

# Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años:

---

BASES PARA UN DIÁLOGO DELIBERATIVO

---



MINISTERIO DE SALUD



# Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años:

---

BASES PARA UN DIÁLOGO DELIBERATIVO

---



Fundación  
Kaleidos

MINISTERIO DE SALUD



## Dirección editorial

Zulma Ortiz. UNICEF

## Autores

Flavia Raineri. Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires

Mónica Confalone Gregorian. UNICEF

María Eugenia Barbieri. UNICEF

Maria Silvia Zamorano. Fundación Kaleidos

Ricardo Gorodisch. Fundación Kaleidos

Zulma Ortiz. UNICEF

## Colaboradores

Marcela Armus. Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Alejandra Grassi. Secretaría de salud Pública e Higiene, Municipio de Berazategui

Gisell Cogliandro. Fundación Observatorio de la Maternidad

Constanza Gueglio. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Mariano Zamorano. Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires

Marcelo Graff. Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires

Alejandro Capriati. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires

## Revisores

Patricia Segovia. Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires

Raúl Mercer. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISAP)

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), abril de 2015

Título: Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años

ISBN: 978-92-806-4801-0

Impreso en Argentina

Primera edición, abril de 2015

3.000 ejemplares

Diseño: GOMO | Estudio de diseño (gomo.com.ar)

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
(UNICEF)

[buenosaires@unicef.org](mailto:buenosaires@unicef.org)

[www.unicef.org.ar](http://www.unicef.org.ar)

# Índice general

|                                                                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Prólogo .....                                                                                                           | 7         |
| <b>1. Tomar decisiones basadas en la evidencia de la investigación .....</b>                                            | <b>9</b>  |
| Traducir el conocimiento en evidencia .....                                                                             | 10        |
| ¿Qué son los diálogos deliberativos? .....                                                                              | 10        |
| Claves para un diálogo deliberativo .....                                                                               | 11        |
| <b>2. La importancia de la primera infancia .....</b>                                                                   | <b>12</b> |
| Una ventana de oportunidades para invertir en la primera infancia .....                                                 | 14        |
| Un enfoque de equidad .....                                                                                             | 15        |
| <b>3. Marco teórico: los determinantes sociales y ambientales en la primera infancia .....</b>                          | <b>17</b> |
| Determinantes sociales y ambientales que pueden afectar el desarrollo infantil temprano en la provincia de Bs. As. .... | 20        |
| Agua, higiene y saneamiento (AHS) .....                                                                                 | 20        |
| Vivienda y hacinamiento .....                                                                                           | 21        |
| Educación de la madre .....                                                                                             | 22        |
| Situación laboral de la madre .....                                                                                     | 25        |
| Nutrición .....                                                                                                         | 26        |
| La nutrición en el embarazo .....                                                                                       | 26        |
| La nutrición en los niños y las niñas de 0 a 5 años .....                                                               | 28        |
| Estado psicoemocional desde el embarazo hasta los 5 años .....                                                          | 32        |
| Estrés y depresión materna .....                                                                                        | 32        |
| Los vínculos en el primer año de vida .....                                                                             | 33        |
| Violencia .....                                                                                                         | 34        |
| Reducir la violencia .....                                                                                              | 35        |
| La violencia en el embarazo .....                                                                                       | 35        |
| Accesibilidad y calidad de atención en los servicios de salud .....                                                     | 37        |
| Tratamiento con corticoides .....                                                                                       | 37        |
| Regionalización perinatal .....                                                                                         | 38        |
| Condiciones obstétricas y neonatales esenciales (cone) .....                                                            | 38        |
| Los controles de salud en los niños de 0 a 5 años .....                                                                 | 38        |

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>4. Las intervenciones programáticas en las distintas etapas de la primera infancia</b>                          | 40 |
| Un embarazo adecuado                                                                                               | 41 |
| El primer mes de vida                                                                                              | 43 |
| Nacer en un lugar adecuado                                                                                         | 43 |
| La hora sagrada                                                                                                    | 44 |
| La primera semana de vida: el momento más crítico                                                                  | 46 |
| El primer año de vida (del mes al año)                                                                             | 48 |
| De 1 a 3 años. Hogares propicios para el aprendizaje                                                               | 52 |
| Disponibilidad de espacios de cuidado infantil (centros de desarrollo infantil y jardines maternales)              | 55 |
| Aprender en un lugar adecuado (4 a 5 años). Ambiente propicio para el aprendizaje: el hogar y la educación inicial | 59 |
| Etapas preescolares                                                                                                | 60 |
| <b>5. Marco legal que protege a la embarazada y a la primera infancia</b>                                          | 62 |
| <b>6. Programas de la provincia de Buenos Aires para la embarazada y la primera infancia</b>                       | 67 |
| <b>7. Referencias bibliográficas</b>                                                                               | 75 |

## Índice de gráficos

|                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1. Nivel educativo de las jefas o cónyuges madres. Partidos del GBA. 2010                                                                          | 23 |
| Gráfico 2. Promedio de hijos de las jefas o cónyuges según nivel educativo. Partidos del GBA. 2010                                                         | 24 |
| Gráfico 3. Máximo nivel educativo de las jefas o cónyuges madres con hijos de 0-3 años según nivel de ingreso per cápita del hogar. Partidos del GBA. 2012 | 24 |
| Gráfico 4. Condición de actividad de las jefas o cónyuges madres. Partidos del GBA. 2010                                                                   | 25 |
| Gráfico 5. Calidad del empleo de las jefas o cónyuges madres según nivel educativo. Partidos del GBA. 2010                                                 | 26 |
| Gráfico 6. Estado nutricional durante la gestación según la tabla de ATALAH. Comparación entre 1er y 3er trimestre del embarazo. SIPA 2011                 | 27 |
| Gráfico 7. Distribución de embarazadas anémicas. Provincia de Buenos Aires. SIPA 2010                                                                      | 28 |
| Gráfico 8. Evolución de la lactancia materna exclusiva (LME) al 4º mes y el destete. Provincia de Buenos Aires. 1996-2012                                  | 31 |

|                                                                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Gráfico 9.</b> Proporción (%) de niños y niñas de 6 a 60 meses según línea de pobreza e indigencia y categorías de diagnóstico antropométrico nutricional, en relación a las curvas de la OMS.....        | 31 |
| <b>Gráfico 10.</b> Uso de corticoides prenatales en los recién nacidos menores de 34 semanas de gestación .....                                                                                              | 37 |
| <b>Gráfico 11.</b> Razón de mortalidad materna. Argentina. 1990-2013 .....                                                                                                                                   | 42 |
| <b>Gráfico 12.</b> Causas de mortalidad materna. 2001-2010. Provincia de Buenos Aires .....                                                                                                                  | 42 |
| <b>Gráfico 13.</b> Momento del inicio de los controles de embarazo en las embarazadas adolescentes. Provincia de Buenos Aires .....                                                                          | 43 |
| <b>Gráfico 14.</b> Cesárea y parto natural por región sanitaria. Provincia de Buenos Aires. 2011 .....                                                                                                       | 45 |
| <b>Gráfico 15.</b> Mortalidad neonatal según peso al nacer. Provincia de Buenos Aires. 2011 .....                                                                                                            | 47 |
| <b>Gráfico 16.</b> Tasa de mortalidad infantil, neonatal y post-neonatal. Provincia de Buenos Aires. 2003-2013 .....                                                                                         | 50 |
| <b>Gráfico 17.</b> Mortalidad neonatal según criterios de reducibilidad, por región sanitaria. Provincia de Buenos Aires. 2011 .....                                                                         | 50 |
| <b>Gráfico 18.</b> Mortalidad post-neonatal según criterios de reducibilidad, por región sanitaria. Provincia de Buenos Aires. 2011 .....                                                                    | 51 |
| <b>Gráfico 19.</b> Principales causas de mortalidad neonatal. Provincia de Buenos Aires. 2010-2011 .....                                                                                                     | 51 |
| <b>Gráfico 20.</b> Principales causas de mortalidad post-neonatal. Provincia de Buenos Aires. 2010-2011 .....                                                                                                | 52 |
| <b>Gráfico 21.</b> Porcentaje de niños y niñas de 1 y 2 años y de 3 a 4 años que participó con adultos del hogar en actividades que promueven el aprendizaje. Provincia de Buenos Aires .....                | 54 |
| <b>Gráfico 22.</b> Porcentaje de niños y niñas de 1 y 2 años y de 3 a 4 años que participó con adultos del hogar en actividades que promueven el aprendizaje, según quintil socioeconómico. Total país ..... | 54 |
| <b>Gráfico 23.</b> Niños y niñas de 0 a 4 años por asistencia a establecimientos de desarrollo infantil según quintil. Total país .....                                                                      | 58 |

## | Índice de figuras

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1.</b> Ventana de oportunidades para cada dominio del desarrollo infantil temprano .....                     | 14 |
| <b>Figura 2.</b> Esquema Modelo de Evaluación Global del Ambiente del Desarrollo Temprano de la Niñez [TEAM-ECD] ..... | 18 |
| <b>Figura 3.</b> Marco de análisis de los determinantes estructurales del bienestar de niños y niñas .....             | 19 |

## | Índice de tablas

|                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabla 1.</b> Intervenciones esenciales basadas en datos de la investigación para implementar durante los primeros días de vida .....                    | 46 |
| <b>Tabla 2.</b> Intervenciones esenciales basadas en datos de la investigación para implementar durante el primer año de vida .....                        | 49 |
| <b>Tabla 3.</b> Porcentaje de niños y niñas de 0 a 4 años por el número de libros para niños/as presentes en el hogar en la Provincia de Buenos Aires .... | 55 |

# PRÓLOGO

Los primeros cinco años de la vida son un momento crucial para el desarrollo de un individuo. Es un período corto pero único en el que los niños y las niñas necesitan atención, oportunidades para la exploración e interacciones adecuadas que les permitan alcanzar su potencial. Su abordaje, dado los múltiples factores que influyen en el desarrollo infantil temprano, requiere de un enfoque intersectorial, multi y transdisciplinario.

En la Argentina, son múltiples los actores que están preocupados y ocupados por garantizar los derechos en la primera infancia; sin embargo, la limitada integralidad al momento de hacer un análisis de la situación y elaborar propuestas que den soluciones a los problemas, resulta en barreras a la hora de implementar políticas públicas intersectoriales.

Esta publicación sintetiza y analiza exhaustivamente la evidencia teórica, empírica y vivencial, sobre los determinantes sociales y ambientales que pueden afectar el desarrollo de los niños y las niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años en la provincia de Buenos Aires. Se trata de un esfuerzo para revisar las políticas, planes y programas disponibles, y las brechas existentes que deberían reducirse para garantizar todos los derechos de los niños y las niñas que habitan en la provincia.

La novedad que presenta esta publicación es la aplicación de diálogos deliberativos entre todos los sectores involucrados en la primera infancia. Se trata de una metodología que triangula técnicas, recupera lo existente y sobre la base de diálogos entre las partes se construye una agenda de políticas públicas a favor de la infancia con enfoque de derechos, eficiencia y equidad, marcando un camino a seguir a partir de una agenda construida colectivamente. Las particularidades de la provincia de Buenos Aires plantearon muchos desafíos en el desarrollo de la iniciativa que hoy dejan aprendizajes para replicarse en cualquier territorio de Argentina.

Desde UNICEF, valoramos y apoyamos esta iniciativa, destacando el esfuerzo del Foro de Primera Infancia (FOPRIN), que desde la Cámara de Senadores de la provincia de Buenos Aires, lideró un equipo de trabajo integrado por miembros del Ministerio de Salud de la misma provincia y la Fundación Kaleidos.

**Florance Bauer**  
Representante UNICEF Argentina



# 1. Tomar decisiones basadas en la evidencia de la investigación

La toma de decisiones basada en la evidencia de la investigación disponible ayuda a mejorar la efectividad, la eficiencia y la equidad de las políticas.

La evidencia es un insumo muy importante para tomar decisiones. Sin embargo, la interacción entre la evidencia y la formulación de políticas no es tan sencilla.

Por un lado, porque la evidencia no siempre está disponible, puede no ser relevante en términos de las cuestiones que los tomadores de decisiones deben enfrentar, o no ser de fácil acceso.<sup>1,2</sup> Y por otro lado, porque la traducción de ese conocimiento como insumo para la toma de decisiones plantea grandes desafíos entre actores que pertenecen a dos mundos distintos.

## Traducir el conocimiento en evidencia

La traducción del conocimiento científico para tomar decisiones es un concepto muy amplio. Se define como **“el intercambio, síntesis y aplicación éticamente aceptable del conocimiento, dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios, que acelera la apropiación de los beneficios de la investigación por parte de la sociedad”**.<sup>3</sup>

Los investigadores trabajan en un mundo que tiene sus propios principios, reglas y regulaciones. En general, son personas especializadas en una temática, que generan conocimientos a partir de métodos científicos. Por otro lado, los tomadores de decisiones se manejan en otro mundo, con otras normas y valores y en el cual deben decidir ponderando múltiples factores y presiones. En este marco, la traducción del conocimiento tiene el desafío de transformar la evidencia en un insumo contextualizado que se reconoce como un elemento más en el complejo proceso de diseñar las políticas y tomar decisiones<sup>1</sup>. Así se **genera una intersección entre dos mundos separados con sus propias reglas de funcionamiento, creando un espacio de entendimiento mutuo y una mayor probabilidad de gestar acciones basadas en el conocimiento disponible**.<sup>4</sup>

## ¿Qué son los diálogos deliberativos?

Son una metodología que permite reunir la evidencia con las visiones, experiencias y conocimientos teórico, empírico y vivencial de todos los involucrados para el tema en discusión<sup>5</sup>. Esto se logra:

1. Utilizando la **evidencia como un insumo de la discusión**.
2. Creando oportunidades para que los tomadores de decisiones discutan, contextualicen y determinen **qué significa la evidencia a la luz del conocimiento** y las experiencias del mundo real.
3. Equipando a los tomadores de decisiones con **medidas basadas en conocimientos relevantes, utilizables y disponibles a tiempo**.

“Deliberación” es más que sólo una discusión de los temas. También considera el producto que surge de esa discusión (por ejemplo, una decisión o un conjunto de recomendaciones), y el proceso a través del cual se llega a ese producto<sup>6</sup>.

Los diálogos deliberativos reúnen la evidencia con las visiones, experiencias, valores y conocimientos de las personas involucradas, facilitando la transformación del conocimiento en política pública.



## Claves para un diálogo deliberativo

Hay al menos tres elementos clave para desarrollar un diálogo deliberativo:

1. Crear **un ambiente apropiado** para el diálogo, optimizando las posibilidades de intercambiar ideas, información y reflexiones. Esto implica planificar el proceso; generar el compromiso de los participantes; clarificar los objetivos y conducir el debate de manera transparente; elegir el momento oportuno para abordar la temática particular; definir las reglas de involucramiento y una cantidad adecuada de personas para debatir; y trabajar antes, durante y luego del debate.
2. Generar un **mix apropiado de participantes**, es decir, una combinación de visiones, experiencias y conocimientos que construirán el diálogo sobre el problema y sus posibles soluciones
3. Favorecer un **uso apropiado de la evidencia** para informar la toma de decisiones, priorizar acciones, justificar ciertos cursos de acción, apoyar solicitudes de fondos, generar mejores políticas y aumentar el conocimiento público para movilizar el apoyo hacia determinadas cuestiones.

## 2. La importancia de la primera infancia

La primera infancia –desde el nacimiento hasta los 5 años– es la etapa más importante del desarrollo de un individuo e influye en las etapas posteriores de la vida.

Los primeros cinco años de vida son los más importantes para el desarrollo de un individuo. La evidencia que aportan las neurociencias muestra como las experiencias en esos primeros años afectan la estructura y funcionamiento del cerebro y la vida psíquica, que dependen de la interacción entre factores genéticos y del medio ambiente, así como de la nutrición, los contactos, las caricias, las palabras, las interacciones y las experiencias.<sup>7-8</sup>

Por ello, la infancia temprana es un período corto pero único en el que los niños necesitan atención, oportunidades para la exploración e interacciones adecuadas que les permitan desarrollar su potencial. Además, no todos los déficits que se producen durante la primera infancia se podrán compensar más adelante y el costo es sumamente alto.

Las experiencias negativas en la primera infancia (como la falta de cuidados) y las deficiencias de desarrollo acumuladas influyen en etapas posteriores de la vida, tanto en forma de potenciales limitaciones en las capacidades cognitivas, educativas y laborales, como en la reproducción intergeneracional de la pobreza, replicando las inequidades en la próxima generación.<sup>9-10-11</sup>

**El desarrollo infantil temprano es un proceso de cambio que involucra cuatro dominios: físico, cognitivo, del lenguaje y socioemocional.** Estos dominios se encuentran vinculados y el progreso en uno de ellos afecta o promueve el progreso en otros.<sup>12</sup> Durante esta etapa, el niño aprende a lograr mayor complejidad en sus movimientos, pensamientos, emociones y relaciones con otros. Se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el crecimiento físico, el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, las habilidades cognitivas y de lenguaje verbal así como la interacción social.<sup>13</sup>

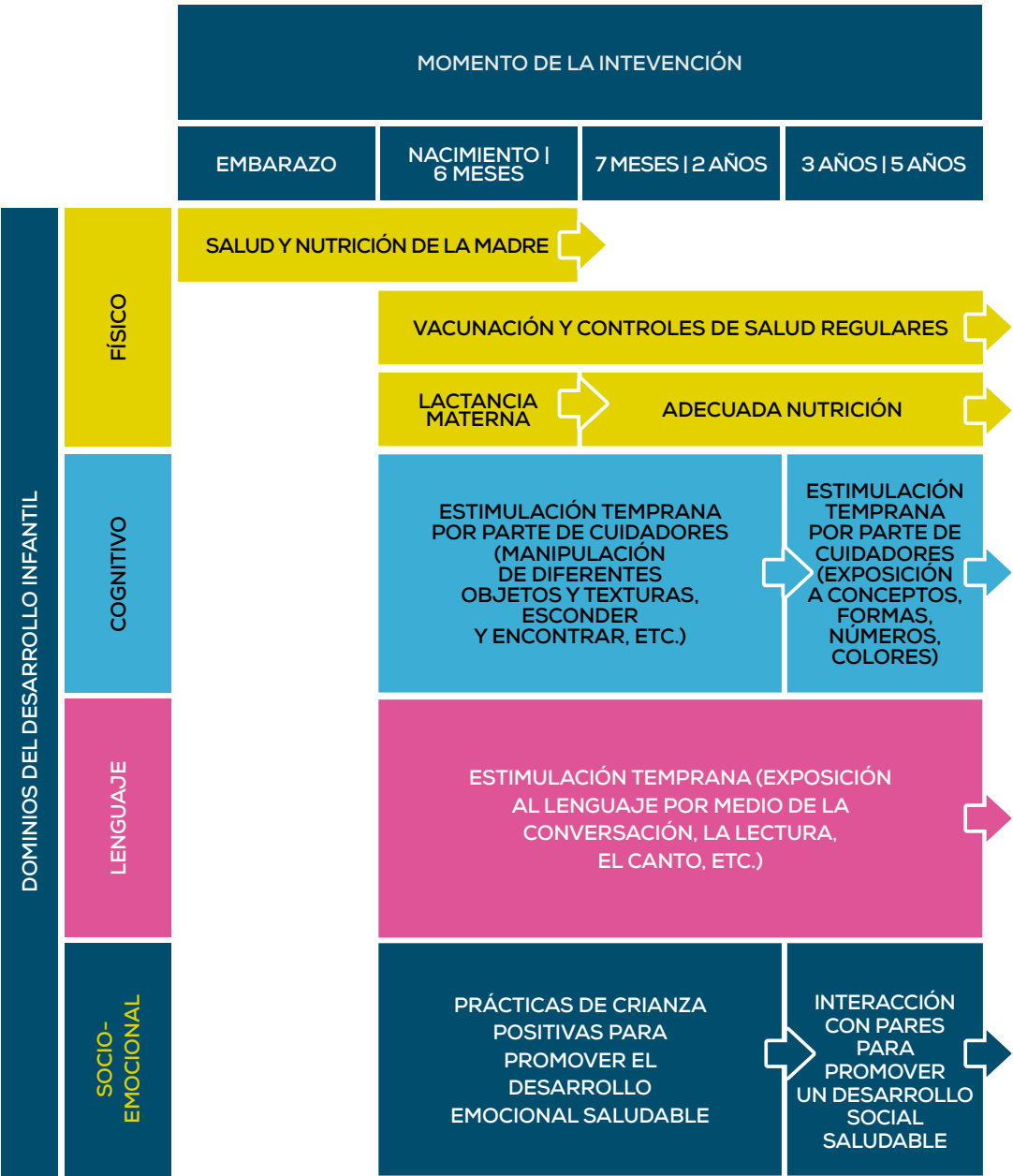
La importancia que el contexto tiene en los primeros mil días de vida implica la necesidad de un enfoque multisectorial en el diseño de las políticas públicas destinadas al desarrollo infantil temprano. La complejidad del desarrollo humano tiene como consecuencia que no exista una única intervención para proteger a la primera infancia.



# Una ventana de oportunidades para invertir en la primera infancia

La inversión en la primera infancia condiciona el futuro de las generaciones. La primera infancia es la etapa de mayor vulnerabilidad, pero también es el momento en donde se pueden lograr los mayores beneficios.<sup>14</sup> Algunas intervenciones son críticas en algunas etapas y, por lo tanto, deben ser priorizadas para las diferentes edades (ver Figura 1).<sup>12</sup>

FIGURA 1. VENTANA DE OPORTUNIDADES PARA CADA DOMINIO DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO



Las intervenciones en los primeros años tienen el potencial de contrarrestar las tendencias negativas y proveer a los niños, a lo largo de toda su vida, de mayores oportunidades y mejores resultados en términos de acceso a la educación, calidad del aprendizaje, crecimiento y salud y, eventualmente, productividad. Por ello, se trata de las **intervenciones más costo-efectivas** que un país puede implementar para su desarrollo humano.<sup>15-16-17</sup>

Brindar a los niños una nutrición adecuada y un entorno seguro y estimulante aumenta su probabilidad de sobrevivir y desarrollar plenamente el pensamiento, el lenguaje y las habilidades emocionales y sociales, a la vez que disminuye la probabilidad de enfermarse y presentar otros problemas de salud<sup>18</sup>.

El retorno de la inversión en el comienzo del ciclo de vida es alto, baja los costos e incrementa la eficiencia de futuras inversiones, mientras que subsanar una inversión inadecuada resulta mucho más difícil y costosa.

## Un enfoque de equidad

**La pobreza en la infancia, que comienza durante el embarazo, afecta el ejercicio de los derechos de los niños y limita el desarrollo de sus capacidades futuras y el de sus familias.**

Durante el embarazo, la pobreza puede causar que el feto se desarrolle por debajo del nivel óptimo. Se ha demostrado que la privación social y afectiva (definida como la falta de terminalidad educativa, de controles prenatales y de contención emocional) de la mujer embarazada repercute negativamente sobre su salud y la de su bebé, generando alteraciones anatómicas y funcionales en el feto. La discriminación o cualquier situación que vulnere sus derechos también podrá afectar al bebé.<sup>19-20</sup>

### ¿A QUÉ LLAMAMOS POBREZA INFANTIL?

Es muy importante ampliar la definición de pobreza infantil más allá de conceptos tradicionales como bajos ingresos de las familias o bajos niveles de consumo. En este sentido, la pobreza infantil tiene dos caras: **la escasez de recursos en los hogares** a los que pertenecen los niños y el **sufrimiento de múltiples privaciones que los perjudican**

**directamente** (como ser la falta de acceso a los servicios básicos y otros factores vinculados a la discriminación y a la exclusión que afectan su desarrollo psicosocial).<sup>21</sup>

Por otro lado, es crucial considerar en todo momento tanto el contexto en el que los niños, niñas y adolescentes desarrollan sus vidas como las condiciones económicas y el ejercicio de derechos que tienen sus hogares y las personas que los rodean, quienes tienen la responsabilidad de cuidarlos, protegerlos y apoyarlos en el proceso de crecimiento. Por ello, la pobreza que afecta a los niños es uno de los desafíos más grandes, no sólo por sus efectos en el presente sino también por sus consecuencias de larga duración sobre la infancia y el desarrollo integral más igualitario de una sociedad.<sup>22-23-24-25</sup>

Las carencias en la infancia asociadas a la pobreza, como la falta de estimulación o el stress excesivo, afectan el desarrollo neurológico y, por lo tanto, las habilidades cognitivas y no cognitivas. Un niño que padece constantemente hambre y a menudo se enferma no aprende fácilmente, aunque vaya a la escuela.



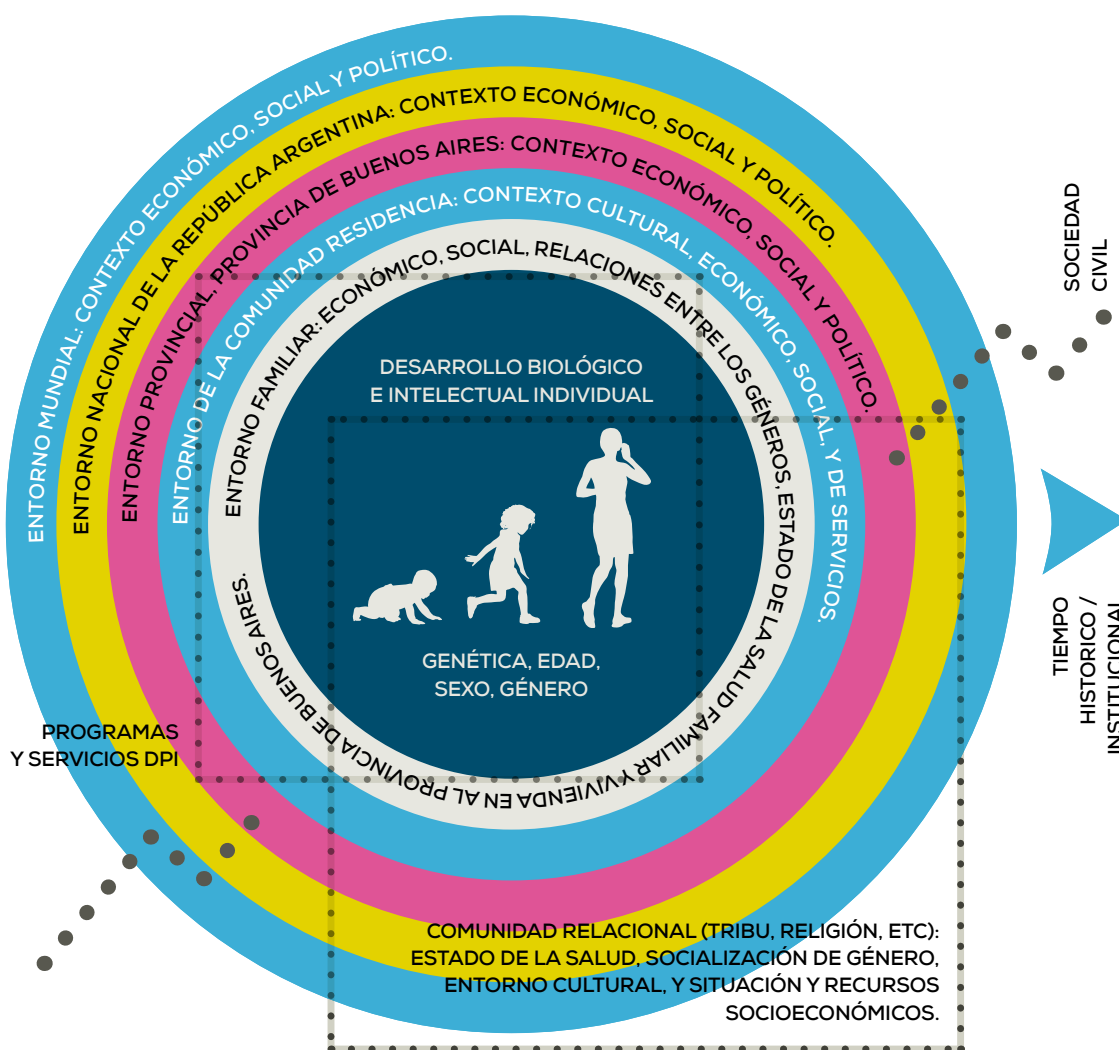
# 3. Marco teórico: los determinantes sociales y ambientales en la primera infancia

Los determinantes ponen en relación diferentes esferas del individuo, la comunidad, el Estado y permiten intervenciones que operan a nivel macro, micro o, idealmente, en ambos niveles.

La planificación de políticas públicas para la primera infancia, considerando el enfoque de los determinantes sociales y ambientales que propone el Modelo de Evaluación Global del Ambiente del Desarrollo Temprano de la Niñez,<sup>26</sup> implica atender los diversos aspectos de la vida de las personas, sus procesos biológicos y su medio ambiente, como elementos clave para alcanzar el máximo potencial de cada individuo y su familia.

Estos determinantes ponen en relación al individuo, las familias, las viviendas, las comunidades residenciales y relacionales, los programas y servicios para la primera infancia, y los ámbitos regional, nacional y mundial. En cada una de estas esferas hay, además, factores sociales, económicos, culturales y de género que inciden en la posibilidad de realización del potencial de cada niño y niña.

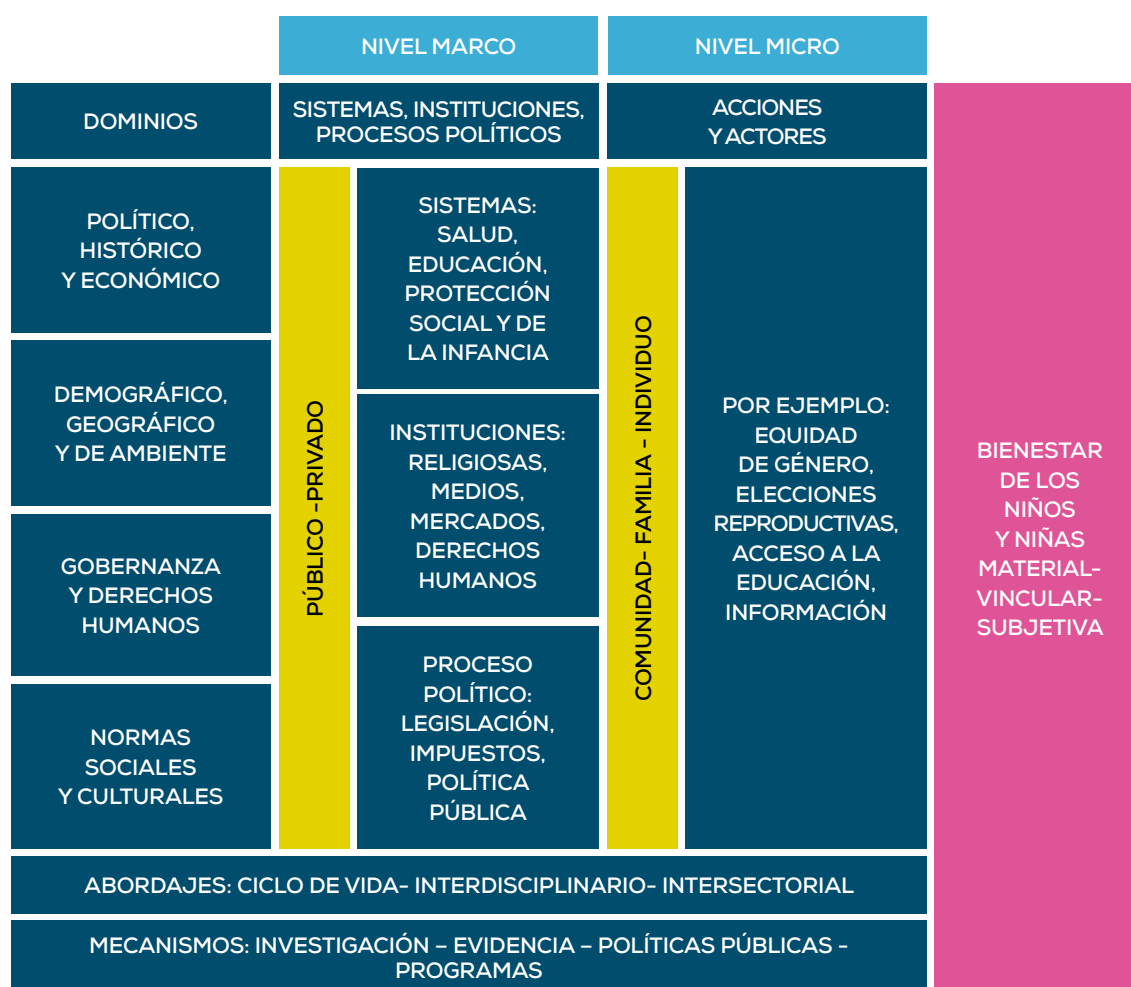
**FIGURA 2. ESQUEMA MODELO DE EVALUACIÓN GLOBAL DEL AMBIENTE DEL DESARROLLO TEMPRANO DE LA NIÑEZ [TEAM-ECD]**



Fuente: Adaptado de Irwin, L.G., Siddiqi, A. & Hertzman, C. (2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer, A Report for the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

La implicancia del marco de los determinantes en las intervenciones para mejorar el bienestar de los niños reside en que se puede operar a nivel macro, micro o, idealmente, en ambos. Este marco de análisis identifica **cuatro dominios** para codificar los determinantes 1. político, histórico y económico; 2. demográfico, geográfico y del ambiente; 3. gobernanza y derechos humanos; y 4. normas sociales y culturales. Los sistemas, las instituciones y los procesos políticos se consideran como acciones a **nivel macro**, abarcando modalidades públicas y privadas. Por otro lado, las acciones a **nivel micro** ocurren por medio de las comunidades, las familias y los individuos, generando un impacto en el bienestar de los niños a nivel material, subjetivo y vincular.<sup>27</sup>

**FIGURA 3. MARCO DE ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DEL BIENESTAR DE NIÑOS Y NIÑAS**



Fuente: UNICEF. The Structural Determinants of Child Well-being. An Expert Consultation Hosted by the UNICEF Office of Research. Junio 2012.

Los determinantes sociales y ambientales que pueden afectar el desarrollo infantil temprano y que fueron priorizados para su análisis en la provincia de Buenos Aires son los siguientes:

- Agua, higiene y saneamiento
- Vivienda y hacinamiento
- Educación de la madre
- Situación laboral de la madre
- Nutrición
- Estado psicoemocional
- Violencia
- Accesibilidad y calidad de atención en los servicios de salud

## Determinantes sociales y ambientales que pueden afectar el desarrollo infantil temprano en la provincia de Bs. As.

### AGUA, HIGIENE Y SANEAMIENTO (AHS)

La efectividad de las intervenciones que garantizan el acceso y la cobertura universal a los servicios de AHS está probada. Se reducen los costos de los servicios de salud, mejora la asistencia escolar, se asegura la igualdad de género y se beneficia al conjunto de la economía.

El acceso adecuado al agua, higiene y saneamiento (AHS) reduce los costos de los servicios de salud, mejora la asistencia escolar, incrementa el tiempo libre para actividades productivas y contribuye a asegurar la igualdad de género, lo que a su vez genera beneficios para el conjunto de la economía.

La efectividad de las intervenciones en AHS ha sido muy investigada y es lo suficientemente consistente para sustentar el acceso y cobertura universal.<sup>28-29-30-31-32-33-34</sup> También, los análisis económicos disponibles muestran que las mejoras en el acceso al agua potable y el saneamiento son costo-beneficiosas. El principal beneficio económico es el ahorro de tiempo que se requiere para acceder a las instalaciones de agua potable y saneamiento, y esto representa al menos el 80% de las ganancias.<sup>35-36-37-38-39</sup>

Por el contrario, la **falta de acceso a agua potable y saneamiento contribuye significativamente a la mortalidad infantil**, por asociarse con diarreas y neumonía. Por ello, los niños son muy vulnerables a la privación de AHS.<sup>40-41-42-43</sup>

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

De acuerdo a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, en la provincia de Buenos Aires:

- El 70,9% de los hogares cuenta con **acceso al agua potable por red pública**.

- Un 2,8% de los hogares dispone de **fuentes insatisfactorias de abastecimiento de agua potable** (perforación con bomba manual, pozo, transporte por cisterna y agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia). Si bien esta cifra es reducida en términos relativos, representa a casi 130.000 hogares y a unas 470.000 personas sin acceso a agua segura. La situación más crítica se registra en el segundo cordón del GBA, donde el 3,8% de los hogares recurre a fuentes de agua inseguras.
- Un 51,6% de los hogares de la provincia no cuentan con **acceso a la red pública de cloacas**. La falta de este servicio es más alta en la mayor parte de los partidos del segundo cordón del GBA, en donde en varias localidades se supera al 80% de hogares sin cobertura.<sup>44-45</sup>

Según datos de la Dirección Provincial de Servicios Públicos de Agua y Cloacas de la provincia de Buenos Aires, se espera que con el Programa Agua más Trabajo se incrementen los servicios y acorten los tiempos de obra, de manera tal de concluir 2015 con una cobertura del 80% en cloacas y 100% en agua potable.

## VIVIENDA Y HACINAMIENTO

**La vivienda representa un espacio vital que incide en los procesos de alimentación, educación, abrigo, protección y salud de las personas. Por ello, el hacinamiento o la falta de una vivienda adecuada influyen negativamente.**

Los niños son quienes suelen permanecer en el hogar más horas diarias y están expuestos mayor tiempo a los beneficios o a las desventajas que se derivan de las características constructivas, de diseño y de dotación de servicios. Así, la falta de acceso a una **vivienda adecuada** afecta en los niños los procesos de alimentación, educación, abrigo y construcción de vínculos de contención socio-familiares. Por ello, contar con un lugar propio y seguro es imprescindible en el proceso de formación de su identidad.

La conexión a los servicios básicos de agua y saneamiento y la materialidad y funcionalidad de la vivienda son dimensiones clave de la situación habitacional, con **efectos significativos, directos e indirectos, en la salud y el desarrollo infantil**.<sup>45-46-47-48</sup> Por ello, en las viviendas materialmente deficientes se localiza la población de mayor riesgo de afectación de las enfermedades ocasionadas por la vivienda y el entorno.<sup>49</sup>

Por otro lado, la falta de espacio en la vivienda incide negativamente en la salud física, psíquica y social. El **hacinamiento**, la relación entre la cantidad de personas en una vivienda y el espacio o número de cuartos disponibles, es utilizado como un indicador de proximidad forzada y vulnerabilidad y es una medida de las carencias materiales de la población. El hacinamiento facilita la transmisión de enfermedades infecciosas e implica además una pérdida de privacidad que influye de modo negativo en la convivencia, estando asociada a problemas como el incesto, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual infantil.

Vivir en un lugar adecuado es más que tener un techo. Significa tener un hogar, un lugar donde se proteja la privacidad, se contribuya al bienestar físico y psicológico y se apoye el desarrollo e integración social de sus habitantes. Es un lugar central para la vida del ser humano.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- En 2010, el 1,4% de las viviendas estaban **construidas con materiales insatisfactorios** (paredes, pisos o techos realizados en materiales no resistentes o de desecho), lo que implica unos 66.500 hogares y algo más de 200.000 personas (la mitad de ellos niños).<sup>50</sup>
- Según datos del Censo 2010, un 0,6% de los hogares se encontraba en una situación de **hacinamiento crítico** (5 o más personas por habitación). Si bien en términos relativos el porcentaje es bajo, esto implica que 185.000 personas, de las cuales más de la mitad son niños y adolescentes y sufren, en condiciones extremas, las consecuencias de la falta de espacio.<sup>45</sup>
- De acuerdo a la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia, un 36% de los hogares con niños, niñas y adolescentes del GBA viven en **áreas con condiciones ambientales poco favorables**. Un 19% reside en áreas o terrenos inundables, 15% en basurales y un 10% zonas de fábricas contaminantes.<sup>51</sup>

### EDUCACIÓN DE LA MADRE

**Los cuidadores que alcanzan niveles educativos más altos poseen mayor poder adquisitivo, mejor acceso a los servicios y control de los recursos para beneficio del niño o niña.**<sup>52</sup>

El bajo nivel educativo de los adultos cuidadores, especialmente de la madre, puede influenciar negativamente las conductas de cuidado para con el niño o la niña, tales como la búsqueda de atención sanitaria, los hábitos de higiene, la buena alimentación y otras prácticas de prevención como la vacunación. En ese sentido, **la terminalidad educativa** de las madres también tiene incidencia en la cantidad de hijos que tienen.

Por el contrario, los niños de madres con mayor terminalidad educativa tienen mayores niveles de desarrollo cognitivo y menor exposición a factores de riesgo.

Uno de los caminos más efectivos para reducir riesgos en la primera infancia es asegurar que más mujeres asistan a la escuela.<sup>53</sup> Así, la educación materna puede

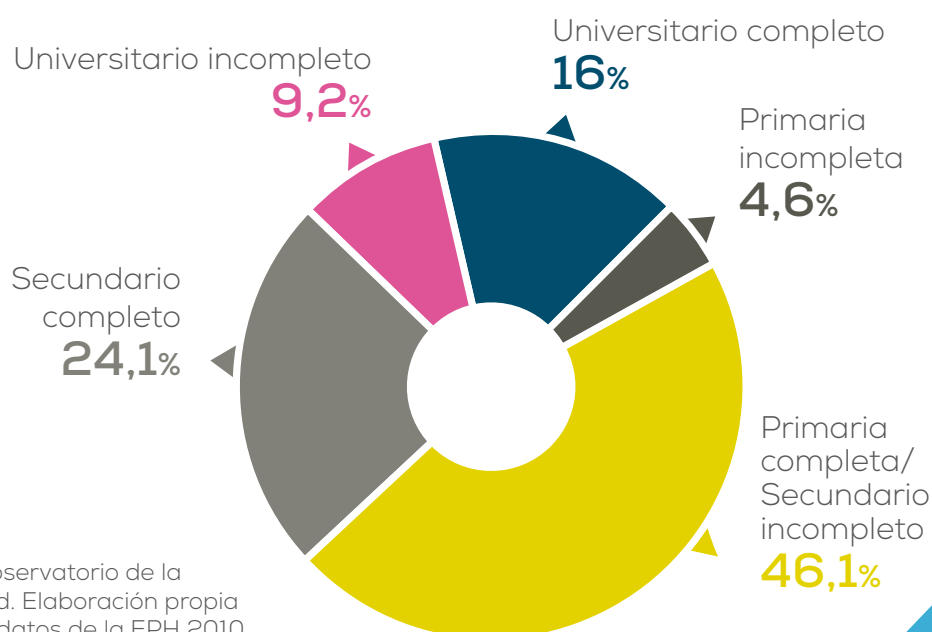
actuar como un factor protector reduciendo la mortalidad infantil y promoviendo un desarrollo saludable temprano del niño. Los beneficios más grandes, sin embargo, se logran cuando los programas de educación para las mujeres se complementan con programas para reducir la pobreza.<sup>54-55</sup>

## Los establecimientos educativos tienen el deber de garantizar el acceso y la permanencia en la escuela de las alumnas embarazadas.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

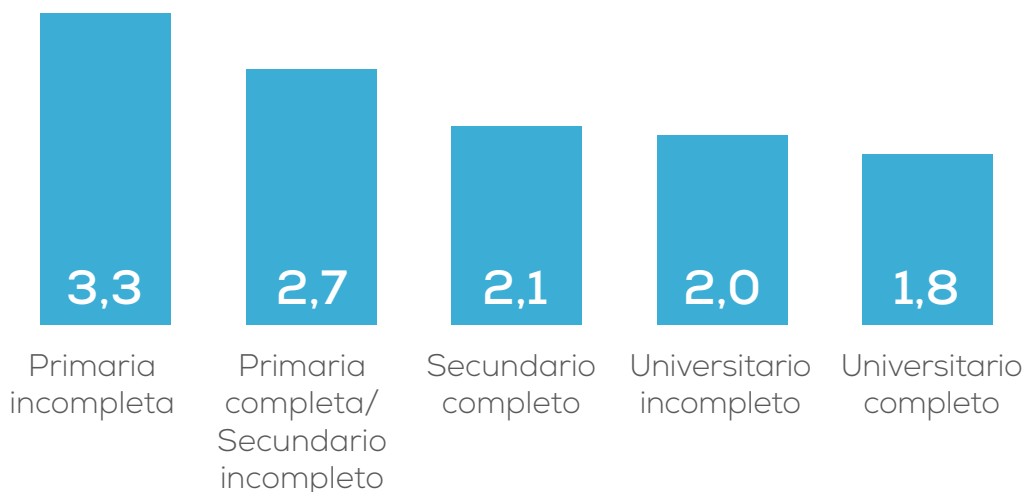
- El Gráfico 1 muestra que el 51% de las madres en los partidos del Gran Buenos Aires (GBA) tiene un **bajo nivel educativo**: casi el 5% no completó el primario y el 46% no terminó el secundario, y sólo el 24% completó el secundario.<sup>56</sup>
- En cuanto a la **cantidad de hijos**, las madres bonaerenses tienen en promedio 2,3 hijos. Sin embargo, aquellas que no finalizaron los estudios primarios tienen 3,3 hijos, mientras que las mujeres con estudios universitarios completos tienen 1,8 hijos (Gráfico 2).<sup>56</sup>
- En los hogares de menor **ingreso per cápita familiar**, el 59,7% de las madres con niños de cero a tres años no ha concluido el nivel medio de educación. En cambio, en los hogares de mayor ingreso el 50,5% de las madres completó el nivel universitario.

**GRÁFICO 1. NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS O CÓNYUGES MADRES. PARTIDOS DEL GBA. 2010. EN PORCENTAJE**



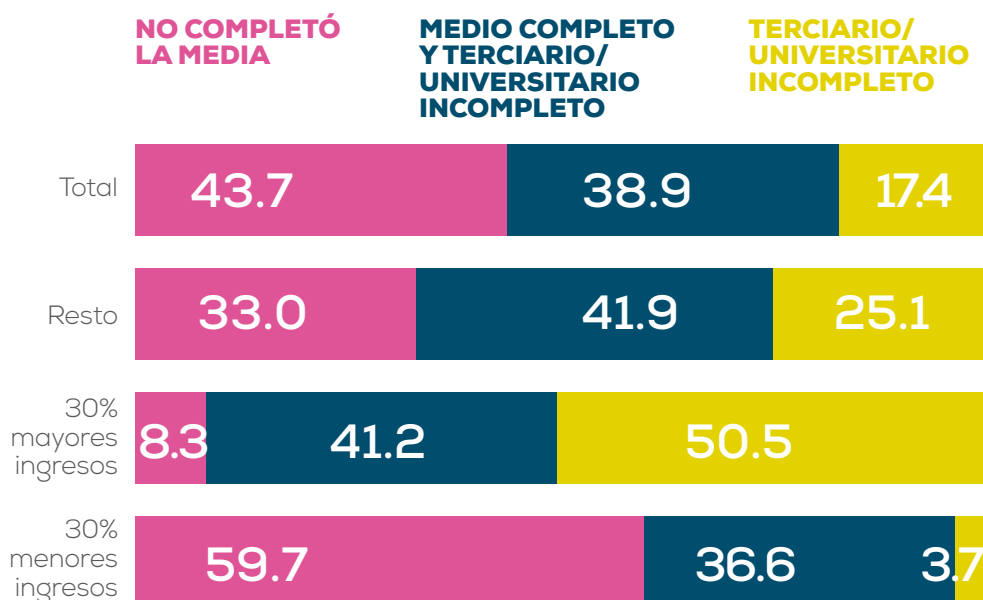
Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia en base a datos de la EPH 2010, 4° trimestre. INDEC.

**GRÁFICO 2. PROMEDIO DE HIJOS DE LAS JEFAS O CÓNYUGES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. PARTIDOS DEL GBA. 2010. EN PORCENTAJE**



Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia en base a datos de la EPH 2010, 4° trimestre. INDEC.

**GRÁFICO 3. MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO DE LAS JEFAS O CÓNYUGES MADRES CON HIJOS DE 0-3 AÑOS SEGÚN NIVEL DE INGRESO PER CÁPITA DEL HOGAR. PARTIDOS DEL GBA. 2012. EN PORCENTAJE**



Fuente: Observatorio de la Maternidad sobre la base de datos de la EPH (INDEC) promedio de los dos primeros trimestres de 2012.

## SITUACIÓN LABORAL DE LA MADRE

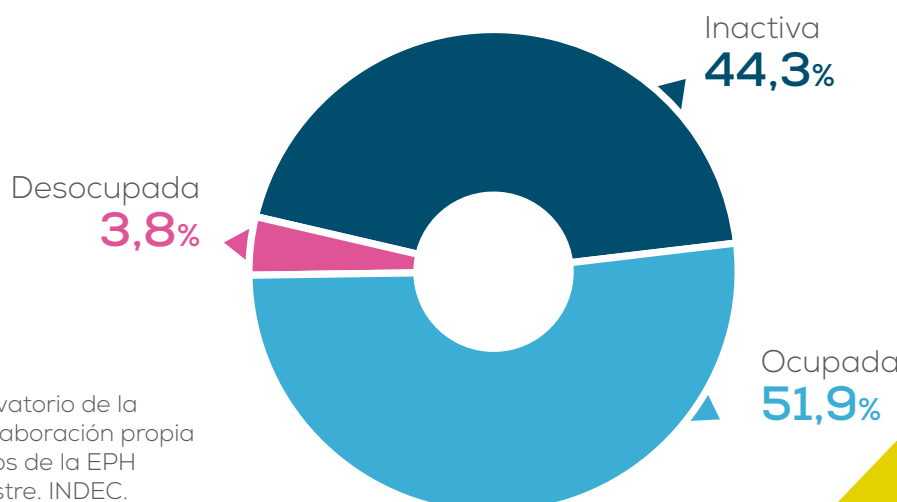
La inserción laboral de los adultos es un determinante del bienestar del hogar. La informalidad laboral de las madres implica mayor vulnerabilidad social: menores ingresos y acceso denegado a los beneficios de la seguridad social durante el embarazo, parto y puerperio.

Existe una cadena que conduce a reproducir y perpetuar la pobreza: las dinámicas del trabajo informal y la familia contribuyen a reforzar la escasez de ingresos de los hogares pobres e indigentes. Por ello, la profundidad de la pobreza se agrava en la medida en que la inserción laboral de los padres es más precaria, y aún más si no están ocupados.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

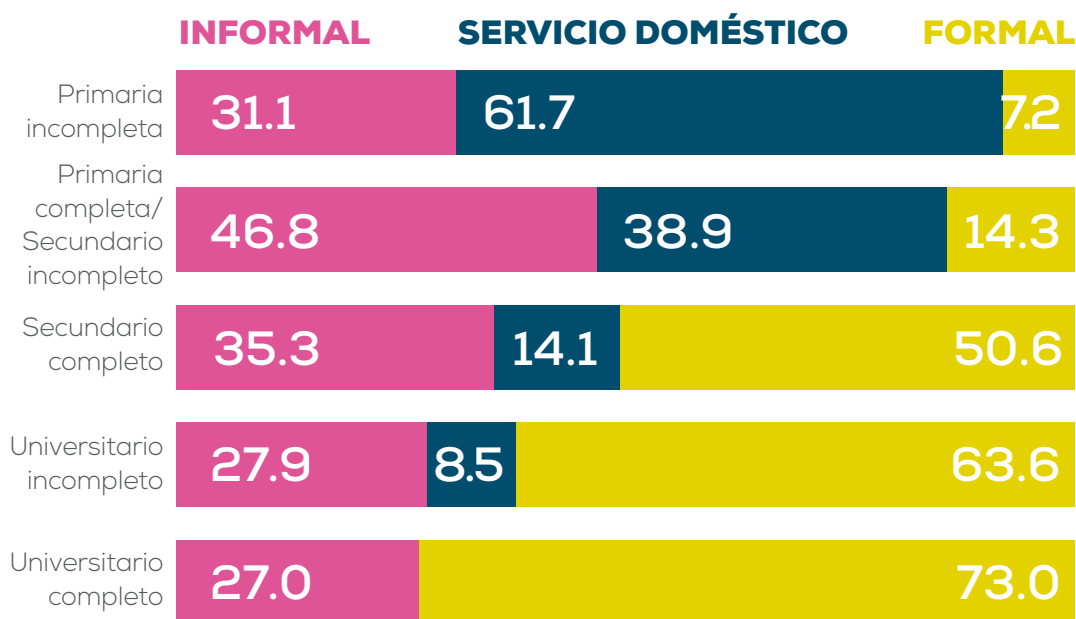
- El Gráfico 4 muestra que, en los partidos del GBA, el 56% de las madres se encuentra **activa** (52% ocupada y 4% desocupada) y el 44% **inactiva** (no trabaja ni busca trabajo).
- En 2010, las madres de los partidos del GBA que trabajan fuera de sus hogares contribuyen con prácticamente la mitad del **ingreso total del hogar** (46,3%), con un aporte promedio de \$2.084,9. Sin embargo, se encuentran en desventaja con respecto a las jefas de hogar que no son madres, ya que estas aportan el 57,9% de los recursos del hogar, \$2.865,8 en promedio.<sup>56</sup>
- 6 de cada 10 madres tienen un **trabajo informal o de servicio doméstico**. Esta situación se acentúa cuanto **menor es la terminalidad educativa**: el 86% de las madres con secundaria incompleta trabaja en el sector informal (47%) o de servicio doméstico (39%). Mientras que el 73% de las madres con nivel universitario completo tienen un empleo formal, solo el 7% de las madres que no completaron el primario acceden a esos empleos. Estas madres, en su mayoría, son empleadas domésticas (Gráfico 5).<sup>56</sup>

**GRÁFICO 4. CONDICIÓN DE ACTIVIDAD DE LAS JEFAS O CÓNYUGES MADRES. PARTIDOS DEL GBA. 2010. EN PORCENTAJE**



Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia en base a datos de la EPH 2010, 4° trimestre. INDEC.

## GRÁFICO 5. CALIDAD DEL EMPLEO DE LAS JEFAS O CÓNYUGES MADRES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. PARTIDOS DEL GBA. 2010. EN PORCENTAJE



Fuente: Observatorio de la Maternidad. Elaboración propia en base a datos de la EPH 2010, 4° trimestre. INDEC.

## NUTRICIÓN

### LA NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO

Existe una asociación importante entre la condición nutricional materna y el estado de salud del recién nacido. Además, puede vincularse, a largo plazo, con algunas enfermedades crónicas del adulto.

Los déficits en el estado nutricional infantil están generalmente asociados a múltiples factores del ambiente en el que vive el niño desde su concepción. Por eso, cuando se dan, desencadenan consecuencias de corto y largo plazo, no sólo en el crecimiento físico de los niños, sino en la supervivencia, el desarrollo cognitivo, la productividad laboral y la salud en la adultez, así como restricciones presupuestarias nacionales y crecimiento económico.<sup>58</sup>

La **desnutrición materna** en el primer trimestre puede provocar muerte embrionaria o malformaciones. Si ocurre durante el segundo y tercer trimestre, provocará retardo de crecimiento intrauterino y aumento de la morbilidad postnatal.

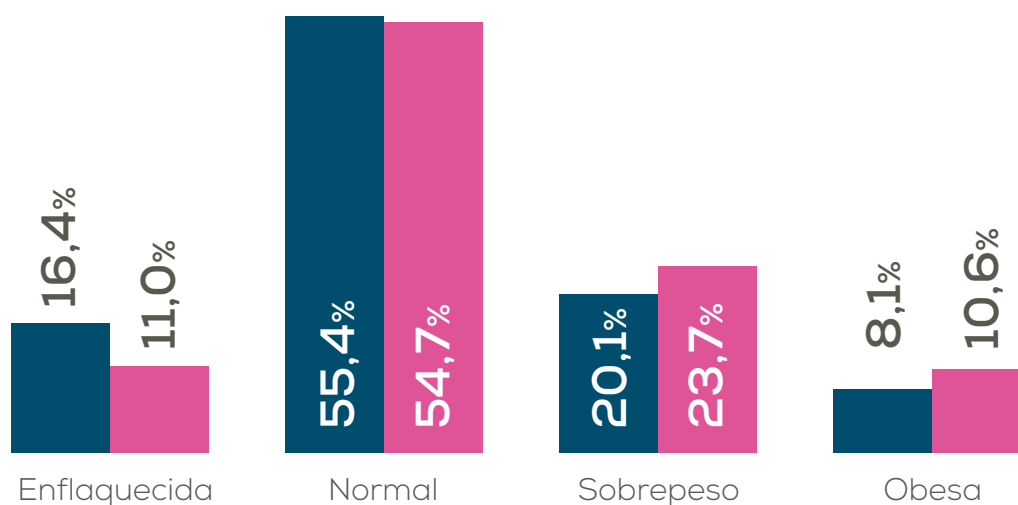
Por otro lado, **la obesidad y sus consecuencias** también generan grandes gastos en salud por los efectos adversos en la expectativa de vida, la productividad económica y los costos del tratamiento. Estudios epidemiológicos longitudinales han mostrado que existe una asociación importante entre la condición nutricional materna y –a largo plazo– algunas enfermedades crónicas del adulto como problemas cardiovasculares, obesidad y diabetes.<sup>59</sup>

De la misma manera, las consecuencias de la **anemia materna** incluyen: bajas reservas de hierro en el recién nacido (tendrá déficit de hierro en sus primeros meses de vida), mayor morbilidad y mortalidad neonatal infantil y materna, y mayor riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer, entre otras.<sup>60</sup>

#### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

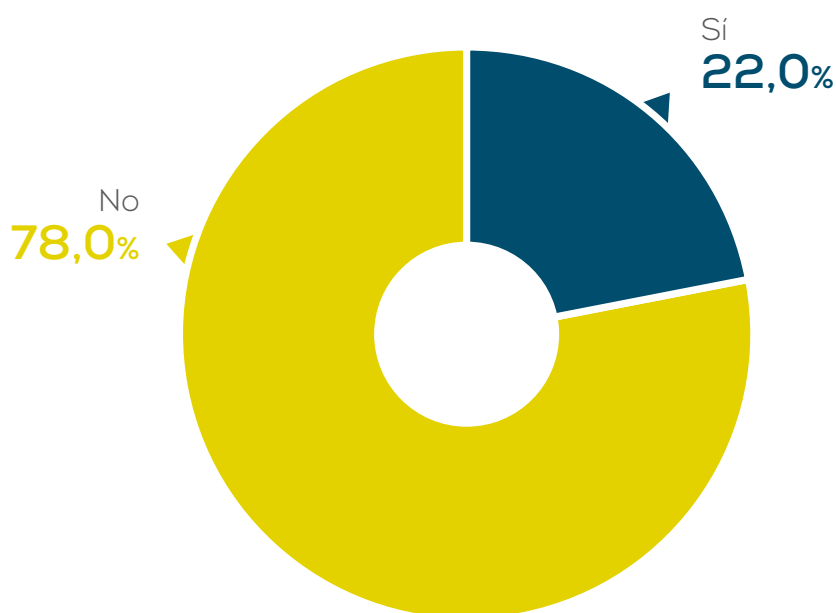
- En los últimos años disminuyó la **desnutrición materna** pero aumentó el **sobrepeso** y la obesidad (ver Gráfico 6).
- El 22% de las embarazadas tiene **anemia** (ver Gráfico 7).

**GRÁFICO 6. ESTADO NUTRICIONAL DURANTE LA GESTACIÓN SEGÚN LA TABLA DE ATALAH. COMPARACIÓN ENTRE 1ER Y 3ER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. SIPA 2011. EN PORCENTAJE**



Fuente: Sistema Informático Perinatal Ambulatorio (SIPA).  
Provincia de Buenos Aires. 2011.

**GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS ANÉMICAS. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. SIPA 2010. EN PORCENTAJE**



Fuente: SIPA, provincia de Buenos Aires, 2010.

El retardo en el crecimiento intrauterino o en el crecimiento lineal durante los dos primeros años de vida disminuye la productividad económica en la adultez. Por ello, la talla del niño acorde con su edad es el mejor indicador a futuro del capital humano.

## LA NUTRICIÓN EN LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS

En los primeros años de vida, los niños presentan una gran demanda nutricional por su velocidad de crecimiento, requerimientos nutricionales y requerimientos para defenderse de las enfermedades.

La lactancia es un alimento irremplazable para el sano crecimiento y desarrollo de los niños. Por este motivo, se recomienda la **lactancia materna exclusiva (LME)** hasta los seis meses de edad y la lactancia materna continuada desde los seis meses hasta

por lo menos los dos años de vida, con el agregado de alimentos adecuados para la edad de niño.<sup>61</sup> Así, en ese momento comienza la **alimentación complementaria**, que se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios. Existe consenso en que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es a los seis meses de vida, puesto que es más difícil que los niños con lactancia exclusiva cubran sus necesidades nutricionales.<sup>62</sup>

Una **alimentación complementaria insuficiente** es identificada como un factor de riesgo directamente asociado a la baja talla. Si bien la baja talla suele comenzar de manera temprana en el útero y continúa durante los dos primeros años, la mayor parte de la disminución en la talla para la edad ocurre durante el período de alimentación complementaria, entre los seis meses y dos años. En este punto vale destacar que el acortamiento es de origen multidimensional y puede ser causado también por estrés crónico, ambientes contaminados e infecciones a repetición, entre otras situaciones.

Entre las carencias nutricionales más frecuentes en el mundo se encuentra la **anemia por deficiencia de hierro**. Así como la baja talla es la forma prevalente de malnutrición en los niños, la deficiencia de hierro es la forma prevalente del déficit de micronutrientes. Ambas situaciones pueden coexistir en los mismos individuos, estratos sociales y regiones.

Por otro lado, **la deficiencia de micronutrientes en individuos aparentemente sanos** suele pasar inadvertida y puede traer consecuencias críticas en la salud.<sup>63</sup> La suplementación con hierro de los niños prematuros<sup>64</sup> y nacidos a término<sup>65</sup> es controvertida en cuanto a los beneficios en el desarrollo neurocognitivo, pero en el caso de los prematuros se muestra un examen neurológico con menos anormalidades.<sup>66</sup>

La desnutrición es, fundamentalmente, expresión de una patología social más generalizada: la pobreza (en el sentido global de múltiples carencias).

#### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

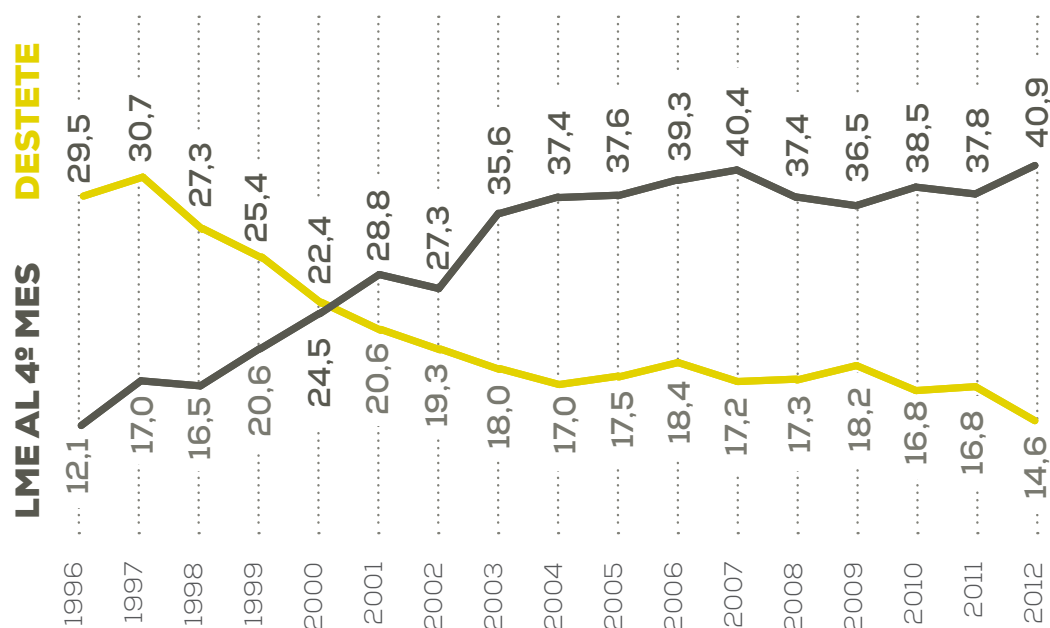
- Según los datos aportados por la Encuesta de Lactancia Materna, la proporción de **LME al cuatro mes** se incrementó desde 1996 a 2012, mientras que la prevalencia de destete a esa edad se redujo sustancialmente (Gráfico 8).
- En esta misma encuesta se observa que en los últimos tres años, el índice de **LME al segundo y cuarto mes** se mantuvo por encima del 38% y 54% respectivamente.

- De acuerdo a los resultados de la encuesta perinatal, realizada a 12.089 mujeres asistidas en 82 maternidades públicas en 2008, el 67% de los recién nacidos inició la **lactancia dentro de la primera hora de vida**. Este porcentaje es considerablemente menor en mujeres que fueron sometidas a una cesárea: 45% vs. 75% reportado por mujeres cuyo niño o niña nació por parto vaginal.
- Las **condiciones nutricionales** de los **niños menores de dos años** que consultan en el sistema público de salud han mejorado en los últimos catorce años.<sup>67</sup> Los problemas encontrados con mayor prevalencia son **acortamiento** (14,7%) y **obesidad** (12,8%, en aumento respecto de períodos anteriores), con índices de **bajo peso** de 4,2% y **emaciación** de 2,7%.
- Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), los índices de **bajo peso** (2,2%) y **emaciación** (1,0%) para los **niños menores de cinco años** no superan los del total país. En cambio, sí superan al total país los índices de **obesidad** (11,3% vs 10,3%) y de **acortamiento** (8,4% vs 8,0%).
- Excepto en el caso de obesidad, se observa en el Gráfico 9 que los **resultados antropométricos** son significativamente peores en los niños bajo líneas de pobreza e indigencia que aquellos no pobres.
- Datos de la ENNyS señalan que en el GBA, la **prevalencia de anemia** en niños de seis a veintitrés meses es de 34,9% y de 17,9% en los niños de entre seis meses y cinco años. El riesgo de déficit de hierro es significativamente mayor entre los niños que nacen en hogares con necesidades básicas insatisfechas o bajo la línea de pobreza.
- Durante 2011, la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR) realizó un estudio de nutrición, desarrollo psicomotriz y análisis toxicológico, observando que en La Matanza, la **prevalencia global de anemia** en menores de dos años era del 29,25%. La composición de la ingesta diaria analizada en dicho estudio permite reconocer el riesgo de deficiencia de hierro, ya que el grupo de las carnes representa sólo el 16% de la ingesta total de hierro.<sup>68-69</sup> Este estudio, realizado más recientemente que la ENNyS en una población muy vulnerable de la provincia, indica que la prevalencia de anemia se habría reducido, aunque sigue siendo elevada.

Los datos presentados en este apartado impulsan a replantear las estrategias nutricionales aplicadas por los distintos programas que se encuentran involucrados en la educación alimentaria, entrega de alimentos y evaluación de políticas alimentarias.

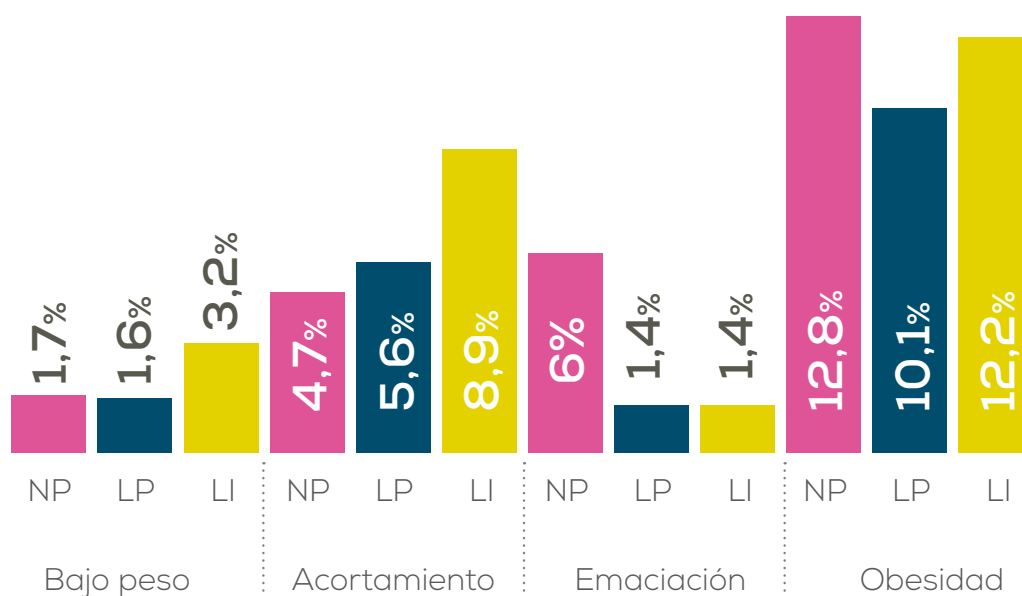


**GRÁFICO 8. EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) AL 4º MES Y EL DESTETE. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 1996-2012. EN PORCENTAJE**



Fuente: Encuesta Lactancia Ministerio de Salud provincia de Buenos Aires. Año 2012.

**GRÁFICO 9. PROPORCIÓN (%) DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 60 MESES SEGÚN LÍNEA DE POBREZA E INDIGENCIA Y CATEGORÍAS DE DIAGNÓSTICO ANTROPOMÉTRICO NUTRICIONAL, EN RELACIÓN A LAS CURVAS DE LA OMS**



Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. 2005.

## ESTADO PSICOEMOCIONAL DESDE EL EMBARAZO HASTA LOS 5 AÑOS

### ESTRÉS Y DEPRESIÓN MATERNA

La ansiedad y la depresión materna pueden producir complicaciones obstétricas, daños que tengan consecuencia en el desarrollo fetal y problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia.

La **depresión materna** ha sido destacada como un factor de riesgo para el desarrollo infantil temprano. Una de las consecuencias más graves que produce en el bebé es el retraso y alteración en la adquisición del lenguaje.

De la misma manera, altos niveles de **ansiedad materna** en la fase prenatal fueron asociados a complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia. Cuando se da en la segunda mitad del embarazo, la ansiedad materna podría producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño, que lo harían más vulnerable e incrementarían considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad.<sup>70</sup> Además, está demostrada la co-ocurrencia de ansiedad materna y depresión.<sup>71-72</sup>

Por otro lado, una de las causas de **estrés materno** es la soledad y el aislamiento social (pobreza, violencia, abuso, fallecimiento de la pareja, enfermedad psiquiátrica previa). En cualquier circunstancia, la soledad silencia a la embarazada y al vínculo con su bebé. Además, es altamente probable que le produzca depresión.<sup>73-74</sup>

Esto debe leerse a la luz de los hallazgos de diversos estudios internacionales que sugieren que no hay ningún período en la vida de la mujer en que se tenga más riesgo de sufrir trastornos mentales que en los días posteriores a dar a luz, siendo la **depresión posparto** el más frecuente.<sup>75</sup> Algunas estimaciones establecen que entre el 10% y el 18% de las mujeres presentan síntomas de depresión en los primeros meses que le siguen al parto. En la provincia de Buenos Aires nacen por año alrededor de 290.000 niños y niñas, lo que aproximaría una cifra de alrededor de 30.000 mujeres que podrían sufrir algunos de estos trastornos. Además, de las mujeres que presentan indicadores de depresión en los primeros meses posteriores al nacimiento del niño, la mitad sigue presentando sintomatología al año.<sup>76</sup>

Para contrarrestar estas situaciones es posible evaluar la depresión materna en el monitoreo obstétrico por la presencia de signos de tristeza, aislamiento y retracción persistentes. También destacando la importancia de otros cuidadores, que puedan sostener a la madre y al bebé y ocupar un rol central en el cuidado del niño hasta que ella se encuentre mejor.

## LOS VÍNCULOS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Por presentar una estructura psíquica en formación, el bebé se encuentra en un estado de gran fragilidad. Por ello, las experiencias afectivas con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida tienen una enorme influencia en el desarrollo cognitivo, social y emocional.<sup>77</sup>

Desde su nacimiento, el neonato tiene la **capacidad de relacionarse socialmente**. Es una persona activa que busca y promueve conectarse con el mundo y construir sus primeras relaciones. Sin embargo, podrá desarrollar esta capacidad si hay "alguien": el **cuidador primario** -habitualmente la madre- disponible para establecer esta relación social.

A pesar de esta capacidad, el recién nacido experimenta un sentimiento universal de desamparo. Para dar respuesta a ese desamparo debe ofrecerse al bebé **sostén emocional**, que permita que se construya entre el recién nacido y las personas encargadas de su crianza, un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades. Ese sostén se da en el marco de un **vínculo estable, de apego, con los cuidadores primarios**.

El **vínculo de apego** se describe como un lazo afectivo, primario y específico entre un bebé y su figura cuidadora, que garantiza evolutivamente un desarrollo saludable a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y neuroendocrina.<sup>78</sup> Actúa como base segura en momentos de estrés y como refugio en momentos de exploración. Por *estable* entendemos un vínculo **cotidiano y previsible**, que en los primeros tiempos necesita de una o más personas que se ocupen de la crianza del bebé. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le permiten al niño construir una relación de apego seguro y adquirir confianza básica para luego explorar el mundo, crecer, separarse e individuarse.

Diversos estudios transculturales demuestran que apegos del tipo seguro se correlacionan con niños sanos con un mejor desarrollo cognitivo, psicológico, social y emocional. También se han encontrado asociaciones significativas entre parto vaginal y apego seguro, lo que en un país con altos índices de cesáreas es un indicador esencial a tener en cuenta.<sup>79</sup> Y el reciente descubrimiento de la neuroplasticidad (plasticidad cerebral) –que muestra cómo el cerebro tiene la capacidad de moldearse de acuerdo a las experiencias, entre las que se incluye el establecimiento de un vínculo temprano satisfactorio– avala la importancia del apego seguro. Por lo tanto, el vínculo temprano tiene relación directa con la organización cerebral.<sup>80</sup>

El ambiente cuidador debe funcionar como un factor protector que escude al niño de los eventos estresantes, reduciendo así su impacto. Si no ofrece protección, no solo no ayuda sino que multiplica el impacto, convirtiéndose así en un factor de riesgo para el niño. Es fundamental que los cuidadores primarios y los agentes comunitarios reciban el sostén y el acompañamiento en su tarea para no sentirse solos frente a situaciones tan complejas y demandantes.



Promover los factores protectores y prevenir los factores de riesgo haciendo intervenciones tempranas con el bebé y sus padres previenen alteraciones tanto en el campo emocional como en el neurológico, evitando futuras discapacidades en ambas áreas. La salud mental de la puérpera y del recién nacido son elementos esenciales a tener en cuenta en la implementación de políticas públicas sobre primera infancia.

## VIOLENCIA

La violencia tiene un efecto profundo y duradero en el desarrollo de los niños, ya sean víctimas directas o testigos de la misma. Afecta su salud física y emocional, su capacidad de aprendizaje e incluso el desarrollo de sus cerebros.

El **abuso y la negligencia infantil** se definen como cualquier acto, o a la falta de un acto, por parte de un padre/madre o cuidador que resulta en muerte, daño físico o emocional grave, abuso sexual o explotación, o un acto u omisión del mismo que se presenta con un riesgo inminente de daños graves.<sup>81</sup> Los profesionales de la salud que

atienden niños deben estar preparados para identificarlos en situación de riesgo y conocer cómo implementar las intervenciones necesarias. También deben sospechar el maltrato infantil cuando se ha producido.<sup>82</sup>

Los niños que han experimentado abuso o negligencia son más propensos a tener peor salud física y/o mental, dificultades en la esfera social (vínculos inseguros con los cuidadores y relaciones problemáticas con compañeros y adultos más tarde en la vida), disfunción cognitiva atribuible al impacto negativo de la tensión excesiva en el desarrollo del cerebro, comportamientos de alto riesgo (abuso a las drogas y al alcohol), actividad sexual temprana con el probable embarazo adolescente y problemas de conducta, incluyendo la agresión y la delincuencia en la adultez.<sup>83</sup>

## REDUCIR LA VIOLENCIA

La reducción de la violencia implica: prevenir la victimización directa de los niños pequeños; combatir la violencia contra quienes les cuidan, especialmente sus madres; y abordar la violencia en las comunidades.

Lograr la reducción de la violencia no sólo tiene un impacto generacional sino transgeneracional. Desde esta perspectiva, para el ser humano que se desarrolla en condiciones adversas, el fortalecimiento de vínculos saludables puede constituirse en una forma de superar la inequidad producto del impacto de determinantes genéticos y sociales.<sup>84</sup>

Se ha mostrado que los niños y niñas expuestos a la violencia social o de la comunidad presentan vínculos más inestables y mayor riesgo de problemas de conducta y agresividad.<sup>85</sup>

## LA VIOLENCIA EN EL EMBARAZO

**Las consecuencias a largo plazo de la violencia de género durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo físico y psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera también podrá golpear a sus hijos.**

La razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de sufrir violencia en el hogar durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero debido al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Es difícil estimar quienes serán

las embarazadas más vulnerables,<sup>86</sup> pero sí está documentado que las adolescentes embarazadas corren más riesgos de sufrir violencia, y si el embarazo es no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega a ser cuatro veces más probable.<sup>87</sup>

Las **consecuencias a largo plazo de la violencia de género** durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo físico (bajo peso al nacer, prematuridad y pequeño para edad gestacional)<sup>88</sup> y psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera también podrá golpear a sus hijos.

Por este motivo, y porque la violencia o amenaza de violencia contra la mujer embarazada es más frecuente que la hipertensión<sup>89</sup>, es necesario **fortalecer las redes** para la atención de las víctimas con equipos interdisciplinarios que trabajen desde el inicio de los controles prenatales.<sup>90</sup>

La gran mayoría de los profesionales entrevistados por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en siete jurisdicciones de Argentina coincidió en que la violencia es un problema prevalente en sus respectivas localidades. Sin embargo, también manifestaron serias dificultades en su abordaje, lo que ocasiona sentimientos de impotencia.<sup>90</sup>

#### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- Según datos obtenidos de los registros del programa provincial (2012-2013) contra la violencia de género y violencia familiar se observa que **las franjas de edad más afectadas** son las de 20 a 39 años (52,9%) y la de 6 a 19 años (22,5%).
- Otro dato de importancia es el **"vínculo con el agresor"**, que muestra que hasta los catorce años el 79,6% de las veces es un familiar; y a partir de los quince años el 40% de las veces en promedio, la violencia es ejercida por la pareja. Mientras que, hasta mediados de 2012 en las mujeres mayores de quince años la violencia era producida por su familia nuclear, en 2013 la mayor proporción de la violencia aparece producida parejas y ex parejas.<sup>91</sup>

La discriminación contra las mujeres es un factor que contribuye a la mortalidad materna y neonatal.

En contextos donde las mujeres ven limitadas sus capacidades de movimiento y de sustentarse económicamente, se reducen las posibilidades de acceder a los servicios, contribuyendo a menores cuidados durante el embarazo y en el recién nacido.<sup>82</sup>



## ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

### TRATAMIENTO CON CORTICOIDES

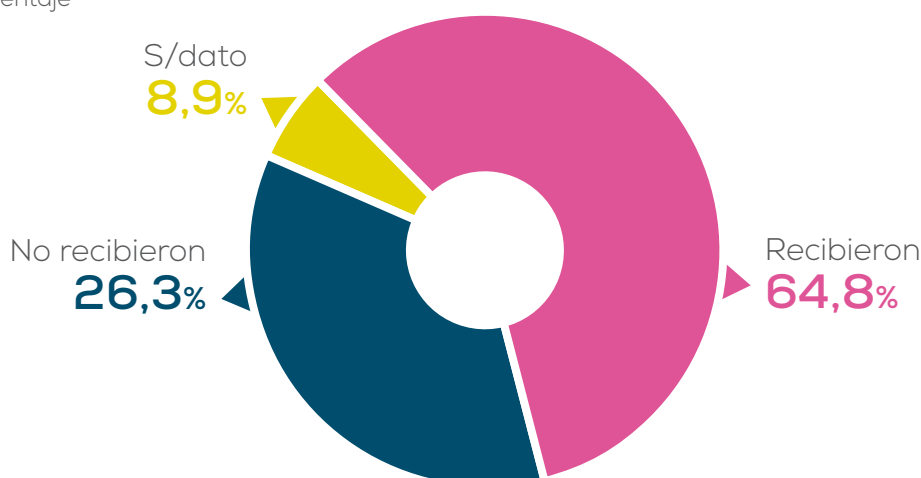
El uso de corticoides en mujeres con riesgo de parto prematuro reduce el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y muerte perinatal, pero sólo los reciben el 65% de las embarazadas que lo requieren.

El parto prematuro es una de las principales causas de discapacidad y muerte perinatal. Representa un problema importante para la salud pública a nivel mundial<sup>93</sup> y también para Argentina y para la provincia de Buenos Aires. Es más frecuente en comunidades económicamente desfavorecidas y es agudizado por la falta de acceso a centros de atención de la salud neonatal de calidad y por el limitado acceso a intervenciones costosas como, por ejemplo, el tratamiento con **surfactantes**.

El uso de **corticoides** en mujeres con riesgo de parto prematuro, sin embargo, es comparativamente poco costosa y muy importante dada su efectividad para reducir en un gran porcentaje los riesgos de complicaciones relacionadas con la prematurez, como el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular y la muerte perinatal.<sup>94-95-96</sup> Se requiere de personal sanitario capacitado para identificar a las mujeres con riesgo de parto prematuro y para administrar inyecciones intramusculares sin necesidad de contar con una infraestructura especial en los servicios asistenciales. Es llamativo que los resultados que muestran su uso indiquen que sólo el 64,8% lo recibió cuando lo requería. (Gráfico 10).

#### GRÁFICO 10. USO DE CORTICOIDES PRENATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS MENORES DE 34 SEMANAS DE GESTACIÓN

En porcentaje



Fuente: Sistema Informático Perinatal 2012.

## REGIONALIZACIÓN PERINATAL

**La regionalización perinatal busca alcanzar la atención de calidad para todas las gestantes y la utilización apropiada de la tecnología y personal entrenado.**

La regionalización de los servicios de salud materno-perinatales significa el desarrollo de un sistema coordinado, dentro de un área geográfica, en el cual se busca alcanzar tanto la atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos como la utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable. Cada componente del sistema regional debe proveer la atención de mayor calidad, pero es el grado de complejidad del paciente el que determina dónde y quién proveerá la atención.<sup>97</sup>

El sistema de salud en la Argentina –y, por ende, la atención perinatal– se caracteriza por su segmentación y fragmentación, lo que ha tenido como consecuencia la construcción caótica e insuficientemente regulada de la atención perinatal pública, en especial en el conurbano de la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, ya está en marcha una restructuración de la atención perinatal en el sector público del conurbano bonaerense. Esta supone una organización por niveles de complejidad creciente, con un establecimiento perinatal de Nivel III cada 10.000 nacimientos producidos en el área programática y con el Nivel IV provisto por los hospitales pediátricos de CABA, el Hospital Sor María Ludovica de La Plata y, para algunas especialidades, por el Hospital Posadas.

## CONDICIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE)

**Las CONE son los recursos humanos, físicos y económicos que indispensablemente deben estar presentes en todos los centros que atienden partos para garantizar la mayor seguridad en la atención materno-infantil en ese momento.**

En la provincia de Buenos Aires, el 11% de los niños y niñas que nacen en instituciones públicas lo hacen en lugares que no cuentan con las CONE. Sin embargo, debido a la diversidad que existe en la provincia, hay regiones sanitarias en donde hasta el 19% de los nacimientos se producen en instituciones que no cuentan con las CONE <sup>1</sup>.

## LOS CONTROLES DE SALUD EN LOS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS

**Los controles de salud son el momento adecuado para reflexionar con los padres sobre las pautas de crianza que aseguren el crecimiento y el desarrollo apropiado de sus hijos. Deben ser frecuentes, estimando entre 7 y 13 consultas en el primer año de vida.**

---

1. No se cuenta con información para los nacimientos en el sector privado.

Desde el nacimiento hasta los doce meses de edad los niños crecen, en promedio, alrededor 25 cm. Esta velocidad de crecimiento no se volverá a alcanzar en ninguna otra etapa de la vida postnatal. Es por ello que la **vigilancia del crecimiento** adquiere tanta sensibilidad en esta etapa como indicador positivo de salud.<sup>98</sup>

Otro de los elementos centrales en la evolución del niño durante el primer año es el **desarrollo**: un proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales y mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea.

El **modelo de desarrollo integral** vincula los modelos actuales de enfoque de riesgo y enfermedad con estrategias para la promoción de la salud y el desarrollo, siendo necesario adoptar un enfoque interdisciplinario y un sistema con múltiples entradas (individual, familiar y/o comunitario).

#### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- Si bien la disponibilidad de los servicios de salud (centros de atención primaria de la salud (CAPS), centros ambulatorios de hospitales) parece ser adecuada para la cantidad de niños, no se asegura que a **calidad de la atención** sea homogénea.
- Existen desafíos pendientes: la categorización de los servicios pediátricos, seguimiento con indicadores de calidad de atención, mayor eficiencia en sistemas de referencia y contra referencia, creación de un registro único de la atención.

# 4. Las intervenciones programáticas en las distintas etapas de la primera infancia

## Un embarazo adecuado

**La salud física, mental y emocional de la embarazada impacta positivamente en la infancia temprana.**

Se estima que por lo menos un 20% de las enfermedades que sufren los niños y niñas menores de cinco años están relacionadas con la salud y nutrición deficiente de sus madres, así como con la calidad de la atención durante el embarazo y los primeros días de vida de los recién nacidos.<sup>99</sup>

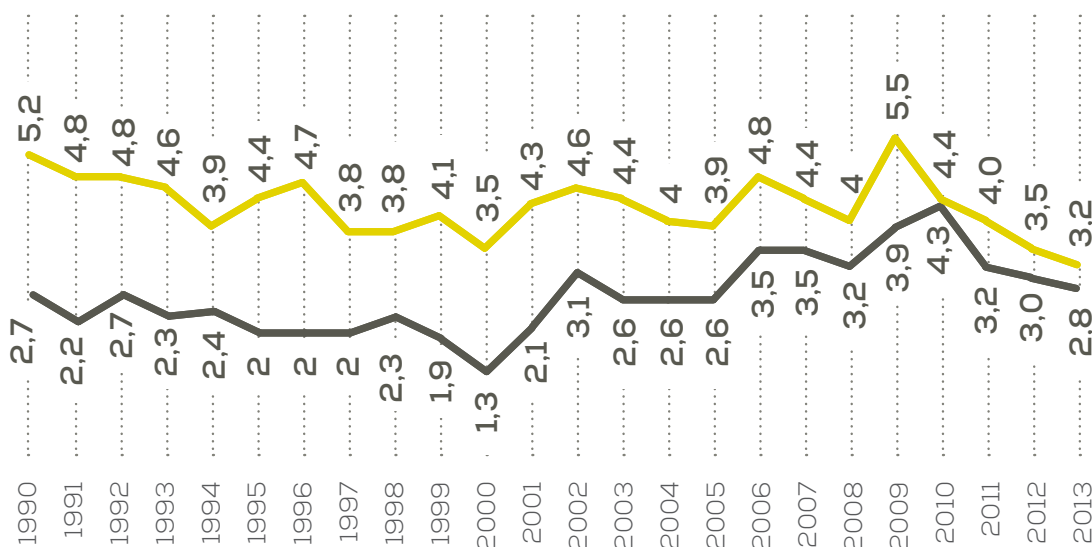
A pesar de que son múltiples las iniciativas realizadas en los últimos años y que la salud materno infantil se ha instalado como un tema prioritario en la Argentina, continúa existiendo una maternidad vulnerada. Uno de los Objetivos Del Milenio (ODM) de la Argentina para 2015 es reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a 13,5/100.000 nacidos vivos. Sin embargo, según las estadísticas oficiales, en 2010 la RMM fue de 44/100.000 nacidos vivos y se ha mantenido en esos niveles durante los últimos veinte años.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

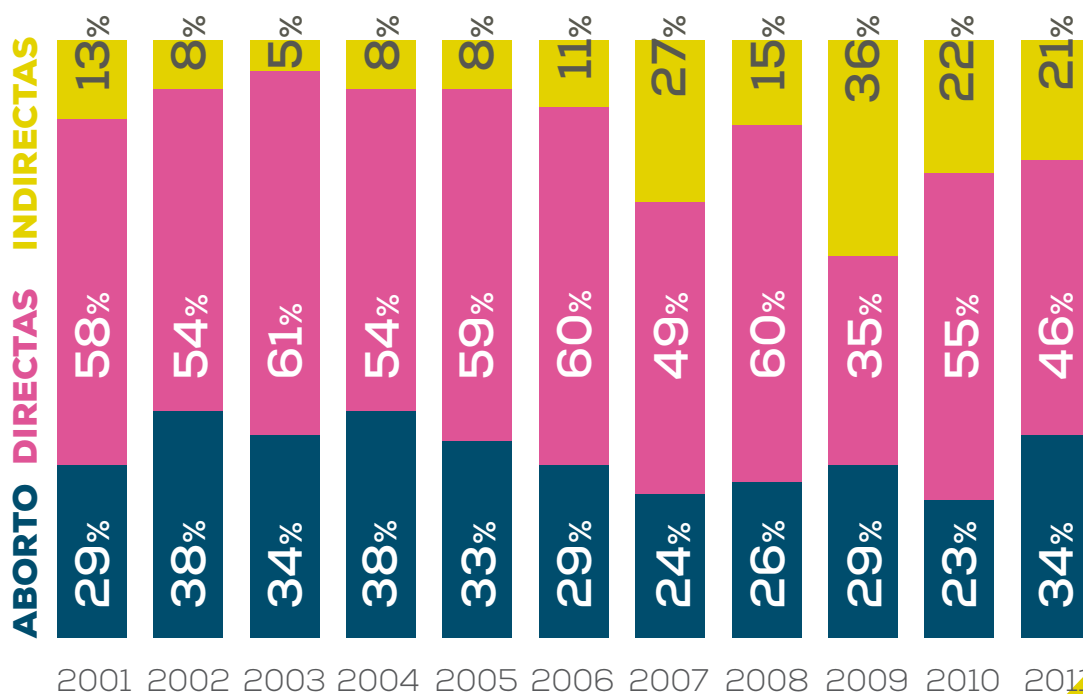
- La **RMM** actual es superior a la de 1990: 2,7‰ contra 2,8‰ en 2013 (ver Gráfico 11).
- El 78% de las **muertes maternas**, en 2011, se concentraron en el conurbano bonaerense (regiones sanitarias V, VI, VII y XII). La distribución por causas se observa en el Gráfico 12. Es importante destacar que el aumento registrado se debe, en parte, a las mejoras en la recolección de información y la construcción de estadísticas.
- Según el Sistema Informático Perinatal (SIP 2012), el 26% de las mujeres se **embarazan durante la adolescencia** y solo 4 de cada 10 realizó sus primeros **controles** antes de las 13 semanas (Gráfico 13).
- De acuerdo a la Encuesta Perinatal 2008, el 23% de las puérperas tuvieron un **control prenatal insuficiente** (menos de cinco controles), lo que se explica principalmente por el embarazo no deseado, la condición de indigente y/o pobre, la gran multiparidad, la situación de pareja sola o en unión eventual y la terminalidad educativa.

GRÁFICO 11. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA. ARGENTINA. 1990-2013

RMM BS. AS. RMM NACIONAL

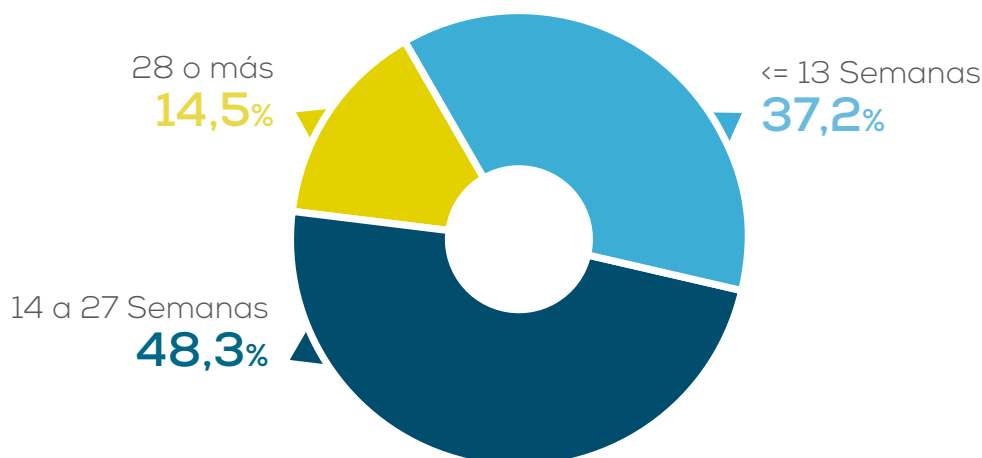


Fuente: Dirección de Información Sistematizada de la provincia de Buenos Aires.  
 Nota: 2011, dato provisorio.

GRÁFICO 12. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA. 2001-2010  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Fuente: Dirección de Información Sistematizada de la provincia de Buenos Aires.

**GRÁFICO 13. MOMENTO DEL INICIO DE LOS CONTROLES DE EMBARAZO EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. EN PORCENTAJE**



Fuente: Encuesta perinatal 2008. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

En Argentina, el riesgo de una mujer de morir por causas relacionadas con el parto, el embarazo o el puerperio es de 1 en 560 nacimientos, mientras que en Uruguay es de 1/1.600; en Chile, de 1/2.200; y en Europa del norte, de 1/17.400.

## El primer mes de vida

### NACER EN UN LUGAR ADECUADO

Las instituciones de salud tienen que favorecer el cuidado de la mujer y del recién nacido en el período postnatal y promover la continuidad de la atención más allá del período postparto, impulsando la adherencia de la familia al sistema de salud.

Todos los bebés tienen derecho a nacer en un lugar adecuado: una institución que cuente con personal entrenado y con la disponibilidad de recursos de diagnóstico y tratamiento para la atención de los recién nacidos. Asimismo, los establecimientos deben estar conectados para trabajar en forma coordinada con centros de mayor complejidad, que puedan atender casos que requieran más cuidados, como el nacimiento de un prematuro.

Los niños que han sido prematuros de alto riesgo necesitan al alta acceder a **programas de seguimiento integral del crecimiento, desarrollo y monitoreo de su salud**. En los casos en que la discapacidad sea severa, un programa de seguimiento debe garantizar el acceso a la contención social y a la rehabilitación continua, además de asistir a la familia en el manejo de la discapacidad mayor y este derecho debe ser cumplido en forma temprana. Es sumamente importante destacar que alrededor del 60% de los prematuros de alto riesgo crecerán libres de secuelas y, en este caso, el rol del equipo de seguimiento es el de acompañar, contener e identificar los desvíos del desarrollo dentro del rango aceptable y cuidar a ese niño y a su familia.



Las instituciones de salud deben garantizar al recién nacido el derecho a: (1) tener identidad al recibir gratuitamente su DNI, (2) ser vacunado, (3) no ser separado de su mamá y que sus tiempos sean respetados, (4) disponer de una atención acorde a su nivel de riesgo, y (5) recibir el alta conjunta.

## LA HORA SAGRADA

La primera hora de vida es la de oro y la más crítica: está cargada de drásticos cambios y grandes peligros. El primer día de vida es una oportunidad inigualable para salvar vidas y sentar las bases para un futuro saludable.

El contacto piel a piel temprano, colocando al recién nacido desnudo sobre el pecho de la madre, debe comenzar en el nacimiento. Las madres que tuvieron contacto con sus bebés en forma inmediata y prolongada en la primera hora luego del parto mostraron diferencias significativas con respecto a aquellas madres y bebés que pasaron sus primeras horas separados, teniendo las primeras un vínculo más satisfactorio al mes del parto.<sup>100-101</sup>

Además del **contacto piel a piel temprano**, los pasos a seguir con un recién nacido de bajo riesgo incluyen: **clampeo oportuno del cordón umbilical**, que la **madre esté acompañada** por su familia, comenzar la **lactancia materna en sala de parto** y estar en un **ambiente cálido** para prevenir la hipotermia.

El 90% de los recién nacidos cumple la transición del momento del nacimiento de manera normal sin necesidad de asistencia médica y los miembros del equipo de salud

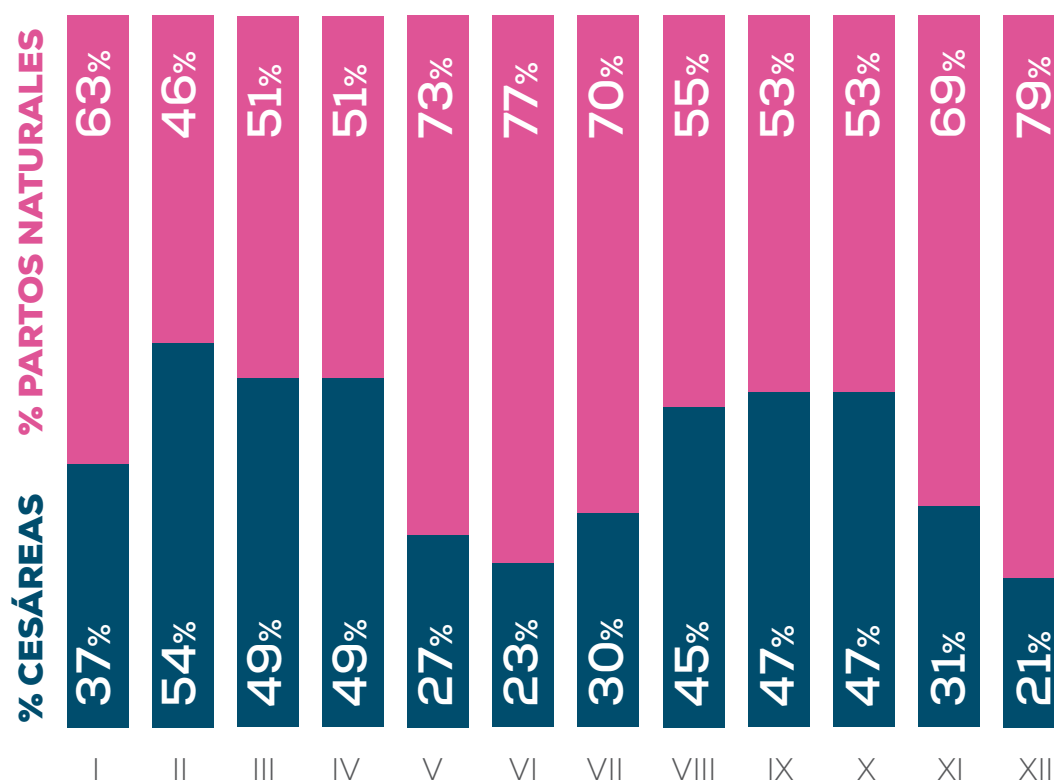
sólo observan para detectar anomalías y prevenir complicaciones. Pero el 10% de ellos requiere algún tipo de ayuda y el 1% necesita de maniobras de reanimación.<sup>102</sup> En Argentina nacen 758.042 niños por año, 64.386 necesitarán ayuda y 34.018 tendrán mayor riesgo por su peso de nacimiento.

En ese sentido, los riesgos intraparto están directamente relacionados a las muertes neonatales. Si bien no se ha demostrado la relación de cesáreas con mayor mortalidad neonatal, la elección de esta intervención sin indicación médica aumenta los riesgos para la madre y el niño.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- Durante 2011, de acuerdo a datos del Sistema de Información Perinatal, el 31% de los nacimientos fueron por **cesárea**. El 75% de las cesáreas de la provincia ocurrieron en cinco de doce regiones (V, VI, VII, VIII y XI), que concentran el 80% de los nacimientos. Según la región, las cesáreas alcanzan hasta el 54% de los partos totales y no menos del 21,2% (Gráfico 14).
- Por su peso de nacimiento, cada año 13.225 bebés requerirán **más atención**.

**GRÁFICO 14. CESÁREA Y PARTO NATURAL POR REGIÓN SANITARIA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2011. EN PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE NACIMIENTOS**



Fuente: Sistema de Información Perinatal (SIP) de la provincia de Buenos Aires. 2011.

## La salud de la embarazada y la atención que reciba son determinantes importantes de supervivencia neonatal.

### LA PRIMERA SEMANA DE VIDA: EL MOMENTO MÁS CRÍTICO

Muchas de las muertes de los recién nacidos pueden prevenirse asegurando el acceso universal a un conjunto de intervenciones de bajo costo y probada efectividad.

La evidencia indica que ayudar a los bebés a sobrevivir al primer día y la primera semana de vida representa el mayor desafío para el cumplimiento del ODM 4 (reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil entre 1990 y 2015).<sup>103</sup>

En ese sentido, la prematurez es un problema global y aún existe una brecha de conocimiento respecto a intervenciones que logren prevenir su ocurrencia. Sin embargo, se han diseñado intervenciones para reducir la morbilidad y la mortalidad del recién nacido prematuro.<sup>104-105</sup>

**TABLA 1. INTERVENCIONES ESENCIALES BASADAS EN DATOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA IMPLEMENTAR DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA**

|                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuidados térmicos inmediatos                                                                                        |
| Inicio temprano de la lactancia materna exclusiva (en la primera hora)                                              |
| Cuidados higiénicos del cordón umbilical y la piel                                                                  |
| Reanimación del recién nacido con ambú (personal sanitario profesional)                                             |
| Tratamiento de los casos de septicemia, meningitis y neumonía                                                       |
| Método de madre canguro para los bebés prematuros y los que pesan menos de 2.000 g                                  |
| Tratamiento de los recién nacidos con ictericia                                                                     |
| Administración de surfactante pulmonar para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria en los bebés prematuros |

Presión positiva continua de las vías respiratorias para tratar a los bebés con dificultad respiratoria

Apoyo adicional para alimentar a los bebés pequeños y prematuros

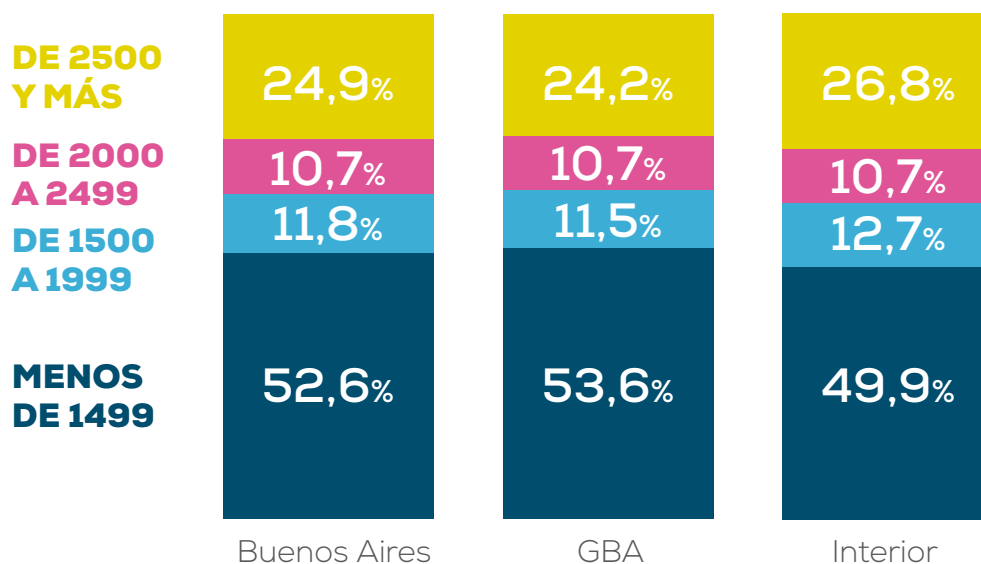
Antibioticoterapia presuntiva preventiva para recién nacidos con riesgo de infección bacteriana

Fuente: Elaboración propia en base a la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. 2011. Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- En 2011 nacieron 291.354 bebés (más del 50% del total de los **nacimientos del subsector estatal** y 40% del **total del país**).
- En Argentina, de un total de 10.269 **muerter** que ocurrieron en menores de cinco años durante 2011, el 56% (5.751) se produjo en el **primer mes de vida**. De estas 5.751 muertes, el 37,5% ocurrieron en la provincia de Buenos Aires (2.160).<sup>107</sup>
- Del total de 291.354 **nacimientos** ocurridos en 2011 en la provincia, 24.698 (8,5%) ocurrieron **prematuramente**. De estos, 13.225 (54%) nacieron con menos de 2.500 gramos. El peso al nacer se relaciona con la posibilidad de sobrevida, ya que del total de muertes neonatales en la provincia de Buenos Aires en 2011, el 75% se produjeron en aquellos con menos de 2.500 gramos.

**GRÁFICO 15. MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN PESO AL NACER. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2011**



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).  
Ministerio de Salud de la Nación.



En la provincia de Buenos Aires, cada día fallecen 6 bebés menores de 28 días. Las principales causas de estas muertes son complicaciones durante el parto, prematuridad e infecciones.

## El primer año de vida (del mes al año)

Las intervenciones esenciales (de bajo costo y alta efectividad) y los avances en múltiples aspectos ayudan a reducir la mortalidad infantil.

El indicador más representativo de este período de la vida es la mortalidad infantil definida como la mortalidad de menores de un año. A su vez, este indicador se puede dividir en dos componentes: **mortalidad neonatal** y **mortalidad post-neonatal**. La primera es la ocurrida en el transcurso de los primeros 28 días de vida y los factores que prevalecen son aquellos vinculados con las complicaciones de la prematuridad, fuertemente relacionadas con la atención de la salud (de la madre, control del embarazo, atención del parto), las causas congénitas y la atención del niño durante los primeros días de vida. La segunda es aquella que ocurre desde el fin del período neonatal hasta el año de edad y es donde tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la mortalidad.<sup>108</sup>

La **mortalidad infantil** también puede clasificarse según el lugar de ocurrencia: **institucional** (público, privado o de la seguridad social) o **domiciliaria**.

Muchas de las muertes en niños y niñas pueden prevenirse asegurando el acceso universal a un conjunto de intervenciones de bajo costo y probada efectividad (ver Tabla 2).<sup>109</sup> Los **progresos** logrados a nivel global **en la reducción de la mortalidad infantil** son el producto de múltiples factores y no se puede atribuir a las mejoras en una sola área, sino a la confluencia de ganancias en múltiples aspectos (tecnología médica; desarrollo de programas; nuevas formas de proveer servicios de salud; estrategias para superar cuellos de botella; mejoras en educación, protección de los niños y niñas, respeto por los derechos humanos; y ganancias económicas en países en desarrollo).<sup>110</sup>

**TABLA 2. INTERVENCIONES ESENCIALES BASADAS EN DATOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA IMPLEMENTAR DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA**

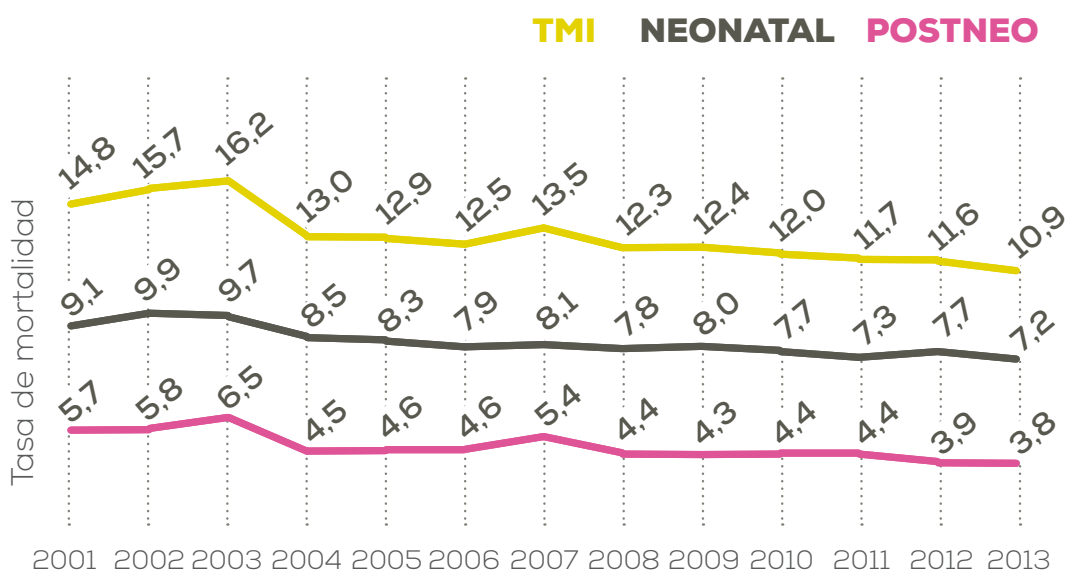
|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses                                               |
| A partir de los 6 meses, alimentación complementaria y continuación de la lactancia materna |
| Administración de suplementos de Fe desde los 4 o 6 meses de edad hasta los 12 meses        |
| Inmunización ordinaria según calendario y situaciones especiales                            |
| Tratamiento de la malnutrición aguda grave                                                  |
| Tratamiento de los casos de enfermedad respiratoria                                         |

Fuente: Elaboración propia adaptado de Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. 2011. Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

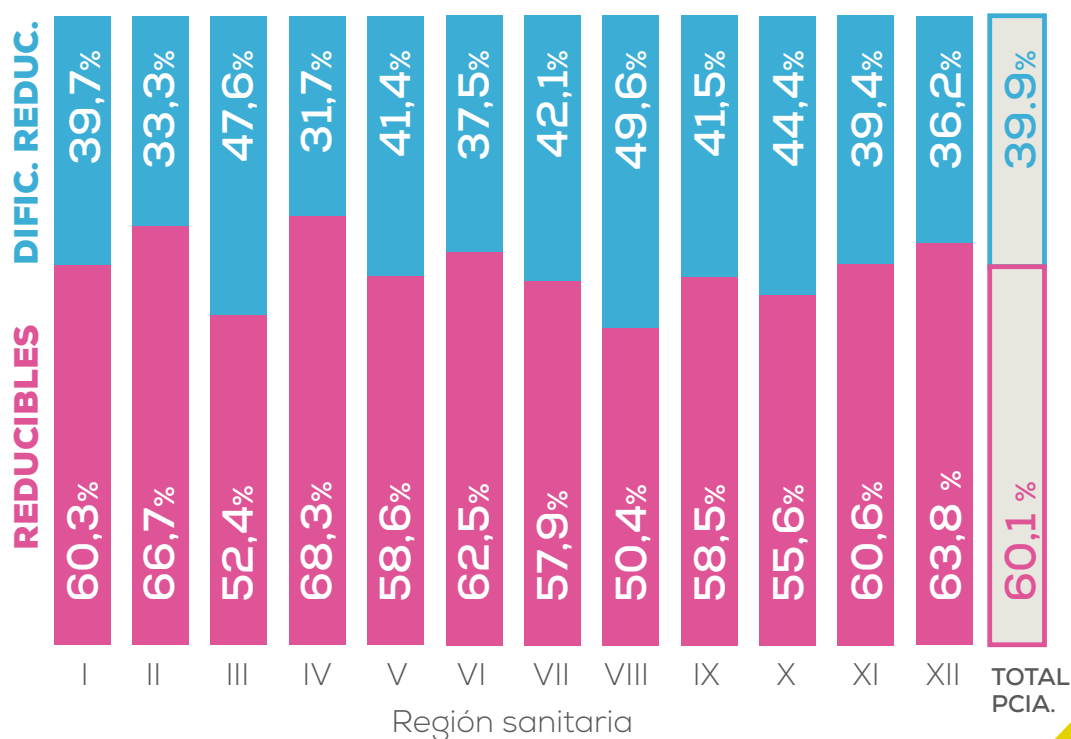
- La **tasa de mortalidad infantil** se redujo 32% (de 16,2‰ a 10,98‰) entre 2003 y 2013, con un descenso más marcado de la **mortalidad post-neonatal**, que cayó 42% (de 6,5‰ a 3,8‰) en el mismo período (Gráfico 16).
- A pesar del notable progreso en materia de reducción de la mortalidad, aún queda mucho por hacer. El 60% de las muertes neonatales y el 57% de las post-neonatales son por **causas que podrían haberse evitado**. A su vez, estos porcentajes son variables en función de las regiones sanitarias. Por ejemplo, en la mortalidad neonatal varía del 68% al 50% y en la post-neonatal del 48% al 73%.
- El 40% de la **mortalidad post-neonatal es domiciliaria**<sup>111</sup>. La mayoría de estas muertes se produce en niños menores de seis meses de edad –con un pico entre los dos y los cuatro meses– y sucede durante la noche y en invierno. Las causas son múltiples: asfixia accidental durante el sueño, infecciones respiratorias, enfermedades genéticas raras. Algunos casos todavía no pueden ser explicados y se los considera bajo la denominación de “síndrome de muerte súbita del lactante”, “muerte blanca” o “muerte en cuna”.<sup>112</sup>

**GRÁFICO 16. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POST-NEONATAL. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2003-2013**



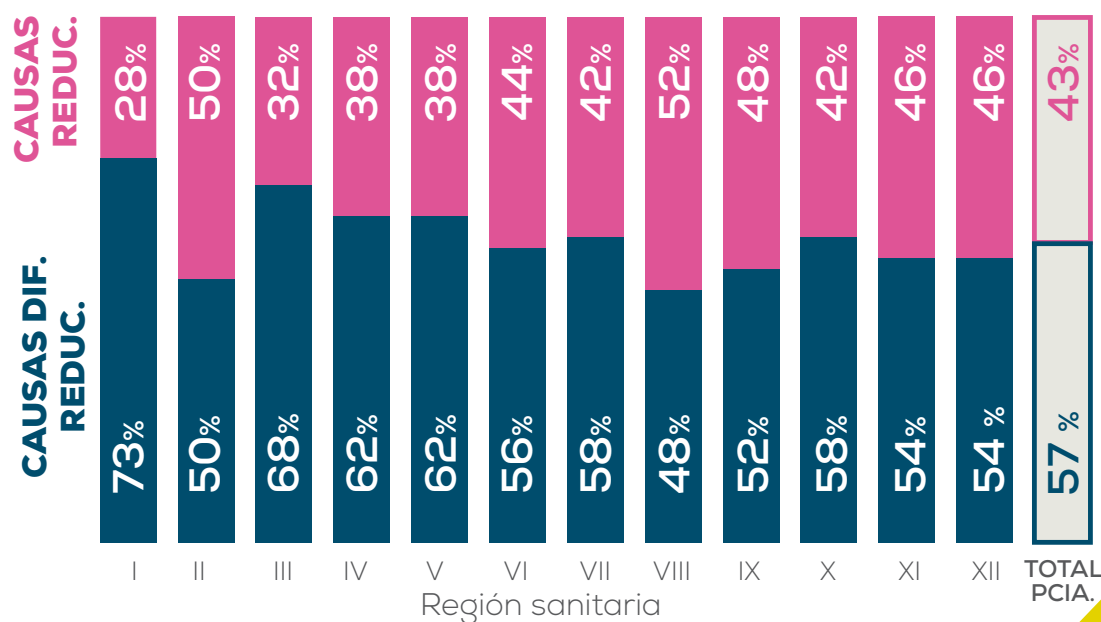
Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

**GRÁFICO 17. MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN CRITERIOS DE REDUCIBILIDAD, POR REGIÓN SANITARIA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2011**



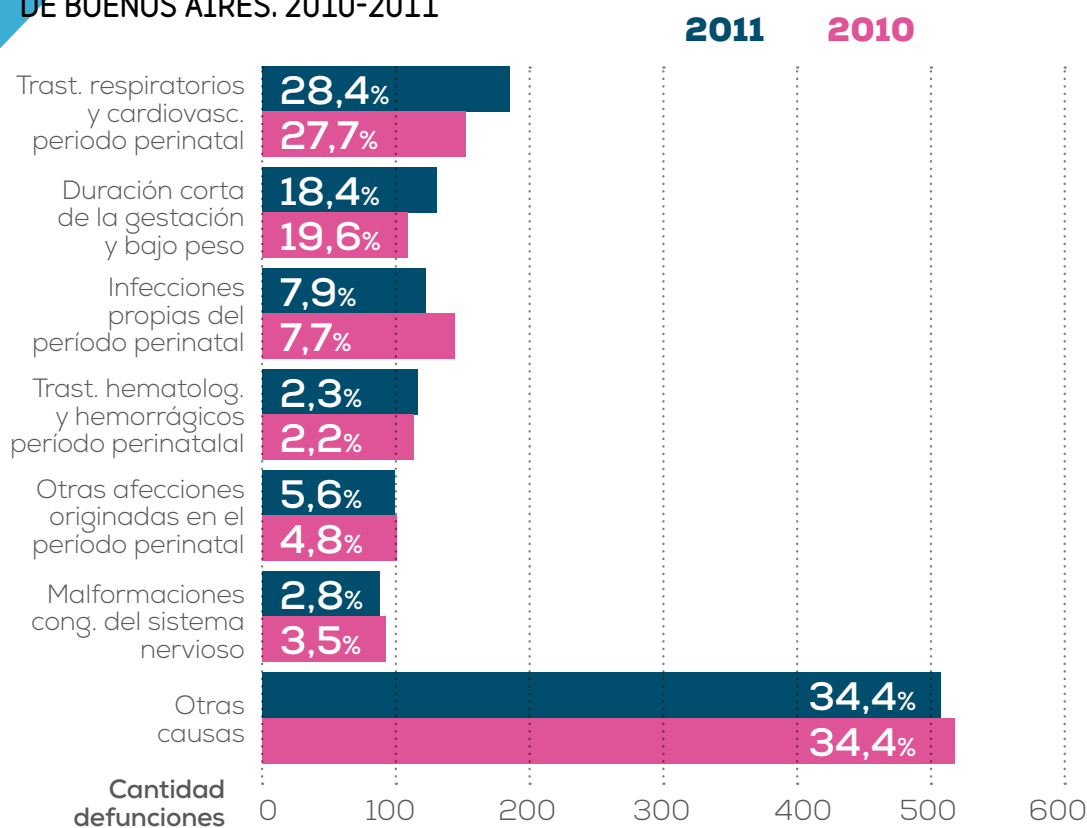
Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

**GRÁFICO 18. MORTALIDAD POST-NEONATAL SEGÚN CRITERIOS DE REDUCIBILIDAD, POR REGIÓN SANITARIA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2011.**



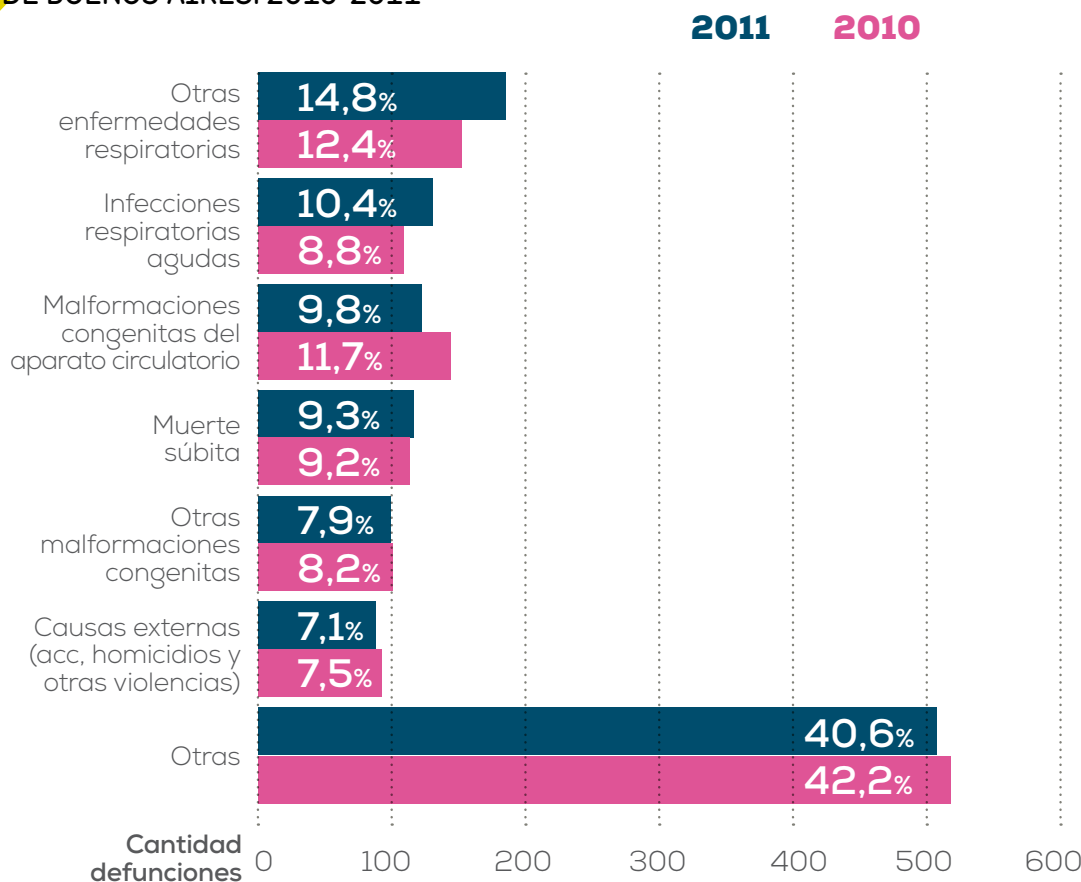
Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

**GRÁFICO 19. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2010-2011**



Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

## GRÁFICO 20. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POST-NEONATAL. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2010-2011



Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

## De 1 a 3 años. Hogares propicios para el aprendizaje

Los padres pueden fomentar el desarrollo de sus hijos con prácticas de crianza que apoyen la iniciativa de los niños y favorezcan los ámbitos de juego.

Desde que nacen hasta que entran al colegio, los niños realizan importantes **avances en el desarrollo cognitivo** (entienden conceptos), **la adquisición del lenguaje** (entendimiento y uso de un vocabulario más extenso, elaboración de oraciones más largas y complejas), **el desarrollo social y emocional** (disfrutar de jugar con pares) **y las actividades pre académicas** (sostener un lápiz, reconocer letras y números). Los padres pueden fomentar este proceso con prácticas de crianza (por ejemplo, leerles, pintar, dibujar, contarles cuentos) que apoyen el aprendizaje del niño. También pueden favorecer los ámbitos de juego, indispensables para un buen desarrollo integral.<sup>12-113</sup>

Por ello, ofrecer información a los padres sobre las prácticas de crianza y cuidado de calidad en el desarrollo infantil temprano<sup>2</sup> puede promover cambios de comportamiento que brinden bases sólidas para el futuro desarrollo de los niños.

Las formas de llegar a las familias para fortalecer buenas prácticas de cuidado y crianza incluyen **grupos de padres, consejería y visitas al hogar**.

La evidencia disponible sobre los **grupos de padres** concluye que los mismos tienen un efecto positivo en la salud mental de los niños menores de tres años. Pero aún falta evidencia sobre la posibilidad de estos programas de prevenir problemas emocionales y de comportamiento, como así también de sus efectos a largo plazo.<sup>114</sup>

Por otro lado, las prácticas de **consejería a los padres** son efectivas para promover la lactancia materna y la mejora en la nutrición.<sup>12</sup>

**Las visitas al hogar** por parte de algún profesional han demostrado mejoras en las prácticas de crianza, en la calidad del ambiente del hogar, en el desarrollo intelectual de los niños, en el apoyo social a las madres, como así también disminuciones en problemas de comportamiento y lesiones no intencionales.<sup>115</sup>

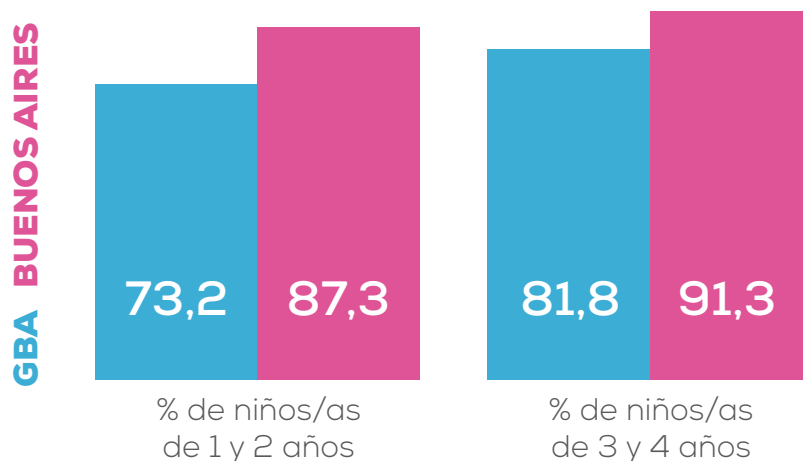
Es importante destacar que según datos para el total del país, **la probabilidad que los niños participen en alguna actividad que promueva el aprendizaje con los adultos y accedan a libros en el hogar aumenta con el nivel de ingreso**. Mientras un 66,5% de las niñas y los niños de uno y dos años del quintil de ingreso más pobre realizan actividades con adultos, este porcentaje aumenta al 95% en el quintil más rico. Lo mismo se observa para el grupo de tres a cuatro años (Gráfico 22).

## LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- Un 73% de las niñas y los niños de uno a dos años en el Gran Buenos Aires y un 87,3% en el interior de la provincia han participado en **actividades que promueven el aprendizaje con adultos en el hogar** (leer libros o mirar libros de imágenes, contar cuentos o historias, cantar canciones, ir de paseo a la plaza, jugar y pasar tiempo con ellos nombrando, contando o dibujando cosas). Los porcentajes son inclusive más altos cuando se analiza el grupo de tres a cuatro años (Gráfico 21).
- Un 28% de los hogares del Gran Buenos Aires en los que viven niñas y niños de cero a cuatro años no cuentan con ningún **libro en el hogar** (Tabla 3).

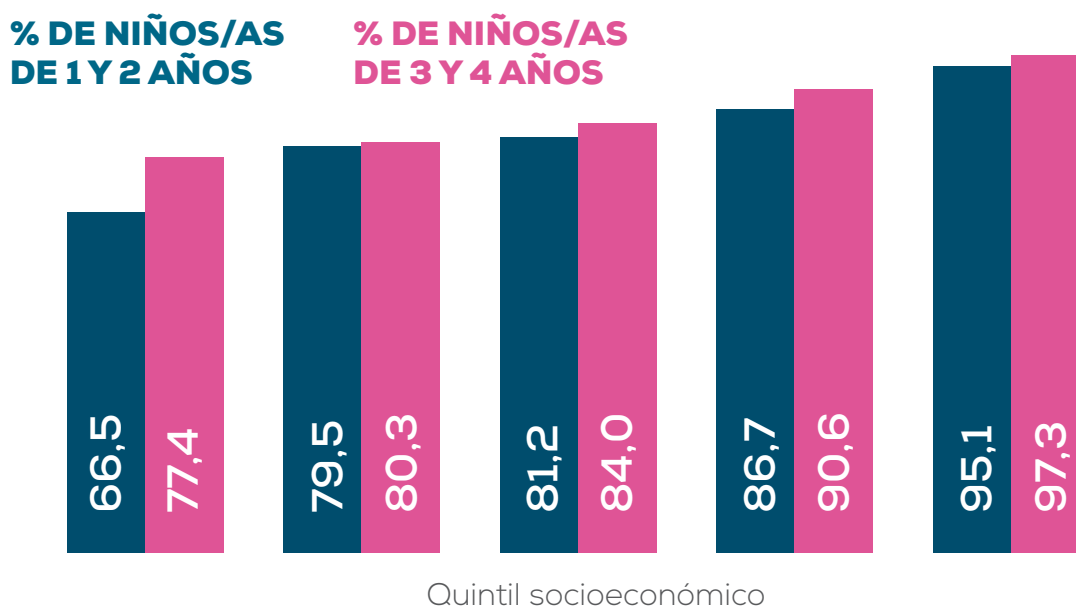
2. Si bien los términos cuidado y crianza se utilizan indistintamente, “cuidados” se utiliza para describir aquellas prácticas parentales destinadas a satisfacer las necesidades físicas y emocionales de los niños, mientras que “crianza” se refiere a las prácticas que forman las habilidades y comportamientos cognitivos y socio-emocionales de los niños.

**GRÁFICO 21. PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 Y 2 AÑOS Y DE 3 A 4 AÑOS QUE PARTICIPÓ CON ADULTOS DEL HOGAR EN ACTIVIDADES QUE PROMUEVEN EL APRENDIZAJE. PROVINCIA DE BUENOS AIRES**



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF. Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales Resultados 2011/2012. 2013.

**GRÁFICO 22. PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 Y 2 AÑOS Y DE 3 A 4 AÑOS QUE PARTICIPÓ CON ADULTOS DEL HOGAR EN ACTIVIDADES QUE PROMUEVEN EL APRENDIZAJE, SEGÚN QUINTIL SOCIOECONÓMICO. TOTAL PAÍS**



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF. Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales Resultados 2011/2012. 2013

**TABLA 3. PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 4 AÑOS POR EL NÚMERO DE LIBROS PARA NIÑOS/AS PRESENTES EN EL HOGAR EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

| Región                                    | El hogar dispone para la niña/o de: |                |                 |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-----------------|
|                                           | Ningún libro                        | 3 o más libros | 10 o más libros |
| <b>GBA</b>                                | 28,0                                | 60,5           | 37,9            |
| <b>Provincia de Buenos Aires interior</b> | 23,9                                | 68,4           | 31,7            |

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF. Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales Resultados 2011/2012. 2013.

En la provincia de Buenos Aires, si bien se observa un alto nivel de participación de los niños en actividades que promueven el aprendizaje, la probabilidad que esto suceda se incrementa con el nivel de ingreso de los padres.

## DISPONIBILIDAD DE ESPACIOS DE CUIDADO INFANTIL (CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL Y JARDINES MATERNALES)

Los espacios de cuidado infantil ofrecen a las familias un ámbito de sostén con el cual compartir la socialización de su hijo. Y a los niños les brinda una experiencia más amplia de intercambios sociales sistemáticos incidiendo tanto en el desarrollo cognitivo como en el emocional.

En Argentina, la política de cuidado infantil se implementa a través de centros de desarrollo infantil, habitualmente dependientes del Ministerio de Desarrollo Social, y jardines maternos, dependientes del Ministerio de Educación. Una de las limitaciones que presenta esta política está relacionada con la heterogeneidad de los espacios de cuidado, que en muchas oportunidades son informales. En el país, casi el 80% de los niños del primer quintil no asisten a un centro, bajando este porcentaje al 50% en los niños del quinto quintil (Gráfico 23).

Ampliar la experiencia de los niños fuera del hogar en un universo diferente implica que estos realicen una serie de adaptaciones con relación a espacios, sonidos, personas, rutinas y experiencias que los enriquecen y/o construyen como personas.

De hecho, la evidencia existente sugiere que **las niñas y los niños que concurren a centros de desarrollo infantil tienden a presentar mayores habilidades cognitivas, mejor preparación para la escuela y mejor comportamiento**. Algunos estudios, que incluyen un seguimiento a largo plazo, demuestran a su vez mayor probabilidades de empleo, menores tasas de embarazo adolescente, mayor nivel socioeconómico y menor criminalidad.<sup>116-117</sup>

Estos centros son muy **efectivos** para el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de aquellos **niños** que se encuentran en **condiciones de vulnerabilidad social**, especialmente si comienzan a asistir entre los dos y tres años.<sup>12</sup> Por lo tanto, si bien estos programas también benefician a los niños y niñas de clases medias, asegurar el acceso de los más vulnerables debe ser una prioridad en el destino de los fondos públicos.

El éxito de estos centros depende de asegurar un programa acorde a las necesidades de los niños desde los dos años. **Los mejores contenidos son aquellos que se focalizan en lo comprehensivo del desarrollo infantil**, fomentando sus habilidades lingüísticas, cognitivas y socioemocionales, promoviendo la motivación y la autorregulación y disponiendo de variedad y cantidad de materiales para trabajar con los niños.

Otros elementos que son deseables que dispongan son: personal calificado y comprometido en la educación y cuidado de la primera infancia, un número adecuado de docentes en función de la cantidad de niños, sus edades y el contexto sociocultural,<sup>3</sup> y algún componente de educación a los padres o visitas al hogar.<sup>12</sup>

Cuando las familias necesitan dejar a sus niños pequeños (desde los 45 días de edad en adelante) en ámbitos de cuidado institucional durante varias horas, eligen **los jardines maternos**. La **poca disponibilidad** de estos servicios, **sus barreras y sus costos** –en particular en el sector privado– repercuten en una capacidad altamente desigual. **El proceso de ingreso a las instituciones estatales en edades tempranas suele suponer largos y a veces infructuosos intentos por parte de las mujeres de los sectores medios y bajos**.<sup>118</sup> En la mayoría de los servicios hay listas de espera ya que las vacantes disponibles resultan insuficientes. Esto es así **especialmente en los servicios que atienden a los sectores más pobres de la población**.

---

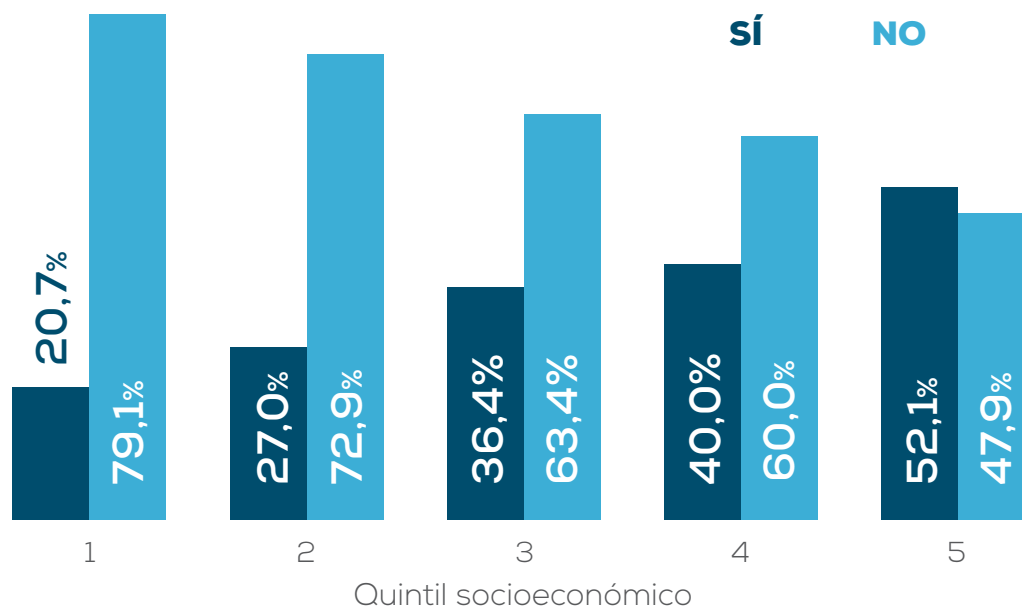
3. Si bien la cantidad de docentes por niño se correlaciona con una mejor calidad, su nivel ideal depende de varios factores, entre ellos, la edad de los niños, si el centro se destina a distintas edades, y el contexto cultural.

Existen marcadas **diferencias en la infraestructura y en el equipamiento con que cuentan los jardines**, así como en la calidad de servicio que ofrecen. Estas diferencias están asociadas por un lado con los recursos con que cuentan las instituciones para su adquisición, pero también con la baja frecuencia de las instancias de supervisión.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- En el GBA, el 69,1% de los niños de cero a cuatro años **no asisten a un centro de desarrollo infantil**.
- Esta baja asistencia está asociada principalmente con la **preferencia de que los niños queden al cuidado de un familiar** (42% en el Gran Buenos Aires y 69% en el interior).
- Un 26% de los adultos en el Gran Buenos Aires y un 19% en el interior consideran que **la asistencia a los centros de desarrollo infantil no es necesaria**. Por el contrario, un porcentaje muy bajo consideró el motivo económico como razón para no asistir.<sup>119</sup>
- En el GBA, casi la mitad de la **oferta de este tipo de servicios es privada** (45,6% versus 54,4% de **gestión pública**) y, por lo tanto, sujeta a la capacidad de pago de las familias.<sup>119</sup>
- La **heterogeneidad en la calidad** de los **jardines maternos** denota la inequidad a la que están expuestos los niños.
- En el marco de la investigación *“Estado de situación de los servicios destinados a la atención de los niños y niñas de 45 días a 36 meses”* desarrollada por UNICEF en 2009, se relevaron **21 instituciones que atienden a niños/as de 45 días a 36 meses, ubicadas en el conurbano bonaerense**. De estas instituciones, once están oficialmente reconocidas como jardines maternos, dos han iniciado los trámites para su reconocimiento oficial y ocho no están reconocidas ni han iniciado trámites de reconocimiento o habilitación en dependencias del área de Educación, si bien cinco de ellas dependen de instancias municipales del área de acción social.

**GRÁFICO 23. NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 4 AÑOS POR ASISTENCIA A ESTABLECIMIENTOS DE DESARROLLO INFANTIL SEGÚN QUINTIL. TOTAL PAÍS**  
En porcentaje



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF. Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales Resultados 2011/2012. 2013.

Nota: Se excluye del gráfico el 0.1 por ciento de Ns/Nc a fin de hacer más clara la lectura.

La probabilidad de asistir a un centro de desarrollo infantil crece con el nivel de ingreso.  
En el GBA, la mitad de la oferta de centros de desarrollo es privada.

## Aprender en un lugar adecuado (4 a 5 años). Ambiente propicio para el aprendizaje: el hogar y la educación inicial

La trayectoria que permite a los niños desarrollar las habilidades para lograr aprendizajes en la escuela es un proceso que empieza desde el nacimiento. Las habilidades más avanzadas se basan en el dominio de las habilidades anteriores.<sup>120</sup>

Los niños comienzan a aprender desde el momento del nacimiento. Cuando el niño tiene cinco años, muchas de las habilidades que necesita para la escuela ya se han desarrollado. Un niño que es incluido como parte del mundo alrededor de él, conoce como vivir fácilmente con otras personas.<sup>121</sup>

Las actitudes y posibilidades de los adultos que están a cargo de la crianza, tanto la madre como otros agentes socializadores que colaboran con ella, son fundamentales e influyen en el desarrollo de los niños. Por ejemplo, los hijos de madres con educación superior tienen mejores resultados en algunas dimensiones (aumenta considerablemente el porcentaje de niños que dicen su nombre completo).<sup>122-123</sup> Es importante comenzar a pensar en cómo brindar sostén y contención emocional a las mujeres para que a su vez ellas puedan brindárselo a sus hijos. También, cómo enriquecer con experiencias el bagaje cultural y simbólico con el que cuentan para que puedan transferir, compartir y vincularse con sus niños más allá de las limitaciones que la vida cotidiana les impone.

A su vez, las escuelas deben ser inclusivas. Para que sea máximo el aprovechamiento se deben tener en cuenta a todos los niños, especialmente a los más vulnerables y desfavorecidos, incluidas las niñas, los niños con discapacidad, las minorías étnicas y los que viven en zonas rurales. Y la preparación para la escuela se debe apoyar en políticas y normas para el aprendizaje temprano y en mayores oportunidades, más allá de los servicios de los centros formales, para llegar a los excluidos.

El apoyo de los padres y un ambiente nutritivo en el hogar han demostrado ser uno de los más fuertes predictores de rendimiento escolar en la escuela primaria y el resto del aprendizaje.<sup>124-125-126-127-128-129</sup> Algunas evaluaciones sugieren que al entrar a la escuela los niños de entornos desfavorecidos podrían estar años atrás comparados con sus compañeros más favorecidos económicamente.<sup>130</sup> En los contextos más vulnerables, los niños no pueden recibir la estimulación que necesitan o aprender las habilidades sociales que los preparan para la escuela.<sup>131-132</sup>

Además de la madre y el padre, otros actores de la comunidad –médicos, docentes, trabajadores sociales– se acercan al niño. Y en algunas ocasiones lo hacen **cargados de prejuicios sobre el él y su familia**. Así se considera que no hay nada bueno que rescatar y se desvaloriza las posibilidades que las familias tienen de hacerse cargo de la crianza.

Es necesario entonces **estar atentos al bagaje cultural y social de las familias para encontrar los puntos fuertes**, aún en las peores situaciones. Revalorizar su cultura, legitimar sus saberes, darles sentido. Un ejemplo paradigmático se presenta cuando la lengua del hogar no es la misma que la de la enseñanza en la escuela. Las escuelas deben llenar este vacío mediante la colaboración con los padres y la incorporación de prácticas culturalmente sensibles, incluyendo el uso de la primera lengua del niño con la intervención de maestros bilingües.<sup>133</sup>

Por otro lado, la **interrelación entre problemas emocionales y de conducta de los niños pequeños y el aprendizaje académico** es muy fuerte. La evidencia sugiere que estas dificultades emocionales y de comportamiento sin ayuda se pueden estabilizar o aumentar y afectar negativamente el rendimiento escolar temprano. Aunque todavía hay mucho por aprender acerca de la efectividad de las intervenciones en edad preescolar, la evidencia científica muestra la necesidad de que la intervención sea multidimensional y temprana.

## ETAPA PREESCOLAR

**La educación inicial es un proceso continuo y permanente de interacciones y relaciones sociales de calidad, oportunas y pertinentes que posibilitan a los niños potenciar sus capacidades y adquirir competencias para aprendizajes posteriores.**

Las acciones en la educación inicial son tan importantes como las que se realizan en los campos de la nutrición, la salud, el cuidado y la protección, porque las competencias que con ella se adquieren son la base de los aprendizajes posteriores.

La característica principal de la educación inicial es el “cuidado y acompañamiento” del crecimiento y desarrollo de los niños mediante la **creación de ambientes de socialización seguros y sanos**.

La realización de tareas planificadas con sentido y como parte de un proyecto marca una diferencia significativa con las actividades espontáneas que puede realizar el niño en el hogar. Esto **favorece la capacidad de concentración, la atención, la anticipación de las acciones** y también les permite ampliar los intereses despertando nuevas inquietudes. Finalmente, la relación con pares les permite tener la experiencia de **pertenecer a un grupo** en donde pueden comparar, cooperar, confrontar.

El hito fundamental en esta etapa es el comienzo del ciclo escolar: última etapa de la educación inicial <sup>4</sup>. La transición del hogar al preescolar –primer año de la escolaridad formal– y de este al primero de primaria son momentos críticos de cambio que viven los niños al pasar de un ambiente a otro, abriendo oportunidades para su desarrollo y su aprendizaje para la vida y la escuela <sup>5</sup>.

### LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- Durante 2010, la cobertura educativa alcanzó el 67,8% en las salas de 3 y 4 años y el 92,3% en las salas de 5.<sup>134</sup>
- Hay una elevada cobertura del preescolar y la matriculación en las salas de 3 y 4 años evidenció un incremento considerable entre 2001 y 2010. Entre esos años la matrícula de 3, 4 y 5 años creció en un 20%, 22% y 7%, respectivamente; incrementando sustantivamente la participación de este grupo poblacional en la educación escolar.<sup>135</sup> En 2012, 649.674 niños de tres, cuatro y cinco años asistieron a la escuela, un 2% más que en el último censo.<sup>136</sup>

Si el Estado no interviene en la preparación para la escuela de los más pequeños pueden aparecer consecuencias de esta inacción, tanto en los individuos como en la sociedad.<sup>137</sup>

4. El nivel inicial constituye una unidad pedagógica que brinda educación a los niños desde los 45 días hasta los 5 años de edad inclusive, según Resolución 4069/08 de la provincia de Buenos Aires.

5. Equipo técnico e investigativo Proyecto OEA Van Leer (2007), Reunión de coordinación. Washington DC.

# 5. Marco legal que protege a la embarazada y a la primera infancia

### **LEY NACIONAL (26.021) Y LEY PROVINCIAL (13.298) DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

Certifican a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Dictan que las políticas públicas en torno a la niñez y adolescencia deberán elaborarse fortaleciendo el rol de la familia en la efectivización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, junto a la promoción de redes intersectoriales locales y la constitución de organismos para la defensa y protección de esos mismos derechos. Promueven una institucionalización descentralizada y la participación de las ONG y otras organizaciones de base de atención a la niñez en la promoción, defensa y protección integral de derechos de todos los niños. De esta manera, la normativa provincial otorga un papel importante a instancias no estatales, entre ellas, las organizaciones sociales.

También establecen que las mujeres privadas de su libertad sean especialmente asistidas durante el embarazo y el parto y que reciban los medios materiales necesarios para la crianza de sus hijos mientras permanezcan en el medio carcelario.

### **LEY NACIONAL (26.485) Y LEY PROVINCIAL (12.569) DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LAS MUJERES Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA.**

La ley nacional, sancionada en 2009, promueve y garantiza la eliminación de la discriminación y violencia contra las mujeres, el desarrollo de políticas públicas sobre violencia contra las mujeres, la remoción de patrones socioculturales que promuevan y sostengan la desigualdad de género, el acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia y la asistencia integral en las áreas estatales y privadas. En esta ley quedan comprendidas la violencia doméstica, psicológica, patrimonial, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática. Además, en 2012 la provincia de Buenos Aires sancionó la ley provincial declarando la emergencia pública en materia social por violencia de género.

### **LEY PROVINCIAL (14.078) DE REGISTRO DE LAS PERSONAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

Comprende actos de registración de nacimiento, defunción fetal, identificación personal y estadística.

### **LEY PROVINCIAL (14.528) DE PROCEDIMIENTOS DE ADOPCIÓN.**

Aprobada en julio de 2013, tuvo como objetivo principal la reducción de los plazos para que los niños, niñas y adolescentes puedan ser declarados en situación de adoptabilidad, agilizando de esta forma los trámites de adopción priorizando el interés superior de los niños.

### **LEY PROVINCIAL (14.451) PARA LA MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 2º DE LA LEY 10.108.**

Busca instituir, con carácter de documento obligatorio, la libreta sanitaria materno infantil destinada al control médico de la mujer embarazada y del niño menor de catorce años.

**LEY NACIONAL (25.929) DE PARTO RESPETADO.** A partir de 2004 se establecieron las prestaciones de embarazo, trabajo de parto, parto y posparto del Programa Médico Obligatorio (PMO) de las obras sociales y los derechos que tienen todas las mujeres, como el de ser informadas sobre las distintas intervenciones médicas que se realizan, ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado, garantizando su intimidad y teniendo en cuenta sus pautas culturales. También garantiza el derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, y a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario.

**LEY PROVINCIAL (11.047) SUBSIDIO POR ÚNICA VEZ A PERSONAS DE RECURSOS INSUFICIENTES EN CASOS DE PARTOS MÚLTIPLES.** Con tres o más recién nacidos vivos que requieran atención médica y alimentación especializada durante un lapso no menor de 120 días, la madre –o en su defecto quien corresponda– de recursos insuficientes percibirá por única vez un subsidio del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

**LEY PROVINCIAL (13.459) DE LICENCIA DE PADRE DE RN CON FALLECIMIENTO DE LA MADRE LUEGO DEL PARTO.** Durante la licencia, el padre recibe el 100% de sus haberes. Esta ley encuentra concordancia con las recomendaciones realizadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y logra conciliar la vida laboral con la familiar, en la cual los niños deben ser los más favorecidos. A la vez se reconoce la responsabilidad e importancia del padre en el cuidado y atención de sus hijos e incluye y dictamina por primera vez en la legislación local los derechos correspondientes en caso de fallecimiento de la madre.

**LEY PROVINCIAL (13.382) DE PREVENCIÓN ESTREPTOCOCO B INVASIVO EN RN.** Esta ley establece como obligatorio para todos los establecimientos públicos y privados de salud, el cultivo para el *Estreptococo Agalactiae* (Grupo B) en los hisopados vaginal y anal de las embarazadas, entre las semanas 35 y 37 de gestación, el control clínico y, en caso de que corresponda, el tratamiento del recién nacido hasta el alta hospitalaria.

**LEY PROVINCIAL (13.905) DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES METABÓLICAS.** Declara obligatoria la investigación masiva con la finalidad del diagnóstico precoz de todo tipo de anomalías metabólicas congénitas o errores congénitos de metabolismo de los niños recién nacidos y el consecuente tratamiento de los enfermos detectados en la provincia.

**LEY PROVINCIAL (14.417) DE OBLIGATORIEDAD DE DENUNCIA DE NACIMIENTOS DE NIÑOS CON BAJO PESO Y CASOS DE PREMATUREZ.** Los directores y responsables de hospitales y centros de atención de salud deberán denunciar los casos

que se produzcan en los establecimientos a su cargo, a fin de mitigar las consecuencias que producen estas causales (entre ellas, casos de desnutrición y mortalidad infantil).

**LEY NACIONAL (26.075) DE FINANCIAMIENTO EDUCATIVO.** Aprobada en 2006, define en el artículo 2 que el incremento de la inversión en educación tendrá como objetivos centrales incluir en el nivel inicial al 100% de la población de cinco años de edad y asegurar la incorporación creciente de los de niños y niñas de cuatro años. Asimismo, el artículo 3 define la meta que expresa con contundencia el protagonismo del Estado al establecer para 2010 la inversión del 6% del PBI en la educación pública nacional.

**LEY PROVINCIAL (11.273) DE RÉGIMEN DE INASISTENCIA PARA ALUMNAS EMBARAZADAS.** Desde 2003 se actualizó el régimen de inasistencias para alumnas embarazadas de establecimientos dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación, justificando 30 faltas desde el embarazo hasta la posteridad del parto, o 45 en caso de nacimiento múltiple. Por otra parte, se fomenta la lactancia materna, posibilitando el egreso de las madres de las instituciones educativas dos horas diarias durante los doce meses posteriores al parto.

**LEY NACIONAL (26.206), LEY PROVINCIAL (13.688) DE EDUCACIÓN Y LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (26.150).** Sancionadas respectivamente en 2006 y 2007, otorgaron un nuevo marco jurídico para el sistema educativo provincial. Promueven, desde el punto de vista jurídico, condiciones para garantizar el derecho a la educación de las niñas y de los niños de nuestro país, estableciendo la **obligatoriedad de la sala de 4 y 5 años de nivel inicial**. En el nuevo marco legislativo sobresale la afirmación de la educación como política de Estado y del Estado como garante de la educación obligatoria.

En el artículo 81 de la ley provincial se estableció que las autoridades jurisdiccionales de la provincia de Buenos Aires deben adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso y la permanencia en la escuela de las mujeres embarazadas, así como la continuidad de los estudios luego del parto. También deben existir salas de lactancia dentro de las escuelas y, en caso de necesidad, se podrá incluir en la modalidad la educación domiciliaria y hospitalaria a las alumnas madres durante el pre y posparto.

En el marco de esta ley, la Resolución N° 4069/08 establece que el nivel inicial constituye una unidad pedagógica que brinda educación a los niños desde los 45 días hasta los cinco años de edad inclusive, siendo obligatorios los dos últimos años. Dispone las condiciones para universalizar el nivel inicial, en el sentido de entender la universalización como la obligación por parte del Estado de garantizar su provisión. Esta norma lleva implícito el compromiso del Estado de garantizar el crecimiento del nivel, la universalidad de sus alcances y su integridad como institución.

En 2002, la Dirección de Educación Inicial elabora un Diseño Curricular para Jardines Maternales que fuera aprobado por el Consejo General de Educación por Resolución N° 4124/02.

**LEY NACIONAL (20.744) DE CONTRATO DE TRABAJO Y LEY PROVINCIAL (10.430) DE LICENCIA POR MATERNIDAD.** El artículo 43 sostiene que el personal femenino tendrá licencia por maternidad con goce íntegro de haberes. Es un derecho de las mujeres acceder a una licencia total de 90 días, a partir de 45 días antes de la fecha probable de parto. El resto del período total de licencia se acumula al período de descanso posterior al parto.

**LEY PROVINCIAL (13.363) DE FONDO DE FORTALECIMIENTO DE PROGRAMAS SOCIALES.** Se compone de la afectación de distintos tributos y recursos de los juegos de azar y tiene como fin transferir mensualmente recursos a todos los municipios de la provincia de Buenos Aires para la implementación y sostenimiento de los proyectos sociales. Entre los objetivos se destacan el de fortalecer políticas municipales de niñez, economía social e inclusión productiva; la promoción de derechos, vivienda y hábitat y asistencia crítica; y el desarrollo de servicios de protección legal de niños, niñas y adolescentes. El Fondo es un instrumento para consolidar las políticas sociales de cada uno de los municipios mediante la transferencia dineraria mensual y la descentralización de recursos.

# 6. Programas de la provincia de Buenos Aires para la embarazada y la primera infancia

Con la finalidad de contribuir a alcanzar los ODM se acordó, entre el gobierno nacional y provincial, en el Consejo Federal de Salud (COFESA) realizado en noviembre de 2008, la creación del **Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil de las Mujeres y las Adolescentes 2009-2011**, renovado este año con metas cuantificables para 2015. El Plan cuenta con distintas etapas de capacitación, asistencia técnica, regionalización de la atención perinatal, provisión de equipamiento e insumos críticos, financiamiento de prestaciones y seguimiento y monitoreo conjunto para evaluar el estado de situación y promover las políticas públicas necesarias.

A nivel nacional y provincial existen otros programas dirigidos a embarazadas que toman en cuenta aspectos tales como la nutrición, el desarrollo, la organización comunitaria, la inclusión social, el cuidado integral de la salud y el cumplimiento de los derechos de la mujer. Entre los más reconocidos figuran el **Plan Más Vida** (Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires), el **Programa Sumar** (ampliación del **Plan Nacer**), el **Programa de Salud Congénita**, el **Programa de Prevención de Violencia Familiar y Violencia de Género** y la **Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia** (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires), el **Programa de Capacitación Yo Mamá** (ANSES y Cámara de Diputados provincial), el **Plan Nacional de Seguridad Alimentaria** y **Plan Ahí** (Ministerio de Desarrollo de la Nación) y, desde marzo de 2012, el **Foro de Primera Infancia** de la provincia de Buenos Aires.

Uno de los programas con mayor trascendencia para la atención de la salud ha sido el **Plan Nacer**, del Ministerio de Salud de la Nación. La principal característica, innovadora en el marco de gestión de políticas públicas, es el desarrollo de seguros públicos de salud para la población materno-infantil sin obra social (niños y niñas de hasta seis años y embarazadas hasta los 45 días después del parto) y un modelo de financiamiento basado en los resultados alcanzados que implica la transferencia de recursos de la Nación a las provincias según la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios, con el objetivo de reducir las cifras de morbilidad materno infantil. Los recursos transferidos se utilizan para pagar por prestación a los efectores, quienes deciden cómo se utilizarán los fondos: inversiones en construcción, mejoras edilicias, compra y mantenimiento de equipamiento médico y mobiliario, contratación de recursos humanos, incentivos o capacitación.

En 2012, el **Plan Nacer** se transformó en el **Programa Sumar** incorporando los niños, niñas y adolescentes de seis a diecinueve años y las mujeres de 20 a 64 años. Luego, el Programa incorporó, en 2013, el **Paquete Perinatal de Alta Complejidad** (PPAC). Dirigido a embarazadas y neonatos (500 a 1.500 gramos) que carecen de cobertura explícita de salud, el PPAC está formado por un conjunto de prestaciones y módulos para malformaciones congénitas.

Otra de las medidas de alto impacto ha sido la **Asignación Universal por Hijo para Protección Social**. Al estar sujeta al cumplimiento de los controles sanitarios obligatorios de los niños y de su concurrencia al sistema público de enseñanza se amplía la protección social al ámbito de la salud y la educación. Dado que apunta a atender las necesidades de los menores y adolescentes en situación de vulnerabilidad social, constituye una herramienta complementaria al conjunto de políticas de Estado orientadas a la reducción de los niveles de pobreza y marginalidad y al incremento del empleo.

La **Asignación por Embarazo** se incorporó en mayo de 2011 y se abona a la mujer embarazada desde la doceava semana de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. El monto de esta asignación es liquidado el 80% mensualmente, mientras que el 20% restante se hace efectivo una vez que se haya constatado el nacimiento o la interrupción del embarazo, previa verificación de todos los controles médico-sanitarios e inscripción del niño en el Plan Nacer.<sup>6</sup>

El **modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)** es una de las iniciativas implementadas en los últimos años con la finalidad de profundizar la reducción de la morbilidad materna e infantil junto a la promoción del cumplimiento de los derechos de los recién nacidos y sus familias. Es coordinado desde junio de 2010 en forma conjunta por el Ministerio de Salud, con apoyo técnico y financiero de UNICEF.

Desde 2007 en la provincia de Buenos Aires funciona el **Banco de Leche del Hospital San Martín**. El mismo recibe donaciones voluntarias de mujeres de la comunidad y de la propia maternidad, y trabaja con centros de recolección del sector público y privado de la provincia de Buenos Aires. Cumple funciones de capacitación en manejo de la leche materna donada para ser utilizada en los bebés internados y es centro de promoción y protección de la lactancia en la zona. Desde su puesta en funcionamiento, más de 12.000 recién nacidos—en su mayoría prematuros— pudieron ser alimentados gracias a la donación de 3.480 litros de leche de 1.975 mujeres, previo proceso de pasteurización correspondiente.

El **Programa Unidades de Desarrollo Infantil (UDI)**, del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires, tiene modalidades de centro juvenil, contención e inclusión adolescente. Brinda atención alimentaria, estimulación y apoyo al proceso enseñanza-aprendizaje a niños de cero a catorce, complementando las acciones de la familia y la escuela en instituciones provinciales, municipales y no gubernamentales conveniadas para tal fin.

---

6. En junio de 2014 las Asignaciones Universales por Hijo y por Embarazo aumentaron a 644 pesos y a 2000 por hijo con discapacidad.

Las modalidades del Programa UDI se aplican a través de **jardines maternos comunitarios** con la asistencia a niños y niñas de cero a cinco años; **casa del niño**, en donde se asiste a niños de seis a catorce años a contra turno escolar; **centros de atención integral para chicos de cero a catorce años** donde se realizan dos prestaciones alimentarias y actividades de estimulación a través de propuestas diversas de acuerdo al grupo etario al que pertenezcan; y **comedores infantiles** para niños de cero a catorce años, cuyo accionar está centrado en la prestación alimentaria (almuerzo) a aquellos que no tengan esa posibilidad garantizada desde otros espacios familiares o institucionales. Además de estos espacios físicos se realiza la entrega de bolsas de alimentos a familias en situación de vulnerabilidad social con niños entre los cero a catorce años.

**Primeros Años**, programa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se desarrolla en el ámbito del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y está enmarcado en el paradigma de políticas públicas con abordaje integral para favorecer el desarrollo de las niñas y niños de cero a cuatro años. Es resultado de un convenio firmado, en noviembre de 2005, entre los Ministerios de Desarrollo Social, Salud y Educación de la Nación.

A tal fin se ha creado la **Mesa de Planificación Estratégica y Coordinación Programática Nacional**, un dispositivo de articulación y gestión en el que participan representantes de los cinco ministerios nacionales que forman parte de Primeros Años. Se trata de una estructura que, a su vez, se replica a modo de espejo en las provincias y localidades, en las que se constituyen **Mesas Interministeriales Provinciales y Mesas Locales**.

El **Plan de Educación Obligatoria 2009-2011** se diseña, entonces, como un instrumento capaz de contener y orientar la política pública para el sector, apelando a la concertación federal en torno a objetivos y desafíos comunes. El Consejo Federal de Educación, al aprobarlo por Resolución N° 79/09, legitima esa construcción y habilita al mismo en su condición de herramienta de negociación y consenso.

En la base de las conceptualizaciones que lo sustentan se encuentran las preocupaciones por las infancias y juventudes contenidas en las definiciones más estructurales de la Ley de Educación Nacional y la Ley de Financiamiento Educativo. En particular, para las primeras infancias compromete iniciativas que asumen al nivel en su necesidad de expansión y fortalecimiento. Este requerimiento puede verse reflejado en los datos que se consignan en las tablas y gráficos de este documento. Además, se destaca que entre 2009 y 2010 la cobertura del nivel inicial se incrementó en un 1,7%, al ingresar 26.473 alumnos nuevos.

**FINES, Programa de Terminalidad Educativa**, del Ministerio de Educación de la Nación, articula con la Dirección General de Escuelas y diferentes ONG. Es de alcance

nacional, funcionando en todas las jurisdicciones. Convoca a todos aquellos jóvenes y adultos con estudios inconclusos a participar del Plan de Finalización de Estudios Primarios y Secundarios.

El **Programa Nacional Más Escuelas**, del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de la Nación, cuenta con financiamiento externo y recursos propios. Construye y repara escuelas buscando fortalecer el nivel pedagógico y la infraestructura edilicia.

**Conectar Igualdad** es implementado en conjunto por Presidencia de la Nación, la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), el Ministerio de Educación de la Nación, la Jefatura de Gabinete de Ministros y el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios. Es una política de inclusión digital de alcance federal que, al terminar 2012, llevará entregadas 3 millones de netbooks a alumnos y docentes de educación secundaria de escuela pública, educación especial y de institutos de formación docente. Paralelamente, se desarrollan contenidos digitales y propuestas didácticas y se trabaja en los procesos de formación docente para transformar paradigmas, modelos y procesos de aprendizaje y enseñanza.

El **Programa Patios Abiertos**, de la Dirección General de Cultura y Educación de la provincia, busca generar espacios para la inclusión y retención educativa con aprendizaje a través de propuestas de recreación, culturales, artísticas y deportivas que se desarrollan en los establecimientos educativos durante los fines de semana. Los destinatarios son todos los niños y jóvenes de 5 a 21 años escolarizados o no.

**Salas Maternales en Secundarias y Centros de Atención Temprana, con servicio domiciliario** de la Dirección General de Cultura y Educación de la provincia. Existen experiencias piloto de salas maternales en 30 servicios educativos. Esto permite a las jóvenes madres no abandonar los estudios. Las jóvenes concurren a la clase y tienen sus tiempos para darle la lactancia a sus bebés o lo que sea necesario, pero sin dejar la escuela. El programa de **Salas Maternales en Secundarias** se complementa con el de **Salud Sexual y Procreación Responsable**.

Los **Centros de Atención Temprana del Desarrollo Infantil con servicio domiciliario** forman parte de los establecimientos de educación especial, establecidos por la Dirección General de Cultura y Educación, a fin de atender a bebés y niños, ofreciendo enfoques que dan respuesta a necesidades específicas.

El **Consejo Provincial para las Personas Discapacitadas** de la provincia de Buenos Aires es un espacio de articulación, cooperación y gestación de políticas públicas tendientes a favorecer en las personas con discapacidad, su autonomía personal y su

participación activa en el colectivo social. Se erige como un espacio de coordinación multisectorial, donde están representados todos los ministerios del gobierno provincial, los gobiernos municipales y las organizaciones de la sociedad civil, sin fines de lucro, dedicadas a las personas con discapacidad, que operan dentro del territorio bonaerense.

La **Comisión para el Trabajo con Igualdad de Oportunidades (CTIO)** es un espacio de interacción entre representantes gubernamentales, sindicales, empresariales y de la sociedad civil para fortalecer la concertación y el diálogo social sobre la igualdad de oportunidades en el mundo laboral. Fue creada en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social el 28 de octubre de 1998 mediante el Acta Acuerdo N° 57 por iniciativa de la OIT, que mantiene permanente presencia.

El **Programa Envión. Inclusión para adolescentes en situación de vulnerabilidad**, del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia, es una iniciativa destinada a niños y jóvenes de entre 12 y 21 años en situación de vulnerabilidad social. Su objetivo es integrarlos al sistema educativo y enseñarles un oficio, además de procurarles un espacio de afecto y contención donde puedan realizar actividades deportivas, recreativas y culturales con la guía de profesionales idóneos. Se pretende con ello brindarles herramientas que les facilitarán la inserción al mercado laboral y a la vida social.

El **Consejo Provincial de las Mujeres**, del Ministerio de Gobierno de la provincia de Buenos Aires, tiene la finalidad de lograr la plena igualdad jurídica, laboral, política, económica y social de la mujer implementando para ello las medidas y políticas necesarias para eliminar la discriminación de género.

Los **Centros de Prevención de las Adicciones (CPA)**, de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, Ministerio de Salud de provincia de Buenos Aires, forman parte de la red pública y gratuita de atención a las adicciones de la provincia. Son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación. Están conformados por un equipo técnico de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios que atienden a personas afectadas por situaciones de consumo problemático de sustancias o que requieren asesoramiento en relación a la temática.

El **Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género** – Área de Políticas de Género, Ministerio de Salud es un órgano encargado de proponer políticas, convocar a la concertación, diseñar y ejecutar en el ámbito sanitario, acciones de capacitación a los/as trabajadores del sector, acciones de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y de género, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población desde la defensa de sus derechos.

**Línea telefónica gratuita de atención a la violencia y Programa de atención a mujeres víctimas de violencia**, de la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires. Son parte del Sistema Integrado Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. A través de este programa se aborda la compleja problemática de la violencia de género desde una perspectiva de derechos. Su finalidad es implementar un primer nivel de atención y contención para mujeres en situación de violencia y facilitarles el acceso a la justicia, a la salud, a la seguridad, al desarrollo social y otros recursos públicos y de la sociedad civil que requieran para superar esa situación.

**Servicios locales y zonales de promoción y protección derecho de niños**, de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires. En los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos (SLPPD) se reciben y abordan situaciones de vulneración de derechos en los menores de dieciocho años (violencia intrafamiliar, abuso sexual, abandono, situación de calle, adicciones y otras patologías vinculadas a situaciones de riesgo social de origen). Por reglamentación de ley se crearon los Servicios Zonales Promoción y Protección de Derechos (SZPPD).

**Mesa intersectorial para la promoción y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes** de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires. La Comisión Interministerial de Promoción y Protección integral de Derechos del Niño, prevista por la Ley 13.298, es un espacio de articulación y decisión de política pública en un marco de corresponsabilidad de las acciones. Involucra a casi la totalidad de carteras ministeriales que componen el gobierno provincial y sesiona a solicitud de la Secretaría de Niñez y Adolescencia. La Comisión celebra dos Reuniones Extraordinarias por año, en tanto se realizan en forma regular encuentros intersectoriales para problematizar y definir acciones, priorizar agendas y sistematizar políticas públicas.

Las **mesas locales de intervención contra la violencia**, creadas por iniciativa del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia, son el espacio en donde se organizan y concentran las acciones en relación a la problemática de violencia familiar en el territorio. El Ministerio de Desarrollo Social participa a través de la Dirección de Políticas de Género y trabaja en su conformación acompañando y capacitando a los actores intervinientes. Las instituciones que conforman las mesas locales se transforman así en el primer nivel de intervención, contención y atención de la violencia familiar.

Por otra parte, la **mesa intersectorial** (interministerial) se encarga de desarrollar lineamientos político-técnicos rectores para prevenir, sancionar y atender los casos de violencia familiar. El objetivo de este ente interdisciplinario es crear políticas públicas adecuadas para la erradicación de la violencia familiar.

**Registro Estadístico Unificado de Niñez y Adolescencia (REUNA)**, de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires. Es una herramienta moderna y necesaria que se convierte en la plataforma de trabajo conjunta con los servicios zonales y locales de los diferentes municipios de la provincia. El REUNA es un sistema descentralizado que se encuentra instalado en un servidor oficial de la provincia y al que se puede acceder desde la intranet provincial.

**Consejo local con participación de los gobiernos municipales y la comunidad.** La existencia y promoción de políticas públicas intersectoriales son fundamentales para que los Estados garanticen los derechos teniendo como eje la integralidad del desarrollo infantil y el bienestar de las madres y embarazadas.

# 7. Referencias bibliográficas

1. LAVIS, J.N., ROTTINGEN, J.-A., BOSCH-CAPBLANCH, X., ATUN, R., EL-JARDALI, F., GILSON, L., et al. *Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Linking Guidance Development to Policy Development*. PLoSMed, Marzo 2012. Vol 9, no. 3. DOI:10.1371. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1001186&representation=PDF>.
2. INNVAER, S., VIST, G., TROMMALD, M., y OXMAN, A. *Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review*. Health Serv Res Policy. Octubre 2002. Vol 7, no. 4, p. 239-44.
3. CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH. *Innovation in Action. Knowledge Translation Strategy 2004-2009*. 2004. ISBN: 0-662-38785-6. Disponible en: <http://www.cihir-irsc.gc.ca/e/26574.html>
4. CAMPBELL, S. *Knowledge Translation Curriculum*. Canadian Coalition for Global Health Research: Ottawa. 2012. Disponible en: [http://www.sandy-campbell.com/sc/KTC\\_Acknowledgements.html](http://www.sandy-campbell.com/sc/KTC_Acknowledgements.html)
5. LAVIS, J.N., BOYKO J.A., OXMAN A.D., LEWIN, S., y FRETHEIM A. *SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking*. Health Research Policy and Systems. Diciembre 2009. Vol 7, no. 1:14. doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S14. Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S14>.
6. ABELSON, J., FOREST, P., EYLES, J. et al. *Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes*. Social Science & Medicine; 2003, 57: 239-25.
7. ENGLE, P., FERNALD, L., ALDERMAN, H., et al. *Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries*. Lancet octubre 2011; v. 378, no. 9799, p. 1339-1353.
8. SHONKOFF, J. y PHILLIPS, D., *From Neurons to neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: The National Academies Press, 2000.
9. GRANTHAM-MCGREGOR, S., CHEUNG, Y.B., CUETO, S. et al. *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. Lancet 2007, v. 369, no. 9556, p. 60-70.
10. WALKER, S.P., WACHS, T.D., GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. *"Child Development 1. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development"*. En Lancet, octubre 2011; v. 378, no. 9799, p. 1325-1338.
11. WHO, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires, 2009, 23 p. Disponible en Internet: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)
12. NAUDEAU, S.; KATAOKA, N.; VALERIO, A. et al. *Investing in Young Children An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. The International Bank for Reconstruction and Development, 2011. ISBN: 978-0-8213-8526-5, eISBN: 978-0-8213-8528-9, DOI: 10.1596/978-0-8213-8526-5.
13. VEGAS, E. y SANTIBÁÑEZ, L. *The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean*. The International Bank for Reconstruction and Development, 2010. ISBN: 978-0-8213-7759-8, eISBN: 978-0-8213-8164-9, DOI: 10.1596/978-0-8213-7759-8.
14. WHO. *Meeting report: nurturing human capital along the life course: investing in early child development*. Geneva, Switzerland, 10-11 de enero de 2013.
15. CUNHA, H., HECKMAN, J.J., LOCHNER, L. y MASTEROV, D. *Interpreting the evidence on life cycle skill formation*. Handbook of the Economics of Education, Volume 1 Ed. Eric A. Hanushek y Finis Welch, 2006, Elsevier B.V. DOI: 10.1016/S1574-0692(06)01012-9.
16. HECKMAN, J.J. SCHOOLL. *Skill and synapses*. Presidential Lecture of the Western Economics Association, Seattle Washington, 30 de junio de 2007
17. IRWIN, L., SIDDIQI, A. y HERZTMAN, C. *Desarrollo de la primera infancia: un potente equalizador*. Canadá, 2007, 74 p. Informe final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.
18. UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil*. ISBN: 978-92-806-4193-6. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Estado\\_mundial\\_de\\_la\\_infancia\\_2008.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Estado_mundial_de_la_infancia_2008.pdf)

19. STANLEY, F.J. y HOBBS, M.S. *Perinatal outcome in Western Australia, 1968 to 1975: Social and biological determinants*. Medical Journal of Australia, abril 1981, v. 68, no. 8, p.414-6.
20. OLD, DL., SADLER, L. Y KITZMAN, H. *Programs For Parents Of Infants And Toddlers: Recent Evidence From Randomized Trials*. Journal Of Child Psychology And Psychiatry, Marzo 2007, v 48, p. 355-91.
21. WALKER, S.P., WACHS, T.D., GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. *Child Development 1. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development*. Lancet, octubre 2011; v. 378, no. 9799, p. 1325-1338
22. CEPAL y UNICEF. *Pobreza Infantil en América Latina y El Caribe*. Ed. Naciones Unidas, 2010.
23. UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2005: La infancia amenazada*. Ed. 2005.
24. WALKER, S.P., WACHS, T.D., GARDNER, J.M., et al *Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries*. Lancet, enero 2007; v. 369, no. 9556, p 145-57.
25. VITORA, C., WAGSTAFF, A., ARMSTRONG SCHELLENBERG, J., et al. *Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough*. Child Survival IV. Lancet, vol 362 (233-241).
26. SIDDIQI, A., IRWIN, L. y HERTZMAN, C. . *Total Environment Assessment Model for Early Child Development*. Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
27. UNICEF. *The Structural Determinants of Child Well-being*. An Expert Consultation Hosted by the UNICEF Office of Research, 2012. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/678>
28. PAHO. *Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*. Washington, D.C, 2011.
29. PRÜSS-ÜSTÜN, A., BOS, R., GORE, F. et al. *Safer water, better health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health* World Health Organization: Geneva, 2008. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596435\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596435_eng.pdf)
30. CAIRNCROSS, S. y VALDMANIS, V. En: *Watersupply, Sanitation, and Hygiene Promotion. Disease Control Priorities*. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Group, 2006, Second Edition. Chapter 41.
31. JOURAVLEV, A. *Los servicios de agua potable y saneamiento en el umbral del siglo XXI*. Serie Recursos Naturales e Infraestructura. Nº 74. CEPAL. 2004. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/19539/lcl2169e.pdf>
32. RABIU, M., ALHASSAN, M.B. y EJERE H.O.D. *Environmental sanitary interventions for preventing active trachoma*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4, Art. No.: CD004003. DOI: 10.1002/14651858.CD004003.pub3
33. BOSCHI-PINTO, C.; YOUNG, M. y BALCK, R. *The child health epidemiology reference group reviews of the effectiveness of interventions to reduce maternal, neonatal and child mortality*. International Journal of Epidemiology 2010; 39:i3-i6.
34. CAIRNCROSS, S.; HUNT, C.; BOISSON, S. et al. *Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhea*. International Journal of Epidemiology; 2010, 39: 1193-1205.
35. HALLER, L., HUTTON, G. y BARTRAM, J. *Estimating the costs and health benefits of water and sanitation improvements at global level*. Journal of water and health. World Health Organization. 2007. 05.4: 467-480.
36. HUTTON, G. y HALLER, L. *Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at the global level*. Water, Sanitation and Health. Protection of the Human Environment. World Health Organization, 2004. WHO/SDE/WSH/04.04. Geneva, Switzerland. Disponible en: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/wsh0404.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/wsh0404.pdf)
37. HUTTON, G. y BARTRAM, J. *Regional and global costs of attaining the water supply and sanitation target (target 10) of the Millennium Development Goals*. Public Health and the Environment. Assessing & Managing Environmental Risks to Health. World Health Organization, 2008. WHO/HSE/AMR/08/01. Disponible en: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/economic/mdg\\_global\\_costing.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/economic/mdg_global_costing.pdf)
38. HUTTON, G. y BARTRAM, J. *Global costs of attaining the Millennium Development Goal for water supply and sanitation*. Bulletin of the World Health Organization. 2008, 86:13-19. Disponible en: <http://www.scieosp.org/pdf/bwho/v86n1/10.pdf>
39. HUTTON, G., HALLER, L. y BARTRAM, J. *Global cost-benefit analysis of water supply and sanitation interventions*. World

- Health Organization. *Journal of Water and Health*. 2008, 05.4: 481-502. Disponible en: <http://www.iwaponline.com/jwh/005/0481/0050481.pdf>
40. UNICEF. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2012*.
  41. FEWTRELL, L., KAUFMANN, R.B., KAY, D., ENANORIA, W., et al. *Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and metaanalysis*. *Lancet Infectious Diseases*; 2005, 5(1):42-52.
  42. WADDINGTON, H., SNILSTVEIT, B., WHITE H, et al. *Water, sanitation and hygiene interventions to combat childhood diarrhoea in developing countries*. The International Initiative for Impact Evaluation, 2009 (3ie).
  43. WRIGHT, J., GUNDRY, S. y CONROY, R. *Household drinking water in developing countries: a systematic review of microbiological contamination between source and point-of-use*. *Tropical Medicine and International Health*; 2004, 9 (1): 106-117.
  44. INDEC. *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>
  45. ESANDI, R. *Situación habitacional de la infancia en la Provincia de Buenos Aires*. Año 2010. 2013. Material no publicado.
  46. KAZTMA, R. *Infancia en América Latina: Privación habitacional y desarrollo del capital humano*. CEPAL y UNICEF Santiago de Chile, 2011.
  47. BONNEFOY, X. *Inadequate housing and health: an overview*. *Int. J. Environment and Pollution*, 2007, Vol. 30, Nos. 3/4.
  48. WHO. *International Workshop on Housing, Health and Climate Change: Developing guidance for health protection in the built environment mitigation and adaptation responses*. 2010.
  49. OMS y OPS: *Impactos de la vivienda en la salud*, 2008, disponible en: <http://www.bvsde.opsoms.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/cinco.pdf>
  50. INDEC. *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>
  51. MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL y UNICEF. *Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales Resultados 2011/2012*. 2013.
  52. WALKER, S.P.; WACHS, T.D., GRNTHAM-MC GREGORS et al. *Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development*. *Lancet*, octubre 2011; v. 378, no. 9799 p 1325-38.
  53. UNICEF. *Gender Influences on Child Survival, Health and Nutrition: A Narrative Review*. 2011. Disponible en: [http://www.unicef.org/gender/files/Gender\\_Influences\\_on\\_Child\\_Survival\\_a\\_Narrative\\_review.pdf](http://www.unicef.org/gender/files/Gender_Influences_on_Child_Survival_a_Narrative_review.pdf)
  54. GAKIDOU, E., et al. *Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis*. *The Lancet*, vol. 376, 18 Septiembre 2010, pp 959-974.
  55. BASU, A. M., y R. STEPHENSON. *Low levels of maternal education and the proximate determinants of childhood mortality: a little learning is not a dangerous thing*. *Social Science and Medicine*, 2005, vol. 60 no. 9, pp.2011-2023.
  56. LUPICA, C., y COGLIANDRO, G. *Cuadernillo estadístico de la maternidad N° 6: Condiciones de vida de las madres en Argentina. Procesamiento de datos de la Encuesta Permanente de Hogares, INDEC. Periodo 2007-2010*. En Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires, abril 2012. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/documentos/wp1529037804/CUADERNILLLO%206%20VFINAL.pdf>
  57. CEPAL. *Pobreza Infantil en América Latina y El Caribe*. 2010.
  58. STEWART, C., IANNOTTI, L. y DEWEY, K. *Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention* en *Maternal & Child Nutrition*. Volume 9, Issue Supplement S2, pages 27-45, September 2013. DOI: 10.1111/mcn.12088
  59. GRANTHAM-MCGREGOR S., CHEUNG Y.B., CUETO S. et al. *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. En *Lancet*, enero 2007; v. 369, no. 9556, p 60-70.
  60. ENGLE, P., BLACK, M., BEHRMAN, J. et al. *Child development in developing countries 3 Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world*. *Lancet*, enero 2007, v. 369, no. 9557, p. 229-42.
  61. DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA *Situación de la lactancia materna en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
  62. PAHO. *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC, 2003.
  63. DURAN, P. et al. *Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses*

- de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (EN-NyS). Archivo argentino de pediatría. 2009, vol.107, n.5, pp. 397-404. ISSN 1668-3501.
64. LONG, H., YI, J.M., HU, P.L. et al. *Benefits of iron supplementation for low birth weight infants: a systematic review*. BMC Pediatrics. 2012 Jul 16 ;12:99. doi: 10.1186/1471-2431-12-99. Review. PubMed PMID: 22794149; PubMed Central PMCID: PMC3444344.
  65. WANG, B., ZHAN, S., GONG, T., LEE, L. *Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD001444. DOI:10.1002/14651858.CD001444.pub2.
  66. MILLS, R.J., DAVIES, M.W. *Enteral iron supplementation in preterm and low birth weight infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD005095. DOI: 10.1002/14651858.CD005095.pub2.
  67. DIRECCIÓN DE MATERNIDAD E INFANCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. *Diagnóstico de la situación nutricional de la Provincia de Buenos Aires 1995, 2002 y 2009*. 2013. Material no publicado.
  68. DAS NEVES, P. y RÚGOLO, E. *Estudio de nutrición, desarrollo psicomotriz y análisis toxicológico de la cuenca Matanza-Riachuelo*. Dirección General Ambiental, Componente Nutrición. ACUMAR. 2011.
  69. COHAN, L. y col. *Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2008*. Ministerio de Salud de la Nación.
  70. BARKER, D.J.P. (2004). *The developmental origins of well-being*. Division for Developmental Origins of Adult Health and Disease. Philosophical Transactions of the Royal Society of London Biological Sciences, v. 359, no. 1449, p. 1359-1366.
  71. LEONETTI CORREIA, L. y MARTINS LINHARES, M. *Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura*. Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE), agosto 2007, vol.15, no.4. Disponible en Internet: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024>.
  72. PINTO-DUSSAN, M. C., AGUILAR-MEJÍA, O.M. y GOMEZ ROJAS, J. *Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana*. Univ. Psychol., Septiembre 2010, v.9, no.3, p.749-759. ISSN 1657-9267.
  73. VAN DEN BERGH, B.R.H. *Maternal emotions during pregnancy and fetal and neonatal behaviour*. In: NijhuisJg, editor. *Fetal behaviour, developmental and perinatal aspects*. Oxford: Oxford University Press; 1992, p.157-78
  74. VAN DEN BERGH B., MENNES M., OOSTERLAAN J. et al. *High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, abril 2005, v. 29, no. 2, p. 259-69
  75. JADRESIC, E. *Depresión post parto*. Med-wave 2004 Dic;4(9):e1922 doi: 10.5867/medwave.2004.09.1922.
  76. HORWITZ, S. M., BRIGGS-GOWAN M.J., STORFER-ISSER A. et al. *Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression*. Department of Epidemiology and Biostatistics, Case School of Medicine, Cleveland, Ohio 44106-4945, USA. Journal of Women's Health (Larchmt). 2007 Jun;16(5):678-91.
  77. OLIVER, M. *Capítulo 41: Diagnóstico Precoz en Salud Mental Pediátrica*. Pág. 657 a 666. Ensayos sobre crecimiento y desarrollo, presentado al Doctor Horacio Lajarraga por sus colegas y discípulos. (Fano, V., Pino, M. D., & Caino, S comps.) Buenos Aires. Paidós: Tramas Sociales, 2011.
  78. BOWLBY, J. *Una base segura*. Barcelona: Editorial Paidós AIDOS IBERICA, 1989. ISBN 9788449302015
  79. LECANNELIER, F., KIMELMAN, M., GONZÁLEZ, L., et al. *Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año*. En dos Centros de Atención de Santiago de Chile. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 2008, 17(3), 197-207.
  80. ARMUS, M., DUHALDE, C., OLIVER, M., WOSCOBOINIK, N. *Desarrollo Emocional: clave para la primera infancia*; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos, 2012.
  81. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Child Abuse Prevention and Treatment Act. Including Adoption Opportunities & The Abandoned Infants Assistance*. 2010. Disponible en: <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2010.pdf>
  82. SELPH, S.S., BOUGATSOS, C., BLAZINA, I., et al. *Behavioral Interventions and Counseling to Prevent Child Abuse and Neglect: A Sys-*

- tematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation.* Ann Intern Med. 2013;158:179-190
83. UNICEF, *Measuring and Monitoring Child Protection Systems: Proposed Core Indicators for the East Asia and Pacific Region*, Strengthening Child Protection Series No. 1., UNICEF EAPRO, Bangkok, 2012.
  84. MARMOT, M. y WILKINSON, R. (Eds). *Social Determinants of Health* 2nd edition. Oxford: Oxford University Press. 2001.
  85. WALKER, S.P., WACHS, T.D., GRANTHAM-MCGREGOR S, et al. *Child Development 1. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development.* Lancet, octubre 2011; v. 378, no. 9799, p. 1325-1338.
  86. PAHO. *La violencia doméstica durante el embarazo.* Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/VAWPregnancysp.pdf>
  87. GOGNA, M. et al. *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas.* Buenos Aires, CEDES-UNICEF, 2005, 344p. ISBN 987-21844-2-9
  88. WHO. *Global and regional estimates of violence against women Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. 2013.
  89. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Intimate Partner Violence Definition.* Disponible en Internet: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>
  90. GOGNA, M. et al. *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas.* Buenos Aires, CEDES-UNICEF, 2005, 344p.
  91. PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO. Consultas por Violencia Familiar y Sexual 2012 - 2013. 2013. Disponible en: [http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/violencia/files/2012/11/Informe\\_Registro\\_2012-2013.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/violencia/files/2012/11/Informe_Registro_2012-2013.pdf)
  92. SAVE THE CHILDREN. *Surviving the first day. States of the world's mother 2013.* Mayo 2013. Disponible en <http://www.savethechildrenweb.org/SOWM-2013/>
  93. SAIGAL, S., DOYLE, L.W. *An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood.* The Lancet enero 2008, v. 371, no.9608, p. 261-9.
  94. CROWTHER, C. y HARDING, J. *Dosis repetidas de corticosteroides prenatales administradas a mujeres con riesgo de parto prematuro para la prevención de enfermedades respiratorias neonatales.* Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD003935. DOI: 10.1002/14651858.CD003935.pub2.
  95. BROWNFOOT, F., CROWTHER, C., MIDDLETON, P. *Diferentes corticoesteroides y regímenes para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro.* Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas; 2008, Número 4. Art. n.º: CD006764. DOI: 10.1002/14651858.CD006764.pub2.
  96. ROBERTS, D. y DALZIEL, S. *Corticoesteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro.* Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2.
  97. BREMEN DE MUCIO, R., SCHWARCZ, A., et al. *Regionalización de la atención perinatal.* Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2010.
  98. OPS y Ministerio de Salud de la Nación. *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría.* 2009. ISBN 978-950-38-0093-5.1.
  99. WHO, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Buenos Aires, 2009, 23 p. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en Internet: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)
  100. PUIG, G. y SGUASSERO, Y. *Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR* (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
  101. MOORE, E.R., ANDERSON, G.C., BERGMAN, N., DOWSWELL, T. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3

102. LACARRUBBA, J., GALVÁN, L.; BARRETO, N.; et al. *Guías prácticas de manejo en Neonatología. Atención inmediata del Recién Nacido de término sano*. Pediatría. (Asunción), Vol. 38; N° 2; Agosto 2011. pág. 138-145.
103. SAVE THE CHILDREN. *Surviving the first day. States of the world's mother 2013*. Mayo 2013. Disponible en <http://www.savethechildrenweb.org/SOWM-2013/>
104. WHO. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva, 2012. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/en/index1.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.html)
105. IAMS, J., ROMERO, R., CULHANE, J. et al. *Preterm Birth 2 Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth*. Lancet enero 2008 ; vol.371, n. 9606, pag. 164-75.
106. ALIANZA PARA LA SALUD DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO. *Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, 2011.
107. DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS EN SALUD. *Estadísticas Vitales 2011*. Dirección de Información y Estadísticas en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.
108. DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS EN SALUD. *Estadísticas Vitales 2011*. Dirección de Información y Estadísticas en Salud. Ministerio de Salud de la Nación, 2012.
109. ALIANZA PARA LA SALUD DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO. *Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*. Ginebra: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, 2011
110. UNICEF. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*. Progress Report 2012.
111. DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. *Información para la Dirección de Maternidad e Infancia*. 2013. Material no publicado.
112. DIRECCIÓN DE MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. *Bebés seguros: las 8 medidas preventivas de la muerte inesperada del lactante durante el sueño*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
113. UNICEF y Kaleidos (2012). *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*. ISBN: 978-92-806-4641-2
114. BARLOW, J. y PARSONS, J.. *Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children*. Campbell Systematic Reviews 2005.2 DOI: 10.4073/csr.2005.2
115. ELKAN, R., KENDRICK, D., HEWITT, M., ROBINSON, J.J.A., TOLLEY. K., BLAIR, M., et al. *The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature*. Health Technol Assess 2000;4(13).
116. ZORITCH, B., ROBERTS, I., OAKLEY, A. *Day care for pre-school children*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000564. DOI: 10.1002/14651858.CD000564.
117. ANDERSON, L.M., SHINN, C., FULLILOVE, M.T., SCRIMSHAW, S.C., FIELDING, J.E., NORMAND, J., CARANDE-KULIS V.G. y equipo de trabajo de Servicios Comunitarios de Prevención. *The Effectiveness of Early Childhood Development Programs. A Systematic review Overview*: Am J Prev Med 2003;24(3S): 32-46
118. ESQUIVEL, V.; FAUR, E. et al. *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* laed - Buenos Aires, IDES 2012.
119. MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL - UNICEF. *Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. Principales resultados 2011-2012*. 2013
120. BRAZELTON, B.T., GREENSPAN S.I. *The Irreducible Needs Of Children: What Every child must have to grown, learn and flourish*. Perseus. 2000.
121. UNICEF. *Getting ready for school, a child to child approach*. 2008.
122. BORNSTEIN, M. y ROBERT B. *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development: The Hollingshead Four-Factor Index of Social Status and the Socioeconomic Index of Occupations*, capítulo 2 en Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development, ed. Marc H. Bornstein and Robert H. Bradley, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, N.J., 2003, pp. 29-81.
123. HAVEMAN, R. y WOLFE, B. *The Determinants of Children's Attainments: A review of methods and findings*. Journal of Economic Literature, vol. 23, no. 4, December 1995, pp. 1829-1878.
124. BRADLEY, R. y CORWYN, R. *Caring for Children around the World: A view from HOME*.

International Journal of Behavioral Development, vol. 29, no. 6, 2005, pp. 468–478.

125. MORRISON, F. y RAMIE, R. *Parenting and Academic Achievement: Multiple paths to early literacy*. Capítulo, en *Parenting and the Children's World: Influences on academic, intellectual, and social-emotional development*, ed. John G. Borkowski, Sharon Landesman Ramey y Marie Bristol-Power, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, N.J., pp. 141–160.
126. RICHTER, L. *The Importance of Caregiver-Child Interactions for the Survival and Healthy Development of Young Children: A review*. WHO, Geneva, 2004.
127. ROGOFF, B. *The Cultural Nature of Human Development*. Oxford University Press, New York, January 2003.
128. WERNER, E. y SMITH, R. *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 2001.
129. WHITING, B. y POPE EDWARDS, C., *Children of Different Worlds: The formation of social behavior*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1988.
130. BROOKS-GUNN, J., REBELLO BRITTO, P. y CHRISTY B., *Struggling to Make Ends Meet: Poverty and child development*. Parenting and Child Development in "Non-traditional" Families, capítulo 14. Ed. Michael E. Lamb, Laurence Erlbaum Associates, Mahwah, N.J., 1999, pp. 279–304.
131. HART, B. y TODD, R. *Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children*. Brookes Publishing, Baltimore, Md., 1995.
132. UNICEF, *Child Friendly Schools Manual*, UNICEF, New York, March 2009.
133. VILLEGAS, A., y LUCAS, T. *Preparing Culturally Responsive Teachers: Rethinking the curriculum*, Journal of Teacher Education, vol. 53, no. 1, 2002, pp. 20–32.
134. SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA/ UNICEF. *Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2013*. Disponible en [http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud\\_SapUnicef\\_cifras2013.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_SapUnicef_cifras2013.pdf)
135. UNICEF. *Informe provincia de Buenos Aires – las oportunidades educativas (1998 – 2010)*
136. DIRECCIÓN NACIONAL DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EDUCATIVA. *Anuario Estadístico Educativo 2012 y Anuario Estadístico Educativo 2010*.
137. HECKMAN, J.J., MASTEROV, D.V. *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. W. Schultz Award Lecture at the Allied Social Sciences Association annual meeting, Chicago, January 5–7, 2007.

## Notas

[illegible]

## Notas

[illegible]

## Notas

[illegible]

## Notas

[illegible]

## Notas

[illegible]



