobre el impacto de las transferencias monetarias, en particular, la Asignación Universal por Embarazo y la Asignación Universal por Hijo. Se hace énfasis en que, si bien la AUH y la AUE transfieren a los hogares más vulnerables montos semejantes a los que reciben como asignación familiar los hogares de los trabajadores formales, los hogares socialmente más desfavorecidos a los que estos sistemas todavía no alcanzan quedan en una situación especialmente desventajosa. Dado que muchas veces estos instrumentos de política pueden reforzar la distribución desigual del cuidado que sobrecarga particularmente a las mujeres, su alcance es limitado si no son complementados con la expansión de servicios de educación y cuidado (Waisgrais y Aulicino, 2018; Filgueira, y Aulicino, 2015; Aulicino, Gerenni y Acuña, 2015; Díaz Langou et. al., 2018).

El segundo foco comprende al conjunto de investigaciones que centran su atención en el **análisis institucional**. Entre ellos se encuentran los estudios que analizan las **normas**, los **servicios** y la **institucionalidad** de la política de la primera infancia. Se trata de estudios que abordan el análisis de las regulaciones que estructuran y establecen las reglas del juego en el campo de la primera infancia, la oferta de servicios y/o los actores institucionales que intervienen. Proliferan los análisis descriptivos que hacen foco en estas dimensiones y que no se proponen transformaciones sustantivas que impacten en el desarrollo de la política pública en su conjunto.

Desde el análisis de las **normas**, la mayoría de los estudios hacen referencia al momento de la ratificación de la CDN y la sanción de las leyes de protección integral. Describen, indagan y reflexionan en torno a los principales instrumentos jurídicos que ordenan las relaciones entre el Estado, la infancia y las familias, o bien, los que reglamentan las intervenciones públicas de un segmento particular de la actividad estatal. Se trata de aquellas normas que

regulan las principales dimensiones del desarrollo infantil, entre ellas, salud y nutrición, cuidado, atención y educación de la primera infancia, juego y esparcimiento, derechos vulnerados, entorno adecuado y protegido (Aulicino, 2015; Aulicino et. al., 2015; UNICEF, 2016).

Una parte de las investigaciones busca evidenciar la heterogeneidad de la oferta de servicios. Este es el caso de las instituciones que ofrecen atención y educación a los niños de 0 a 3 años. El análisis del cuerpo normativo resulta un instrumento útil para trazar el mapa donde se despliegan las distintas intervenciones y las posiciones de los principales actores sociales (Pautassi y Zibecchi, 2010; Zibecchi, 2012; Rozengardt, 2014). Del corpus de documentos seleccionados, sólo uno presenta una propuesta de modificación de la legislación. En ella se sugiere derogar ciertas exclusiones por normativa que no están correctamente fundamentadas y no promueven la equidad; eliminar la exigencia del cumplimiento de las corresponsabilidades; y articular el esquema de transferencias con intervenciones que promuevan la inserción productiva de las familias con niños con el fin de igualar el esquema de transferencias no contributivas (Díaz Langou, et al, 2015).

Los diversos formatos institucionales en los que se brinda la educación inicial constituyen una base hacia donde orientar esfuerzos para su estudio. Rozengardt (2014) a través del análisis del rol de los **servicios** no formales de atención y educación de la primera infancia en la realización de sus derechos fundamentales, presenta una propuesta metodológica para medir la inclusión de los niños y niñas en este tipo de organizaciones sociales. La dimensión institucional también cobra relativa importancia al momento de recomendar acciones públicas que permitan orientar el funcionamiento institucional para garantizar una educación inicial de calidad. Estas propuestas incluyen la definición del proyecto que cada institución debe llevar adelante (organización institucional que atienda la conformación de equipos de trabajo acordes, el agrupamiento de niños que -más allá de los criterios- se mantenga durante el año y la planificación del tiempo institucional.); los modos en los que se organizan los espacios y los equipamientos; y las relaciones con las familias y la comunidad (Picco y Soto 2013).

Las investigaciones que hacen foco en la **institucionalidad** de la política de la primera infancia centran su análisis en los distintos actores institucionales, sus principales funciones e implicancias en el curso de acción. Algunos estudios ponen su atención en la organización institucional, sus niveles de descentralización, la articulación con los otros sistemas de protección social u organizaciones e instituciones significativas en la implementación de la

política pública (Aulicino, 2015; UNICEF, 2016; Tedeschi, y Repetto, 2013; Rozengardt; 2014; Villalta y Llobet 2015).

El tercer foco comprende a las investigaciones que analizan intervenciones. Entre ellas, se encuentran las que realizan **análisis integrales**. Se trata investigaciones que buscan comprender y caracterizar los diversos aspectos que conforman la política de la primera infancia. Analizan exhaustivamente las acciones que dan cuenta de los avances realizados para dotar de integralidad a la política de la infancia y adolescencia. Consiste en el estudio de la política en su conjunto que hace foco en lo que el Estado produce en las áreas principales en la que confluyen sus esfuerzos; los actores relevantes que participan y conducen dichas acciones, y los mecanismos de coordinación y articulación que los atraviesa. Estos documentos no sólo caracterizan la política, sino que la dimensionan en términos de cobertura y volumen, evidenciando- en más de una ocasión- las disparidades que subyacen al interior del mismo.

Para Aulicino (2015) esta mirada global de la política constituye la estrategia por medio de la cual se busca responder acerca de la integralidad de la política de la primera infancia, que entiende que aún sigue siendo heterogénea y que presenta déficits de cobertura y calidad. La mejor expresión de los esfuerzos de integralidad se materializa en el programa “Primeros Años” al que le dedica especial atención. En cambio, para Tedeschi y Repetto (2013) la mirada al conjunto global de las acciones estatales direccionadas hacia los niños, niñas y adolescentes resulta la manera más apropiada de evidenciar los avances y desafíos en la construcción de un Sistema de Protección Social para la Infancia y Adolescencia. Para ambos autores está claro que para que este sistema desarrolle todo su potencial debe alinearse y trabajar en conjunto con los otros subsistemas de protección social.

Existe un segundo grupo de estudios que presenta un **análisis no exhaustivo** de la política de la primera infancia. Si bien el interrogante gira en torno a la política de la primera infancia, el modo de abordarlo es a través del análisis de un conjunto acotado de acciones y estrategias públicas dirigidas a los niños y niñas. Se trata de investigaciones sobre el estado de situación de los derechos de la primera infancia (UNICEF, 2016); la corresponsabilidad e integralidad de las políticas de niñez, y en particular, las formas en que se materializan en la práctica y los sentidos e interpretaciones que le imprimen los agentes que intervienen (Villalta y Llobet, 2015) y los avances en la construcción de una política integral de la primera infancia (Aulicino, Gerenni y Acuña, 2015).

Sin embargo, en la mayor proporción de los estudios el interés no está puesto en caracterizar y/o dimensionar los esfuerzos que hace el Estado para garantizar los derechos de la infancia en su multidimensionalidad, sino explorar e indagar en algunos aspectos de ella. Se tratan de **análisis parciales** de la política de la primera infancia. Aquí la mirada está puesta en un segmento de la actividad estatal o en ciertos instrumentos específicos de la política.

Una significativa parte de la producción académica se orienta a problematizar el cuidado y las cuidadoras (Zibecchi 2012, 2014, 2015) y las estrategias que contribuyen a alivianar la carga de cuidado (Cardini et. al., 2017). También se evidencia toda una corriente de investigaciones cuyo objeto de estudio es la educación inicial en sus diferentes dimensiones. Desde su componente pedagógico, el análisis del currículum (Cardini y Guevara, 2017; Quiroz, Picco, Soto, 2012) y la enseñanza del oficio docente (Guevara, 2016). La oferta de los servicios de atención y educación en el que buscan contribuir al conocimiento de este panorama complejo y heterogéneo (Rozengardt, 2014; Redondo 2012). Algunos de ellos consisten en documentos de trabajo en el que se sistematizan diversos saberes relacionados a los contenidos de la enseñanza, y en los que se esbozan algunas orientaciones a los docentes para enseñar a las niñas y niños pequeños (Picco y Soto, 2013; Sarlé y Rodríguez Sáez, 2018).

Dentro de estos análisis de intervenciones puntuales, se desprende una línea de trabajo que pone su atención en las cuidadoras y los servicios comunitarios de cuidado (Zibecchi, 2014, 2015; Pautassi y Zibecchi, 2010). En ellas, se interpela al Estado en su incapacidad de garantizar la infraestructura y servicios de cuidado, lo que resulta un factor determinante para el despliegue de acciones de las organizaciones sociales comunitarias y el trabajo de las mujeres. Es decir, la demanda urgente de cuidado en contextos de carencia persistente, la intervención de la política social asistencial promoviendo contraprestaciones vinculadas al cuidado y el posicionamiento subjetivo de las mujeres como portadoras de atributos y disposiciones que son favorablemente valorados, confluyen en la configuración del ámbito comunitario como espacio de cuidado (Zibecchi, 2014).

Asimismo, se registran también investigaciones que centran su interés en los dispositivos que buscan reparar situaciones de vulneración de derechos. Barna (2015 a, 2015b) reflexiona sobre las prácticas de restitución de derechos que despliegan los servicios locales de protección de derechos en el Conurbano Bonaerense, en la que observa que las acciones de desjudicialización de las problemáticas asociadas a la pobreza, muchas veces se montan sobre estructuras precedentes que se reconfiguran, produciendo nuevos actores y dilemas que los atraviesa. Desde otra perspectiva, pero con el interés en desentrañar las prácticas de inclusión

social sobre grupos de población marginados, Gentile (2011, 2012) analiza un centro de atención integral de niñez y adolescencia (CAINI) que atiende a niños y adolescentes en situación de calle, cuyo estudio busca ser un aporte para la formulación de nuevas políticas orientadas a niños y adolescentes de sectores populares.

La lectura y sistematización de los documentos intentó ofrecer un panorama sobre la investigación reciente de la política de la primera infancia. En este sentido, evidenció un marco discursivo amplio en el que el enfoque de derechos es uno de los argumentos -y no siempre el más relevante- desde el cual se posiciona a la primera infancia como sujeto de la política pública. Al mismo tiempo, los diversos análisis de la política de la primera infancia mostraron que los estudios hacen foco en distintas dimensiones de la política: la situación de los niños, niñas y sus familias, el funcionamiento de las instituciones, la adecuación y armonización jurídica acorde a los principios de la CDN, los actores que intervienen, el impacto de ciertas políticas claves en el bienestar de los niños y sus familias, los servicios de atención y educación de la primera infancia, entre otras.

A la luz de lo analizado, se puede decir que son escasos los estudios de la política de la primera infancia orientados a obtener una mirada del conjunto de la trayectoria de la CDN que pueda dar cuenta de los avances en la construcción de un Sistema de Protección Integral de Derechos en la Primera Infancia. En este sentido, los objetivos de esta tesis resultan pertinentes, al intentar ofrecer una mirada comprehensiva de la política asumiendo un enfoque centrado en el análisis de la actividad estatal orientada a proteger y garantizar los derechos fundamentales de los niños y niñas y de las trayectorias que ésta articula en la actualidad. Para llevar adelante esta tarea se asume el enfoque de análisis de políticas conocido como “Cadena de Valor Público” (Hernández: 2015, 2019).

#### **4. Precisiones conceptuales**

La política de primera infancia se entiende aquí como resultado y actividad. Ella es tanto el orden que asume un conjunto de relaciones sociales y comportamientos (de las familias, de los servicios, de las distintas áreas de gobierno, de los agentes privados) como la actividad a través de la cual se busca generar este ordenamiento. La política de primera infancia es aquella actividad que movilizan recursos estatales para organizar las relaciones sociales que determinan la forma en que crecen los niños y niñas en este período de sus vidas (Hernández, 2019).

Los ámbitos de la vida social se constituyen como campos de políticas cuando un conjunto de agentes afirma un valor y busca realizarlo. Esto es lo que sucede en el caso de la primera infancia, cuando una coalición asume y promueve el conjunto de valores que encuentra su expresión en la CDN y, al hacerlo, se enfrenta al orden construido en torno al paradigma tutelar. Estos valores son públicos desde el momento en que en su realización se movilizan recursos estatales. Su afirmación convierte al conjunto de relaciones en un campo de disputa política.

Siguiendo a Weber y a Bourdieu, este enfoque asume que el Estado es el resultado de un enorme proceso de concentración de recursos sociales de distinto tipo -financieros, técnicos, organizacionales, comunicacionales, de coerción- que pueden ser movilizados por diferentes actores para ordenar relaciones sociales. La política es el esfuerzo de estos actores para producir estos ordenamientos utilizando estos recursos (Weber 2006; Bourdieu 2014).

El enfoque define y analiza la actividad estatal como proceso de producción. La cadena de valor público es un modelo de análisis que pretende hacer visible el modo en que determinados actores, mediante distintos instrumentos, movilizan recursos estatales para generar productos que pretenden incidir en el entramado de relaciones sociales de un campo de acción específico. De este modo buscan realizar los valores que afirman o, dicho en otros términos, buscan que esas relaciones sociales se organicen según estos valores.

La actividad estatal muestra, en el marco de este modelo, una irreductible dimensión material que se expresa en aquello que la política produce (Hernández, 2019). La política de primera infancia articula un conjunto de bienes, servicios, transferencias muy específicos a través de los cuales se pretende ordenar las relaciones que estructuran este campo. Ellas inciden en los comportamientos sociales a través de productos como el cuidado de niños y niñas, la atención de la salud, la supervisión judicial, el apoyo a las familias. El rediseño de estos productos, su

alcance y calidad, las capacidades acumuladas para generarlos, las maneras en que los usuarios los reciben y los comportamientos que promueven en ellos, constituyen un capítulo imprescindible en el análisis de las políticas, junto con las tecnologías que se utilizan y el tipo y composición de recursos que movilizan.

El enfoque de la cadena de valor público entiende la producción pública como flujo. La actividad estatal es un conjunto de flujos de producción que se estructuran a lo largo del tiempo acumulando capacidades y formas de operar que se encarnan en actores y procesos adquiriendo solidez y permanencia. Más que diseñar productos, definir destinatarios, seleccionar tecnologías, asignar recursos, lo que las políticas hacen es rediseñarlos, redefinirlos, modificarlos, reasignarlos. Lo que hacen es reconducir flujos o cursos de acción más que iniciarlos desde cero. Para que los valores que la CDN afirma ordenen de manera efectiva el campo de la primera infancia se requiere un enorme redireccionamiento de la actividad estatal, una importante modificación de sus flujos de producción.

Una segunda dimensión de análisis de la actividad estatal es la argumental. Los flujos de producción están conceptualmente estructurados y argumentalmente legitimados, modificarlos supone también modificar conceptos y argumentos, de allí que un campo de políticas sea también un campo de debates en el que se forjan y transforman lenguajes, conceptos, juicios e hipótesis causales para legitimar ciertas prácticas y deslegitimar otras. La deslegitimación del paradigma tutelar desde un enfoque de derechos, el recurso a las neurociencias, los desarrollos feministas sobre el cuidado, las teorías del capital humano se enfrentan y articulan en el campo de las políticas de primera infancia para trazar los límites entre lo permitido y lo no permitido, lo eficaz y lo que no lo es, lo aceptado y lo que debe evitarse. Estas grandes miradas y lenguajes chocan y se combinan con los que se producen en los distintos ámbitos que la producción para la primera infancia interpela: el discurso judicial, educativo, sanitario, de protección social. Los flujos de producción son también flujos de argumentación. La estructuración de los primeros no es comprensible sin los segundos, éstos por su parte no son efectivos si no inciden en las maneras de producir.

La tercera dimensión de la actividad estatal es la normativa o regulatoria. Si el Estado puede ser entendido como el resultado de un enorme proceso de concentración de recursos hay uno que parece definirlo, el monopolio de la violencia legítima (Weber, 2006) o, más en general, la “violencia simbólica legítima”, esa capacidad para decir lo que es bueno para todo el mundo social través de acciones que tienen la “fuerza de lo oficial” (Bourdieu, 2014). El carácter conflictivo de la política de primera infancia se explica, como toda política, por el

carácter de “obligación” que reviste su voluntad de ordenar las relaciones sociales que determinan este momento de la vida de todas las personas. Los valores que la CDN se asumen como algo más que preferencias de un grupo, se afirman como derechos que buscan imponer obligaciones y responsabilidades en esa trama de relaciones. Éstos expresan en lenguaje normativo conceptos y argumentaciones que estructuran las políticas y se traducen en regulaciones (civiles, penales, administrativas) que definen actores, destinatarios, comportamientos esperados, obligaciones, exigibilidades, sanciones, no solo de los agentes que intervienen en el campo sino también de la propia actividad estatal. En efecto, las políticas regulan también qué debe producir el Estado y cómo, de qué manera se organiza para hacerlo, qué recursos asigna, quiénes son los responsables en cada caso. Los flujos de producción están también normativamente estructurados.

En este enfoque, y siguiendo también aquí a Weber, la legitimidad de las normas no se aborda como un problema jurídico sino empírico. Legítimo es aquello que opera efectivamente como principio de organización de las conductas en un determinado campo de políticas. La “obligación” estatal es una construcción social siempre frágil que requiere de una actividad compleja que combine productos, los articule argumentativamente y los fortalezca normativamente. Las disputas en torno a los valores que se afirman se suman a las que se generan en torno a los medios para hacerlos efectivos. Estrictamente, las políticas nunca afirman valores aislados sino redes de medios-fines. Las agendas de los distintos agentes sociales, incluso de quienes integran la coalición formada en torno a la CDN, establecen sus propias prioridades y lo que para algunos es un medio para otros es un fin. Las políticas buscan conducir, encauzar estos conflictos para imprimir una determinada direccionalidad a la actividad estatal.

En el campo de la política, cuando un agente o institución afirma o busca afirmar un nuevo valor, genera tensiones y resistencias al interior. El campo es el lugar de relaciones de fuerzas- no solamente de sentido- y de luchas tendientes a conservarlo o transformarlo. Cuando un actor con la capacidad de establecer un nuevo ordenamiento de las relaciones sociales irrumpe en la arena política, se ponen en juego las capacidades que tenga de fortalecer alianzas preexistentes y/o generar nuevas alianzas para resignificar o reordenar un campo ya en disputa (Bourdieu, 2005). La afirmación de un nuevo valor, como el que propuso la CDN, implicó un cambio de fuerzas relativas, la configuración de un nuevo entramado de posiciones, la disposición de nuevas reglas de juego y nuevos debates que pretenden desmontar la situación que hasta entonces imperaba.

En el siguiente apartado se analizará este proceso utilizando para ello los conceptos arriba propuestos. Se analizará la política de primera infancia como la actividad orientada a reordenar este campo de relaciones sociales y como el ordenamiento efectivo que este asume. La propuesta de Sistema de Protección Integral de Derechos se asumirá como punto de partida. El sistema pretende articular los principales flujos de producción que inciden en estas relaciones: el cuidado de la salud, las prácticas educativas y de cuidado para este grupo de edad, la protección social y la atención de niños y niñas cuando sus derechos son vulnerados. Cada uno de estos flujos define y articula sus propios productos y procesos de producción, los legitima argumentalmente y los estructura normativamente. La política de primera infancia busca (re)conducirlos para generar un abordaje integrado para abordar el conjunto de problemas que conforman su agenda: la atención y seguimiento de la salud de los niños y madres gestantes, el sostenimiento de los ingresos de las familias, el fortalecimiento de las capacidades parentales, y la restitución de derechos vulnerados de los niños y niñas sin cuidados parentales o víctimas de violencias

### **1. La política para la primera infancia en la perspectiva de la Cadena de Valor Público**

En el ejercicio de reconstruir la política de la primera infancia, se observa que el Estado orienta la mayoría de sus recursos hacia las áreas de salud, cuidado y restitución de derechos vulnerados. En la actualidad, la agenda de la primera infancia reconoce y dialoga con estos tres grandes flujos de acción donde se concentra mayor actividad estatal.

Se utiliza la expresión «flujo de acción» para destacar la dimensión material de la política y para dar cuenta de la densidad y la modulación que manifiesta en el presente. Se utiliza para dar cuenta que la política pública es el resultado de la interacción entre decisiones deliberadas y no deliberadas que diversos actores con peso político toman e impulsan en diferentes momentos (OEI IPI IPE, 2018). Asimismo, se estructura sobre la idea que el Estado no sólo produce bienes y servicios, sino que también acumula capacidades para seguir produciendo. La actividad estatal no se limita a brindar salud y educación- controlar y hacer seguimiento de la salud de las madres gestantes en los hospitales, o educar y atender a los niños y niñas que asisten a los espacios de primera infancia; sino que también construye hospitales, escuelas, dota de equipamiento e infraestructura a los existentes, capacita personal, entre otras cuestiones. Esto significa que existe un conjunto de políticas que operan directamente sobre los flujos suponiendo stock de capacidades ya existentes, mientras que otras abordan problemas de acción necesarias para sostener, ampliar o mejorar dichos flujos (Hernández,

2015). La reconstrucción del análisis de la política pública tomará en cuenta los procesos históricos de movilización, acumulación y desacumulación de recursos estatales que configuran los «flujos de acción».

En la práctica y en relación con la primera infancia, muchas veces estos flujos traducen en su despliegue la noción de integralidad. Vuelcan en acciones concretas la concepción holística del desarrollo infantil en sus múltiples dimensiones: biofísica, mental, espiritual, moral, psicológica y social. A través de las distintas regulaciones y políticas públicas orientadas a garantizar el desarrollo de cada uno de los niños y niñas pequeños, se hace una referencia explícita a la integralidad en la medida que el carácter multidimensional del desarrollo infantil se materializa en las distintas acciones que lleva adelante el Estado.

La tarea de analizar el flujo de políticas efectivas en la primera infancia es compleja y en términos de análisis se puede observar desde dos dimensiones. Una dimensión *sincrónica*, que muestra a la política como un todo, en el que se evidencian los principales flujos de acción estatal. Allí, hay ciertos interrogantes que resultan ordenadores para el análisis: ¿Cuáles son los flujos en los que se concentra mayor actividad estatal? ¿En qué medida y de qué forma los flujos de actividad estatal que configuran la política pública de la primera infancia implican un quiebre con el régimen tutelar? ¿Cuáles son los nuevos actores que irrumpen en la escena política? ¿Qué servicios ofrecen? Pero también, una dimensión *diacrónica*, en la que se muestra cómo se distribuyen las prestaciones a lo largo del ciclo vital de los niños y niñas. Aquí las preguntas ordenadoras son: ¿Cuáles son las prestaciones para cada momento del ciclo vital? ¿Quiénes son sus destinatarios? ¿Cómo articulan los distintos servicios?

### *I. Flujo de acción “salud”*

En el marco de la política de la primera infancia se identifica una vertiente que hace foco en la atención de la salud de las embarazadas, niños y niñas pequeños. Se trata de un conjunto de acciones con pretensión de universalidad en el que el Estado busca garantizar el acceso a la atención y servicios de calidad. Su principal actor institucional es el Ministerio de Salud y los profesionales que intervienen para brindar el servicio.

El derecho a la salud y a vivir en un entorno saludable adquiere una centralidad aumentada durante la primera infancia dada la vulnerabilidad de los recién nacidos. A la par, la intensidad de los cuidados familiares son condición de posibilidad para el desarrollo posterior (D'Alessandre et. al., 2015). Las intervenciones orientadas a la atención de la salud y el

estado nutricional de las mujeres gestantes y de los niños y niñas pequeños tienen una fuerte presencia en la red de servicios AEPI<sup>8</sup> durante todo el ciclo vital que contempla la primera infancia.

La vida de los niños durante los primeros años transcurre mayormente signada por los recursos y prácticas familiares, en particular, las posibilidades y habilidades de las mujeres para garantizar su cuidado. Durante siglos, la interacción con el mundo público se redujo al sector de la salud debido a la fragilidad constitutiva de las personas al nacer, y su extensión estuvo fuertemente enfocada en reducir los riesgos de mortalidad y morbilidad de los sectores sociales más vulnerables. El carácter multidimensional del desarrollo infantil en las políticas públicas orientadas a este tramo de edad estuvo históricamente desbalanceado hacia los aspectos biofísicos, la supervivencia, nutrición e higiene. Tardíamente y en forma gradual, las políticas públicas fueron ampliando su mirada respecto al desarrollo infantil, incorporando nuevas áreas de intervención –la educación es uno de ellos- y procurando universalizar el acceso a estos servicios (D’Alessandre et. al., 2015).

Estos aspectos estuvieron atravesados por procesos sociales más amplios relacionados al modo en que se organizó socialmente la salud. La configuración de las diversas formas que adquirió el Estado a lo largo de la historia implicó múltiples maneras de pensar a la salud y, en consecuencia, en la atención de sus destinatarios (Tobar y Garay, 2012). Las acciones públicas hacia la prevención de la propagación de enfermedades y “la aislación de los enfermos” en el Estado Liberal; la expansión de la oferta pública y gratuita de los servicios sanitarios durante el Estado de Bienestar; la posterior descentralización y desburocratización del Estado durante el desarrollismo; y los esfuerzos hacia la concentración del gasto, fragmentación de los derechos, privatización de los servicios y la desmercantilización mínima de los servicios durante el gobierno del Estado Neoliberal; moldearon los sentidos y la actual forma que tiene el modelo de salud argentino.

Paralelamente, en el contexto internacional, las ideas y valores en torno a la concepción de la salud también fueron variando. Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) los distintos países acordaron entender la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades. Esta noción positiva de la salud es retomada por la CDN y desarrollada con mayor profundidad en la Observación General N° 15 “sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de

---

<sup>8</sup> Servicios de atención y educación de la primera infancia.

salud” (2014). Allí se deja en claro la necesidad de “eliminar la exclusión y reducir las disparidades sociales en el ámbito de la salud; organizar los servicios sanitarios en función de las necesidades y expectativas de las personas; incorporar la salud en los sectores conexos; adoptar modelos colaborativos de diálogo sobre políticas; y dar mayor cabida a los interesados, en particular por lo que se refiere a la demanda de servicios y el uso apropiado de estos”.

En esta misma línea y en relación a la población de niños, niñas y adolescentes, la CDN en su art. 24 compromete a los Estados a reducir la mortalidad materna e infantil; asegurar la asistencia de las prestaciones médicas y sanitarias a todos los niños y niñas; combatir las enfermedades y malnutrición a partir del despliegue de distintos instrumentos de políticas; asegurar la atención prenatal y postnatal a las madres; educar a las familias sobre los principios básicos de salud; desarrollar acciones sanitarias preventivas y servicios de planificación familiar; y eliminar las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños y niñas.

Estos nuevos pronunciamientos y compromisos no solo sientan las bases para la armonización jurídica y política interna, sino que direccionan la actividad estatal. Desde el momento de la gestación se despliegan un conjunto de intervenciones que se extienden a lo largo del ciclo vital del niño y la niña. Durante el primer año de vida, estas acciones se intensifican considerablemente y se centran básicamente en el seguimiento y control de la salud, estado nutricional y prevención de enfermedades. Estas prestaciones se desarrollan en los distintos dispositivos sanitarios de los tres niveles de atención que trabajan de manera articulada, que se organizan según los problemas de salud que resuelven y no por las prestaciones que estos brindan.<sup>9</sup> Aquí se observa cómo los distintos dispositivos de salud

---

<sup>9</sup>Vignolo, Vacarezza y Sosa (2011) realizan la siguiente clasificación: “el primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen”.

despliegan sus capacidades en el territorio y atienden las dimensiones del desarrollo biofísico y nutricional, al igual que las vulnerabilidades asociadas a la gestación y el parto, como la alimentación, lactancia, la salud mental y cuidados fundamentales.

## *II. Flujo de acción “cuidados y educación”*

Un segundo flujo de acción, con una historia aún más reciente, lo constituyen los esfuerzos que realiza el Estado para garantizar la atención, cuidado y educación en la infancia. En particular, en el desarrollo de las capacidades cognitivas, afectivas, emocionales, sociales de niños y niñas pequeños, en las habilidades parentales de las madres, padres y cuidadores directos, y en el alivio de la carga de cuidado que enfrentan las familias durante la etapa de crianza. En esta vertiente participan una variedad de actores institucionales y profesionales de diversas disciplinas. Es una vertiente que al igual que la anterior acumula una intensa experiencia de territorialización de acciones, trabajo en contextos diversos, en donde el sector salud también tiene una presencia muy importante.

Como se ha mencionado anteriormente, la CDN les atribuye a las familias la centralidad para llevar adelante la crianza de los niños y niñas pequeños. Para la CDN los padres o cuidadores directos constituyen el conducto principal por medio del cual se realizan los derechos de la infancia. Los niños y niñas son agentes sociales activos que buscan protección, cuidado y comprensión de los padres u otros cuidadores, a los que necesitan para su supervivencia, crecimiento y bienestar. En circunstancias normales, los niños pequeños forjan vínculos fuertes y recíprocos son sus titulares directos. Esto implica que el Estado movilice sus recursos para fortalecer a las familias en sus capacidades para asegurar las condiciones de vida necesarias para el desarrollo de los niños y niñas, garantizando que reciban la protección y cuidado adecuados. Desde la perspectiva de la CDN, la mejor forma de prestar una asistencia adecuada a los padres es través del despliegue de acciones integrales dirigidas a la primera infancia, en particular, mediante la atención de la salud, el cuidado y la educación durante los primeros años.

El flujo de acciones orientado a la protección y cuidado de la infancia se nutre de un conjunto diverso de instrumentos de políticas. A través de talleres en espacios públicos (jardines, escuelas, centros comunitarios) o visitas domiciliarias, se busca acompañar a las familias y fortalecerlas en sus habilidades parentales. Estos espacios constituyen instancias en las que se problematizan distintas dimensiones de la crianza, a la par que funciona como nexo para la articulación de otros servicios públicos.

Otro tipo de intervenciones que hacen foco en el desarrollo de capacidades se basa en la atención institucionalizada de los niños y niñas. Se trata de espacios en donde las familias dejan a sus hijos al cuidado de otros adultos durante un tiempo previamente establecido. Consiste en una oferta variada de servicios que atiende de forma directa a los niños y niñas, cuyas modalidades son diversas: centros de desarrollo infantil, hogares para niños sin cuidados parentales, espacios comunitarios, que por lo general dependen del Ministerio de Desarrollo Social o algún área semejante a nivel provincial o municipal. Muchos de estos servicios nacieron como experiencias comunitarias de cuidado en contextos en donde el Estado se encontraba ausente. En gran medida porque estos servicios no solo brindan atención directa a los niños y niñas, sino que también permiten aliviar la carga de cuidado que enfrentan las familias liberando tiempo para que los adultos puedan trabajar fuera del hogar. Esta es una de las razones por las cuales el debate en torno a estos servicios atraviesa y articula la agenda de la primera infancia con la agenda de los movimientos de mujeres, en particular, la agenda de los cuidados. Un rasgo común de esta oferta de servicios es que, en contraste con la primera vertiente- relacionada con la atención de la salud- focalizan en los sectores más vulnerables. Es una red de servicios focalizada y presenta variaciones respecto de su calidad, pertinencia del servicio que brindan, y la supervisión y apoyo que reciben por parte del Estado.

En este flujo también confluyen los servicios educativos correspondientes al nivel inicial. El actor institucional que ofrece y garantiza el servicio es el Ministerio de Educación. Aquí lo que se observa es la pretensión de universalizar el nivel inicial a edades más tempranas, que en la actualidad, establece la obligatoriedad a la edad de 4 y 5 años.

### *III. Flujo de acción “restitución de derechos vulnerados”*

El tercer flujo de acción se orienta a los esfuerzos que hace el Estado para restituir los derechos vulnerados. Esta vertiente es intensiva en recursos normativos y el poder judicial tiene una presencia importante, aunque también participan otras áreas del Estado, como el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y organismos de seguridad social.

Entre las acciones más relevantes se encuentran aquellas destinadas a la prevención y la asistencia a los niños y niñas víctimas de las violencias. Dado que la violencia hacia las mujeres tiene un correlato con la perpetrada a niños y adolescentes que viven en el mismo hogar, las acciones se orientan más hacia la prevención de la violencia de género que hacia la atención del maltrato y abuso en la infancia. Las intervenciones destinadas exclusivamente

a la protección de los niños y niñas son menos frecuentes. La mayoría de las intervenciones orientadas a la niñez y a los adolescentes tratan problemas de violencia que ocurren en el hogar.

Los instrumentos de políticas son de los más variados, están aquellos orientados a fortalecer las capacidades de los agentes del poder judicial, la creación de institucionalidad y mecanismos de coordinación para la promoción de un acceso equitativo a la justicia. Ejemplo de estos son las líneas telefónicas para la realización de la denuncia y la asistencia a la víctima de violencia (psicológica o jurídica), así como también, la creación de protocolos y rutas de atención.

Otro foco de intervención constituye el despliegue de medidas especiales para atender a niños y niñas víctimas de trata o explotación sexual, y aquellas relacionadas a la restitución del derecho de los niños y niñas que no cuentan con cuidados parentales, a crecer en un entorno familiar. Los niños que son separados excepcionalmente de sus familias son recibidos en instituciones públicas, instituciones privadas, creadas o gestionadas de acuerdo con los fines de una asociación civil u organización confesional, aunque en muchos casos funcionan a partir de convenios y con apoyo financiero público y sistemas de cuidado familiar, que constituyen dispositivos de alojamiento que proponen asemejarse a la dinámica de funcionamiento familiar. Los dispositivos de tipo público, implican el cobro de dinero por día por cada niño y niña cuidado. Los dispositivos familiares de acogimiento privados no suelen contemplar remuneración específica (en algunos casos pueden recibir algún apoyo en dinero o en especie) (UNICEF, 2016).

En esta vertiente se encuentran acciones orientadas a restituir uno de los derechos más vulnerados que es el derecho de los niños y niñas a crecer en familias que cuenten con un flujo de ingresos constante, suficiente y protegido. Los instrumentos de política que se utilizan con más frecuencia son la transferencia de bienes y de recursos financieros a las familias, o el acceso gratuito o preferencial al transporte y alimentos. La transferencia de recursos financieros hacia las mujeres gestantes y hacia las familias de bajos ingresos donde residen niños y niñas pequeños es una de las formas en que los Estados contribuyen a generar las condiciones para el cumplimiento efectivo de los derechos de los niños y niñas.

## 5. La cadena prestacional para la primera infancia<sup>10</sup>

Al hacer foco en el modo en que los bienes, servicios y transferencias se distribuyen y articulan a lo largo del tramo que conforma a esta etapa del ciclo vital, se observa que estos adoptan en conjunto la forma de “cadena prestacional”. Se trata de un abanico regulado y direccionado de bienes, servicios y transferencias a través del cual se atiende en forma simultánea a las distintas dimensiones que impulsan el desarrollo de las capacidades de los niños y niñas durante el período en que se extiende esta etapa del ciclo vital.

El concepto “cadena prestacional” hace referencia al ordenamiento secuencial de las prestaciones. En perspectiva diacrónica se observa que el Estado segmenta a la primera infancia en al menos cuatro momentos y en cada uno de ellos impulsan la actuación en simultáneo y diferenciada de sus diversas áreas. Estos momentos son: el período pregestacional, la etapa gestacional, el parto y los días inmediatamente posteriores al nacimiento, y desde el primer año de vida hasta la edad establecida para el ingreso al sistema educativo formal. Por su parte, en cada segmento en que los Estados subdividen a la primera infancia, se observa la atención en simultáneo de distintos focos. Así, el análisis de la oferta programática en perspectiva sincrónica pone de manifiesto la traducción en acciones de la multidimensionalidad del desarrollo infantil.

Ahora bien, una oferta prestacional distribuida a lo largo del ciclo vital y de la cual participan una multiplicidad de actores no conforma por sí mismas una cadena prestacional. Ciertamente es el engarce aquello que transforma a los eslabones en cadena. Al respecto, se registran importantes esfuerzos por generar mecanismos de enlace –entre los distintos programas y en su interior- para superar su provisión sectorializada, dotar a la política pública de un mayor nivel de integralidad y, desde allí, ampliar su cobertura y alcance territorial. A la idea de “cadena prestacional” subyace la certeza de que cada uno de los eslabones amplía su potencial transformador si interactúa positivamente con el anterior y el sucesivo, y si trasciende sus propias fronteras. Los enlaces entre intervenciones no se restringen a los que se promueven desde el interior de los Estados, sino también con el conjunto de actividades que se llevan adelante en otros espacios significativos para los niños y niñas pequeños. La alusión recurrente a las familias y en su interior a los adultos responsables del cuidado directo

---

<sup>10</sup> El modelo analítico “cadena prestacional para la primera infancia” es retomado del documento *Avances en la construcción de Sistemas para la Protección Integral de los Derechos de la Primera Infancia en Iberoamérica* de OEI IPE SITEAL (2018). Allí se presenta el modelo desde el cual se busca reconstruir la política de la primera infancia en Iberoamérica.

de niños y niñas puede ser leída en este sentido. Cada uno de los elementos –o eslabones- de la cadena prestacional para la primera infancia impacta en el desarrollo de sus capacidades cuando logra imbricarse –complementando recursos, transformando comportamientos, desarrollando habilidades, liberando tiempo- en las dinámicas que despliegan las familias para sacar cotidianamente la vida adelante.

A continuación, se esboza el perfil de la cadena prestacional para la primera infancia. Este ejercicio es el resultado del análisis en conjunto de los bienes, servicios, transferencias y regulaciones que el Estado destina hacia este grupo poblacional. En consecuencia, es un modelo emergente cuyo objetivo fundamental es trazar coordenadas e identificar categorías de análisis para facilitar la comprensión de la política pública para la primera infancia, reconstruir y evaluar situaciones particulares.

### **1. La cadena prestacional de la primera infancia en Argentina**

En Argentina, la población teórica que pretende cubrir la cadena prestacional para la primera infancia asciende a 6.4 millones de niños y niñas de entre 0 y 8 años. La primera infancia en su conjunto representa al 14% de la población total del país. La distribución por sexo es similar, y su distribución geográfica muestra una mayor concentración en áreas urbanas (CEPALSTAT, en línea 2018).

Anualmente, nacen por año alrededor de 732.000 niños y niñas. Puesto en perspectiva, se observa un decrecimiento de la cantidad de nacimientos anuales y una extensión de la esperanza de vida, fenómeno demográfico que configura una pirámide poblacional de base estrecha. La representación poblacional de la primera infancia, para el periodo 2001-2010, se redujo un 12%, mientras que la de los adultos mayores se incrementó levemente (INDEC, Censo 2001 y 2010). En el periodo 2000-2015, la población argentina creció un 17% (CEPALSTAT, en línea).

#### *I. Momento de la cadena prestacional: pregestacional*

La cadena prestacional para la primera infancia se inicia en el momento pregestacional. Las intervenciones están destinadas especialmente a mujeres, niños, niñas y adolescentes. El foco está puesto en la disminución de la morbimortalidad materno infantil; la prevención de embarazos no deseados y la promoción de maternidades y paternidades responsables.

Según los datos del Sistema Informático Perinatal en el 2013 el 60,8 % de los embarazos registrados para la población de 15 a 19 años no fueron planificados, aunque este indicador,

en el periodo 2009-2013, disminuyó casi un 12%. Las provincias que experimentaron un mayor descenso fueron Formosa, Chaco, Buenos Aires y Entre Ríos (Ministerio de Salud, 2015).

Los datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) muestran que la mortalidad infantil ha registrado una tendencia decreciente en los últimos veintitrés años, con algunas oscilaciones, tanto en sus componentes neonatal como postneonatal. En el 2013, la tasa de mortalidad infantil fue de 11,7 por cada mil nacidos vivos. Asimismo, la tasa de mortalidad materna para ese mismo año fue de 3,3 cada diez mil nacidos vivos. En términos absolutos, la mayor disminución en el trienio 2011-2013 la experimentaron Misiones, Jujuy, La Rioja y Santiago del Estero.

En virtud de la distribución desigual de la mortalidad en Argentina, en el 2009 el Ministerio de Salud diseñó el “Plan de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil de la Mujer y Adolescentes”<sup>11</sup>. Se trata de una estrategia de carácter nacional al que debían adherirse las provincias a través de un acuerdo entre el Ministerio de Salud y la gobernación. El financiamiento provenía del “Programa Sumar” (anteriormente Plan Nacer). Cada provincia a través de la elaboración de un diagnóstico plasmaba sus propuestas en un plan de acción que se ajustaba a las necesidades de cada jurisdicción. Las principales acciones consistían en la conformación de equipos provinciales para el seguimiento de la implementación del plan, asistencia técnica y capacitación en servicio.

Uno de los focos de intervención consiste en asegurar el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva. Esto implica fortalecer el acceso a métodos de anticoncepción modernos y eficaces, educación en salud sexual y reproductiva, y a los servicios de atención integral que atiendan todas las especificidades de la población.

De acuerdo a los datos de la primera Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR, 2013) el 90% de las mujeres y el 87% de los hombres entre 14 a 19 años utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los principales métodos utilizados son de carácter hormonal y de barrera<sup>12</sup>. Mientras que aproximadamente el 57% de las mujeres y

---

<sup>11</sup> El Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009–2011 acordado por el Consejo Federal de Salud (COFESA) posteriormente se extiende al 2015 para incorporar a las provincias que no se habían adherido.

<sup>12</sup> Entre los métodos anticonceptivos hormonales se encuentran los anticonceptivos orales, implantes que se colocan debajo de la piel del brazo, progestágeno en forma inyectable, inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación, parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal

el 63% de los hombres utilizan métodos hormonales; el 42% de las mujeres y el 36% de los hombres utilizan métodos de barrera. Solamente el 43% de las mujeres y 28% de los varones adolescentes tienen acceso gratuito a los métodos anticonceptivos que utilizan (UNICEF, 2016). En virtud de garantizar el suministro de insumos de salud sexual y reproductiva a los dispositivos públicos de salud y fortalecer las redes sanitarias, se implementa el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”<sup>13</sup>. El programa distribuye diversos métodos anticonceptivos; ofrece asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la implementación de programas locales en todas las provincias; capacita a los equipos de salud mediante la articulación con el “Programa de Médicos Comunitarios”; produce y entrega gratuitamente materiales didácticos de difusión, y realiza actividades de comunicación social y campañas. Asimismo, para llevar adelante las acciones que implementa articula con áreas y programas de la Secretaría de Programas Sanitarios.

Según los datos de estadísticas vitales, en el 2014, del conjunto de nacimientos del país el 15% corresponde a madres adolescentes. En términos absolutos, se tratan de 117.000 nacimientos anuales de madres adolescentes, de los cuales 3.000 corresponden a adolescentes menores de 15 años (UNICEF, 2016). En el 2006 a través de la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI), las intervenciones se orientan a todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes escolarizados. Los focos de intervención más destacados son las orientaciones de los proyectos de vida de adolescentes y jóvenes en el futuro, la prevención de embarazos no deseados y la promoción de la maternidad y paternidad responsable. Dado que su ámbito de actuación es la escuela, el Consejo Federal de Educación aprobó lineamientos para crear una base común curricular. Se elaboró material didáctico y se llevaron adelante capacitaciones docentes a través de formatos presenciales y virtuales.

Otro foco de intervenciones está destinado a mujeres y hombres en edad fértil y las acciones se orientan a garantizar el acceso a los servicios de salud para atender las necesidades específicas relacionadas a la planificación familiar. Sobre esta dimensión se formalizan dos tipos de intervenciones: la ampliación en el acceso a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía"<sup>14</sup>, para las cuales los agentes sanitarios, las organizaciones de la seguridad social

---

anticonceptivo combinado. Entre los métodos de barrera más comunes el condón femenino y masculino, y el dispositivo intrauterino (DIU) (OMS, 2018).

<sup>13</sup> El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se crea en el 2002 a través de la ley N° 25.673.

<sup>14</sup> Se formaliza a través la Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica (Ley 26.130/2006)

y las entidades de medicina prepaga tienen la obligación de incorporar estas intervenciones médicas a su cobertura de modo tal que resulten totalmente gratuitas para quienes así lo requieran; y el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida<sup>15</sup> orientada a personas que no pueden procrear por medios naturales.

*Tabla 1. Síntesis sobre las principales acciones en el momento pregestacional, según foco de intervención*

<b>1. Foco: disminución de la morbimortalidad materno infantil; prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual; y acceso a los servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable</b>
a) Plan de reducción de la mortalidad materno infantil, de la mujeres y adolescentes
b) Programa Nacional de Salud integral y adolescente
c) Educación Sexual integral (ESI)
d) Programa de Prevención de cáncer cérvico uterino
<b>2. Foco: asegurar el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva</b>
a. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
b. Programa de Médicos Comunitarios
<b>3. Foco: acceso a los servicios de salud para atender las necesidades específicas relacionadas a la planificación familiar</b>
a) Ley nacional 26.130 de “Anticoncepción Quirúrgica”
b) Ley 26.862 del 2013 garantiza el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida

Fuente: Elaboración propia

## *II. Momento de la cadena prestacional: gestacional*

Los controles médicos constituyen la entrada al sistema de salud, y la activación de un conjunto de atenciones que acompañarán a las mujeres y sus familias a lo largo del ciclo vital. En este segundo momento de la cadena prestacional que corresponde a la etapa gestacional, el foco de las intervenciones se orienta fundamentalmente a atender el cuerpo de las madres y de los niños y niñas por nacer, a garantizar las condiciones para que el parto y los primeros meses después del nacimiento ocurran en entornos protegidos y saludables.

<sup>15</sup> A través de la Ley de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida (Ley N° 26.862 del 2013).

En Argentina los gastos en la atención en salud superan el 8% del PBI<sup>16</sup>, uno de los más altos de América Latina. Se puede decir que la cobertura es universal, aunque su distribución es desigual e inequitativa. La Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS, 2011) muestra que en el primer quintil de ingresos la cobertura de los seguros alcanza al 39% de la población, mientras que en el quinto quintil es de 93%. La dependencia de los servicios ofrecidos por el sector público aumenta a medida que disminuye el nivel de ingreso de las familias. Las discrepancias en la cobertura asociadas con los ingresos son más marcadas entre los niños, niñas y adolescentes que en la población en general. Entre 2001 y 2010 la cobertura de los seguros de salud se incrementó en todo el territorio nacional. No obstante, según los datos del Censo 2010, en Chaco, Formosa y Santiago del Estero menos del 40% de los menores de 18 años tiene cobertura, mientras que, en otras provincias como Santa Cruz y Tierra del Fuego, la cobertura supera el 80% (UNICEF, 2016).

El modo en que se organiza socialmente la salud incide significativamente en la distribución desigual del servicio. El sistema de salud argentino se caracteriza por ser fragmentado y segmentado. En su conjunto, se compone por tres subsistemas de salud que operan en simultáneo: el subsistema de servicios públicos de salud a cargo del gobierno nacional, las provincias y los municipios<sup>17</sup>; el subsistema de seguros sociales conformado por las obras sociales<sup>18</sup> y el subsistema privado<sup>19</sup>. Los servicios públicos de salud se brindan a todos los habitantes del territorio argentino, incluso a los que tienen un seguro de salud. El Ministerio de Salud cumple la función de conducir el sistema a través del dictado de normas, el diseño

---

<sup>16</sup> Para Centrángolo (2014) el 8,6% del PBI se destina a la atención en salud. El 2,4% está a cargo del sector público (0,5% nacional, 1,61% provincial y 0,31% municipal), 3,6% es gasto en seguridad social (1,9% obras sociales nacionales, 0,9% PAMI y 0,8% obras sociales provinciales) y 2,6% es gasto privado.

<sup>17</sup> El subsector público, fragmentado en los niveles Nacional, Provincial y Municipal queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones. Es importante señalar que la mitad de la población del país no tiene cobertura social y su atención depende exclusivamente del subsector público (Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowski, S., 2017)

<sup>18</sup> Conformado por:

1. Obras sociales nacionales que suman un total de 285, las cuales cubren a una población de once millones de personas. Una de esas obras sociales es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (habitualmente conocido como PAMI) que se extiende aproximadamente a tres millones de habitantes.
2. Obras sociales provinciales -una por cada provincia y CABA- que cubren alrededor de cinco millones de personas.
3. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cuya cobertura es de aproximadamente ochocientos mil personas
4. Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con trescientos veinte mil beneficiarios (Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowski, S., 2017)

<sup>19</sup> El subsector privado conformado por seguros voluntarios (medicina prepaga) con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil personas (Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowski, S., 2017)

y ejecución de programas. Los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía para la determinación de sus políticas de salud y la relación con los gobiernos locales o municipios. Es por ese motivo que existe una amplia gama de formas de organización a nivel municipal. Esta fragmentación se expresa en las distintas fuentes de financiamiento, coberturas, coseguros y copagos aplicados; y los diversos regímenes y órganos de control y fiscalización (Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowski, S., 2017).

La primera consulta al servicio de salud constituye el inicio de un conjunto de controles que serán claves para el seguimiento del desarrollo de la gestación y la detección de vulnerabilidades ante las cuales actuar. Para cumplir sus objetivos la consulta debe realizarse precozmente –durante el primer trimestre de la gestación- a fin de establecer fehacientemente la edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud e identificar factores de riesgo. Deben realizarse periódicamente –al menos cinco- y ser completos, es decir, durante los controles se debe evaluar el estado general de la mujer, la evolución del feto y los controles adicionales conforme la edad gestacional.

Paralelamente, es un momento en donde desde el ámbito de la salud se impulsan intervenciones educativas orientadas a las madres, sus parejas y otros cuidadores significativos. El foco del componente educativo es la atención de las vulnerabilidades no obstétricas, preparar emocionalmente a la embarazada y a su pareja y en particular fortalecer y promover los vínculos interpersonales que sostendrán la crianza de los niños y niñas pequeños.

Una de las estrategias para fortalecer la atención de las mujeres gestantes en situación de vulnerabilidad social y sin cobertura formal de salud se comenzó a implementar desde el 2004 a través del “Plan Nacer”. Su territorialización se originó inicialmente en el NEA y NOA y tres años después en el resto del país. Se buscó, por un lado, incrementar el acceso a los servicios de salud priorizando la atención de las mujeres embarazadas y los niños y niñas de hasta 5 años de edad, y por el otro, incidir en una mejora en la infraestructura y calidad del servicio de salud a través del financiamiento a las provincias por resultado alcanzado<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> El Programa SUMAR incluye en su diseño un esquema de financiamiento basado en resultados, mediante el cual la nación acuerda con las provincias el logro de metas de salud para su población. De acuerdo a esta nueva modalidad de transferencia, la Nación transfiere recursos a las provincias en función del cumplimiento de dichas metas sanitarias, evaluadas a través de 14 indicadores de desempeño denominados «trazadoras». Con los recursos obtenidos, las Provincias financian las prestaciones de salud brindadas a la población en los establecimientos públicos de salud y son los propios equipos de salud, de todo el país, los que deciden cómo invertir el recurso para su centro u hospital haciendo uso de la autonomía que les garantiza el Programa (Ministerio de Salud, 2014).

En el 2013 las acciones se fortalecieron al aumentar la población objetivo en toda su extensión y la constitución de un programa único de salud que pasó a denominarse “SUMAR”.

En el marco del programa, los dispositivos de salud direccionaron un conjunto de acciones orientadas a la atención y control del embarazo de las mujeres gestantes; seguimiento y control de la salud de los niños y niñas recién nacidos; y al fortalecimiento de las capacidades parentales, a través de talleres y suministro de información relacionada a la lactancia materna, prevención de muerte súbita, salud sexual y planificación familiar. Las intervenciones destinadas a la infancia consisten en la activación de una batería de exámenes para el control, prevención y atención de enfermedades respiratorias, hipoacúsicas, diarreicas y deficiencias nutricionales.

Según los datos del Ministerio de Salud, que registra la evaluación de impacto del programa de las provincias del NEA y NOA muestra que, en el 2015, se redujo un 32% la probabilidad de riesgo al nacer, un 19% las probabilidades de bajo peso al nacer y un 74% de muerte neonatal en nacidos de madres beneficiarias (Ministerio de Salud, 2014).

La atención de los vínculos entre los cuales se sostendrá la crianza de los niños y niñas pequeñas constituye otro foco de intervención. El programa “Primeros Años” se propone realizar un abordaje integral del desarrollo infantil a través del acompañamiento a las familias. Especialmente busca fortalecer a las familias en sus funciones de crianza, a través del acompañamiento que facilitadores capacitados por el programa hacen a las familias promoviendo el intercambio de experiencias cotidianas, brindando información y favoreciendo el vínculo con diferentes organizaciones e instituciones locales. El programa a través de visitas domiciliarias, talleres y encuentros en distintos espacios de la comunidad, realiza actividades para abordar diversos temas relacionados al desarrollo infantil. Promueve el desarrollo de espacios comunitarios de sostén para las familias, en los que se reflexiona en torno a la alimentación, lactancia materna, juegos, lectura, narración, expresión artística, entre otras cuestiones. Un alto porcentaje de los espacios creados en las localidades y barrios, desarrollan sus actividades en instituciones locales como jardines de infantes, centros de salud, centros integrales comunitarios (CIC); y centros vecinales o salones comunitarios.

Según los datos del programa participaron 55.000 familias en el periodo 2012-2015, mayoritariamente proveniente de sectores vulnerables. El 90% de los participantes fueron mujeres con una edad promedio de 34 años. Todas las familias manifiestan haber modificado

sus prácticas cotidianas de crianza. El 97% expresa estar más atentas a los controles de salud. Casi la totalidad de las niñas y niños cumplió con los controles médicos y calendario de vacunación. El 47% de los niños de 0 a 17 años perciben la Asignación Universal por Hijo mientras que ese porcentaje aumenta a 54% en las familias con niñas y niños de 0 a 5 años. La cantidad de niños y niñas escolarizados bajo el programa aumenta proporcionalmente según la edad. Sólo el 6% de los niños más pequeños se encuentra escolarizado, el 14% de los niños y niñas de 1 año asiste a jardines maternales; el 24% tiene 2 años; el 45% tiene 3 años, el 87% de los niños y niñas escolarizados tiene 4 años y casi la totalidad de los que tienen 5 años asisten al preescolar. El 73% asiste al Jardín de Infantes mientras que un 14% concurre al Jardín Maternal (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2016).

En la órbita del Ministerio de Educación se registraron valiosas experiencias orientadas a sostener la escolaridad de las madres gestantes. El Programa para la retención escolar de alumnas madres, embarazadas y padres en las escuelas medias de gestión estatal se implementa hace más de 20 años. El foco de este programa está puesto en generar las condiciones para que la maternidad y la paternidad no impliquen la ruptura del lazo con el sistema educativo. Se brinda asistencia técnica pedagógica a las escuelas y se realizan talleres de reflexión. Las escuelas bajo programa cuentan con un referente institucional capacitado para acompañar a las y los adolescentes padres y madres, sensibilizar al conjunto de agentes educativos y articular acciones con otras áreas del Estado para, por ejemplo, facilitar el acceso de las y los adolescentes a servicios de apoyo al cuidado y educación para la primera infancia.

La internación en el marco de la atención institucionalizada en el sistema de salud es una instancia privilegiada para promover la lactancia materna. Esta práctica proporciona una nutrición óptima a los bebés. Protege a los niños y niñas pequeños de enfermedades, fortalece el vínculo de apego entre las mamás y los bebés y se la relaciona con un mayor desarrollo sensorial y cognitivo de los niños y niñas durante la primera infancia. A largo plazo, la bibliografía especializada señala que la lactancia materna tiene un efecto protector contra el sobrepeso y la obesidad. Estudios recientes señalan que el inicio de la lactancia natural durante el primer mes de vida redujo el riesgo de muerte por todas las causas en un 44% y el riesgo de sufrir obesidad en un 12% (SITEAL, 2017).

Las licencias parentales constituyen un instrumento de política a través del cual el Estado garantiza, entre otros aspectos, que la intensidad en tiempo de la provisión de cuidados no afecte los ingresos con los cuales contaba la familia antes del nacimiento del nuevo

integrante. Posibilitan que las madres y padres recientes puedan proveer, y los niños y niñas pequeños recibir los cuidados que requieren durante el primer tramo de la vida. En este sentido resulta una intervención que favorece la conciliación entre la vida laboral y familiar, y al interior de las familias una mejor distribución de las responsabilidades parentales entre mujeres y varones.

Las licencias parentales son un derecho laboral al cual acceden las madres y padres que trabajan en el sector formal de la economía. En Argentina, la Ley de Contrato de Trabajo, la Ley de Trabajo Agrario y el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares establecen 90 días de licencia por maternidad. Los partos múltiples y la licencia por adopción no se encuentran contemplados dentro de las mismas. La licencia por paternidad tiene una duración entre 2 y 5 días, mientras que la Ley de Trabajo Agrario establece 30 días entre los 45 previos al parto y los 12 meses posteriores.

La cobertura de las licencias es limitada si se considera que menos de la mitad de las madres y los padres que trabajan en forma remunerada son asalariados registrados. El 52,5% de las madres y el 91,5% de los padres de niños pequeños, trabajan. De ellos, solamente el 51,1% de las madres y el 54,7% de los padres están registrados (EPH, 2016). Para quienes se toman este tipo de licencias, la totalidad del salario es financiado por la seguridad social. El salario percibido coincide con el resto de la región, superando el estándar mínimo establecido por la OIT que constituye las dos terceras partes del salario (Aulicino, C. Gerenni, F. y Acuña, M. (2015).

Al interior de las familias, la responsabilidad de cuidar recae mayoritariamente en las mujeres. Estimaciones basadas en datos de las encuestas del uso del tiempo evidencian que las mujeres realizan casi las tres cuartas partes del trabajo de cuidado no remunerado. Una parte significativa – alrededor del 82 %- al cuidado indirecto (tareas domésticas) y el 13% al cuidado directo y el 5% al trabajo voluntario (OIT, 2018). Asimismo, en promedio, las mujeres de entre 30 y 39 años vieron disminuir sus ingresos cuando tuvieron niños y niñas (Aguayo, Levtov, Barker, Brown y Barindelli, 2017).

La atención a la carencia persistente de ingresos es un foco de intervención que atraviesa a la cadena prestacional en toda su extensión. Se trata de conjunto de intervenciones que buscan identificar y responder a vulnerabilidades de las madres, sus parejas y familias. La proporción de niños y niñas de entre 0 y 14 años que vive en situación de pobreza al día se redujo de 60,8% en el año 2004 a 40,2% en el año 2014. La proporción de niños y niñas que vive en

condiciones de pobreza extrema se redujo un poco más de la mitad durante el mismo período (del 13,5% al 5,6%). No obstante, se observa que durante dicha década la reducción de la probabilidad de estar en condición de pobreza fue mayor entre los adultos, en un promedio de aproximadamente 53%, que entre los niños, niñas y adolescentes, en un 33,8% (CEPAL en base a EPH).

Uno de los distintos instrumentos de políticas que buscan fortalecer y proteger el flujo constante de ingresos de los hogares lo constituyen las asignaciones familiares<sup>21</sup>. En Argentina, el Sistema de Seguridad Social está conformado por un subsistema contributivo y un subsistema no contributivo. Las asignaciones familiares incluidas en el subsistema contributivo comprenden la asignación por maternidad, por adopción, prenatal, hijo/a con discapacidad y la ayuda escolar anual. Constituyen una suma fija, mensual o por única vez, que ANSES paga al trabajador en relación de dependencia<sup>22</sup>. Las asignaciones familiares incluidas en el subsistema no contributivo se componen por la asignación por embarazo y la asignación universal por hijo. La primera, consiste en una prestación monetaria, no retributiva, que se abona mensualmente a la mujer embarazada desde la semana 12 de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo, siempre que no exceda las seis mensualidades. Por su parte, la AUH, busca garantizar que las familias con niños, niñas y adolescentes accedan a un mínimo de bienestar económico para fortalecerlas en la etapa de crianza. Para ello, brinda un estipendio económico mensual con una contraprestación sujeta a la presentación de un certificado de alumno regular en cualquier nivel educativo en escuelas de gestión estatal y controles sanitarios a través de la inscripción al Programa Sumar. Está dirigida a las familias con niños y adolescentes de hasta 18 años cuyos padres se encuentran desocupados, trabajen en la economía informal con ingresos iguales o inferiores al salario mínimo, vital y móvil.

Los programas de transferencias monetarias constituyen un instrumento de política muy difundido en América Latina. Una de sus principales contribuciones ha sido precisamente la de reorientar la protección social hacia la infancia y su desarrollo humano (Cecchini y Atuesta, 2017). En 2011 un 74,5% de las familias con niños, niñas y adolescentes menores

---

<sup>21</sup> La Ley N° 24.714 de 1996 instituye el régimen de asignaciones familiares, la composición del Sistema de la Seguridad Social, los distintos tipos de asignaciones familiares y montos.

<sup>22</sup> De empresas privadas y del Sector Público Nacional, al titular de una Aseguradora de Riesgos del Trabajo de empresas y organismos incorporados al Sistema Único de Asignaciones Familiares (SUAF), y al servicio doméstico; al titular de la Prestación por Desempleo; al jubilado y/o pensionado; al Monotributista; y al titular de la pensión honorífica de veteranos de guerra del Atlántico Sur.

de 18 años percibía algún tipo de transferencia monetaria. El 24,9% percibía la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH), el 42,5% asignaciones familiares, el 4% otros programas sociales o pensiones y el 3,2% deducción del impuesto a las ganancias. Se observa que alrededor del 12,4% de las familias no recibían transferencias a pesar de cumplir con los requisitos de la normativa legal vigente y otro 13,1% se encontraba excluido principalmente por ser hijos de monotributistas<sup>23</sup> (ENAPROSS, 2011). En diciembre del 2015 el total de titulares de AUH ascendía a 2.059.831, siendo casi en su totalidad mujeres y una significativa parte de ellas, el 39,7%, tenía entre 20 y 29 años (ANSES, datos abiertos).

*Tabla 2. Cuadro síntesis sobre la actividad estatal en el momento gestacional, según foco de intervención*

<b>1. Foco: atender el cuerpo de las madres y de los niños y niñas por nacer, a garantizar las condiciones para que el parto y los primeros meses después del nacimiento ocurran en entornos protegidos y saludables.</b>
a) Programa Nacer/Sumar
b) Plan Materno Infantil
<b>2. Foco: atender los vínculos entre los cuales se sostendrá la crianza de los niños y niñas pequeñas. Las dimensiones claves abarcan el conjunto de acciones orientadas a fortalecer las capacidades parentales.</b>
a) Programa Primeros Años
<b>3. Foco: generar las condiciones para que la maternidad y la paternidad no implique la ruptura del lazo con el sistema educativo</b>
a) Programa para la retención escolar de alumnas madres, embarazadas y padres en las escuelas medias de gestión estatal
<b>4. Foco: licencias parentales, la reducción de la jornada laboral, la instalación de centros de desarrollo infantil en el ámbito de trabajo y las pausas para amamantar.</b>
a) Ley de contrato de trabajo
b) Ley de régimen de trabajo agrario
c) Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares
d) Convenio Colectivo de Trabajo para la Administración Pública Nacional
<b>5. Foco: identificar y responder a vulnerabilidades de las madres, sus parejas y familias. Las acciones se centran en la atención a la carencia persistente de ingresos.</b>
a) Asignaciones contributivas: asignación por maternidad, por adopción, prenatal, hijo/a con discapacidad y la ayuda escolar anual
b) Asignaciones no contributivas: asignación por embarazo para la protección social y la asignación universal por hijo para la protección social

Fuente: Elaboración propia

<sup>23</sup> En el 2015 se incluye a los hijos e hijas menores de trabajadores monotributistas en la percepción de la AUH.

### *III. Momento de la cadena prestacional: parto y un mes posterior al nacimiento*

El parto y el mes posterior al nacimiento es otro de los momentos críticos en la cadena prestacional. El sistema de salud continúa siendo el entorno prioritario desde el cual el Estado se vincula con las mujeres gestantes, puérperas, sus parejas, los niños y niñas y sus cuidadores. Desde la perspectiva del sistema de salud el foco está puesto en garantizar la supervivencia de la madre y del niño o niña durante el parto y los primeros días posteriores al nacimiento, en la prevención de enfermedades a través de la vacunación y en la detección de enfermedades y discapacidades en forma temprana y oportuna.

El foco de intervenciones también está puesto en garantizar las condiciones del parto y para que los primeros meses después del nacimiento ocurran en entornos protegidos y saludables. Según los datos del Ministerio de Salud, en el 2014 aproximadamente el 60% de los partos fueron atendidos en hospitales y maternidades públicas, y casi la mitad de las mujeres atendidas carecía de cobertura de salud. En un tercio de las provincias más del 70% de la atención de partos sucede en instituciones públicas. Como situaciones excepcionales, sólo el 37% de los partos en Chubut y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ocurre en instituciones públicas. En Salta, Formosa y Santiago del Estero el 60% de las madres de nacidos vivos no posee cobertura de salud mientras que en Santa Cruz, Tierra del Fuego y CABA sólo el 30% (Ministerio de Salud, 2015).

El periodo de un mes de ocurrido el parto, constituye un momento clave para el despliegue de intervenciones para proteger la salud de la niña y el niño. En este momento se llevan adelante un conjunto de estudios cuya aplicación en el momento posterior al nacimiento son fundamentales para el neurodesarrollo del recién nacido. En el marco del “Programa de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia” se realiza un estudio temprano de la capacidad auditiva del recién nacido, y en los casos en que se requiera, provee de manera gratuita la prótesis y audífonos a los pacientes de escasos recursos y carentes de cobertura médico-asistencial. Particularmente en aquellos niños que nacieron prematuramente, se realiza el control de oxígeno en la salida de los gases y de la mezcla que llega al niño, así como los controles oftalmológicos oportunos. El “Programa Nacional de Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro (ROP)” además de realizar el estudio, capacita a equipos de salud de todo el país; realiza jornadas anuales sobre ROP; produce y distribuye materiales dirigidos a los equipos de salud; gestiona y mantiene una base actualizada de casos on-line; adquiere y distribuye equipamiento neonatal y oftalmológico.

Asimismo, se orientan acciones para fortalecer el cumplimiento del calendario de vacunación obligatoria contemplado en el “Programa Nacional de Inmunizaciones” y es también el momento clave para registrar la identificación de los recién nacidos. La ley 24.540 de 1995 establece el deber de identificar a todo niño nacido vivo o muerto y a su madre. Dispone que en los casos que el nacimiento se produzca en un establecimiento médico público o privado, en el trabajo de parto es el momento en que debe identificarse a la madre, y producido el nacimiento y antes del corte del cordón umbilical, al recién nacido, en una ficha numerada del Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

En el 2015 el Poder Ejecutivo reglamentó y puso en vigencia la Ley de Lactancia Materna y Concientización Pública<sup>24</sup> que promueve la creación de Centros de Lactancia Materna y Bancos de Leche Materna; la capacitación del personal de salud en todos los temas relacionados con la lactancia y la alimentación del niño pequeño; el relevamiento de indicadores; el desarrollo y divulgación de proyectos de investigación y la adhesión de los distintos efectores a las iniciativas “Hospital y Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño”.

Desde el ámbito internacional, la OMS y UNICEF impulsaron la iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el niño” que constituye una estrategia implementada en nuestro país desde 1992 y cuenta en la actualidad con 65 maternidades acreditadas. Esta estrategia sostiene que durante el proceso del embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido se proteja y promueva adecuadamente la lactancia materna. La misma cuenta con diez pasos que, basados en el conocimiento científico y empírico, se sabe que contribuyen positivamente a este fin. Con el cumplimiento de este conjunto de acciones, la institución maximiza las oportunidades de que los bebés allí nacidos inicien la lactancia y sean dados de alta con lactancia materna exclusiva, lo cual protegerá la salud del niño a corto y largo plazo<sup>25</sup>.

Para poder mejorar los indicadores de lactancia materna una vez que los niños son dados de alta de las maternidades, resulta vital la articulación con el primer nivel de atención para que garantice las condiciones de atención necesarias que contemplen la promoción y protección

---

<sup>24</sup> La Ley N° 26.873 de 2013 ordena acciones específicas de promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y de la lactancia materna continuada de los seis meses a los dos años o más. Junto a esas acciones, recomienda una alimentación complementaria adecuada y oportuna; y la difusión y accesibilidad a la información, en especial de las mujeres embarazadas, a quienes se debe hacer conocer la importancia de su estado nutricional y el de sus hijos.

<sup>25</sup> Para que una institución sea acreditada como “Amiga de la madre y el niño” debe someterse a una evaluación externa realizada por el Programa Materno Infantil provincial o por el Ministerio de Salud de la Nación según el caso, que luego de su evaluación le otorga el reconocimiento.

de la lactancia. La iniciativa “Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño” constituye una acción continuada de la anterior, pero en la que participan los dispositivos sanitarios de atención primaria.

Las licencias parentales, la reducción de la jornada laboral, la instalación de centros de desarrollo infantil en el ámbito de trabajo y las pausas para amamantar son algunas de las formas en que el Estado protege y promueve la lactancia natural de los niños y niñas de madres trabajadoras.

Una iniciativa contenida en la Ley de Lactancia Materna, a instancias del Ministerio de Salud, consiste en el apoyo a la madre trabajadora en período de lactancia a través de la implementación de "Espacios amigos de la lactancia" en los lugares de trabajo, que han comenzado a divulgarse y extenderse entre empresas y empleadores. Para lograr este objetivo, las instituciones y empresas donde se desempeñen mujeres en edad fértil pueden disponer de espacios permanentes o temporarios para la extracción de leche durante la jornada laboral. Asimismo, la Ley de Contrato de Trabajo en su art. 179 establece los descansos por lactancia, en la que dispone que toda madre de lactante podrá disponer de dos descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por lapso más prolongado.

El Programa “Primeros Años” en sus acciones dirigidas al acompañamiento de las mujeres embarazadas, promueve, instruye y reflexiona en torno a la lactancia materna a través de los distintos talleres, espacios, y materiales de divulgación, especialmente a las mujeres gestantes y mujeres con niños y niñas pequeños. Según los datos del programa, el 84% de madres que tienen hijos menores de 6 meses, los alimentan exclusivamente con leche materna y el 64% de las madres amamantan a los niños y niñas de seis meses a dos años (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2016).

Las intervenciones orientadas a la prevención y erradicación de la violencia y el castigo físico constituyen otro flujo de actividad estatal que se caracteriza por su alta regulación. Este foco de intervención se inicia en esta etapa y se extiende a lo largo de toda la cadena prestacional. Según datos de UNICEF a partir de la información recogida en la Encuesta de Condiciones de Vida de la Niñez y la Adolescencia (2013), en Argentina sólo el 4% de los entrevistados consideran que el castigo físico es admisible, pero 2 de cada 3 de ellos consideran que el uso

del castigo, aunque no sea físico, cumple un papel en la formación de sus hijos<sup>26</sup>. El 16% de los entrevistados reconoce haber insultado a sus hijos. Más de un cuarto admite haber dado un “chirlo”, el 22% dice haberlos zamarreado, el 14% le pegó en una extremidad y un 7% reconoce haberlos golpeado en algún lugar de la cabeza. Los golpes con objetos en la cabeza o las palizas afectan en mayor proporción a los niños entre 6 y 14 años. En este sentido, estos grupos de edad demandan una mayor protección contra las formas más graves de violencia física. La propensión a utilizar castigos violentos tiene una alta correlación con el clima educativo del hogar. A menor cantidad de años de escolaridad de los adultos a cargo del cuidado de los niños, mayor es la frecuencia de castigos físicos.

Los avances normativos orientados a prevenir, erradicar y sancionar la violencia producida en el ámbito público y/o privado contra los niños y niñas se materializaron en las leyes contra la violencia hacia las mujeres, las leyes contra la violencia intrafamiliar y las leyes que prohíben el castigo físico.

Argentina prohibió el castigo físico y estableció medidas de protección para los niños y niñas víctimas de violencia. En el año 1995 la Ley de Protección contra la Violencia Familiar (24.417) establece sanciones a las personas que cometen el delito de lesionar, maltratar física o psíquicamente a integrantes del grupo familiar. En el año 2009 la Ley N° 26.485 "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales", define los tipos de violencia, entre ellas, la violencia doméstica, y además fija medidas de protección, asistencia a las víctimas y sanción a los victimarios. Finalmente, el art. 647 del Código Civil y Comercial establece la prohibición del castigo físico como forma de disciplinamiento o por cualquier otro motivo a niños, niñas y adolescentes. La ley de "Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas" <sup>27</sup> define el alcance de la figura legal “trata de personas”, establece medidas para la prevención, protección y asistencia de las víctimas y sanciones para las personas que cometan este tipo de delito.

---

<sup>26</sup> “En la ECOVNA, se formuló a las madres o personas cuidadoras de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años una serie de preguntas sobre las pautas culturales de crianza características en sus hogares. Las preguntas efectuadas a los cuidadores contemplaron tanto las creencias sobre la aplicación del castigo en la educación de las niñas, niños y adolescentes como las prácticas de autoridad, o de establecimiento de pautas de conducta, ejercidas en el mes anterior a la encuesta (UNICEF, Ministerio de Desarrollo Social, 2013: 233).

<sup>27</sup> Ley modificada en el año 2012 y reglamentada en el año 2015 a través del Decreto Nro. 111 "Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas".

Este foco de atención configura un terreno fértil para el trabajo intersectorial e interdisciplinar. Muchas de las acciones hacen foco en la atención de las víctimas, la creación de protocolos de actuación ante situaciones de vulneración de derechos y el fortalecimiento de las capacidades de los agentes estatales que asisten y atienden a los niños, niñas y familiares.

El “Programa de capacitación y tratamiento de la violencia familiar, maltrato infantil y abuso sexual” en la órbita de la SENNAF<sup>28</sup> realiza cursos de formación destinados a profesionales de todas las jurisdicciones del país. En ellos se presenta un modelo de intervención frente a las situaciones de violencia. Ofrece el apoyo para la conformación de equipos en todas las provincias.

Por su parte, la COFENAF en 2008 crea el Protocolo de Asistencia a Personas Víctimas de Trata y de Explotación Sexual Infantil, que entre sus principales acciones, se destacan la elaboración de pautas sobre la asistencia integral a través de distintos dispositivos: asesoramiento jurídico, asistencia psicológica, médica y social y alojamiento y regreso al lugar de origen, si las víctimas así lo desean.

El programa “Las víctimas contra las violencias” brinda acompañamiento, atención y orientación a las víctimas de abusos y malos tratos causados por las violencias. Cuenta con una línea telefónica gratuita y equipos móviles que se dirigen directamente hacia el lugar en el que se encuentra la víctima. Un equipo interdisciplinar les brinda atención y asesoramiento respecto a programas de empleo, subsidios habitacionales y tratamientos psicológicos gratuitos.

---

<sup>28</sup> Secretaría Nacional de Niñez y Adolescencia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social

Tabla 3. Cuadro síntesis sobre la actividad estatal en el momento parto y un mes posterior al nacimiento, según foco de intervención

<b>1. Foco: garantizar que las condiciones del parto y los primeros meses después del nacimiento ocurran en entornos protegidos y saludables</b>
a) Parto institucionalizado
b) Ley 24.540. Régimen de identificación de los recién nacidos.
<b>2. Foco: desarrollar intervenciones para proteger la salud de la niña y el niño.</b>
a) Programa de Detección Temprana y Atención de Hipoacusia
b) Programa Nacional de Prevención de la Ceguera
c) Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
d) Primeros Años
<b>3. Foco: Lactancia</b>
a) Ley 26873/2013. Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública
b) Banco de leche Humana
c) Hospital amigo de la madre y el niño
d) Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño
e) Centros de Lactancia Materna
f) Ley de contrato de trabajo. Art. 176
g) Programa Primeros años
<b>4. Foco: Restituir derechos vulnerados</b>
a) Ley 24.417. Protección contra la violencia familiar
b) Ley 25.087. Delitos contra la integridad sexual
c) Ley 26.485. Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales
d) Nuevo Código Civil art. 647
e) Oficina de violencia doméstica
f) Oficina de la mujer
g) Unidad fiscal para la investigación de delitos contra la integridad sexual y prostitución infantil
h) Programa sobre políticas de género
i) Centros de acceso a la justicia (CAJ)
j) Programa abajo
k) Línea 102 y 144
l) Programa las víctimas contra las violencias
m) Programa de capacitación y tratamiento de la violencia familiar, maltrato infantil y abuso sexual de la SENAF
n) Protocolo de asistencia a personas víctimas de trata y explotación sexual infantil

Fuente: Elaboración propia

#### *IV. Momento de la cadena prestacional: primer año de vida hasta el ingreso a la educación formal*

Luego del primer mes del parto, y a lo largo del primer año de vida de los niños y niñas, el contenido de los controles de salud se encuentra relativamente estandarizado. El agente de salud revisa la historia clínica, realiza un examen físico, diagnostica y se deriva en los casos en que se lo considere necesario. Se intensifican los mecanismos de derivación y dispositivos de enlace con otros servicios de la red asistencial, fundamentalmente aquellos que se apoyan en la transferencia de recursos financieros a las familias socialmente vulnerables. El foco está puesto en dar seguimiento al crecimiento de los niños y niñas, vigilar y atender su estado nutricional y de salud general, verificar el cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio, detectar problemas de salud tempranamente, incentivar el sostenimiento de la lactancia materna y fortalecer los vínculos intrafamiliares a través del juego, actividades culturales y recreativas.

Según la CEPAL la prevalencia en desnutrición de niños y niñas menores de 5 años es de 3% (CEPAL en línea). Desde el Ministerio de Salud se diseñaron acciones para fortalecer el estado nutricional de los niños pequeños y sus familiares a través del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Uno de sus componentes, el “Programa de Nutrición y Alimentación Nacional”, busca cubrir los requisitos nutricionales de niños de hasta 14 años de edad, embarazadas, discapacitados y adultos mayores en condiciones socialmente desfavorables y de vulnerabilidad nutricional. Dentro de las acciones programáticas, se destacan el uso de la “tarjeta alimentaria” a las que el Estado transfiere dinero para la compra de alimentos. También se realizan transferencias de fondos bajo proyectos, a los estados provinciales, destinados a reforzar la alimentación de niños y niñas en edad escolar y el fortalecimiento a organizaciones sociales que desarrollan actividades en espacios comunitarios y brindan prestaciones alimentarias. Se acompañan estas acciones con actividades de educación alimentaria nutricional y promoción del desarrollo infantil y familiar, tanto para técnicos locales, como referentes comunitarios y familias.

Una de las dimensiones de esta etapa del ciclo vital son las acciones orientadas a la articulación y redireccionamiento de un flujo significativo de bienes y servicios hacia poblaciones socialmente desventajadas. Estas intervenciones se distribuyen territorialmente a través de dispositivos que se localizan en los barrios, priorizando las zonas con población en situación de alta vulnerabilidad social, localidades rurales, parajes, población dispersa, grandes aglomerados y comunidades étnicas. Un ejemplo de esta forma de intervención es el

programa “Tren Argentino”. El mismo busca asegurar el acceso a los servicios de salud a las familias a través de una formación de 10 vagones que recorre la red ferroviaria del territorio argentino a fin de realizar acciones de atención primaria de salud, asesoramiento en políticas sociales y promoción cultural. Las localidades, parajes y comunidades visitadas presentan dificultades geográficas para acceder a los centros de atención. Las prestaciones consisten en la atención médica especializada; tramitación de partidas de nacimiento y DNI; provisión de herramientas, máquinas e insumos para desarrollar proyectos socioproductivos; gestión de trámites de pensiones no contributivas a mayores de 70 años, discapacitados y a madres con 7 o más hijos y realización de actividades culturales como la "Biblioteca sobre rieles", cine móvil, talleres de títeres y espectáculos.

Bajo este esquema de intervención el “Plan ahí” se propone fortalecer la infraestructura socio sanitaria y ambientales en los barrios a través de la construcción de viviendas, abastecimiento de electricidad, mejoramiento de acceso y vías de comunicación; acciones para fortalecer el acceso, permanencia y egreso de los niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo articulando con las distintas instituciones para la provisión de becas, ofreciendo capacitaciones de oficios y actividades educativas no formales; fortaleciendo el cuidado de la salud a través de la implementación de operativos sanitarios; atendiendo las necesidades de las familias para cuidar a los niños y niñas pequeños a través de la creación de centros de desarrollo infantil; atendiendo las carencias persistentes de ingresos de las familias ampliando o implementando el programa Familias por la Inclusión Social; restituyendo el derecho a la identidad a través de operativos de documentación de niños y adolescentes.

Este también constituye el momento en el que se despliegan distintas estrategias familiares para la provisión y producción de cuidado, y en donde a las atenciones del sistema de salud se le suman las que se ofrecen desde otras áreas del Estado.

La carga de cuidado, que comprende los recursos en tiempo, dinero y habilidades, que las personas dependientes requieren de quienes pueden proveerlos, recae casi en la totalidad en las mujeres y se realiza mayoritariamente al interior de las familias. El soporte familiar del cuidado descansa en la díada “mujer cuidadora- varón proveedor” que continúa aún vigente como un eje estructurante de las familias en las que viven los niños pequeños (D’Alessandre, 2014)

Según los datos de la Encuesta Anual de Hogares del 2014<sup>29</sup> los hogares con niñas y niños pequeños se conforman aproximadamente de 5 individuos, elevándose dicho valor en hogares con clima educativo bajo (5,9) y reduciéndose en los de clima educativo alto (4,5). Mientras que un 28% de los hogares con niños de 0 a 8 años con un clima educativo bajo vive en entornos degradados, solo el 14% de los hogares con clima educativo alto presenta dicha condición. La situación también es mayormente dificultosa para aquellos hogares con menor clima educativo y, además, de tipo monoparental, encontrándose un 77% y un 80%, respectivamente, en los tres primeros deciles de la distribución del ingreso.

Para el periodo 2013-2014, un hogar con niños y niñas pequeños con mayor clima educativo percibía un 61% más de ingresos laborales que uno con clima educativo bajo. Asimismo, al interior de estos hogares, la situación se polarizaba entre situaciones de monoparentalidad y biparentalidad. En los hogares más desventajados, la presencia de ingresos por planes sociales o subsidios se acrecienta, alcanzando al 54% de familia monoparentales y 51% de biparentales. Para el caso de los hogares con mayor nivel educativo, la brecha entre los dos tipos de hogares se amplía- 28% y 19%- aunque con un menor nivel de percepción.

La cantidad de horas semanales trabajadas por los miembros del hogar, alcanza las 81 hs en los hogares con mayor clima educativo, disminuyendo a 71 hs en el caso de hogares monoparentales. La tasa de actividad es mayor para la jefatura del hogar femenina (56% vs 43%), así como para los jefe/as que pertenecen a un hogar de mayor nivel educativo (46% para aquellos de jefatura masculina y 62% para los de jefatura femenina). En términos económicos, los jefes de hogar perciben un 12% más de ingresos horarios que las jefas, en hogares con presencia de niños de 0 a 8 años. Asimismo, también se encuentra una ventaja para aquellos jefes/as con mayor nivel educativo, que se exagera en el caso de las jefas de hogar, en donde aquellas que residen en un hogar con un clima educativo alto perciben un 66% más de ingresos horarios que aquellas que lo hacen en un hogar de clima bajo.

Finalmente, un 13% de mujeres mayores de 15 años que residen en hogares con niños de 0 a 8 años, no estudia ni trabaja. Ese valor aumenta a 16% en los casos de los hogares con clima educativo bajo.

---

<sup>29</sup> Esta información proviene del procesamiento de información de la Encuesta Anual de Hogares de 2013-2014 (INDEC). Aquí se destacaron los aspectos que se consideraron más relevantes, pero en el Anexo se adjunta más información detallada.

En este momento de la cadena prestacional también se despliegan acciones orientadas a promover y asegurar el juego y esparcimiento de la infancia. La distribución de libros, plataformas digitales con juegos (Ronda Paka Paka), distribución de juguetes realizados por cooperativas (Jugando Construimos Ciudadanía), espectáculos infantiles en espacios públicos y escuelas (Programa cultura e infancia).

Durante este momento y específicamente a partir de los 45 días de vida, ganan terreno los servicios que brindan atención y educación no escolarizada a niños y niñas pequeños. Este es uno de los nodos de la cadena prestacional más discutido y visibilizado. Una de las razones es porque este tipo de servicios constituye una oportunidad para incidir directa, tempranamente y en simultáneo en las múltiples dimensiones involucradas en el desarrollo de las capacidades de los niños y niñas pequeños.

En la actualidad no se cuenta con datos fehacientes que permitan trazar un mapa de las instituciones de la primera infancia. Diversos estudios coinciden (UNICEF, 2011; Rozengardt, 2014; Batiuk y Coria, 2015; Cardini et. al.; 2017) en que la oferta de atención, cuidado y educación es fragmentada y heterogénea. Estas dislocaciones producen circuitos diferenciados, estratificados según el nivel socioeconómico y áreas de residencia de las familias, edades de los niños y niñas, y tipo de gestión de las instituciones a cargo del cuidado y educación.

Según los datos de ECOVNA<sup>30</sup> para el periodo 2011-2012, sólo el 32% de los niños y niñas de hasta 4 años asistía a un centro de educación y cuidado. Mientras que en CABA asistía el 61,7%, en el NEA sólo lo hacía el 15,5%. De los hogares ubicados en el primer quintil de ingresos, el 20,7% de las niñas y niños de 0 a 4 años asistía a algún establecimiento de cuidado, en contraposición a aquellos ubicados en el último quintil, donde el 52,1% de las niñas y niños asistía a un establecimiento educativo. El déficit de cobertura se intensifica al observar que gran parte de niños y niñas menores de 1 año (68%) lo hacía en un establecimiento de gestión privada. Esto deja en evidencia que las desigualdades socioeconómicas tienden a determinar las posibilidades de las familias de mercantilizar el cuidado y educación de sus niños pequeños. Los hogares con mayores desventajas sociales son los más afectados, fenómeno que contribuye a reproducir las desigualdades de origen.

---

<sup>30</sup> Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia 2011-2012 llevada a cabo por el Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF.

El carácter heterogéneo de la oferta trae aparejado también una diversificación en su regulación. La Ley de Educación Nacional (LEN) define a la educación inicial como una unidad pedagógica conformada por los niños y niñas desde los 45 días hasta los 5 años. Estructura y regula los servicios y recursos del sistema formal de educación, junto a otro conjunto de regulaciones orientados a fortalecer otros aspectos del sistema. Si bien la LEN reconoce otras formas en que se ofrece la educación inicial, éstas son reguladas por instrumentos normativos de distinto grado de alcance y especificidad.

Esta diversificación se complejiza aún más si se tiene en cuenta que Argentina se constituye como un Estado federal integrado por organismos centralizados y descentralizados. Son las provincias quienes absorben la mayor proporción del gasto porque son ellas las que tienen que orientar los recursos necesarios para sostener la educación inicial, primaria, secundaria y terciaria; la red hospitalaria y obras sociales provinciales, y la seguridad. El modo en que se distribuyen los recursos en cada una de las jurisdicciones tiene un fuerte impacto en la cobertura y calidad de los servicios.

En el caso de los servicios destinados a niños y niñas desde 45 días a 3 años, existe una fuerte disparidad de las fuentes de financiamiento y sustentabilidad de las instituciones. Algunas se solventan plenamente con los aportes estatales, otras con los ingresos que provienen de las cuotas que pagan las familias y/o las empresas; de aportes que reciben de manera irregular que provienen de organismos estatales, organismos de la sociedad civil, particulares o la cooperativa (UNICEF, 2011). Éste constituye un aspecto crítico, porque de ello depende la continuidad y calidad del servicio que se brinde.

Algunos estudios (UNICEF, 2011; Batiuk y Coria, 2015) coinciden en que los perfiles docentes son muy dispares, aun cuando la Ley de Educación Nacional establece que tanto quienes conduzcan los jardines maternos y los adultos a cargo de los niños deben poseer título docente habilitante. Las funciones que desempeñan los docentes, las responsabilidades que toman a su cargo, el tipo de contratación, la conformación de los equipos de trabajos, presentan variaciones significativas.

Si bien existen diferencias entre los servicios destinados a los sectores más pobres y los medios y medios altos, éstas básicamente radican en aspectos legales vinculados al reconocimiento del Estado, infraestructura y los perfiles del personal docente. Sin embargo, se constata que la calidad de los servicios que se ofrecen no se encuentra tan polarizada si se realiza un corte transversal basado en aspectos relacionados con las propuestas pedagógicas,

la nutrición, la salud de los niños y niñas pequeños, y los abordajes institucionales tendientes al desarrollo integral (Batiuk y Coria, 2015).

Frente a este panorama, teniendo en cuenta el organismo prestador del servicio y el público al que atiende, se pueden clasificar cinco tipos diferenciados de servicios orientados a la atención, cuidado y educación de la primera infancia: a) Hogares de guarda y familias de acogimiento para niños y niñas sin cuidados parentales; b) Servicios de atención institucionalizada en el entorno laboral; c) Hogares Comunitarios; d) Espacios de cuidado y atención de la primera infancia; y e) Centros educativos de nivel inicial.

a) Servicios de atención y educación no escolarizada

*Hogares de guarda y familias de acogimiento para niños y niñas sin cuidados parentales*

En el ámbito internacional, la Asamblea de las Naciones Unidas en 2009 aprueba las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Allí, se busca orientar a los Estados en el fortalecimiento de sus capacidades para decidir y redireccionar las acciones sobre el cuidado alternativo de menores. En particular, busca proporcionar mayor información acerca de la responsabilidad de los Estados de proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes y asegurarles cuidados alternativos, que incluyen medidas preventivas y apoyo a las familias en su capacidad para cuidar y proteger a sus niños.

En Argentina, el sistema federal de gobierno presupone que cada organismo administrativo de protección de derechos de cada jurisdicción tiene la competencia para desarrollar – dentro del marco de la Ley 26.061– sus propios programas, modalidades y formas de atención para dar respuesta a la situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales. Sin embargo, las provincias presentan diversos recorridos en el desarrollo de programas de acogimiento familiar, así como en las propias definiciones normativas y operativas respecto a los objetivos y estrategias de las modalidades alternativas de cuidado (Llovet y Villalta, 2018).

De la información analizada, se desprende que los cuidados alternativos pueden ser institucionales o familiares. El cuidado en ámbitos institucionales es definido como aquel brindado en cualquier contexto de cuidado grupal no basado en la familia, incluyendo una diversidad de residencias que van desde los orfanatos, que generalmente incluyen un número importante de “internos”; centros privados; centros de tránsito en situaciones de emergencia;

otros centros de cuidado institucional de corto y largo plazo; las “casa hogar”, pequeñas instituciones con un formato que pretende recrear a una familia, albergando a un pequeño número de niños, niñas y adolescentes que tiene como responsables a figuras estables. En las llamadas “casa hogar”, o en otros casos bajo la denominación de “aldeas”, los cuidadores conviven a tiempo completo con los niños, y pueden estar tanto en un terreno común como insertas en barrios residenciales.

El otro servicio de cuidado es el acogimiento familiar, que constituye un tipo de cuidado basado en la familia, que incluye al niño y niña para su cuidado, sin alterar significativamente la rutina familiar. La familia continúa con su dinámica y estructura cotidiana responsabilizándose, por el tiempo que sea necesario, de la atención y cuidado del niño y niña. Generalmente, el niño permanece en acogimiento familiar hasta que se reintegra a su familia de origen tras haber superado las causas que dieron origen a la separación. Según se define en las Directrices, el “acogimiento por familiares” es el que se realiza en el ámbito de la familia extensa del niño, o con amigos íntimos de la familia conocidos del niño. Generalmente, el acogimiento se aplica como medida de protección para niños que han padecido violación a sus derechos y/o cuyas familias no pueden hacerse responsables de su cuidado por distintas razones. El acogimiento puede realizarse tanto en familia extensa (abuelos, tíos, vecinos, conocidos, etc.) como en una familia ajena (sin vínculo previo con el niño). Los programas en funcionamiento tienen sus propios mecanismos de entrenamiento y seguimiento, por lo que no existen criterios homogéneos a nivel nacional ni la aplicación de un programa de capacitación de familias único.

En el 2011 se registraron un total de 14.675 niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales y el 26% correspondía a niños y niñas de hasta 5 años. En el 2014 esta cifra se redujo un 37% arrojando un total nacional de 9.219 de niños, niñas y adolescentes en esa condición (Sardá, 2012).

### *Servicios de atención institucionalizada en el entorno laboral*

Dentro de las leyes laborales también se inscriben servicios para la atención de niños y niñas pequeños. Estos espacios ofrecen la atención directa de los niños y niñas pequeños durante las horas en que sus padres se encuentran trabajando. En este sentido se los concibe como un instrumento de política destinada a la conciliación de la vida familiar y laboral. Sin embargo, ya que en su mayoría hacen referencia a un servicio orientado a las madres trabajadoras, pone

de relieve que la responsabilidad primaria de cuidado dentro de las familias recae mayormente sobre las mujeres y que son ellas las que requieren mecanismos de “conciliación” entre actividades que están en tensión.

De la información analizada se desprende que hay básicamente tres formas en que se ofrece este servicio: 1) El centro de cuidado se encuentra dentro del establecimiento laboral; 2) la empresa financia el costo de servicios de cuidado; 3) los niños y niñas de padres y madres trabajadoras acceden a los servicios de cuidado nucleados en la red que gestiona la empresa, los sindicatos u obras sociales. El financiamiento de estos servicios corre por cuenta de la seguridad social, las empresas y/o las familias.

Dentro del primer grupo, la Ley de Contrato de Trabajo (LCT) en el artículo 179 prevé la habilitación de salas maternales y guarderías para niños, pero aún se encuentra sin reglamentar y en la práctica el beneficio no es obligatorio ya que no ha sido establecida la dotación mínima de trabajadoras. Asimismo, el decreto reglamentario de la Ley N° 11.317<sup>31</sup> en el art. 3 dispone sobre la habilitación de una sala maternal adecuada para los niños y niñas menores de dos años, donde quedarán en custodia durante el tiempo de la ocupación de las madres, en todo establecimiento donde se ocupen 50 mujeres o más, mayores de 18 años. Además del sesgo de género, los servicios se orientan a las trabajadoras que realicen sus tareas en el sector formal dejando fuera a gran parte de las mujeres madres que trabajan.

En la segunda forma en la que se ofrece el servicio, el artículo 103 de la LCT establece como beneficio social los reintegros de los gastos de guardería y/o sala maternal, que utilicen los trabajadores con hijos de hasta 6 años de edad cuando la empresa no contare con esas instalaciones.

Finalmente, esta tercera forma de ofrecer el servicio consiste en instituciones de cuidado y atención de los niños y niñas que tienen convenios y son financiadas por las empresas, sindicatos y/o familias. Según UNICEF (2011) algunos de los servicios que asisten a los niños y niñas hasta 3 años proveniente de los sectores medios, cobran una cuota por jornada completa, en el que las obras sociales, sindicatos o empresas reembolsan a su titular en su totalidad o monto parcial.

---

<sup>31</sup>Decreto reglamentario Nacional s/n del 9 de Junio de 1924 de la Ley 11.317 sobre trabajador de los territorios nacionales.

### *Hogares Comunitarios-madres cuidadoras*

En Argentina se registran diversas experiencias comunitarias en el cuidado de niños pequeños. Una modalidad muy extendida es la de mujeres madres, reconocidas por el Estado, que abren las puertas de sus hogares para atender a niñas y niños del barrio. En otras ocasiones, con el propósito de atender a una cantidad mayor de niños, las «madres cuidadoras» se desplazan hacia espacios que ofrece la comunidad (escuelas, centros de salud, espacios comunitarios, etc).

En Bahía Blanca actualmente se encuentran funcionando siete centros de Mamás Cuidadoras distribuidos en distintos puntos de la ciudad, atendiendo y brindando apoyo nutricional, psicológico, sanitario, social, recreativo y educativo a 230 niños. Constituye un servicio alternativo de cuidado diario de niños de 4 a 5 años. En el marco del programa, se generaron actividades de capacitación para las mamás cuidadoras y algunas de ellas se encuentran culminando sus estudios secundarios.

En Comodoro Rivadavia tiene lugar el proyecto “atención a los niños de 1 a 5 años” que se inició en julio de 1996 con la primera etapa dirigida a formar a madres y padres cuidadores del distrito de Quirno Costa, y un año después abrió el primer hogar de madres cuidadoras. En 1998 se abre el segundo hogar de madres cuidadoras. En la actualidad, ambos hogares atienden a los niños y niñas de 1 a 5 años, entre las 8 de la mañana y las 5 de la tarde. En los hogares se ofrece desayuno, almuerzo y merienda para los niños, se organizan juegos, actividades de expresión en diversas dimensiones y se los acompaña en su crecimiento y desarrollo tanto físico como emocional.

### *Los Espacios de cuidado y atención de la primera infancia*

Existe una gran diversidad de nombres para identificar las instituciones que cuidan, nutren y educan a los niños y niñas de hasta 5 años. Estos espacios de cuidado y educación de la primera infancia (EPI) se organizan en distintos formatos asociativos, tienen un fuerte anclaje y visibilidad barrial y constituyen servicios no regulados por el sistema educativo formal.

Los EPI son instituciones organizadas, mayoritariamente ubicadas en barrios populares o donde trabajan los habitantes de estos barrios, que ofrecen servicios de cuidado y educación a niñas y niños de hasta cinco años de edad. Incluyen un conjunto amplio y diversificado de prácticas dirigidas a la socialización y educación de los más pequeños. Desde el punto de

vista institucional son no formales, ya que funcionan por fuera del sistema formal de educación, que en nuestro país es responsabilidad presupuestaria de los gobiernos provinciales y técnica y administrativa de los Ministerios de Educación de cada provincia. Revisten carácter “público” – al depender de las áreas sociales del gobierno nacional y de los gobiernos provinciales y municipales- y “comunitario” al depender de asociaciones civiles, no gubernamentales, fundaciones, entidades religiosas, mutuales, cooperativas, etc. Son privadas, pero sin fines de lucro y muchas de ellas no alcanzan a contar con personería jurídica. Se los puede reconocer asociados, en muchos casos, a movimientos sociales más amplios, vinculados a lo local como expresión territorial de la organización comunitaria y a las luchas por la inclusión y la mejora de las condiciones de vida de los grupos más postergados. En ciertas ocasiones, muestran límites difusos para poder clasificarlos, debido a su diversidad, complejidad y fragmentación institucional.

A continuación, se presentan algunas experiencias de espacios de primera infancia en el país:

Los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires, están destinados a niños y niñas entre 45 días y 3 años, pertenecientes a familias en situación de vulnerabilidad social, residentes en la Ciudad de Buenos Aires o cuyos responsables adultos trabajen en la misma. Tienen por objetivo brindar atención integral diurna a niños y niñas de 45 días a 3 años de edad y estimular su desarrollo a través de actividades lúdicas y educativas, una alimentación adecuada y el acompañamiento a sus familias durante la crianza.

Los Centros Integradores Comunitarios (CIC) de Río Gallegos, Provincia de Santa Cruz, constituyen una política del Estado provincial orientada a descentralizar la atención a la salud, la educación inicial y la asistencia y promoción de familias vulnerables en un mismo espacio físico, debidamente equipado y con personal profesional y administrativo perteneciente a la planta provincial. Los jardines maternos y de infantes son atendidos por maestras y “puericultoras”. Se realizan visitas a los hogares, a través de las trabajadoras sociales. Se incluyen asimismo campañas educativas, grupos de autoayuda, proyectos de generación de empleo y la constitución de un Sistema Único de Identificación Social, con nodos en cada Centro.

En Corrientes, se señala que los Centros de Desarrollo Infantil son los espacios de atención integral de niños y niñas de hasta cuatro (4) de edad, que además realicen acciones para instalar, en los ámbitos familiar y comunitario, capacidades que favorecen la promoción y protección de los derechos de niños y niñas.

En la provincia de Buenos Aires, las Unidades de Desarrollo Infantil (UDI) están destinadas a chicos de 0 a 18 años de edad. En ellas se brinda atención alimentaria y colaboración en el proceso enseñanza-aprendizaje, procurando una articulación plena con las instituciones educativas e incentivando la incorporación a la enseñanza formal. Favorecen el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes desde la perspectiva de derechos, acompañando y fortaleciendo a las familias en el proceso. Están presentes en 130 municipios de la Provincia de Buenos Aires, alcanzando a 1600 unidades a través de convenios de cooperación celebrados con Municipios y organizaciones de la sociedad civil. Según Rozergardt (2014) bajo el programa “Unidades de Desarrollo Infantil” funcionan 303 jardines maternos comunitarios que atienden 19.454 niñas y niños de 45 días a 5 años, los cuales corresponden a 140 entidades municipales y 163 organizaciones no gubernamentales. Pero además de los jardines maternos comunitarios, el programa atiende a 26.408 niñas y niños de 45 días a 13 años a través de la implementación de convenios con 516 instituciones (municipales y comunitarias), las cuales desarrollan actividades informales de aporte nutricional, juego, apoyo escolar, entre otras cuestiones.

En la provincia de Tucumán los únicos servicios que contemplan la atención de niños pequeños con financiamiento y gestión del Estado provincial son los Centros de Educación Infantil (CEI). El objetivo de estos centros es la atención y el cuidado, durante el horario del dictado de clases, de los hijos de las jóvenes que asisten a la escuela secundaria como requerimiento del plan social que reciben. Los destinatarios de estos servicios tienen en su mayoría entre 2 y 10 años de edad, aunque también reciben a bebés desde los 45 días. En cada servicio el total de niños es de aproximadamente 40 y se encuentran organizados en dos grupos. Los que tienen menos de 3 años, a cargo de tres maestras o madres cuidadoras, y el resto a cargo de otras tres maestras o madres cuidadoras. Esta organización es flexible de acuerdo a las características de cada CEI y a la cantidad de adultos a cargo (UNICEF, 2011: 202).

#### b) Servicios de atención y educación escolarizada

Los centros educativos del nivel inicial forman parte de la red de establecimientos en los que se imparte educación regulada por la Ley de Educación Nacional. El gobierno de esta red – la implementación de modelos institucionales y propuestas pedagógicas, la formación inicial de los docentes y formación en servicio - lo ejerce el Ministerio de Educación.

La Ley de Educación Nacional establece que el nivel inicial constituye una unidad pedagógica que ofrece educación a niños y niñas entre los 45 días y hasta los cinco años de edad. Divide la oferta educativa en dos tramos diferenciados. En el primero, los jardines maternos atienden a niños y niñas desde los 45 días hasta los dos años. En el segundo, los jardines de infantes atienden a los niños y niñas entre los tres y cinco años. El tramo obligatorio de escolarización se inicia a los 4 años<sup>32</sup>.

El Ministerio de Educación reconoce una diversidad de formas en las que se ofrece educación de nivel inicial: salas multiedad, plurisalas, salas de juego, entre otras. Se tratan de propuestas pedagógicas orientadas a la atención y educación de la primera infancia inscriptas en el ámbito de la educación no formal<sup>33</sup>. En ciertos contextos el servicio educativo del nivel inicial contempla otras formas organizativas como salas multiedad o plurisalas, salas de juego, etc. y servicios complementarios de salud y alimentación.

Según la EPH 2013, el 97,2% de los niños de 5 años se encontraban escolarizados y residían en el área urbana. El 87,6% provenía del sector bajo. La tasa de escolarización de los niños de 3 y 4 años era del 54,5%. Según el nivel socio económico, 24,9% pertenecen al bajo y 65,7% al nivel alto.

---

<sup>32</sup> La Ley N° 27.045 del 2015 establece la obligatoriedad de sala de 4 años.

<sup>33</sup> Los centros de desarrollo infantil son regulados por la Ley N° 26.233.

Tabla 4. Cuadro síntesis sobre la actividad estatal en el momento del primer año de vida hasta el ingreso al sistema escolar formal, según foco de intervención

<b>1. Foco: seguimiento al crecimiento de los niños y niñas, vigilar y atender su estado nutricional y de salud general, verificar el cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio, detectar problemas de salud tempranamente, incentivar el sostenimiento de la lactancia materna</b>
a. Programa de Nutrición y Alimentación Nacional
b. Programa sumar
c. REMEDIAR
d. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria: Familias y nutrición, Abordaje Comunitario, Pro huerta, Educación alimentaria nutricional
<b>2. Foco: articular y distribuir bienes y servicios hacia poblaciones socialmente desventajadas</b>
a. Tren argentino
b. Plan Ahí
<b>3. Foco: Atención y educación de la primera infancia</b>
1) Servicios de atención y educación no escolarizada
a) Primeros Años
b) Hogares de guarda y familias de acogimiento para niños y niñas sin cuidados parentales
c) Servicios de atención institucionalizada en el entorno laboral.
d) Madres cuidadoras
e) Centros de Desarrollo Infantil
2) Servicios de atención y educación escolarizada
a) Centros Educativos del Nivel Inicial
<b>4. Foco: Fortalecer los vínculos intrafamiliares a través del juego, actividades culturales y recreativas</b>
a) Programa creciendo juntos
b) Plan Nacional de lectura
c) Más libros más mundos posibles
d) Ronda paka paka
e) Jugando construimos ciudadanía
f) Cultura e infancia
g) Música para bajitos

Fuente: Elaboración propia

El ejercicio de analizar comprensivamente la actividad estatal desde el modelo de la “Cadena de Valor Público” puso sobre la superficie que las distintas acciones que direcciona el Estado se distribuyen a lo largo del ciclo vital, que algunas de ellas sólo tienen lugar en un momento y otras acompañan a lo largo del desarrollo del niño, algunas reconfiguran su sentido ofreciendo distintos servicios y/o recursos que los que primaban originariamente y

otras tantas interrumpen su actuación. Queda claro que las acciones públicas que se orientan a la primera infancia constituyen un flujo de movimiento constante, que orientan y reorientan su sentido a la luz de las decisiones políticas, los actores intervinientes, los conflictos propios de un campo en disputa y los objetivos que pretende alcanzar

Tabla 5. Distribución de las intervenciones según los flujos y momentos de la cadena prestacional

Intervenciones por flujo de acción	Cadena prestacional para la primera infancia					
	Momento Pregestacional	Momento Gestacional	Parto y un mes posterior al nacimiento	Primer Año de Vida	45 días a 4 años	Ingreso a la Educación Obligatoria
Programa Primeros años		X	X	X	X	X
Programa para la retención escolar de alumnas madres, embarazadas y padres en las escuelas medias de gestión estatal		X	X	X	X	X
Educación Sexual Integral (ESI)	X					
Licencias parentales		X	X	X		
Asignaciones contributivas: asignación por maternidad, por adopción, prenatal, hijo/a con discapacidad y la ayuda escolar anual		X	X	X	X	X
Asignación por embarazo para la protección social		X				
Asignación universal por hijo para la protección social (AUH)			X	X	X	X
Plan Nacional de Seguridad Alimentaria: Familias y nutrición, Abordaje Comunitario, Pro huerta, Educación alimentaria nutricional		X	X	X	X	X
Tren Argentino	X	X	X	X	X	X
Plan Ahí	X	X	X	X	X	X
Programa creciendo juntos		X	X	X	X	X
Plan Nacional de lectura				X	X	X
Más libros más mundos posibles				X	X	X
Ronda Paka Paka					X	X
Jugando construimos ciudadanía				X	X	X
Programa Cultura e infancia				X	X	X
Hogares de guarda para niños y niñas sin cuidados parentales				X	X	
Servicios de atención institucionalizada en el entorno laboral				X	X	
Hogares comunitarios				X	X	
Centros de Desarrollo Infantil				X	X	
Centros Educativos del Nivel Inicial				X	X	X

Intervenciones por flujo de acción	Cadena prestacional para la primera infancia					
	Momento Pre-gestacional	Momento Gestacional I	Parto y un mes posterior al nacimiento	Primer Año de Vida	45 días a 4 años	Ingreso a la Educación Obligatoria
Plan de reducción de la mortalidad materno infantil, de la mujeres y adolescentes	x					
Programa Nacional de Salud integral y adolescente	x	x				
Programa de Prevención de cáncer cérvico uterino	x					
Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	x	x				
Anticoncepción Quirúrgica	x					
Procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida	x					
Programa Nacer/Sumar		x	x	x	x	x
Plan Materno Infantil		x	x	x		
Programa Primeros años		x	x	x	x	x
Banco de leche humana			x			
Hospital amigo de la madre y el niño			x			
Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño			x	x		
Descansos diarios por lactancia (LCT. art. 179)			x	x		
Parto institucionalizado			x	x		
Programa de Detección Temprana y Atención de Hipoacusia			x			
Programa Nacional de Prevención de la Ceguera			x			
Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles			x	x	x	x
Plan Nacional de Seguridad Alimentaria: Familias y nutrición, Abordaje Comunitario, Pro huerta, Educación alimentaria nutricional		x	x	x	x	x
Tren Argentino	x	x	x	x	x	x
Plan Ahí	x	x	x	x	x	x
REMEDIAR	x	x	x	x	x	x

Intervenciones por flujo de acción	Cadena prestacional para la primera infancia				
	Momento Pregestacional	Momento Gestacional	Parto y un mes posterior al nacimiento	Primer Año de Vida	45 días a 4 años
Ley 24.417. Protección contra la violencia intrafamiliar	X	X	X	X	X
Ley 25.087. Código penal Delitos contra la integridad sexual	X	X	X	X	X
Ley 26.485. Protección integral a las mujeres	X	X	X	X	X
Nuevo Código Civil art. 647. Prohibición de malos tratos	X	X	X	X	X
Oficina de violencia doméstica y oficina de la mujer	X	X	X	X	X
Unidad fiscal para la investigación de delitos contra la integridad sexual y prostitución infantil	X	X	X	X	X
Línea 102 y 144	X	X	X	X	X
Programa las víctimas contra las violencias	X	X	X	X	X
Programa de capacitación y tratamiento de la violencia familiar, maltrato infantil y abuso sexual de la SENAF	X	X	X	X	X
Protocolo de asistencia a personas víctimas de trata y explotación sexual infantil	X	X	X	X	X
Régimen de identificación de los recién nacidos		X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia en base a documentos oficiales

## 6. Consideraciones finales

Hace casi ya tres décadas la CDN irrumpió en la escena política y abrió un nuevo capítulo en la protección de los niños y niñas, al posicionar a la infancia como sujeto portador de derechos propios. Esto se dio en consecuencia al profundo cambio de paradigma que hasta entonces, desde la política pública, se dirigía a una infancia fragmentada. La CDN puso de manifiesto una nueva manera de concebir las relaciones sociales entre el Estado, la infancia y las familias, pero también, el carácter multidimensional de la protección al tener una visión holística del desarrollo de los niños, que implicaba la construcción de bases sólidas a través de las regulaciones, instituciones e intervenciones orientadas a garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de la primera infancia.

Estas transformaciones fueron progresivamente permeando el entramado social, pero aún subsisten viejas lógicas y prácticas del paradigma tutelar, que configuran marcos interpretativos y repertorios de acción singulares. Esto se debe a que el Estado lejos de constituir una estructura homogénea con una direccionalidad única y lineal, constituye una instancia heterogénea y a veces contradictoria en la que difícilmente se pueden delimitar espacios que sean uniformemente resistentes al cambio o partidarios de él (Llovet y Villalta; 2015). Las acciones que día a día los distintos actores impulsan para movilizar el conjunto de recursos necesarios para garantizar los derechos fundamentales de la primera infancia, son producto de las interpretaciones y negociaciones de los agentes estatales y no estatales que muchas veces entran en conflicto.

Esta tesis buscó hacer un aporte conceptual y empírico sobre la política de la primera infancia desde el modelo de la “Cadena de Valor Público”. A través de este modelo de análisis de la política pública, intentó reconstruir el conjunto de acciones, intervenciones y estrategias que Argentina desplegó para cumplir los compromisos asumidos por la CDN. En particular, identificar los avances en la construcción de un Sistema Integral de Protección de Derechos de la Primera Infancia.

El recorrido que se propuso fue, en primer lugar, poner atención en el campo académico para caracterizar los debates sobre las acciones públicas que se orientan hacia la primera infancia, y al mismo tiempo, indagar e identificar la trayectoria de la CDN desde su ratificación. La exploración en los distintos documentos que analizan la política de la primera infancia, evidenció la existencia de un amplio marco argumental desde el cual se justifica la relevancia de la primera infancia como sujeto al cual direccionar un conjunto de bienes y servicios

públicos. Por otro lado, el foco en los debates académicos revela que son escasos los análisis sobre el conjunto de la política de la primera infancia que permiten reconstruir la trayectoria de la CDN y los avances en la construcción de un Sistema de Protección Integral de Derechos. En virtud de ello, el sentido de esta tesis resulta pertinente al intentar echar luz sobre la trayectoria de los compromisos asumidos por el Estado desde la ratificación de la CDN, pero también, al recuperar el análisis desde el enfoque de protección integral de derechos, el cual resulta potente al constituir la estrategia por medio de la cual se busca proteger los derechos humanos de los niños y aquellos que se desprenden de su particular vulnerabilidad, por ser personas que se encuentran en una etapa de progresivo desarrollo.

En esta instancia y a los efectos de responder los interrogantes planteados, se propuso emprender el camino de reconstruir la actividad estatal desde una perspectiva global, teniendo una visión holística del desarrollo de los niños y niñas. En este sentido, se puso el foco en el conjunto articulado, regulado y direccionado de inversiones, bienes, servicios y transferencias que el Estado orienta a la primera infancia. El modelo de análisis emergente “cadena prestacional para la primera infancia” evidenció que las prestaciones que el Estado orienta a la primera infancia se distribuyen a lo largo del ciclo vital. El supuesto desde el cual se llevó adelante este ejercicio es que sólo mirando la actividad estatal en su conjunto es posible evaluar en qué medida Argentina avanzó en la construcción de un Sistema de Protección Integral de Derechos de la Primera Infancia.

Una mirada sincrónica sobre la actividad estatal nos muestra que ésta confluye principalmente en tres flujos de acción. Desde el ámbito de la salud se direccionan un conjunto articulado de servicios y recursos para dar seguimiento y acompañar la salud de la madre y el niño. El actor relevante es el Ministerio de Salud -en sus distintos niveles de atención- que despliega un conjunto de atenciones capaces de garantizar que el parto y puerperio ocurran en entornos saludables, atender las vulnerabilidades del niño y la madre, prevenir enfermedades a través de la consecución de estudios y provisión de medicamentos.

La atención y educación de la primera infancia- con una historia más reciente- también tiene una fuerte presencia, en particular a partir de los 45 días de recién nacido el niño. Aquí a los esfuerzos del ámbito de la salud, se suman principalmente los del Ministerio de Desarrollo Social y Educación. El cuidado y atención de los niños pequeños requieren el despliegue de un conjunto de servicios que se presentan en modelos y formatos diversificados. La oferta de servicios varía considerablemente, presentando amplias brechas de acceso, calidad y formación de quienes cuidan y educan a los niños. A la par, las estrategias para alivianar las

cargas de cuidado como las licencias parentales resultan insuficientes para poder afrontar estas tareas.

Las estrategias que buscan restituir los derechos vulnerados de la infancia revisten un carácter más regulatorio, siendo las distintas instituciones que conforman el poder judicial las que tienen mayor protagonismo. En este sentido, se evidenciaron considerables avances para la formalización de las actuaciones y sanciones en relación a las violencias y malos tratos, que dieron lugar a acciones estatales específicas como el acompañamiento a las víctimas, asistencia psicológica y jurídica para la atención de estos casos.

Desde una mirada diacrónica, que nos muestra la distribución de las prestaciones según los distintos momentos del ciclo vital, se evidencia que el Estado está movilizandoun flujo sólido y constante de recursos. Al mismo tiempo, este modelo analítico nos permite comprender las distintas facetas de integralidad, y los modos en que se van concatenando las distintas prestaciones a lo largo de la vida de los niños y niñas. Esta mirada “desde abajo” y a lo largo del ciclo vital, nos muestra qué actores están interviniendo, cuáles son los principales servicios y recursos que se orientan para su atención, y fundamentalmente, cómo estas acciones no son dispersas sino que en su movimiento muchas veces se entrelazan con otras para su continuidad, a veces se reconfiguran al pasar por otros momentos del ciclo y otras tantas se interrumpen dando lugar a nuevas formas de intervención.

Del análisis sincrónico y diacrónico de la actividad estatal se desprende un interrogante fundamental ¿Se puede pensar la política de la primera infancia si no se la vincula con el Sistema de Seguridad Social centrado en proteger y ampliar los recursos que las familias movilizan en las dinámicas familiares de producción y provisión de cuidados? (Repetto y Tedeschi, 2013). En análisis del caso argentino puso de relieve que no se puede pensar a la política de la primera infancia como un flujo independiente del sistema de protección social. Los avances en los servicios universales de educación y salud demuestran una mayor presencia estatal, que se tradujeron en el incremento de su financiamiento, el fortalecimiento de las capacidades estatales, los esfuerzos en la expansión del acceso y cobertura de los servicios (por ejemplo, a través del programa SUMAR y la universalización de la educación inicial con la obligatoriedad de la sala de 4 años). La incidencia en una distribución más equitativa del ingreso a través de transferencias monetarias a los hogares socialmente más desfavorecidos (AUE y AUH).

Argentina ha demostrado avances en la construcción de acciones integrales en la primera infancia a través de la implementación del programa Primeros Años, atendiendo la multidimensionalidad de las acciones para garantizar los derechos de las niñas y niños pequeños, pero también, impulsando acciones intersectoriales para garantizar su cumplimiento. Desde una estrategia aún más amplia y comprendiendo a toda la población, el Plan Ahí, nuclea a los distintos ministerios que componen el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, en conjunto con los gobiernos provinciales y locales, conformando Mesas de Gestión Local. En estos espacios integrados por distintos actores sociales, la comunidad participa activamente en la identificación de problemas sociales y en la planificación conjunta de líneas de acción.

La experiencia de la integralidad se revela exitosa cuando se logra cierta sinergia entre sus distintas facetas. El resultado es la conformación de un Sistema de Protección Integral de Derechos de la Primera Infancia. En este sentido, Argentina ha avanzado sustantivamente en la adopción del enfoque integral, que se materializó en su cuerpo normativo, su institucionalidad y las distintas estrategias y acciones orientadas a garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de la primera infancia. Sin embargo, las brechas aun persistentes siguen evidenciando desigualdades de origen, género, geográficas y culturales que se traducen en el acceso y calidad a los distintos servicios que se destinan a los niños, niñas y sus familias.

En este sentido, Argentina enfrenta diversos desafíos para seguir avanzando en la construcción de un Sistema de Protección Integral de Derechos de la Primera Infancia. Aquí enfatizamos en dos cuestiones:

1) **Flujo de ingresos constante y protegido:** Las acciones y estrategias focalizadas en la primera infancia no logran revertir las desigualdades de origen. El cumplimiento efectivo de los derechos de los niños y niñas sigue dependiendo estrechamente de los recursos que hayan logrado acumular sus familias desde su nacimiento. No puede pensarse a la política de la primera infancia sin acciones que se orienten a garantizar un flujo constante y protegido de ingresos, y un entorno adecuado en donde los niños y niñas puedan desarrollar todo su potencial. En este sentido, cualquier programa de primera infancia centrado en la atención directa de niños y niñas tendrá un alcance limitado si no se lo vincula con acciones que fortalezcan los ingresos de sus familias.

2) **Políticas de Cuidado:** Este punto está estrechamente asociado al anterior. La injusta organización social del cuidado constituye un vector de reproducción de desigualdades. La presencia de niños y niñas, sobre todo en la primera infancia, implica una carga aumentada de cuidado debido a la intensa dependencia derivada de su fragilidad constitutiva. Diversos estudios sostienen que la organización del cuidado al interior de los hogares se ajusta en base a la intensidad en el uso del tiempo de las mujeres. En los casos de las mujeres ocupadas en el mercado laboral, a esta jornada se le suma la carga de trabajo de cuidado que históricamente asumían. De igual modo, existe un consenso generalizado sobre la incidencia de la debilidad de los ingresos laborales de las mujeres en las dificultades para la superación de situaciones de pobreza o vulnerabilidad económica de muchos hogares (Rodríguez y Marzonetto, 2014). En este sentido, es necesario promover políticas públicas que redistribuyan las responsabilidades de cuidado, consiguiendo de esa manera dismantelar los obstáculos que su injusta distribución produce a la participación económica -especialmente de las mujeres- y con ello alcanzar mayor justicia distributiva.

En definitiva, si bien la política de la primera infancia implica movilizar recursos, ampliar, fortalecer e integrar las intervenciones que generan las condiciones para el cumplimiento efectivo de sus derechos, ésta estaría incompleta sin el acompañamiento de un conjunto denso y robusto de políticas inclusivas e incluyentes.

## 7. Bibliografía

- Acuña, M. (2015). Diagnóstico de la primera infancia en Argentina. *Documento de Trabajo*, 142, 25.
- Aguayo, F., Levto, R., Barker, G., Brown, V., y Barindelli, F. (2017). Estado de la paternidad: América Latina y el Caribe 2017. Nueva York: IPPF/RHO, Washington, DC, EUA: Promundo-US.
- Aulicino, C. (2015). El desafío es hoy: un análisis de los retos hacia la integralidad en las políticas de primera infancia en Argentina: el caso del programa nacional " Primeros años".
- Aulicino, C. Gerenni, F. y Acuña, M. (2015). Primera infancia en Argentina: políticas a nivel nacional. *Documento de Trabajo N, 143*.
- Aulicino, C., y Díaz Langou, G. (2012). La implementación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria en ámbitos subnacionales. Documento de trabajo, (88).
- Barna, A. (2015). Desentrañar sucesos, evaluar sujetos y producir verdades para 'restituir derechos de niños'. Un abordaje desde las prácticas cotidianas de intervención en un dispositivo estatal de protección de la niñez del conurbano bonaerense. *RUNA, archivo para las ciencias del hombre*, 36(1), 73-89.
- Barna, A. (2015). La gestión de la infancia entre lo local y lo global: Una etnografía sobre intervenciones destinadas a " restituir derechos de niños" en dispositivos estatales en el marco de las Leyes de Protección Integral.
- Batiuk, V., y Coria, J. (2015). Las oportunidades educativas en el nivel inicial en Argentina. *Aportes para mejorar la enseñanza. OEI-UNICEF: Buenos Aires*.
- Beloff, M. (1999). Modelo de la protección integral de los derechos del niño y de la situación irregular: un modelo para armar y otro para desarmar. *Justicia y derechos del niño*, 1, 9-21.
- Bourdieu, P. (2015). Sobre el Estado Cursos en el Collège de France. Buenos Aires. Anagrama.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005), "una invitación a la sociología reflexiva" de Siglo XXI Editores Argentina S. A., 147- 173
- Bruñol Cillero, M (2001). Los derechos del niño: de la proclamación a la protección efectiva. *Justicia y derechos del niño. UNICEF*.
- Burnett, N. (2007). Bases sólidas. Atención y educación de la primera infancia. Informe de seguimiento de la EPT en el mundo, 2007.
- Cardini, A., Díaz Langou, G., Guevara, J., y De Achával, O. (2017). Cuidar, enseñar y criar al mismo tiempo: el desafío para las políticas públicas para la primera infancia en Argentina. *Documento de Políticas Públicas/Recomendación*, (189).
- Cardini, A., y Guevara, J. (2017). El lugar del currículum en el mapa de la educación de la primera infancia. *Documento de trabajo*, (160).
- Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, 13-95.

Cecchini, S. y Atuesta, B. (2017). Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe: tendencias de cobertura e inversión.

Cetrángolo, O. (2013). *Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino* (Doctoral dissertation, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires).

CLAP (1992). El hogar materno: Descripción y propuesta para su instalación. Publicación Científica (No. 1263).

D'Alessandre, V. (2014). Infancia y políticas de cuidado en América Latina. Un balance. *Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina–SIPI (IPE-UNESCO). Equidad para la Infancia*. Recuperado de <http://www.equidadparalainfancia.org/infancia-y-politicas-de-cuidado-enamerica-latina-un-balance>.

D'Alessandre, V. (2018). Avances en la construcción de Sistemas para la Protección Integral de los Derechos de la Primera Infancia en Iberoamérica. OEI

D'Alessandre, V., Hernandez, D., Roger, C., y Sanchez, Y. (2015). La producción social del cuidado: la familia y los derechos de niños y adolescentes. XI Jornada de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

D'Alessandre, V., Roger, C., Hernández, X., y Sánchez, Y. (2015). Políticas integrales para la Atención y Educación de la Primera Infancia. Aportes a un debate en proceso. *Buenos Aires: SIPI*.

Díaz Langou, G., Florito, J y Karczmarczyk, M. (2018). Garantizar la inversión en infancia y adolescencia: una prioridad en tiempo de crisis. Documento de Políticas Públicas / Recomendación N°209. Buenos Aires: CIPPEC

Donzelot, J. (1979). *The policing of families*. Random House Incorporated.

Filgueira, F., y Aulicino, C. (2015). La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia. *Documento de Trabajo, 120*.

Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowski, S. (2017). RESIDENCIAS DE CARDIOLOGÍA CONTENIDOS TRANSVERSALES. El Sistema de Salud Argentino. Sociedad Argentina de Cardiología.

Gentile, M. F. (2011). La restitución de la niñez como forma de inclusión social en un centro de día para chicos de la calle en Buenos Aires.. *Revista de ciencias sociales*, (131-132).

Gentile, M. F. (2012). Experiencia e interacción cotidiana en un centro de día para niños y adolescentes en situación de calle. G. MAUGER y O. BAT-TISTINI. *La difícil inserción de los jóvenes de clases populares en Argentina y Francia. Buenos Aires: Prometeo*.

Guevara, J. (2016). ¿Cómo se enseña a ser docente de educación inicial?: un estudio de caso sobre la transmisión del oficio en la Ciudad de Buenos Aires.

Heckman, J. (2011). El poder de los primeros años: políticas para fomentar el desarrollo humano. *Infancias imágenes, 10(1)*, 74-83.

Hernández, D. (2019) Revisando el concepto de producción pública. *Revista ASAP* (en prensa).

- Hernández, D. (2015). El Modelo de la Cadena de Valor Público para el análisis de políticas. *Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública. Revista Institucional*, (54).
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M. (1997). *Neurociencia y conducta*. España, Prentice Hall, 1ª ed.
- Kelly, G., Mulgan, G., & Muers, S. (2002). *Creating Public Value: An analytical framework for public service reform*. London: *Strategy Unit, Cabinet Office*.
- Llovet, V. y Villalta, C (2018). *Sistematización y relevamiento de programas de cuidado alternativo en el ámbito familiar*. Buenos Aires: UNICEF
- Lupica, C. (2016). Licencias de Paternidad y Permisos Parentales en América Latina y el Caribe: Herramientas Indispensables para Propiciar la Mayor Participación de los Padres en el Cuidado de los Hijos e Hijas. *Masculinidades y cambio social*, 5(3), 295-320.
- Maquiavelo, N (1996). *El príncipe*. Buenos Aires: Losada
- Méndez, E. G. (1994). La convención de los derechos del niño: del menor como objeto de la compasión-represión a la infancia-adolescencia como sujeto de derechos en Derecho a la infancia /adolescencia en América Latina.
- Mezones, F. (2005). El valor público en los programas sociales: una aproximación práctica. *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina, Programa INDES-Guatemala, Ciudad de Guatemala*.
- Moore, M. 1995. *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Naciones Unidas (2005). Observación General N° 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia. *Naciones Unidas*.
- Naciones Unidas (2010). *Directrices sobre las modalidades alternativas del cuidado de los niños*.
- Nari, M. M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Editorial Biblos.
- OEI IPE SITEAL (2014). *Una nueva institucionalidad al servicio de la Protección Integral de los Derechos de la Infancia en Latinoamérica*
- OIT (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra
- Pautassi, L. C., y Zibecchi, C. (2010). *La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias*. CEPAL.
- Picco, P., y Soto, C. (2013). *Experiencias de educación y cuidado para la primera infancia*. Buenos Aires: Ministerio de Educación
- Quiroz, A., Picco, P., Soto, C. (2012). *Políticas de Enseñanza*. 1 ed. Buenos Aires: Ministerio de Educación, 80p

- Redondo, P. (2012). Políticas en debate, la atención educativa de la primera infancia en la Argentina. *Propuesta educativa*, (37), 6-16.
- Rodriguez Enriquez, C. M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad.
- Rodriguez Enriquez, C. M., y Marzonetto, G. L. (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina.
- Roger, C., Hernández, X., D'Alessandre, V., y Sánchez, Y. (2015). El itinerario de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en los sistemas jurídicos y políticos de los países latinoamericanos. *Buenos Aires: SIPI*.
- 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 (Master's thesis, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina).
- Sarlé, P., y Rodriguez Sáenz, I. (2018). El nivel inicial en la educación rural. Propuesta de Enseñanza. *Serie Temas claves de la Educación Infantil*. Buenos Aires: OEI UNICEF
- Seguier, M. (2018). Trayectorias escolares de embarazadas, madres y padres adolescentes. Análisis de un programa de inclusión educativa en CABA. Tesis de maestría. Flacso
- SITEAL (2017). Datos Destacados. Lactancia Materna. Recuperado de <http://www.publicaciones.siteal.iipe.unesco.org/datos-destacados/58/lactancia-materna>
- SITEAL SIPI (2015). Resumen estadístico comentado. Tendencias recientes en la escolarización de la primera infancia.
- Stagno, L. (2011). Los Tribunales de Menores en la Argentina. Antecedentes internacionales e iniciativas nacionales (1933-1943). En *Cosse, Isabella, Llobet, Valeria, Villalta, Carla y Zapiola, María Carolina, Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil. Siglos XIX y XX. Buenos Aires (Argentina): Teseo*.
- Tedeschi, V., y Repetto, F. (2013). Protección social para la infancia y la adolescencia en la Argentina: retos críticos para un sistema integral.
- Tobar, F., y Garay, O. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal. Buenos Aires: La Editorial La Ley.
- Tuñón, I. (2010). Determinantes de las oportunidades de crianza y. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), 903-920.
- Tuñón, I., y González, M. S. (2013). Aproximación a la medición de la pobreza infantil desde un enfoque multidimensional y de derechos. *Revista sociedad y equidad*, (5).
- Tuñón, I., y Salvia, A. (2012). Límites estructurales para el desarrollo de la infancia en contexto de crisis. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 179-194.

UNESCO (2010). Conferencia Mundial sobre Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI), “Construir la riqueza de las naciones. Documento conceptual”. Rusia

UNICEF (1989). Convención sobre los derechos del niño.

UNICEF (2011). Servicios de atención a niños y niñas de 45 días a 36 meses. Fondo de las Naciones Unidas, 10-14.

UNICEF (2014). Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño. Sistema Nacional para el Desarrollo.

UNICEF (2016). Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. *Fondo de Naciones Unidas para la infancia y la adolescencia en Argentina: Buenos Aires*.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.

Villalta, C., y Llobet, V. (2015). Resignificando la protección de derechos de niños y niñas en Argentina [Resigning protection of children's rights in Argentina]. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 167-180.

Waisgrais, S. y Aulicino, C. (2018). El Cuidado y la Primera Infancia. *Las políticas de cuidado en Argentina Avances y desafíos*

Weber, M. (2006). *Conceptos sociológicos fundamentales*. Madrid, Alianza.

Zibecchi, C. (2013). Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. *Trabajo y sociedad*, (20), 427-447.

Zibecchi, C. (2014). Entre el trabajo y el amor, el cuidado de niños en contextos de pobreza: el caso de las mujeres cuidadoras del ámbito comunitario. *Estudios sociológicos*, 385-411.

Zibecchi, C. (2015). Cuidando en el territorio: El espacio comunitario como proveedor de cuidado. *Serie de documentos de trabajo*, 3, 97-139.

## **Documentos de políticas**

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2005). Programa Nacional de Desarrollo Infantil Primeros Años. La perspectiva de género en los primeros años. Recuperado de <http://www.siteal.iipe.unesco.org/bdnp/79/programa-nacional-desarrollo-infantil-primeros-anos-perspectiva-genero-primeros-anos>

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2011). Primeros años. Informe de Gestión. Recuperado de [http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_argentina\\_0876.pdf](http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0876.pdf)

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2016). Informe de Evaluación 2016. Primeros años acompañando la crianza. Recuperado de

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/politicassociales-publicaciones-primerosanos-informe-evaluacion\\_2016.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/politicassociales-publicaciones-primerosanos-informe-evaluacion_2016.pdf)

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (XX). Documento Técnico. Acompañamiento y sostén para la crianza, juntos por los primeros años. Recuperado de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005978.pdf>

INDEC (2013). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 ENSSyR 2013 Presentación de resultados. Recuperado de [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy\\_r\\_2013.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_r_2013.pdf)

Ministerio de Desarrollo social (2012). La Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA). Recuperado de <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/3.-Encuesta-Sobre-Condiciones-de-Vida1.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social (2015). Estándares de Inclusión para los Centros de Desarrollo Infantil. Recuperado de <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/10/Estandares-de-inclusion-COCEDIC-Consejo-federal.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social (s/f). Plan Nacional de Seguridad Alimentaria Familias y Nutrición - Alcances y Logros. Recuperado de <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/08/12.-Alcances-y-logros.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social, UNICEF, UBA, CELDAS (2018). Análisis y propuestas de mejora para ampliar la Asignación Universal por Hijo para alcanzar la cobertura universal. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/informes/an%C3%A1lisis-y-propuestas-de-mejora-para-ampliar-la-asignaci%C3%B3n-universal-por-hijo>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2016). Un análisis de los datos del programa “Las Víctimas Contra Las Violencias”. Recuperado de <https://www.educ.ar/recursos/132062/un-analisis-de-los-datos-del-programa-las-victimas-contra-las-violencias>

Ministerio de Salud (2012). Iniciativa. Centro de Salud de la Madre y el Niño. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000190cnt-a03.cs-amigo%20de-la-myn.pdf>

Ministerio de Salud (2014). Boletín Virtual. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001216cnt-boletin\\_n6\\_diciembre\\_2014\\_salud\\_comunitaria.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001216cnt-boletin_n6_diciembre_2014_salud_comunitaria.pdf)

Ministerio de Salud (2014). Profundizando la Integración del Sector Público de la Salud y la Seguridad Social. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/profundizando-integracion-sector-publico-ss.pdf>

Ministerio de Salud (2015). Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes INFORME DE GESTIÓN 2009-2015 “Analizando el camino recorrido, aportando al camino por recorrer”. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/congenitas/plan-para-la-reduccion-de-la-mortalidad-materno-infantil-de-la-mujer-y-adolescentes/>

Ministerio de Salud (2017). Plan de servicios de salud y guía para una atención de calidad 1. Embarazo. Recuperado de [http://programasumar.com.ar/pss/nomencladores/01\\_Embarazo\\_1608.pdf](http://programasumar.com.ar/pss/nomencladores/01_Embarazo_1608.pdf)

Ministerio de Salud (s/f). Programa Nacional de Inmunizaciones. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/programa-nacional-inmunizaciones.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2015): INFORME DE GESTIÓN 2009-2015 “Analizando el camino recorrido, aportando al camino por recorrer. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/banners/gestion\\_sanitaria\\_2009-2015/informe-gestion-2009-2015.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/banners/gestion_sanitaria_2009-2015/informe-gestion-2009-2015.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación (2017). Generación de una cultura evaluativa en el sector salud: principales resultados de la agenda de estudios y evaluación del Plan Nacer/Programa SUMAR. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/generacion-cultura-evaluativa-sector-salud.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Plan operativo. Buenos Aires, 2009. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/planoperativo-reimpresion-junio2010.pdf>

Núñez, P (2015). Resumen. Investigación sobre resultados del Plan Nacer/ Programa SUMAR. 21 de mayo de 2015. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/investigacion-resultados-sumar.pdf>

Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) (s/f). Programa de capacitación y tratamiento de la violencia familiar, maltrato infantil y abuso sexual”. Recuperado de [http://www.trabajo.gov.ar/downloads/estadisticas/otia/Programa\\_de\\_capacitacion\\_y\\_tratamiento\\_de\\_la\\_violencia\\_familiar\\_maltrato\\_infantil\\_y\\_abuso\\_sexual.doc](http://www.trabajo.gov.ar/downloads/estadisticas/otia/Programa_de_capacitacion_y_tratamiento_de_la_violencia_familiar_maltrato_infantil_y_abuso_sexual.doc).

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.

UNICEF y SENNAF (2014). Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina: relevamiento nacional-actualización 2014. Buenos Aires.

### **Normativa consultada**

Decreto 1202/2008. Apruébase la reglamentación de la Ley de Centros de Desarrollo Infantil N° 26.233.

Decreto 214/2006. Homológase el Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional

Decreto 621/2008. Apruébanse los lineamientos del Plan Nacional de Abordaje Integral, en el ámbito del citado Consejo Nacional de la Presidencia de la Nación.

Decreto N° 1.602/2009. Asignación Universal por Hijo para Protección Social

Decreto N° 446/2011. Asignación por Embarazo para la Protección Social

Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

Ley 27.234. Violencia de Género

Ley N° 26.844. Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares

Ley N° 20.744. Ley de Contrato de Trabajo

Ley N° 26.233 - Promoción y Regulación de los Centros de Desarrollo Infantil

Ley N° 26.727. Régimen de Trabajo Agrario

Ley N° 24.417. Protección contra la violencia familiar

Ley N° 24.540. Régimen de Identificación de los Recién Nacidos

Ley N° 24.714 de 1996 de Asignaciones Familiares.

Ley N° 25.087. Delitos contra la integridad sexual

Ley N° 25.673, Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos.

Ley N° 25.929/2004. Ley Nacional de Parto Respetado

Ley N° 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Ley N° 26.130, Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica

Ley N° 26.206. Ley de Educación Nacional

Ley N° 26.364. Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas

Ley N° 26.862, Reproducción mecánicamente asistida. Publicada en el Boletín Oficial, 5 de Junio de 2012

Ley N° 26.873. Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública

Ley N° 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación

Ley N° Ley 26.150. Programa Nacional de Salud Sexual Integral

Ley N°25.724 Programa de Nutrición y Alimentación Escolar

Resolución N° 1.261, Crea el “Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino”

Resolución N° 247/96. Aprueba el Programa Médico Obligatorio (PMO)

Resolución N° 776/2010. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

### **Diarios digitales consultados**

<https://www.bahia.gob.ar/hogares/mamascuidadoras/>

<http://habitat.aq.upm.es/bpal/onu04/bp2493.html>

<https://www.eldiaonline.com/madres-cuidadoras-evidencia-el-rol-desigual-en-el-cuidado-de-los-hijos/>

## 8. Anexo

### 1. Investigaciones sobre la primera infancia. Tabla síntesis

N°	Datos del Documento			Análisis			
	Título	Fecha	Institución/investigador	Dimensión argumental	Análisis de situación	Normas	Institucionalidad
1	Diagnóstico de la Primera infancia en Argentina	2015a	CIPPEC Malena Acuña	pobreza, salud, nutrición	enfoque de derechos, bono demográfico; neurociencias; capital humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística	No
2	La primera infancia en la Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia	2015b	CIPPEC Fernando Filgueira Carolina Aulicino	transferencias monetarias, licencias, servicios institucionalizados de cuidado, vivienda, servicios de atención a la salud.	enfoque de derechos; neurociencias; capital humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística.	No
3	Primera infancia en Argentina: políticas a nivel nacional	2015c	CIPPEC Carolina Aulicino Florenia Gereni Malena Acuña	salud y nutrición, transferencias y licencias, y educación inicial y servicios de cuidado	enfoque de derechos; capital humano, neurociencias	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo de las principales intervenciones orientadas a la PI	Desarrollo de las principales regulaciones orientadas a PI
4	Garantizar la primera infancia en Argentina: una prioridad en tiempos de crisis	2018	CIPPEC Gala Díaz Langou José Florito Matilde Karczmarczyk	infantilización de la pobreza; análisis de gasto	enfoque de derechos, bono demográfico; neurociencias;	Diagnóstico sobre evidencia estadística.	No

5	Cuidar, enseñar y criar al mismo tiempo: el desafío para las políticas públicas para la primera infancia en Argentina	2017	CIPPEC Alejandra Cardini, Gala Díaz Langou, Jennifer Guevara, Olivia de Achával	oferta educativa	sin información	Diagnóstico sobre evidencia estadística.	No
6	El desafío es hoy: un análisis de los retos de la integralidad en las políticas de primera infancia en Argentina. El caso del programa nacional "Primeros Años"	2015	Carolina Aulicino (Tesis de maestría)	nutrición, salud sexual y reproductiva, pobreza, distribución del gasto social, salud y educación.	enfoque de derechos, bono demográfico; neurociencias; capital humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo <b>exhaustivo</b> intervenciones orientadas a la PI	Desarrollo de las principales regulaciones orientadas a PI
7	Transferencias del Estado a la niñez: herramientas para reducir la infantilización de la pobreza	2018	CIPPEC Gala Díaz Langou; Florencia Caro Sachetti; Matilde Karczmarczyk	infantilización de la pobreza; análisis de gasto; transferencias monetarias	enfoque de derechos; bono demográfico; capital humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Propuesta de política pública	Propuesta de normativa
8	Protección social para la primera infancia y la adolescencia en la Argentina.	2013	UNICEF- CEPAL Repetto, Fabián; Tedeschi, Virginia	educación, salud, transferencias monetarias, subsidios, asignaciones, gasto social, protección social	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo de las principales intervenciones orientadas a PI	Desarrollo de las principales regulaciones orientadas a PI
9	Estado de la situación de la niñez en Argentina	2016	UNICEF		enfoque de derechos	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo de las principales intervenciones orientadas a PI	Desarrollo de las principales regulaciones orientadas a PI
10	Resignificando la protección de derechos de niños y niñas en Argentina	2015	Villalta, Carla; y Llobet, Valeria	actores que intervienen en la instrumentación de acciones para la	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de las principales	no

				protección de derechos		intervenciones orientadas a PI	
11	Entre el trabajo y el amor, el cuidado de niños en contextos de pobreza: el caso de las mujeres cuidadoras del ámbito comunitario	2014	Carla Zibecchi	cuidado, organizaciones sociales comunitarias	género, economía del cuidado	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
12	Cuidando en el territorio: El espacio comunitario como proveedor de cuidado	2015	Carla Zibecchi	jardines comunitarios	género	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal
13	La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias	2010	Carla Zibecchi Laura Pautassi	cuidado, transferencias condicionadas, jardines comunitarios	género, economía del cuidado	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de las principales intervenciones orientadas a PI	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal
14	Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina	2015	Corina Rodríguez Enriquez y Gabriela Marzonetto	cuidado, educación inicial,	género, economía del cuidado	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
15	Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras	2012	Carla Zibecchi	organizaciones sociales comunitarias, cuidadoras	género, economía del cuidado	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal	no

16	la primera infancia: importancia del proceso de crianza y socialización para el sano desarrollo	2010	Agustin Salvia lanina Tuñon	clima de estimulación social y emocional	neurociencias	Diagnóstico sobre evidencia estadística	no
17	Educación inicial y desarrollo en la primera infancia : niños y niñas entre 45 días y 5 años en la Argentina urbana	2016	lanina Tuñon	educación inicial, déficit en la estimulación emocional e intelectual en el ámbito del hogar	enfoque de derechos, neurociencias, capital humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística	no
18	El lugar del currículum en el mapa de la educación de la primera infancia	2017	Alejandra Cardini Jeniffer Guevara	currículum	enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
19	Políticas en debate, la atención educativa de la primera infancia en la Argentina	2012	Patricia Redondo	servicios educativos del nivel inicial;	enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
20	Estudio sobre el rol de los servicios no formales de cuidado y educación de la primera infancia como dispositivos de inclusión social	2014	Adrián Rozengardt	instituciones formales y no formales de cuidado y educación, organizaciones sociales comunitarias	enfoque de derechos, neurociencias, capital humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo exhaustivo de intervenciones orientadas a PI	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal
21	Desentrañar sucesos, evaluar sujetos y producir verdades para 'restituir derechos de niños' Un abordaje desde las prácticas cotidianas de intervención en un dispositivo estatal de protección de la niñez del conurbano bonaerense	2015 a	Agustin Barna	servicios locales de protección de derechos	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal

22	La Gestión de la infancia entre lo local y lo global Una etnografía sobre intervenciones destinadas a “restituir derechos de niños” en dispositivos estatales en el marco de la Leyes de Protección Integral	2015 b	Agustin Barna	servicios locales de protección de derechos	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
23	Experiencia e interacción cotidiana en un centro de día para niños y adolescentes en situación de calle	2012	Florencia Gentile	nna en situación de calle	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico.	no
24	La restitución de la niñez como forma de inclusión social en un centro de día para "chicos de la calle" en Buenos Aires	2011	Florencia Gentile	nna en situación de calle	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico	no
25	Determinantes de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y en la adolescencia	2010	Ianina Tuñon	desigualdad, pobreza, crianza y sociabilización	desarrollo humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística	no
26	Límites estructurales para el desarrollo de la infancia en contexto de crisis	2012	Ianina Tuñon	momento de crisis: alimentación, educación, trabajo infantil	desarrollo humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística	no
27	Aproximación a la medición de la pobreza infantil desde un enfoque multidimensional y de derechos.	2013	Tuñon, Ianina y Gonzalez, María Sol	pobreza infantil	enfoque de derechos, desarrollo económico y humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística	no

28	Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina	2014	Laura Pautassi, Pilar Arcidiácono y Mora Straschnoy	AUH	economía del cuidado	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
29	La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de los derechos	2013	Laura Pautassi, Pilar Arcidiácono y Mora Straschnoy	AUH	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
30	La asignación universal en su laberinto	2016	PILAR ARCIDIÁCONO	AUH	enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
31	La asignación universal por hijo para protección social: rupturas y continuidades, ¿hacia un esquema universal?	2011	Pilar Arcidiácono, Verónica Carmona Barrenechea y Mora Straschnoy	AUH	enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
32	Transformaciones en la Política Social Argentina, el caso de la Asignación Universal por Hijo.	2011	Pilar Arcidiácono, Verónica Carmona Barrenechea y Mora Straschnoy	AUH	enfoque de derechos	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal	no
33	Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado	2013	CIPPEC CAROLINA AULICINO, ESTEFANIA CANO, GALA DIAZ LANGOU Y VIRGINIA TEDESCHI	Licencias, sistema de protección social	Desarrollo económico y humano	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal

34	Las políticas de cuidado en Argentina Avances y desafíos	2018	Sebastián Waisgrais y Carolina Aulicino, UNICEF	servicios de atención y cuidado, tiempo y dinero para cuidar	Enfoque de derechos; Desarrollo económico y humano	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal
35	Una primera aproximación a las políticas de Educación Nutricional en las provincias argentinas	2012	CIPPEC CAROLINA AULICINO	seguridad alimentaria	enfoque de derechos	Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
36	Actualizar el debate en la educación inicial. Políticas de enseñanza	2012	Analía Quiroz; Paula Picco; Claudia Soto.	educación inicial, curriculum, gestión, evaluación	enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal
37	¿Cómo se enseña a ser docente en el nivel inicial?	2016	Jennifer Guevara	la práctica docente en el nivel inicial		Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
38	Saberes prácticos en la formación docente para la educación inicial	2018	Jennifer Guevara	la práctica docente en el nivel inicial		Diagnóstico sobre trabajo etnográfico. Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
39	Experiencias de educación y cuidado para la primera infancia	2013	Paula Picco, Claudia Soto	calidad educativa	Enfoque de derechos	no	no
40	Salas multiedad en la Educación Inicial	2014	Laura Pitluk Rosa Windler	educación inicial	sin información	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
41	Sujetos de la Educación Inicial	2010	Rosa Windler y Lucía Moreau	educación inicial	sin información	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no

42	Sujetos, infancias y familias en la educación inicial	2012	María Silvia Rebagliati	educación inicial	Enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
43	Las oportunidades educativas en el nivel inicial en Argentina	2015	verona batiuk y julia coria	educación inicial	Enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal
44	El Nivel Inicial en el ámbito rural	2018	Patricia Sarlé Inés Rodríguez Sáenz	educación inicial, rural	Enfoque de derechos	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no
45	El modelo de maternidad centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas	2008	Raul Mercer	salud, familia	no	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal. Diagnóstico sobre evidencia estadística	no
46	Lineamientos para una Política Federal de Alimentación Escolar	2016	Sergio Brutos, Gala Díaz Langou, Cecilia Veleda, José Florito, Nuria Chichizola, Malena Acuña	alimentación escolar	Enfoque de derechos	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo de normativa asociada a un segmento de la actividad estatal	no
47	Primera infancia en Argentina. Relaciones entre (des) igualdad, familias y políticas de bienestar	2016	Roxana Mazzola	desigualdad, pobreza, familias	Enfoque de derechos	Diagnóstico sobre evidencia estadística. Desarrollo de las principales intervenciones orientadas a PI	no
48	¿Cuidar o educar? Hacia una pedagogía del cuidado	2017	Eleonor Faur	cuidado, servicios de atención y educación a la primera infancia	economía del cuidado	Desarrollo de acciones de un segmento de la actividad estatal	no

**2. Primera infancia y dinámica familiar de producción y provisión de cuidados.  
Encuesta Anual de Hogares 2013-2014**

		CASOS		HOGAR									
		NO PONDERADOS	PONDERADOS	TAMAÑO DEL HOGAR	% que reside en entornos degradados (c)	% en el 30% más bajo (deciles agrupados de Y familiar per capita)	Ingresos totales laborales	% que percibe Y x planes sociales / subsidios	Ingresos x planes / subsidios	Horas que dedica el hogar a trabajar	Cantidad de niños 0 a 8 años	Cantidad de personas de 9 a 17 años	Cantidad de ocupados
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo bajo (a)	Monoparentales	4486	1589244	5,7	24,1%	79,5%	4642,34	54,4%	603,92	70,5	2,0	1,9	1,4
	Biparentales	8591	3543007	6,0	29,4%	75,8%	6689,26	51,4%	618,097	86,3	2,0	1,9	1,7
	TOTAL	13077	5132251	5,9	27,8%	77,0%	6055,42	52,3%	613,707	81,4	2,0	1,9	1,6
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo alto (b)	Monoparentales	2241	739819	4,2	14,2%	49,5%	5933,73	28,2%	254,653	50,7	1,6	1,5	1,3
	Biparentales	12506	5441770	4,6	14,5%	39,8%	10285,1	19,0%	191,747	73,5	1,7	1,5	1,7
	TOTAL	14747	6181589	4,5	14,4%	41,0%	9764,3	20,1%	199,276	70,7	1,7	1,5	1,6
Niños de 0 a 8 años	Monoparentales	6727	2329063	5,2	21,0%	70,0%	5052,55	46,0%	492,976	64,2	1,9	1,8	1,4
	Biparentales	21097	8984777	5,1	20,4%	54,0%	8867,12	31,8%	359,871	78,5	1,8	1,7	1,7
	TOTAL	27824	1,1E+07	5,1	20,5%	57,3%	8081,85	34,7%	387,272	75,6	1,8	1,7	1,6

Notas:

(\*) % de niños que viven en hg que cumplen con ese requisito

(a) Niños que residen en hogares en donde ni el jefe ni cónyuge terminaron media. En hg monoparentales se toma el dato del jefe

(b) Niños que residen en hg en donde al menos el jefe o cónyuge terminaron media

(c) Si el hogar reside cerca de basurales o zona inundable o villa de emergencia.

		JEFE VARON					JEFA MUJER					CONYUGE				
		Presencia (*)	Tasa de actividad (d)	Ingreso horario	Ingreso total	Horas semanales que trabaja	Presencia	Tasa de actividad	Ingreso horario	Ingreso total	Horas semanales que trabaja	Presencia	Tasa de actividad	Ingreso horario	Ingreso total	Horas semanales que trabaja
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo bajo (a)	Monoparentales	1,8	43%	25,3457	3947,4	24,188	2,1	57%	24,3883	2973,63	17,5838					
	Biparentales	2,0	39%	27,8102	5142,06	42,7453	2,1	38%	23,5222	2303,31	27,7605	2,01	37%	22,3539	1897,87	15,139
	TOTAL	2,0	39%	27,6632	5031,85	41,0333	2,1	52%	24,1353	2767,07	20,7198	2,01	37%	22,3539	1897,87	15,139
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo alto (b)	Monoparentales	1,9	53%	51,3627	5893,35	27,638	1,59	76%	36,285	5899,51	27,6938					
	Biparentales	1,7	46%	40,8796	7869,75	47,0355	1,73	44%	44,9535	4073,17	20,0673	1,69	46%	41,3075	3737,33	20,6334
	TOTAL	1,7	46%	41,0288	7831,99	46,6648	1,66	62%	40,1776	5002,92	23,9498	1,69	46%	41,3075	3737,33	20,6334
Niños de 0 a 8 años	Monoparentales	1,8	46%	32,873	4409,11	25,0066	1,9	65%	29,5496	3951,16	20,9616					
	Biparentales	1,8	43%	36,1931	6829,74	45,3997	1,9	42%	36,4261	3224,82	23,7549	1,82	43%	35,4327	3011,97	18,4667
	TOTAL	1,8	43%	36,0901	6712,71	44,4138	1,9	56%	32,0938	3673,51	22,0293	1,82	43%	35,4327	3011,97	18,4667

Notas:

(\*) % de niños que viven en hg que cumplen con ese requisito

(a) Niños que residen en hog en donde ni el jefe ni cónyuge terminaron media. En hg monoparentales se toma el dato del jefe

(b) Niños que residen en hg en donde al menos el jefe o cónyuge terminaron media

(d) Todas las tasas de actividad tienen como denominador la población económicamente activa (mayores de 16 años). Lo único que se modifica es el numerador para cada caso.

		OTROS de entre 15 a 17 años						OTROS de entre 18 a 24 años						
		Presencia	Tasa de actividad	Tasa de escolarización (e)	Ingreso horario	Ingreso total	Horas semanales que trabaja	Presencia	Tasa de actividad	% finalizó el nivel medio	% escolarizados en el nivel superior (f)	Ingreso horario	Ingreso total	Horas semanales que trabaja
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo bajo (a)	Monoparentales	1,97	30%	71%	18,8556	447,423	4,95	2,06	29%	26%	7%	19,849	1848,09	37,8502
	Biparentales	1,95	24%	77%	14,2849	211,593	2,78	2,00	22%	34%	9%	21,9522	2216,58	26,0713
	<b>TOTAL</b>	<b>1,95</b>	<b>26%</b>	<b>75%</b>	<b>16,1433</b>	<b>286,643</b>	<b>3,47</b>	<b>2,02</b>	<b>25%</b>	<b>31%</b>	<b>8%</b>	<b>21,1702</b>	<b>2070,97</b>	<b>30,7259</b>
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo alto (b)	Monoparentales	1,60	36%	93%	28,018	596,634	0,62	1,55	30%	52%	25%	23,9938	2160,29	19,3086
	Biparentales	1,68	25%	95%	16,0043	83,4734	1,01	1,71	25%	52%	27%	24,4111	1648,23	17,6513
	<b>TOTAL</b>	<b>1,67</b>	<b>26%</b>	<b>95%</b>	<b>17,1445</b>	<b>162,182</b>	<b>0,95</b>	<b>1,68</b>	<b>26%</b>	<b>52%</b>	<b>26%</b>	<b>24,3229</b>	<b>1746,38</b>	<b>17,969</b>
Niños de 0 a 8 años	Monoparentales	1,89	30%	76%	19,2596	480,096	4,00	1,97	29%	31%	10%	20,6264	1906,4	34,3873
	Biparentales	1,84	24%	85%	14,6831	157,86	2,04	1,89	23%	41%	16%	22,7826	1996,32	22,8083
	<b>TOTAL</b>	<b>1,85</b>	<b>26%</b>	<b>82%</b>	<b>16,3085</b>	<b>240,87</b>	<b>2,54</b>	<b>1,92</b>	<b>25%</b>	<b>37%</b>	<b>14%</b>	<b>22,0808</b>	<b>1966,67</b>	<b>26,6267</b>

Notas:

(\*) % de niños que viven en hg que cumplen con ese requisito

(a) Niños que residen en hogares en donde ni el jefe ni cónyuge terminaron media. En hg monoparentales se toma el dato del jefe

(b) Niños que residen en hg en donde al menos el jefe o cónyuge terminaron media

(e) Tasa de escolarización para personas entre 15 y 17 años: se dividió a la población entre 15 y 17 años que asiste al sistema educativo por la población total en ese grupo etario.

(f) Se computó a aquellos que alguna vez han asistido al nivel superior.

		OTROS familiares de entre 25 y más años							Mujeres 15 y más	
		Presencia	Tasa de actividad	% finalizó el nivel medio	% escolarizados en el nivel superior	Ingreso horario	Ingreso total	Horas semanales que trabaja	Presencia	% no estudia ni trabaja (g)
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo bajo (a)	Monoparentales	2,09	29%	35%	11%	27,9127	4195,31	51,4886	2,02	17%
	Biparentales	2,04	22%	38%	7%	25,4934	3284,65	58,9235	2,01	16%
	TOTAL	2,06	26%	36%	9%	26,8063	3738,49	55,2182	2,02	16%
Niños de 0 a 8 años en hogares con clima educativo alto (b)	Monoparentales	1,68	32%	64%	28%	37,12	4366,18	41,6032	1,61	10%
	Biparentales	1,73	24%	60%	24%	33,3976	4159,84	56,4251	1,69	10%
	TOTAL	1,71	27%	61%	25%	34,8049	4230,36	51,359	1,68	10%
Niños de 0 a 8 años	Monoparentales	2,00	29%	41%	15%	29,9213	4234,96	49,1943	1,89	14%
	Biparentales	1,92	23%	46%	13%	28,2806	3605,3	58,0082	1,82	12%
	TOTAL	1,96	26%	44%	14%	29,0937	3888,95	54,0378	1,83	13%

Notas:

(\*) % de niños que viven en hg que cumplen con ese requisito

(a) Niños que residen en hog en donde ni el jefe ni cónyuge terminaron media. En hg monoparentales se toma el dato del jefe

(b) Niños que residen en hg en donde al menos el jefe o cónyuge terminaron media

(g) Personas que no estudian (no asisten) y no trabajan (no están ocupadas).