





# **Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia**



Ianina Tuñón (coordinadora)

# **Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia**

**Editorial Biblos**  
S O C I E D A D

Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia /  
lanina Tuñón ... [et.al.]; coordinado por lanina Tuñón.- 1a ed.- Ciudad Autónoma  
de Buenos Aires: Biblos, 2015.

343 pp.; 16 x 23 cm. - (Sociedad)

ISBN 978-987-691-375-1

1. Sociología. I. Tuñón, lanina II. Tuñón, lanina, coord.  
CDD 301

La publicación fue realizada con fondos del proyecto Foncyt PICT 2010-2195: "Condiciones de vida y capacidades de desarrollo humano de la niñez y adolescencia en diferentes contextos macroeconómicos, tipos de familia y dimensiones de derechos", con sede en el Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Comité de referato: Agustín Salvia, Silvia Balzano y Ianina Tuñón

Imagen de de tapa: *David Knox (www.davidknx.com)*

Diseño de tapa: *Luciano Tirabassi U.*

Armado: *Lucía Sánchez*

© Los autores.

© Editorial Biblos, 2015

Pasaje José M. Giuffra 318, C1064ADD Buenos Aires

info@editorialbiblos.com / www.editorialbiblos.com

Hecho el depósito que dispone la ley 11.723

Impreso en la Argentina

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

Esta primera edición

se terminó de imprimir en Artes Gráficas Integradas, William Morris 1049,  
Florida, Buenos Aires, República Argentina,  
en julio de 2015

# Índice

Presentación. Derechos, sistemas de protección e infancia temprana. Apuntes sobre el caso de la Argentina en el contexto de la región <i>Ianina Tuñón</i> .....	9
Aportes para la medición de las privaciones sociales en la primera infancia. Incidencia, evolución y principales determinantes (Argentina, 2010-2013) <i>Ianina Tuñón y Santiago Poy</i> .....	31
¿Cómo medir exclusión social en la primera infancia? Una propuesta de indicador aplicado al caso colombiano <i>Ana María Osorio Mejía y Luis Fernando Aguado Quintero</i> .....	53
Elaboración de un paquete de indicadores esenciales de bienestar y desarrollo infantil temprano para monitoreo poblacional en México <i>Filipa de Castro y Betania Allen</i> .....	77
Acervo de información para el primer año de vida. Una propuesta basada en derechos humanos <i>Rosa María Rubalcava, Sandra Murillo López y Héctor Ernesto Nájera Catalán</i> .....	109
Pobreza y desarrollo cognitivo. Consideraciones para el diseño de estrategias de intervención orientadas a su optimización <i>Sebastián Lipina, María Soledad Segretin, María Julia Hermida, Lucía M. Prats, Carolina S. Fracchia y Jorge A. Colombo</i> .....	185
Derechos y sistemas de cuidados en la infancia. Contextos y circunstancias que pueden comprometer el desarrollo y el bienestar infantil <i>Alicia Canetti, Ana Cerutti y Alejandra Girona</i> .....	217
La experiencia de evaluación en el Sistema de Protección a la Infancia “Chile Crece Contigo”. Resultados e implicancias <i>Paula Bedregal y Andrea Torres</i> .....	257

Persistentes desigualdades sociales en el derecho al cuidado, la crianza y la socialización en la primera infancia <i>Ianina Tuñón y Lidia de la Torre</i> .....	273
Consonancias y disparidades en las formas en que los niños y las niñas son cuidados, criados y socializados en sus primeros años de vida <i>Helga Fourcade y Ianina Tuñón</i> .....	305

## PRESENTACIÓN

# Derechos, sistemas de protección e infancia temprana

## Apuntes sobre el caso de la Argentina en el contexto de la región\*

*Ianina Tuñón*

La comunidad internacional reconoce el imperativo del desarrollo humano y social en numerosos instrumentos normativos. En el caso particular de la infancia, la mayoría de los países ratificaron la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), y han asumido compromisos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000). Con respecto a la primera infancia, se destacan los objetivos y las metas establecidas en el marco de foros y conferencias de la Unesco y la OEI en la última década, en relación con la expansión y la mejora de los sistemas de cuidado y educación, con particular énfasis en las infancias más vulnerables.<sup>1</sup> Al mismo tiempo, se han sancionado numerosas leyes de protección de derechos y se ha progresado en la adopción de Sistemas Integrales de Protección de la infancia.

El amplio reconocimiento internacional y los compromisos asumidos por los Estados constituyen un imperioso desafío en términos de garantizar una

\* Se agradece a Lidia de la Torre y Agustín Salvia la lectura cuidadosa del texto y las sugerencias realizadas.

1. Cabe mencionar como antecedentes: la Conferencia Mundial de Educación para Todos, en Jontiem, Tailandia; en la que se reconoce que la educación comienza en el momento del nacimiento (Unesco, 1990, art. 5); el Foro Mundial de Educación para Todos (Unesco, 2000), en el contexto regional, la reunión de ministros de Educación de Cochabamba, en que realizaron una declaración precursora sobre la relevancia de la provisión de servicios de cuidado y educación en la primera infancia (Unesco, 2001); las Metas educativas 2021. La educación que queremos para la generación del Bicentenario, de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI, 2009), que establece el compromiso de “aumentar la oferta de educación inicial y potenciar el carácter educativo de esta etapa”, así como “garantizar una formación suficiente de los educadores que se responsabilizan de ella”; la declaración de la XX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (OEI, 2010), en que los Estados se comprometieron a “incrementar la oferta de atención integral a la primera infancia y garantizar la calidad de los mismos”.

ciudadanía plena para la infancia. El ejercicio de una ciudadanía plena por parte de los niños y las niñas supone establecer una nueva relación entre el Estado y la sociedad con la infancia, que considere al niño y a la niña independientes, titulares de derechos propios, con derechos especiales por su condición particular de desarrollo y con los mismos derechos que todas las personas (Grosman, 1994).

Lo fundamental es que, en estos instrumentos legales, los Estados reconocen que el sostenimiento de la vida y el desarrollo infantil requieren contar con un conjunto integrado de factores económicos, sociales y culturales favorables. Esta relación, si bien tiene validez universal, adquiere especial relevancia cuando se trata de proteger el derecho a vivir una niñez plena en términos de desarrollo de capacidades humanas. Implica el derecho a un medio ambiente adecuado para la vida, el derecho a la alimentación, a una vivienda digna, a la atención de la salud, a una educación de calidad. El derecho a poder vivir con su familia, compartir juegos, acceder a estímulos emocionales e intelectuales, en condiciones socialmente adecuadas. Así es como los desafíos son relevantes para los Estados y las sociedades de los países de la región.

En la última década, América Latina ha experimentado un crecimiento económico sostenido, con sus divergencias y dinámicas específicas. Se estima que la región alcanzó un crecimiento anual promedio de casi 5% en el período 2003-2008 (OCDE-Cepal, 2011). En particular, el incremento de los precios de los productos primarios exportados fortaleció la estabilidad macroeconómica y facilitó recursos para que los gobiernos implementaran políticas para amortiguar los efectos de la crisis 2008-2009 sobre la pobreza.

Al mismo tiempo, los países de la región convergen en una dinámica demográfica que se ha dado en llamar “bono demográfico”, como consecuencia de la reducción de la presión de la población infantil y el estancamiento en el crecimiento de la población de los adultos mayores. Esta constricción de la base de la pirámide poblacional representa una situación favorable para el desarrollo, en tanto la carga potencial que soportan las personas en edades activas es relativamente más baja que en períodos anteriores (SIPI, 2012). Cabe señalar que esta situación, propicia para el desarrollo es de tipo coyuntural, presenta algunas divergencias según los países, pero se exhibe como una oportunidad para la promoción y el fortalecimiento de la inversión en áreas estratégicas. Sin dudas, construir mejores estructuras de oportunidades para el desarrollo en los primeros años de vida parece ser una decisión trascendental y urgente.

En esta última década, los países de la región implementaron programas de transferencia de ingresos con una particular orientación a las familias y las infancias, como por ejemplo: “Bolsa Familia”, en Brasil; “Chile Solidario”, en Chile; “Familias en Acción”, en Colombia; “Oportunidades”, en México; “Bono Juancito Pinto”, en Bolivia; “Asignación Universal por Hijo”, en la Argentina, por mencionar algunos. Estas políticas de asistencia monetaria, por lo general, estuvieron asociadas a condicionalidades en aspectos que –se conjetura– favorecen la supervivencia, pero también el desarrollo humano de los

niños y las niñas en el campo de la educación y la salud. Además, se avanzó en la construcción de subsistemas de protección integrales focalizados en la primera infancia, como por ejemplo: “Chile Crece Contigo”; “Uruguay Crece Contigo”; “Cero a Siempre”, en Colombia; “Primeros Años”, en la Argentina, entre otros que se están desarrollando en la región. Estos subsistemas de protección integral en materia de cuidado infantil surgen como una cuestión central de los sistemas de bienestar. A través de estos sistemas, los Estados asumen responsabilidades en la provisión de cuidado infantil y reconocen al niño y la niña como sujetos de derechos.

En este proceso de creación de la institucionalidad necesaria para la construcción de estructuras de oportunidades más integrales para la infancia, los caminos recorridos por los países de la región encuentran convergencia en las políticas elegidas, pero sus avances han sido disímiles en términos de las modalidades y los tiempos de implementación, los puntos de partida y las calidades de los servicios.

Una pieza clave de los procesos de construcción de políticas, programas y sistemas de protección son el acceso a información, evaluación y monitoreo. Sobre este aspecto, también las situaciones de los países son diferentes. Justamente, en los últimos años, se han desarrollado propuestas específicas de medición de la pobreza infantil desde un enfoque de derechos, como la de Cepal/Unicef (2012), que representa una importante contribución en términos de interpelar sobre la necesidad de construir datos que permitan una aproximación al estado de situación de poblaciones especialmente vulnerables como la infancia, pero desde una perspectiva conceptual multidimensional y con marcos de referencia (umbrales) basados en los derechos.

Si bien algunos países de la región se han hecho eco de estas propuestas, como por ejemplo México, a través de la Coneval/Unicef (2013), también existen otros países donde no sólo no se ha avanzado, sino que se ha retrocedido de modo sustantivo en la construcción de estadísticas oficiales, como en la Argentina.<sup>2</sup> Aun en el marco de los progresos y los retrocesos, faltan más y mejores diagnósticos sobre las condiciones de vida de la niñez. Ésta es una importante “deuda” que tienen algunos de los Estados de la región, que no siempre garantizan los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas públicas destinadas a la protección de los derechos de las niñas y los niños. Al mismo tiempo que se presentan importantes falencias en la provisión de estadísticas oficiales confiables, públicas y sostenidas en el tiempo, que propicien la investigación académica y el debate sobre cómo definir los problemas de integración social de las nuevas generaciones, que es una buena forma de comenzar a darles solución.

2. Para un mayor conocimiento de lo ocurrido con las estadísticas oficiales en la Argentina, se recomienda el N° 8 de la Relmis (<http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/index>), que reunió artículos de los principales referentes de las ciencias sociales en la Argentina.

Si bien –tal como se mencionó– hubo importantes avances en la configuración de subsistemas integrales de protección a la primera infancia, estos subsistemas no sólo responden a la legislación vigente, con la que los Estados tienen un compromiso de cumplimiento y garantía. También se encuentran asociados a un viejo y persistente problema, como es la integración de las mujeres al mercado de trabajo y las múltiples tensiones e inequidades de género que ello supone, en el marco de las estrategias familiares de cuidado de los niños y las niñas. Sin embargo, lo novedoso es la asunción de responsabilidades en la provisión de cuidado y educación infantil por parte de los Estados y el reconocimiento del niño y la niña como sujeto de derechos.

En el marco de estas cuestiones y antecedentes de los procesos por los que transitan los países de la región, en términos de construcción de sistemas de protección integrales para la infancia, se propuso reunir un conjunto de contribuciones de investigadores de diferentes disciplinas y países de la región, en torno a aspectos esenciales al desarrollo de la infancia en sus primeros años de vida.

En este proceso de construcción de Sistemas de Protección Integrales, el Estado y la sociedad argentina tienen desafíos sustantivos, y la oportunidad de nutrirse del conocimiento científico construido en torno a las necesidades y las capacidades de desarrollo en la infancia temprana, y de las experiencias de más de una década de países vecinos, como Chile y Uruguay.

Es así como se consideró oportuno reunir, en la presente publicación, trabajos de investigación de diferentes campos disciplinarios y países de la región, que se juzgan esenciales para la comprensión de la complejidad del desarrollo humano y social de la infancia temprana y, en particular, en su relación con el fenómeno de la pobreza estructural y las desigualdades sociales.

Los trabajos aquí reunidos se organizan en tres apartados y responden a las preguntas que siguen.

1. ¿Cuáles son los indicadores que mejor nos aproximan a la medición de los logros y los déficits de desarrollo humano de la infancia? ¿Y cuáles, las mejores formas de construcción del dato en términos de aportar elementos para la mejor comprensión de fenómeno?
2. ¿Cuáles son los múltiples aspectos del espacio de las capacidades que comprometen el desarrollo biopsicosocial de los niños y las niñas? ¿Qué rol desempeñan las diferentes agencias de cuidado en la satisfacción de las necesidades de los niños y las niñas, y cuál es el potencial de dichas agencias como proveedoras de cuidado? ¿Cuál es el aporte alcanzado a través de los sistemas de protección, en términos de formación, sensibilización y acompañamiento de las familias, en las prácticas de cuidado y crianza de los niños y las niñas? ¿Qué enseñanzas se pueden extraer de las experiencias de países de la región?

3. Por último, y si bien –tal como ha sido señalado– en la región se han producido importantes progresos sociales en términos de integración social, a través del empleo de los adultos y una merma de la pobreza por ingresos, aún persiste una pobreza de tipo estructural en la que la infancia se encuentra sobrerrepresentada. Asimismo, existe una proporción importante de la infancia en situación de pobreza estructural que no participa de programas de protección integral y sobre la que cabe preguntarse: ¿Cómo están siendo criados y socializados en el interior de sus familias? ¿Cuáles son los roles, las figuras de crianza y las posiciones concretas que los niños y las niñas tienen y pueden reconocer en estos procesos? ¿Cuáles son las formas de organización familiar que se despliegan en función de satisfacer las necesidades y el bienestar de la infancia? ¿Qué desigualdades sociales se reconocen en términos de los recursos humanos y sociales de los hogares, pero también en términos del tipo de configuración familiar y el ciclo vital del hogar?

Lograr avanzar en el conocimiento orientado por estas preguntas parece relevante en términos de construir un mejor diagnóstico, pero también con el objetivo de dimensionar los desafíos que tienen por delante el Estado y la sociedad argentina en la construcción de un Sistema de Protección Integral y, en un sentido más amplio, respecto de las estructuras de oportunidades que permitan garantizar un inicio de la vida más equitativo.

### **Notas sobre los avances y desafíos de la Argentina en el reconocimiento del niño y la niña como sujeto de derechos, protección, cuidado y educación**

El Estado nacional adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) a través de la sanción de la ley N° 23.849 en 1990; asumió compromisos frente a los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ONU, 2000) para el año 2015; sancionó la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (ley N° 26.061) en 2005; y la Ley de Educación Nacional (ley 26.206) en 2006; y la Ley N° 26.233 sobre Centros de Desarrollo Infantil. En esta línea, se presentó, en 2008, el Plan Nacional de Acción por los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, basado en los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño y la ley N° 26.061; y se creó una nueva institución: la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (Sennaf); y el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, como órganos rectores de las políticas de niñez de la nación y sus provincias, y base de la implementación de un Sistema de Protección Integral a nivel nacional.

Todavía está pendiente el nombramiento del defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, cuya función se considera relevante en tanto

se espera que ejerza una función de supervisión de las acciones del gobierno y otros actores, de promoción de los derechos del niño y la niña, y constituya espacios de diálogo entre éstos y el Estado.

En 2005, se comenzó a implementar el Programa Nacional de Desarrollo Infantil “Primeros Años”,<sup>3</sup> que se propone desarrollar acciones de sensibilización, acompañamiento y fortalecimiento de capacidades de las familias para la crianza de los niños y las niñas desde un enfoque integral del desarrollo infantil. Se trabaja básicamente con tres líneas de acción:

1. Acompañamiento a las familias a través de facilitadores<sup>4</sup> que procuran fortalecer aspectos de la crianza aportando información y contactos oportunos.
2. Promoción de iniciativas comunitarias orientadas a mejorar la calidad de los vínculos del niño y la niña con los adultos de referencia familiares.
3. El desarrollo de actividades con las familias, en torno a cuestiones como una alimentación saludable, la importancia del juego en los vínculos y el aprendizaje, la educación en los primeros años, la escolarización inicial y el rol de la lectura, y el cuidado de la salud, entre otros.

En noviembre de 2009, en el marco de la crisis internacional y un progresivo estancamiento en la creación de pleno empleo, el Estado argentino amplió el régimen de protección social dirigido a la población en situación de vulnerabilidad, a través de la “Asignación Universal por Hijo para la Protección Social” (AUH). Lamentablemente, este programa fue promulgado por medio de un decreto de necesidad y urgencia (1602/2009).<sup>5</sup> Esta política constituyó

3. “Primeros Años” es un programa que se inició en 2005 a partir de un convenio entre los Ministerios de Desarrollo Social, Salud y Educación de la Nación, en el que se comprometieron a aunar recursos y desarrollar acciones integrales para acompañar y fortalecer a las familias en la crianza de los niños y las niñas de cero a cuatro años. En 2009, se sumaron el Plan Nacional de Abordaje Integral “Plan Ahí”, y los Ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, y de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. El reporte de evaluación oficial del programa señala que en 2011 (última información disponible) se logró sensibilizar a 544.300 familias, en 232 localidades de 23 jurisdicciones de la Argentina, se desarrollaron 148 iniciativas comunitarias, y se movilizó a 11.339 facilitadores. Ver *Informe de Gestión Primeros Años. Programa Nacional de Desarrollo Infantil* (<http://www.primerosanios.gov.ar/descargas/publicaciones/informes/informefinal.pdf>).

4. Miembros de la comunidad, con experiencia en trabajo barrial, pertenecientes a instituciones u organizaciones de la localidad, que son capacitados en el marco del programa, para realizar actividades con las familias (<http://www.primerosanios.gov.ar>).

5. Para lograr el beneficio de la AUH, el adulto responsable (padre, madre o tutor) y el niño o la niña deben tener Documento Nacional de Identidad y, además, cumplir con un mínimo de tres años de residencia en el país, si fueran extranjeros. Asimismo, no deben recibir otros progra-

un punto de inflexión en el sistema de protección social, transformando el régimen de asignaciones familiares existente, y fue dirigido únicamente a los trabajadores formales.

Entre otras medidas, la creación de la AUH estuvo acompañada por la inmediata incorporación a este programa de los hijos menores de dieciocho años de hogares que hasta ese momento recibían ingresos de otros programas de lucha contra la pobreza. Se estima que, a través de la reestructuración del sistema, más de 2,2 millones de niños pasaron a ser beneficiarios directos del nuevo esquema. Según información oficial, a finales de 2010, la AUH asistía económicamente a 1,9 millones de hogares y brindaba asignaciones a 3,5 millones de niños y niñas. Actualmente, la AUH consiste en una prestación familiar no contributiva, que combina una transferencia de ingresos en efectivo con condicionalidades orientadas a promover la documentación, la salud y la educación de los niños y las niñas en situación de vulnerabilidad social<sup>6</sup> (Salvia, Tuñón y Poy, 2014).

En esta línea, existen evidencias de un crecimiento sostenido del gasto público total y social desde 2003 hasta la actualidad. La participación del gasto público social se estima en alrededor de 65% del gasto público total, lo cual responde a las acciones del Estado nacional en materia de protección social (tanto de carácter contributivo como no contributivo). Asimismo, se destacan programas en el campo de la salud como el Programa *REMEDIAR + REDES*; el Plan Sumar (ex Plan Nacer); y, en particular, la incorporación de vacunas al Calendario Nacional de Vacunación y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria.<sup>7</sup>

En el marco de estos adelantos en la protección social en áreas claves del desarrollo humano y social de la infancia, cabe interrogarse sobre el estado

---

mas de asistencia no contributiva o asignaciones familiares contributivas, y ser desocupados, trabajadores de temporada, monotributistas sociales, trabajadores no registrados o empleadas domésticas cuyos ingresos no superan el salario mínimo vital y móvil. La modalidad de pago de la AUH se ajusta al cumplimiento, por parte de los padres, de ciertos requisitos que actúan como incentivos para la inversión en el capital humano de sus hijos (fundamentalmente, educación y salud). El 80% de la contribución económica es abonado de manera mensual, y el 20% restante es acumulado y abonado anualmente, cuando se demuestra que el niño concurrió a la escuela durante el ciclo escolar, y cumplió con los controles sanitarios y el plan de vacunación.

6. En su artículo 2, la normativa de la AUH establece que se requiere que los adultos responsables o los menores a su cargo cumplan con ciertas condiciones, entre las que destacan: 1. no percibir remuneración por encima del salario mínimo, vital y móvil vigente; 2. certificar la asistencia del niño o la niña al sistema educativo público y al régimen obligatorio de vacunación; y 3. que éste se halle debidamente documentado, debiendo certificar tanto el titular como el niño extranjero una residencia legal en el país no inferior a tres años.

7. Para un análisis pormenorizado de los progresos y los retos en la protección social a la infancia y adolescencia en dos componentes claves como son educación y salud, se sugiere revisar el trabajo para Cepal-Unicef de Repetto y Tedeschi, 2013.

de situación de la infancia en la Argentina, en un conjunto acotado de indicadores de pobreza directa y participación en el sistema de seguridad social.

Según estimaciones propias, con base en la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA),<sup>8</sup> entre 2005 y 2013 se registró una merma de 9,4 puntos porcentuales en la proporción de población entre cero y diecisiete años en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).<sup>9</sup> No obstante, se arriba al cuarto trimestre de 2013 con prácticamente un cuarto de la infancia urbana en hogares con NBI.<sup>10</sup>

La propensión a la inseguridad alimentaria<sup>11</sup> también experimentó una disminución de 13,7 pp entre 2005 y 2013. Sin embargo, se advierte que la situación más severa sigue una tendencia a la merma hasta 2009, tras lo cual revierte la tendencia y se estabiliza en torno a un 10%. Lo que permite afirmar que, en 2013, aproximadamente 1 de cada 10 niños o niñas urbanos vivía en hogares donde se expresó percibir hambre por no poder acceder a los alimentos a causa de problemas económicos.

**Tabla 1. Indicadores de pobreza directa en población de niños y niñas de entre cero y diecisiete años.**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Necesidades básicas insatisfechas</b>	33,8	30,5	27,8	25,7	27,3	27,6	26,8	25,6	24,4
<b>Inseguridad alimentaria</b>									
<b>Total</b>	33,5	21,8	20	19,2	27,9	21,0	19,6	20,5	19,6
<b>Severa</b>	9,5	4,9	8,5	8,2	8,1	10,0	9,1	10,1	10,3

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta de la Deuda Social Argentina, EDSA, 2005-2013.

8. Es una encuesta de hogares multipropósito que se realiza en el marco del Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA), de la Universidad Católica Argentina. Dicha encuesta se realiza una vez al año, todos los cuartos trimestres, a nivel de una muestra probabilística representativa de aglomerados urbanos de la Argentina de 80.000 habitantes y más (<http://www.uca.edu.ar/observatorio>).

9. Porcentaje de niños y niñas que presentan al menos una de las siguientes privaciones: tres o más personas por cuarto habitable; habitar en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria); hogares sin ningún tipo de retrete; hogares con algún niño o niña en edad escolar (6 a 12 años), que no asisten a la escuela, y hogares con 4 o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tenga como máximo hasta primaria completa.

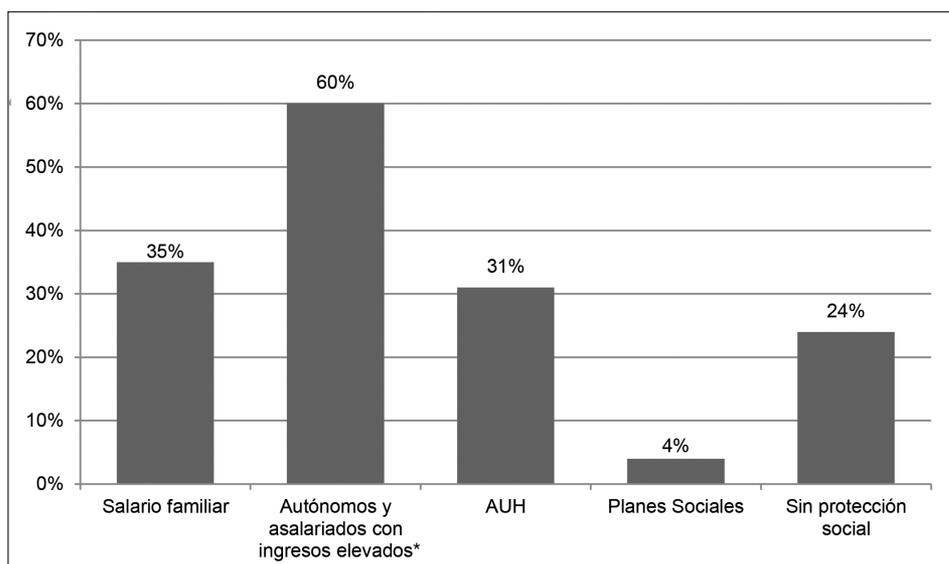
10. La incidencia de privaciones graves, a partir de una medida alternativa multidimensional y que considera umbrales de derechos alcanzaba al 23,4% de la infancia en promedio, entre 2010 y 2013. Este índice alternativo se presenta en esta misma publicación, en el capítulo escrito por Ianina Tuñón y Santiago Poy.

11. Se entiende por inseguridad alimentaria total: niños o niñas en hogares en los que se expresa haber reducido la dieta de alimentos en los últimos doce meses, por problemas económicos, o en hogares en los que se expresa haber experimentado “hambre” por falta de alimentos en los últimos doce meses, por problemas económicos. Esta última situación es la que se considera inseguridad alimentaria severa.

Estos datos permiten inferir que la AUH, en el último trimestre de 2009, fue una medida acertada como estrategia de compensación en el marco de la crisis internacional 2008-2009. También, cabe advertir que no ha sido una medida suficiente (Salvia, Tuñón y Poy, 2014).

La población de niños y niñas que participa del sistema de seguridad social, a través de la AUH y otros planes sociales en la Argentina urbana, se estimó en 34,9% en 2013. A pesar de la creciente cobertura del nuevo régimen de AUH como de los cambios ocurridos en la seguridad social en general, se calcula que aproximadamente un 23,5% población infantil no recibe asistencia económica del Estado, y 20,4% vive en hogares con NBI (Tuñón, 2014).

**Gráfico 1. Participación en el sistema de seguridad social.**  
Población entre cero y diecisiete.



Fuente: elaboración propia, con base en la Encuesta de la Deuda Social Argentina, EDSA, 2013.

\* Hogares que percibían, en 2013, 12.450 pesos (ingreso neto calculado para trabajadores casados con al menos un hijo).

En este sentido, existe un desafío pendiente de protección social a la infancia, y de revisión de los criterios de elegibilidad y universalidad. En efecto, al fundamentarse la AUH en criterios restrictivos, basados en la situación laboral de los padres de los niños y las niñas, los beneficios sólo llegan a una parte de la población sin cobertura. La AUH reafirma la situación de informalidad laboral de gran parte de la población argentina, que no logra ser revertida, a juzgar por el porcentaje de cobertura de la AUH. Las trayectorias laborales de los sectores vulnerables son cambiantes e inestables, pero desde el Estado

debe ser promovida su inclusión plena. Entonces, cabe cuestionar el criterio de elegibilidad de los beneficiarios a partir de la condición laboral de los progenitores de los niños y las niñas (Salvia, Tuñón y Poy, 2014; Tuñón, 2014).

Desde la perspectiva de los derechos sociales, cabe llamar la atención que las mejoras alcanzadas estos años en el nivel de vida y bienestar de los hogares con niños y niñas, a través de esta asignación –aunque por demás imprescindible–, está lejos de ser una plataforma para la inclusión social, y un indicador de desarrollo humano sustentable e integrado socialmente.

A nivel de la primera infancia, los niños y las niñas entre cero y cuatro años, en 2013, en un 27,5%, residía en hogares con NBI, y 16,6%, en hogares en situación de riesgo alimentario (9,2%, en situación de riesgo severo). El 34,9% de esta población se encontraba bajo el sistema de AUH u otros planes sociales. La propensión a pertenecer a hogares con NBI es levemente superior a la observada en otros grupos de edad (23,6% en el grupo de cinco a doce años, y 22,8% en el de trece a diecisiete años), lo que permite reconocer la mayor vulnerabilidad a la pobreza estructural (Tuñón, 2014).

La mayor vulnerabilidad de la primera infancia a pertenecer a hogares con NBI se asocia con la juventud de sus progenitores, que pertenecen a un grupo poblacional más propenso a enfrentar circunstancias hostiles, como los problemas de empleo y educación. Los problemas de rezago educativo, desempleo y subempleo, y la informalidad laboral afectan de modo particular a los jóvenes, al mismo tiempo que son más extendidos y graves en situación de pobreza. Estos hogares con recursos materiales escasos, problemas de empleo y débiles relaciones familiares, comunitarias e institucionales de integración, se ven limitados en su capacidad de construir condiciones de bienestar para sus hijos.

En tal sentido, las carencias de recursos materiales, humanos y sociales condicionan las oportunidades de desarrollo integral del niño y la niña,<sup>12</sup> en la medida en que se trata de un fenómeno multidimensional del que participan aspectos biológicos, psicológicos, ambientales, y socioculturales. Es decir que se trata de un fenómeno que depende de los recursos de los hogares en un sentido amplio, y respecto de las estructuras de oportunidades que se construyen desde los Estados, en relaciones de corresponsabilidad con la sociedad civil y el mercado.

A partir de los progresos de las sociedades en el reconocimiento del niño y la niña como sujeto de derechos, y una mayor democratización del conocimiento científico respecto de qué es el desarrollo y su implicancia en la infancia temprana, muchos de los Estados de la región han comenzado a orientar acciones en favor de generar mejores estructuras de oportunidades para el desarrollo en los primeros años de vida, y en particular en las áreas de los servicios de cuidado y educación, que son las más rezagadas.

12. Se recomiendan los artículos de Lipina *et al.* y de Canetti *et al.* en esta misma publicación.

Si bien durante la última década el Estado argentino ha avanzado en el reconocimiento del derecho al cuidado y la educación desde temprana edad,<sup>13</sup> es fácil advertir que los servicios de que participan los niños y las niñas entre cero y cuatro años pertenecen a diferentes institucionalidades (Ministerios de Educación, organizaciones sociales, comunitarias y empresarias), y se combinan con diferentes modalidades (maternales, jardines, jornadas extendidas, entre otras), al mismo tiempo que carecen de un marco regulatorio común, y no se garantiza la formación suficiente de los educadores (Unicef, 2011).<sup>14</sup> Además, la extensión de la oferta de servicios se revela insuficiente para garantizar el derecho de todos los niños y las niñas al cuidado y la educación en sus primeros años de vida.

Según los datos construidos a partir de los registros administrativos del Ministerio de Educación de la Nación correspondientes al relevamiento anual 2010, y los datos poblacionales del Censo 2010, en la Argentina aproximadamente 4% de los niños y las niñas menores de tres años asistían a jardines maternales. Mientras que a sala de tres años asistía 38,7%, y a sala de cuatro años, 77,6%.<sup>15</sup> Cabe recordar que estos ciclos en el nivel inicial no son obligatorios en la Argentina, aunque la Ley de Educación Nacional promueve la inclusión temprana de los niños y las niñas, y en tal sentido, es una obligación del Estado garantizar la oferta.

13. La Ley de Educación Nacional, ley N° 26.206, otorga identidad propia a la educación inicial como “una unidad pedagógica”, y promueve la inclusión de los niños y las niñas entre los cuarenta y cinco días y los cinco años; la obligatoriedad se estableció en 2014 a partir de los cuatro años de edad. También, se sancionó la ley N° 26.233 sobre Centros de Desarrollo Infantil, que se propone la promoción y la regulación de los centros educativos. A partir de esta ley, se desarrolla el programa “Creciendo Juntos”, entre los Ministerios de Desarrollo Social y de Educación de la Nación. Este programa procura, por un lado, construir, refaccionar, ampliar y equipar espacios de atención a la primera infancia en todo el país; y, por otro lado, formar y capacitar a educadoras, madres cuidadoras, cocineras, nutricionistas y profesionales de diversas especialidades, que se desempeñan en centros educativos.

14. En septiembre de 2014, en la provincia de Buenos Aires, se sancionó la Ley de Incorporación de la Modalidad de Escuela Comunitaria al Sistema de Educación Formal (ley N° 79.413/14). El artículo 5 de la ley establece que “son educadores comunitarios de nivel inicial aquellos que impartan educación en el marco de las instituciones comunitarias de nivel inicial”; y, en el artículo 11, que “en los casos en que las instituciones comunitarias de nivel inicial, que brinden educación y cuidado a alumnos de cuatro y cinco años de edad, contaren con educadores comunitarios de nivel inicial sin título docente, la Dirección General de Cultura y Educación promoverá las medidas conducentes para que obtengan titulación correspondiente, para lo cual valorará especialmente la experiencia, validación y capacitación de los educadores comunitarios”.

15. Las estimaciones propias a partir de la EDSA, en valores promedio 2010-2013, permite estimar un 4,1% de escolarización en el grupo de niños y niñas menores de dos años, 14,5% en el de dos años, 36,4% en el de tres años, y 72,7% en el de cuatro años. Es decir que, en promedio, se estima una escolarización del 28,3% en el grupo de edad de cero a cuatro años en la Argentina urbana.

Los progresos en términos de garantizar la oferta de educación inicial son lentos y por demás insuficientes. La distribución de la población escolarizada según el tipo de gestión educativa permite advertir que la escolarización en establecimientos de gestión públicos se incrementa a medida que aumenta la edad de los niños y las niñas, o se aproximan los ciclos obligatorios. Es claro que esto se debe a varios procesos combinados: por un lado, la insuficiente oferta de servicios educativos de gestión pública en los ciclos inferiores del nivel inicial; y, por otro lado, la mayor propensión de los sectores sociales medios profesionales de incluir a sus hijos tempranamente en la educación inicial. Es claro que, en este proceso, operan factores de oferta y de demanda en relación con recursos humanos y sociales de los hogares, y con desiguales estructuras de oportunidades para la educación de los niños y las niñas menores de cinco años.

A partir de estimaciones propias, es posible una aproximación a la fragmentación educativa en el interior de la educación inicial. Los niños y las niñas entre cero y cuatro años del estrato socioeconómico medio alto registran el doble de chances de asistir al nivel respecto de sus pares en el estrato social muy bajo (25% inferior). Asimismo, se advierte la mayor propensión de los niños y las niñas de sectores medios profesionales a asistir a educación inicial de gestión privada, y entre los niños y las niñas más pobres, de asistir a la educación de gestión pública de modo casi exclusivo.

Entonces, es fácil advertir que la inclusión temprana en la educación inicial es un proceso claramente fragmentado en términos socioeconómicos y según el tipo de gestión educativa; lo cual revela profundas inequidades en los primeros años de vida y, en tal sentido, estructuras de oportunidades por demás desiguales e injustas.

El Estado argentino se encuentra lejos de poder cumplir con las metas de universalización de la escolarización en niños y niñas entre los tres y los cuatro años de edad. También se está distante de generar ofertas en cantidad y calidad, orientadas de modo prioritario a las infancias vulnerables, y de promover y garantizar seriamente la formación suficiente de los educadores.

**Tabla 2. Porcentaje de alumnos por ciclo de la educación inicial y por tipo de gestión educativa.**

		Maternal (0-2 años)	Sala de 3 años	Sala de 4 años	Total
Asiste		4%	38,7%	77,6%	25,2%
Gestión	Pública	44,8%	57,4%	67%	62%
	Privada	55,2%	42,6%	33%	38%
Total		100%	100%	100%	100%

Fuente: Relevamiento Anual 2010, DINIECE, Ministerio de Educación de la Nación

**Tabla 3. Población escolarizada entre cero y cuatro años según características seleccionadas.**

Tipo de gestión educativa		Gestión pública	61,5%
		Gestión privada	38,5%
Estrato socioeconómico		Muy bajo (25% inferior)	18,6%
		Bajo	20,6%
		Medio	26,2%
		Medio alto (25% superior)	34,6%
Tipo de gestión por estrato social	Gestión pública	25% inferior	89,1%
		25% superior	10,9%
	Gestión privada	25% inferior	37,0%
		25% superior	63,0%

Fuente. Elaboración propia con base en la EDSA, Serie del Bicentenario (2010-2013).

Existe evidencia en torno a los beneficios de la inclusión temprana de los niños y las niñas en programas de cuidado y educación. Sin ser exhaustivos, y sólo a modo de ejemplo, se mencionan: el Proyecto de Preescolar High/Scope Perry y el programa Early Head Start, en Estados Unidos; el Programa Promesa en Colombia; el estudio Educación Preescolar y Primaria Efectiva (EPPE), en el Reino Unido; el Integrated Child Development Service (ICDS), en la India, y el Proyecto Integral de Desarrollo Infantil (PIDI), en Bolivia; son algunos estudios y experiencias que fueron objeto de evaluación y que arrojaron resultados similares (Siraj-Blatchford y Woodhead, 2009).

Entre las evidencias construidas en el marco de estos estudios, algunos de ellos de tipo experimentales, cabe destacar: a. los mayores progresos cognitivos, sociales y comportamentales de los niños y las niñas que participaron de los programas respecto de sus pares que no lo hicieron; b. los beneficios prolongados en el rendimiento escolar en los trayectos educativos posteriores, que se reconocieron en una reducción de las deserciones escolares y la tasa de repetición, y c. la mayor propensión al desarrollo de capacidades de lectoescritura de modo temprano.

Algunas de estas investigaciones se realizaron sobre programas educativos de alta calidad para niños y niñas en situación de pobreza. Los resultados, tanto de corto como de largo plazo, de las intervenciones tempranas fueron positivos y mostraron la importancia de que sean integrales. Es decir que contemplen aspectos nutricionales, de la salud física y emocional, así como la estimulación en el desarrollo de capacidades lingüísticas, motoras, creativas, sociales, entre otras que potencien el crecimiento y el desarrollo plenos de los niños y las niñas.<sup>16</sup>

16. Un análisis más exhaustivo y amplio de la cuestión se puede encontrar en los capítulos de Lipina *et al.* y de Canetti *et al.*, de esta misma publicación.

## **Contribuciones de este libro a la cuestión del desarrollo en la primera infancia**

Este libro reúne un conjunto de artículos de investigadores de diversas disciplinas (medicina, psicología con especialización en neurociencias, psiquiatría, psicomotricidad, sociología, economía, entre otros) y de diferentes países de la región, como Chile, Uruguay, México, Colombia y la Argentina. Esto ya nos brinda un conjunto amplio de perspectivas teóricas sobre el desarrollo humano y social del niño y la niña en sus primeros años, pero también la oportunidad de conocer hallazgos de investigación empírica con aplicación a diferentes realidades de la región. También se suman la evaluación de las experiencias concretas de implementación de programas orientados a la primera infancia y excelentes aportes en términos de recomendaciones y sistematización de dichas prácticas.

Los primeros capítulos que abordan la cuestión de la medición de la pobreza, la exclusión y el desarrollo en los primeros años de vida, desde enfoques teóricos alternativos a las medidas economicistas de pobreza indirecta, adhiriendo a perspectivas multidimensionales y enfoques de derechos.

El primero de los capítulos se denomina “Aportes para la medición de las privaciones sociales en la primera infancia. Incidencia, evolución y principales determinantes (Argentina, 2010-2013)”, en coautoría mía con Santiago Poy. Este trabajo se realizó en el marco del Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA y con base en la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA). En él se presenta una aproximación al espacio de privaciones sociales que experimentan las infancias entre los cero y los cuatro años en seis (6) dimensiones de derechos: 1. alimentación; 2. saneamiento; 3. vivienda; 4. salud; 5. información, y 6. estimulación temprana. La propuesta y el ejercicio de cálculo adhieren a la propuesta de Cepal y Unicef (2012) de medición de pobreza infantil, y suma definiciones y umbrales de derechos que se estiman más exigentes y generosos con las infancias. Claro está que ello es posible en el marco de un programa de investigación en el que se construyen datos primarios a partir de una encuesta propia, que tiene la ventaja de poder introducir indicadores originales y que se ajustan a enfoques integrales del desarrollo y de las situaciones socioeconómicas de los hogares; y cuya limitación es la representatividad a nivel de jurisdicciones o regiones, con lo cual los ejercicios de cálculo y análisis son a nivel de la población urbana de la Argentina y principales determinantes seleccionados.

El capítulo siguiente se titula “¿Cómo medir exclusión social en la primera infancia? Una propuesta de indicador aplicado al caso colombiano”, y es de la autoría de Ana María Osorio Mejía y Luis Fernando Aguado Quintero, de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia. En él, se realiza una propuesta de medición multidimensional en la que incorporan indicadores novedosos en el campo de la estimulación temprana, la autonomía en la toma de decisiones por parte de la mujer, visibilidad jurídica ante el Estado, entre otros.

El ejercicio de cálculo del índice se realizó con base en los microdatos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, que proporciona una amplia información sobre la salud sexual y reproductiva de las madres, así como información sobre las características socioeconómicas de la población, lo que permite el seguimiento y la evaluación de líneas base relevantes para el diseño y la revisión de políticas orientadas al binomio madre-infante, una de las principales áreas de vacancia. Asimismo, la cobertura nacional y la representatividad a nivel urbano y rural, por departamentos y regiones, permitieron un análisis georreferenciado muy apreciable.

Los siguientes dos artículos trabajan la realidad de México y se focalizan en la cuestión de la construcción de información sobre la primera infancia. El capítulo “Elaboración de un paquete de indicadores esenciales de bienestar y desarrollo infantil temprano para monitoreo poblacional en México”, de Filipa de Castro y Betania Allen, fue elaborado en el marco del Departamento de Métodos en Salud Pública, Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, del Instituto Nacional de Salud Pública de México. En este marco, se desarrolló una propuesta integrada de un paquete de indicadores esenciales de bienestar y desarrollo infantil, que reflejan tanto los dominios que intervienen en el desarrollo infantil (físico, psicológico, social) como los diferentes sectores involucrados en la atención de esta población (salud, educación, desarrollo social). Lo interesante del trabajo es que describe todos los procedimientos que se siguieron para la construcción del paquete de indicadores. Desde los detalles de la revisión de la literatura científica publicada en México en los últimos veinte años, la revisión de la normativa nacional e internacional vigente, y la evaluación de los indicadores internacionales existentes, hasta los datos epidemiológicos disponibles. Asimismo, se describe la modalidad de implementación de un proceso de evaluación de los indicadores propuestos, a través de un taller de jueces, y los resultados alcanzados. Este detalle sobre los procedimientos seguidos reviste una particular relevancia en términos metodológicos.

El paquete de indicadores fue diseñado desde una perspectiva teórica integral del desarrollo humano, que incluye los siguientes enfoques: enfoque de derechos, enfoque de equidad y enfoque ecológico. Más específicamente, la propuesta busca integrar los dominios físico, psicológico, social, que intervienen en el desarrollo infantil, así como los diferentes sectores involucrados en la atención de esta población (salud, educación, previsión y protección social).

El capítulo “Acervo de información para el primer año de vida. Una propuesta basada en derechos humanos”, de Rosa María Rubalcava, Sandra Murillo López y Héctor Ernesto Nájera Catalán tiene la originalidad de ubicarse en lo que los autores llaman la *etapa (0)*, y la demografía “nacidos vivos”, es decir, el primer año de vida del niño o la niña. En este trabajo, los autores interpelan a la comunidad científica, pero también a los gobiernos, sobre la importancia de evitar subsumir el primer año de vida al grupo de edad de cero a cinco años. Entonces, se plantean la paradoja de que, por ejemplo, uno de los

Objetivos del Milenio para el 2015 sea reducir la tasa de mortalidad infantil en los menores de cinco años, cuando la mayoría de las muertes se producen en los primeros meses de vida. Asimismo, es claro que los efectos que tienen la pobreza y las condiciones deficitarias del hábitat sobre la salud del niño y la niña en el primer año de vida son especialmente graves en términos del riesgo de vida.

Además, se realiza una sistemática revisión de las fuentes de datos a partir de registros administrativos de México, encuesta de hogares y censos; y se establece una rigurosa relación entre los indicadores disponibles y los derechos establecidos en la Convención de los Derechos del Niño. Se reflexiona sobre la subutilización de los registros administrativos y su enorme potencial para la construcción de información valiosa para los gobiernos, los organismos internacionales y las organizaciones de la sociedad civil. También se señalan los límites de la información existente, y –claro está– los faltantes y los problemas de accesibilidad a la información, que puede ser sensible para muchos gobiernos.

En este sentido, es muy interesante el planteo que se realiza sobre los desafíos que supone la construcción de información, su evaluación y su seguimiento sostenido a lo largo del tiempo, en relación con una necesaria construcción de consensos en el interior de las instituciones que generan y proveen de información, y quienes finalmente tienen la posibilidad de tomar decisiones.

Es fácil advertir el valioso aporte de los anexos, en los que se encuentran importantes referencias sobre fuentes de datos, variables e indicadores. Se realiza una propuesta de indicadores a partir de los cuales aproximarse a la medición de las siguientes dimensiones de derechos: a. derecho a la vida; b. derecho a crecer saludable; c. derecho a tener un nombre y una nacionalidad, y d. derecho a un nivel de vida adecuado. En esta cuidadosa propuesta y diseño, se realizan señalamientos metodológicos y técnicos que denotan la experticia y la vocación docente de Rosa María Rubalcava.

Más adelante, se reúnen tres capítulos que se consideran complementarios en términos de sus abordajes teóricos y un aporte sustantivo a la comprensión del fenómeno del desarrollo en la infancia. Asimismo, se realizan particulares contribuciones para la intervención y la construcción de políticas públicas.

Encabeza el capítulo elaborado por la Unidad de Neurobiología Aplicada (UNA), del Cemic de la Argentina. Se titula “Pobreza y desarrollo cognitivo. Consideraciones para el diseño de estrategias de intervención orientadas a su optimización”, y sus autores son Sebastián Lipina, María Soledad Segretin, María Julia Hermida, Lucía M. Prats, Carolina S. Fracchia y Jorge A. Colombo. En este capítulo, el equipo de la UNA realiza un esfuerzo de síntesis de su trabajo de investigación de las últimas dos décadas. Por un lado, se destacan los aportes al conocimiento del fenómeno del desarrollo en una perspectiva multidimensional y las particularidades que reviste el desarrollo cognitivo. La revisión teórica sobre la relación entre los contextos de desarrollo y el desarrollo cognitivo infantil, en el campo de la psicología del desarrollo y la neu-

rociencia cognitiva del desarrollo, se revela muy esclarecedora. Estos aportes son muy relevantes para la mejor definición del problema, la construcción de sistemas de indicadores, y la generación de propuestas de investigación interdisciplinarias básicas y aplicadas. En este sentido, el artículo es muy estimulante.

En particular, cabe destacar algunas hipótesis que se presentan en el trabajo y que convocan al trabajo interdisciplinario. Se enfatiza “el rol mediador de factores ambientales en los efectos del nivel socioeconómico en el desarrollo del lenguaje”; como, por ejemplo, “el efecto de diferentes formas de crianza en el desarrollo de los procesos de control cognitivo infantil”; es así como “dentro de un mismo contexto de privación socioeconómica, el desempeño en tareas de procesamiento fonológico y de memoria varía de acuerdo con los niveles de estimulación cognitiva en el hogar”. Es decir que “más allá del nivel de educación, ocupación e ingresos de los padres y algunos aspectos estructurales de los hogares, las variables relacionadas con el estilo de vida, tales como la crianza de los hijos, junto con la disponibilidad y el uso de material que permita a los niños jugar y aprender, son importantes para considerar el rol mediador de las variables no económicas en el impacto de la pobreza”.

Por fin, el capítulo avanza sobre la descripción de líneas de investigación desarrolladas por el equipo, a partir de las cuales se ha construido evidencia en torno al impacto de diferentes condiciones sociales y ambientales en el desempeño en tareas con demandas cognitivas de niños y niñas de seis meses a once años de edad en diferentes jurisdicciones de la Argentina. Además, se incluye un apartado en el que se describen seis programas de intervención desarrollados e implementados por el equipo y que han sido útiles para identificar efectos específicos de la pobreza en el desarrollo cognitivo asociado a las competencias necesarias para la adquisición de aprendizajes tempranos escolares.

A partir de estos estudios, han surgido propuestas de intervención que podrían ser aplicadas, por ejemplo, en espacios escolares a gran escala, a través de políticas públicas concretas; y otras orientadas a las prácticas de crianza en la vida cotidiana de las familias y en otros espacios sociales.

Los siguientes capítulos abordan las realidades de Uruguay y Chile, y en ellos encontramos muchas respuestas en relación con los desafíos que suponen el diseño y la implementación de Sistemas de Protección Social a la infancia. Por un lado, está el trabajo titulado “Derechos y sistemas de cuidados en la infancia. Contextos y circunstancias que pueden comprometer el desarrollo y bienestar infantil”, de Alicia Canetti, Ana Cerutti y Alejandra Girona, del Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza (CIIP), que es un Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República del Uruguay. En su desarrollo, es fácil advertir un largo y profundo trabajo de revisión conceptual del equipo en torno al desarrollo en la primera infancia. A partir de este conocimiento teórico, se advierte un rico ejercicio de reflexión sobre las experiencias

de construcción e implementación de sistemas de cuidado en el Uruguay, que ya tiene un par de décadas.

En un contexto en que los Estados de la región vienen asumiendo un rol más activo en términos de garantizar servicios de cuidado y educación para la infancia en edades tempranas, el equipo del CIIP tiene mucho para aportar desde un conocimiento profuso de lo que implica el desarrollo. Las autoras proponen políticas de fortalecimiento familiar en el cuidado de los niños y las niñas; ampliación de las ofertas de educación y cuidado de calidad; política de proximidad que apoye a las familias en lo relativo a pautas de crianza, desarrollo infantil, crecimiento y derivaciones oportunas; entre otras recomendaciones que se desarrollan desde un enfoque integral del desarrollo infantil y que incorpora la perspectiva de género.

Por otro lado, se encuentra la contribución de Paula Bedregal y Andrea Torres, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a partir de capítulo titulado “La experiencia de evaluación en el Sistema de Protección a la Infancia «Chile Crece Contigo». Resultados e implicancias”. Lo particular de esta comunicación reside en que se reúne toda una impronta de evaluaciones del sistema de protección pionero en la región, y de exportación, como es “Chile Crece Contigo”. Se analiza la experiencia de evaluación del sistema entre 2007 y 2013, y se realiza una meritoria descripción de sus componentes y sus principales características.

Por último, se consignan dos artículos que forman parte de la producción del proyecto Foncyt, y abordan aspectos de los procesos de cuidado, crianza y socialización en los primeros años de vida (cero a cuatro años) en la Argentina urbana, en clave de disparidades sociales. Por una parte, se presenta un artículo denominado “Persistentes desigualdades sociales en el derecho al cuidado, la crianza y la socialización en la primera infancia”, en coautoría mía con Lidia de la Torre. Este capítulo recupera una trayectoria de investigación de los estudios del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia, en términos de la utilización de un sistema de indicadores que se estiman originales y adecuados como próximos a ciertos aspectos de los procesos de estimulación emocional e intelectual de los niños y las niñas en el interior de sus hogares.

A partir del procesamiento y el análisis de los microdatos de la EDSA, en el período 2010-2013, el artículo profundizó en el conocimiento de las formas particulares y los mecanismos en que las condiciones generales de reproducción social, y las estructuras doméstico-comunitarias intervienen sobre el desarrollo humano de la infancia. En este marco, las autoras se preguntan en qué aspectos básicos del cuidado, como el acceso a los alimentos y la atención de la salud, se advierten situaciones deficitarias; al mismo tiempo que buscaron estimar situaciones desfavorables en el espacio de la estimulación emocional e intelectual. Los resultados confirman situaciones desfavorables sostenidas en el tiempo, que evidencian significativas y persistentes desigualdades sociales asociadas a aspectos socioeconómicos y sociorresidenciales de los hogares. No obstante, se reconocen otros factores determinantes de situaciones

deficitarias en el campo del cuidado, tales como la estimulación y la socialización, que a su vez guardan independencia de factores de tipo estructurales, como los aspectos psicológicos que afectan a los adultos de referencia, la falta de apoyo o carencias en el espacio del apoyo social afectivo. Asimismo, se advierte que, con autonomía de los factores de tipo estructurales, la asistencia a un centro educativo es un aspecto facilitador de prácticas positivas en el campo de la estimulación, a través de cuentos, historias orales y el festejo del cumpleaños en el espacio familiar.

El estudio confirma tendencias observadas en el campo de las carencias sociales en diferentes dimensiones del desarrollo, las profundas desigualdades sociales, y aporta evidencia en torno a otros aspectos que caracterizan las dinámicas de los proceso de crianza sobre los que es plausible intervenir.

El segundo artículo se ha denominado “Consonancias y disparidades en las formas en que los niños y las niñas son cuidados, criados y socializados en sus primeros años de vida”, en coautoría mía con Helga Fourcade, becaria del programa de doctorado de Foncyt. Para el desarrollo del presente artículo, se partió de un conjunto básico de premisas en torno a las desigualdades familiares en términos de sus portafolios de recursos y capacidades de transmisión de activos a sus hijos (Kaztman y Filgueira, 2001), según el tipo de configuración, y el estrato socioeducativo y residencial. A partir de una metodología cualitativa y una selección de hogares con niños y niñas de entre cero y ocho años, con características dispares en términos de su configuración (hogares biparentales y monoparentales con jefatura femenina), y en contextos socioeducativos y residenciales extremos, se procuró explorar y describir aspectos de los procesos de cuidado, crianza y socialización en las siguientes dimensiones: a. las oportunidades de estimulación en el ámbito de la familia y en relación con su medio ambiente de vida; b. la alimentación del niño y la niña, y la atención preventiva de su salud; c. las estrategias de cuidado de los hogares en las que se reconocen la cantidad y el tipo de vínculos que establecen el niño y la niña en su vida cotidiana, y d. las formas en que los niños y las niñas se socializan a través de agencias primarias y secundarias. En cada una de estas dimensiones, se construyeron categorías y propiedades que son analizadas en clave de desigualdad social.

El libro reúne un conjunto de artículos, en un contexto regional que se evalúa propicio en términos de los consensos científicos alcanzados sobre los riesgos biológicos y las vulnerabilidades psicológicas y sociales, y los múltiples factores que comprometen el desarrollo infantil. Asimismo, se advierten progresos muy importantes de los Estados en el reconocimiento de aspectos esenciales del desarrollo de la infancia en los marcos legales. Ello permite inferir que los decisores políticos advierten y, en algún sentido, se apropian de los consensos científicos alcanzados en esta materia; sin embargo, aún está pendiente el desafío de hacer efectivos los recursos y las estructuras que garanticen el ejercicio de derechos en condiciones de equidad y desde la “*etapa 0*”.

Los apoyos internacionales son crecientes y coadyuvan a instalar este tema en la agenda pública y de los gobiernos. En este sentido, son muchos los aciertos y los avances en instalar la cuestión de las necesidades de la primera infancia en términos no sólo del derecho a la supervivencia, sino también del desarrollo y el florecimiento humanos.

En este marco, el libro brinda la oportunidad de revisar trabajos que realizan significativos aportes para el diagnóstico, la evaluación y el monitoreo de las condiciones de vida de las infancias en la región desde enfoques multidimensionales y con umbrales de derechos. Estos desarrollos son de una relevancia indiscutible, dada la urgencia que supone el establecer estándares y valores nacionales de referencia, para la generación de información oficial, a partir de registros administrativos, así como de encuestas de hogares y específicas, que otorguen visibilidad al problema del desarrollo de la infancia de modo particular y prioritario.

En este marco, nos han parecido de particular interés la construcción y la sistematización de conocimiento científico en diferentes disciplinas y en el contexto de diversas experiencias de investigación básica y aplicada, que aportan elementos para la mejor definición de los problemas asociados al desarrollo infantil y en su relación con los procesos de cuidado, crianza y socialización de los niños y las niñas en los primeros años de vida. Avanzar sobre una mejor definición de la cuestión, probablemente, también permita aportar a la construcción de políticas públicas a la medida de las necesidades y los derechos de los niños y las niñas.

## Bibliografía

- CEPAL-UNICEF (2012), “Guía para estimar la pobreza infantil” (disponible en: <http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil>, consulta: 21 de julio de 2014).
- CONEVAL-UNICEF (2013), “Pobreza y derechos sociales de niños, niñas y adolescentes en México, 2008-2010” (disponible en: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/UN\\_BriefPobreza\\_web.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/UN_BriefPobreza_web.pdf), consulta: 21 de noviembre de 2014).
- GROSMAN, C.P. (1994), “Los derechos del niño en la familia. La ley, creencias y realidades”, en C. Wainerman (comp.), *Vivir en familia*, Buenos Aires, Unicef-Losada.
- KAZTMAN, R. y F. FILGUEIRA (2001), *Panorama de la infancia en Uruguay*, Montevideo, Universidad Católica del Uruguay.
- LEY N° 26.061 DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>; consulta: 15 de mayo de 2015).
- LEY N° 26.206 NACIONAL DE EDUCACIÓN (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>; consulta: 15 de mayo de 2015).
- LEY N° 26.233 CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>, consulta: 15 de mayo de 2015).

- LEY N° 26.390 PROHIBICIÓN DEL TRABAJO INFANTIL Y PROTECCIÓN DEL TRABAJO ADOLESCENTE (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- OCDE-CEPAL (2011), *Perspectivas económicas de América Latina 2012: transformación del Estado para el desarrollo*, París, OECD Publishing (disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2012-es>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- OEI (2009), *Metas educativas (2021). La educación que queremos para la generación del Bicentenario*, Madrid, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- (2010), *Declaración final de la XX Cumbre Iberoamericana*, declaración de Mar del Plata, Argentina.
- ONU (1948), *Declaración Universal de Derechos Humanos* (AG resolución 217 A III).
- (1966), *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (AG resolución 2200 A XXII).
- (1986), *Declaración sobre el Derecho al Desarrollo* (AG resolución 41/128).
- (1989), *Convención sobre los Derechos del Niño* (disponible en: <http://www.unicef.org>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- (2000), *Declaración del Milenio de la Asamblea General*.
- (2004), *Human Rights and Poverty Reduction. A Conceptual Framework*, Nueva York-Ginebra.
- PNUD (2000), *Human Development Report. Human Rights and Human Development*, Nueva York.
- POGGE, T. (2005), *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*, Barcelona, Paidós.
- RELMIS (2014), “Construcción, usos y sentidos de las estadísticas públicas”, *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, N° 8 (disponible en: <http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/index>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- REPETTO, F. y V. TEDESCHI (2013), *Protección social para la infancia y la adolescencia en la Argentina. Retos críticos para un sistema integral*, Santiago de Chile, Cepal-Unicef.
- SALVIA, A., I. TUÑÓN y S. POY (2014), “Desafíos teórico-metodológicos de los estudios de evaluación de impacto de programas sociales: el caso de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina”, *Actas del IV Encuentro Latinoamericano de Metodología en Ciencias Sociales*, organizado por la Red Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, Heredia, Costa Rica, 27 al 29 de agosto.
- SIPI (2012), “La primera infancia desde una perspectiva demográfica”, *Datos destacados*, N° 1, Siteal (disponible en: [http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi\\_publicacion/sipi\\_datodestacado\\_20121203.pdf](http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/sipi_datodestacado_20121203.pdf), consulta: 15 de mayo de 2015).
- SIRAJ-BLATCHFORD, y M. WOODHEAD (2009), “Programas eficaces para la primera infancia”, en M. WOODHEAD y J. OATES, *La primera infancia en perspectiva*, CHILD AND YOUTH STUDIES GROUP (ed.), Reino Unido, The Open University.
- TUÑÓN, I. (2012), “Educación inicial y desarrollo en la primera infancia. Niños y niñas entre 45 días y 5 años en la Argentina urbana”, *Boletín del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia*, Buenos Aires, UCA, Observatorio de la Deuda Social Argentina.
- (2014), *Evolución del desarrollo humano y social de la infancia desde un enfoque de derechos. Avances y metas pendientes en los primeros cuatro años del Bicentenario (2010-2011-2012-2013)*, Buenos Aires, ODSA-UCA.

UNESCO (1990), *Conferencia mundial de educación para todos*, Jontiem, Tailandia; Unesco-París.

- (2000), *Foro mundial de educación para todos*, Dakar, Senegal, Unesco-París.
- (2001), *Declaración de Cochabamba y recomendaciones sobre políticas educativas al inicio del siglo XXI*, Cochabamba, Bolivia, marzo, Unesco-Orealc.

UNICEF (2011), *Servicios de atención de niños y niñas de 45 días a 36 meses*, Buenos Aires, Unicef-Argentina.

# **Aportes para la medición de las privaciones sociales en la primera infancia**

## **Incidencia, evolución y principales determinantes (Argentina, 2010-2013)**

*Ianina Tuñón y Santiago Poy\**

### **Introducción**

La experiencia de la privación alimentaria y la exposición a un medio ambiente insalubre –factores comúnmente asociados a la pobreza por ingresos–, así como la carencia de estímulos emocionales adecuados –situación que no necesariamente se agota en su dimensión económica–, comprometen el desarrollo de niños y niñas desde su primera infancia. Estas características configuran un *espacio de privaciones*, en términos del desarrollo humano y social que, de acuerdo con Unicef (2005a) y numerosos especialistas, adquiere un carácter multidimensional, que involucra aspectos materiales, emocionales y sociales. Esto requiere no sólo la determinación acerca de cuáles son los derechos cuyas privaciones van a ser examinadas, sino también la especificación de una medida resumen que permita sintetizar el espacio de carencias así constituido. En este contexto, la introducción de un *enfoque de derechos* (Abramovich, 2006) modifica los parámetros desde los que se evalúan y definen las privaciones o las carencias que sufren los niños y las niñas, al permitir un desplazamiento desde la esfera moral a la de la responsabilidad por su cumplimiento, lo que interpela no sólo al Estado y a las familias, sino también a otras instituciones sociales y al conjunto de la sociedad.

La infancia se configura como una “ventana de oportunidad” en la que los individuos desarrollan capacidades psíquicas, emocionales, sociales y de aprendizaje. En tal sentido, construir evidencia en torno a las capacidades y los funcionamientos valiosos en el desarrollo de la vida y sus principales determinantes parece indispensable para el diseño de políticas públicas específicas.

\* Becario doctoral del Conicet en el Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA). Correo electrónico: *santiago\_poy@uca.edu.ar*.

El presente capítulo busca aportar evidencia acerca del espacio de las privaciones en recursos materiales, humanos y sociales en la primera infancia (cero a cuatro años de edad), que representan en la Argentina un estado de (in)cumplimiento de derechos a lo largo del período 2010-2013. En esta línea, se busca dar cuenta de la incidencia de las privaciones de derechos en la población considerada, a través de un índice sintético que contempla un conjunto de dimensiones, a la vez que se indagan los principales factores asociados a la falta de cumplimiento de los derechos. La elaboración de medidas que resumen un conjunto de dimensiones, si bien cuenta con consenso entre los especialistas, plantea dificultades metodológicas que serán examinadas más abajo. Para servir a estos objetivos, se utilizan los microdatos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA), Serie Bicentenario, que anualmente releva el Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina.

En la próxima sección, el capítulo presenta la discusión conceptual más general acerca del enfoque utilizado y un análisis de las distintas dimensiones a considerar en la definición del espacio de privaciones. En una sección siguiente, se presenta la metodología utilizada para construir un índice de privaciones, a la vez que se detallan las características de la fuente de datos utilizada. En la cuarta parte del trabajo, se presentan los resultados obtenidos. El capítulo cierra con las principales conclusiones.

## **Enfoque conceptual y dimensiones del espacio de privaciones**

Como se señaló anteriormente, las privaciones materiales, emocionales y sociales que afectan a los niños y las niñas desde la primera infancia tienen un efecto limitante sobre las posibilidades de éstos para alcanzar su máximo potencial. Las múltiples privaciones en la infancia han sido definidas como *pobreza* por Cepal y Unicef (2012). De acuerdo con estas instituciones:

Los niños y niñas que viven en la pobreza [son los que] sufren una privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad en la sociedad. (Unicef, 2005a: 18)

Esta definición permite rescatar la perspectiva multidimensional en la medición del *espacio de las privaciones* que niños y niñas sufren en materia de posibilidades de desarrollo humano y social. Sin embargo, uno de los aspectos relevantes que surgen, a partir de esta forma de entender el espacio de privaciones, es la definición del parámetro desde el cual éstas son definidas.

En este punto, la articulación de la perspectiva multidimensional con el *enfoque de derechos* permite establecer dichos parámetros. Por un lado, los

derechos constituyen un marco o umbral que es aceptado por las sociedades, constituyendo una suerte de acuerdo o consenso acerca del acceso a recursos y satisfactores por parte de los ciudadanos. Este enfoque salda la discusión en torno a cuáles son las privaciones más urgentes, en tanto los derechos son indivisibles. Esto significa que la falta de cumplimiento de al menos uno de ellos ya coloca a los niños y las niñas en una situación de carencia. Por otro lado, situar el fenómeno de las privaciones en una perspectiva de derechos es relevante en tanto su garantía puede ser legítimamente exigida a los Estados (PNUD, 2000; O'Donnell, 2002).

Toda propuesta de medición debe dar cuenta del conjunto de aspectos mencionados, así como del carácter indivisible de los derechos. El espacio de las privaciones o del déficit de desarrollo humano y social en la niñez debe poder ser evaluado en aspectos materiales, emocionales y sociales, tal como ya fue indicado. Las medidas multidimensionales se pueden definir en dos momentos: el de identificación y el de agregación (Sen, 1976). El primero establece los criterios que serán utilizados para definir si un niño o una niña tienen o no privaciones, permitiendo identificar el número de carencias que se requieren para encontrarse en situación de déficit. Asimismo, en esta instancia, es posible definir diferentes “umbrales” de privación, lo que facilita la identificación de situaciones heterogéneas dentro del ámbito de las carencias en la infancia. El segundo momento, por su parte, establece el método en que se agregarán las privaciones, a los efectos de generar una medida resumen de pobreza multidimensional.

A continuación, se considerarán las diferentes dimensiones que conforman el espacio de (in)cumplimiento de derechos. En este capítulo, hemos utilizado una *línea de corte “dual”*, por cuanto se establecen, en el interior de cada dimensión, dos niveles de privación, severa y moderada, siguiendo así el criterio empleado por Cepal y Unicef (2012).

Para la construcción del índice, se definió el espacio de privaciones tomando como marco principal derechos presentes en un amplio andamiaje de instrumentos jurídicos a los que adhiere el Estado argentino. Más específicamente, se consideró la Convención de los Derechos del Niño (ONU, 1989), los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ONU, 2000) para 2015, y la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (ley N° 26.061).

Los indicadores utilizados en la definición del espacio de las privaciones logran identificar elementos esenciales del derecho, sin los cuales se tiene la seguridad de que los niños y las niñas no ejercen o no han podido ejercer tales derechos. Continuando y ajustando una metodología empleada en investigaciones propias anteriores (Tuñón y González, 2013; Tuñón, 2013; Salvia, Tuñón y Poy, 2014), se propone aquí la construcción de un índice para la población de niños y niñas de cero a cuatro años, residentes en la Argentina urbana durante el período 2010-2013. Este índice integra las siguientes dimensiones en términos de derechos: 1. derecho a la alimentación; 2. derecho

al saneamiento; 3. derecho a una vivienda digna; 4. derecho a la atención de la salud; 5. derecho a la estimulación temprana, y 6. derecho a la información. El índice incorpora una dimensión poco explorada en las propuestas multidimensionales de medición, como es el espacio de la estimulación emocional, social e intelectual en la primera infancia. Esta inclusión tiene que ver con la posibilidad de avanzar sobre indicadores que se aproximen a los procesos de crianza y estimulación en los primeros años de vida, en los cuales la inclusión educativa no es obligatoria, pero las oportunidades de estimulación son fundamentales para el desarrollo neuronal y de capacidades sociales.

Una vez establecidas las dimensiones, se definieron dos medidas de déficit: severo y moderado. A continuación, detallamos las definiciones de cada una de las dimensiones consideradas:<sup>1</sup>

1. Derecho a la alimentación: la propuesta de Cepal y Unicef (2012) define las carencias en la dimensión nutricional como la insuficiencia ponderal moderada o la baja talla para la edad (desnutrición crónica moderada), y la insuficiencia ponderal grave o baja talla grave en niños y niñas entre cero y cuatro años. En el marco de este capítulo, y al carecer de esta información para el caso de la Argentina, se optó por una medida perceptual de riesgo alimentario presente en la metodología para la medición de la pobreza multidimensional en México (Coneval, 2010), y que venimos midiendo en el marco de la EDSA desde el año 2009.

Se trata de un índice específico de inseguridad alimentaria con base en la metodología del Servicio de Investigación Económica del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y en la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). En este marco, se consideró déficit moderado la situación de los niños y las niñas de entre cero y cuatro años en hogares en los que se expresó haber reducido la dieta de alimentos en los últimos doce meses, debido a problemas económicos o que expresaron haber sentido hambre, pero reciben algún tipo de alimentación gratuita (ya sea a través de comedores u otras instituciones). Asimismo, se consideró en situación de déficit severo a los niños y las niñas en idéntica situación, pero que no reciben alimentación gratuita.<sup>2</sup>

1. Las definiciones operativas de estas dimensiones pueden encontrarse, en una versión resumida seguidamente, en la tabla 1.

2. Se han considerado, en la evaluación de este índice, los resultados de estudios locales que han mostrado la relación entre la percepción de hambre –reflejo de la inseguridad alimentaria– y el retardo de crecimiento en talla –reflejo de procesos crónicos de carencias–, en niños de seis meses a seis años (Bolzán y Mercer, 2009). Con base en estos antecedentes, se valoró la validez de la inclusión de este indicador en el índice de privación, como proxy del estado nutricional de la niñez. Asimismo, en el marco de los estudios del ODSA, se realizaron diferentes experiencias de medición de la ELCSA y su adaptación al caso de la Argentina (Salvia, Tuñón y Musante, 2012).

2. Derecho al saneamiento: en la definición de esta dimensión, se consideraron dos variables: el acceso al agua potable y el tipo de servicio sanitario con el que cuenta la vivienda en la que residen el niño y la niña. En este sentido, se entiende que el agua potable constituye un servicio fundamental que tiene un efecto muy importante sobre la calidad de vida de la niñez, en tanto incide directamente sobre las tasas de morbimortalidad infantil (OMS-Unicef, 2000; OMS, 2006). Asimismo, el tipo de servicio sanitario condiciona de manera directa las condiciones de salubridad de la vivienda. En un sentido general, el acceso a las condiciones de saneamiento adecuadas juega un rol fundamental en la prevención de enfermedades.

En este marco, se define en situación de déficit moderado en la dimensión del saneamiento a los niños y las niñas en hogares que no acceden al suministro de agua corriente o que, si acceden, cuentan con inodoro sin descarga de agua o no disponen de uno. Al respecto, debe decirse que la Argentina es un país que ha atravesado un proceso de urbanización temprana que lleva más de un siglo, y en tal sentido es de esperar un nivel de desarrollo en infraestructura urbana básica como la que supone el acceso a la red de agua potable;<sup>3</sup> por ello, se evalúa su consideración como indicador de déficit. Asimismo, se considera en una situación de déficit severo a los niños y las niñas que residen en viviendas con inodoro sin descarga de agua o que no disponen de inodoro y que, además, no acceden al suministro de agua corriente.

3. Derecho a una vivienda digna: la vivienda constituye el espacio de residencia en donde niños y niñas desarrollan sus actividades cotidianas fundamentales, tales como alimentarse, jugar, descansar, higienizarse, estudiar e interactuar con pares y adultos de referencia. Por ello, situaciones de hacinamiento o precariedad en la construcción de la vivienda pueden limitar el desarrollo del niño y la niña. Por este motivo, constituye un aspecto relevante que debe ser considerado en el momento de analizar el espacio de las privaciones sociales desde un enfoque multidimensional. En este caso, se definió como una situación de déficit a los hogares en viviendas precarias, como son las casillas o ranchos, que no presentan funciones básicas de aislamiento hidrófugo, resistencia, delimitación de los espacios, aislación térmica, acústica, y protección superior contra las condiciones atmosféricas. Sin embargo, cabe una distinción entre la situación moderada y la severa. La primera considera aquellas viviendas construidas con material de adobe con o sin revoque, o que tienen ladrillos sin revocar; mientras que el déficit severo considera aquellas

3. Si bien es conocido que el acceso al agua a través de pozo suele ser la alternativa más frecuente a la red de agua corriente, y esto no significa que el hogar acceda a agua contaminada, también se reconoce que, a medida que aumenta la densidad poblacional, se eleva el riesgo de contaminación de las aguas de pozo. Dado que la medición de la Edsa se realiza sobre una muestra de grandes aglomerados urbanos, se ha considerado la situación de no acceso al agua de red como una privación moderada.

viviendas de madera, chapa de metal o fibrocemento, chorizo, cartón, palma, paja o materiales de desechos. Asimismo, se incorporó como un criterio adicional el hacinamiento, y se definieron en situación de déficit moderado los hogares con cuatro personas por cuarto habitable, mientras que, para el caso severo, se consideraron aquéllos con cinco o más personas por cuarto habitable.

4. Derecho a la atención de la salud: el acceso a la salud tiene la característica de ser, por un lado, un derecho en sí mismo (Convención sobre los Derechos del Niño, ONU, 1989, artículos 24, 25; Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, art. 14) y, por el otro, condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. En este sentido, los controles periódicos y la asistencia médica en la infancia constituyen derechos inalienables que deben ser garantizados para el sostenimiento de la vida humana. Establecer cuáles son los umbrales de déficit en la atención de la salud del niño y la niña no parece sencillo en el marco de una sociedad en la que existe un servicio público de atención integral. Aun así, se considera que existen situaciones de vulnerabilidad de este derecho que pueden ser observadas.

En la Argentina, existe un amplio calendario de vacunas obligatorias para la infancia, de aplicación gratuita. En tal sentido, se considera que la situación de niños y niñas que no tienen todas las vacunas correspondientes a su edad puede ser un indicador de déficit severo en el ejercicio del derecho a la salud. Por otra parte, existe consenso en las recomendaciones en torno a los controles de salud durante la niñez. En efecto, durante los primeros seis meses de vida, se sugieren controles mensuales; entre los seis y los dieciocho meses, cada tres meses; de los dieciocho a los treinta meses, cada seis meses, y a partir de los tres y los cuatro años, una vez al año.<sup>4</sup> En este sentido, se define como en situación de déficit moderado a los niños y las niñas de entre cero y cuatro años que no han realizado una consulta médica en los últimos doce meses o nunca lo hicieron, y adicionalmente no tienen cobertura de salud a través de obra social, mutual o prepaga.

5. Derecho a la estimulación temprana: el acceso a una alimentación física y emocional constituye un derecho primordial en tanto contribuye al sostenimiento de una vida saludable, al desarrollo cognitivo y de la capacidad de aprendizaje del niño y la niña (OMS, 2006; Unicef, 2009). Las privaciones en estos primeros años de vida son especialmente graves, por cuanto pueden tener efectos adversos en la configuración del cerebro. Éste se desarrolla tempranamente, a gran velocidad, y configura muchas de sus conexiones neuronales. Los aprendizajes se producen a través de dichas conexiones; el número de sinapsis se multiplica hasta alrededor de los tres años. Si bien existe con-

4. Ver recomendaciones en: [http://www.sap.org.ar/comu-temas-72-cuidado\\_salud.php](http://www.sap.org.ar/comu-temas-72-cuidado_salud.php) (consulta: 15 de mayo de 2015).

troversia sobre los años en que se configuran los circuitos neuronales y los tiempos de su maduración, hay consenso en torno a que la niñez temprana es el período más sensible. Atentos a este conocimiento, el amplio consenso, y el reconocimiento del derecho al cuidado, el amamantamiento y la estimulación temprana en el sistema normativo vigente en la Argentina,<sup>5</sup> se consideró una dimensión de derechos integrante del índice. Esta dimensión de derecho se focaliza en la población de cero a cuatro años cuya inclusión educativa a través de la escolarización no es obligatoria, si bien se encuentra promovida por la Ley N° 26.206 de Educación Nacional y la Ley N° 26.233 de Centros de Desarrollo Infantil. En tal sentido, representa un derecho de los niños y las niñas que los Estados deben garantizar en términos de la oferta desde los 45 días de vida del niño y la niña.

Durante los primeros años de vida, tal como mencionamos, las células del cerebro de los niños y las niñas proliferan, y se desarrolla la capacidad para pensar, hablar, aprender y razonar. En este proceso, la coproducción entre el niño y la niña y los adultos de referencia puede ser observada a través de un conjunto de actividades, como lectura de cuentos, narración de historias orales, juego, dibujo, cantar, entre otros estímulos que pueden o no estar presentes en los procesos de crianza y que son reconocidos por su importancia en el desarrollo integral del niño y la niña, e impronta positiva en los trayectorias educativas posteriores (Unicef, 2005b).

En resumen, la aproximación a esta dimensión de derechos se realizó a través de cuatro indicadores de déficit: 1. no le suelen leer ni contar cuentos; 2. no suelen jugar ni dibujar; 3. no asiste a centro educativo, y 4. en su hogar suele utilizarse el maltrato físico o verbal como forma de disciplinamiento. El déficit moderado registra la situación de niños y niñas menores de cinco años con al menos tres privaciones simultáneas, mientras que el déficit severo registra a aquellos niños y niñas que presentan las cuatro privaciones de modo simultáneo.

6. Derecho a la información: en esta dimensión, se considera el derecho a la información que, en el caso de niños y niñas de entre cero y cuatro años se evalúa como relevante a nivel de los hogares. Los hogares con déficit en el acceso a la información se consideran especialmente vulnerables en términos de los obstáculos que ello supone para atender urgencias de la salud del niño y la niña, adquirir competencias en el espacio del cuidado y la crianza, entre otros límites que supone para la familia el no acceso a información pública.

En esta dimensión, se proponen los siguientes indicadores: tener teléfono en el hogar (fijo o celular), tener conexión a Internet en el hogar, tener computadora, tener biblioteca o libros infantiles en el hogar o tener acceso por

5. Esta dimensión se encuentra presente en los siguientes instrumentos legales, artículos e incisos: Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), artículos 3, 7, 13, 17, 18, 30; Ley N° 26.233 de Centros de Desarrollo Infantil, artículos 2, 4, 8, 9.

otros medios. Se definió en situación de déficit moderado a quienes carecen de cuatro de dichos recursos, y en situación de déficit severo a quienes carecen de todos esos recursos simultáneamente.

A continuación, en la tabla 1, se presenta un esquema de las dimensiones de derechos de referencia y la definición operacional de cada una de ellas en el nivel de las privaciones severas y moderadas.

**Tabla 1. Dimensión de derechos, indicadores y umbrales de déficit.  
Niños entre cero y cuatro años.**

Dimensión	Déficit moderado	Déficit severo
<b>Alimentación</b>	Niños/as en hogares en los que se expresa haber reducido la dieta de alimentos en los últimos 12 meses por problemas económicos o que expresaron haber sentido hambre por falta de alimentos pero reciben alimentación gratuita de algún tipo.	Niños/as en hogares en los que se expresa haber sentido hambre por falta de alimentos en los últimos 12 meses por problemas económicos y que no reciben alimentación gratuita de ningún tipo.
<b>Saneamiento</b>	Niños/as en viviendas que no acceden al suministro de agua corriente o que, si acceden al mismo, cuentan con inodoro sin descarga de agua o no disponen del mismo.	Niños/as en viviendas con inodoro sin descarga de agua o que no disponen de inodoro y que, además, no acceden al suministro de agua corriente.
<b>Vivienda</b>	Hacinamiento: Niños/as en viviendas con cuatro personas por cuarto habitable.	Hacinamiento: Niños/as en viviendas con cinco o más personas por cuarto habitable.
	Calidad de la vivienda: Niños/as que habitan en viviendas de adobe con o sin revoque, o que tienen ladrillos sin revocar.	Calidad de la vivienda: Niños/as que habitan en viviendas de madera, chapa de metal o fibrocemento, chorizo, cartón, palma, paja o materiales de desechos.
<b>Salud</b>	Niños/as que hace un año o más que no realizan una consulta médica y no tienen cobertura de salud (obra social, mutual o prepaga).	Niños/as que no tienen todas las vacunas correspondientes a su edad.
<b>Información</b>	Niños/as en viviendas en las que carecen de 4 o más de los siguientes componentes: teléfono (fijo o celular), internet, biblioteca, libros infantiles, o computadora.	Niños, niñas en viviendas que no acceden a ninguno de los siguientes componentes: teléfono (fijo o celular), internet, biblioteca, libros infantiles, ni computadora.
<b>Estimulación temprana</b>	Niños/as que presentan 3 o más de los siguientes déficit: no se les suele leer cuentos, no suelen jugar con ellos, no asisten a centros educativos, en su hogar se suele utilizar el maltrato físico y/o verbal como forma de disciplinar.	Niños/as que presentan 4 o más de los siguientes déficit: no se les suele leer cuentos, no suelen jugar con ellos, no asisten a centros educativos, en su hogar se suele utilizar el maltrato físico y/o verbal como forma de disciplinar.

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

## Metodología para la construcción de una medida resumen

Las propuestas de medición de la pobreza infantil desde una perspectiva multidimensional fueron particularmente estimuladas a partir de las iniciativas que Unicef emprendió junto con la Universidad de Bristol y la London School of Economics desde 2003 (Unicef, 2013). No debe desconocerse que toda medida resumen o índice supone perder ciertas especificidades de los distintos indicadores que la componen, aspecto que se compensa con las ventajas de obtener una medida sintética. En efecto, la adopción de esta forma de análisis, cuya ventaja es permitir un análisis sintético, puede soslayar otras formas de abordaje. No obstante, en lo que sigue se intentará subsanar esta limitación por medio del análisis desagregado de los diferentes indicadores.

En el presente capítulo, se adopta la propuesta de medición basada en la metodología de Bourguignon y Chakravarty (2003) –que, a su vez, continúa la propuesta de los índices de Foster, Greer y Thorbecke (1984)–. Estos autores propusieron tres medidas básicas para la estimación de la pobreza: 1. el *índice de recuento o tasa de privaciones*, que identifica la cantidad de niños con al menos una carencia en las dimensiones que se especifiquen; 2. el *índice de profundidad de la pobreza*, cuyo cálculo, para cada individuo, es la suma ponderada de la brecha que existe entre su ubicación en una determinada dimensión y el umbral de cumplimiento considerado, y 3. el *índice de severidad de la pobreza*, que eleva al cuadrado el índice de profundidad.

Dado que los derechos son inalienables y constituyen todos ellos aspectos fundamentales en el ejercicio integral de la ciudadanía, el criterio adoptado aquí ha sido el del *enfoque de unión*, según el cual un niño y una niña se encuentran en situación de déficit en el ejercicio de derechos si registran al menos una privación en alguna de las dimensiones consideradas (Cepal, 2013: 104; Coneval, 2010: 38). Al mismo tiempo, se consideró que todos los derechos son *sustitutos perfectos* entre sí; es decir, no existe jerarquía entre ellos, y por ello no se asigna una ponderación a alguna dimensión por sobre otra. Definidos estos criterios, la medida de *agregación* utilizada ha sido el ya mencionado índice de recuento o tasa de privaciones, cuya fórmula es la siguiente:

$$H = \frac{1}{n} \sum_{i \in S_j} \left( \sum_{j=1} a_j S_j^i \left( 1 - \frac{x_{ij}}{z_j} \right) \right) = \frac{1}{n} \sum_{i=1} \left( \sum_{j=1} a_j S_j^i \left( 1 - \frac{x_{ij}}{z_j} \right) \right) = \frac{q}{n} \quad (1)$$

Donde  $q$  representa la cantidad de individuos de cero a cuatro años con al menos una privación severa o moderada, y  $n$  representa al total de niños de esa edad. Una de las características de la tasa de privaciones es que no tiene ponderadores ni calcula brechas, por lo que se interpreta directamente como la proporción de individuos con alguna privación sobre el total considerado.

Como ya se señaló, la fuente de datos que se utiliza es la Encuesta de la Deuda Social Argentina-Serie Bicentenario, que el Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina (de la Universidad Católica Argentina) releva anualmente. La Encuesta de la Deuda Social Argentina es una encuesta multipropósito que se realiza a nivel nacional desde 2004 hasta la actualidad, una vez por año. Los estudios de la EDSA del Bicentenario 2010-2016 dieron inicio a una nueva etapa en la que la muestra amplió su marco de referencia y cuya medición anual se realiza durante el tercer trimestre del año. La EDSA se basa en un diseño muestral probabilístico polietápico, con estratificación no proporcional y selección sistemática de viviendas y hogares en cada punto muestra. La muestra abarca diecisiete aglomerados urbanos de más de 80.000 habitantes: Área Metropolitana del Gran Buenos Aires (ciudad de Buenos Aires y veinticuatro partidos del conurbano bonaerense), Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza, Gran Salta, Gran Tucumán y Tafí Viejo, San Rafael, Mar del Plata, Gran Paraná, Gran San Juan, Gran Resistencia, Neuquén-Plottier, Zárate, Goya, La Rioja, Comodoro Rivadavia, Ushuaia y Río Grande. Se trata de una muestra de hogares con un tamaño muestral de 5.700 casos. La encuesta releva información de los hogares y las viviendas, de adultos de dieciocho años y más, y contiene un módulo específico para los niños, las niñas y los adolescentes de cero a diecisiete años que viven en el hogar, el cual es completado por el adulto de referencia.<sup>6</sup> La encuesta permite el abordaje de todas las dimensiones consideradas, así como el análisis junto con un amplio set de variables independientes.

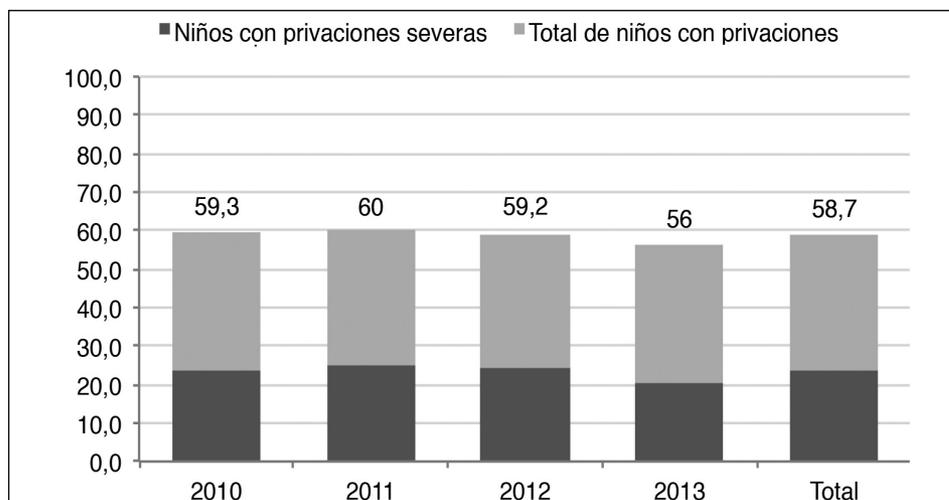
A continuación, se exponen los resultados de la aplicación del índice de recuento ya señalado a los datos de la EDSA, para la población de 0 a 4, residente en los aglomerados urbanos mencionados durante el período 2010-2013.

## Principales resultados

Durante el período 2010-2013, el 58,7% de los niños y las niñas de cero a cuatro años, residentes en la Argentina urbana, experimentaba al menos una privación de derechos, ya sea moderada o severa. Es posible observar una marcada estabilidad en la incidencia total del índice de privaciones durante los primeros tres años considerados, con una ligera reducción en el último año de la serie, de casi 3 puntos porcentuales respecto del primer año del período analizado. Sin embargo, esta estabilidad esconde dos tendencias diferentes y significativas. Por un lado, una reducción de la incidencia de las privaciones severas, que pasan de 24 a 20,4% entre puntas del período bajo estudio (gráfico 1); en sentido inverso, habrían operado las privaciones moderadas.

6. Los formularios de la EDSA y especificaciones técnicas sobre el diseño muestral se pueden consultar en <http://www.uca.edu.ar/observatorio> (consulta: 15 de mayo de 2015).

**Gráfico 1. Incidencia de las privaciones sociales en la infancia.**  
En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años (2010-2013).



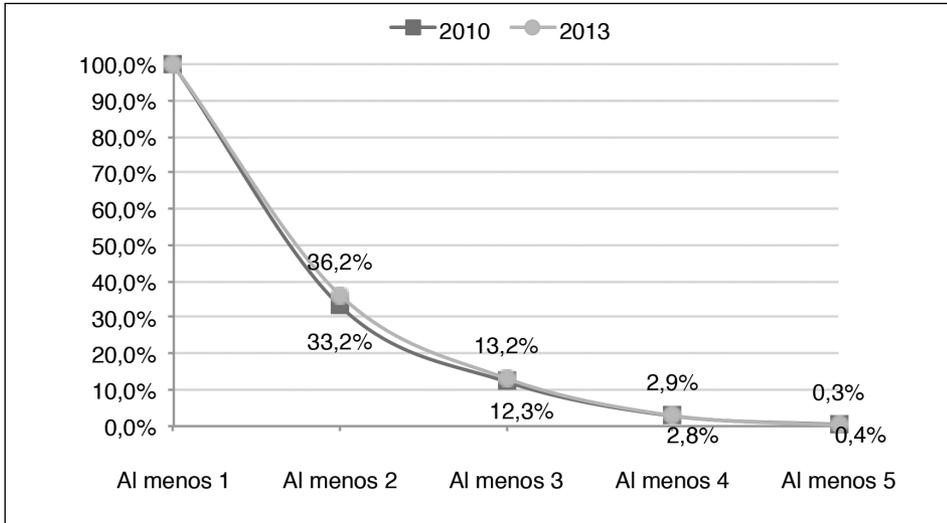
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

Si bien –como se señaló en el apartado sobre la conformación de medidas multidimensionales– la tasa de privaciones no da idea exacta de la intensidad del fenómeno observado, tal como lo hacen los otros índices de Bourguignon y Chakravarty ya referidos, el índice brinda la posibilidad de *aproximarse* a la intensidad de las privaciones sufridas en la primera infancia, a partir de la identificación del número de carencias experimentadas por los niños y las niñas (Cepal, 2013: 102).

Al respecto, resulta pertinente hacerse dos preguntas que avanzan en un mismo sentido. En primer término, dada la relativa estabilidad observada en el índice de privaciones, ¿qué ha ocurrido con la intensidad del fenómeno? Podría ocurrir que dicha estabilidad escondiera una menor intensidad del fenómeno. Una pregunta similar puede hacerse respecto de las privaciones severas específicamente. Dada la reducción ya observada en la incidencia de las privaciones severas, cabe preguntarse si dicha menor incidencia estuvo acompañada también de una retracción en la intensidad del fenómeno. En otros términos, se desea conocer si los niños que padecían privaciones severas en 2013, además de ser menos que en 2010, sufrían un menor número de carencias que en dicho año de base.

En primer lugar, el gráfico 2 permite observar que, si se considera el total de privaciones, en 2010, un 48,7% de los niños y las niñas con privaciones severas y moderadas tenían más de una carencia, porcentaje que se incrementó a 52,6% en 2013, lo que hablaría de un proceso doble: por un lado, *una reducción de la incidencia de las privaciones*, y por otro lado, *una tendencia a una mayor intensidad entre quienes no acceden al cumplimiento pleno de derechos*.

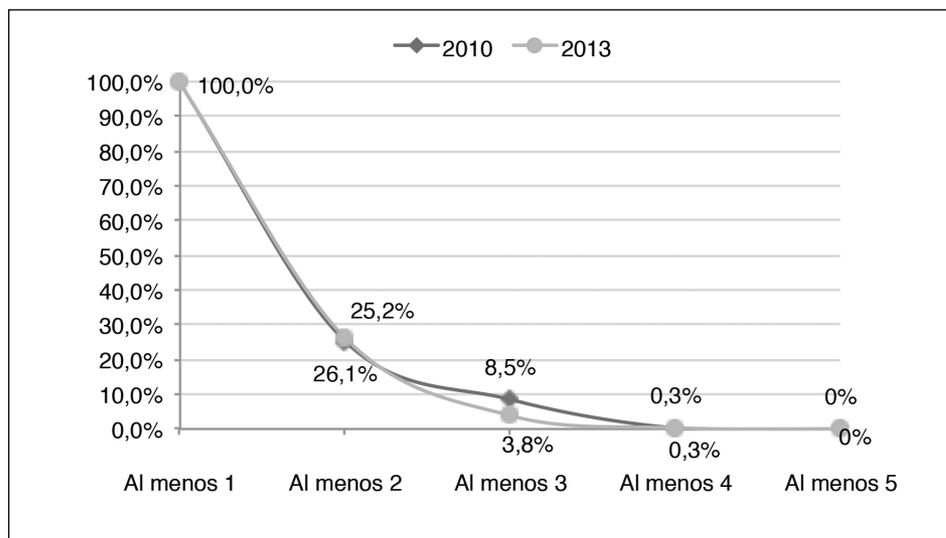
**Gráfico 2. Distribución acumulada del número de privaciones.**  
**En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años con privaciones severas y moderadas (2010-2013).**



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

En segundo lugar, el gráfico 3 nos permite observar qué ocurrió con las privaciones severas. En este sentido, se puede verificar que, en 2010, un 33,9% de los niños y las niñas con privaciones severas sufrían más de una carencia, mientras que en 2013 dicho valor se reducía a 30,3%. *Es decir que la reducción de la incidencia de las privaciones severas en la primera infancia estuvo acompañada por una reducción de su intensidad*, mostrando este tipo de privaciones un comportamiento disímil frente al total de carencias, tal como se analizó más arriba.

**Gráfico 3. Distribución acumulada del número de privaciones severas. En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años con privaciones severas (2010-2013).**



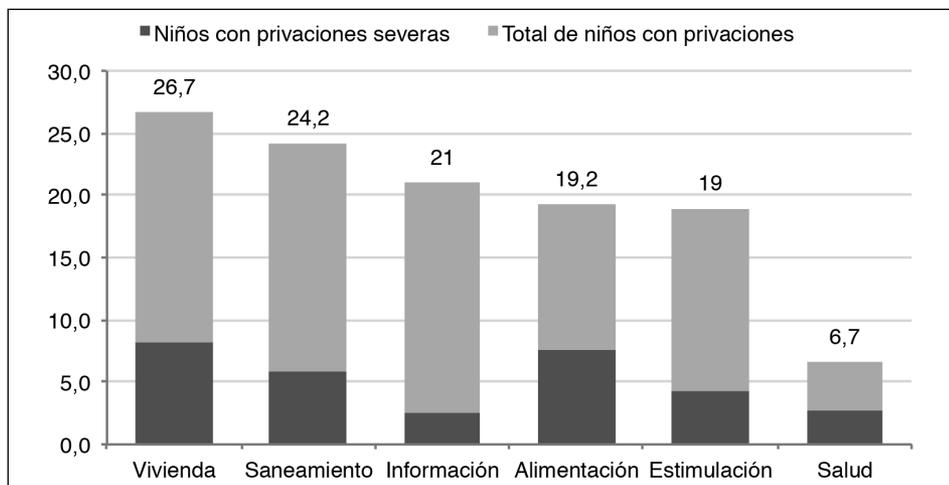
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

¿Cuál es la incidencia del déficit en cada una de las dimensiones de derechos consideradas? Como se indicó en la sección metodológica de este capítulo, el análisis agregado de medidas sintéticas no debe oscurecer un análisis de la prevalencia de los déficits en cada una de las dimensiones consideradas. En este sentido, al igual que lo que se observó entre los niños y las niñas mayores (Salvia, Tuñón y Poy, 2014), en la primera infancia se registra una mayor incidencia de las privaciones en las dimensiones relativas al hábitat de vida y el acceso a la alimentación. Para el período 2010-2013, el 26,7% de los niños y las niñas de cero a cuatro años tenían déficit en el acceso a una vivienda adecuada. La relevancia de esta dimensión fue advertida también en estudios realizados en otros países de la región (Cepal, 2013). De este total, 8,2% de los niños y las niñas considerados tenían déficit severo, es decir, residían en hogares con 5 o más personas por cuarto habitable, o bien en viviendas de madera, cartón o construidas con desechos. Por su parte, 24,2% de los niños y las niñas tenían déficit en la dimensión del saneamiento, de los cuales 6% tenía privaciones severas en esta dimensión; vale decir, residían en viviendas con inodoro sin descarga de agua o sin inodoro y, además, no accedían al suministro de agua corriente por red pública.

En promedio, durante el período 2010-2013, un 7,5% de los niños y las niñas de cero a cuatro años residentes en la Argentina urbana vivían en hogares en los que se expresó haber sentido hambre en los últimos doce meses y no recibir alimentación gratuita de alguna institución o comedor; es decir, se

encontraban en situación de privación severa. Dado el amplio consenso que existe sobre los efectos regresivos del déficit alimentario en los primeros años de vida, tanto en el desarrollo físico como en el cognitivo, importa subrayar que el porcentaje de afectados por privaciones severas en esta dimensión se redujo de 8,1 a 7,3% entre puntas del período. Por su parte, un 11,7% de los niños y las niñas de cero a cuatro años se encontraba en situación de déficit moderado (es decir, había reducido su dieta en el último año por falta de recursos económicos o experimentado hambre, pero recibían alimentación gratuita de algún tipo) en el período estudiado.

**Gráfico 4. Incidencia del déficit en cada dimensión del espacio de privaciones.**  
En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años (2010-2013).



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

Otra dimensión relevante en la primera infancia se vincula con el acceso a las oportunidades de estimulación temprana. Desde el campo de la biología y la psicología del desarrollo, se ha verificado que las etapas tempranas de la vida son claves para el desarrollo físico, motor, cognitivo, del lenguaje, social y emocional. Es en este lapso de tiempo cuando se construyen los cimientos sobre los que se continuará y consolidará el desarrollo humano a lo largo de la vida. El desarrollo del cerebro no está solamente determinado por los genes, sino también por las relaciones de intercambio tolerantes y afectuosas que establecen los adultos de referencia con el niño y la niña. Todas las acciones que se dirigen al niño y la niña, a través de la gestualidad, la oralidad, el contacto físico, son estímulos muy importantes que coadyuvan a que desarrolle de manera gradual habilidades motoras, cognitivas, sociales, emocionales y de lenguaje (Unicef, 2001). En este sentido, se advierte que el 19% de los niños y las niñas de cero a cuatro años experimentó algún tipo de déficit en el acceso a oportunidades de estimu-

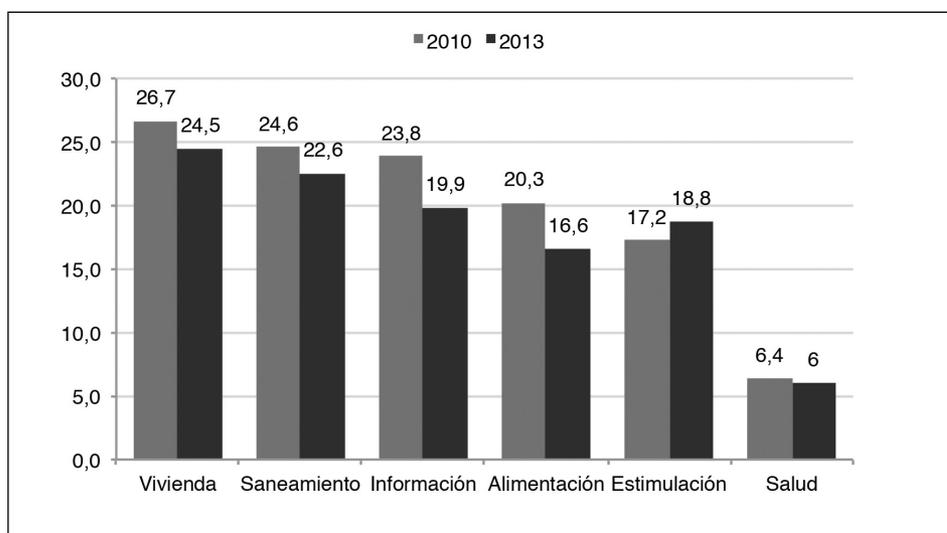
lación temprana; y 4,3% de ellos y ellas presentaron privaciones severas, es decir, las que indican que no se les lee cuentos con frecuencia, no suelen jugar con ellos, no asisten a centros educativos (guarderías, centros de cuidado), y viven en hogares en los que se usa el maltrato físico y verbal como modo de disciplinar.

Resulta de interés considerar el déficit en el acceso a la salud. En este punto, debe resaltarse que, en la sociedad argentina, se trata de un derecho universal garantizado por la Constitución Nacional. Sin embargo, la existencia de la oferta pública no asegura el acceso efectivo, y mucho menos, que la calidad del servicio sea equivalente para todos los grupos sociales. En esta dirección, registró alguna privación en materia de acceso al derecho a la salud el 6,7% de niños y niñas de cero a cuatro años, en tanto que sólo el 2,7% presentó déficit severo (no tener todas las vacunas correspondientes a la edad en el momento de efectuarse la encuesta) para el período 2010-2013.

Finalmente, se considera la dimensión del acceso a la información. Un 21% de los niños y las niñas de cero a cuatro años residía en un hogar con privaciones en esta dimensión. En tanto, un 2,5% tenía privaciones severas, esto es, habitaba en viviendas que carecían, simultáneamente, de teléfono (fijo o celular), Internet, computadora, biblioteca y libros infantiles.

### Gráfico 5. Evolución de la incidencia de las privaciones totales en cada dimensión del espacio de derechos.

En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años (2010-2013).



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

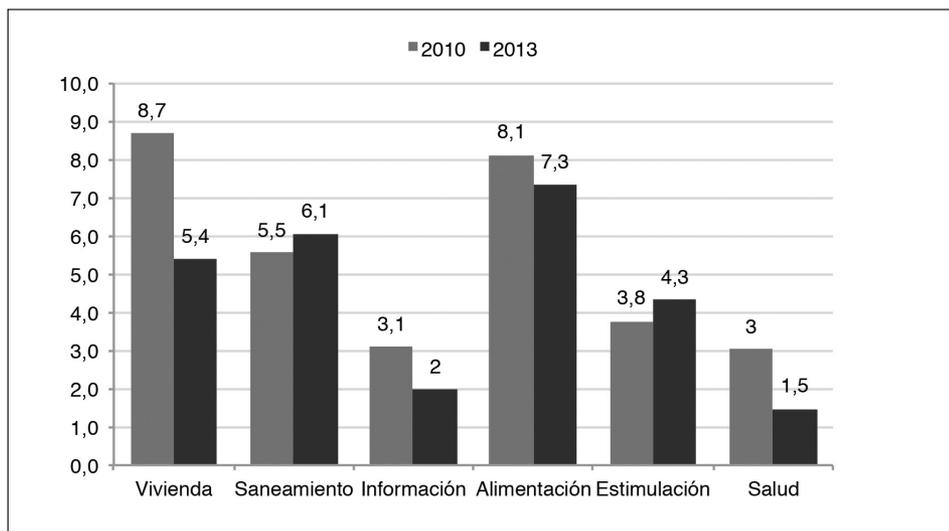
¿Cuál ha sido la evolución del déficit de derechos en cada una de las dimensiones consideradas? Para responder a este interrogante, se analiza lo ocurri-

do entre puntas del período en cada uno de los indicadores considerados. El déficit en la dimensión de vivienda pasó de 26,7 a 24,5%, y en saneamiento, de 24,6% a 22,6%. En la dimensión de alimentación, se observa una de las reducciones más pronunciadas, de 20,3% a 16,6%. En simultáneo, el déficit en la dimensión de información se redujo de 24% a 20%, lo que acompaña el proceso de difusión de tecnología, acentuado en los últimos años. En la dimensión de salud, se observa estabilidad en torno a 6%. Mientras tanto, en la dimensión de estimulación temprana, se observa un incremento del déficit, de 17,2 a 18,8, que, si bien es reducido, expresa que no todos los atributos del índice varían en función de las mejoras macroeconómicas que benefician a los hogares.

En cuanto a las privaciones severas (gráfico 6), se observa una importante reducción del déficit en la dimensión de la vivienda (8,7% a 5,4%), una estabilidad en la incidencia del déficit severo en la dimensión de saneamiento y una caída del déficit severo en el acceso a la alimentación (8,1 a 7,3%). Se observa una evolución positiva en las privaciones severas en términos del acceso a la salud, ya que en 2010 afectaba a 3% de los niños y las niñas de cero a cuatro años, mientras que en 2013 su prevalencia era de apenas 1,5% de la población considerada, y lo mismo puede decirse del acceso a información, indicador en el cual las privaciones severas pasaron de 3,1% en 2010 a sólo 2% en 2013. En la dimensión de estimulación en la temprana infancia, no se observan cambios significativos entre puntas del período.

### Gráfico 6. Evolución de la incidencia de las privaciones severas en cada dimensión del espacio de derechos.

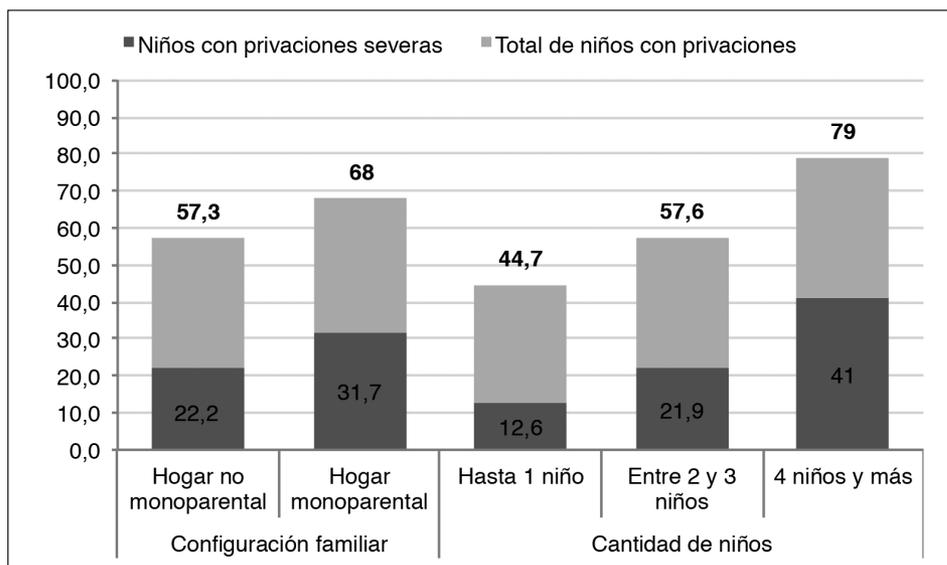
En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años (2010-2013).



¿Cuáles son los principales factores asociados a las privaciones de derechos severas? En primer término, aproximándonos a las características sociodemográficas del hogar, se advierte que aquellos niños y niñas de cero a cuatro años que residen en núcleos familiares monoparentales tienen 1,5 veces más chances que sus pares que residen en hogares de núcleo completo, de experimentar privaciones severas. A su vez, la probabilidad de sufrir carencias severas se incrementa a medida que lo hace la cantidad de niños y niñas en el hogar: quienes residen en hogares en los que habitan cuatro niños o niñas, o más, tienen tres veces más chances de experimentar privaciones severas que aquellos que habitan en hogares con presencia de un solo infante. Ambos factores estarían indicando que aquellos hogares en los que un gran conjunto de funciones recaen en una sola persona (por lo general, una mujer jefa de hogar), o bien, aunque el núcleo parental esté completo, debe atender a un número mayor de niños y niñas, las infancias se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad a las privaciones severas.

**Gráfico 7. Incidencia de las privaciones de derechos según características seleccionadas.**

En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años (2010-2013).

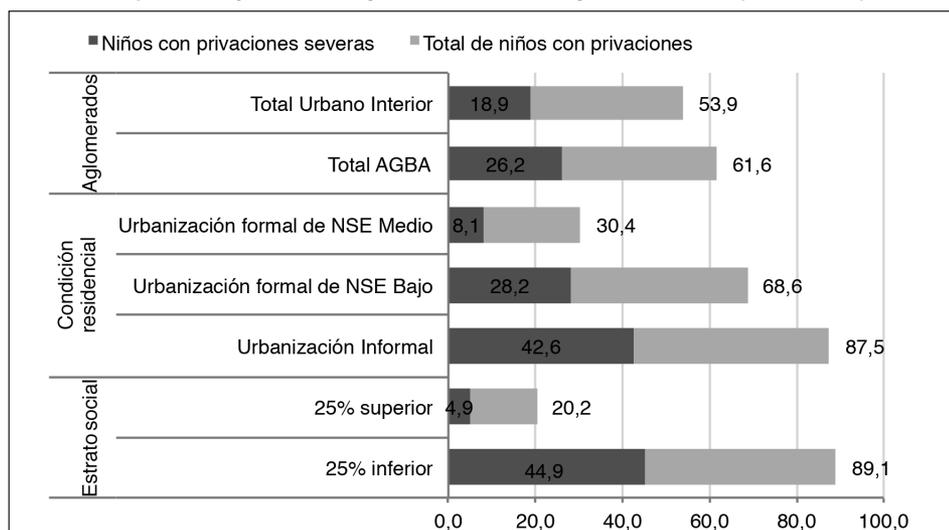


Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

En cuanto a las características socioeconómicas del hogar, puede observarse que quienes pertenecen al estrato socioeconómico<sup>7</sup> más bajo tienen nueve veces más chances de tener privaciones severas que quienes pertenecen al estrato más alto. En el mismo sentido, puede advertirse que los niños y las niñas de cero a cuatro años que residen en villas o asentamientos informales tienen 5 veces más probabilidades de experimentar privaciones severas que los niños y las niñas que viven en barrios de nivel socioeconómico medio-alto. Finalmente, es posible observar una mayor desventaja entre los niños y las niñas que residen en el área del Gran Buenos Aires, frente a los que habitan en el resto urbano del interior del país (1,4 veces más chances de sufrir privaciones severas).

### Gráfico 8. Incidencia de las privaciones de derechos según características seleccionadas.

En porcentaje de niños y niñas entre cero y cuatro años (2010-2013).



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2010-2013).

7. Esta variable resumen incorpora un conjunto de dimensiones: a. un conjunto de bienes a los que acceden los hogares: automóvil, televisión por cable, aire acondicionado, consola de juegos, tarjeta de crédito y microondas; b. si el hogar se encuentra en una villa o no; c. la educación del jefe del hogar, y d. la categoría ocupacional del principal sostén del hogar. A través de un análisis factorial de componentes principales categóricas (CATPCA), se realiza el escalamiento óptimo de las distintas variables insumo y luego se realiza un análisis factorial clásico. Finalmente, los vectores resultantes se incorporan en un único factor, ponderándolos por su peso en la explicación de la varianza total.

## Reflexiones finales

Como se señaló en trabajos anteriores (Tuñón, 2013), la identificación de las dimensiones de derechos (privaciones) incumplidos constituye un aporte al reconocimiento de las deudas pendientes con la infancia a nivel agregado, pero también en cada una de las dimensiones de derechos. Y, específicamente, brinda la posibilidad de definir los problemas que afectan a las infancias urbanas y de construir políticas públicas diversas, orientadas a poblaciones particulares y problemas puntuales.

El presente trabajo es una contribución en ese sentido y ha permitido mostrar la evolución de las deudas sociales con la infancia desde un enfoque de derechos, a través de una medida sintética conocida como índice de recuento o tasa de privaciones. En esta línea, se observó que, si bien a nivel agregado las privaciones de derechos no tuvieron una significativa reducción de la incidencia en el período 2010-2013, sí hubo una caída de las privaciones severas. Asimismo, se pudo constatar una menor intensidad en este tipo de privaciones, toda vez que aquellos niños y niñas de cero a cuatro años que las padecen enfrentaban en 2013 un menor número de privaciones que en 2010.

En cuanto a la composición de las privaciones, no ha variado significativamente a lo largo del período analizado. El déficit severo en el acceso a la alimentación, a la vivienda y al saneamiento explica una parte fundamental del índice, al igual que el déficit en el acceso a la estimulación temprana. Las dimensiones materiales señaladas tuvieron una evolución positiva entre puntas del período, mientras que el acceso a la estimulación no mostró cambios, lo que expresa la mayor dificultad de esos indicadores para registrar transformaciones sustantivas si quedan libradas al mero crecimiento económico.

Este trabajo ha permitido avanzar, también, en los condicionantes de las privaciones severas. En esta línea, ha permitido mostrar que los niños y las niñas que residen en hogares de núcleo parental incompleto, en los que predomina un bajo clima educativo o que pertenecen a los sectores más desfavorecidos de la estructura social tienen una mayor propensión a padecer algún tipo de privación de derechos en umbrales que se evalúan graves. Esto permite hacer visible la imbricación entre la desigualdad social y las deudas sociales con la infancia, y pone el foco en la prioritaria responsabilidad del Estado en la solución de esas deudas, y las corresponsabilidades con las familias y otras agencias sociales.

## Bibliografía

- ABRAMOVICH, V. (2006), *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*, Santiago de Chile, Cepal.
- ALKIRE, S. y J. FOSTER (2007), "Counting and Multidimensional Poverty Measurement", *Oxford Poverty and Human Development Initiative Working Paper*, N° 7, Oxford, Oxford University.
- BOLZÁN, A. y R. MERCER (2009), "Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino", *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 107, N° 3, pp. 221-228 (disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n3a06.pdf>, consulta: 21 de julio de 2014).
- BOURGUIGNON, F. y S. CHAKRAVARTY (2003), "The Measurement of Multidimensional Poverty", *Journal of Economic Inequality*, vol. 1, N° 1, pp. 25-49.
- BRONSON, M. (2000), *Self-regulation in Early Childhood*, Nueva York, Guilford Press.
- CEPAL (2013), *Panorama social de América Latina 2013*, Santiago de Chile (disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/51769/PanoramaSocial2013.pdf>, consulta: 21 de julio de 2014).
- CEPAL-UNICEF (2012), "Guía para estimar la pobreza infantil" (disponible en: <http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil>, consulta: 21 de julio de 2014).
- CERRUTTI, M. y G. BINSTOCK (2004), "Camino a la exclusión: determinantes del abandono escolar en el nivel medio en la Argentina", ponencia presentada en el I Congreso ALAP (Asociación Latinoamericana de Población), Casambu, Brasil (disponible en: [nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_alap/PDF/alap2004\\_291.PDF](http://nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/alap2004_291.PDF), coçnsulta: 21 de julio de 2014).
- CONEVAL (2010), *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, México.
- FOSTER, J., J. GREER y E. THORBECKE (1984). "A Class of Decomposable Poverty Measures", *Econometría*, 52, 3.
- HERRÁN, C. y B. VAN UYTHEM (2001), "¿Por qué los jóvenes en Argentina desertan de la escuela y que puede hacerse para combatir este problema?", *Diálogo regional de política*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.
- LÓPEZ, N. (2001), "La articulación de las familias con el mercado de trabajo y su impacto sobre los adolescentes", *Serie Documentos de Trabajo*, N° 5, Buenos Aires, Siempro.
- O'DONNELL, G. (2002), "Human Development/Democracy/Human Rights", ponencia presentada en Calidad de la Democracia y Desarrollo Humano en América Latina, Costa Rica.
- OMS (2006), "Meeting the MDG Drinking Water and Sanitation Target. The Urban and Rural Challenge of the Decade" (disponible en: [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/43488/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43488/1/9241563257\\_eng.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/43488/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43488/1/9241563257_eng.pdf), consulta: 21 de julio de 2014).

- OMS-UNICEF (2000), “Evaluación mundial del abastecimiento de agua y saneamiento en 2000” (disponible en: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/monitoring/2000globs1.pdf?ua=1](http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/2000globs1.pdf?ua=1), consulta: 21 de julio de 2014).
- ONU (1989), “Convención sobre los derechos del niño” (disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/lar\\_insumos\\_MNcdn.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/lar_insumos_MNcdn.pdf); consulta: 21 de julio de 2014).
- (2000), “Declaración del milenio de la Asamblea General” (disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>, consulta: 21 de julio de 2014).
- PNUD (2000). *Human Development Report. Human Rights and Human Development*, Nueva York.
- SALVIA, A., I. TUÑÓN y B. MUSANTE (2012), *Informe sobre la inseguridad alimentaria en la Argentina. Hogares urbanos. Año 2011*, documento de trabajo del Observatorio de la Deuda Social Argentina, Buenos Aires.
- SALVIA, A., I. TUÑÓN y S. POY (2014), “Desafíos teórico-metodológicos de los estudios de evaluación de impacto de programas sociales: el caso de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina”, ponencia presentada en el IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, Heredia, Costa Rica.
- SEN, A. (1976), *Elección colectiva y bienestar social*, Madrid, Alianza.
- TUÑÓN, I. (2010), “Determinantes de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y adolescencia”, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 8, N° 2, pp. 903-920 (disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/viewFile/79/37>, consulta: 21 de julio de 2014).
- (2013), *Hacia el pleno ejercicio de derechos en la niñez y adolescencia. Propensiones, retos y desigualdades en la Argentina urbana (2010-2012)*, Observatorio de la Deuda Social de la Infancia, Buenos Aires, Educa.
- y M.S. GONZÁLEZ (2013), “Aproximación a la medición de la pobreza infantil desde un enfoque multidimensional y de derechos”, *Revista Sociedad y Equidad*, N° 5, pp. 30-60.
- UNICEF (2005a), *Estado mundial de la infancia. La infancia amenazada*, Nueva York.
- (2005b), *Manual para la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados. Dar seguimiento a la situación de niños, niñas y mujeres*, Nueva York, División de Políticas y Planificación (disponible en: [http://www.childinfo.org/files/MICS3\\_Manual\\_allsections\\_Spanish.pdf](http://www.childinfo.org/files/MICS3_Manual_allsections_Spanish.pdf), consulta: 21 de julio de 2014).
- (2009), *Estado mundial de la infancia. Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*, Nueva York.

### **Leyes y documentos**

- Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- Ley N° 26.075 Ley de Financiamiento Educativo.
- Ley N° 26.206 Nacional de Educación (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>, consulta: 15 de mayo de 2015).

Ley N° 26.233 Centros de Desarrollo Infantil (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>, consulta: 15 de mayo de 2015).

Ley N° 26.390 Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente (disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>, consulta: 15 de mayo de 2015).

# ¿Cómo medir exclusión social en la primera infancia?\*

## Una propuesta de indicador aplicado al caso colombiano

*Ana María Osorio Mejía\*\* y  
Luis Fernando Aguado Quintero\*\*\**

### Introducción

A partir de la promulgación de la Convención sobre los Derechos del Niño, en 1989, en Colombia y distintos países de América Latina se puso énfasis en el desarrollo normativo que implicó el reconocimiento jurídico y el carácter vinculante, derivado de la Convención, con respecto a los derechos y las condiciones de vida en la niñez. Recientemente, se ha complementado el desarrollo normativo con la medición cuantitativa de las condiciones de vida y la identificación de inequidades que limitan el bienestar,<sup>1</sup> de la niñez (Ben-Arieh *et al.*, 2014; Unicef, 2014; Minujin, 2013). De igual forma, por encontrar sus principales determinantes (Kilburn y Karoly, 2008; Walker *et al.*, 2011). In-

\* Este capítulo constituye uno de los resultados del proyecto de investigación, en curso hasta diciembre de 2015, denominado “Niñez y exclusión social en Colombia”, financiado por la Oficina de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali, Colombia.

\*\* Doctora en Economía, Universidad de Barcelona, España. Economista, Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali, Colombia. Correo electrónico: [anao@javerianacali.edu.co](mailto:anao@javerianacali.edu.co).

\*\*\* Doctor en Análisis Económico Aplicado e Historia Económica, Universidad de Sevilla, España. Economista, Universidad del Valle, Colombia. Correo electrónico: [lfaguado@javerianacali.edu.co](mailto:lfaguado@javerianacali.edu.co).

1. El bienestar en la niñez hace referencia al proceso a través del cual, en el presente, un niño o una niña ven cumplidos los derechos de los cuales son titulares y, a su vez, gozan de igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo potencial en términos de resultados positivos (por ejemplo, asiste a centros de cuidado y de educación inicial; están bien nutridos; sus cuidadores son idóneos, y crecen libre de riesgos –violencia física y sexual, accidentes evitables, trabajo infantil–. Este proceso no está garantizado, ni se produce automáticamente; es producto de diversas interacciones a través del tiempo entre el niño y la niña, su familia, el contexto de la comunidad a la que pertenece y el Estado (Osorio y Aguado, 2014).

cluso, desde la academia, en 2007 se crean la International Society for Child Indicators (ISCI) y una revista especializada, *Child Indicators Research*.

Sin embargo, a pesar de los importantes resultados alcanzados, todavía persisten muchos rostros que evidencian la exclusión social en la niñez:

Las oportunidades que tienen los niños son distintas dependiendo de la riqueza de sus países; de su género; de su pertenencia a familias pudientes o desfavorecidas; de las zonas donde viven (urbanas o rurales); y de la riqueza o pobreza de sus barrios y lugares de residencia. (Unicef, 2014: 4)

En efecto, para el caso colombiano, diversos estudios han encontrado inequidades en las condiciones de vida de la niñez en el plano geográfico. Por ejemplo, concentraciones en las costas pacífica y atlántica, en los déficits que muestran distintos indicadores de bienestar (Aguado y García, 2008; Aguado, Osorio y García, 2008; Osorio, Bolancé y Alcañiz, 2013). García *et al.* (2013) encuentran que uno de cada tres niños o niñas de entre cero y dos años padece desnutrición crónica y no tiene el esquema de vacunación completo, y cerca del 80 % de los niños y las niñas de entre tres y cinco años no asiste a centros de educación inicial. Para este último grupo la probabilidad de no asistir a centros de educación inicial por parte de niños o niñas pobres es más del doble, comparada con la de niños o niñas no pobres. Vélez y Torres (2014: 19-21) encuentran un “patrón homogéneo de bajo acceso y alta desigualdad en seis oportunidades para infantes, niños y adolescentes”: “ambientes seguros, seguridad alimentaria, fuente de energía adecuada para la preparación de alimentos, no hacinamiento, agua y saneamiento”.

La exclusión del uso y el acceso a bienes y servicios sociales clave niega el derecho al bienestar de los niños y las niñas. En el capítulo, se construye un indicador compuesto, centrado en el binomio madre-infante, que refleja el uso y el acceso a bienes y servicios sociales clave durante la primera infancia, en el contexto de un país en desarrollo, Colombia. Los bienes y los servicios incluidos en el indicador reflejan los siguientes aspectos: capacidad de lectura de la madre; autonomía en la toma de decisiones de la madre; cuidado prenatal; visibilidad jurídica ante el Estado; cuidado del niño o niña; estimulación temprana; acceso a libros; lactancia materna, y esquema de vacunación. La literatura empírica sobre los determinantes del acceso a los anteriores bienes y servicios sociales muestra inequidades marcadas por atributos como altos/bajos ingresos/educación, grupo racial, ámbito territorial; lo que indica que la inequidad se puede evitar a través de una adecuada política pública social a favor de la niñez, en un primer momento centrada en la madre durante la gestación, y que luego continúe con el niño o niña, una vez nace.

El indicador construido constituye un avance en la investigación empírica sobre las condiciones de vida de la primera infancia, susceptible de replicar en otros países. Su utilidad es que muestra una imagen cuantitativa que refleja, desde una perspectiva amplia, al considerar el binomio madre-infante e incluir

variables poco usadas en la literatura empírica para los países en desarrollo, elementos mínimos alterables por la política pública en el corto plazo que aseguren la calidad de vida, justamente cuándo y dónde inicia la cadena de exclusión social: durante la gestación, el nacimiento y los primeros cinco años de vida.

Los indicadores compuestos constituyen una herramienta útil para simplificar fenómenos multidimensionales y complejos, como lo es la calidad de vida en la niñez. Además, facilitan la medición, la evaluación, el monitoreo y la comparación de tendencias en distintos indicadores, y los alcances de las políticas públicas, a través del tiempo y en distintos ámbitos geográficos. Asimismo, facilitan las comparaciones entre grupos poblacionales (por ejemplo, género, raza, edad, etc.) (Moore, Theokas, Lippman y Bloch, 2008; OECD, 2008; Saltelli, 2007). (Un resumen sobre el debate de los últimos veinte años en torno a indicadores de bienestar infantil, los dominios incluidos y su conceptualización se encuentra en O'Hare y Gutiérrez, 2012).

Los datos usados provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, para determinar el peso de los indicadores parciales; y, por la naturaleza discreta de las variables, se aplica el análisis de componentes principales, usando correlaciones policóricas. Los principales resultados muestran que el mejor desempeño en el indicador agregado lo tiene la capital de la república, Bogotá. Y el más bajo desempeño lo muestran departamentos situados en la periferia de la geografía nacional: Vaupés, Chocó, La Guajira, Guainía y Vichada. Los resultados muestran el reto que enfrenta el Estado para integrar programas transversales en diferentes áreas y dependencias estatales, acordes con las necesidades presentes en cada unidad geográfica –departamento– del país.

El capítulo, incluyendo esta introducción, se organiza en siete secciones. En la segunda sección, se presenta la articulación del interés normativo con la política pública para la primera infancia en Colombia. En la tercera y la cuarta secciones, se presentan la naturaleza conceptual y características del indicador construido, respectivamente. En la quinta sección, se presentan en extenso los datos y la metodología empleada en la construcción del indicador. En la sexta y la séptima secciones, se presentan los resultados y las conclusiones respectivamente. Se finaliza con la bibliografía usada.

### **El contexto institucional. La compleja articulación de la política para la primera infancia en Colombia**

Los grandes documentos que reflejan la normatividad sobre la niñez en Colombia evidencian un claro interés desde el marco institucional por su bienestar. En efecto, Colombia ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante, CDN) en 1991, dos años después de la ratificación por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En el mismo año, se elevó a rango constitucional, con el artículo 44 de la Constitución Política de

Colombia.<sup>2</sup> Posteriormente, en 2006, con el Código de la Infancia y la Adolescencia, se reiteraron desde el Estado los compromisos con la niñez.<sup>3</sup> Asimismo, el interés normativo se ha visto complementado con el direccionamiento de recursos financieros y de gestión para asegurar el cumplimiento de los derechos de la niñez.<sup>4</sup>

Específicamente en el ámbito de la primera infancia, el decreto 4.875, de 2011, crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, con el objetivo de “coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia”. Derivada de esta comisión, la estrategia “De Cero a Siempre” busca coordinar instituciones, tanto públicas como privadas, a nivel territorial y nacional, con el fin de promover el desarrollo de la primera infancia, teniendo en cuenta edad, contexto y condiciones de vida.

En el anterior contexto, un aspecto clave derivado del Código de la Infancia y la Adolescencia fue la incorporación de las responsabilidades de los gobiernos territoriales (alcaldías, gobernaciones) en el “diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas públicas de infancia y adolescencia” (art. 206),<sup>5</sup> a través de los “consejos departamentales y municipales de política social” (art. 207).

2. Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás” (disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>, consulta: 18 de mayo de 2015).

3. Artículo 17, ley N° 1.098, de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia en Colombia): “Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano”.

4. Ver Conpes Social 109, de 2007 (Política Pública Nacional de Primera Infancia. “Colombia por la primera infancia”); Conpes Social 115, de 2008 (distribución de los recursos para educación y la atención integral de la primera infancia); ley N° 1.295 de 2009 (Atención Integral a la Primera Infancia, situada en Sisben 1, 2 y 3).

5. Párrafo 4, art. 206, ley N° 1.098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia en Colombia): “El gobernador y el alcalde, dentro de los primeros cuatro (4) meses de su mandato, realizarán el diagnóstico de la situación de la niñez y la adolescencia en su departamento y municipio, con el fin de establecer las problemáticas prioritarias que deberán atender en su

De igual forma, en el Conpes Social 109, se recomienda “incorporar en los Planes de Desarrollo Territoriales programas, metas, indicadores, inversión y estrategias sectoriales e intersectoriales, que permitan abordar y priorizar el tema de la primera infancia”. Por último, el decreto 936, de 2013, en su artículo 13, establece que corresponde a los departamentos, distritos y municipios:

Diseñar, ejecutar y evaluar las políticas públicas de infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar. [...] Concurrir en el marco de sus competencias al gasto social dirigido a la protección integral de niños, niñas y adolescentes y al fortalecimiento familiar.

No obstante el interés normativo evidenciado en los párrafos anteriores, en la práctica resulta complejo articular la política pública a favor de la primera infancia, tanto entre los diferentes niveles de gobierno (nacional, departamental, municipal) como entre las diferentes agencias/instituciones públicas del mismo gobierno nacional, y entre éstas y los programas locales (ver tabla 1). En este sentido, identificamos cuatro acciones que pueden mejorar la articulación de la política e incidir positivamente en la disposición y el acceso a mejores bienes y servicios para la primera infancia:

1. Una mayor sinergia institucional entre los distintos ámbitos de gobierno (nacional, departamental y municipal) en el diseño, la ejecución y la evaluación de impacto de los programas y los proyectos sobre las condiciones de vida de la primera infancia.
2. Definición e implementación de sistemas de información en los departamentos (y municipios) para el monitoreo del cumplimiento de los derechos de la niñez y la medición de sus condiciones de vida.
3. Definición, implementación y ejecución de programas clave a lo largo del curso de vida de los niños y las niñas, con prioridad en la inclusión de grupos vulnerables y geográficamente localizados, para reducir las inequidades territoriales intraurbanas y urbano/rurales.
4. Mayor participación ciudadana, con el objetivo de incorporar el conocimiento de las mismas comunidades, hogares, y de los niños y las niñas, acerca de cómo mejorar sus condiciones de vida.

En efecto, la tabla 1 refleja la complejidad de la articulación de la política pública a favor de la niñez en Colombia. Se observan los distintos espacios y actores involucrados en el mejoramiento de las condiciones de vida de la niñez desde el ámbito nacional, departamental y municipal, lo que lleva a plantearse un reto: ¿Cómo ampliar con equidad el acceso a servicios sociales clave para el bienestar de la primera infancia?

---

Plan de Desarrollo, así como determinar las estrategias a corto, mediano y largo plazo que se implementarán para ello”.

**Tabla 1. La compleja articulación de la política pública para la primera infancia en Colombia.**

Ámbito Territorial	Instancia de Gobierno	Espacios de Diseño y Coordinación de la Política Pública a favor de la Primera Infancia	La compleja articulación institucional	Algunos Retos. ¿Cómo alcanzar? Para los niños y sus familias:
Nacional	Presidencia de la República	Sistema Nacional de Bienestar Familiar Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia Consejo Nacional de Política Social	“Instituciones del Nivel Nacional “Fijan políticas y programas”: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– [jardines y hogares infantiles, ayuda psicológica, atención a la madre gestante, protección al menor en los casos de abandono, desplazamiento, abuso físico e infracción de la ley] Ministerio de Salud: Salud materno-infantil. Ministerio de Educación: Educación inicial. Ministerio de Cultura: Acceso a la participación cultural. Departamento para la Prosperidad Social: Erradicación de la pobreza extrema.”	[1.] El acceso y uso de bienes y servicios de Calidad; [2.] Alcanzar en condiciones de equidad la garantía del cumplimiento de sus derechos, reflejada en los resultados en sus condiciones de vida y bien-estar.
Departamental	Gobernaciones	Consejo Departamental de Política Social	Instituciones a Nivel Territorial, “ejecutan las políticas y programas” del Gobierno Nacional y diseñan y ejecutan las propias.	Grupos y organizaciones con interés en la niñez
Distrital y Municipal	Alcaldías	Consejo Distrital, Municipal de Política Social		

Fuente: elaboración propia.

## Una aproximación a la exclusión social en la primera infancia

La exclusión social en la primera infancia se puede entender como un complejo proceso, enmarcado en uno más amplio, que podemos denominar pobreza infantil. En efecto, de acuerdo con Minujin (2013: 12) el análisis de la pobreza infantil comprende tres dominios:

1. *La privación*: “la falta de condiciones y servicios materiales esenciales para el desarrollo”.

2. *La exclusión*: “el resultado de procesos de desajuste, a través de los cuales la dignidad, la voz y los derechos de los niños son negados o sus existencias amenazadas”.
3. *La vulnerabilidad*: “la ineficiencia de la sociedad de poder controlar amenazas existentes en sus entornos que atentan contra los niños”.

La exclusión del uso y el acceso a bienes y servicios sociales clave durante la primera infancia niega el derecho al bienestar de los niños y las niñas; y, por lo tanto, atenta contra su calidad de vida en una doble escala temporal: en el presente, como sujetos de derechos, tal como lo define la Convención sobre los Derechos del Niño, y en el futuro, a través de la acumulación de capital humano y habilidades para integrarse a la vida social, económica, cultural y política cuando adultos. En efecto:

Mientras una carencia grave de bienes y servicios afecta a todo ser humano, es más amenazante y perjudicial para los niños, lo que les impide disfrutar de sus derechos, para alcanzar su pleno potencial y para participar como miembros de pleno derecho de la sociedad. (Unicef, 2007: 11)

Por ello, Unicef (2010: 9) sugiere un enfoque centrado en la equidad, que se traduce en la urgencia de situar las respuestas de política pública en los niños y las niñas en situación de mayor desventaja y, por lo tanto, más expuestos a “perder sus derechos a la protección, a la libertad y a disponer de una identidad”.

Puesto que la exclusión social es multidimensional, un indicador que pretenda reflejarla debe incluir múltiples y diferenciadas dimensiones. El indicador construido en este capítulo se centra en la exclusión social en la primera infancia, debido a dos razones. Primero, normativamente constituye la población objetivo prioritaria de cualquier política pública. Segundo, la primera infancia constituye el lugar y el tiempo correctos para maximizar el rendimiento de programas dirigidos a mejorar la acumulación de capital humano (Kilburn y Karoly, 2008; Walker *et al.*, 2011).

La atención integral al binomio madre-infante es una de las claves para romper la transferencia intergeneracional de la pobreza (Valenzuela y Beniguí, 1996: 40-46). En efecto, el bienestar actual y futuro de las personas depende en buena parte de los servicios de atención que se presten a la madre gestante y al recién nacido (Unicef, 2007; Vision, 2011). Garantizar, antes de nacer, un buen comienzo en la vida a los niños y las niñas implica incidir sobre diversos factores que afectan sus condiciones de vida (Logan *et al.*, 2007). En principio, resulta clave el acceso a servicios sociales básicos de atención a la madre gestante, que inician en los controles prenatales, siguen con la atención al parto y, una vez nacido el niño, su inscripción en el registro civil de nacimiento. Posterior al parto, durante los primeros cinco años de vida, el acceso, la disponibilidad y el uso de servicios y recursos por parte de la madre y el infante (capacidad de lectura, autonomía de la madre, cuidado del niño,

estimulación temprana, acceso a libros, lactancia, esquema de vacunación) definen un tránsito sin “traumatismos” durante la niñez hacia la adultez, que reduce la probabilidad de caer en la pobreza y, por lo tanto, permite integrarse adecuadamente en la vida social y económica (Aguado y García, 2008; Aguado, Osorio y García, 2008).

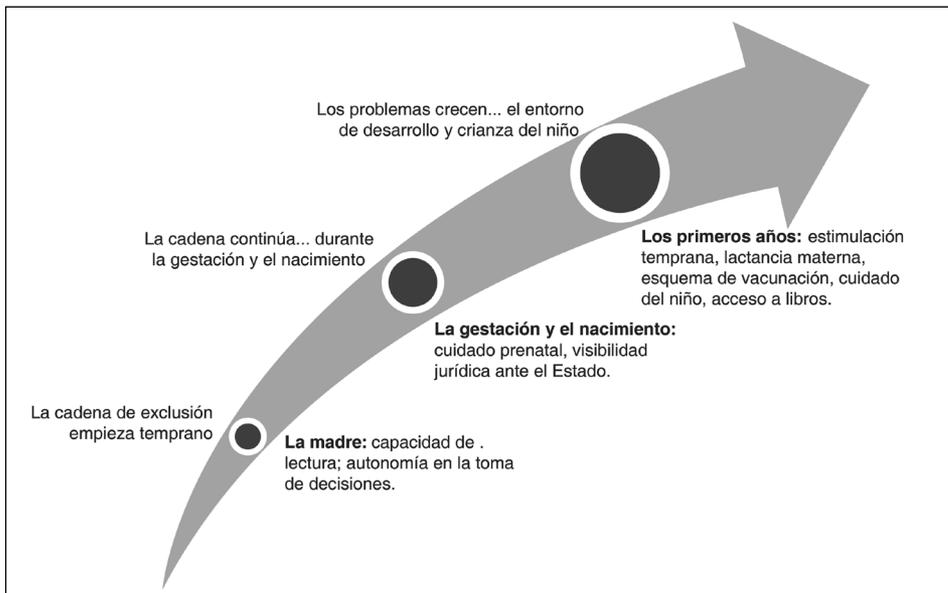
### **Enfoque y estructura del indicador**

El Indicador de Exclusión Social en la Primera Infancia presenta las siguientes particularidades:

1. Captura el cumplimiento de derechos básicos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño (enfoque de derechos, el bienestar como derecho en el hoy –presente–; ver Ben-Arieh, 2007: 3-4).
2. Captura la acumulación de insumos clave en el proceso de acumulación de capital humano, que reducen la probabilidad de caer en la pobreza durante la adultez, en especial la integración al mercado de trabajo (enfoque del bienestar, habilidades para el futuro; ver OECD, 2009: 24-26).
3. Incorpora aspectos relacionados con la educación y la autonomía en la toma de decisiones, por parte de la madre, que afectan la calidad de vida del infante (un mayor nivel educativo de la madre promueve el desarrollo temprano del niño; ver Walker *et al.*, 2011: 8).
4. Los indicadores parciales usados se pueden entender como intermediarios en el marco de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Solar e Irwin, 2010) y, por lo tanto, susceptibles de afectar a través de la política pública social a favor de la niñez en el corto plazo.
5. Adicionalmente, la información usada proviene de una base de datos altamente confiable e internacional y, por lo tanto, el indicador es susceptible de ser replicado en otros países en desarrollo, para efectos de comparación, medición de las condiciones de vida de los niños, y para proponer alternativas de política social a favor de la infancia.

El indicador sugiere una perspectiva temporal que incorpora el curso de vida y desarrollo durante los primeros años de vida, poniendo énfasis en el acceso y el uso de bienes y servicios sociales clave, y la disponibilidad de recursos en el momento adecuado y en la prevención, como elementos de política pública a favor de la niñez (ver figura 1).

**Figura 1. Acceso, uso y recursos sociales clave durante la primera infancia.**



Fuente: elaboración propia.

El indicador está compuesto por once indicadores parciales (ver tabla 2). La elección de indicadores se basó en los siguientes criterios (Ben-Arieh y Fronès, 2007):

- Indicadores que sean *inputs* más que *outcomes*.
- El niño y su madre como unidad de observación.
- Indicadores de corto plazo con efectos de largo plazo.
- Susceptibles de modificación a través de la política pública.
- Uso de una base de datos altamente confiable y con posibilidad de replicar en otros países.

**Tabla 2. Variables incluidas en el indicador.**

Variable	Descripción	Motivación de la inclusión en el indicador
Capacidad de lectura de la madre	¿La madre tiene más de tres años de educación aprobados?: sí, no.	La educación y autonomía de la madre como un factor protectorio o positivo que aumenta las posibilidades de un mejor desarrollo temprano del niño. Más allá de la “simple” protección contra riesgos (Ben-Arieh y Fronès, 2011; Walker <i>et al.</i> , 2011: 7).
Autonomía de la madre	¿Quién decide sobre el cuidado de salud de la madre?: madre, esposo, madre y otra persona, otros.	Prevencción de lesiones y muertes maternas, detección temprana de problemas y transmisiones de enfermedades antes del nacimiento (Abou-Zahr y Wardlaw, 2003; Vision, 2011).
Cuidados prenatales	Número de controles prenatales recibidos por la madre durante su último embarazo: 0, 1-3, +4.	Prevencción de lesiones y muertes maternas, detección temprana de problemas y transmisiones de enfermedades antes del nacimiento (Abou-Zahr y Wardlaw, 2003; Vision, 2011).

Variable	Descripción	Motivación de la inclusión en el indicador
Visibilidad jurídica ante el Estado	¿El nacimiento del niño fue registrado?: sí, no	La inscripción en el registro oficial de nacimiento hace visible al niño frente al Estado con respecto al "reconocimiento de los derechos y obligaciones de los colombianos frente a la sociedad y la familia" (Unicef y Registraduría Nacional del Estado Civil, 2003).
Cuidado del niño	¿En la semana pasada la madre dejó al niño al cuidado de otro niño(a) menor de 10 años?: sí, no	Menores oportunidades de aprendizaje y una inapropiada interacción entre cuidador y niño contribuyen a pérdidas de desarrollo potencial en los niños reflejado en los resultados cognitivos (Walker <i>et al.</i> , 2011: 6).
	¿El niño está registrado en el programa de crecimiento y desarrollo?: sí, no	
	¿Con quién vive el niño?: madre, madre y padre	
Estimulación temprana	Número de actividades de estimulación temprana (leer cuentos o mirar libros con imágenes, escuchar historias, cantar canciones, salir a pasear o jugar) en las que participó el niño durante la semana pasada: 0,1, 2-3,4-5.	
Acceso a libros	El niño tuvo acceso a libros durante la semana pasada de: hogar, biblioteca/ludoteca/centro comunitario, ambos lugares, no tuvo acceso.	
Lactancia	Duración de la lactancia (meses): 0, 1-6, 7-24, + 24	La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida permite lograr "un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos" (WHO, 2001).
Vacunación	¿El niño recibió la tercera dosis de la vacuna DPT?: sí, no	La vacunación evitar contraer enfermedades y discapacidades prevenibles en los niños y es una de las intervenciones de salud pública más eficaz en relación al costo (Unicef, 2009).

Fuente: elaboración propia.

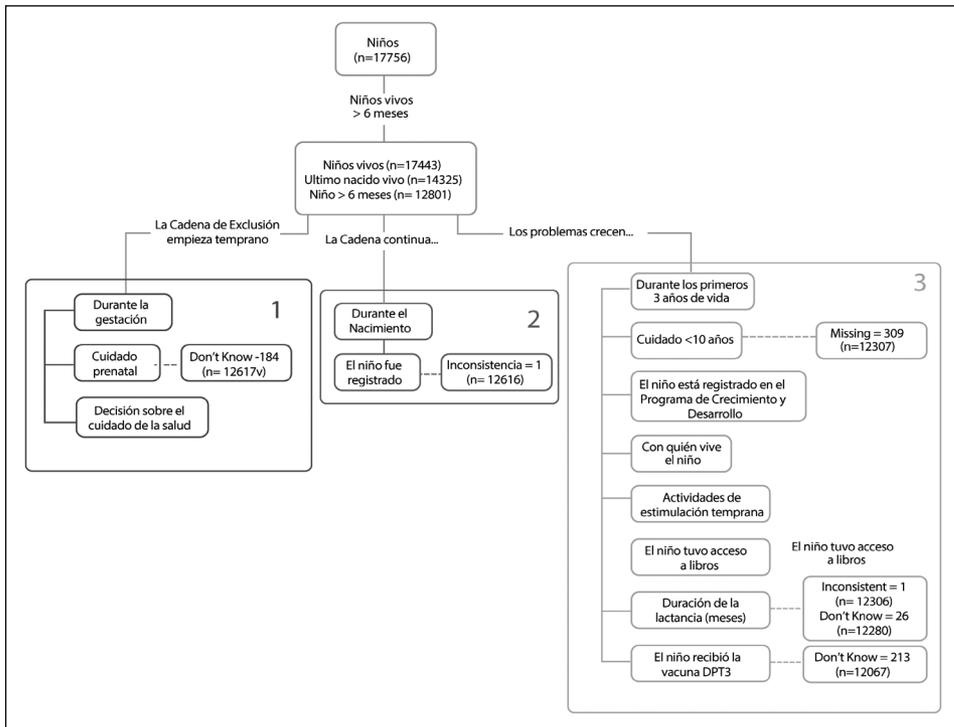
## Datos y metodología

La información para la construcción del indicador proviene de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (en adelante, ENDS) para 2010. Las ENDS proporcionan amplia información sobre la salud sexual y reproductiva de las madres, así como sobre las características socioeconómicas de la población, lo que permite el seguimiento y la evaluación de líneas base relevantes para el diseño y la revisión de políticas orientadas al binomio madre-infante. Esta encuesta ha sido aplicada en Colombia por Profamilia, cada cinco años, desde 1990. La encuesta tiene cobertura nacional y es representativa a nivel urbano y rural, por departamentos, regiones (Atlántica, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica y Amazonia y Orinoquía) y subregiones. La ENDS 2010 emplea una

muestra estratificada, por conglomerados y polietápica, de 51.447 hogares situados en las zonas urbanas y rurales de 258 municipios, e incluye 53.521 mujeres en edad reproductiva (trece a cuarenta y nueve años) y 17.756 niños y niñas menores de cinco años (cero a sesenta meses).

En la figura 2, se muestra el proceso de selección muestral. La información sobre cuidados prenatales, el parto y el puerperio fue recolectada únicamente para el último nacido vivo, lo que implicó una reducción en el tamaño de la muestra (n = 14.325). Los valores *missing* de la variable sobre si el niño es dejado al cuidado de un menor de diez años fueron eliminados. Asimismo, los valores “Don’t know” de las variables cuidado prenatal, meses de lactancia y si el niño ha recibido la tercera dosis de la vacuna DPT fueron eliminados de la muestra. Finalmente, la muestra utilizada incluyó 12.067 niños vivos entre seis y sesenta meses que viven en el hogar y para quienes se obtuvo información completa.

**Figura 2. Flujo de selección muestral. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Colombia (2010).**



Fuente: elaboración propia.

Para la construcción del índice y la generación de los pesos que se asignan a las variables identificadas a partir de la encuesta, se utiliza el análisis de componentes principales (en adelante, ACP), usando correlaciones policóricas. Si bien el ACP es un método apropiado cuando se tienen variables continuas, cuando las variables son categóricas (como las incluidas en el indicador; por ejemplo: quién toma las decisiones sobre el cuidado de salud de la madre) se ha demostrado que el ACP subestima la varianza estimada. En este sentido, Kolenikov y Angeles (2009) describen una técnica para incorporar variables categóricas en el ACP usando correlaciones policóricas (por ejemplo, la correlación entre dos variables categóricas). El ACP policórico parte del supuesto de que las variables categóricas son obtenidas a partir de variables continuas latentes que siguen una distribución normal bivariada y, a través del método de máxima verosimilitud, calcula la correlación entre las variables latentes (Olsson, 1979). Una vez se obtiene la matriz de correlaciones policóricas, el ACP es estimado de la manera habitual. El ACP policórico no sólo hace una estimación más precisa de los coeficientes que el ACP normal, sino que también asegura que los coeficientes de las variables ordinales sigan el orden de sus categorías (Moser y Felton, 2009). Para la estimación de las correlaciones policóricas y el ACP, se utilizaron los comandos *polychoric* y *polychoricpca* de la versión 12 de Stata.

Siguiendo la metodología propuesta por Osorio *et al.* (2013), una vez se realiza el ACP policórico, se seleccionan los componentes principales de acuerdo con el criterio de Kaiser (1960) y se seleccionan los componentes con valores propios mayores que 1. A fin de facilitar la interpretación de los componentes, se usa el criterio Varimax para rotar la matriz de correlaciones (Kaiser, 1958). El índice se calcula como un promedio ponderado de los componentes seleccionados. Los pesos de cada componente son calculados como la división de su valor propio entre la suma de los valores propios de todos los componentes seleccionados. Finalmente, el índice es reescalado para que tome valores entre 0 y 1, donde 0 corresponde a la peor situación, es decir, total exclusión social, y 1 a la mejor situación, es decir, si el niño desde su nacimiento hasta los primeros años de vida cuenta con las condiciones necesarias para un desarrollo adecuado en cuanto a las variables consideradas.

## Resultados

La tabla 3 muestra los descriptivos de las variables incluidas en el indicador. Para los cálculos, se usó el comando *svyde* Stata versión 12, que permite tener en cuenta el diseño de la encuesta ponderando los resultados de acuerdo con los pesos muestrales.

**Tabla 3. Descriptivos de las variables incluidas en el indicador.\***

Dimensión	Capacidad lectura	Autonomía	Cuidado prenatal	Visibilidad jurídica ante el Estado	Cuidado del niño			Estimulación temprana	Acceso a libros	Lactancia	Vacunación
					El niño nunca es dejado al cuidado de un niño <10 años	El niño está inscrito al programa de crecimiento y desarrollo	El niño vive con la madre y el padre				
Categoría de la variable	Madre con +3 años educación	Madre decide sola sobre su propio cuidado de salud	+4 visitas	El niño tiene registro civil de nacimiento	El niño es inscrito al programa de crecimiento y desarrollo	El niño vive con la madre y el padre	El niño participa 4-5 actividades de estimulación temprana por semana	El niño accede a libros por fuera del hogar	El niño es lactado entre 7 y	El niño recibió la tercera dosis de la vacuna DPT	
Promedio nacional	0,87	0,76	0,86	0,99	0,94	0,78	0,4	0,01	0,66	0,9	
Máximo (departamento)	0,99 (San Andrés y Providencia)	0,88 (Meta)	0,96 (Quindío)	1 (Caldas, Cundinamarca, Huila, Quindío, Arauca, Guaviare)	0,98 (Risaralda)	0,96 (Quindío)	0,57 (Bogotá)	0,038 (Córdoba)	0,84 (Nariño)	0,96 (Caldas)	
Mínimo (Departamento)	0,73 (Guaimía)	0,59 (Nariño)	0,54 (Vaupés)	0,94 (Vichada)	0,85 (Vaupés)	0,55 (Vichada)	0,22 (Chocó)	0 (Cesar, Guainía)	0,48 (Caldas)	0,78 (Chocó)	

\* Se muestran las proporciones de las categorías de las variables que reflejan mejores condiciones de vida y acceso a servicios sociales. Fuente: cálculos propios con base en ENDS (2010).

### ***Selección de componentes y variables representadas por cada componente***

De acuerdo con el análisis de componentes principales, usando correlaciones policóricas, y con el criterio de Kaiser, se seleccionan 5 componentes principales (PC1, PC2, PC3, PC4 y PC5), los cuales explican el 69,5% de la varianza total (tabla 4).

**Tabla 4. Valores propios de la matriz de correlaciones rotada.**

Componente	Valor propio	Proporción de la varianza explicada
PC1	2,235	0,203
PC2	1,743	0,362
PC3	1,415	0,490
PC4	1,198	0,599
PC5	1,054	0,695

Fuente: cálculos propios con base en ENDS (2010).

La tabla 5 muestra las correlaciones entre los componentes principales (en adelante, PC) y las categorías de las variables incluidas en el análisis. La tabla 6 muestra un resumen de las variables que están más correlacionadas con cada componente y una propuesta de interpretación de acuerdo con los elementos conceptuales derivados de la revisión de literatura, que se considera metodológicamente útil para su lectura en términos del diseño de propuestas de intervención de política a favor de la primera infancia.

Los resultados indican que las variables que están más correlacionadas con el primer componente (PC1) son si el niño tiene visibilidad jurídica ante el Estado, si está inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo, y si ha recibido la tercera dosis de la vacuna DPT. Este primer componente destaca la importancia de variables que afectan el acceso a los servicios clave, de lo que depende, en buena parte, la prevención de problemas que pueden poner en riesgo la vida de los infantes.

Las variables relacionadas con la estimulación temprana y el acceso a libros están representadas en el segundo componente (PC2). Estas variables reflejan factores de protección o positivos que inciden en las prácticas y los estilos de crianza por parte de los padres, y permiten intuir la importancia del acceso a bienes públicos, como bibliotecas que permitan disponer de libros para promover la estimulación temprana.

El número de controles prenatales, la educación de la madre, los meses de lactancia y el cuidado del niño se agrupan en el tercer componente (PC3). Estas variables reflejan la importancia de la educación de la madre –como factor de protección– y su relación con la prevención durante la gestación (controles prenatales), y las prácticas de alimentación y cuidado del niño o la niña como

elementos integrales de su calidad de vida durante los primeros años. A diferencia de lo que se podría esperar, una mayor duración de la lactancia está correlacionada negativamente con el índice, lo que puede estar indicando que esta variable refleja condiciones de pobreza, en la medida en que madres más pobres no pueden acceder a alimentación complementaria y deben seguir lactando a sus hijos por más tiempo.

La autonomía de la mujer puede ser entendida como la capacidad para tomar decisiones tanto personales como relacionadas con asuntos del hogar, sobre la base del poder que la mujer tiene sobre otros, el acceso a la información, el control sobre recursos materiales y la libertad para actuar de acuerdo con sus deseos (Fotso, Ezech y Essendi, 2009). La autonomía de la mujer para decidir sobre su propio cuidado de salud es representada en el cuarto componente (PC4).

Por último, si el niño vive en un hogar monomarental o si, por el contrario, su núcleo familiar está formado por el padre y la madre, queda representado en el quinto componente (PC5).

Tabla 5. Matriz de correlaciones policóricas.

	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5
<b>Cuidado prenatal</b>					
0 visitas	-0,6	-0,336	-0,668	-0,256	-0,283
1-3 visitas	-0,357	-0,175	-0,412	-0,132	-0,175
4+ visitas	0,594	0,282	0,662	0,225	0,263
<b>Capacidad lectura madre</b>					
< 3 años educación	-0,292	-0,42	-0,613	-0,281	0,28
>3 años educación	0,292	0,42	0,613	0,281	-0,28
<b>Autonomía madre (decisión sobre su propia salud)</b>					
madre sola	0,207	0,072	-0,228	0,915	0,041
esposo solo	-0,198	-0,153	-0,148	-0,315	0,305
madre y otra persona	-0,069	0,016	0,308	-0,652	0,155
alguien mas	-0,171	-0,034	0,471	-0,816	-0,582
<b>Visibilidad jurídica ante el Estado</b>					
no	-0,622	-0,339	-0,278	-0,182	-0,11
sí	0,623	0,338	0,278	0,182	0,11
<b>El cuidado del niño a cargo de un menor de 10 años</b>					
no	0,081	0,098	0,721	-0,054	0,022
sí	-0,081	-0,098	-0,721	0,054	-0,022
<b>Inscripción programa de crecimiento y desarrollo</b>					
no	-0,84	-0,123	-0,263	0,068	-0,077
sí	0,84	0,123	0,263	-0,068	0,077
<b>Con quién vive el niño</b>					
madre	-0,001	-0,003	0,05	-0,045	-0,998
madre y padre	0,001	0,003	-0,05	0,045	0,998

	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5
<b>Estimulación temprana (# de actividades)</b>					
0	-0,193	-0,976	-0,212	-0,066	-0,061
1	-0,145	-0,737	-0,216	-0,05	-0,033
2-3	-0,069	-0,446	-0,018	-0,006	-0,021
4-5	0,199	0,896	0,171	0,04	0,048
<b>Acceso a libros</b>					
no accedió a libros	-0,115	-0,944	-0,035	-0,052	-0,038
accedió a libros del hogar	0,125	0,699	0,065	0,059	0,041
accedió a libros de una biblioteca/ludoteca/centro comunitario	0,025	0,555	-0,078	-0,048	0,018
accedió a libros dentro y fuera del hogar	-0,011	0,957	-0,085	0,017	-0,01
<b>Duración Lactancia (meses)</b>					
0	-0,3	-0,033	0,715	0,685	-0,087
1-6	-0,299	-0,009	0,606	0,474	-0,065
7-24	0,171	-0,011	-0,274	-0,254	0,043
+25	0,458	0,055	-0,477	-0,343	0,062
<b>Vacunación (DPT3)</b>					
no	-0,696	-0,091	0,218	-0,009	0,035
sí	0,696	0,091	-0,218	0,009	-0,035

Fuente: cálculos propios con base en ENDS 2010.

**Tabla 6. Variables representadas en cada componente.**

Componentes del indicador	Variables
PC1: Servicios preventivos (factores de riesgo) centrados en el niño	1) Inscripción en el Registro Civil de Nacimiento 2) Asistencia a programas de crecimiento y desarrollo 3) Esquema completo de vacunación
PC2: Recursos de uso común públicos (inversión en infraestructura social)	Infraestructura física: 4) Bibliotecas 5) Parques
PC3: Conductas y acciones preventivas (factores de protección, comportamientos positivos) centradas en la Madre	6) Controles prenatales 7) Capacidad de lectura 8) Cuidado del menor 9) Lactancia
PC4: Calidad en la toma de decisiones por parte de la madre (factor de protección, comportamiento positivo)	10) Autonomía sobre el cuidado de salud de la madre
PC5: Entorno familiar (factor de protección, comportamiento positivo)	11) Estructura del hogar

Fuente: cálculos propios con base en ENDS 2010.

### ***Ordenamiento de los departamentos según el indicador***

La figura 3 muestra cómo se ordenan los departamentos colombianos de acuerdo con el indicador compuesto de exclusión social en la primera infancia. El indicador, si bien no es un instrumento de evaluación de política pública a favor de la primera infancia, permite identificar diferencias relativas entre departamentos de acuerdo con ciertas variables clave para el desarrollo adecuado y el acceso a servicios sociales clave durante la primera infancia. Los departamentos que están en la parte superior del indicador son Bogotá, San Andrés y Providencia, Antioquia, Quindío y Boyacá. Mientras que los departamentos con mayor exclusión social de sus niños son Vaupés, Chocó, La Guajira, Guainía y Vichada.

La tabla 7 muestra la posición de los departamentos en cada uno de los componentes principales seleccionados. Los colores permiten observar la heterogeneidad en el desempeño de algunos departamentos. Por ejemplo, en el caso de los componentes que podemos relacionar con un mayor grado de desarrollo económico relativo, como PC2 (estimulación temprana y acceso a libros) y PC4 (autonomía en la toma de decisiones por parte de la mujer), presentan una mejor situación en los departamentos más ricos en la geografía nacional (Bogotá, Antioquia, Valle); y, en el caso del PC3, que muestra elementos clave en la prevención y la alimentación, se muestra claramente deficiente en los departamentos más pobres (La Guajira, Córdoba, Chocó, Guainía).

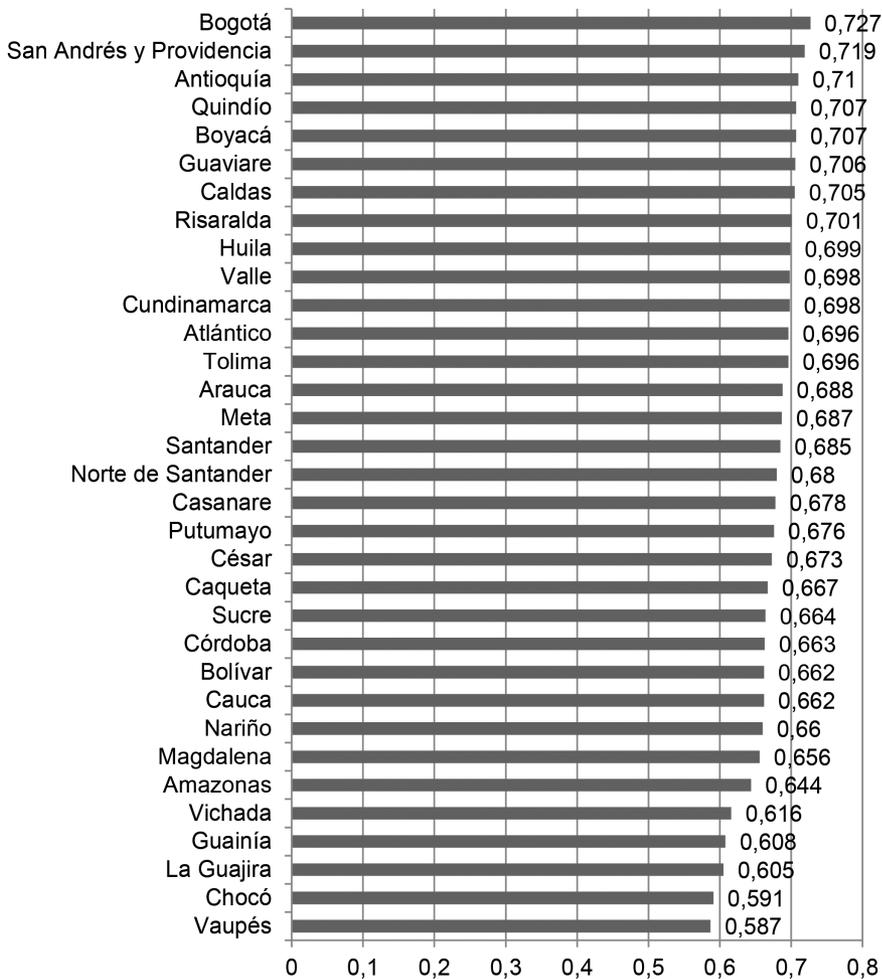
Estos resultados ponen de manifiesto no sólo las inequidades a nivel territorial sino también las diferencias en la distribución y acceso a bienes y servicios esenciales para el pleno desarrollo de la primera infancia en igualdad de oportunidades. El desempeño de los departamentos a partir del índice propuesto muestra que en las posiciones más bajas se encuentran los departamentos situados en la periferia del país: costas pacífica (Choco, Cauca) y atlántica (La Guajira, Sucre, Córdoba, Magdalena) y en el oriente y sur del país (Vaupés, Guainía, Vichada, Amazonas). La anterior observación se ve corroborada al cruzar el indicador de exclusión con el Indicador de Estatus Socioeconómico (IES).<sup>6</sup> La figura 4 muestra cómo las peores condiciones medidas por el indicador de exclusión social y los más bajos niveles del IES se presentan en la costa atlántica, la pacífica, y el oriente del país.

Desde una perspectiva orientada a la política, los resultados muestran que la exclusión en la primera infancia cubre muchas dimensiones que deben tener presentes los hacedores de política: la educación y la autonomía en la

6. El IES es un indicador de riqueza material del hogar que incluye la posesión de bienes de consumo duraderos (radio, televisión, nevera, etc.) y las condiciones físicas –calidad– de la vivienda (conexión de agua potable, baterías sanitarias en el interior, material de pisos y conexión de electricidad). De forma que un mejor –mayor– IES corresponde a mejores condiciones materiales del hogar, que pueden reflejar mayores ingresos y menores exposiciones a riesgos físicos por parte de los niños (Osorio, Bolance y Madise, 2014: 9).

toma de decisiones por parte de la madre, la estimulación temprana, hasta el acceso a libros, por parte de los hogares. Lo que, sin duda, significa un reto para la política a favor de la niñez, no sólo por los recursos financieros que exige, sino también por la coordinación institucional que se requiere al Estado para integrar programas transversales en diferentes áreas y dependencias estatales acordes con las necesidades presentes en cada unidad geográfica –departamento/municipio– del país.

**Figura 3. Indicador de Exclusión Social en la Primera Infancia (Iespi) por departamento.**



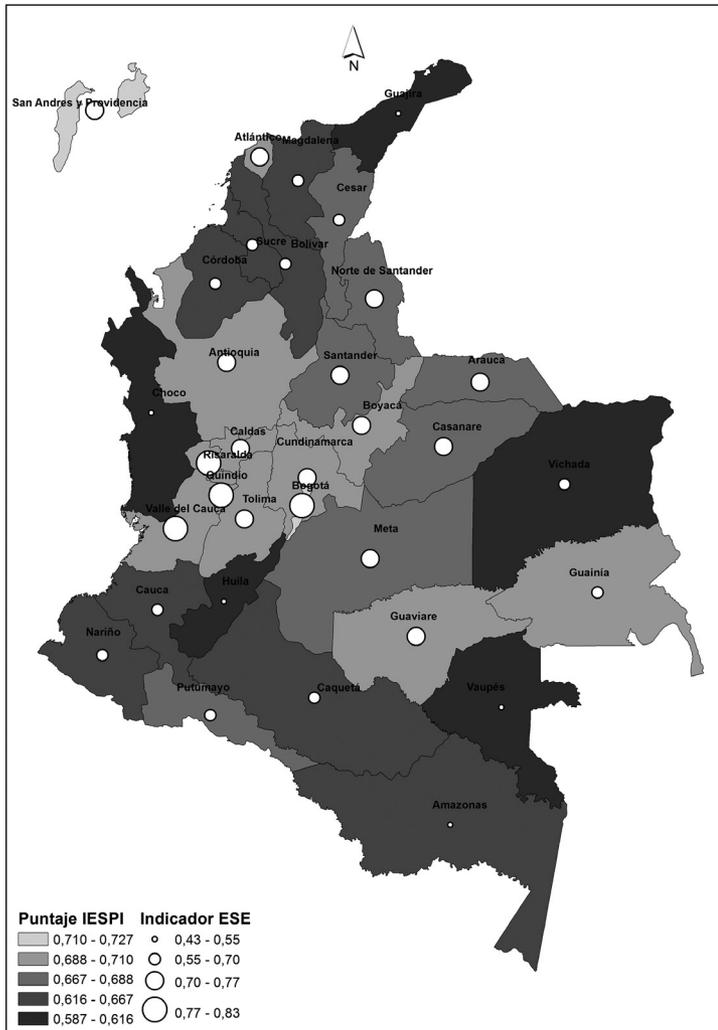
Fuente: cálculos propios con base en ENDS 2010.

**Tabla 7. Ránking de departamentos según el Indicador de Exclusión Social en la Primera Infancia (lespi), por componente principal.**

Departamento	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5
Amazonas	26	13	32	28	6
Antioquia	16	3	5	8	27
Arauca	5	16	20	12	24
Atlántico	11	18	8	17	1
Bogotá	18	2	13	4	19
Bolívar	22	27	10	23	14
Boyacá	13	4	22	11	11
Caldas	7	11	6	1	26
Caquetá	14	29	28	13	18
Casanare	17	15	27	16	20
Cauca	4	25	23	30	21
Cesar	19	26	3	25	3
Chocó	33	32	29	18	33
Córdoba	28	23	19	19	2
Cundinamarca	23	6	12	9	12
Guainía	31	20	31	32	10
Guaviare	9	5	17	10	16
Huila	2	9	16	22	5
La guajira	30	33	26	29	8
Magdalena	25	30	9	24	7
Meta	20	24	18	3	13
Nariño	3	10	25	33	32
Norte de Santander	24	7	24	20	4
Putumayo	6	14	11	27	22
Quindío	1	19	2	5	29
Risaralda	15	8	1	14	30
San Andrés y providencia	27	1	7	2	28
Santander	12	22	21	15	9
Sucre	21	28	14	21	15
Tolima	10	12	15	6	25
Valle	8	17	4	7	23
Vaupés	29	31	33	31	31
Vichada	32	21	30	26	17

Fuente: cálculos propios con base en ENDS 2010.

**Figura 4. Indicador de Exclusión Social en la Primera Infancia (Iespi) versus Indicador de Estatus Socioeconómico (ESE).\***



\* A mayor intensidad del color sobre el departamento, mayor exclusión (+ alto Iespi); mientras mayor sea el diámetro del círculo azul sobre el departamento, mejores condiciones materiales del hogar medidas por el ESE (mayor riqueza de los hogares).

Fuente: cálculos propios con base en ENDS 2010.

## Conclusiones

El indicador construido refleja variables asociadas a un conjunto de bienes y servicios clave para el bienestar en la primera infancia. Su principal utilidad es que muestra una imagen cuantitativa de factores mínimos alterables por la política pública social a favor de la primera infancia, en el corto plazo, que contribuyen significativamente a su calidad de vida, justamente cuándo y dónde inicia la cadena de exclusión social: durante la gestación, el nacimiento y los primeros cinco años de vida.

El indicador constituye un avance en la investigación empírica sobre el bienestar en la primera infancia para un país en desarrollo como Colombia, susceptible de replicar en otros países de la región andina, y de América Latina en general. En efecto, en el indicador se incluyen variables poco usadas en la literatura empírica sobre indicadores de bienestar en la primera infancia en los países en desarrollo, como la estimulación temprana y la autonomía en la toma de decisiones por parte de la mujer. Asimismo, el indicador sugiere una perspectiva temporal que incorpora el curso de vida y desarrollo durante los primeros cinco años.

Los principales resultados encontrados evidencian una doble realidad, la *inequidad geográfica* y la *concentración del déficit* en la distribución y el acceso a bienes, servicios y recursos propuestos en el indicador para Colombia. En efecto, tomando la distribución del indicador por departamentos, se observa cómo los situados en la periferia de la geografía nacional, costas pacífica (Choco, Cauca) y atlántica (La Guajira, Sucre, Córdoba, Magdalena), y los situados en el oriente y sur del país (Vaupés, Guanía, Vichada, Amazonas) presentan los índices más bajos.

Los resultados reiteran y constatan la complejidad de la política a favor de la niñez, y de la primera infancia en particular (tabla 7): muchas y variadas necesidades –del niño, de la madre gestante y del entorno–, y muchas instituciones del Estado que intervienen, haciendo compleja la coordinación institucional. Las amplias desigualdades territoriales llaman a la necesidad de criterios de asignación del gasto público que incorporen: las necesidades concretas de la primera infancia, y la situación económica del hogar y del entorno territorial.

Usando una metáfora: para mejorar la imagen sobre la calidad de vida en la primera infancia, y más concretamente sobre la exclusión social que muestra el indicador, faltaría incluir prácticas alimenticias, prácticas de castigo, violencia sexual, acceso a la educación inicial y la voz de los infantes. La ENDS 2010 incluye información que no está contenida en las anteriores encuestas, por lo que habrá que esperar la próxima edición, en 2015, para analizar la evolución del índice propuesto. El trabajo continúa para incluir otras variables, explorar el comportamiento del indicador por sexo, etnia, edad, urbano-rural, y relacionarlo con otros indicadores que reflejen las condiciones de vida en la primera infancia, a fin de obtener sugerencias de políticas públicas más robustas.

## Bibliografía

- ABOU-ZAHR, C.L. y T. WARDLAW (2003), *Antenatal Care in Developing Countries Promises, Achievements and Missed Opportunities. An Analysis of Trends, Levels and Differentials*, Ginebra, WHO, p. 32 (disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf?ua=1>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- AGUADO, L.F. y C.A. GARCÍA (2008), “Monitoreando el bienestar de la niñez en Colombia”, *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 14, N° 2, Maracaibo, pp. 199-219.
- AGUADO, L.F., A.M. OSORIO y C.A. GARCÍA (2008), “Un índice de carencias en la niñez. Una aproximación por departamentos para Colombia”, *Revista de Estudios Regionales*, N° 85, Málaga, pp. 17-51 (disponible en: <http://www.revistaestudiosregionales.com/documentos/articulos/pdf1093.pdf>, consulta: 18 de mayo de 2015).
- BEN-ARIEH, A. (2007), “Measuring and Monitoring the Well-being of Young Children Around the World”, trabajo para el Informe de Seguimiento de EFA Global (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001474/147444e.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- (2008), “The Child Indicators Movement: Past, Present, and Future”, *Child Indicators Research*, vol. 1, N° 1, pp. 3-16.
- (2011), “Taxonomy for Child Well-being Indicators: A Framework for the Analysis of the Well-being of children”, *Childhood*, vol. 18, N° 4, pp. 460-476.
- e I. FRONES (2007), “Indicators of Children’s Wellbeing: What should be Measured and Why?”, *Social Indicators Research*, vol. 84, N° 3, pp. 249-250.
- F. CASAS, I. FRONES y J.E. KORBIN (2014), Multifaceted concept of child well-being. In *Handbook of child well-being*, Holanda, Springer, pp. 1-27.
- BROOKS, A. y S. HANAFIN (2005), *Measuring Child Well-Being: An Inventory of Key Indicators, Domains and Indicator Selection Criteria to Support the Development of a National Set of Child Well-Being Indicators*, Dublín, Irish government- Department of Children and Youth Affairs., pp. 1-160.
- CEPAL-UT (2010), *Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, p. 208. (disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/42796/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- FOTSO, J.-C., A.C. EZEH y H. ESSENDI (2009), “Maternal Health in Resource-poor Urban Settings: How Does Women’s Autonomy Influence the Utilization of Obstetric Care Services?”, *Reproductive Health*, vol. 6, N° 9, Londres.
- GARCÍA, S., A. RITTERBUSCH, T. MARTÍN, E. BAUTISTA y J.P. MOSQUERA (2013), “Análisis de la situación de la pobreza infantil en Colombia. Notas de Política”, vol. 14, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de Los Andes, Bogotá (disponible en: [http://www.academia.edu/5188460/An%C3%A1lisis\\_de\\_la\\_situaci%C3%B3n\\_de\\_la\\_pobreza\\_infantil\\_en\\_Colombia](http://www.academia.edu/5188460/An%C3%A1lisis_de_la_situaci%C3%B3n_de_la_pobreza_infantil_en_Colombia), consulta: 15 de mayo de 2015).
- KAISER, H.F. (1958), “The Varimax Criterion for Analytic Rotation in Factor Analysis”, *Psychometrika*, vol. 23, N° 3, Nueva York, pp. 187-200.
- (1960), “The Application of Electronic Computers to Factor Analysis”, *Educational and Psychological Measurement*, Nueva York, pp. 141-151.
- KILBURN, M. y L. KAROLY (2008), “The Economics of Early Childhood Policy: What the Dismal Science Has to Say about Investing in Children”, *RAND Labor and Popu-*

- lation, California, p. 48 (disponible en: [http://www.rand.org/pubs/occasional\\_papers/OP227.html](http://www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP227.html), consulta: 15 de mayo de 2015).
- KOLENIKOV, S. y G. ANGELES (2009), "Socioeconomic Status Measurement with Discrete Proxy Variables: Is Principal Component Analysis a Reliable Answer?", *Review of Income and Wealth*, vol. 55, N° 1, pp. 128-165.
- LOGAN, C., K. MOORE, J. MANLOVE, L. MINCIELI y S. COTTINGHAM (2007), "Conceptualizing a Strong Start: Antecedents of Positive Child Outcomes at Birth Into Early Childhood", *Child Trends Research Brief*, N° 10, Bethesda, pp. 1-9.
- MINUJIN, A. (2013), "Estrategias regionales de medición de pobreza en niñez. Informe final de investigación", *Equidad para la infancia en América Latina*, pp. 1-171.
- MOORE, K.A., C. THEOKAS, L. LIPPMAN y M. BLOCH (2008), "A Microdata Child Well-Being Index: Conceptualization, Creation and Findings", *Industrial Research*, pp. 17-50.
- MOSER, C. y A. FELTON (2009), "The Construction of an Asset Index: Measuring Asset Accumulation in Ecuador", en T. Addisson, D. Hulme y K. Ravi (eds.), *Poverty Dynamics Interdisciplinary Perspectives*, Oxford, Oxford University Press, pp. 102-127.
- O'HARE, W.P. y F. GUTIÉRREZ (2012), "The Use of Domains in Constructing a Comprehensive Composite. Index of Child Well-Being", *Child Indicators Research*, vol. 5, N° 2, pp. 609-629.
- OECD (2008), "Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide", *Methodology*, París, OECD Publishing.
- (2009), "Doing Better for Children", París, OECD Publishing, p. 192 (disponible en: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-families\\_9789264098732-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-families_9789264098732-en), consulta: 15 de mayo de 2015).
- OLSSON, U. (1979), "Maximum Likelihood Estimation of the Polychoric Correlation Coefficient", *Psychometrika*, vol. 44, N° 4, pp. 443-460.
- OSORIO, A.M., C. BOLANCÉ y M. ALCAÑIZ (2013), "Measuring Intermediary Determinants of Early Childhood Health: A Composite Index Comparing Colombian Departments", *Child Indicators Research*, vol. 6, N° 2), Nueva York, pp. 297-319 (disponible en: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s12187-012-9172-4>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- , C. BOLANCÉ y N. MADISE (2014), "Community Socioeconomic Context and its Influence on Intermediary Determinants of Child Health: Evidence From Colombia", *Journal of Biosocial Science*, mayo, pp. 1-27.
- y L.F. AGUADO (2014), "Identificando desigualdades para impulsar la equidad en la infancia", *Informe para Fundación Corona y Equidad para la Infancia*, Fundación Corona y Equidad para la Infancia.
- SALTELLI, A. (2007), "Composite Indicators between Analysis and Advocacy", *Social Indicators Research*, vol. 81, N° 1, pp. 65-77.
- SOLAR, O. y A. IRWIN (2010), "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", Ginebra, Organización Mundial de la Salud, p. 79.
- UNICEF (2007), "Estado mundial de la infancia 2007: la mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género", Nueva York, p. 148 (disponible en: <http://www.unicef.com.co/publicacion/estado-mundial-de-la-infancia-2007-la-mujer-y-la-in>

- fancia-el-doble-dividendo-de-la-igualdad-de-genero*, consulta: 15 de mayo de 2015).
- (2009), “Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority”, Nueva York, p. 124 (disponible en: [http://www.unicef.org/publications/index\\_51656.html](http://www.unicef.org/publications/index_51656.html), consulta: 15 de mayo de 2015).
  - (2010), “Lograr los objetivos de desarrollo del milenio con equidad”, *Progreso para la infancia*, N° 9, Nueva York.
  - (2014), “Todos los niños y niñas cuentan: revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez”, Nueva York, pp. 1-110 (disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers>, consulta: 15 de mayo de 2015).
  - y REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL (2003), *Cartilla de Registro Civil*, Nueva York.
- VALENZUELA, C. y Y. BENGUIGUI (1996), “Atención integral en salud materno infantil y sus componentes”, en Y. Benguigui, S. Land, J.M. Paganini y J. Yunes (eds.), *Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*, Washington D.C., OPS, pp. 27-53.
- VÉLEZ, C.E. y M.F. TORRES (2014), “La desigualdad de oportunidades entre los niños colombianos: avances y retos del desarrollo humano en la última década”, documento de trabajo N° 14, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de Los Andes. Bogotá (disponible en: <https://egob.uniandes.edu.co/images/books/pdf/no14.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- VISION, W. (2011), “The Best Start: Saving children’s Lives in their First Thousand days”, World Vision International, p. 76 (disponible en: <http://www.wvi.org/child-health-now/publication/best-start-saving-childrens-lives-their-first-1000-days>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- WALKER, S.P., T.D. WACHS, S. GRANTHAM-MCGREGOR, M.M. BLACK, C. NELSON, S.L. HUFFMAN, L. RICHTER *et al.* (2011), “Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development”, *Lancet*, 378(9799), Londres, pp. 1325-1338.
- WHO (2001), “The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding”, *Report of the Expert Consultation*, Ginebra, World Health Organization.

# **Elaboración de un paquete de indicadores esenciales de bienestar y desarrollo infantil temprano para monitoreo poblacional en México\***

*Filipa de Castro\*\* y Betania Allen\*\*\**

## **Antecedentes y objetivos**

En México, como en muchos países de medianos y bajos ingresos, los niños enfrentan retos y vulnerabilidades importantes, incluyendo pobreza, marginación, malnutrición y ambientes familiares, ambientales y sociales adversos, que comprometen su potencial de desarrollo. A pesar de que el bienestar y desarrollo infantil temprano (BDIT) está presente en el nivel del discurso, y en metas y acciones de varios programas nacionales en México, no existe una política general ni una visión integral al respecto. Asimismo, en cuanto prioridad para las políticas públicas, aún falta que el BDIT asuma mayor visibilidad, especialmente con relación a un conjunto de otros temas de salud pública relacionados con la supervivencia infantil.

Numerosos actores en la esfera de la salud global, respaldados por creciente evidencia científica, han recomendado la expansión de la agenda de la supervivencia infantil para incluir el desarrollo infantil (WHO, 2013). Efectivamente, la evidencia derivada de las neurociencias, la biología molecular, la genética, y el mismo campo académico del desarrollo infantil, ha situado el BDIT como una etapa crítica en términos de vulnerabilidades, y determinantes de la salud, el

\* Con el apoyo de la Society for Research in Child Development (SRCD) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología proyecto N° 233.814 a través de la convocatoria S0008-2014-1.

\*\* Profesora-investigadora en Ciencias Médicas. Investigadora nacional, SNI I. Departamento de Métodos en Salud Pública. Dirección de Salud Reproductiva Centro de Investigaciones en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Correo electrónico: *fcastro@insp.mx*.

\*\*\* Profesora-investigadora en Ciencias Médicas “D”. Dirección de Salud Reproductiva Centro de Investigaciones en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Correo electrónico: *ballen@insp.mx*.

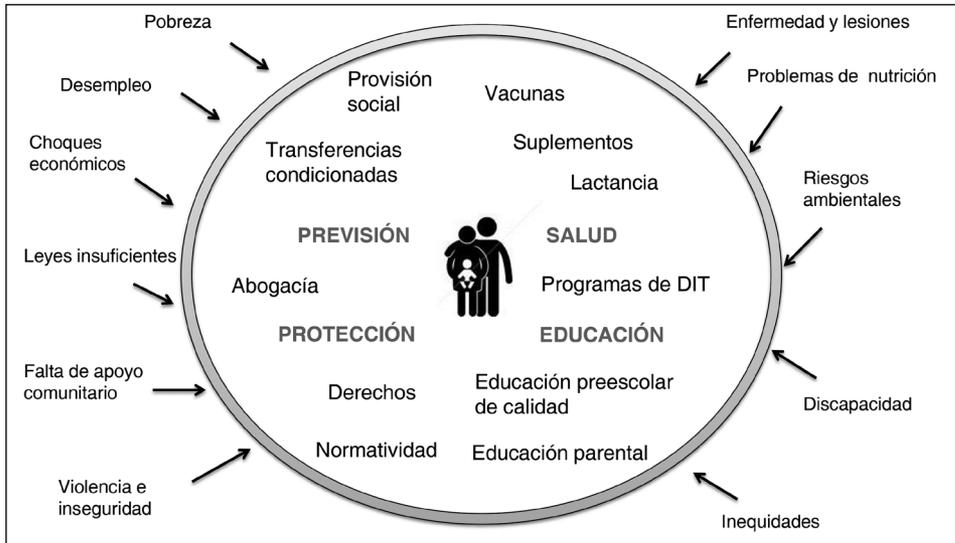
bienestar y las oportunidades de la población a largo plazo. Existe amplia fundamentación científica de que la exposición a riesgos biológicos y psicosociales, así como la presencia de factores de vulnerabilidad (incluyendo pobreza y marginación), comprometen el desarrollo infantil en múltiples dimensiones. El impacto de las inequidades en el desarrollo infantil inicia durante el período prenatal y continúa en los primeros años de vida. La exposición acumulada a estos riesgos, en ausencia de programas y políticas de intervención que los contrarresten, hace que las disparidades aumenten y que se potencian las desventajas y las inequidades, las cuales se consolidan hacia trayectorias cada vez más difíciles de modificar.

El desarrollo y el bienestar infantiles dependen de un conjunto de dimensiones (físicas, emocionales y sociales) que afectan no sólo el desarrollo y la calidad de la vida inmediata y tangible de los niños, sino también su potencial en términos del desarrollo humano (Ben-Arieh, 2008a; Ben-Arieh, 2008b). Derivado de informes de Unicef en los años 40 y del movimiento de indicadores sociales de los años 60 del siglo pasado, el desarrollo de indicadores relacionados con la infancia emergió como una métrica del bienestar para proporcionar información para la toma de decisiones en políticas públicas (Ben-Arieh, 2008a). Recientemente se ha profundizado el debate sobre los aspectos fundamentales de estos indicadores y han emergido perspectivas metodológicas para orientar la medición del bienestar de manera sistematizada alrededor de temas centrales (Unicef España y Observatorio de Infancia del Principado de Asturias, 2010). Ejemplos al respecto incluyen el emplear una perspectiva de bienestar, en lugar de enfocarse únicamente en la supervivencia infantil, el uso tanto de indicadores negativos como positivos y la inclusión de aspectos subjetivos.

Diversos organismos internacionales han desarrollado métricas de bienestar infantil como una herramienta para combatir la desigualdad social. También han establecido mecanismos intersectoriales en busca de una mayor cohesión de las políticas públicas y acciones gubernamentales dirigidas hacia el desarrollo infantil. Este enfoque se perfila como un mecanismo importante para promover la resolución de inequidades en salud, educación y desarrollo humano.

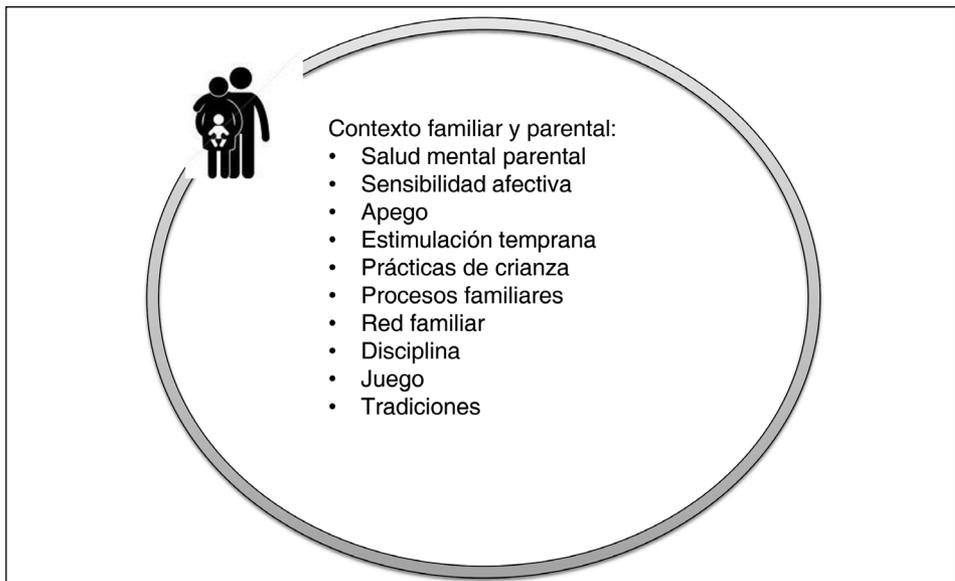
Recientemente, nuestro equipo de investigación publicó un análisis de indicadores de Bienestar y Desarrollo Infantil a partir de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México, en comparación con metas de programas nacionales (De Castro, Allen-Leigh, Katz, Salvador-Carulla y Lazcano-Ponce, 2013). En dicha publicación, se identificaron y midieron importantes avances y retos pendientes en la atención al desarrollo infantil. Una de las principales conclusiones de ese artículo fue que se requiere crear estándares y valores nacionales de referencia, y un sistema de monitoreo, tamizaje, canalización y atención, para promover el bienestar y desarrollo infantiles. Con base en esto, se planteó desarrollar una propuesta integrada de un paquete de indicadores esenciales de Bienestar y Desarrollo Infantil (BDI) que reflejen tanto los dominios que intervienen en el desarrollo infantil (físico, psicológico, social) como los diferentes sectores involucrados en la atención de esta población (salud, educación, previsión y protección social) (figuras 1a y 1b).

**Figura 1a. Determinantes del bienestar y desarrollo infantil: factores de riesgo y protectores.**



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 1b. Determinantes del bienestar y desarrollo infantil: factores del contexto familiar y parental.**



Fuente: Elaboración propia.

## Objetivos

Los principales objetivos de la propuesta que se describe en este capítulo fueron, para el ámbito nacional mexicano: 1. posicionar al BDIT en la agenda; 2. generar insumos para políticas públicas basadas en evidencia; y 3. promover investigación y monitoreo del BDIT.

Los pasos que se plantearon para lograr esos objetivos fueron:

- Diseñar un sistema de vigilancia y monitoreo para seguimiento y evaluación de impacto intermedio y final en los siguientes resultados:
  - Nutrición y crecimiento.
  - Salud.
  - Desarrollo y bienestar infantiles.
  - Contexto familiar (prácticas de crianza, salud mental de progenitores, entre otros).
- Usar un paquete de indicadores globalmente aceptado para:
  - Conocer los segmentos de la población más vulnerables y los contextos que pueden mejorar o agravar esas vulnerabilidades.
  - Demostrar impacto, beneficios y potenciales daños con respecto al desarrollo y el bienestar infantiles.
  - Comprender los mecanismos a través de los cuales se logran los impactos en BDIT.
- Generar insumos y recomendaciones para la toma de decisiones basada en evidencia, y promover la traducción de los resultados en políticas públicas y programas de prevención y atención.

El paquete de indicadores enfatizará una visión del desarrollo humano que incluya los siguientes enfoques:

- *Enfoque de derechos:* la meta para el desarrollo infantil no debe de ser sólo la supervivencia física, sino también el desarrollo del potencial físico, social, emocional y cognitivo del niño, a partir de un conjunto de sectores, incluyendo salud, sanidad, nutrición, estimulación, protección y educación, los cuales fungirán para hacer respetar diversos derechos de los niños.
- *Enfoque de equidad:* garantizar la equidad en el acceso a oportunidades de desarrollo con calidad y dignidad, con respecto a la diversidad de la población y evitando cualquier tipo de discriminación.
- *Enfoque ecológico:* incluir a la familia, la comunidad y la sociedad desde una perspectiva ecológica integral.

## **El contexto del BDIT en México y la traducción de los resultados de la investigación en salud pública**

Los avances en cualquier área de la salud pública resultan de la introducción de políticas y programas basados en evidencia. Cuando la base científica es adecuada, es más factible que los tomadores de decisiones transformen los resultados en decisiones y acciones (Fielding y Briss, 2006). Para conocer el contexto del BDIT en México, sus aspectos facilitadores y principales barreras, y así informar la elaboración del paquete de indicadores de BDIT, se realizaron las siguientes actividades:

1. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en revistas indexadas nacionales e internacionales, durante los últimos 20 años, sobre el tema del desarrollo infantil en México.
2. Se elaboró una revisión de la normatividad y los lineamientos nacionales e internacionales respecto de metas y recomendaciones sobre BDIT, y se revisaron encuestas y censos nacionales que actualmente incluyen algún tipo de monitoreo (usualmente indicadores aislados) de BDIT.
3. Se revisaron sistemas de indicadores internacionales seleccionados, como las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de la OMS/Unicef y otros instrumentos relevantes.
4. Se exploraron datos epidemiológicos disponibles sobre BDIT en México.

### **Contexto del BDIT en México**

Existen determinados contextos adversos para el desarrollo de los niños en México. Permanecen diversas inequidades: residentes de áreas marginadas urbanas y rurales, así como grupos marginados (especialmente, los indígenas y los migrantes), reciben pocos servicios de salud, y los que hay suelen ser de mala calidad; hay una distribución regional inequitativa de servicios sociales y de salud de calidad; persiste la desnutrición en poblaciones específicas; hay niveles muy bajos de lactancia materna, y finalmente, altas tasas de fecundidad adolescente, lo cual puede implicar diversas vulnerabilidades para la madre joven y sus hijos.

Asimismo, existen procesos y estructuras ineficientes en varios programas nacionales, los cuales carecen de sistemas de evaluación y monitoreo que produzcan información útil y aplicable. En general, se desconoce cuáles son los niveles de calidad en los servicios de prevención de problemas de desarrollo (por ejemplo, tamiz neonatal y otros procedimientos de detección de riesgo de discapacidad). Además, faltan políticas de detección y canalización a tratamiento para la depresión perinatal y materna, y hay elevados niveles

de cesáreas y emergencias obstétricas mal resueltas, y otras indicaciones de baja calidad de la atención al parto.

Todo lo anterior se vincula con la falta de un sistema de monitoreo de indicadores del BDIT que permita evaluar los programas existentes y, así, determinar problemas emergentes y zonas de inequidad. Se desaprovechan oportunidades para medir el BDIT y tener evidencia en la cual basar políticas mejor fundamentadas o modificar las políticas existentes. En ocasiones, hay inversión de recursos sin que reditúe con relación al desarrollo infantil. Por ejemplo, se miden pocos indicadores del BDIT en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y otras encuestas con representatividad nacional. Algunas iniciativas en diversos campos (salud, demografía, educación) han intentado medir ciertos aspectos del BDIT, pero aparentemente no han tenido acceso a indicadores validados y sencillos de aplicar (de bajo costo y que requieran una capacitación breve).

El BDIT aparece de manera importante en las políticas públicas y como meta de diversos programas sociales en México. Sin embargo, su presencia está desarticulada. En algunos programas sociales, el BDIT aparecía de manera más amplia en un momento, pero con los años se ha desdibujado su presencia o se ha perdido el énfasis en la temática. Un ejemplo son los documentos del programa de Arranque Parejo, que busca “garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones”, así como la “igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida” (Secretaría de Salud, 2002). En un primer momento, en los Programas de Acción donde se plasman la misión, los objetivos, las metas y las acciones que debe tener Arranque Parejo, aparecen metas específicas relacionadas con BDIT. Sin embargo, en años posteriores, desaparecen estas metas, y queda desdibujado el BDIT como elemento de este programa, a pesar de que es un programa cuya misión y cuya visión específicamente mencionan el desarrollo infantil (Secretaría de Salud, 2002: 29).

En México, existen programas de salud donde aparece el BDIT, pero de manera vaga y sin especificar claramente los procedimientos que los prestadores de atención deberán llevar a cabo, como por ejemplo la educación que los médicos deben impartir sobre la estimulación temprana durante la atención prenatal o en las primeras consultas del niño sano. Hay programas sociales donde el BDIT está implícito como una de las metas del programa, en los cuales, sin embargo, no hay indicaciones específicas de requisitos de calidad ni actividades o metas al respecto. Por ejemplo, la ley sobre estancias infantiles no exige la presencia de personal con capacitación específica en BDIT (ya sean psicólogos o de otro tipo), ni estipula que deberán tener títulos de instituciones educativas reconocidas. Asimismo, se dan actividades de educación en salud a las madres beneficiarias del programa de reducción de la pobreza Prospera (llamado Oportunidades antes del 2014), pero el personal de salud que da las pláticas o las dinámicas grupales no recibe materiales de apoyo sobre BDIT.

Lo anterior indica que el BDIT tiene visibilidad limitada en México. Ciertamente, el BDIT constituye un fenómeno muy complejo. No es sencillo demostrarles a los formadores de políticas y los tomadores de decisiones que resultados negativos en el desarrollo y el bienestar de los niños se deben a cuestiones modificables y, específicamente, a la falta de elementos programáticos que protejan y fomenten el BDIT. Además, las políticas enfocadas en BDIT reeditúan en beneficios a muy largo plazo (en la vida adulta de los niños que son el objetivo de la política hoy). No obstante, es esencial posicionar el BDIT en la agenda de las políticas públicas (especialmente, con relación a los programas sociales, de la salud y educativos) de manera prioritaria y con un mensaje que sea muy claro para tomadores de decisión y formadores de políticas.

### **Se vislumbran algunos elementos positivos sobre BDIT en México**

A pesar de estas barreras, a nivel internacional y nacional hay varios procesos positivos (o facilitadores) para el posicionamiento del BDIT como una prioridad política en México, con el objetivo final de que se dediquen recursos económicos, técnico-científicos y capital humano a este ámbito. Varios factores han facilitado que el BDIT tenga una mayor presencia (y una prioridad más alta) en la agenda de políticas en México, entre ellos los que se discuten a continuación.

En cuanto al escenario internacional, la iniciativa de la OMS de Cada Mujer, Cada Niño,<sup>1</sup> así como la publicación en la prestigiada revista *Lancet* de un Plan de Acción para Cada Recién Nacido (Darmstadr, Kinney y Chopra, 2014; Lawn, Blencowe y Oza, 2014; Bhutta, Das, Bahl, 2014; Dickson, Simen-Kapeu y Kinney, 2014; Mason, McDougall y Lawn, 2014), han puesto tanto la sobrevivencia como el desarrollo infantiles en la mesa de discusión global, como temas prioritarios. La afirmación de parte de la directora general de la OMS, Margaret Chan, sobre que es esencial incluir el desarrollo infantil en la agenda de la sobrevivencia infantil, también ha contribuido a la creación de esta ventana de oportunidad (Chan, 2013; Shiffman y Smith, 2007).

A nivel nacional, en México también hay diversos elementos que contribuyen a una mayor prioridad del BDIT en la agenda de las políticas públicas (Shiffman y Smith, 2007). Dentro del contexto mexicano, hay procesos positivos para que se le asigne cada vez mayor prioridad política al BDIT. Por ejemplo, parece ir en aumento el consenso, entre los actores involucrados en el campo del BDIT en México, sobre la definición del fenómeno y sus causas, así como sobre las soluciones a problemas o contextos que operan en detrimento del BDIT adecuado. Especialmente entre académicos y miembros de las orga-

1. Disponible en: <http://www.unfoundation.org/what-we-do/campaigns-and-initiatives/every-woman-every-child> (consulta: 15 de mayo de 2015).

nizaciones de la sociedad civil, pero también entre técnicos, administradores y tomadores de decisiones de diferentes niveles de programas e instituciones gubernamentales, se vislumbra un creciente acuerdo sobre el BDIT, en cuanto a su importancia, pero también con relación a aspectos internos al fenómeno, como “la definición, las causas y las soluciones al problema” (Shiffman y Smith, 2007). Esto se observa en cuanto a la promoción y la diseminación de evidencia actualizada sobre BDIT en reuniones y publicaciones. Por ejemplo, recientemente en México ha habido reuniones nacionales con un enfoque de salud (un seminario con expertos nacionales e internacionales organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la ceremonia de inauguración de una nueva unidad de neurodesarrollo en el Hospital Infantil de México) o énfasis en la educación (la presentación del libro *Los invisibles: las niñas y los niños de 0 a 6 años. Estado de la educación en México 2014*, de parte de la organización de la sociedad civil Mexicanos Primero). Asimismo, se han elaborado documentos para formadores de políticas (De Castro *et al.*, 2012) y publicaciones nacionales (De Castro, Allen-Leigh, Katz, Salvador-Carulla y Lazcano-Ponce, 2013) sobre los indicadores de BDIT (y bienestar infantil) para los cuales se disponen de datos nacionales, con énfasis en la severidad del problema de BDIT en México y con referencia a metas contenidas en programas o políticas nacionales específicos. También se han producido publicaciones que reúnen evidencia y la revisión de políticas (Myers, Martínez, Delgado, Fernández y Martínez, 2013), y proveen evidencia sobre instrumentos de tamizaje desarrollados en el país (Rizzoli-Córdoba *et al.*, 2013; Romo-Pardo *et al.*, 2012).

Estas últimas publicaciones se refieren a otro proceso positivo con relación a la prioridad política del BDIT en México, que es la adaptación de un instrumento de detección de niveles y tamizaje de problemas de BDIT al contexto mexicano (Rizzoli-Córdoba, Schnaas-Arrieta y Liendo-Vallejos, 2013; Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013; Romo-Pardo *et al.*, 2012). Esto ha involucrado no solamente la elaboración del instrumento en sí, sino también estudios de validación y su implementación en programas sociales y de salud, además de avances importantes en cuanto a llevarlo a escala (para aplicarlo a nivel nacional). Este instrumento puede fungir para la vigilancia del BDIT, así como para la detección, en el ámbito clínico, de problemas en niños, y se acompaña de un sistema de referencia o canalización a la atención.

Existe, pues, un marco interno positivo para el posicionamiento del BDIT en el ámbito nacional, en el sentido de un creciente consenso de la comunidad de actores involucrados en cuanto a aspectos científicos alrededor del BDIT en México. Por otra parte, en cuanto al marco externo de la prioridad política del BDIT, se emplean representaciones del fenómeno que parecen tener eco o resonancia con públicos externos a la comunidad académica o activistas de la sociedad civil, tales como tomadores de decisiones y formadores de políticas.

Estos marcos (interno y externo), positivos para la prioridad política del BDIT en México, surgen de las fortalezas crecientes de los individuos y las organizaciones preocupados por este fenómeno: mayor colaboración y cohesión

entre actores involucrados, liderazgos individuales e institucionales emergentes, así como una cada vez mayor movilización de la sociedad civil al respecto. A la vez, los esfuerzos realizados (eventos, publicaciones, adaptación e implementación de un instrumento y estructuras de tamizaje, detección y canalización de niños con potenciales problemas de BDIT) están creando momento propicio en las políticas públicas al respecto.

Es necesario aprovechar esta ventana de oportunidad para contribuir con los elementos faltantes para una efectiva prioridad política del BDIT, la cual consistiría no sólo en la inclusión de la problemática en el discurso de los formadores de políticas o documentos oficiales, sino también en la implementación en la práctica de políticas, así como la dedicación de los recursos necesarios para el funcionamiento de estas políticas, como parte de programas y servicios que lleguen a los niños y las niñas de México. Entre los elementos faltantes, está una estructura que permita la acción efectiva, amplia y equitativa para garantizar y fomentar el BDIT. Por ejemplo, normas y estructuras internas dentro de las instituciones que implementan políticas en los diversos ámbitos del BDIT. Lo anterior, más allá de un instrumento de detección y canalización, que por útil que sea evidentemente no puede funcionar de manera aislada, sino que debe ir acompañado de toda una serie de servicios y programas.

Por otra parte, se requieren diversas intervenciones efectivas (es decir, elementos específicos de programas) y la demostración de su efectividad (con evaluaciones interdisciplinarias, estudios de validación e implementación y sistemas de monitoreo y vigilancia). Dichas intervenciones deben ser costo-efectivas y basadas en la evidencia. Relacionado con esto, se requieren indicadores creíbles que demuestren claramente la severidad de la problemática (de carencias específicas dentro del ámbito del BDIT) y que se puedan usar para monitorear la efectividad de las intervenciones implementadas y registrar los avances logrados por programas y políticas implementadas.

### **Datos epidemiológicos disponibles y lagunas existentes sobre el BDIT en México**

Como se mencionó, en México existen distintos programas que abordan determinantes que afectan el bienestar y el desarrollo infantiles. Por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana 031.SSA2-1999<sup>2</sup> establece el carácter obligatorio de la detección y la atención temprana al desarrollo, como acciones indispensables para contribuir a la equidad de oportunidades para el desarrollo de los niños y niñas menores a dos años. Sin embargo, se observa que, entre los indi-

2. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html> (consulta: 15 de mayo de 2015).

cadres de bienestar y desarrollo infantil disponibles en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, la atención al desarrollo es el indicador con un mal desempeño (31%) (De Castro, Allen-Leigh, Katz, Salvador-Carulla y Lazcano-Ponce, 2013). Las recomendaciones internacionales apuntan hacia la importancia de que todos los niños reciban una atención que incluya procedimientos de tamiz relacionado con el desarrollo: tres veces durante el primer año de vida, dos veces en el segundo año de vida y anualmente después de los dos años de edad (Unicef, 2012; Pridi, 2011; Vegas y Santibáñez, 2010). Este tamiz deberá incluir un monitoreo del desarrollo infantil en términos físicos, cognitivos y socioemocionales, y representa una oportunidad de detección de riesgos y problemas para ofrecer una atención oportuna, que tendrá un mayor impacto positivo a un costo más bajo que si se detectara más tardíamente (Unicef España y Observatorio de Infancia del Principado de Asturias, 2010; Shiffman y Smith, 2007).

Sin embargo, el monitoreo y la vigilancia de indicadores de BDIT son escasos, inconstantes e insuficientemente sistemáticos en México. Estudios previos en diversas partes del mundo apuntan a la necesidad de crear estándares y valores nacionales de referencia, y de promover mejorías en las estrategias de vigilancia poblacional a través de la creación de indicadores de monitoreo del bienestar infantil más detallados, de sistemas de tamiz y diagnóstico con altos niveles de calidad, y de sistemas de referencia y canalización eficientes y equitativamente distribuidos.

Los siguientes datos epidemiológicos sirven para enmarcar y entender las lagunas en la evidencia sobre el desarrollo infantil en México, tanto en términos sustantivos como metodológicos.

El 53,8% de la población menor de dieciocho años experimenta pobreza (datos para el 2012, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2013):

- El 12,1% experimenta pobreza extrema.
- El 61,3% no alcanza el umbral de bienestar.
- El 75,9% presenta al menos una carencia social.

Por otra parte, hay diversas inequidades en BDIT que se han evidenciado (Santibáñez Martínez y Calderón Martín del Campo, 2014; De Castro *et al.*, 2012, 2013):

- El 18% de los menores de 1 año no cuentan con registro de nacimiento.
- Solamente el 6% de los niños menores de tres años asiste a centros de cuidado infantil (OCDE = 31%).
- El 23% de los menores de cinco años presentan anemia.
- El 24% de los menores de cinco años presentan sobrepeso.
- Alrededor del 26% presentan riesgo de discapacidad.

- Alrededor del 20% de las mamás de menores de cinco años experimentan sintomatología depresiva, indicadora de depresión moderada o severa.

Asimismo, un conjunto de indicadores (agrupados en 4 dimensiones) indican la problemática del BDI en México:

1. Salud infantil (De Castro *et al.*, 2013):
  - a. Lactancia: 7,16% (IC 95% 6,11; 6,38) de los niños nunca fueron amamantados.
  - b. Desarrollo físico: 14,92% (IC 95% 13,35; 16,65) de los niños < cinco años tienen baja talla para edad.
  - c. Diarrea: 10,68% (IC 95% 9,3; 12,25) de los niños tuvieron enfermedad diarreica últimos 3 meses.
2. Salud mental/psicopatología (en este ámbito, hay muy pocos datos poblacionales para niños):
  - a. En niños (Caraveo-Anduaga, Lopez-Jiménez, Soriano-Rodriguez, López Hernández, Contreras-Garza y Reyes-Mejía, 2011):
    - 14% con trastorno de conducta.
    - 17% con trastorno de ansiedad.
    - 11% con depresión.
  - b. En adultos: 12,1% de prevalencia a doce meses de presentar cualquier disturbio psiquiátrico (Medina-Mora *et al.*, 2005).
3. Desarrollo infantil:
  - a. Desarrollo cognitivo: 17% de niños de veinte meses con bajo desarrollo mental (< 70 en Bayleys Mental Developmental Index). (Fernald, Neufeld, Rivera y Gertler, 2006).
4. Discapacidad:
  - a. Riesgo de presentar discapacidad en niños dos a cinco años: 25,96% (IC 95% 23,57; 28,51) (De Castro, Allen-Leigh, Katz, Salvador-Carulla y Lazcano-Ponce, 2013).
  - b. Prevalencia de discapacidad a nivel nacional: 9% (Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño) (Stang Alva, 2011).
5. Bienestar infantil:
  - a. Accidentes: 3,51% de los niños < cinco años (IC 95% 2,82; 4,36) tuvieron un accidente doméstico (De Castro, Allen-Leigh, Katz, Salvador-Carulla y Lazcano-Ponce, 2013).
  - b. Negligencia y abuso: porcentaje de adultos que reportan haber sufrido negligencia/abuso durante la infancia (Benjet, Borges y Medina Mora, 2010):
    - Abuso físico: 19,5% (ES = 1,0).
    - Negligencia: 7,4% (ES = 0,6).

- Abuso sexual: 2,2% (ES = 0,5).
- c. Salud mental de la madre: 21,36% (IC 95% 19,45; 23,4) de los niños < cinco años con madres presentan sintomatología depresiva, indicadora de depresión moderada a severa.<sup>3</sup>

### **Revisión sistemática de la literatura sobre desarrollo infantil: ¿qué sabemos y qué nos falta saber?<sup>4</sup>**

Realizamos una revisión sistemática de la literatura científica sobre investigaciones enfocadas en el desarrollo infantil en México, para evaluar e interpretar la evidencia científica existente, identificar lagunas importantes, y como punto de partida para futuras investigaciones y evaluaciones. Un equipo de cuatro investigadoras de nivel doctoral, y con conocimientos sobre diferentes ámbitos del desarrollo infantil, realizó la revisión sistemática de la literatura. Se emplearon 120 términos de búsqueda relacionados con los dominios de desarrollo infantil, salud mental infantil y discapacidad infantil, para rastrear publicaciones en dos bases de datos electrónicas de la literatura en inglés y tres en español. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en los últimos veinte años sobre niños mexicanos que tuvieran como tema central desarrollo infantil, salud mental o discapacidad. Se buscaron artículos en español o inglés, y los términos de búsqueda se podrían localizar en cualquier parte del documento. Los criterios de exclusión fueron: estudios sobre animales, así como libros o artículos que trataban únicamente indicadores físicos, a pesar de referirse al desarrollo infantil (por ejemplo, mencionarlo en la introducción o la discusión).

La selección de palabras clave se discutió entre las investigadoras y con al menos un experto en cada área temática. Realizamos varias búsquedas de ensayo, y el protocolo final de búsqueda fue registrado en una hoja de cálculo de Excel. Cada artículo prospectivo se evaluó de acuerdo con una serie de criterios de inclusión y exclusión. Los artículos incluidos fueron clasificados de acuerdo con una serie de dominios establecidos por el equipo de investigación y con consultas a los expertos. Se reportan análisis descriptivos al respecto.

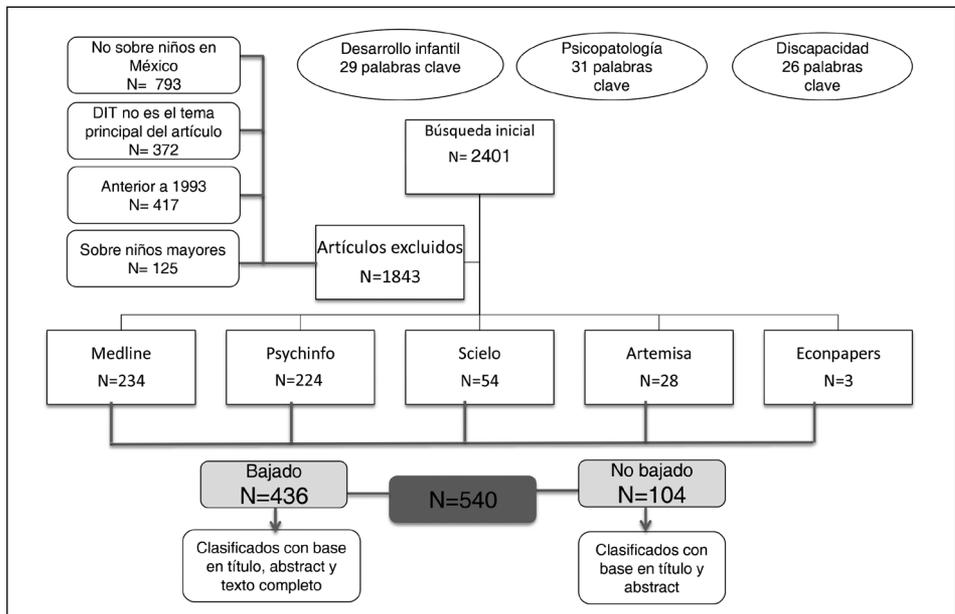
3. Análisis propio de ENSANUT (2012), Gutiérrez, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Villalpando-Hernández, Franco, Cuevas-Nasu, Romero-Martínez y Hernández-Ávila. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

4. Una versión de esta sección fue publicada originalmente en el blog “Primeros pasos”, del Banco Interamericano de Desarrollo (disponible en: <http://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil>, consulta: 15 de mayo de 2012).

**Casi medio millón de niños estudiados, pero ¿cuáles niños?**

A través de la búsqueda que utilizó las 120 palabras clave (términos de búsqueda), identificamos un total de 2.401 artículos científicos, de los cuales 540 eran válidos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. En total, estos artículos reportan datos de 426.645 niños mexicanos (figura 2). La mayoría de los estudios publicados (74%) son sobre niños residentes en zonas urbanas o metropolitanas; sólo el 12% incluye datos sobre niños indígenas. Menos de la quinta parte se refiere a niños en los primeros 1.000 días de vida.

**Figura 2. Método para la revisión sistemática de la literatura.**



Fuente: Elaboración propia.

Hubo un aumento en el número de publicaciones a lo largo del período de veinte años evaluado, con casi dos terceras partes de los artículos publicados en los últimos diez años. Una tercera parte de los artículos se publicó en revistas internacionales. En casi el 20% de los artículos, ni el primer autor ni el autor que recibía correspondencia referente a la publicación eran investigadores afiliados con instituciones mexicanas. Casi el 45% de los artículos trataban el desarrollo infantil, 25% estaban enfocados en temas de la salud mental, y un 12%, en la salud física, con menos del 9% sobre discapacidad. Aunque excluimos palabras clave relacionadas con el bienestar infantil de esta búsqueda, encontramos que alrededor del 8% de los artículos no estaban



### ***¿Qué se estudia y qué se mide en la investigación sobre el desarrollo infantil en México?***

El desarrollo infantil está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que es importante contar con evidencia que refleje la riqueza y la complejidad de estos mecanismos. Al respecto, encontramos que la literatura reporta una variedad de metodologías, entre las que predominan los métodos psicométricos (57%), incluyendo las valoraciones del desarrollo, tales como la Escala Bayley de Desarrollo Infantil, las valoraciones de lenguaje o de psicopatología. El 17% de los artículos incluye la medición de biomarcadores como el cortisol, y el 14% y el 12% de los artículos incluyen métodos neuropsicológicos o neurofisiológicos.

En términos de las áreas temáticas específicas, encontramos que el tema más prevalente es la nutrición (24%), especialmente enfocado en la subnutrición (8,7%) y la suplementación para resolverla (5,78%). El sobrepeso (4,7%) también es un tema recurrente de las publicaciones identificadas. Los riesgos psicosociales fueron tratados en 15,1% de los artículos, seguido por los riesgos socioeconómicos (12,7%) y la exposición a contaminantes (10,9%), especialmente el plomo. Sólo 29,3% de las investigaciones publicadas incluyó alguna variable relacionada con los padres. El 9% de los artículos mide el impacto del programa Prospera (hasta hace poco nombrado Oportunidades, un programa de reducción de la pobreza) en varios resultados de desarrollo infantil. En términos de los resultados estudiados, la mayoría de los estudios investigan el neurodesarrollo, las competencias cognitivas o la psicopatología, y mucho menos las llamadas competencias no cognitivas y el desarrollo socioemocional. Asimismo, los pocos estudios sobre discapacidad tienen un énfasis clínico y, por lo tanto, la información sobre los aspectos epidemiológicos, incluyendo prevalencia, prevención, factores de riesgo y utilización o necesidades de servicios, está prácticamente ausente.

### ***¿Cuál es la presencia de la madre en la investigación sobre desarrollo infantil en México?***

En 1947, el pediatra y psicoanalista inglés Donald W. Winnicott dijo que “no existe tal cosa como un bebé”, sólo un bebé y una madre, para llamar la atención sobre el sinsentido de estudiar al niño sin incluir a la figura proveedora de cuidados al infante (Winnicott, 1960). Al respecto, resulta importante reflexionar sobre el siguiente dato: aunque el 29% de las publicaciones menciona a alguna figura parental, menos del 7% la incluye como una variable principal (efecto principal), y tan sólo el 2% explora de manera explícita y directa el tema de la relación temprana madre-bebé. Esto sugiere la necesidad de promover una investigación sobre la relación madre-bebé, el apego

emocional, los retos de ser padres en contextos de riesgo, la maternidad y la paternidad adolescentes, la depresión perinatal, ser padres de bebés prematuros, entre otros temas.

### ***¿El desarrollo infantil se analiza en cuanto proceso dinámico, dentro de la literatura publicada sobre México?***

El desarrollo infantil resulta de la constante interacción y sinergia entre los aspectos constitucionales y un conjunto de factores de riesgo y de protección que existen en la vida de los niños. Es decir, a la constitución genética se suma una serie de factores que van desde la atención prenatal, la nutrición, la exposición a riesgos ambientales, pasando por la calidad de los cuidados infantiles, hasta la estimulación temprana y del entorno emocional. En conjunto, estos factores pueden generar carencias y vulnerabilidades, o bien contextos favorables a un desarrollo pleno y sano. Este enfoque, que examina tanto procesos como resultados, y requiere el uso de datos longitudinales, está ausente en la mayoría de los estudios de nuestra revisión (75%). Pensamos que se necesitan estudios longitudinales, con diseños metodológicos y estrategias analíticas que determinen los roles mediadores/moderadores de factores de riesgo y de protección específicos, a través de modelos dinámicos como efectos cascada, asociaciones progresivas y efectos de derrame (o *spillover*) que consideren tanto factores proximales como distales, a corto y a largo plazo, para la explicación de las trayectorias y los resultados del desarrollo infantil.

Finalmente, se clasificaron las publicaciones identificadas a través de la revisión sistemática con relación a la definición del desarrollo infantil que empleaban. Encontramos que el 36,5% de las publicaciones no incluían ninguna definición del resultado (*outcome*) del desarrollo infantil estudiado en la investigación, 25,2% aportaron una definición incipiente, y sólo 38% incluyeron una definición comprensiva.

### ***¿Aparecen las políticas públicas basadas en evidencia dentro de la literatura sobre el desarrollo infantil en México?***

A pesar del número considerable de estudios que identificamos en esta revisión sistemática, no queda claro cómo los resultados se traducen en insumos para políticas públicas basadas en evidencia. En este sentido, es importante explorar de manera más detallada cómo podemos lograr que los tomadores de decisiones a varios niveles utilicen la evidencia derivada de la amplia variedad de investigación que se lleva a cabo en México.

Algo fundamental para lograr producir información, que los tomadores de decisiones y los formadores de políticas realmente utilizarían, sería la inclusión de módulos bien diseñados sobre desarrollo y discapacidad infantiles en las encuestas poblacionales y evaluaciones de programas que se llevan a cabo regularmente en México (como las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición, evaluaciones de Prospera –antes llamado Oportunidades– y diversas encuestas que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi). Dichos módulos deberán ponerse a disposición de los interesados de manera gratuita, con la finalidad de ampliar al máximo su aplicación. Esto tendría la finalidad, más allá de su envergadura académica incuestionable, de diseminar conocimientos científicos sobre desarrollo infantil que constituyan fuentes sólidas de evidencia para uso en el sector público donde se toman decisiones, así como de promover la resonancia del BDIT en estos ámbitos (Shiffman y Smith, 2007).

### **Diseño y evaluación del paquete de indicadores de BDIT**

La evidencia presentada anteriormente hace clara la necesidad de crear estándares y valores nacionales de referencia y de promover mejorías en la vigilancia poblacional a través de la creación de indicadores de monitoreo del bienestar y el desarrollo infantiles más detallados, de sistemas de tamiz y diagnóstico con altos niveles de calidad y de sistemas de referencia y canalización eficientes y equitativamente distribuidos.

A partir de los diferentes diagnósticos, revisión de literatura y consideración de sistemas de indicadores disponibles,<sup>5</sup> se elaboró una primera propuesta de indicadores esenciales de BDIT, que incluye la definición de sus aspectos sustantivos, metodológicos y métricos fundamentales. El paquete de indicadores se organizó en cuatro macrodimensiones (figura 4, tabla 1):

1. Aspectos sociodemográficos y socioeconómicos;
2. estatus de desarrollo y bienestar;
3. determinantes del BDIT, factores de riesgo y protectores;
4. sistemas de salud y políticas.

5. Para la elaboración de la propuesta de indicadores, se consideraron y adaptaron indicadores de la Encuesta por Conglomerados de Unicef y del sistema de clasificación para la primera infancia de DC 0-3, así como otros indicadores.

Figura 4. Macrodimensiones y dimensiones del paquete de indicadores.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Número de indicadores en cada subdimensión y macrodimensión.

Macrodimensión	Subdimensión	Nº de indicadores
Aspectos sociodemográficos y socioeconómicos (6 indicadores)	Socioeconómicos	4
	Sociodemográficos	2
Estatus de desarrollo y de bienestar (42 indicadores)	Nutrición/crecimiento	6
	Lactancia	3
	Lesiones	3
	Desarrollo	5
	Salud mental/trastornos del desarrollo	10
	Discapacidad	5
	Relación temprana	9
	Bienestar subjetivo	1
Determinantes del desarrollo (73 indicadores)	Determinantes perinatales	16
	Determinantes familiares	16
	Determinantes educacionales	5
	Determinantes emocionales	6
	Retos al grupo de apoyo	14
	Violencia	7
	Determinantes comunitarios	2
	Determinantes ambientales	3
	Vivienda/saneamiento	4

Macrodimensión	Subdimensión	Nº de indicadores
Sistemas de salud y de protección social/legal (11 indicadores)	Vacunas	6
	Terapia de rehidratación oral	1
	Apoyos gubernamentales	2
	Protección	2
Total		132

Fuente: Elaboración propia.

## Evaluación por expertos de la propuesta de indicadores de BDIT

Para evaluar la propuesta de indicadores de BDIT, se organizó un taller de jueceo y discusión del paquete de 132 indicadores, con la participación de un grupo de expertos nacionales e internacionales, del sector salud en México (Hospital Infantil de México, Instituto de Psiquiatría), del sector académico nacional e internacional (Instituto Tecnológico Autónomo de México, y Universidad Nacional Autónoma de México; University College of London, del Reino Unido; University of Berkeley y University of South Carolina, de EE.UU.; Universidad Nacional de San Martín, de la Argentina), del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (Inegi), de México, y de organizaciones internacionales (Banco Interamericano de Desarrollo).

A partir de las opiniones del panel de expertos, se llevó a cabo un proceso de jueceo o *benchmarking* para evaluar las fortalezas y las debilidades de los indicadores. Los indicadores fueron calificados de acuerdo con un conjunto de criterios que reflejan no sólo las fortalezas sustantivas, conceptuales y métricas de los indicadores, sino también la utilidad en términos de su potencialidad para influir en las decisiones sobre prioridades en salud pública (Shiffman y Smith, 2007) (tabla 2).

**Tabla 2. Factores que influyen en las prioridades en políticas públicas (basado en Shiffman y Smith 2007).**

Concepto	Descripción	Factores
Empoderamiento	Fuerza de los individuos y de las organizaciones involucradas	Cohesión de la comunidad política Liderazgo Poder de las instituciones Movilización de la sociedad civil
Ideas	Cómo son transmitidas las ideas	Marco interno (validez) Marco externo (resonancia)
Contexto político	El ambiente y el contexto operativo actual	Ventanas (oportunidades) para políticas Estructura de gobernanza
Características del tema	Aspectos del problema	Indicadores creíbles Severidad del problema/justificación Intervenciones efectivas

Fuente: Elaboración propia.

Se solicitó al panel de expertos que calificaran cada uno de los 132 indicadores, usando una escala de calificación cuantitativa ordinal: 1. no relevante; 2. relevancia incipiente; 3. muy relevante, y 4. fundamental. Cada calificación de relevancia se aplicó de acuerdo con los nueve criterios, los cuales estaban agrupados en cuatro categorías principales (véase tabla 3).

**Tabla 3. Categorías y criterios de evaluación.**

Categoría	Criterios
C1. Importancia para la salud y el desarrollo infantil	1. Carga significativa para la sociedad, familia e individuos
	2. Representa un proporción significativa de individuos
C2. Validez conceptual y predictiva	3. Validez conceptual
	4. Validez predictiva
C3. Orientación a políticas (marco interno)	5. Tema susceptible a acción efectiva
	6. Utilidad para políticas
C4. Resonancia (marco externo)	7. Basado en evidencia, apoyado por investigación
	8. Persuasivo hacia tomadores de decisiones y/o formadores de políticas
	9. Convincente para los medios y los grupos de abogacía

Fuente: Elaboración propia.

## Resultados del análisis del jueceo de indicadores

Las calificaciones de los nueve expertos respecto de la relevancia de cada indicador se sumaron de acuerdo a las cuatro categorías de evaluación. A partir de este puntaje, se llevó a cabo una serie de análisis descriptivos que contestan tres preguntas específicas, las cuales se describen a continuación.

### ***¿Cuál es la distribución de los indicadores de BDIT de acuerdo con su relevancia respecto de las cuatro categorías de evaluación?***

Se calcularon las frecuencias de los 132 indicadores (tabla 4) de acuerdo con su nivel de relevancia para cada una de las cuatro categorías: importancia, validez, orientación a políticas y resonancia. Se puede observar que, según los expertos, si bien la mayoría de los indicadores fueron calificados como *muy relevantes* o *fundamentales*, existe más variabilidad en la *relevancia* en cuanto a la orientación a políticas y la resonancia, en comparación con *relevancia* con relación a la importancia y la validez de los indicadores. Esto es, los expertos calificaron la gran mayoría de los indicadores como muy relevantes en cuanto a su importancia y su validez. En cuanto a la orientación a políticas y la resonancia, los expertos calificaron los indicadores en diferentes

niveles de relevancia, desde una relevancia incipiente, pasando por muy relevantes, hasta fundamentales (tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de los indicadores de acuerdo con puntajes obtenidos en las 4 categorías de evaluación, promediados de la opinión de un panel de nueve expertos.**

Puntaje obtenido	Importancia N° indicadores	Validez N° indicadores	Orientación a políticas N° indicadores	Resonancia N° indicadores
1-2 (no relevante)	0	0	2	2
2-3 (relevancia incipiente)	14	16	26	30
3-4 (muy relevante)	113	101	76	88
4 (fundamental)	5	15	28	12
	132	132	132	132

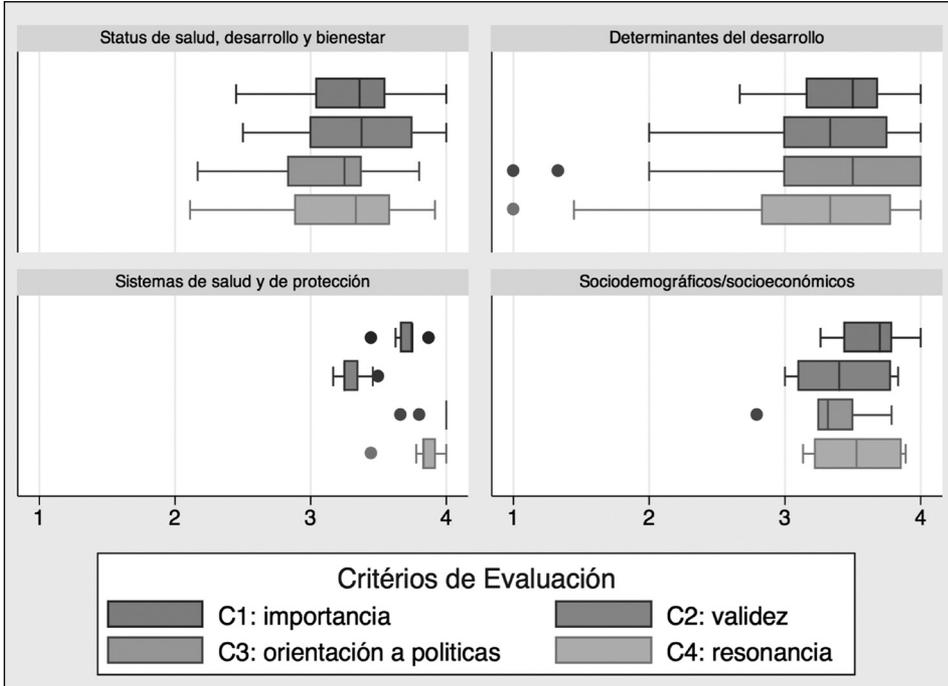
Fuente: Elaboración propia.

### ***¿Cuál es la variabilidad de los puntajes obtenidos por cada macrodimensión de indicadores de BDIT?***

Como se mencionó, se agruparon los indicadores en cuatro macrodimensiones: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos; estatus de desarrollo y de bienestar; determinantes del desarrollo, y sistemas de salud y de protección social o legal. Se exploró qué tanta variabilidad había en cuanto al nivel de relevancia asignado por los expertos a los indicadores, dentro de cada macrodimensión. Esto es, si los expertos asignaron mucha relevancia a algunos de los indicadores agrupados bajo “determinantes del desarrollo”, y poca relevancia a otros indicadores dentro de esta misma dimensión.

Esta pregunta es importante, ya que la variabilidad de los puntajes de evaluación al interior de cada macrodimensión refleja la amplitud de opiniones de los expertos respecto de la relevancia de los indicadores de esa macrodimensión. En el gráfico 1, se presenta un diagrama de cajas (*box plot*) con las distribuciones de los puntajes asignados a los indicadores respecto de las cuatro categorías de evaluación, al interior de cada macrodimensión. Las cajas representan los límites de los percentiles 25 y 75 del puntaje, y las tres líneas verticales representan el valor mínimo, la mediana (percentil 50) y el valor máximo del puntaje. Los círculos representan los valores extremos.

**Gráfico 1. Distribución de los puntajes de evaluación para cada macrodimensión de los indicadores, de acuerdo con las cuatro categorías de evaluación.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los puntajes de los expertos.

Analizando esta gráfica, se observa que, en términos generales, los indicadores de la macrodimensión *determinantes del desarrollo* presentan mayor variabilidad de puntajes, sobre todo respecto de la resonancia. A pesar de esta variabilidad, el que la mayor proporción de las cajas (que son la representación gráfica de los puntajes de relevancia entre los percentiles 25 y 75) esté arriba del percentil 50 indica que, en todas las macrodimensiones, la mayoría de los indicadores fueron evaluados como *muy relevantes* o *fundamentales*. Finalmente, los indicadores de las macrodimensiones de *sistemas de salud y de protección* y *sociodemográficos/socioeconómicos* presentan menor variabilidad en los puntajes recibidos por parte de los expertos.

***¿Cuáles de los indicadores recibieron mayores puntajes de acuerdo con los cuatro criterios de evaluación?***

Finalmente, los indicadores fueron ordenados de acuerdo con el promedio del puntaje asignado por los nueve expertos, para cada una de las cuatro categorías de evaluación. Los treinta indicadores con los puntajes más elevados para cada categoría de evaluación son presentados en el tabla 5,<sup>6</sup> junto con su puntaje en esa categoría.

**Tabla 5. Indicadores con mayores puntajes de acuerdo con los cuatro criterios de evaluación, basados en la opinión de un panel de nueve expertos.**

Importancia		Validez		Orientación a políticas		Resonancia	
Indicador	C1	Indicador	C2	Indicador	C3	Indicador	C4
Desarrollo del lenguaje	4,0	Uno de los padres víctima de crimen	4,0	Puntaje Apgar	4,0	Violencia doméstica	4,0
Pobreza	4,0	Violencia por conflicto armado	4,0	Cobertura con atención prenatal	4,0	Asistencia a educación temprana	4,0
Revisión médica posnatal para recién nacido	4,0	Violencia comunitaria	4,0	Seguro de salud/ seguridad social gratuita	4,0	Conflicto marital	4,0
Edad gestacional	4,0	Lesiones por accidentes de tránsito que requieren admisión hospitalaria	4,0	Revisión médica post-natal para recién nacido	4,0	Tabaquismo durante el embarazo	4,0
Desarrollo adaptativo	4,0	Miembro familiar involucrado en conflicto violento	4,0	Cobertura con vacunación por tuberculosis	4,0	Tasa de nacimientos a madres adolescentes	4,0
Desarrollo cognitivo	3,9	Bajo peso al nacer	4,0	Conflicto marital	4,0	Uno de los padres víctima de crimen	4,0
Desarrollo socioemocional	3,9	Quemaduras que requieren admisión hospitalaria	4,0	Cobertura con vacunación por hepatitis B	4,0	Divorcio/ separación de padres	4,0
Depresión durante el embarazo	3,9	Abuso emocional	4,0	Divorcio/separación de padres	4,0	TRO***	4,0
Bajo peso al nacer	3,9	Muerte de uno de los padres	4,0	Edad gestacional	4,0	Uso de drogas durante el embarazo	4,0

6. En los anexos, se presenta un listado completo de los 132 indicadores, con el puntaje global que se obtuvo a partir del promedio de las calificaciones de los nueve expertos.

Importancia		Validez		Orientación a políticas		Resonancia	
Uso de drenaje mejorado	3,9	Divorcio/separación de padres	4,0	Atención calificada al parto	4,0	Abuso emocional	4,0
Número total de niños con discapacidad severa	3,9	Hacinamiento	4,0	TRO***	4,0	Cobertura con vacunación por hepatitis B	4,0
Registro de nacimiento	3,9	Violencia doméstica	4,0	Violencia comunitaria	4,0	Consumo de alcohol durante el embarazo	4,0
Consumo de alcohol durante el embarazo	3,9	Secuestro de cualquier miembro de la familia	4,0	Secuestro de cualquier miembro de la familia	4,0	Abuso físico	3,9
Abuso emocional	3,9	Envenenamiento que requiere admisión hospitalaria	4,0	Vacunación 1**	4,0	Registro de nacimiento/ trámite de acta de nacimiento	3,9
Infecciones congénitas	3,9	Conflicto marital	4,0	Detección de VIH durante el embarazo	4,0	Otras exposiciones ambientales	3,9
Nivel de preparación para la escuela	3,9	Bajo peso al nacer	3,9	Cobertura con vacunación por polio	4,0	Trabajo infantil	3,9
Cobertura con atención prenatal	3,9	% madres adolescentes	3,8	Arresto de uno de los padres	4,0	Violencia durante el embarazo	3,9
Exposición a plomo	3,9	Nivel de preparación para la escuela	3,8	Miembro familiar involucrado en conflicto violento	4,0	Niños indígenas	3,9
Tratamiento del agua	3,8	Pobreza	3,8	Violencia por conflicto armado	4,0	Seguro de salud/ seguridad social gratuita	3,9
Tamaño población	3,8	Niños indígenas	3,8	Vacunación 2**	4,0	Pobreza	3,9
Desarrollo motor	3,8	Adaptación global de relación padres-infante	3,8	Tratamiento de VIH durante el embarazo	4,0	Abuso sexual	3,8
Asistencia a educación temprana	3,8	Discapacidad intelectual/trastorno del desarrollo intelectual	3,8	Infecciones congénitas	4,0	Tratamiento de VIH durante el embarazo	3,8
Conflicto marital	3,8	Atención calificada al parto	3,8	Registro de nacimiento/ trámite de acta de nacimiento	4,0	Exposición a plomo	3,8
Exposición a contaminación ambiental	3,8	Infecciones congénitas	3,8	Protección neonatal de tétanos	4,0	Edad gestacional	3,8
Vacunación 1*	3,8	Revisión médica post-natal para recién nacido	3,8	Consumo de alcohol durante el embarazo	4,0	Bajo peso al nacer	3,8
Protección neonatal de tétanos	3,8	Consumo de alcohol durante el embarazo	3,8	Uno de los padres fue víctima de un crimen	4,0	Protección neonatal de tétanos	3,8

Importancia		Validez		Orientación a políticas		Resonancia	
Vacunación 2**	3,8	Edad gestacional	3,8	Tasa de nacimientos a madres adolescentes	4,0	Cobertura con vacunación por polio	3,8
Cobertura con vacunación por polio	3,8	Puntaje Apgar	3,8	Bajo peso al nacer	4,0	Detección de VIH durante el embarazo	3,8
Tratamiento de VIH durante el embarazo	3,8	Disturbios afectivos	3,8	Violencia durante el embarazo	3,8	Vacunación 1*	3,8
Cobertura con vacunación por hepatitis B	3,8	Discapacidad sensorial	3,8	Tabaquismo durante el embarazo	3,8	Vacunación 2**	3,8

\* Cobertura con vacunación por DPT (difteria, tos ferina, tétanos) o con vacuna pentavalente (DPT o difteria, tos ferina, tétanos; HB o contra la hepatitis B; Hib o infecciones invasivas por tipo b).

\*\* Cobertura con vacunación por sarampión o por SRP (sarampión, rubéola y parotiditis).

\*\*\* TRO: Terapia de Rehidratación Oral con alimentación complementaria.

Fuente: Elaboración propia.

## Consideraciones finales

El principal resultado de esta indagación fue avanzar con una propuesta de un paquete de indicadores de BDIT, integrada con un proceso de jueceo y recomendaciones de un grupo de expertos. Asimismo, se describieron los retos del monitoreo y la vigilancia del BDIT en México, en el marco de una revisión del contexto facilitador, de las lagunas existentes y la evidencia disponible sobre el tema en este país, así como algunos datos de interés sobre BDIT en la población de niños y niñas mexicanos.

Además de representar una propuesta sustantiva y metodológica novedosa en términos de monitoreo poblacional, el diseño y la evaluación de un paquete de indicadores de BDIT podrá ser útil tanto en el diseño y la evaluación de programas de prevención y políticas públicas como en modelos de identificación, canalización y tratamiento de las necesidades identificadas en niños y niñas. El paquete de indicadores tendrá elevada aplicabilidad y se podrá adaptar a diferentes contextos y a las necesidades concretas de los potenciales utilizadores.

La medición del BDIT, a través de un Paquete de Indicadores Esenciales de Bienestar y Desarrollo Infantil, es esencial para permitir la detección de aspectos de programas y políticas nacionales que no se hayan implementado adecuadamente o no estén operando con la calidad suficiente para garantizar el óptimo bienestar y desarrollo infantiles. En este sentido, el paquete facilitaría el monitoreo de los indicadores y la evaluación del desempeño de programas, orientaría la identificación de áreas prioritarias para mejorar la aplicación de políticas públicas y poder alcanzar una cobertura equitativa y de calidad, así como apoyaría la asignación eficiente de los recursos disponibles.

Finalmente, esperamos que, en un futuro próximo, un conjunto de acciones en el contexto académico, de salud, políticas públicas y abogacía, se orientarán y alinearán de manera concertada y harán posible la implementación a escala de un sistema de vigilancia basado en el paquete de indicadores para promover el desarrollo integral de las niñas y los niños de México.

## Bibliografía

- BEN-ARIEH, A. (2008a), "Indicators and Indices of Children's Well-being: Towards a More Policy Oriented Perspective", *European Journal of Education*, vol. 1, N° 3, p. 38.
- (2008b), "The Child Indicators Movement: Past, Present and Future", *Child indicators research*, vol. 1, N° 1, pp. 3-16.
- BENJET, C., G. BORGES y M. MEDINA MORA (2010), "Chronic Childhood Adversity and Onset of Psychopathology During Three Life Stages: Childhood, Adolescence and Adulthood", *Psychiatr Res*, agosto, vol. 11, N° 44, pp. 732-40.
- BHUTTA, Z., J. DAS, R. BAHL, J.E. LAWN, R.A. SALAM, V.K. PAUL, J.M. SANKAR, H. BLENCOWE, A. RIZVI, V.B. CHOU y N. WALKER para The Lancet Newborn Interventions Review Group y The Lancet Every Newborn Study Group (2014), "Can Available Interventions End Preventable Deaths in Mothers, Newborn Babies, and Stillbirths, and at What Cost?", *Lancet*, mayo 20, 2014 (disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60792-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60792-3/abstract), consulta: 15 de mayo de 2015).
- CARAVEO-ANDUAGA, J., J. LÓPEZ-JIMÉNEZ, A. SORIANO-RODRÍGUEZ, J. LÓPEZ HERNÁNDEZ, A. CONTRERAS-GARZA, y A. REYES-MEJÍA (2011), "Eficacia y validez recurrente del CBTD para la vigilancia de la salud mental de niños y adolescentes en un centro de atención primaria en la ciudad de México", *Rev. Inv. Clínica*, vol. 63, N° 6, pp. 590-600.
- CHAN, M. (2013), "Linking Child Survival and Child Development for Health, Equity and Sustainable Development", *Lancet*, vol. 9.877, N° 381, pp. 1.514-1.515.
- COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (2013), *Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo*, Mexico, Secretaría de Salud.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (2013), *Informe de pobreza en México, 2012*, México, Coneval.
- DARMSTADT, G., M. KINNEY, M. CHOPRA, S. COUSENS, L. KAK, V.K. PAUL, J. MARTINES, Z.A. BHUTTA, y J.E. LAWN para The Lancet Every Newborn Study Group (2014), "Who has been caring for the baby?", *Lancet*, mayo 20 (disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60458-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60458-X), consulta: 15 de mayo de 2015).
- DE CASTRO, F., B. ALLEN-LEIGH, G. KATZ, L. SALVADOR-CARULLA y E. LAZCANO-PONCE (2013), "Indicadores de bienestar infantil en México: una agenda política para el monitoreo y la acción", *Salud Pública de México*, N° 55, supl. 2, S267-S275.
- DE CASTRO, F., B. ALLEN-LEIGH, G. KATZ, M. HERNÁNDEZ-ÁVILA y E. LAZCANO-PONCE (2012), "Indicadores de bienestar infantil en México: una agenda política para el

- monitoreo y la acción”, México, INSP, serie Evidencia para la política pública en salud (disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/BienestarInfantil.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- DICKSON, K., A. SIMEN-KAPEU, M. KINNEY, L. HUICHO, L. VESEL, E. LACKRITZ, J. DE GRAFT JOHNSON, S. VON XYLANDER, N. RAFIQUE, M. SYLLA, C. MWANSAMBO, B. DAELMANS y J.E. LAWN para The Lancet Every Newborn Study Group (2014), “Health-Systems Bottlenecks and Strategies to Accelerate Scale-Up in Countries”, *Lancet*, 20 de mayo (disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60582-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60582-1/abstract), consulta: 15 de mayo de 2015).
- FERNALD, L., L.B. NEUFELD, J. RIVERA y P. GERTLER (2006), “Parallel Deficits in Linear Growth and Mental Development in Low Income Mexican Infants in the Second Year of Life”, *Public Health Nutrition*, vol. 2, N° 9, pp. 178-86.
- FIELDING, J. y P. BRISS (2006), “Promoting Evidence-Based Public Health Policy: Can we have Better Evidence and More Action?”, *Health Affairs*, vol. 25, N° 4, pp. 969-978.
- GUTIÉRREZ, J.P., J. RIVERA-DOMMARCO, T. SHAMAH-LEVY, S. VILLALPANDO-HERNÁNDEZ, A. FRANCO, L. CUEVAS-NASU, M. ROMERO-MARTÍNEZ y M. HERNÁNDEZ-ÁVILA (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- LAWN, J., H. BLENCOWE, S. OZA, D. YOU, A.C.C. LEE, P. WAISWA, M. LALLI, Z. BHUTTA, A.J.D. BARROS, P. CHRISTIAN, C. MATHERS, S.N. COUSENS para The Lancet Every Newborn Study Group (2014), “Progress, Priorities and Potencial Beyond Survival”, *Lancet*, 20 de mayo (disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60496-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60496-7), consulta: 15 de mayo de 2015).
- MASON, E., L. MCDUGALL, J. LAWN, A. GUPTA, M. CLAESON, Y. PILLAY, C. PRESERN, M. BAYE LUKONG, G. MANN, M. WIJNROKS, K. AZAD, K. TAYLOR, A. BEATTIE, Z.A. BHUTTA y M. CHOPRA para The Lancet Every Newborn Study Group, en representación de la Every Newborn Steering Committee (2014), “From Evidence to Action to Deliver a Healthy Star for the Next Generation”, *Lancet*, 20 de mayo (disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60750-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60750-9), consulta: 15 de mayo de 2015).
- MEDINA-MORA, M., G. BORGES, C. LARA, J.F. BLANCO, J. VILLATORIO, E. ROJAS *et al.* (2005), “Prevalence, Service Use and Demographic Correlates of 12-Month DSM-IV Psychiatric Disorders in Mexico: Results from The Mexican National Comorbidity Survey”, *Psychol Med*, pp. 1.773-1.783.
- MYERS, R., A. MARTÍNEZ, M. DELGADO y J. FERNÁNDEZ (2013), *Desarrollo infantil temprano en México: diagnóstico y recomendaciones*, Mexico, Banco Interamericano para el Desarrollo.
- PRIDI (2011), *Programa regional de indicadores de desarrollo infantil. Marco Conceptual*, México, Banco Interamericano para el Desarrollo.
- RIZZOLI-CORDOBA, A., L. SCHNAAS-ARRIETA y S. LIENDO-VALLEJOS (2013), “Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas de desarrollo en menores de 5 años en México”, *Bol. Med. Hosp. Inf. Mex (online)*, vol. 70, N° 3, pp. 195-208.
- ROMO-PARDO, B., S. LIENDO-VALLEJOS, G. VARGAS-LÓPEZ, A. RIZZOLI-CÓRDOBA y G. BUENROSTRO-MÁRQUEZ (2012), “Pruebas de tamizaje de neurodesarrollo global para niños menores de 5 años de edad validadas en Estados Unidos y Latinoamérica: revisión sistemática y análisis comparativo”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de*

- México, vol. 69, N° 6, pp. 450-462 (disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462012000600006&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000600006&lng=es&tlng=pt), consulta: 15 de mayo de 2015).
- SANTIBÁÑEZ MARTÍNEZ, L. y D.E. CALDERÓN MARTÍN DEL CAMPO (2014), *Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: estado de la educación en México 2014*, mayo, México D.F., Mexicanos Primero Visión 2030.
- SECRETARÍA DE SALUD (2002), *Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida"*, primera edición, México.
- SHIFFMAN, J. y S. SMITH (2007), "Generation of Political Priority for Global Health Initiatives: A Framework and Case Study of Maternal Mortality", *The Lancet*, vol. 370, N° 9595, pp. 1.370-1.379.
- STANG ALVA, M. (2011), "Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real", *Cepal. Serie Población y Desarrollo* N°103.
- UNICEF (2012), *Estado mundial de la infancia. Niñas y niños del mundo urbano*, Nueva York, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF ESPAÑA Y OBSERVATORIO DE INFANCIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2010), *Propuesta de un sistema de indicadores de bienestar infantil en España*, Madrid, Unicef.
- VEGAS, E. y L. SANTIBÁÑEZ (2010), *The Promise of Early Childhood Development in America Latina and the Caribbean*, Washington, Banco Mundial.
- WHO (2013), *Meeting Report: Nurturing Human Capital Along the Life Course: Investing in Early Child Development*, Ginebra, World Health Organization.
- WINNICOTT, D.W. (1960), "The Theory of the Parent-Infant Relationship", en L. Caldwell y A. Joyce (eds.) (2011), *Reading Winnicott*, Londres, Routledge.

### Anexo 1. Puntaje global por indicador

Retos al grupo de apoyo primario del niño: conflicto marital	3,95
Bajo peso al nacer	3,92
Consumo de alcohol durante el embarazo	3,92
Retos al grupo de apoyo primario del niño: divorcio/separación de padres	3,91
Tasa de nacimientos a madres adolescentes	3,90
Retos al grupo de apoyo primario del niño: abuso emocional	3,90
Edad gestacional	3,89
Uno de los padres fue víctima de un crimen	3,89
Pobreza	3,87
Revisión médica posnatal para recién nacido	3,83
Registro de nacimiento/trámite de acta de nacimiento	3,82
Retos al grupo de apoyo primario del niño: violencia doméstica	3,82
Asistencia a educación temprana	3,80
Cobertura con atención prenatal	3,79
Tratamiento de VIH durante el embarazo	3,78
Cobertura con vacunación por hepatitis B	3,78
Detección de VIH durante el embarazo	3,76

Número total de niños con discapacidad severa	3,75
Violencia durante el embarazo	3,75
Terapia de rehidratación oral con alimentación complementaria	3,75
Atención calificada al parto	3,74
Seguro de salud gratuito/afiliación gratuita a seguridad social	3,74
Hacinamiento	3,73
Nivel de preparación para la escuela ("school readiness")	3,73
Exposición a plomo	3,73
Niños indígenas	3,73
Bajo peso al nacer	3,72
Cobertura con vacunación por polio	3,72
Cobertura con vacunación por DPT (difteria, tos ferina, tétanos) o con vacuna pentavalente (DPT o difteria, tos ferina, tétanos; HB o contra la hepatitis B; Hib o infecciones invasivas por tipo b)	3,72
Cobertura con vacunación por sarampión o por SRP (sarampión, rubéola y parotiditis)	3,72
Protección neonatal de tétanos	3,72
Desarrollo de lenguaje	3,71
Infecciones congénitas	3,69
Puntaje Apgar	3,69
Secuestro de cualquier miembro de la familia	3,69
Uso de drogas durante el embarazo	3,69
Razón de asistencia a primaria (ajustada)	3,69
Cobertura con vacunación por tuberculosis	3,69
Trabajo infantil	3,69
Lesiones por accidentes de tránsito a niños que requieren admisión hospitalaria	3,68
Tabaquismo durante el embarazo	3,67
Violencia comunitaria	3,66
Exposición a contaminación ambiental	3,65
Uso de fuentes de agua mejorada/potable	3,64
Violencia por conflicto armado	3,63
Discapacidad intelectual/trastorno del desarrollo intelectual	3,61
Desarrollo cognitivo	3,61
Discapacidad motora	3,60
Físicamente abusiva	3,58
Miembro familiar involucrado en conflicto violento	3,58
Desarrollo socioemocional	3,58
¿Otras exposiciones?	3,57
Sexualmente abusiva	3,57
Tratamiento del agua	3,56
Rural/urbano/metropolitano	3,53
Arresto de uno de los padres	3,53
Tasa de alfabetismo entre mujeres jóvenes	3,52
Uso de drenaje mejorado	3,51
Discapacidad sensorial	3,51
Programas de reducción de la pobreza con apoyo en efectivo	3,50
Organización del cuidado a los niños	3,49

Envenenamiento de niños que requiere admisión hospitalaria	3,49
Trastorno de privación/maltrato	3,49
Escala de adaptación global de relación padre-infante (escala "PIR-GAS")	3,47
Trastornos de aprendizaje	3,44
Quemaduras a niños que requieren admisión hospitalaria	3,44
Cuidado inadecuado	3,43
Marginalización	3,43
Depresión durante el embarazo	3,42
Depresión	3,42
Verbalmente abusiva	3,42
Prevalencia de bajo peso	3,42
Prevalencia de obesidad	3,41
Desarrollo adaptiva	3,39
Prevalencia de retraso de crecimiento o desnutrición crónica (talla por edad)	3,38
Disturbios afectivos	3,35
Abuso de sustancias por padres	3,35
Duración de lactancia	3,34
Conocimiento materno sobre desarrollo	3,32
Conexión lógica de símbolos y pensamiento abstracto	3,31
Desarrollo motor	3,31
Prevalencia de sobrepeso	3,30
Retos al grupo de apoyo primario del niño: muerte de uno de los padres	3,29
Iniciación temprano de lactancia	3,27
Nivel de educación formal de padres	3,25
Atención y regulación	3,23
Prevalencia de desnutrición aguda (talla por peso)	3,21
Niños alguna vez amamantados	3,20
Involucramiento paterno	3,19
Juegos infantiles/parque infantil	3,18
Atribuciones maternas	3,13
Niños en hogares monoparentales	3,11
Materiales de aprendizaje: libros para niños	3,10
Materiales de aprendizaje: juguetes	3,09
Trastorno por estrés postraumático	3,09
Bajo involucramiento	3,05
Hospitales amigos del niño	3,04
Encarcelamiento de uno de los padres	3,04
Retos al grupo de apoyo primario del niño: enfermedad crónica de cualquiera de los padres que requiere hospitalización	3,00
Enojada/hostil	2,98
Biblioteca	2,98
Trastorno de ansiedad	2,96
Retos al grupo de apoyo primario del niño: enfermedad aguda de cualquiera de los padres que requiere hospitalización	2,96
Retos al grupo de apoyo primario del niño: nuevo adulto en el hogar	2,96
Trastorno de adaptación	2,93

Retos al grupo de apoyo primario del niño: enfermedad aguda de un hermano que requiere hospitalización	2,93
Retos al grupo de apoyo primario del niño: enfermedad crónica de un hermano que requiere hospitalización	2,93
Retos al grupo de apoyo primario del niño: nuevo niño en el hogar (no por nacimiento)	2,93
Trastorno de alimentación	2,92
Trastorno de regulación (hipersensible, hiposensible, impulsivo)	2,89
Niños que terminan el último año de primaria	2,87
Gestos complejos y resolución de problemas	2,87
Trastornos de relación y comunicación	2,86
Poner límites	2,86
Comunicación interactiva (de dos vías) intencional	2,85
Retos al grupo de apoyo primario del niño: muerte de otro miembro de la familia	2,84
Responsividad/sensibilidad	2,80
Ansiosa/tensa	2,78
Retos al grupo de apoyo primario del niño: cambio en cuidador principal	2,77
Uso de símbolos para expresar pensamientos y sentimientos	2,76
Cuidadores alternativos	2,74
Prácticas familiares: salieron juntos	2,72
Formación de relaciones	2,71
Prácticas familiares: leyó un libro	2,68
Trastorno del sueño	2,67
Bienestar subjetiva y calidad de vida	2,67
Prácticas familiares: contó un cuento	2,66
Sobreinvolucramiento	2,43
Reacción prolongada al luto/pérdida	2,40
Castigos	2,39
Prácticas familiares: celebraron una fiesta de cumpleaños	1,97
Retos al grupo de apoyo primario del niño: nacimiento de un hermano	1,59

Fuente: Elaboración propia.



# Acervo de información para el primer año de vida

## Una propuesta basada en derechos humanos

*Rosa María Rubalcava\* Sandra Murillo López\*\* y  
Héctor Ernesto Nájera Catalán\*\*\**

### Introducción

La propuesta que a continuación se presenta fue diseñada para México y, aunque no culminó en su puesta en operación plena, es útil para considerar, en otras situaciones, la posibilidad y la pertinencia de emprender, como meta de largo aliento, la integración de un acervo de información que permita observar la evolución de los recién nacidos durante su primer año de vida, a partir de los principios fundamentales aplicables de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (ONU, 1989):

- No discriminación.
- El interés superior de las niñas y los niños.
- El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo.
- El reconocimiento jurídico.

Diversos autores se refieren a la trascendencia del primer año de vida; no obstante, esta etapa pocas veces se toma en cuenta para la política social.

\* Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social por el Ciesas. Fue profesora-investigadora del Colegio de México. Actualmente es profesora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso-México). Fue directora general de Estudios de Población del Consejo Nacional de Población. Es autora de varios libros y artículos sobre metodología de la investigación en ciencias sociales y técnicas estadísticas. Ha participado como consultora de organismos nacionales e internacionales en el diseño de sistemas de indicadores para el seguimiento de los derechos humanos y la política social.

\*\* Doctora en Economía por la UNAM. Coordinadora de la Unidad de Investigación Social Aplicada y de Estudios de Opinión del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

\*\*\* Candidato a doctor. Centro para el Estudio de la Pobreza y la Justicia Social (Universidad de Bristol, Reino Unido).

Baste con citar los ocho Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas, signados por 189 países en la Cumbre del Milenio celebrada en septiembre de 2000 para cumplirse al 2015. Los ocho objetivos se desglosan en 21 metas cuantificables, y éstas, en 60 indicadores. El cuarto objetivo es *reducir la mortalidad infantil* y, como meta, establece “reducir en dos terceras partes *la mortalidad en los niños menores de 5 años* respecto a la registrada en 1990”.<sup>1</sup>

Llama la atención que el concepto *mortalidad infantil* se emplee con laxitud, extendiéndolo a intervalos que varían desde el nacimiento hasta los tres, cinco o seis años de edad, a pesar de que es una tasa definida por la demografía: “Se mide mediante la tasa clásica de mortalidad infantil que se calcula dividiendo las defunciones de menores de un año ocurridas en un año calendario entre el número de nacidos vivos correspondientes al mismo año y suele presentarse multiplicada por mil” (Welti, 1997: 89). La arbitrariedad en el intervalo de edad considerado para calcular la tasa constituye una falta grave porque, en palabras de la secretaria de Salud del gobierno federal mexicano, “el primer mes de vida es donde se presenta el mayor número de casos de muerte infantil” (Juan, 2014).<sup>2</sup> Se sabe que programas de bajo costo y relativamente fácil ejecución pueden ayudar a evitar un número importante de muertes infantiles (Welti, 1997: 88). La misma secretaria antes citada señala que “la atención prenatal permite un tamizaje temprano de infecciones de transmisión sexual como VIH, diabetes gestacional y defectos congénitos”; asimismo agrega “como medida de salud materna y perinatal se fomenta la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses”.

Si bien la ejecución de la propuesta sólo pasó la fase exploratoria, la experiencia adquirida mostró su factibilidad y permitió determinar la organización y los recursos humanos necesarios, así como las decisiones de carácter metodológico y técnico, que se exponen en este trabajo. Para iniciar las actividades de integración del acervo, es necesario que una instancia, académica o de la sociedad civil, lo asuma y promueva. A su vez, esta *instancia integradora* deberá estar respaldada por un *equipo técnico consultor* que fije los lineamientos técnicos y de operación para definir la información que debe recabarse, encargarse de reunirla, precisar criterios metodológicos, técnicas de cálculo, procesamiento y almacenamiento, así como incorporar las decisiones de la *instancia integradora* sobre la difusión de los materiales del acervo y garantizar la continuidad del esfuerzo.

1. “La mortalidad infantil es el indicador que mejor capta las divergencias en materia de oportunidades de desarrollo humano. La tasa de muerte entre los niños del mundo está disminuyendo, pero la tendencia se está tornando más lenta y la brecha entre países ricos y pobres está aumentando”, según se afirma en el libro Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2005.

2. La inconveniencia de estas agregaciones se aprecia igualmente en el dato siguiente: “En Asia meridional, más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años ocurren durante los primeros 28 días de vida”.

Como antecedente para elaborar esta propuesta, consideramos los índices que construyó la representación de Unicef en México en 2005. Esta organización tuvo la iniciativa de calificar el desempeño de las treinta y dos entidades federativas de la República calculando índices para tres etapas del ciclo de vida de niñas, niños y adolescentes. Los resultados de esa iniciativa se publicaron en tres índices correspondientes a tres etapas del desarrollo: IDN (0-5), IDN (6-11) y IDN (12-17) (Unicef, 2005<sup>a</sup>, 2005b, 2006).<sup>3</sup> Igual que en otras latitudes, en México no se pensó necesario considerar de manera especial a los menores de un año (se incluyeron en la etapa 0 a 5), quienes manifiestan de modo distintivo su desamparo y su vulnerabilidad ante las condiciones familiares desfavorables y la falta de acceso a las instituciones públicas de salud, y asimismo muestran los efectos casi inmediatos de las deficiencias de higiene y bienestar en su entorno, en especial su vivienda. Así, esta propuesta examinó con detenimiento el esfuerzo de Unicef que no siguió adelante después de ese primer intento y está dirigida específicamente a la que llamaremos *etapa (0)*, que incluye a las niñas y los niños que la demografía denomina “nacidos vivos”, desde el momento del nacimiento hasta inmediatamente antes de cumplir un año (como ya se dijo, en los índices que difundió Unicef el primer año de vida, se incluyó en la etapa etaria 0-5).

Como primera acción, se exploró la factibilidad de recabar y procesar información para establecer anualmente la situación de los derechos de las niñas y los niños, desde su nacimiento hasta inmediatamente antes que cumplan el primer año de vida, tanto a partir del material detectado al revisar las fuentes de información oficial como mediante las opiniones y las sugerencias recibidas en diversas reuniones con funcionarios de las instituciones gubernamentales que acompañarían este esfuerzo, y con directivos y oficiales de organismos internacionales como Unicef y Unfpa. Asimismo se tomaron en cuenta varias ideas expresadas en seminarios académicos y de organizaciones de la sociedad civil que actúan en favor de la niñez y los derechos humanos.

La propuesta recomienda también asumir el compromiso de acompañar los empeños gubernamentales por construir instrumentos que promuevan la reflexión sobre el futuro de la niñez, dentro de los límites que fija la Convención, y acercar a este esfuerzo a las diversas organizaciones de la sociedad civil que trabajan por la infancia. Con este propósito, se sugieren elementos conceptuales y operativos que permitan examinar el respeto a los derechos de los recién nacidos y observar su evolución a lo largo del primer año; se pondrá especial atención a las desigualdades sociales, con el fin de promover o apoyar acciones encaminadas a atenuarlas y compensarlas.

3. La primera señal de alerta sobre la importancia de la etapa (0) la registró el equipo técnico consultor en una reunión internacional organizada en México por la Red por los Derechos de la Infancia. La investigadora y activista Nashieli Ramírez objetó enérgicamente que Unicef hubiera incluido el primer año de vida en el mismo grupo etario que los cuatro siguientes, en la etapa (0-5).

Como resultado de la búsqueda de información y del acercamiento con las instituciones oficiales que la generan, tras recibir su apoyo y respaldo al conocer las peticiones que especifican la información necesaria para el seguimiento de los derechos de este sector de la infancia, consideramos que existen condiciones favorables para crear el acervo de información para la *etapa (0)* que se aquí se propone.

Las secciones que siguen se dedican a desarrollar sucintamente la experiencia. En la primera, se trata el tema de la información que es necesario reunir; la segunda se refiere a la necesidad de colaboración entre diversos actores para integrar las bases de datos y mantenerlas actualizadas, y asimismo expone la metodología y las estrategias de cálculo de indicadores y análisis estadísticos; la tercera se dedica a las decisiones sobre su difusión. El trabajo concluye con una reflexión sobre la importancia y la continuidad de la propuesta.

## **Información**

Las organizaciones civiles de diversos países de América Latina que han tratado de instalar *monitores* para observar los derechos de la niñez y la adolescencia mencionan reiteradamente la *información* como el elemento más delicado. En varios países, las instituciones oficiales no mantienen continuidad ni regularidad en la generación de indicadores; asimismo, los funcionarios a cargo de las estadísticas cambian los criterios para su producción, con lo cual se pierden la experiencia y el conocimiento necesarios para mantener, actualizar y mejorar la información pertinente. Es claro que una *instancia integradora* reconocida (institución académica u organización social) deberá tomar la iniciativa y articular la información necesaria para el seguimiento de los derechos, así como promover compromisos institucionales formales que garanticen proveer la información que se utilizará en el seguimiento anual de los derechos, independientemente de las coyunturas de cambios de funcionarios o de gobiernos. La parte operativa de esta tarea estará a cargo de un *equipo técnico consultor* cuyas características y actividades se aprecian más adelante.

Respecto de la información disponible, los funcionarios encargados de los sistemas estadísticos reconocen la subutilización de los llamados *registros administrativos* de las instituciones públicas. Para el propósito de esta propuesta, son dos las instituciones que pueden proveer la información que recaban del binomio madre-hija o hijo. En primer lugar, las de salud pública,<sup>4</sup> que atienden el embarazo, el parto, el nacimiento y el puerperio, y mantienen el seguimiento tanto de los recién nacidos durante el primer año de vida (registrando información sobre vacunas, alimentación, condiciones de salud y

4. Esta decisión dejaría fuera del acervo la atención en clínicas y hospitales privados.

situación familiar), como de sus madres. En segundo lugar, la institución a cargo del registro civil, que expide el certificado de nacimiento, idealmente al momento de nacer. La información sobre el entorno donde viven las niñas y niños puede obtenerse de encuestas de hogares y censos.

La información relevante para observar los derechos de este subconjunto de la niñez, aquella que se produce regular y sistemáticamente, estará organizada en módulos, de preferencia accesibles al público, en línea en un sitio en la Web.

1. Directamente, cuando se trata de información generada especialmente para la *instancia integradora* o reelaborada para el acervo.
2. De modo indirecto, mediante vínculos a los sitios de las instituciones que colaboran en la integración del acervo, al generar, adecuar y proporcionar la información que se utiliza en el cálculo de los indicadores y los índices en que se basa el seguimiento de los derechos.

La posibilidad de observar la evolución de los derechos de este sector de la infancia requiere transformar y sintetizar la información obtenida de las fuentes originales; con ese fin, en esta propuesta se recomienda construir índices cuantitativos, por ser un recurso técnico privilegiado para analizar tendencias. Cabe mencionar que no necesariamente conviene difundir los índices tal como se propone su cálculo; se sugiere considerar la posibilidad de reunir las unidades de observación en agregados contruidos mediante técnicas multivariadas. Las agregaciones se usarán para resaltar situaciones delicadas en la evolución de los derechos de este sector de la infancia, en el tiempo y el espacio, y promover que se les preste atención, evitando a la vez que los índices se utilicen con fines de descalificación o denuncia a las entidades gubernamentales responsables de las políticas y los programas sociales. Cubrir este objetivo, si se hace con seriedad, implica una gran responsabilidad, porque los índices deben primero calibrarse y consolidarse, ya que, al iniciar las series, surgen inestabilidades debidas a la sensibilidad de los índices tanto ante modificaciones en los sistemas de registro estadístico (por ejemplo, un mejor registro de las defunciones elevará las tasas de mortalidad infantil), como a las *conciliaciones demográficas* que modifican las proyecciones de población (en prospectiva y en retrospectiva) cuando se tienen los resultados de un nuevo censo o conteo censal (un aumento o disminución de la población que se usó como denominador al calcular una tasa provoca, respectivamente, una reducción o un incremento en los valores previamente difundidos).

A continuación se enuncian los módulos sugeridos para conformar el *Acervo*:

- Catálogo actualizado de variables de interés disponibles en las fuentes (anexo I).
- Catálogo de indicadores (elaboraciones propias a partir de las

- variables; se utilizarán para calcular los índices) (anexo II).<sup>5</sup>
- Catálogo de índices (síntesis de indicadores para establecer la situación de las niñas y los niños en la *etapa (0)*).
  - Bases de datos con los indicadores y los índices generados, y las variables utilizadas en su cálculo (actualizadas anualmente).
  - Análisis anuales de la situación de los derechos de las niñas y los niños para la etapa del ciclo de vida de interés: *etapa (0)*.
  - Análisis temáticos de coyuntura sobre los derechos humanos en la *etapa (0)* del ciclo de vida.
  - Documentos conceptuales y marco jurídico de los derechos de la niñez.
  - Investigaciones recientes sobre los derechos observados.
  - Glosario de términos técnicos utilizados.
  - Glosario de términos jurídicos relacionados con los derechos humanos.
  - Catálogo de sitios en la Web, de las instituciones que generan información estadística para el acervo
  - Directorio actualizado de organizaciones de la sociedad civil relacionadas con los derechos de la niñez, registrando los principales resultados de investigación que generan, y remitiendo a sus sitios en la Red mediante vínculos

Para que la situación de los derechos se establezca con solidez, es necesario que la información estadística que sirva de base para calcular los indicadores y los índices cumpla con criterios mínimos de confiabilidad y validez. La propuesta es realista y firme, tanto desde el punto de vista metodológico como del técnico, y sirve como instrumento para convocar a amplios sectores de la sociedad con el fin de actuar en favor de los derechos de las niñas y los niños recién nacidos.

La exigencia principal es que la información esté vinculada con los derechos (“enfoque de derechos”) mediante indicadores que expresen su *integralidad (indivisibilidad), interdependencia, universalidad y no-regresividad (progresividad)*.

Los criterios establecidos son:

- Que la información proceda de una fuente oficial federal.
- Que la información se origine en estadísticas continuas o registros administrativos.
- Que la fuente proporcione datos anualmente.
- Que la información corresponda a la etapa de interés (el primer año de vida).
- Que la información pueda desagregarse, como mínimo, por entidad federativa (son 32) y sexo.

5. Por limitaciones de espacio, sólo se incluyen los anexos I y II que, con todos los demás módulos, forman la documentación del Acervo que debe actualizarse permanentemente.

No obstante, se pone énfasis especial en contar con información más detallada en el territorio (por municipio –son 2.456–) y desagregada por la condición “indígena”, “no-indígena” de las niñas y los niños, que cumpla también con los criterios antes mencionados.

A continuación, se enuncian las principales bases para desarrollar la propuesta con el fin de integrar el acervo de información.

El avance que han hecho las instituciones oficiales federales en sus sistemas de información ha sido muy notable en los años recientes. Han mejorado sus sitios en la Web, tanto en la presentación y la actualización, como en las posibilidades de efectuar consultas a la medida de los intereses de los usuarios. Asimismo, se han ampliado la información y la posibilidad de profundizar el análisis mediante diversas desagregaciones. En especial, para el acervo que se propone, es muy relevante que la gran mayoría de las bases de datos permiten desagregar por sexo y por municipio. En cambio, son escasas las fuentes que posibilitan también la desagregación por condición étnica (identificar a la población indígena).

No obstante, en relación con los requerimientos específicos del acervo de información para el seguimiento de los derechos de la subpoblación de interés, hay desagregaciones por edad que no coinciden con la etapa del ciclo de vida que proponemos. Un hallazgo relevante para esta propuesta es que se dispone de información suficiente para analizar de manera independiente la etapa inicial, que hemos llamado (0), que agrupa a los menores de un año.

## **Variables**

El *Catálogo de fichas técnicas de variables (metadatos)*, elaborado en su versión inicial a partir de la información disponible en Internet, hizo posible precisar las peticiones especiales que fue necesario hacer a cada institución para llegar a la presente propuesta. Los indicadores y los índices permiten establecer cortes anuales de la situación de los derechos de la infancia, con el fin de colaborar con las instituciones encargadas de las políticas y los programas, y difundir conocimiento sobre la situación de las niñas y los niños en la *etapa (0)* del ciclo de vida, en México. Se recomienda alimentar las fichas de este catálogo en un sistema de cómputo especializado en el manejo de información documental; como posibilidad, se localizaron varios sistemas computacionales que procesan fichas. El tipo de análisis y la estrategia de difusión se definen más adelante, en la presente propuesta.

Con la primera versión del *Catálogo de fichas técnicas de variables* como antecedente, se sostuvo una reunión con las áreas generadoras de información estadística en las instituciones vinculadas con los derechos de la infancia, a fin de presentar los avances en el rastreo de las fuentes estadísticas, y comunicar la intención de hacer el seguimiento de la situación de los derechos de estas niñas y niños. Posteriormente se programaron reuniones bilaterales

en las oficinas de los funcionarios designados por las instituciones, siguiendo el proceso que a continuación se detalla:

1. El Equipo Técnico Consultor (ETC) elabora una lista preliminar de necesidades de información.
2. El ETC acuerda con las instituciones la selección de variables para el análisis.
3. El ETC elabora y presenta a cada institución un borrador de la petición formal de información.
4. Las instituciones revisan el borrador, sugieren cambios, y presentan al ETC sus requerimientos de “apoyo especial”.
5. La *instancia integradora* presenta a cada institución una solicitud formal de información y da respuesta sobre sus requerimientos de apoyo recibidos.
6. Las instituciones proporcionan la información desagregada por municipio, sexo y, si está disponible, por condición étnica

Tuvieron lugar reuniones bilaterales con instituciones gubernamentales: DIF (Desarrollo Integral de la Familia), Sedesol (Secretaría de Desarrollo Social), Censia (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia de la SSA, Secretaría de Salud), DGIS-Sinais (Dirección General de Investigación en Salud del Sistema Nacional de Investigación en Salud de la SSA), Conava (Consejo Nacional de Vacunación), Conasida (Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida) y Conapo (Consejo Nacional de Población), de las que surgieron solicitudes de información para el acervo. Las reuniones con el Inegi (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) se programarían una vez que se hubieran recibido las demás respuestas institucionales, con el fin de cubrir la información faltante.

El enfoque de derechos incorporado en la selección de información para el seguimiento de la situación de los derechos de la subpoblación de recién nacidos durante su primer año de vida exige ajustar y adaptar el acervo permanentemente. Algunos cambios recientes en la legislación mexicana son importantes para la propuesta, especialmente en lo que se refiere a la selección de las variables y sus desagregaciones, así como al cálculo de los indicadores e índices:

1. La Ley General de Desarrollo Social (LGDS) asigna responsabilidades a los gobiernos municipales como:

Establecer un Sistema Nacional de Desarrollo Social en el *que participen los gobiernos municipales*, los de las entidades federativas, y el federal. Asimismo, determinar la *competencia de las diversas esferas de gobierno: gobiernos municipales*, de las entidades federativas y del Gobierno Federal en materia de desarrollo social, así como las bases para la concertación de acciones con los sectores social y privado.

2. Además de otras menciones a los gobiernos municipales, la LGDS señala:

Artículo 42. Los municipios formularán, aprobarán y aplicarán sus propios programas de desarrollo social, los cuales deberán estar en concordancia con los de las entidades federativas y el del Gobierno Federal.

3. Asimismo la LGDS creó el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), encargado de la medición de la pobreza y de la evaluación de los programas sociales (arts. 72 y 81).

4. Por su parte, la reforma del 10 de junio de 2011 al artículo primero de la Constitución establece:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte.

Los avances jurídicos recientes en diversos países han establecido compromisos internacionales vinculatorios en las legislaciones referidas a derechos humanos, que deben ser asumidos bajo cualquier esquema que se proponga como monitor del cumplimiento de los derechos de la infancia.

Una premisa de esta propuesta para conformar el acervo es que los derechos humanos deben verse como una dualidad: si para una persona se viola, o no se satisface, un derecho (aquí interesan en especial los derechos durante el primer año de vida), necesariamente se debe a que, por acción u omisión, un área de gobierno ha incumplido su obligación de “promover, respetar, proteger y garantizar” ese derecho. En México, a raíz de las modificaciones de 2011 al artículo primero de la Constitución, las posibilidades para exigir y obtener justicia en materia de derechos humanos, tanto en el marco de las instituciones nacionales como internacionales, son prometedoras.

Las variables disponibles en los sitios de las dependencias y los organismos oficiales, y las detectadas después de las reuniones con las instituciones generadoras de la información, se incorporaron en el *Catálogo de fichas técnicas de variables* que contiene sus características básicas (véase anexo I). Este catálogo es fundamental para proponer indicadores e índices que faciliten el seguimiento de los derechos, y debe mantenerse actualizado anualmente.

### *Información faltante*

Es necesario tratar de cubrir temas en los que no se ha localizado información que cumpla con los criterios establecidos; o, si la hay, las edades que utilizan las fuentes no coinciden con la primera etapa del ciclo de vida de interés para esta propuesta. También se encontró el caso de información só-

lo disponible para el agregado nacional, o bien desagregada solamente para algunos estados, pero sin uniformidad en su contenido. Es posible que una parte de la información que requiere esta propuesta exista, pero la opacidad y el hermetismo que todavía operan en algunas dependencias de gobierno impiden localizarla (algunos indicios de que esto ocurre se encuentran en citas de investigaciones publicadas que parecen haber tenido acceso a información que no es del dominio público).

Una ausencia de información muy notable es la referida a centros de cuidado diario (también conocidos como guarderías o estancias infantiles). Si bien son pocas las niñas y los niños que, en su primer año de vida, son dejados para su custodia en estos establecimientos, se les admite con cinco meses cumplidos. El hecho de que no haya un registro oficial de los sitios que prestan estos servicios, y tampoco se tengan padrones de los infantes atendidos, dificulta conocer los peligros que enfrentan e impide prevenirlos. Esta carencia de información se hizo visible con el incendio en la Guardería ABC, en la ciudad de Hermosillo, capital del estado de Sonora, el 5 de junio de 2009. El lugar operaba como “guardería subrogada” del Instituto Mexicano del Seguro Social y originalmente se construyó para funcionar como bodega; el galerón con techo de asbesto recubierto de material inflamable, debido a un incendio originado en el local colindante, que almacenaba papelería y documentos del gobierno, ardió con fuerza, envolviendo a las criaturas en los pedazos de plástico en llamas que se desprendieron del techo. En esta tragedia fallecieron cuarenta y nueve pequeños (veinticinco niñas y veinticuatro niños), y más de cien sufrieron lesiones graves (internas y externas) que hasta hoy, cinco años después, requieren atención médica especializada. Los padres siguen demandando justicia y reparación del daño, con el lema “Ni perdón, ni olvido”.

Cabe subrayar que una posible lista con la información inexistente puede ser muy extensa y, hasta cierto punto, de poca utilidad. El esfuerzo que sería necesario hacer es buscar qué hay en otros países sobre los temas de interés, la forma como se utiliza la información en los análisis, y las recomendaciones y las acciones que se derivan de ella; estos elementos permitirán formular peticiones precisas, y con fundamento, a los organismos gubernamentales.

### *Otras fuentes de información*

Para integrar el acervo, es conveniente examinar con detenimiento otras fuentes de información que, aunque no cumplen con los criterios fijados, surgen de organismos oficiales federales, como el Instituto Nacional de la Nutrición (Reloj de la nutrición), cuyas mediciones se obtienen mediante estimaciones; empero, no ha generado una serie consistente y carece de representatividad municipal. También será necesario revisar los datos que recaban diversas organizaciones de la sociedad civil que, si bien cubren temas de interés para el acervo, como lactancia materna, alimentación, vacunas y estado

nutricional, y aunque se actualizan con regularidad, tienen una cobertura territorial limitada. En este caso, está la información registrada para un panel de más de cincuenta mil hogares pobres en comunidades apartadas, que ha reunido la organización de la sociedad civil “Un kilo de ayuda”.

### ***Indicadores***

Los indicadores son las variables una vez transformadas para vincularse con los derechos de la niñez en el primer año de vida. Los derechos incluidos son:

- A la vida.
- A crecer saludable.
- A tener un nombre y una nacionalidad.
- A una vida sin maltrato ni violencia.
- A un nivel de vida adecuado para el desarrollo (vivir en un entorno favorable en el hogar, con condiciones apropiadas de vivienda, y un ámbito socioespacial propicio para la cohesión social).

Las transformaciones sugeridas deberán garantizar que los indicadores calculados sean compatibles entre estados y municipios, en términos tanto de las unidades de medida (estandarizando) como del rango de variación (homogeneizando los máximos y los mínimos), para efectuar comparaciones y poder posteriormente sintetizarlos en índices. Los trece indicadores construidos para la presente propuesta están en el *Catálogo de indicadores* que la acompaña (véase anexo II).

Además, es aconsejable contar con información para caracterizar el entorno en que se desarrollan los niños, como la composición demográfica y socioeconómica de su hogar, la calidad y los servicios de la vivienda, la infraestructura y el equipamiento de su entorno, así como índices de pobreza, desigualdad social, estadísticas de violencia, índices de victimización, y mediciones de segregación y polarización que distingan las condiciones del lugar donde residen. Las reuniones con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría de Salud, la de Gobernación, la de Desarrollo Social y algún organismo del Poder Judicial serán cruciales para conocer en qué medida pueden subsanarse estas necesidades de información.

También es conveniente aprovechar las encuestas diseñadas para calcular estimaciones estatales de pobreza con regularidad (Coneval), con el propósito de actualizar en el acervo, con la mayor frecuencia posible, los indicadores referidos al entorno. Algunas de las encuestas de que tenemos noticia han acumulado pocas mediciones, pero la demanda creciente de este tipo de información seguramente hará que se consoliden.

## ***Índices y subíndices***

Los índices y los subíndices se definen mediante fórmulas o modelos que combinan indicadores de derechos afines, y generan medidas resumen para las dimensiones conceptuales que expresan.

En el momento de elaborar la presente propuesta, el no disponer de las variables que entregarían las instituciones para calcular los indicadores impide elaborar el *Catálogo de índices*, en vista de que, para efectuar la normalización, se requiere examinar las distribuciones de los valores de los indicadores, por sexo y condición étnica, para todas las entidades y los municipios, en el período solicitado. Si bien las instituciones han ampliado el abanico de variables y mejorado su calidad y desglose, la única forma de valorar el resultado de este esfuerzo es mediante un análisis exhaustivo de las tendencias de las mediciones, en el tiempo y el espacio, examinando la estabilidad y la consistencia de las series. Una dificultad especial representará confrontar la información de series parciales elaboradas por organismos no oficiales, con las producidas por las dependencias de gobierno; cualquier incongruencia entre las tendencias requerirá investigar su origen, y quizás llevará a sostener reuniones de aclaración con las partes involucradas en la generación de la información.

El primer año de vida que hemos llamado *etapa (0)* se caracterizará inicialmente con subíndices que, promediados, resultarán en un índice final. Estas mediciones deberán analizarse comparativamente en las desagregaciones temáticas, temporales y espaciales, por sexo y condición étnica. Los ordenamientos estatales y municipales resultantes podrán servir de referencia para iniciar acciones compensatorias. No obstante, la difusión de esta información es un asunto que merece considerarse con cautela.

Así como la mayor parte de los funcionarios públicos manifestaron serias objeciones ante la posibilidad de comparar los índices, o algunos de los indicadores, con los valores que éstos presentan en otros países, consideramos pertinente hacer notar que igualmente objetable resulta, para muchos de ellos, comparar entre estados cuyas condiciones, a su juicio, son “incomparables”, aunque pertenezcan al mismo país; por ejemplo, Nuevo León, el estado con mayor desarrollo económico, y Chiapas, el de mayor pobreza (el caso de la heterogeneidad de los municipios es más serio).

## **Criterios para integrar el Acervo y colaboración de la instancia integradora con dependencias de gobierno, organizaciones sociales e instituciones académicas**

El acervo sugerido en la presente propuesta ofrece una forma de responder a la solicitud de “colaboración” que hemos detectado que las instituciones gubernamentales hacen a los organismos internacionales y a las organizaciones ciudadanas, la misma que se expresó reiteradamente como “la necesidad de

disponer de análisis de coyuntura”, reconociendo el destacado papel y la vasta experiencia internacional y de grupos civiles en favor de la infancia y la defensa de sus derechos. Asimismo, buscan en ellas directrices que guíen sus acciones para asegurar que solidariamente contribuyan a obtener resultados más amplios y duraderos.

La tendencia, reciente en México, de orientar la política social con la perspectiva de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (Desca) es propicia para que los esfuerzos en el seguimiento de los derechos de las niñas y los niños conciten en este momento el apoyo tanto de organismos de gobierno e internacionales como de diversos sectores de la sociedad.

Cada cinco años, cuando se difunden los datos del censo de población y vivienda, o del conteo censal, podría explorarse la posibilidad de contar con información para generar un reporte especial, con un análisis descriptivo municipal amplio de la situación de las niñas y los niños en esta *etapa (0)*, caracterizados en sus localidades de residencia y sus hogares. Sólo con estas fuentes, es posible cubrir estos núcleos socioespaciales para los cuales solamente si se dispone de información estadística adecuada será posible obtener un mejor conocimiento de la diversidad de realidades en que se desarrollan los menores de un año de edad en el país.

Una aportación analítica con que la *instancia integradora* puede contribuir a enriquecer el conocimiento sobre la situación de interés es construir series de mediciones comparables en el tiempo. En México, el Consejo Nacional de Población actualiza, con cada nuevo levantamiento del censo o conteo censal, las proyecciones de población, tanto hacia el futuro como de manera retrospectiva a años anteriores. Las series de valores calculados para el sistema con una proyección anterior deberán actualizarse también con las nuevas estimaciones para continuar su producción histórica. Tomando en cuenta esta cuestión metodológica de fondo, hemos considerado conveniente reunir información estadística retrospectiva, desde 1990; la disponibilidad está sujeta a la respuesta de las instituciones. En especial, el Consejo se mostró dispuesto a calcular las variables que solicitamos, con el propósito de generar los indicadores y los índices correspondientes a la *etapa (0)*, sólo que en ese momento requería el apoyo de un técnico para efectuar los cálculos.<sup>6</sup>

La presente propuesta para integrar un acervo de información que permita seguir la evolución de los derechos de las niñas y los niños en su primer año se sustenta principalmente en un *Catálogo de fichas técnicas de variables* (ver anexo I), un *Catálogo de indicadores* (ver anexo II) y un esbozo sobre un posible cálculo de índices. Las desagregaciones temáticas y geográficas permitirán crear un banco de datos muy completo para el seguimiento de los derechos. En la propuesta, se incorporan las observaciones y las recomen-

6. Aquí se advierte que la voluntad política no es suficiente; los costos deben considerar también estos requerimientos especiales de las áreas gubernamentales que generan la información.

daciones de las instituciones consultadas en relación con la información que solicitó el equipo técnico consultor.

Una contribución del *Acervo de información para el primer año de vida* será, como ya se mencionó, detectar ausencias y deficiencias en la producción y la difusión de los datos estadísticos, y dar apoyo para subsanarlas. De este modo la *instancia integradora* ayudará a fortalecer a las instituciones oficiales productoras, y a enriquecer sus fuentes de información con la perspectiva de mejorar sus programas y su operación. Asimismo potenciará las capacidades de análisis de las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a promover los derechos de la niñez y proveerá material de investigación para el ámbito académico.

El apoyo social puede ser determinante para que las fuentes de información generen variables acordes con los desarrollos conceptuales logrados en el campo de los derechos de la infancia. Especialmente factible es conseguir datos agregados en intervalos de edades vinculados sustantivamente con las etapas del ciclo de vida que convienen para el seguimiento de los derechos. El Consejo Nacional de Población (Conapo) y el Centro para la Salud de la Infancia y Adolescencia (Censia) se mostraron particularmente receptivos a la solicitud de información para el acervo, pero no cuentan con recursos humanos suficientes para darle satisfacción pronta.

### **Difusión de la información del Acervo**

Con la intención de difundir información útil para la acción en favor de los derechos en el primer año de vida, sugerimos utilizar recursos que permitan hacerlo de manera muy agregada para prevenir, como se dijo antes, que todos los resultados se interpreten erróneamente como una calificación que la *instancia integradora* asigna a los estados y municipios, o como una denuncia de violación a los derechos humanos de la infancia.

Una estrategia de difusión posible sería dar a conocer cada año solamente uno de los indicadores que permiten caracterizar la situación de los derechos, con el fin de hacer visibles las disparidades de cada estado y cada municipio en la situación medida.

Otro camino promisorio consiste en agrupar estados o municipios mediante correlaciones, ya sea entre indicadores, subíndices o índices, en lugar de hacerlo a partir de los valores absolutos de las variables. El propósito puede alcanzarse utilizando métodos estadísticos multivariados; en esta propuesta, se recomienda identificar unidades de análisis “similares” en los valores de los índices calculados, mediante el método estadístico denominado *análisis de conglomerados*. Este método, que surgió relacionado con la taxonomía numérica, tiene como objetivo clasificar las unidades en grupos relativamente homogéneos, *conglomerados*, a partir de indicadores, índices o subíndices; la

agrupación se efectúa con criterios que deben definirse de acuerdo con los propósitos del agrupamiento.

La aplicación del método puede seguir dos líneas de cálculo, con el propósito de difundir la información generada:

- a. Aplicar el método simultáneamente a todos los municipios del país y definir, por ejemplo, seis conglomerados. Cada conglomerado reunirá municipios con valores *similares* en los indicadores o los índices calculados; el examen de los municipios incluidos en el agregado y sus promedios permitirá describir las características del conglomerado y señalar la situación particular de algunos de sus municipios. Habrá, por ejemplo, un conglomerado que incluya municipios con bajo valor de cada indicador o subíndice, y otro conglomerado con valores elevados en todos. Estos dos grupos son los más simples de describir como los municipios más atrasados y los más avanzados, respectivamente, en los derechos observados de las niñas y los niños. Otros grupos presentarán situaciones heterogéneas, por ejemplo bajos valores en los primeros indicadores, y altos en los últimos; o bien un conglomerado con el orden invertido.
- b. Para hacer frente a las objeciones de comparar estados que “no son comparables”, podría efectuarse un análisis de conglomerados independiente para cada entidad, definiendo quizás tres grupos de municipios en cada una, para caracterizarlos tentativamente con el símil de un semáforo, como “rojo”, “ámbar” y “verde”, a partir de los valores de los indicadores promediados en los municipios de cada grupo.

En relación con la difusión de la información del acervo, es fundamental recurrir a cuadros, gráficas, mapas, fotografías; y, en general, a recursos multimedia y de edición, modernos y atractivos.

## Reflexión final

Una vía promisoriosa para mejorar la situación del primer año de vida de la niñez en México se abre con el apoyo que la *instancia integradora* pueda ofrecer a quienes, de modo individual o colectivo, se interesen en la participación social en favor de las niñas y los niños para acudir ante la Suprema Corte de Justicia. Los tribunales, deliberadamente o no, hacen política pública porque transforman la vida comunitaria, y en particular la vida familiar; es posible para un ciudadano, o una organización social, presentar posiciones y propuestas (bajo el recurso de *amicus curiae*) para contribuir al esfuerzo de los ministros que han considerado necesario caracterizar *el interés superior de la niñez*: “La SCJ está buscando interpretaciones, paulatinamente, sin que nadie

insista en ello” (ponencia del ministro José Ramón Cossío, presentada en el seminario Familias en el siglo XXI, El Colegio de México, 20 de enero de 2009).

Potenciar la capacidad para incorporar en las interpretaciones de la Corte la impronta social por la niñez permitirá hacer visibles, y subsanar, las deficiencias en la producción de información de que adolecen todas las áreas del Poder Judicial, con el fin de garantizar que sea accesible para observar el cumplimiento de los derechos de la infancia.

Gradualmente deberá lograrse reunir información que tenga como referentes a las niñas y los niños de la *etapa (0)* en unidad con sus madres, ya que en la actualidad las estadísticas están fragmentadas por temas y unidades de observación, y los investigadores analizan por separado la natalidad, la mortalidad, la morbilidad y el registro de nacimientos, además de estudiar por una parte a las niñas y los niños, y por otra a las madres, rompiendo así la unidad de análisis relevante, que es el binomio madre-hija o hijo. En el caso de la *muerte materna* (mortalidad de mujeres por causas prevenibles, relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio), la orfandad de la niña o el niño recién nacidos, o su abandono, es particularmente grave porque incrementa los riesgos propios de la *etapa (0)*. Especialmente importante es contar con datos referidos a madres adolescentes, su atención prenatal y en el parto, así como su condición socioeconómica.

La intención última de crear el *Acervo de información* para el seguimiento del primer año de vida de las niñas y los niños, que aquí se propone, es que este instrumento contribuya a honrar el lema de Unicef: “Para todos los niños: salud, educación, igualdad y protección”.

## Bibliografía

- CAMPOS, B.F. (1998), “El registro extemporáneo de los nacimientos. Una fuente de información desatendida”, *Demos*, N° 11 (disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no11/DMS01116.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- FIGUEROA (1998), “El registro extemporáneo de los nacimientos. Una fuente de información desatendida”, *DemoS*, N° 11, México.
- JUAN, Mercedes (2014), “El más alto nivel posible de salud”, *México Social*, año 3, N° 45, abril, México (pp. 31-33).
- UNICEF (2005a), *Vigía de los derechos de la niñez mexicana*, IDN (0-5 años), N° 1, año 1, abril.
- (2005b), *Vigía de los derechos de la niñez mexicana*, IDN (6-11 años), N° 2, año 1, diciembre.
- (2006), *Vigía de los derechos de la niñez y adolescencia mexicana*, IDN (12-17 años), agosto, N° 3, año 2.
- WELTI, Carlos (ed.) (1997), *Demografía I*, Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP), Santiago de Chile, Celade, IIS-UNAM, The John and Catherine T. MacArthur Foundation.

## Anexo I. Catálogo de fichas técnicas de variables

### Código de identificación de las fichas técnicas

Etapa (primer dígito)	
1	0 años (desde el nacimiento hasta inmediatamente antes de cumplir un año)

Institución o dependencia (segundo dígito)	
1	Secretaría de Salud (SSa)
2	Secretaría de Educación Pública (SEP)
3	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (Inegi)
4	Consejo Nacional de Población (CONAPO)
5	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
6	Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
7	Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEE)
8	Consejo Nacional para la Prevención y el Control de VIH/sida (CONASIDA)

Área y número consecutivo (tercero y cuarto dígitos)	
1	Salud
2	Educación
3	Trabajo
4	Nutrición
5	Demografía
6	Social

Clave de elaboración (una letra)	
A	Sandra Murillo
B	Héctor Nájera

***Ficha técnica: 1-1-1.1-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), bases de datos en formato de cubos dinámicos multidimensionales.

*Referencia:*

Defunciones, período 1979-2006.

*Sitio de Internet:*

<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#dinamica>.

*Base de datos:*

Bases de datos en formato de cubos dinámicos multidimensionales, defunciones.

*Nombre de la variable:*

Número de defunciones de menores de un año.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Periodicidad:*

Anual.

*Años disponibles:*

1979 a 2006.

*Desagregación temática:*

Edad individual, sexo, causa de la defunción, referente indígena resid. (concentración de la población indígena). Véase observación a.

*Desagregación geográfica:*

Entidad de residencia, municipio de residencia.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-municipio-edad-sexo-causa.

*Observaciones:*

- a. No hay un glosario o catálogo donde se especifique la definición y a qué se refieren las categorías correspondientes a la variable “referente indígena resid” (desagregación según concentración de la población indígena). Las categorías que aparecen al desplegarse la información no son mutuamente excluyentes.
- b) Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-1.2-a***

*Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), bases de datos en formato de cubos dinámicos multidimensionales.

*Referencia:*

Nacidos vivos registrados, período 1990-2006.

*Sitio de Internet:*

<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#dinamica>.

*Base de datos:*

Bases de datos en formato de cubos dinámicos multidimensionales, nacimientos.

*Nombre de la variable:*

Número de nacimientos.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Periodicidad:*

Anual.

*Años disponibles:*

1990 a 2006.

*Desagregación temática:*

Año de nacimiento, año de registro, lugar del parto, quién atendió el parto.

*Desagregación geográfica:*

Entidad de ocurrencia, municipio de ocurrencia.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-municipio-año de nacimiento-año de registro-lugar del parto-quién atendió el parto.

*Observaciones:*

a. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica 1-1-1.3-a******Institución:***

SECRETARIA DE SALUD (SSa).

***Fuente:***

Elaborado por la Secretaría de Salud a partir de las bases de datos de las Defunciones Generales y de las Defunciones Fetales correspondientes a 2001 elaboradas por el Inegi y de las proyecciones de Población del Consejo Nacional de Población 1995-2050.

***Referencia:***

Secretaría de Salud (2002), *Mortalidad 2001*, México, Secretaría de Salud.

***Sitio de Internet:***

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7451.zip>.

***Cuadro:***

Cuadro I.2. Tasas de mortalidad por grupos de edad, según entidad federativa de residencia habitual.

***Nombre de la variable:***

Tasa de mortalidad por grupo de edad.

***Tipo de variable:***

Métrica.

***Definición:***

TASA DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD. Es la relación entre las defunciones ocurridas en cada grupo de edad y la población del mismo grupo de edad dentro de un determinado año.

$$\frac{\text{Defunciones ocurridas en cada grupo de edad} \times 1.000}{\text{Población del grupo de edad}}$$

(página *iv*, Introducción)

***Años disponibles:***

2001.

***Desagregación temática:***

Sexo, grupos de edad (menores de un año, de 1 a 4 años, y de 5 años en adelante por grupos quinquenales de edad hasta los 84 años; concluye en 85 y más años).

***Desagregación geográfica:***

Entidad.

***Intersecciones posibles:***

Entidad-grupos de edad-sexo.

***Observaciones:***

a. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-1.4-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Elaborado por la Secretaría de Salud a partir de las bases de datos de las Defunciones Generales y de las Defunciones Fetales correspondientes a 2001 elaboradas por el Inegi y de las proyecciones de Población del Consejo Nacional de Población 1995-2050.

*Referencia:*Secretaría de Salud (2002), *Mortalidad 2001*, México, Secretaría de Salud.*Sitio de Internet:*<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7451.zip>.*Cuadro:*

Cuadro I.2. Tasas de mortalidad por grupos de edad, según entidad federativa de residencia habitual.

*Nombre de la variable:*

Tasa de mortalidad infantil.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. Es la relación entre las defunciones ocurridas en el primer año de vida y la población del mismo grupo de edad dentro de un determinado año.

Defunciones ocurridas en menores de un año x 1.000

Población de menores de un año

(página *iv*, Introducción)

*Años disponibles:*

2001.

*Desagregación temática:*

Sexo.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo.

*Observaciones:*

a. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-1.4.1-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Elaborado por la Secretaría de Salud a partir de las bases de datos de las Defunciones Generales y de las Defunciones Fetales correspondientes a 2001 elaboradas por el Inegi y de las proyecciones de Población del Consejo Nacional de Población 1995-2050.

*Referencia:*

Secretaria de Salud (2002), *Mortalidad 2001*.

*Sitio de Internet:*

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7451.zip>.

*Cuadro:*

Cuadro I.6. Mortalidad infantil según entidad federativa de residencia habitual.

*Nombre de la variable:*

Tasa de mortalidad neonatal.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definiciones:*

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL. Expresa la relación entre la muerte de menores de 28 días de edad y los nacidos vivos de un año determinado.

Defunciones registradas de menores de 28 días de edad x 1.000

Nacidos vivos esperados

(página v, Introducción)

*Años disponibles:*

2001.

*Desagregación temática:*

Sexo.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo.

*Observaciones:*

a. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-1.4.2-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Elaborado por la Secretaría de Salud a partir de las bases de datos de las Defunciones Generales y de las Defunciones Fetales correspondientes a 2001 elaboradas por el Inegi y de las proyecciones de Población del Consejo Nacional de Población 1995-2050.

*Referencia:*Secretaria de Salud (2002), *Mortalidad 2001*.*Sitio de Internet:*<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7451.zip>.*Cuadro:*

Cuadro I.6. Mortalidad infantil según entidad federativa de residencia habitual.

*Nombre de la variable:*

Tasa de mortalidad posneonatal.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definiciones:*

TASA DE MORTALIDAD POSTNEONATAL. Es la relación entre la muerte de niños de veintiocho días a once meses de edad y los nacidos vivos registrados dentro de un período determinado.

Defunciones registradas de 28 días a 11 meses x 1.000

Nacidos vivos esperados

(página v, Introducción)

*Años disponibles:*

2001.

*Desagregación temática:*

Sexo.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo.

*Observaciones:*

a. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-1.5-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

Cobertura con esquema completo y por tipo de vacuna según censo nominal. Menores de 1 año.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con esquema de vacunación completo.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.1-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con desnutrición leve según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.2-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con desnutrición leve según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.3-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con desnutrición moderada según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.4-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con desnutrición moderada según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.5-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con desnutrición grave según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.6-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con desnutrición grave según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: código1-1-4.7-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con sobrepeso y obesidad según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.8-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con sobrepeso y obesidad según peso/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.9-a******Institución:***

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

***Fuente:***

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

***Referencia:***

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

***Sitio de Internet:***

<http://www.conava.gob.mx>.

***Cuadro:***

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON TALLA/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

***Nombre de la variable:***

Número de niños menores de 1 año con talla ligeramente baja según talla/edad.

***Tipo de variable:***

Métrica.

***Definición:***

Ninguna.

***Años disponibles:***

1998-2005.

***Desagregación temática:***

Ninguna.

***Desagregación geográfica:***

Entidad.

***Observaciones:***

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.10-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON TALLA/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con talla ligeramente baja según talla/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.11-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON TALLA/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con talla baja según talla/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.12-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON TALLA/EDAD. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con talla baja según talla/edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.13-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con desnutrición leve según peso/talla.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.14-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con desnutrición leve según peso/talla.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.15-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con desnutrición moderada según peso/talla.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.16-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con desnutrición moderada según peso/talla.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.17-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con desnutrición grave según peso/talla.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible de 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.18-a******Institución:***

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

***Fuente:***

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

***Referencia:***

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

***Sitio de Internet:***

<http://www.conava.gob.mx>.

***Cuadro:***

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

***Nombre de la variable:***

Porcentaje de niños menores de 1 año con desnutrición grave según peso/talla.

***Tipo de variable:***

Métrica.

***Definición:***

Ninguna.

***Años disponibles:***

1998-2005.

***Desagregación temática:***

Ninguna.

***Desagregación geográfica:***

Entidad.

***Observaciones:***

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.19-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000.  
MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Número de niños menores de 1 año con sobrepeso y obesidad según peso/talla.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-1-4.20-a****Institución:*

SECRETARÍA DE SALUD (SSa).

*Fuente:*

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

*Referencia:*

Programa Infancia. Nutrición. Informes trimestrales de Vacunación y Vigilancia Nutricional. Componente: vacunación y vigilancia nutricional.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conava.gob.mx>.

*Cuadro:*

ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PESO/TALLA. DICIEMBRE DEL 2000. MENORES DE 1 AÑO.

*Nombre de la variable:*

Porcentaje de niños menores de 1 año con sobrepeso y obesidad según peso/talla.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Definición:*

Ninguna.

*Años disponibles:*

1998-2005.

*Desagregación temática:*

Ninguna.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Observaciones:*

- a. Esta variable está disponible para los años 1998 a 2005. La información incluida en esta ficha es similar para todos los años, excepto porque en la referencia del cuadro cambia el año.
- b. Los informes son trimestrales, pero el informe de diciembre es el que contiene la información acumulada correspondiente a todo el año.
- c. No se encontró ningún documento con las definiciones.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-4-5.1-a****Institución:*

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO).

*Fuente:*

Proyecciones de la Población de México 2005-2050.

*Referencia:*

México en cifras. Proyecciones de la Población de México 2005-2050. Municipales.

*Sitio de Internet:*<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>.*Cuadro:*

Población total de los municipios a mitad de año, 2005-2030.

*Nombre de la variable:*

Número de menores de 1 año.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Periodicidad:*

Anual.

*Años disponibles:*

2005 a 2030.

*Desagregación temática:*

Grandes grupos de edad (0 a 14, 15 a 64, y 65 o más años), sexo.

*Desagregación geográfica:*

Entidad, municipio.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-municipio-grandes grupos de edad-sexo.

*Observaciones:*

- a). Con el fin de iniciar las proyecciones en 2005 y tomar como punto de partida el conteo de 2005, fue necesario adaptar la matriz de migración intermunicipal de 1995-2000 a los montos de migrantes de 2000-2005 por entidad federativa de procedencia, ya que en el conteo sólo se preguntó por la entidad federativa de residencia en 2000, pero no por el municipio
- b). En cuanto a lo que sería necesario solicitar a CONAPO: para estimar los indicadores, se necesitaría pedir las proyecciones de población para el período 2005-2010 por municipio, desagregadas por edad individual y sexo para los menores de 18 años, así como también las estimaciones retrospectivas correspondientes a 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004, considerando los criterios de desagregación mencionados.
- c). Fecha de elaboración de la ficha:.....

### ***Ficha técnica 1-4-5.2-a***

*Institución:*

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO).

*Fuente:*

Proyecciones de la Población Indígena de México 2000-2010.

*Referencia:*

México en cifras. Proyecciones de la Población Indígena de México 2000-2010. Bases de datos.

*Sitio de Internet:*

<http://www.conapo.gob.mx/00cifras/06.htm>.

*Cuadro:*

Población indígena a mitad de año por sexo y edad, 2000-2010.

*Nombre de la variable:*

Número de menores de un año indígenas.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Periodicidad:*

Anual.

*Años disponibles:*

2000 a 2010.

*Desagregación temática:*

Edad individual, sexo.

*Desagregación geográfica:*

Entidad seleccionada (Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Aguascalientes, Quintana Roo, San Luís Potosí, Veracruz, Yucatán, Resto de las entidades), sexo.

*Intersecciones posibles:*

Entidad seleccionada-sexo.

*Observaciones:*

a. La población base del ejercicio proviene del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. La población indígena considerada comprende a: 1. todos los integrantes de un hogar donde alguno de sus miembros habla alguna lengua indígena o se adscribe como perteneciente a algún grupo étnico; 2. si todos los hablantes o adscritos en el hogar pertenecen al servicio doméstico, sólo se clasifica a ellos como población indígena, y al resto de los miembros del hogar se les considera como población no indígena, y 3. se incluyen dentro de la población indígena a los residentes en viviendas colectivas que hablan alguna lengua aborígen

- b. Para la selección de las entidades los criterios fueron: 1. un porcentaje significativo de la población de la entidad debe ser indígena, y 2. un porcentaje significativo de la población indígena nacional debe residir en la entidad.
- c. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-3-2.1-b****Institución:*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

*Fuente:*

Elaboración a partir del procesamiento de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004 y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007.

*Referencia:*

Bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi).

Bases de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi).

*Sitio de Internet:*

No aplica.

*Nombre de la variable:*

Mujeres de 15 años o más que no saben leer ni escribir un recado, en hogares donde hay niños de 0 a 5 años de edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

1995-2008.

*Frecuencia:*

Trimestral.

*Desagregación temática:*

Sexo y edad individual.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo-edad individual.

*Observaciones:*

a. Es necesario utilizar preguntas específicas del cuestionario para, mediante el procesamiento de las bases de datos, obtener la variable. Las preguntas que se necesitan son:

p8 (sexo)

p9 (edad)

p12 (analfabetismo)

est (estado)

b. Es necesario aplicar el factor de expansión.

c. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica 1-3-5.1-b****Institución:*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

*Fuente:*

Elaboración a partir del procesamiento de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004 y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007.

*Referencia:*

Bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi)  
Bases de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi).

*Sitio de Internet:*

[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/cuestionarios/encuestas/hogares/C\\_enoe.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/cuestionarios/encuestas/hogares/C_enoe.pdf).<sup>7</sup>

*Nombre de la variable:*

Mujeres de 15 años o más en hogares donde hay niños de 0 a 5 años de edad.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

1995-2008.

*Frecuencia:*

Trimestral.

*Desagregación temática:*

Sexo y edad individual.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo-edad individual.

7. Todas las variables del área trabajo se obtienen de encuestas (Enet-Enoe) trimestrales. Es necesario aplicar estadística para anualizar la información. Las bases de datos no están disponibles en Internet; por ello se usó el cuestionario, la codificación en las bases de datos está hecha a partir de las preguntas. El cuestionario de referencia es el de la Enoe.

*Observaciones:*

- a. Es necesario utilizar preguntas específicas del cuestionario para, mediante el procesamiento de las bases de datos, obtener la variable. Las preguntas que se necesitan son:
  - p8 (sexo)
  - p9 (edad)
  - est (estado)
- b. Es necesario aplicar el factor de expansión.
- c. Fecha de elaboración de la ficha:.....

**Ficha técnica 1-3-6.1-b***Institución:*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

*Fuente:*

Censo de Población y Vivienda 2000. Censo de Población y Vivienda 2005.

*Referencia:*

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2005.

*Sitio de Internet:*

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/cpv2000/bd/pv2000/pobladores.asp?s=estyc=10260>.

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2005.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/bd/consulta2005/phv.asp?s=estyc=10404>.

*Nombre de la variable:*

Población 0 a 5 años que habita en viviendas sin disponibilidad de agua entubada al interior.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

2000 y 2005.

*Frecuencia:*

Quinquenal.

*Desagregación temática:*

Sexo, indígena y edad individual.

*Desagregación geográfica:*

Entidad y municipio.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo-edad individual -municipio-indígena.

*Observaciones:*

- La obtención de la información se realiza mediante la selección de las casillas en la consulta interactiva de datos ubicada en ambas direcciones de Internet.
- Incluye tanto a los que no disponen de agua de la red pública como a los que tienen disponibilidad de agua conectada a la red pública pero sólo al terreno.
- Fecha de elaboración de la ficha:.....

**Ficha técnica 1-3-6.2-b***Institución:*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

*Fuente:*

Censo de Población y Vivienda 2000. Censo de Población y Vivienda 2005.

*Referencia:*

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2005.

*Sitio de Internet:*

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/cpv2000/bd/pv2000/pobladores.asp?s=estyc=10260>.

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2005.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/bd/consulta2005/phv.asp?s=estyc=10404>.

*Nombre de la variable:*

Población de 0 a 5 años que habita en viviendas sin disponibilidad de energía eléctrica.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

2000 y 2005.

*Frecuencia:*

Quinquenal.

*Desagregación temática:*

Sexo, indígena y edad individual.

*Desagregación geográfica:*

Entidad y municipio.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo-edad individual-municipio-indígena.

*Observaciones:*

- a. La obtención de la información se realiza mediante la selección de las casillas en la consulta interactiva de datos ubicada en ambas direcciones de Internet.
- b. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-3-6.3-b****Institución:*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

*Fuente:*

Censo de Población y Vivienda 2000. Censo de Población y Vivienda 2005.

*Referencia:*

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2005.

*Sitio de Internet:*

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/cpv2000/bd/pv2000/pobladores.asp?s=estyc=10260>.

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2005.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/bd/consulta2005/phv.asp?s=estyc=10404>.

*Nombre de la variable:*

Población de 0 a 5 años que habita en viviendas con piso de tierra 2000 y 2005.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

2000 y 2005.

*Frecuencia:*

Quinquenal.

*Desagregación temática:*

Sexo, indígena y edad individual.

*Desagregación geográfica:*

Entidad y municipio.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo-edad individual-municipio-indígena.

*Observaciones:*

- a. La obtención de la información se realiza mediante la selección de las casillas en la consulta interactiva de datos ubicada en ambas direcciones de Internet.
- b. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-3-6.4-b******Institución:***

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

***Fuente:***

Censo de Población y Vivienda 2000. Censo de Población y Vivienda 2005.

***Referencia:***

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y del Censo de Población y Vivienda 2005.

***Sitio de Internet:***

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2000.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/censos/cpv2000/bd/pv2000/pobladores.asp?s=estyc=10260>.

Consulta interactiva de datos del Censo de Población y Vivienda 2005.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/bd/consulta2005/phv.asp?s=estyc=10404>.

***Nombre de la variable:***

Población 0 a 5 años que habita en hogares sin disponibilidad de drenaje.

***Tipo de variable:***

Métrica.

***Años disponibles:***

2000 y 2005.

***Frecuencia:***

Quinquenal.

***Desagregación temática:***

Sexo, indígena y edad individual.

***Desagregación geográfica:***

Entidad y municipio.

***Intersecciones posibles:***

Entidad-sexo-edad individual-municipio-indígena.

***Observaciones:***

- a. La obtención de la información se realiza mediante la selección de las casillas en la consulta interactiva de datos ubicada en ambas direcciones de Internet.
- b. Incluye únicamente a la población que no tiene ningún tipo de drenaje. Es decir, excluye a los que tienen drenaje conectado a la fosa séptica, barranca, río, lago o mar.
- c. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica 1-3-6.6-b****Institución:*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

*Fuente:*

Elaboración a partir del procesamiento de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004 y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007.

*Referencia:*

Bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi)  
Bases de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi).

*Sitio de Internet:*

[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/cuestionarios/encuestas/hogares/C\\_enoe.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/cuestionarios/encuestas/hogares/C_enoe.pdf).

*Nombre de la variable:*

Población de 0 a 5 años en hogares donde la suma de los ingresos de sus trabajadores, mayores de 18 años, es inferior a 1,5 salarios mínimos.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

1995-2008.

*Frecuencia:*

Trimestral.

*Desagregación temática:*

Sexo, edades individuales.

*Desagregación geográfica:*

Entidad federativa.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo-edades individuales.

*Observaciones:*

a. Es necesario utilizar preguntas específicas del cuestionario para, mediante el procesamiento de las bases de datos, obtener la variable. Las preguntas que se necesitan son:

“cuestionario de características sociodemográficas del hogar”

“p1” (¿La semana pasada trabajó por lo menos una hora?)

“p1a” (Independientemente de lo que me acaba de decir, ¿le dedicó la semana pasada al menos una hora a.....)

“p1b” (¿tiene algún empleo, negocio o realiza alguna actividad por su

*cuenta?)*

“p8” (*sexo*)

“p9” (*edad*)

“est” (*estado*)

“p6c” (*Actualmente el salario mínimo mensual es de \$....., ¿la cantidad que obtiene al mes por su trabajo es.....*)

Segunda variable del trabajo mal remunerado (conforme al nombre adoptado en el primer cálculo del índice).

c. Ver anexo III (definición de *trabajo*): ver nota al pie ficha xxx.

d. Es necesario aplicar el factor de expansión.

e. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-3-8.1-b****Institución:*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI).

*Fuente:*

Elaboración a partir del procesamiento de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004 y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007.

*Referencia:*

Bases de datos de la Encuesta Nacional de Empleo Trimestral (ENET) 1995-2004. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi).  
Bases de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005-2007. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi).

*Sitio de Internet:*

[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/cuestionarios/encuestas/hogares/C\\_enoe.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/cuestionarios/encuestas/hogares/C_enoe.pdf).<sup>8</sup>

*Nombre de la variable:*

Población de 0 a 5 años que habita en viviendas donde ninguno de sus miembros tiene acceso a atención médica por parte de su trabajo.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

1995-2008.

*Frecuencia:*

Trimestral.

*Desagregación temática:*

Sexo y edad individual.

*Desagregación geográfica:*

Entidad.

*Intersecciones posibles:*

Entidad-sexo-edad individual.

8. Todas las variables del área trabajo se obtienen de encuestas (Enet-Enoe) trimestrales. Es necesario aplicar estadística para anualizar la información. Las bases de datos no están disponibles en Internet; por ello se usó el cuestionario, la codificación en las bases de datos está hecha a partir de las preguntas. El cuestionario de referencia es el de la Enoe.

*Observaciones:*

- a. Es necesario utilizar preguntas específicas del cuestionario para, mediante el procesamiento de las bases de datos, obtener la variable. Las preguntas que se necesitan son:
  - “sociodemográficas” (*preguntas de identificación de la vivienda y de los miembros del hogar*):
    - “p1” (*¿La semana pasada trabajó por lo menos una hora?*)
    - “p1a” (*Independientemente de lo que me acaba de decir, ¿le dedicó la semana pasada al menos una hora a.....?*)
    - “p1b” (*¿Tiene algún empleo, negocio o realiza alguna actividad por su cuenta?*)
    - “p6d” (No recibe atención médica)
    - “p7d” (No recibe atención médica. Sólo en caso de contar con dos trabajos).
    - “p8” (*sexo*)
    - “p9” (*edad*)
    - “est” (*estado*)
- b. Definición de *trabajo*: ver nota al pie ficha xxx.
- c. Es necesario aplicar el factor de expansión.
- d. Fecha de elaboración de la ficha:.....

***Ficha técnica: 1-8-4.1-b****Institución:*

CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE VIH/SIDA (CONASIDA).

*Fuente:*

Elaboración con datos de SS/Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos del SIDA. 2004-2007.

*Referencia:*

Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México.

*Sitios de Internet:*

<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/panoepide31dic2007.pdf>.

<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/panoepide31dic2006.pdf>.

<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2005/panoramadic05.pdf>.

<http://www.salud.gob.mx/conasida/comite/minutas/cuadic2004.pdf>.

*Nombre de la variable:*

Casos nuevos y acumulados de sida en menores de 15 años, según categoría de transmisión.

*Tipo de variable:*

Métrica.

*Años disponibles:*

2004-2007.

*Frecuencia:*

Semestral.

*Desagregación temática:*

Grupos de edad (menores y mayores de 15 años).

*Desagregación geográfica:*

Nacional.

*Intersecciones posibles:*

Nacional-grupos de edad.

*Observaciones:*

- La desagregación por edad incluye a los menores de 15 años.
- Incluye transmisiones perinatales.
- Los datos por sexo no tienen intersección con edad.
- La información por entidad considera todos los casos, no distingue grupos ni sexo.
- Fecha de elaboración de la ficha:.....

## Anexo II. Catálogo de indicadores

### CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS INDICADORES

Código de *etapa etaria* (dígitos entre paréntesis):

(0) Menores de 1 año

Código de *derechos* (primer dígito):

- 1 A la vida
- 2 A crecer saludable
- 3 A la educación
- 4 A la no-explotación laboral (trabajo prohibido, perjudicial o mal remunerado)
- 5 A tener un nombre y una nacionalidad
- 6 A tener una vida sin maltrato ni violencia
- 7 A un nivel de vida adecuado (en el hogar, condiciones de la vivienda y características del municipio)

Código de *orden* (segundo y tercer dígitos):

Número consecutivo de indicadores según el *derecho*.

Nota: las variables que se utilizan en la fórmula de cálculo del indicador tienen la identificación de la ficha que les corresponde en el *Catálogo de fichas técnicas de variables* (anexo I). Si el indicador mismo está incluido en alguna de las fuentes, también tiene la identificación de su ficha.

### *Etapa (0)*

#### (0) 1.1

### 1. Derecho a la vida

#### 1.1. Tasa de mortalidad infantil

Descripción: es el número de defunciones de menores de un año acaecidas en determinado año entre el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año (por mil).

$$TMI_{(0),e,m,s} = \frac{DI_{(0),e,m,s}}{NI_{(0),e,m,s}} * 1.000$$

donde:

*TMI* tasa de mortalidad de menores de un año en la unidad geográfica analizada (por mil)

<i>DI</i>	número de menores de un año fallecidos (ficha 1-1-1.1-a)
<i>NV</i>	número de niñas y niños nacidos vivos (ficha 1-1-1.2-a)
<i>e</i>	entidad federativa
<i>m</i>	municipio
<i>s</i>	sexo

### (0) 1.2

## 1. Derecho a la vida

### 1.2. Razón de mortalidad materna

Descripción: es el número de defunciones de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, en un año determinado por cada 10.000 nacidos vivos en el transcurso de ese mismo año.

$$RMMAT_{(0),e,m,s} = \frac{DMAT_{e,m,s}}{NV_{e,m,s}} * 10.000$$

donde:

<i>RMMAT</i>	razón de mortalidad materna en la unidad geográfica analizada (por diezmil)
<i>DMAT</i>	número de mujeres fallecidas por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (ficha xxx)
<i>NV</i>	número de niñas y niños nacidos vivos en el período (ficha 1-1-1.2-a)
<i>e</i>	entidad federativa
<i>m</i>	municipio
<i>s</i>	sexo

Nota: ver anexo-indicadores 1.

### (0) 1.3

## 1. Derecho a la vida

### 1.3. Tasa de mortalidad de menores de 1 año por desnutrición y otras deficiencias nutricionales

Descripción: es el número de defunciones debidas a la desnutrición o a causas relacionadas con la desnutrición en menores de 1 año, ocurridas en un período determinado entre la población en ese rango de edad para el mismo período (por cien mil).

$$TMORDESN_{(0),e,m,s} = \frac{DEFDESN_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} * 100.000$$

donde:

<i>TMORDESN</i>	tasa de mortalidad por desnutrición o causas relacionadas con la desnutrición en la unidad geográfica analizada (por cien mil)
<i>DEFDESN</i>	número de defunciones debidas a la desnutrición o causas relacionadas en menores de 1 año
<i>POB</i>	número de menores de 1 año a mitad del período (ficha 1-4-5.1-a)
<i>e</i>	entidad federativa
<i>m</i>	municipio
<i>s</i>	sexo

Nota: ver anexo-indicadores 2.

## (0) 1.4

### 1. Derecho a la vida

#### 1.4. Tasa de mortalidad de menores de 1 año por VIH/sida

Descripción: es el número de defunciones causadas por VIH/sida en menores de 1 año, ocurridas en un período determinado entre la población en ese rango de edad para el mismo período (por cien mil).

$$TMORSIDA_{(0),e,m,s} = \frac{DEFSIDA_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} * 100.000$$

donde:

<i>TMORSIDA</i>	tasa de mortalidad por VIH/sida en la unidad geográfica analizada (por cien mil)
<i>DEFSIDA</i>	número de defunciones causadas por VIH/sida en menores de 1 año (ficha xxx)
<i>POB</i>	número de menores de 1 año a mitad de período (ficha 1-4-5.1-a)
<i>e</i>	entidad federativa
<i>m</i>	municipio
<i>s</i>	sexo

Nota: ver anexo-indicadores 3.

**(0) 2.1****2. Derecho a crecer saludable****2.1. Porcentaje de menores de 1 año con desnutrición moderada o grave**

Descripción: se estima tomando como referencia en el numerador el número de menores de 1 año con bajo peso para la edad, que se encuentran clasificados en las categorías “desnutrición moderada y grave” (ver anexo-indicadores 4).

$$PDESN_{(0),e,m,s} = \frac{BPE_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} * 100$$

donde:

*PDESN* porcentaje de menores de 1 año que presentan desnutrición moderada o grave en la unidad geográfica analizada (fichas 1-1-4.4.a y 1-1-4.6.a)

*BPE* población de menores de 1 año que presentan desnutrición moderada o grave (fichas 1-1-4.3.a y 1-1-4.5.a)

*POB* población de menores de 1 año sometidos a las mediciones antropométricas (censo nominal) en la unidad geográfica analizada

*e* entidad federativa

*m* municipio

*s* sexo

Nota: este indicador será proporcionado por el CENSIA (Centro para la Salud de la Infancia y la Adolescencia), vinculado a la Secretaría de Salud.

**(0) 2.2****2. Derecho a crecer saludable****2.2. Porcentaje de menores de 1 año con esquema de vacunación completo**

Descripción: se considera a las niñas y los niños de catorce meses o menos con esquema de vacunación completo (número ideal de vacunas, dosis y refuerzos que debe recibir la población, de acuerdo con su edad). Toma como referencia en el numerador a las niñas y los niños de catorce meses o menos que han recibido las siguientes vacunas: vacuna BCG, vacuna tipo Sabin (VOP) y vacuna DPT+HB+Hib (ver anexo-indicadores 5).

$$PVACEC_{(0),e,m,s} = \frac{VAC_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} * 100$$

donde:

**PVACEC** porcentaje de niñas y niños de catorce meses o menos con esquema de vacunación completo para su edad en la unidad geográfica analizada (ficha 1-1-1.5-a)

**VAC** población de catorce meses o menos con esquema de vacunación completo para su edad

**POB** población de catorce meses o menos registrada según censo nominal

**e** entidad federativa

**m** municipio

**s** sexo

Notas: se considera a la población de menores de catorce meses, para tener un período de gracia de dos meses adicionales que permita cumplir con el esquema de vacunación completo establecido para los menores de 1 año; este indicador será proporcionado por el CENSIA (Centro para la Salud de la Infancia y la Adolescencia), vinculado a la Secretaría de Salud.

### (0) 2.3

## 2. Derecho a crecer saludable

### 2.3. Porcentaje de madres sin escolaridad

Descripción: el indicador escolaridad de la madre se refiere al porcentaje que representan las mujeres sin ningún grado de escolaridad aprobado, madres de menores de un año, que tuvieron hijos en determinado año, respecto del total de madres de menores de un año, que tuvieron el hijo el mismo año de referencia.

$$PESCMAD_{e,m,s} = \frac{MADSE_{e,m,s}}{TOTMAD_{e,m,s}} * 100$$

donde:

**PESCMAD** porcentaje que representan las mujeres sin escolaridad que tuvieron un hijo nacido vivo registrado el año de referencia respecto del total de mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos registrados ese mismo año, en la unidad geográfica analizada

**MASDE** número de mujeres sin ningún grado de escolaridad aprobado que son madres de menores de 1 año nacidos en el año de referencia (ficha 1-1-1.2-a)

**TOTMAD** total de mujeres madres de menores de 1 año, que tuvieron una hija o hijo en el año de referencia (ficha 1-1-1.2-a)

<i>e</i>	entidad federativa
<i>m</i>	municipio
<i>s</i>	sexo

Nota: este indicador de escolaridad de la madre se puede obtener a partir de la información contenida en las bases de datos de nacidos vivos registrados (estadísticas vitales) que proporciona la Secretaría de Salud.

## (0) 5.1

### 5. Derecho a tener un nombre y una nacionalidad

#### 5.1. Porcentaje de menores de 1 año con registro extemporáneo

Descripción: el indicador considera como registro extemporáneo en un año dado (*t*) el número de menores de un año nacidos en el año (*t*) que fueron registrados en un año diferente al del nacimiento.

$$PREGEXT_{(0),e,m,s} = \frac{NACaño(t)_{(0),e,m,s} - REG0año(t)_{(0),e,m,s}}{NACaño(t)_{(0),e,m,s}} * 100$$

donde:

*PREGEXT* porcentaje de menores de 1 año que fueron registrados en un año diferente al de nacimiento

*NACaño(t)* número de menores de 1 año nacidos vivos registrados el año de referencia (ficha 1-1-1.2-a)

*REG0año(t)* número de menores de 1 año registrados el año de referencia (ficha 1-1-1.2-a)

*e* entidad federativa

*m* municipio

*s* sexo

Nota: este indicador de registro extemporáneo,<sup>9</sup> también denominado de registro tardío, se puede obtener a partir de la información contenida en las bases de datos de nacidos vivos registrados (estadísticas vitales) que proporciona la Secretaría de Salud.

9. De acuerdo con Figueroa (1998), en la mayoría de las legislaciones de las entidades federativas se establece un plazo máximo de 180 días a partir del nacimiento, para que se realice el registro, a cargo de los padres; después de esa fecha, se considera extemporáneo (Secretaría de Gobernación, "Aspectos legales, administrativos y Sociales de los registros extemporáneos de los nacimientos", Boletín Informativo, México, Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal, año 3, N° 4, 1983). Referencia: Beatriz Figueroa, "El registro extemporáneo de los nacimientos. Una fuente de información desatendida", DemoS, N° 11, México, enero de 1998 (disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no11/DMS01116.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).

## **Indicadores del entorno**

### **(0) 7.1**

#### **7. Derecho a un nivel de vida adecuado**

##### **7.1. Porcentaje de niñas o niños menores de un año sin agua entubada al interior de la vivienda**

Descripción: el porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin agua entubada al interior, en un año determinado.

$$PVSA_{(0),e,m,s} = \left( \frac{POBSA_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} \right) * 100$$

donde:

*PVSA* porcentaje de niñas o niños de menores de un año que habitan en viviendas sin agua entubada al interior de la vivienda en la unidad geográfica analizada

*POBSA* número de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin agua entubada al interior de la vivienda (ficha 1-3-6.1.b)

*POB* número de niñas o niños menores de un año (ficha 1-4-5.1-a)

*e* entidad federativa

*m* municipio

*s* sexo

Notas: factible quinquenalmente por municipio. A partir de 2008, bianualmente por entidad mediante las ENIGH. La referencia de las fichas incluye el intervalo de edad 0 a 5 años. Para la elaboración de este indicador, es necesario trabajar con el grupo de edad señalado.

### **(0) 7.2**

#### **7. Derecho a un nivel de vida adecuado**

##### **7.2. Porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin energía eléctrica**

Descripción: el porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin energía eléctrica en un año determinado.

$$PVSE_{(0),e,m,s} = \left( \frac{POBSE_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} \right) * 100$$

donde:

*PVSE* porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin energía eléctrica en la unidad geográfica analizada

*POBSE* número de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin energía eléctrica (ficha 1-3-6.2.b)

*POB* número de niñas o niños menores de un año (ficha 1-4-5.1-a)

*e* entidad federativa

*m* municipio

*s* sexo

Nota: factible quinquenalmente por municipio. A partir de 2008, bianualmente por entidad mediante las ENIGH. La referencia de las fichas incluye el intervalo de edad 0 a 5 años. Para la elaboración de este indicador, es necesario trabajar con el grupo de edad señalado.

### (0) 7.3

## 7. Derecho a un nivel de vida adecuado

### 7.3. Porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas con piso de tierra

Descripción: el porcentaje de menores de un año que habitan en viviendas con piso de tierra en un año determinado.

$$PVPT_{(0),e,m,s} = \left( \frac{POBPT_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} \right) * 100$$

donde:

*PVPT* porcentaje de menores de un año que habitan en viviendas con piso de tierra en la unidad geográfica analizada

*POBPT* número de menores de un año que habitan en viviendas con piso de tierra (ficha 1-3-6.3.b)

*POB* número de niñas o niños menores de un año (ficha 1-4-5.1-a)

*e* entidad federativa

*m* municipio

*s* sexo

Notas: factible quinquenalmente por municipio. A partir de 2008, bianualmente por entidad mediante las ENIGH. La referencia de las fichas incluye el intervalo de edad 0 a 5 años. Para la elaboración de este indicador, es necesario trabajar con el grupo de edad señalado.

**(0) 7.4****7. Derecho a un nivel de vida adecuado****7.4. Porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin drenaje**

Descripción: el porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin drenaje en un año determinado.

$$PVSD_{(0),e,m,s} = \left( \frac{POBSD_{(0),e,m,s}}{POB_{(0),e,m,s}} \right) * 100$$

donde:

*PVSD* porcentaje de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin drenaje en la unidad geográfica analizada

*POBSD* número de niñas o niños menores de un año que habitan en viviendas sin drenaje (ficha 1-3-6.4.b)

*POB* número de niñas o niños de menores de un año (ficha 1-4-5.1-a)

*e* entidad federativa

*m* municipio

*s* sexo

Notas: factible quinquenalmente por municipio. A partir de 2008, bianualmente por entidad mediante las ENIGH. La referencia de las fichas incluye el intervalo de edad 0 a 5 años. Para la elaboración de este indicador, es necesario trabajar con el grupo de edad señalado.

**(0) 7.5****7. Derecho a un nivel de vida adecuado****7.5. Porcentaje de niñas o niños menores de un año en hogares donde la suma de ingresos por trabajo es menor a 1,5 salarios mínimos mensuales**

Descripción: corresponde a las niñas o los niños menores de un año en hogares donde la suma de los ingresos de los trabajadores (mayores de 18 años) es inferior a un salario mínimo y medio como porcentaje del total de niñas o niños de 1 a 5 años en un año determinado.

$$PHSM_{(0),e,s} = \left( \frac{HSM_{(0),e,s}}{POB_{(0),e,s}} \right) * 100$$

donde:

- PHSM** porcentaje de niñas o niños menores de un año que habita en hogares donde la suma de los ingresos de los trabajadores, de 18 o más años, es inferior a 1,5 salarios mínimos mensuales en la unidad geográfica analizada
- HSM** número de niñas o niños menores de un año que habita en hogares donde la suma de los ingresos de los trabajadores, de 18 o más años, es inferior a 1,5 salarios mínimos mensuales (ficha 1-3-6.6-b)
- POB** número de niñas o niños menores de un año (ficha 1-4-5.1-a)
- e** entidad federativa
- s** sexo

Nota: los salarios mínimos tienen que ser ajustados por la región de salarios mínimos fijada por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI). Los ingresos son sólo aquéllos derivados por trabajo, no incluyen otro tipo de transferencias o rentas. La fuente para obtener los ingresos es la ENOE. La referencia de las fichas incluye el intervalo de edad 0 a 5 años. Para la elaboración de este indicador, es necesario trabajar con el grupo de edad señalado.

## **ANEXOS-INDICADORES**

### **Anexo-indicadores 1**

#### **Defunciones maternas**

##### ***Definiciones***

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna es “el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (*Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión CIE-10, 1990).

Las *defunciones maternas* se subdividen en:

- *Defunciones obstétricas directas*, que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- *Defunciones obstétricas indirectas*, que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante éste, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Otras definiciones vinculadas con defunciones maternas son:

- *Muertes maternas tardías*, que suceden por causas obstétricas directas o indirectas, ocurridas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

- *Muertes maternas relacionadas con el embarazo*, que son las defunciones de mujeres mientras están embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de su defunción.

### Medición

De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2006), se cuentan sólo aquellas en las que se identifica la causa básica como materna. Además, se realiza una búsqueda intencionada de muertes maternas en otras causas, para corregir problemas de mala clasificación o mala codificación (DGIS, 2006).

**Cuadro A-1. Principales causas de muertes maternas.**

Principales causas de muertes maternas	CIE 10*
Aborto	000-008
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo y parto y puerperio	010-016
Hemorragia del embarazo, anteparto, parto y posparto	020. 044-046, 067, 072
Otras complicaciones del embarazo y parto	021-043,060-066,066-071,073-075
Sepsis y otras infecciones puerperales	A34, 085-086
Otras complicaciones del puerperio	087-092
Muerte obstétrica de causa no especificada	095
Causas obstétricas indirectas	098-099, F53,** M830**
VIH/sida y embarazo	B20-B24
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la placenta (coriocarcinoma)	C58, D392**
Muertes maternas tardías	096-097

(\*) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10).

(\*\*) Cuando la muerte ocurre dentro de los 42 días posparto.

Fuente: Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (Cemece), Dirección general de la Información en Salud (DGIS), Secretaría de Salud.

Aunque la CIE-10 incorpora las categorías O96 y O97, correspondientes a muertes maternas ocurridas 42 días después del puerperio (tardías o por secuelas), para los fines de las comparaciones nacionales e internacionales,

éstas no se incluyen en el numerador de la razón de mortalidad materna. Las defunciones de mujeres durante el embarazo, en el parto o el puerperio, complicadas con VIH/sida, aunque se codifican dentro del capítulo de infecciosas, también se incorporan al cálculo de la razón de mortalidad materna; lo mismo ocurre con las categorías A34, D39.2, F53, M83.0, cuando la muerte ocurre antes de los 42 días del término del puerperio (referencia Cemece).

## Referencias

- Centro Mexicano de Clasificación de enfermedades (Cemece), Secretaría de Salud. disponible en: [http://dgis.salud.gob.mx/dgis/news\\_eventos/rn04/Cemece.pdf](http://dgis.salud.gob.mx/dgis/news_eventos/rn04/Cemece.pdf).*
- Lozano, R. (2003), Tendencias de la mortalidad materna y acciones para mejorar su registro, presentado en la “3ª Conferencia sobre Mortalidad materna sin riesgos en México”, SIC/DGIS (disponible en: <http://http://www.mortalidadmaterna.com.mx/docs/MSR2003RLA.ppt>).*
- (2006), *Indicadores de salud materna y neonatal*, presentado en el “Taller para uniformar la definición y construcción de indicadores de las redes de servicio enfocadas en salud materna y neonatal”, SIC/DGIS (disponible en: [http://dgis.salud.gob.mx/press/tallerCIPD/1\\_IndicadoresdeSaludMaternayNeonatal.ppt#273,8,Razón de Mortalidad Materna](http://dgis.salud.gob.mx/press/tallerCIPD/1_IndicadoresdeSaludMaternayNeonatal.ppt#273,8,Razón de Mortalidad Materna)).

## Anexo-indicadores 2

**Cuadro A-2. Causas de muerte por desnutrición y otras deficiencias nutricionales.**

Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	CIE 10 (*)
Kwashiorkor	E40
Marsamo nutricional	E41
Kwashiorkor marsámico	E42
Desnutrición proteicocalórica severa	E43
Desnutrición proteicocalórica de grado moderado y leve	E44
Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicocalórica	E45
Desnutrición proteicocalórica no especificada	E46
Deficiencia de vitamina A	E50
Deficiencia de Tiamina	E51
Deficiencia de niacina	E52
Deficiencia de otras vitaminas del grupo B	E53
Deficiencia de vitamina D	E55
Otras deficiencias vitamínicas	E56
Deficiencia dietética de calcio	E58

Deficiencia de otros elementos nutricionales	E61
Otras deficiencias nutricionales	E63
Secuelas de la desnutrición y otras deficiencias nutricionales	E64

(\*) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE\_10).

Fuente: Unicef (2005), Informe técnico sobre la construcción y el cálculo del índice para las niñas y niños de cero a cinco años (IDN-%).

### Anexo-indicadores 3

**Cuadro A-3. Causas de muerte por VIH/sida.**

<b>Enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA)</b>	<b>CIE 10*</b>
Enfermedades infecciones y parasitarias resultantes del Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH/sida)	B20
Neoplasias malignas resultantes del Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)	B21
Otras enfermedades especificadas resultantes del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	B22
Otras condiciones resultantes del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	B23
Enfermedades no especificadas del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	B24

(\*) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE\_10).

Fuente: Anexo CIE-10, capítulo 1.

### Anexo-indicadores 4

#### Interpretación de los indicadores antropométricos

- **Peso para la edad:** es útil para vigilar la evolución del niño cuando se sigue su curva de crecimiento.
- **Peso para la talla:** el bajo peso para la talla refleja una pérdida reciente, lo que indica desnutrición aguda.
- **Talla para la edad:** la talla baja para la edad refleja una desnutrición crónica.

### ***Clasificación de desnutrición utilizando las tablas de la NCHS, con el indicador peso para la edad***

Para saber cuál es el peso o la talla que el niño debiera tener con relación a su edad, el CONAVA recurrió a las tablas de referencia publicadas por la Organización Mundial de la Salud, usadas en todo el mundo como la “vara de medir”. De acuerdo con el CONAVA, es importante usar la misma “vara de medir” que el resto del mundo, para estar en aptitud de hacer comparación entre las poblaciones; de otra manera, no se sabría dónde se encuentra México respecto de otros países, al hablar de prevalencias de desnutrición.

Actualmente, y a fin de utilizar el mismo indicador, el CONAVA toma como base las tablas del Centro Nacional para Estadísticas en Salud de los Estados Unidos (NCHS, por sus siglas en inglés). Dichas tablas han sido incorporadas como normativas en la Norma Oficial Mexicana para el control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente (NOM-008 SSA 2-1993).

1. *Desnutrición leve*: cuando el peso del niño se encuentre de -1 a -1,99 desviaciones estándar, con relación a su edad.
2. *Desnutrición moderada*: cuando el peso del niño se encuentre de -2 a -2,99 desviaciones estándar, con relación a su edad.
3. *Desnutrición grave*: cuando el peso del niño sea igual o menor a -3 desviaciones estándar, con relación a su edad.

Referencia: <http://www.conava.gob.mx/nut/atenextnut.htm>.

## **Anexo-indicadores 5**

### **Definiciones incluidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002**

*Censo nominal*: fuente primaria del Sistema de Información de las Actividades de Vacunación Universal y Nutrición, donde se registran nombre, edad, domicilio, esquema de vacunación, peso, talla y otras acciones, que realizan las instituciones del Sistema Nacional de Salud en beneficio de la población menor de ocho años, y de las embarazadas que residen en el área geográfica de su responsabilidad.

*Esquema básico de vacunación*: esquema de vacunación orientado a la aplicación, en menores de cinco años de edad, de ocho dosis de vacunas para la prevención de diez enfermedades: a. poliomielitis con tres dosis de la vacuna

VOP tipo Sabin; b. formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; c. tétanos, difteria, tos ferina, infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B con tres dosis de la vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib), y d. sarampión, rubéola y parotiditis, con una dosis de triple viral (SRP).

*Esquema completo de vacunación:* número ideal de vacunas, dosis y refuerzos que debe recibir la población, de acuerdo con su edad.

### **Grupos de edad y esquemas**

- a. *Vacuna VOP tipo Sabin:* al menos tres dosis, con intervalo de dos meses entre cada una, aplicándose la primera a los dos meses de edad, la segunda a los cuatro, y la tercera a los seis. Se aplicarán dosis adicionales a los niños menores de cinco años, de conformidad con los Programas Nacionales de Salud.
- b. *Vacuna BCG:* se debe vacunar a todos los niños recién nacidos o en el primer contacto con los servicios de salud antes del año de edad.
- c. *Vacuna pentavalente (DPT+HB+Hib):* se debe vacunar a niños menores de cinco años.
- d. *Vacuna triple viral (SRP):* se debe vacunar a todos los niños de uno a seis años, o personas mayores hasta los doce años de edad en circunstancias de riesgo epidemiológico. El esquema incluye dos dosis de vacuna: la primera, a los doce meses de edad (cuando esto no sea posible, el período se ampliará hasta los cuatro años), y la segunda, al cumplir los seis años o ingresar a la escuela primaria.

Referencia: *NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano* (DOF, 17 de julio de 2003; disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/036ssa202.html>).

A partir de 2007, el esquema de vacunación se modifica como sigue:

*Esquema básico de vacunación:* esquema de vacunación orientado a la aplicación, en menores de cinco años de edad, de 11 dosis de vacunas para la prevención de once enfermedades: a. formas graves de tuberculosis con una dosis de BCG; b. tétanos, difteria, tos ferina, infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b y virus inactivado de poliomielitis con cuatro dosis de la vacuna pentavalente (DPaT+Hib+VIP); c. sarampión, rubéola y parotiditis, con una dosis de triple viral (SRP); d. hepatitis B con tres dosis, y e) influenza con 2 dosis.

La vacuna tipo Sabin (VOP), antipoliomielítica, sólo se aplica en Semanas Nacionales de Salud.

Referencias: *SEGUNDA Resolución por la que se modifica la NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano*, abril de 2007  
(disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/mod036ssa202.pdf>).



## **Pobreza y desarrollo cognitivo**

### **Consideraciones para el diseño de estrategias de intervención orientadas a su optimización**

*Sebastián Lipina,\* María Soledad Segretin,\*\*  
María Julia Hermida,\*\*\* Lucía M. Prats,\*\*\*\*  
Carolina S. Fracchia\*\*\*\*\* y Jorge A. Colombo\*\*\*\*\**

#### **Aspectos conceptuales generales sobre el desarrollo cognitivo en contextos de pobreza**

El desarrollo humano es un proceso complejo de cambios dinámicos, que involucra múltiples fenómenos que operan diferentes niveles de organización (molecular, celular, conductual) (Spencer *et al.*, 2011). La psicología del desarrollo y la neurociencia cognitiva del desarrollo contemporáneas proponen el abordaje de tal complejidad en base a la consideración de los siguientes principios sobre el desarrollo: a. es un fenómeno multidimensional cuyo estudio debe considerar dimensiones biológicas, psicológicas, ambientales y culturales (por ejemplo, la propia actividad de los niños<sup>1</sup> como motor de cambio; la naturaleza continua o discontinua de los diferentes procesos de cambio, y

\* Doctor en Psicología (UNSL). Investigador Conicet. Director Unidad de Neurobiología Aplicada (UNA, Cemic-Conicet). Profesor adjunto regular a cargo del seminario “Vulnerabilidad social y desarrollo cognitivo”, carrera de Psicopedagogía (UNSAM). Correo electrónico: *lipina@gmail.com*.

\*\* Doctora en Psicología (UNSL). Investigadora Conicet, codirectora del Área Desarrollo Infantil UNA, Cemic-Conicet. Jefa de trabajos prácticos del seminario “Vulnerabilidad social y desarrollo cognitivo”, carrera de Psicopedagogía (UNSAM).

\*\*\* Doctora en Psicología (UNSL). Becaria posdoctoral Conicet.

\*\*\*\* Licenciada en Psicología (UBA). Becaria doctoral Foncyt. Docente honoraria del seminario “Vulnerabilidad social y desarrollo cognitivo”, carrera de Psicopedagogía (UNSAM).

\*\*\*\*\* Licenciada en Psicología (UBA). Becaria doctoral Conicet. Docente honoraria del seminario “Vulnerabilidad social y desarrollo cognitivo”, carrera de Psicopedagogía (UNSAM).

\*\*\*\*\* Doctor en Medicina (UBA). Investigador Conicet. Consultor UNA, Cemic-Conicet.

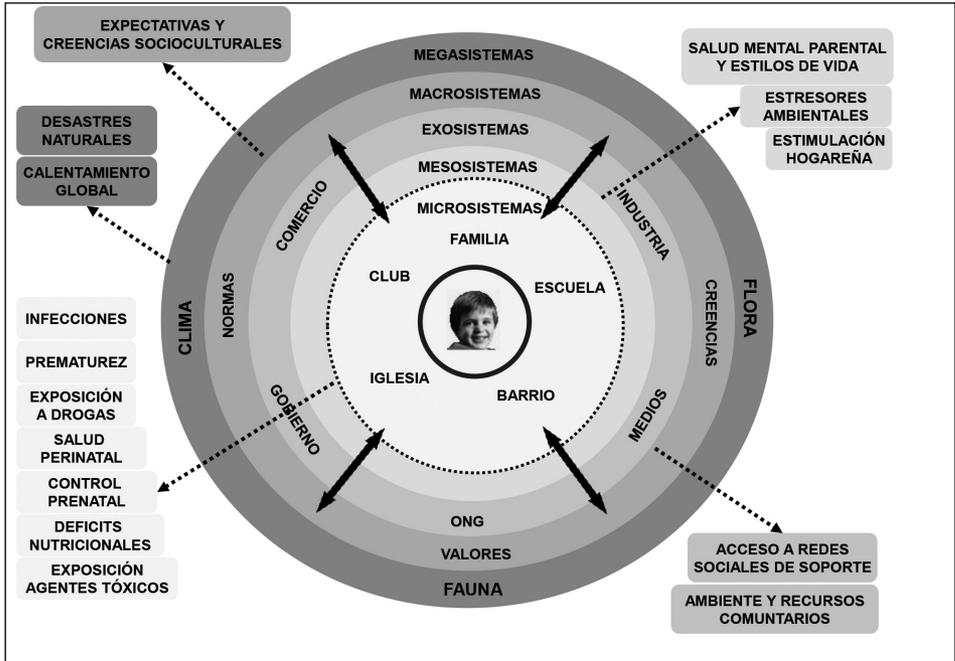
1. En todo el texto se utiliza “niños” para referir tanto a niñas como a niños. Con esta aclaración, se espera que el lector comprenda que los autores contemplan la importancia de no sostener ningún tipo de discriminación respecto de este tema.

el rol modulador de los contextos de desarrollo); b. involucra fenómenos de progresión (integración) y de regresión (desintegración), cuyo balance puede cambiar con el tiempo; c. es un fenómeno plástico que varía entre individuos, y d. se sitúa en un contexto social, histórico y cultural específico, el cual también puede variar a lo largo de la vida de cada individuo (Siegler *et al.*, 2006; Spencer *et al.*, 2011).

En particular, el desarrollo cognitivo involucra un conjunto heterogéneo de procesos de control (atención, control inhibitorio, flexibilidad, memoria de trabajo), razonamiento y memoria que contribuyen con la conformación de las competencias de aprendizaje (Goswami, 2008). Cada uno de estos procesos cognitivos, que se manifiestan de manera diferencial en los distintos niveles de organización, siguen trayectorias de evolución específicas desde el primer año de vida en adelante (Marsh *et al.*, 2010). Tales trayectorias son moduladas tanto por factores individuales (susceptibilidad individual al ambiente) como por factores ambientales presentes en el hogar, la escuela y la comunidad (Bradley y Corwyn, 2002; Lipina y Colombo, 2009; Moffit *et al.*, 2011; NICHD, 2005).

En especial, las relaciones entre los contextos de desarrollo y el desarrollo cognitivo infantil han sido estudiadas ampliamente durante las últimas cinco décadas. Entre el conjunto de los factores individuales y ambientales que la evidencia empírica identifica como los moduladores más frecuentes del desarrollo cognitivo, se encuentran los siguientes: la historia de salud perinatal y posnatal, la nutrición prenatal y posnatal, la educación materna, el estatus marital, la salud mental de los padres, los sucesos de vida negativos en el hogar y en la escuela, la calidad de la estimulación en el hogar, las interacciones sociales en los contextos de crianza (por ejemplo, hogar y escuela), la calidad estructural de la vivienda, el hacinamiento y los modelos de roles sociales presentes en la comunidad (Bradley y Corwyn, 2002; Brooks-Gunn y Duncan, 1997; de Fur *et al.*, 2007; Evans, 2004; Gassman-Pines y Yoshikawa, 2006; Hackman y Farah, 2009; Walker *et al.*, 2011). Estos factores, de acuerdo con su naturaleza y su forma de presentación, pueden operar como factores de *riesgo* (por ejemplo, presencia de agentes neurotóxicos en el ambiente de crianza o ausencia de niveles adecuados de estimulación para el aprendizaje en el hogar) o bien de *protección* (por ejemplo, ausencia de neurotóxicos en el ambiente de crianza o presencia de niveles adecuados de estimulación para el aprendizaje en el hogar) (figura 1).

**Figura 1. Esquema de contextos de desarrollo y factores de protección/ riesgo del desarrollo cognitivo en función a la clasificación de Bronfenbrenner (1998).**



Fuente: Elaboración propia con base en Bronfenbrenner, U. (1998), *La ecología del desarrollo humano*, Buenos Aires, Paidós.

Más específicamente, la investigación experimental y aplicada de las últimas dos décadas, en las áreas de psicología del desarrollo y neurociencia cognitiva del desarrollo, sugiere que:

- Las experiencias tempranas favorables ejercerían un impacto positivo en diferentes aspectos del desarrollo de los procesos de control cognitivo; en particular, aquellas que involucran a las relaciones entre los niños y sus cuidadores directos (Blair *et al.*, 2014; Evans *et al.*, 2013; Obradovic *et al.*, 2010; Whittle *et al.*, 2014).
- Las experiencias tempranas desfavorables se asocian a alteraciones y dificultades en el desarrollo de los procesos de control cognitivo, memoria y lenguaje, tanto a nivel conductual como de la activación de las redes neurales involucradas en tales procesamientos (Hackman y Farah, 2009; Hackman *et al.*, 2010; Raizada y Kishiyama, 2010; Lipina y Colombo, 2009; Lipina y Posner, 2012; Shonkoff, 2010).
- El desempeño en tareas con demandas de control cognitivo se asocia con aspectos del temperamento infantil como el esfuerzo voluntario

- de control y la afectividad negativa, dos aspectos relacionados con el desarrollo autorregulatorio emocional y cognitivo (Diamond, 2013; Posner y Rothbart, 2007; Ursache *et al.*, 2013).
- d. La influencia de los factores ambientales sobre el desarrollo cognitivo es función de la acumulación de factores, el momento del desarrollo en el cual se presentan por primera vez en la vida de los niños y su perdurabilidad en el tiempo (Bradley y Corwyn, 2002; Brooks-Gunn y Duncan, 1997; deFur *et al.*, 2007; Evans, 2004; Gassman-Pines y Yoshikawa, 2006; Obradovic *et al.*, 2010; Walker *et al.*, 2011).
  - e. El ambiente de crianza influye sobre el desarrollo autorregulatorio en función de la susceptibilidad al ambiente de cada individuo. Evidencia de estudios recientes da cuenta de cómo la exposición a diferentes factores ambientales interactúa con las características individuales a nivel de la identidad genética<sup>2</sup> y temperamental, de modo tal que los cursos del desarrollo de diferentes atributos varían entre individuos (Beach *et al.*, 2014; Brown *et al.* 2014; Ellis *et al.*, 2011; Mitchell *et al.*, 2014; Obradovic *et al.*, 2010; Rothbart *et al.*, 2008). Es decir que las variaciones individuales a nivel genético o temperamental modularían el modo en que los niños pueden ser afectados tanto de manera negativa por factores ambientales estresantes y adversos, como positiva por los recursos ambientales disponibles en sus contextos de crianza (Ellis *et al.*, 2011). Asimismo, resultados de estudios recientes sugieren que tal acción entre las características individuales y el ambiente, así como sus efectos, podrían además variar en el tiempo (Wiebe *et al.*, 2009).
  - f. Respecto de los momentos y los tiempos de exposición a ambientes desfavorables por pobreza, se ha podido establecer que: 1. la pobreza experimentada en la infancia temprana tiene un mayor impacto en la adolescencia, que la pobreza experimentada sólo en la adolescencia; 2. más allá de que el impacto temprano y sostenido de la pobreza en algunas áreas del desarrollo (por ejemplo, cognición) puede tener consecuencias perdurables que afectan a las personas durante todo su ciclo vital, la pobreza puede afectar el desarrollo en cualquiera de sus etapas, y no se han identificado aún períodos sensibles para tales impactos; y 3. la frecuencia de la exposición a la pobreza (por

2. En el contexto de este trabajo, identidad genética refiere a la existencia de polimorfismos en cualquier población de estudio; es decir, variaciones en la secuencia de los elementos constitutivos del ADN entre los individuos de una población. Un polimorfismo puede consistir en la sustitución de una base nitrogenada (por ejemplo, adenina por citosina), o un proceso más complejo, como la repetición de una secuencia determinada de ADN en la que un porcentaje de individuos tenga un determinado número de copias de una determinada copia (por ejemplo, identidad A), y otro grupo, otra (por ejemplo, identidad B). Para que un cambio se considere polimórfico, debe aparecer en, al menos, el 1% de la población. La evidencia disponible da cuenta de diferentes polimorfismos de genes candidatos asociados a la codificación de distintos atributos del funcionamiento neural relacionados con procesos de autorregulación (DAT1, DRD4, COMT).

ejemplo, cantidad de veces que se la padece durante el ciclo vital) tiene un mayor impacto en comparación con su padecimiento en un solo momento específico (NICHD, 2005).

El conjunto de la evidencia descripta tiene implicancias de importancia para comprender el problema, así como también para generar propuestas de investigación básica y aplicada específicas. En primer lugar, el impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo y la adquisición de aprendizajes puede ser modulado no sólo por la acumulación de factores de riesgo presentes en los ambientes de crianza, sino también por las oportunidades de estimulación. Asimismo, esto varía según la susceptibilidad de cada niño al ambiente; de manera que un tipo de reactividad emocional (por ejemplo, temperamento) no implica necesariamente que se desarrollará una dificultad en algún aspecto del desarrollo autorregulatorio, sino que ello dependerá de la calidad del ambiente de crianza (Lipina, 2014a, 2014b). En segundo lugar, las asociaciones entre condición socioeconómica y desarrollo cognitivo no involucran sólo el ingreso, los niveles de educación y de ocupación de los padres, y las condiciones de las viviendas como factores determinantes, sino también otros relacionados con la salud, la calidad del ambiente familiar y escolar, la calidad de las interacciones entre adultos y niños, las características de las familias, los barrios y el apoyo de diferentes redes sociales (Bradley y Corwyn, 2002; Gassman-Pines y Yoshikawa, 2006; Grantham-McGregor *et al.*, 2007; Barnett *et al.*, 2013). En tercer lugar, algunos investigadores sugieren que las intervenciones orientadas a optimizar las oportunidades de desarrollo cognitivo de poblaciones infantiles en riesgo social por pobreza deberían sostenerse durante mucho más tiempo que los primeros tres o cinco años, hasta al menos la primera o las dos primeras décadas de vida (Lipina y Colombo, 2009; Najman *et al.*, 2009; Bacallao *et al.*, 2012). Por último, en la actualidad sigue resultando necesario innovar en las agendas de investigación, de manera de continuar identificando mecanismos que median el impacto de la pobreza, momentos sensibles durante el desarrollo en los cuales la exposición a los factores de riesgo o protección ejercen sus principales influencias (Lipina, 2014a, 2014b; Obradovic y Boyce, 2009).

### **Aspectos específicos sobre el desarrollo cognitivo en contextos de pobreza**

La mayor parte de los estudios en el área –realizados desde hace más de nueve décadas en diferentes sociedades– se orientan al análisis de los efectos de la pobreza sobre el desempeño cognitivo en términos de inteligencia general o pautas madurativas alcanzadas, y la conducta socioemocional de los niños en el hogar y en la escuela (Bradley y Corwyn, 2002; Brooks-Gunn y Duncan, 1997; Evans, 2004; McLoyd, 1998). Los efectos más frecuentemente

descritos en la literatura para el período comprendido entre los tres y ocho años de edad han sido: a. la disminución del coeficiente intelectual (CI), de las habilidades de lenguaje y de ejecución; b. una mayor incidencia de trastornos de aprendizaje; c. el aumento del ausentismo escolar, y d. la disminución del número de años de escolaridad completados (Brooks-Gunn y Duncan, 1997; McLoyd, 1998). En niños de seis a treinta y seis meses, se observó la disminución de cocientes de desarrollo (CD) a nivel de las habilidades verbales y motoras (Bradley y Corwyn, 2002; Brooks-Gunn y Duncan, 1997; Dearing, 2008).

Por otra parte, durante la última década y media, las perspectivas neurocognitivas han confirmado en forma reiterada que las condiciones de vulnerabilidad material y social tempranas afectan el cerebro en su estructura y función (Hackman y Farah, 2009; Hackman *et al.*, 2010; Lipina, 2014a, 2014b; Lipina y Colombo, 2009; Lipina y Posner, 2012; Mohammed *et al.*, 2002). De manera específica, la neurociencia cognitiva del desarrollo ha dado cuenta de que la pertenencia a hogares pobres modula:

- a. El desempeño en tareas con demandas de control cognitivo y lenguaje (Crook y Evans, 2014; Evans y Fuller-Rowell, 2013; Farah *et al.*, 2006, 2008; Lipina *et al.*, 2004, 2005, 2013; Noble *et al.*, 2005, 2006a, b, 2007; Rao *et al.*, 2010; Segretin *et al.*, 2014; Stevens *et al.*, 2008, 2009; Thomas *et al.*, 2013).
- b. La asignación de estados mentales y emocionales a congéneres (Carlson y Moses, 2001; Curenton, 2003).
- c. Los patrones de activación cerebral asociados a tareas con demandas de control cognitivo y procesamiento fonológico y lenguaje (D'Angiulli *et al.*, 2008; Kishiyama *et al.*, 2009; Özlem y Küntay, 2014; Noble *et al.*, 2007; Raizada *et al.*, 2008; Rao *et al.*, 2010; Stevens *et al.*, 2008, 2009).
- d. Los patrones de activación cerebral asociados a tareas con demandas de control cognitivo en adultos con historia de pobreza infantil (Kim *et al.*, 2013).
- e. El estado neural de reposo en etapas tempranas del desarrollo (Tomalski *et al.*, 2013).
- f. El volumen, el grosor y la conectividad de áreas de la corteza cerebral involucradas en procesos de control cognitivo (corteza prefrontal medial y dorsolateral), emocional (amígdala), memoria y aprendizaje (hipocampo) (Brito y Noble, 2014; Jenkins *et al.*, 2013; Lawson *et al.*, 2013; Luby *et al.*, 2013; Noble *et al.*, 2013; Sheridan *et al.*, 2013).

En síntesis, la evidencia disponible en el área sugiere que, en particular, los sistemas neurocognitivos de lenguaje y de control cognitivo serían más susceptibles a las influencias ambientales que otros sistemas; y que la calidad del ambiente lingüístico y la presencia de estresores en los ambientes de crianza son los dos mecanismos que explicarían el impacto sobre los sistemas neurocognitivos involucrados en tales tipos de procesamiento (Brito y Noble, 2014).

Estas hipótesis de trabajo son apoyadas, además, por los resultados de otros estudios diseñados para evaluar el efecto de diferentes formas de crianza en el desarrollo de los procesos de control cognitivo infantil (Belsky y Haan, 2011; Blair *et al.*, 2014; Landry *et al.*, 2002), y el rol mediador de factores ambientales en los efectos del nivel socioeconómico en el desarrollo del lenguaje (Hoff, 2003). En el mismo sentido, en estudios recientes del ámbito de la neurociencia cognitiva, se ha identificado que, incluso dentro de un mismo contexto de privación socioeconómica, el desempeño en tareas de procesamiento fonológico y de memoria varía de acuerdo con los niveles de estimulación cognitiva en el hogar (Farah *et al.*, 2008; Rao *et al.*, 2010). Una vez más, esta evidencia indica que, más allá del nivel de educación, ocupación e ingresos de los padres, y algunos aspectos estructurales de los hogares, las variables relacionadas con el estilo de vida, tales como la crianza de los hijos, junto con la disponibilidad y el uso de material que permita a los niños jugar y aprender, son importantes para considerar el rol mediador de las variables no económicas en el impacto de la pobreza (Bennett *et al.*, 2008; Bradley y Corwyn, 2005; Cadima *et al.*, 2010; Leinonen *et al.*, 2002; Sarsour *et al.*, 2011; Rhoades *et al.*, 2011).

### **Aportes de la UNA al estudio del impacto de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo**

En la presente sección, se describen en forma sintética dos líneas de investigación desarrolladas en Argentina por un grupo de investigación de la Unidad de Neurobiología Aplicada, que han permitido acumular evidencia y contribuir con la comprensión del impacto de diversas condiciones socioambientales en el desempeño en tareas con demandas de cognitivo de niños de seis meses a once años de edad, de distintos distritos del país.<sup>3</sup>

#### ***Efectos de la pobreza sobre el control cognitivo durante las primeras dos décadas de vida***

En 1996, se inició en la UNA un programa de investigación básica y aplicada, con el objetivo de evaluar el desempeño en tareas con demandas de control cognitivo de niños provenientes de hogares con NBI, con pruebas provenientes de la psicología del desarrollo y, en particular, de la neurociencia

3. Todos los estudios desarrollados en la UNA (tanto los que se incluyen en esta sección como en la de intervenciones, más adelante) siguen procedimientos éticos que se ajustan a las recomendaciones, guías y normas para el trabajo de investigación con niños y poblaciones con vulnerabilidad social, sugeridos por agencias multilaterales (Unicef, OPS) y científicas (Conicet, APA, ERIC). Asimismo, cada uno de los proyectos ha sido evaluado y aprobado, antes de su implementación por el Comité de Ética del Cemic.

cognitiva del desarrollo. Las hipótesis de trabajo proponían que los niños provenientes de hogares con NBI tendrían desempeños disminuidos en pruebas con demandas de control cognitivo, en base a la evidencia disponible de la psicología del desarrollo. En un *primer estudio*, se administró la prueba A-no-B de Piaget a 280 niños de entre seis y catorce meses, de hogares con NBI y con Necesidades Básicas Satisfechas (NBS), con el fin de establecer si las diferencias socioeconómicas de los hogares influían sobre los procesamientos de control inhibitorio y memoria de trabajo espacial. Los resultados indicaron que los infantes provenientes de hogares con NBI efectuaron menos respuestas correctas consecutivas y más errores perseverativos que los provenientes de hogares con NBS; lo cual sugiere la presencia de dificultades para sostener representaciones de localizaciones espaciales y controlar la interferencia de información irrelevante (Lipina *et al.*, 2005). En un *segundo estudio*, se buscó establecer si tales tipos de diferencias también eran posibles de encontrar en la etapa preescolar. Para ello, se comparó el desempeño en tareas con demandas de control cognitivo de 250 niños de tres a cinco años de edad, de ambos grupos socioeconómicos (NBI, NBS), alumnos de jardines de infantes de los barrios de La Boca y Barracas (ciudad de Buenos Aires) y de las localidades de Vicente López y San Isidro (provincia de Buenos Aires). Los resultados confirmaron los hallazgos previos sobre la disminución del desempeño en tareas de control cognitivo en las poblaciones provenientes de hogares con NBI. Tal disminución del desempeño se asoció a dificultades para iniciar tareas, organizar y sostener información relevante y controlar la irrelevante (Lipina *et al.*, 2004). En un *tercer estudio*, realizado en 2005, se evaluaron los desempeños cognitivos de niños entre tres y cinco años provenientes de hogares con NBI y con NBS, que asistían a guarderías y jardines de infancia de la ciudad de Salta. Los resultados indicaron que los niños provenientes de hogares con NBI tuvieron desempeños disminuidos, en el mismo sentido que en el estudio previo. Entre 2008 y 2010, el grupo realizó un *cuarto estudio*, en el que se administró una nueva batería de pruebas con demanda de control cognitivo, a 250 niños de cuatro a seis años, de diferentes distritos escolares de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense, con el objetivo de profundizar el análisis de la modulación socioeconómica sobre el desempeño y para la validación de instrumentos de evaluación (Hermida *et al.*, 2011). Recientemente, se aplicaron tales metodologías en el contexto de un *quinto estudio*, con 210 niños de cuatro y cinco años, de escuelas de la ciudad de Buenos Aires, agregando al abordaje análisis de mediación de variables sociodemográficas asociadas a la experiencia de pobreza infantil. Los resultados mostraron diferencias significativas en el desempeño de tareas con demandas de control atencional, flexibilidad y memoria de trabajo; y efectos indirectos significativos de la educación y ocupación parental, la disponibilidad de libros en el hogar y el uso de computadoras e Internet en el hogar (Lipina *et al.*, 2013). Asimismo, se encontró que las variables género, edad, esfuerzo de control (temperamento) y, en forma marginal, nivel de ocupación parental, fueron predictoras del

aumento de los tiempos de reacción en las tareas con demandas de control atencional (Prats *et al.*, 2012).

### ***Análisis longitudinal del desarrollo de procesos de control cognitivo y su modulación por factores socioambientales***

En esta línea de investigación, se analizan las trayectorias de desarrollo de procesos de control cognitivo, en niños de edad preescolar y escolar provenientes de diferentes contextos socioeconómicos, y que han participado de tres estudios desarrollados por los grupos de investigación de la UNA, del INCI-HUSA (CCT-Mendoza) y de la Universidad del Aconcagua (UDA). De manera específica, se analiza información obtenida en el contexto de un diseño longitudinal (cuatro mediciones por niño), correspondiente al desempeño en tareas con demandas de atención, memoria de trabajo, control inhibitorio, flexibilidad, planificación y anticipación, de niños sin historia de trastornos, de tres a once años de las ciudades de Buenos Aires y Mendoza. Para ello, se implementan modelos de análisis estadísticos generales mixtos, que permiten incorporar factores fijos y aleatorios, a fin de analizar las diferencias individuales de las trayectorias del desempeño cognitivo, así como identificar perfiles de trayectorias asociados a las diferentes condiciones ambientales y de estimulación cognitiva (Segretin *et al.*, 2014). En este contexto, los resultados parciales del estudio sugieren que las trayectorias del desempeño en una tarea con demanda de atención de niños escolares de la ciudad de Mendoza es modulada en función de la condición de tener o no exceso de edad para el grado escolar en curso, así como también por el nivel educativo del padre (Ison *et al.*, enviado).

### ***Intervenciones para la promoción del desarrollo cognitivo de poblaciones infantiles que viven en contextos de pobreza***

Desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, se han implementado en todo el mundo decenas de programas de intervención interdisciplinarios, destinados a favorecer el desarrollo –integral en general y cognitivo en particular– de niños que viven en condiciones de pobreza (Burger, 2010; Boocock, 2003; Campbell *et al.*, 2014; Diamond y Lee, 2011). Sólo una parte de ellos han sido diseñados de manera adecuada para la evaluación de su impacto, lo cual ha permitido identificar principios de eficacia de las intervenciones, entre los cuales la literatura (Britto *et al.*, 2011; Ramey y Ramey, 2003; Reynolds *et al.*, 2011) destaca los siguientes:

- a. *Duración.* Las intervenciones de mayor duración tendrían más beneficios. Un ejemplo de ello es la observación de un gradiente de los efectos según la cantidad de tiempo de exposición a las intervenciones (Colombo y Lipina, 2005). En este sentido, los efectos positivos

- a corto plazo que suelen verificarse en las intervenciones tienen mayor probabilidad de desaparecer en la medida en que no existe un mantenimiento de éstas.
- b. *Inicio temprano y continuidad.* Aquellas intervenciones que comienzan en fases tempranas del desarrollo han demostrado tener mayor impacto. Por otra parte, aquellos programas que continúan implementándose durante diferentes etapas del desarrollo, acompañando a los niños durante las transiciones entre los niveles educativos, han contribuido a la obtención de mejores impactos.
  - c. *Intensidad.* Aquellos programas cuyas actividades se desarrollaron con la mayor frecuencia posible, durante la mayor cantidad de días al año, han contribuido a la obtención de impactos más significativos.
  - d. *Direccionalidad.* Aquellas intervenciones que involucran en forma directa a los niños –y no se implementan exclusivamente a través de un agente mediador, como los padres o los maestros– han mostrado mayores beneficios y perdurabilidad de los efectos, en comparación con otras en las que las acciones son dirigidas sólo a los agentes mediadores. No obstante, la combinación de ambos enfoques es considerada la mejor opción.
  - e. *Multimodularidad.* Las intervenciones que ofrecen una gama amplia de actividades y prestaciones (nutrición, educación, cognición, estimulación para el aprendizaje, capacitación y orientación a padres y maestros, trabajo social) se asocian a impactos más significativos, en comparación con otras que sólo ofrecen algunas de estas prestaciones.

Si bien estos principios de eficacia son coherentes con las concepciones ecológicas y sistémicas del desarrollo humano (Spencer *et al.*, 2011), es importante recordar que también constituyen propuestas generadas a partir de programas de gran envergadura y calidad metodológica (por ejemplo, Proyecto Abecedario, Perry Preschool, CPC de Chicago), cuyo diseño y aplicación es posible sólo en determinadas circunstancias. La realidad de la mayor parte de los contextos de intervención, particularmente en los países en desarrollo, impone limitaciones y requerimientos específicos que hacen necesario evaluar en forma continua sus condiciones de aplicabilidad (Lipina y Colombo, 2009; Sheese y Lipina, 2011).

En la última década, se han desarrollado nuevas intervenciones que también se orientan a mejorar el desarrollo cognitivo infantil, pero utilizando conceptos y metodologías que derivan de las concepciones de la psicología del desarrollo –desde la perspectiva del procesamiento de la información–, en combinación con las de la neurociencia cognitiva del desarrollo. Su objetivo principal consiste en analizar los procesos de plasticidad neurocognitiva a través de la ejercitación o el entrenamiento de procesos de control cognitivo que se asocian a la adquisición de los primeros aprendizajes escolares (Diamond y Lee, 2011; Lipina y Colombo, 2009; Miller *et al.*, 2014; OCDE, 2007; Posner y Rothbart, 2007; Segretin *et al.*, 2012, 2014). Desde un punto de vista conceptual, toman como objeto de entrenamiento procesos cognitivos

más específicos que los descriptos por la tradición psicométrica. Los procesos entrenados (atención, control inhibitorio, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y procesamiento fonológico) son aquellos que la neurociencia cognitiva del desarrollo ha identificado como centrales para el desarrollo cognitivo y socioemocional infantil; y, en consecuencia, también para la adquisición de los primeros aprendizajes escolares en las áreas de lengua y matemática (Cartwright, 2012; Coldren, 2013; Garon *et al.*, 2008; McClelland *et al.*, 2007).

En años recientes, la comprensión de determinados mecanismos cognitivos básicos involucrados en la lectura, el desarrollo de la aritmética y los mecanismos de la atención fueron evaluados en estudios neurocognitivos, en forma de módulos de estimulación cognitiva. El objetivo de esta serie de proyectos fue promover cambios en el desempeño cognitivo en niños sin historia de trastornos (Rueda *et al.*, 2005), con trastornos específicos del desarrollo (trastorno por déficit de atención con hiperactividad –TDAH– y discalculia) (Butterworth *et al.*, 2011; Klingberg *et al.*, 2005; McCandliss *et al.*, 2003; Shaywitz *et al.*, 2004; Temple *et al.*, 2003; Wilson *et al.*, 2006) o que viven en contextos de vulnerabilidad social (Segretin *et al.*, 2012, 2014; Neville *et al.*, 2013; Stevens *et al.*, 2008, 2009; Wilson *et al.*, 2009). Estos abordajes podrían complementar las intervenciones multimodulares descritas en la sección anterior, aportando conceptos y metodologías. Sin embargo, la integración conceptual y metodológica entre ambas perspectivas de intervención se encuentra en sus inicios. Es necesario desarrollar investigaciones básicas y aplicadas, para poder evaluar los beneficios potenciales de tal integración. En este sentido, es necesario evaluar las posibilidades de transferir metodologías de aplicación y de evaluación entre diferentes contextos de aplicación; ajustar las intervenciones de acuerdo con una identificación más precisa de los procesos cognitivos y emocionales afectados por la pobreza, así como los mecanismos mediadores de su impacto; e identificar grados de modificación por intervención de diversas dimensiones del desarrollo infantil. En particular, la consideración por parte de la neurociencia cognitiva de distintos niveles de análisis, en el estudio de los fenómenos cognitivos, no sólo permite enriquecer la comprensión de cómo la pobreza modula los desempeños cognitivos de los niños, sino que también contribuye a la evaluación del impacto de las intervenciones (Böttcher y Ziegler, 2008; Hackman y Farah, 2009; Heckman, 2006; Lipina y Colombo, 2009; Shonkoff, 2010). La posibilidad de ampliar los abordajes analíticos permite una aproximación más adecuada a la complejidad del desarrollo cognitivo y su modulación por factores ambientales que también incluyen a las intervenciones.

Por otra parte, si bien las posibles articulaciones entre neurociencia y educación se encuentran aún en una etapa preliminar en términos conceptuales y metodológicos, es posible plantear el diseño de intervenciones que incluyan actividades escolares en las que se incorpore la estimulación de procesos cognitivos básicos (Posner y Rothbart, 2007). Para ello es necesario considerar aspectos metodológicos acerca de cómo desarrollar las actividades escolares con el fin de estimular el procesamiento cognitivo. En este sentido, es impor-

tante señalar que la falta de información en las publicaciones, acerca de las actividades concretas utilizadas en las intervenciones curriculares, constituye un problema que debe ser abordado por los investigadores, a fin de identificar componentes eficaces de cada programa (Battro *et al.*, 2008; Benarós *et al.*, 2010; Lipina y Sarlé, 2009; Lipina y Sigman, 2011; Sigman *et al.*, 2014).

## **Aportes de la UNA al área de intervenciones**

En la presente sección, se incluyen ejemplos de seis programas de intervención desarrollados e implementados en Argentina por el grupo de la UNA, en colaboración con otros grupos de investigación o agencias multilaterales y gubernamentales.<sup>4</sup> El diseño de algunos de estos programas buscó integrar los principios de eficacia de las intervenciones mencionados, con los abordajes de psicología del desarrollo y neurociencia cognitiva del desarrollo que se implementaron durante la última década y media.

### ***Programa de Intervención Escolar (PIE)***

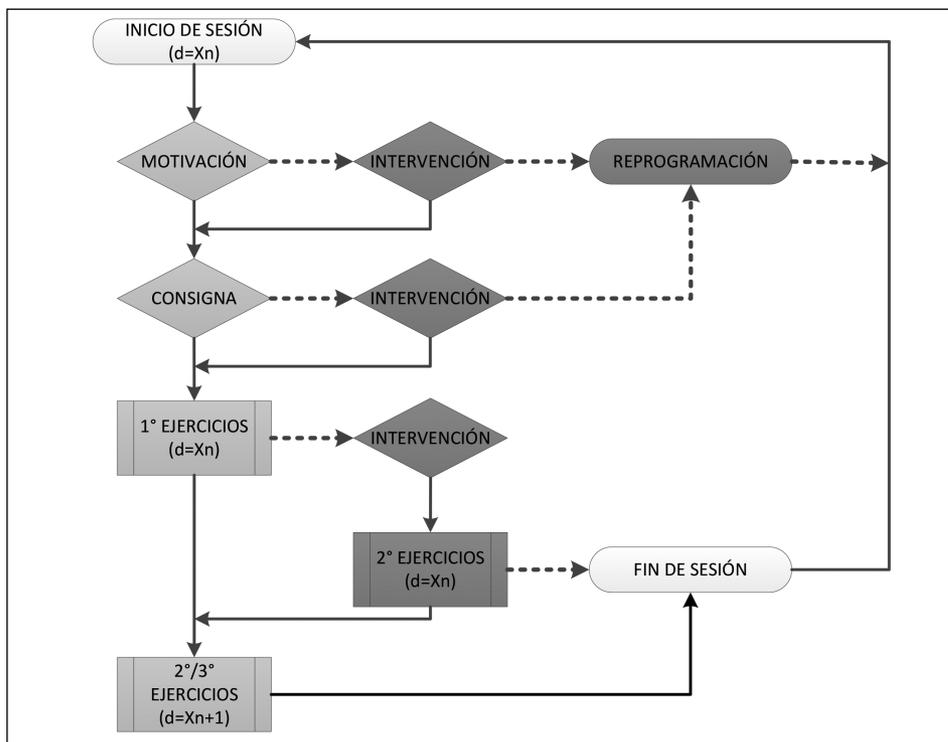
Este programa involucró a 237 niños de tres a cinco años de edad, sin historias de trastornos del desarrollo, alumnos de tres escuelas públicas de los barrios de La Boca y Barracas (ciudad de Buenos Aires), que provenían de hogares con NBI (Colombo y Lipina, 2005). El programa fue diseñado en base a los siguientes cuatro módulos de actividades:

- a. *Módulo de entrenamiento cognitivo.* Los niños eran asignados en forma aleatoria a uno de dos grupos: entrenamiento o control. En el grupo de entrenamiento, se administraron tareas que demandaban procesos de control cognitivo; mientras que, en el grupo control, se administraron tareas sin estas demandas. En ambos grupos, se aplicaron los siguientes tres esquemas de frecuencia de sesiones: 1. dieciseis sesiones, una vez a la semana, durante dos períodos de cuatro meses; 2. veinticinco sesiones, dos veces a la semana durante cuatro meses, y 3. treinta y dos sesiones, una vez a la semana durante dos períodos de cuatro meses. La estimulación cognitiva se aplicó en forma individual, fuera del aula y en un cuarto silencioso. Cada niño era retirado de la sala por un período aproximado de 30 minutos por sesión, durante el cual un operador le presentaba diferentes tareas que aumentaban en dificultad a medida que los niños avanzaban. Las tareas de entrenamiento se organizaban

4. En esta sección, se presenta una síntesis del diseño, la implementación y los resultados de cada una de las intervenciones. Los detalles pueden consultarse en la literatura que se cita en cada caso.

en niveles, con cinco a diez ejercicios en cada uno de ellos. Los niños pasaban a un nivel de dificultad más elevado cuando obtenían el 80% de respuestas correctas en el nivel previo. La sesión se organizaba en cuatro pasos: 1. evaluación del estado de motivación del niño; 2. presentación de los materiales y la consigna; 3. evaluación de la comprensión de la consigna, para lo cual se administraban dos ejercicios de pretest; sólo si el niño lo resolvía adecuadamente, se continuaba con el siguiente paso, y 4. presentación de dos bloques de ejercicios de cada tarea. En cada tarea, el desempeño obtenido en el último grupo de ejercicios determinaba el nivel inicial de dificultad de la sesión siguiente. Por último, los niños del grupo control participaban en actividades que no demandaban habilidades de control cognitivo, pero tenían la misma frecuencia y condiciones que las del grupo de intervención (dibujo libre o con consignas de poca complejidad) (figura 2).

**Figura 2. Esquema aplicado en los programas PIE y PPEC que ilustra el algoritmo utilizado para determinar el avance durante una sesión de estimulación cognitiva.**



Nota: d=nivel de dificultad. Las líneas continuas denotan el avance durante la sesión que lleva a resolver ejercicios de mayor dificultad o a una nueva sesión; mientras que las discontinuas representan caminos que implican la necesidad de intervenir o reprogramar la sesión.

- b. *Módulo de suplementación nutricional.* Todos los niños de ambos grupos recibían un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 0,4 mg de ácido fólico (provisto por Unicef-Argentina y administrado según las normas de la Organización Panamericana de la Salud), una vez a la semana, durante las dieciseis semanas de cada período de intervención, con el fin de mantener la estabilidad de los niveles basales de hierro durante el período de entrenamiento, habida cuenta de la asociación negativa entre este micronutriente y el desempeño cognitivo (Grantham-McGregor y Ani, 2001; Radlowski y Johnson, 2013).
- c. *Módulo de capacitación para docentes.* Dos veces por semana durante el desarrollo del programa, los docentes de ambos grupos participaban de talleres sobre desarrollo infantil, impacto de la pobreza sobre el desarrollo, y el uso y la implementación de actividades de juego dentro del aula para promover el desarrollo cognitivo.
- d. *Módulo de asesoramiento social y de salud a padres.* Una vez por semana durante el desarrollo del programa, los padres de ambos grupos se encontraban con un integrante del grupo de investigación para conversar sobre recursos y estresores de la vida familiar y comunitaria. Para este módulo, el equipo de investigación conformó una red de instituciones del distrito, con centros de salud, de atención a la mujer y defensorías de menores.

Para la evaluación de impacto del módulo de intervención cognitiva, los niños de ambos grupos fueron evaluados individualmente antes y después, con una batería de tareas cognitivas. Los resultados de la aplicación del PIE mostraron un efecto positivo del entrenamiento en combinación con el suplemento de hierro y ácido fólico, sobre el desempeño cognitivo. Los niños que recibieron la intervención mejoraron el desempeño en tareas con demandas de atención, control inhibitorio, memoria de trabajo, planificación y flexibilidad, en comparación con las condiciones iniciales y de control. Los niños que participaron del esquema de treinta y dos sesiones en dos períodos tuvieron los desempeños más altos, seguidos por los niños del esquema de veinticinco sesiones en un período; y finalmente, los niños del esquema de dieciseis sesiones en un período, lo cual sugiere la modulación del impacto del programa por la frecuencia de estimulación (efecto de dosis). Por otra parte, los niños que participaron del grupo control por dos años no se diferenciaron de los del grupo de intervención de un año (16 sesiones), lo cual sugiere un efecto de la interacción evaluador-niño más el suplemento de hierro con ácido fólico (Colombo y Lipina, 2005; Lipina *et al.*, 2012a, b; Segretin *et al.*, 2014).

### ***Programas Piloto de Estimulación Cognitiva (PPEC)***

En base a los resultados obtenidos en el PIE, el mismo equipo de investigación diseñó un nuevo módulo de entrenamiento cognitivo. Los objetivos de este segundo programa fueron: a. entrenar procesos de control cognitivo en niños provenientes de hogares con NBI; b. reducir el número de recursos humanos necesarios para llevar a cabo este tipo de actividades (en comparación con el PIE, que se implementó con una tasa operador niños de 1/1), y c. comparar dos modalidades de entrenamiento: individual y grupal. El programa fue implementado de manera simultánea en la ciudad de Salta, y en los distritos de Claypole y Burzaco, de la provincia de Buenos Aires. Los PPEC funcionaron como módulos de intervención cognitiva, articulados al conjunto de acciones que ya realizaban las agencias públicas en el contexto de sus programas sociales orientados a niños menores de cinco años. La base conceptual y metodológica de tales módulos era el instrumento aplicado en la ciudad de Buenos Aires en el marco del PIE y, al igual que en éste último, se conservó el carácter multidimensional de las intervenciones requerido por este tipo de programas.

En la ciudad de Salta, se incluyeron dieciseis instituciones de cuidado infantil, en las cuales fueron autorizados por sus padres, para participar del programa, 382 niños de tres a cinco años. Quedaron asignados a alguno de los diecinueve grupos de intervención grupal y, en el caso de los niños de cuatro años, cincuenta seleccionados de manera aleatoria fueron asignados al formato individual. En la provincia de Buenos Aires, se incluyeron cuatro instituciones (guarderías y unidades de desarrollo infantil o UDI), en las que fueron autorizados por sus padres 288 niños de tres a cinco años, asignados a alguno de los diecisiete grupos de intervención grupal y al grupo de sesenta niños (de tres a cinco años) de formato individual. Ambas modalidades de intervención (grupal e individual) comprendían los siguientes módulos de intervención.

- a. *Módulo de entrenamiento cognitivo.* Los niños de cuatro años eran asignados en forma aleatoria a uno de dos grupos de estudio (entrenamiento individual y entrenamiento grupal). Los niños de tres a cinco años, en cambio, fueron asignados sólo a la última condición. En ambas modalidades de entrenamiento, las actividades eran implementadas en treinta y dos sesiones bisemanales durante dieciseis semanas. En la modalidad grupal, dos operadores trabajaban juntos, con dos grupos de cerca de veinte niños cada uno (tasa adulto/niños 1/10). Todas las actividades se realizaban fuera del aula, en un cuarto destinado a tal fin. El esquema seguido en cada sesión para ambas modalidades tuvo el mismo criterio que el utilizado en el PIE: 1. evaluación del estado de motivación de los niños; 2. presentación de los materiales y de la consigna; 3. evaluación de la consigna por medio de la administración de dos ejercicios de pretest, y 4. presentación de dos bloques de cinco a diez ejercicios cada uno, en cada actividad.

- b. *Módulo de suplementación nutricional*. Se utilizó el mismo esquema y tipo de suplemento que en el PIE.
- c. *Módulo de orientación para cuidadores*, a cargo de las agencias gubernamentales.

Estos últimos dos módulos no fueron controlados por el grupo de investigación de la UNA. Antes y después de la intervención, los niños fueron evaluados con una batería de pruebas cognitivas; los resultados de la evaluación del impacto indicaron que, para ambos distritos, los niños de cuatro años que participaron de ambas modalidades de intervención incrementaron sus desempeños iniciales en las tareas con demanda de atención, memoria de trabajo y planificación. Al comparar los desempeños de los niños que participaron de ambas modalidades de intervención, no se verificaron diferencias entre los grupos (tanto en los desempeños basales como en los finales), excepto para la tarea de planificación en el caso de los niños de la ciudad de Salta, donde los resultados indican que los que participaron de la modalidad grupal tuvieron un desempeño final mayor al de los que participaron de la modalidad individual (Lipina *et al.*, 2012b; Martelli *et al.*, 2007; Segretin *et al.*, 2007, 2014).

### ***Programa de Intervención Curricular (PIC)***

Con los objetivos de generar dispositivos de intervención adaptables a diversos contextos de desarrollo, de comparar diferentes formatos de intervención cognitiva y de hacer frente a una realidad de pobreza infantil crítica, se planteó la necesidad de generar variantes en el diseño de intervenciones en términos de formato y contenido. En particular, los diseños curriculares correspondientes al ciclo de educación inicial suelen sugerir actividades que involucran demandas de control cognitivo, tanto verbales como no verbales –es decir, del mismo tipo que las contempladas en los Programas PIE y PPEC–; aunque no estén orientadas ni sistematizadas en forma explícita para la optimización de tales habilidades en los niños. La identificación de estos contenidos específicos, y su adaptación, permitirían generar un dispositivo alternativo evaluable que contribuiría también a optimizar estas habilidades desde un formato pedagógico. En este contexto, se parte del supuesto de que la posibilidad de encontrar puentes desde las perspectivas de la neurociencia cognitiva del desarrollo y la educación permitiría alcanzar una mayor comprensión de los procesos de aprendizaje, del desarrollo infantil y, en consecuencia, de sus implicancias educativas (Benarós *et al.*, 2010; Lipina y Sigman, 2011; Sigman *et al.*, 2014). A su vez, desde el punto de vista didáctico-pedagógico, la posibilidad de diseñar propuestas de enseñanza que atiendan tanto a la adquisición de contenidos escolares como a los procesos cognitivos básicos resultaría un aporte sustantivo para la didáctica específica y la formación docente (Lipina y Sarlé, 2009).

El objetivo principal del PIC fue promover el desarrollo de competencias cognitivas y socioafectivas, así como favorecer la adquisición de aprendizajes específicos (matemática y lengua) en niños de cuatro y cinco años, provenientes de hogares con y sin NBI. El diseño de la propuesta incluyó las siguientes fases: 1. diseño del dispositivo de entrenamiento; 2. capacitación a docentes en los contenidos y la metodología de aplicación de la propuesta; 3. evaluación cognitiva preintervención; 4. aplicación de las propuestas de enseñanza de actividades con demanda de control cognitivo (y realización de observaciones en todas las salas de control y entrenamiento), y 5. evaluación cognitiva posintervención. A su vez, el proyecto comprendió un primer año de intervención en tres escuelas (dos de ellas con predominio de alumnos provenientes de hogares con NBI y una con predominio de niños de hogares con NBS); y un segundo año en el que se continuó con la intervención en una sola de las escuelas (NBI), con el fin de generar un grupo de niños expuesto a dos años consecutivos de intervención con su respectivo grupo control.

Para diseñar el dispositivo de entrenamiento, un grupo de investigadores de la UNA se reunió con investigadoras del área de Educación Inicial para diseñar un conjunto de treinta y dos actividades para el ciclo de educación inicial (cuatro y cinco años). Dichas actividades cumplían con los requisitos del currículo vigente en la ciudad de Buenos Aires (distrito de realización del proyecto), pero estaban especialmente diseñadas para demandar procesos cognitivos de control, tales como atención, memoria de trabajo, control inhibitorio, planificación, flexibilidad, y otras habilidades tales como procesamiento fonológico y fluencia verbal. El diseño de las actividades implicó un año de interacción (reuniones semanales) entre profesionales de ambas disciplinas. Los criterios que se utilizaron en la construcción de las actividades fueron: 1. adecuación al currículo vigente; 2. uso de un formato lúdico; 3. aumento progresivo de la demanda, es decir, que la secuencia de actividades implicara un aumento progresivo de la demanda de procesos de control cognitivo y que, a su vez, dentro de cada actividad, hubiera distintas variantes para adecuar la dificultad de esa actividad al grupo; 4. estructuración de las actividades en las fases de introducción, desarrollo y cierre; 5. generación de novedad en cada actividad, y 6. diseño de la actividad de modo de permitir la identificación de los procesos cognitivos que estaban demandados. Como resultado, se generaron dos módulos de actividades de entrenamiento (uno para las secciones de niños de cuatro años y otro para las de cinco años). Cada uno de ellos contenía dieciséis actividades del área de matemática y otras 16 del área de lengua, algunas de las cuales fueron evaluadas en una prueba piloto previa al estudio.

La población que participó del PIC incluyó a 300 niños autorizados por sus padres, alumnos de tres escuelas de los barrios de Belgrano, Flores y Parque Chacabuco (ciudad de Buenos Aires). Antes de cada año de intervención, las secciones de niños de cuatro y cinco años fueron asignadas en forma aleatoria a los grupos de intervención y control. Las salas asignadas al grupo control permanecieron con la propuesta educativa vigente en cada institución;

mientras que, en las secciones asignadas a intervención, se implementaron las treinta y dos actividades diseñadas, durante dieciseis semanas, con sesiones de frecuencia bisemanal. Los grupos de niños que comenzaron participando de la propuesta con cuatro años de edad, en una de las escuelas con predominio de población NBI, continuaron participando de la intervención al año siguiente. Finalmente, de los niños de cinco años que participaron durante un año del PIC, se obtuvieron las notas de diferentes asignaturas durante el primer grado de la escolaridad primaria.

Los resultados de la evaluación del impacto en el desempeño cognitivo indicaron cambios significativos en sólo una variable dependiente, en una prueba con demanda de atención. A pesar de este nivel bajo de impacto a nivel del desempeño cognitivo, los niños de cinco años que en jardín de infantes recibieron la intervención obtuvieron notas más altas que los niños que habían conformado el grupo control y que un tercer grupo de niños que no habían participado del PIC (controles externos), en diferentes áreas académicas y de conducta en primer grado (Hermida, 2009; Hermida *et al.*, enviado; Lipina *et al.*, 2012b).

### ***Programa de Intervención “Mate-marote”***

Un grupo de investigadores de la UNA, junto con investigadores del Laboratorio de Neurociencia Integrativa (Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires), diseñó un programa para entrenar procesos cognitivos de control atencional, control inhibitorio, memoria de trabajo, y planificación. Las actividades consistían en juegos computarizados que incluían algoritmos adaptativos.

En 2008, se realizaron dos estudios piloto, con una muestra conformada por doce niños de seis años y veintitrés niños de ocho años, de ambos géneros. Todos los participantes concurrían a dos escuelas privadas del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires. En el caso de los niños de ocho años, el diseño de la propuesta de intervención correspondió al de un ensayo experimental controlado, en el cual los niños fueron asignados de manera aleatoria a uno de los grupos de estudio: intervención (entrenamiento,  $n = 15$ ) y control ( $n = 8$ ). Dado que la muestra de niños de seis años era muy pequeña para conformar dos grupos de estudio, todos los niños de esta edad fueron asignados a un mismo y único grupo de estudio (intervención). Todos los niños de ocho años fueron evaluados, antes y después de la intervención, con una batería de pruebas de control cognitivo. El entrenamiento se realizó durante siete días, en los cuales los niños trabajaron en dos juegos diferentes cada vez. El grupo control, con la misma frecuencia y condiciones, jugó a otros dos juegos, ambos sin demanda cognitiva específica. En cada sesión de entrenamiento (uno cada 2 días), los niños jugaban durante 15 minutos a uno de los juegos. El grupo de intervención comenzó el entrenamiento con el juego de memoria de trabajo y continuó con él durante dos semanas (cuatro sesiones). Inmediatamente des-

pués de ello, comenzaron el entrenamiento en el juego de planificación (misma frecuencia y duración de las sesiones) y continuaron con él diez días (tres sesiones). Los juegos incluyen un algoritmo para la adaptación continua del nivel de dificultad, basado en el desempeño del niño. Los niños jugaban asistidos por operadores que daban información o pistas sobre estrategias para resolver la tarea, pero sin solucionarla directamente. Al analizar los resultados de la prueba piloto, se verificó que los niños entrenados de ocho años tuvieron un cambio significativo de nivel en una tarea con demanda de atención ejecutiva, en términos de una menor dificultad para resolver los ensayos con conflictos, y un aumento marginal en los puntajes de una tarea de razonamiento (Goldin *et al.*, 2013).

En 2011, el programa fue implementado en dos escuelas públicas de la ciudad de Buenos Aires, y participaron 111 niños de seis y siete años de edad que concurrían al primer grado de escolaridad primaria y pertenecían a hogares con NBI. Luego de realizar una evaluación del desempeño cognitivo inicial, los niños de cada grado fueron asignados de manera aleatoria al grupo de intervención y control. Se implementaron un promedio de veintisiete sesiones de intervención durante diez semanas (tres sesiones por semana). En cada sesión, los niños jugaban un juego de computadora por aproximadamente 15 minutos, y cada juego fue presentado en tres sesiones seguidas (por ejemplo, se generaron ciclos de tres sesiones para cada uno de los tres juegos incluidos en el programa). Los niños del grupo de control jugaron a tres juegos de computadora diferentes (también organizados en ciclos de tres sesiones consecutivas cada juego), que fueron seleccionados en base a niveles bajos de demanda de control cognitivo. Los resultados indicaron mejoras en el desempeño cognitivo luego de la intervención, en comparación con los del grupo control. En forma específica, los niños del grupo de intervención presentaron: a. una disminución mayor de los tiempos de respuesta en una tarea con demanda de atención, así como en los tiempos de respuesta de una tarea de control inhibitorio; b. desempeños más altos en tareas con demandas de memoria de trabajo objetal y de inteligencia fluida (Goldin *et al.*, 2013; Segretin *et al.*, 2012), y c. desempeños académicos más altos en las áreas de lengua y matemática (Goldin *et al.*, 2014).

Por último, con el fin de contribuir a la transferencia de la investigación aplicada en el área a los programas de acción propios de agencias gubernamentales asociadas al área de educación, en 2012 los programas de computación utilizados en los estudios previos fueron montados en la plataforma que la organización One Laptop per Child (OLPC) generó en la provincia de La Rioja a través del Ministerio de Educación, con el fin de analizar su impacto a nivel poblacional (López Rosenfeld *et al.*, 2013).

### ***Promoción del desarrollo cognitivo a través de las prácticas de crianza***

Las evidencias acerca de las asociaciones entre pobreza, prácticas de crianza y control cognitivo han sido analizadas, en forma mayoritaria desde perspectivas conductuales (Belsky y Haan, 2011; Belsky *et al.*, 2012; Bernier *et al.*, 2012). La inclusión del nivel de análisis neural, así como de información específica referida a cómo los niños experimentan la pobreza, constituyen dos elementos que podrían contribuir a profundizar la comprensión de tales asociaciones, así como la identificación de potenciales blancos de intervenciones orientadas a enriquecerlas. En función de ello, en 2012 se inició un proyecto de intervención con el objetivo de profundizar el análisis de la modulación de la pobreza sobre el desarrollo de competencias de control cognitivo y autorregulatorias, en base a la evaluación de diversos aspectos individuales y ambientales de niños de edad preescolar. Para ello, se diseñó una intervención orientada a enriquecer prácticas de crianza en familias vulnerables socialmente. Los aspectos individuales abordados incluyen tanto variables de desempeño en tareas con demandas de control cognitivo (atención, control inhibitorio, memoria de trabajo) como de procesamiento neural (análisis electroencefalográficos en estado de reposo y de potenciales evocados ante una tarea con demanda cognitiva). El estudio involucró, además, la determinación de niveles de cortisol en los niños y sus madres, así como la evaluación simultánea de aspectos emocionales a nivel psicofisiológico y de desempeño cognitivo. Asimismo, se incluyeron aspectos del temperamento de los niños (esfuerzo voluntario de control, afectividad negativa y extroversión), y la historia de salud perinatal y postnatal de los niños. Por último, se consideraron aspectos ambientales que incluyen la salud mental de las madres, diferentes características socioeconómicas de los hogares y su capacidad para estimular procesos cognitivos.

El programa se implementó durante 2012 y 2013, con dos cohortes. En total, participaron del programa cuarenta y cinco díadas conformadas por madres y niños de cinco años de edad que asistían a un jardín de infantes del barrio de La Boca (ciudad de Buenos Aires), de hogares con NBI. Cada año las díadas fueron asignadas de manera aleatoria a dos grupos de estudio: 1. intervención, que participó de actividades de promoción de competencias de crianza y procesos cognitivos, y 2. control, que participó de actividades de información general y juego libre, carentes de consignas específicas que se orientaran a la promoción de competencias de crianza o procesos de control cognitivo. En las fases de evaluaciones previas y posteriores a la intervención, a los niños de ambos grupos se les administró individualmente una batería de pruebas con demandas de procesos de atención, control inhibitorio y memoria de trabajo, y se les realizaron registros electroencefalográficos.

Cada bloque de intervención tuvo una duración de trece semanas. Cada semana incluyó un encuentro con la madre, por una parte, y con la díada, por la otra, en una sala de la escuela acondicionada para las actividades planifi-

cad. Cada actividad del grupo intervención se estructuró en tres partes: 1. intercambio con la madre acerca de las actividades realizadas en el hogar y planificación de la siguiente semana; 2. intercambio con la madre sobre la actividad realizada la sesión previa en la escuela, y 3. una actividad de la díada con demandas cognitivas y de competencias de crianza de andamiaje, mentalización y sensibilidad. A las díadas del grupo control se les dieron consignas generales de juego libre.

En la actualidad, el grupo de investigadores de la UNA se encuentra realizando los análisis correspondientes al impacto de las intervenciones en los diferentes niveles de análisis, por lo que se espera contar con los primeros resultados del estudio durante 2015.

### ***Diseño de un algoritmo de derivación diversificada para su aplicación en contextos de política pública***

En un trabajo conjunto con la Dirección General de Salud Ambiental (DG-SA), de la Autoridad de la Cuenca Matanza-Riachuelo (Acumar) y el Ministerio de Salud de la Nación (doctor Fernando Nunes, licenciada Graciela Blatt, doctor Iván Insúa) y la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM, profesora Haydée Echeverría), en 2013 se diseñó el algoritmo de derivación diversificada (ADD)<sup>5</sup> con el objetivo de identificar ausencia o presencia de diferentes niveles de riesgo en tres áreas (cognitivo-motor, temperamento y estimulación de los hogares). El ADD es un sistema de cálculo que articula un conjunto de reglas e instrucciones definidas en el contexto de diferentes teorías provenientes de las ciencias del desarrollo infantil y de la neurociencia cognitiva del desarrollo (figura 3, tabla 1). Tales reglas e instrucciones están ordenadas de tal forma que su combinación secuenciada produce un resultado en términos de una derivación específica para un niño y su familia, de utilidad para efectores de salud, educación o desarrollo social. En forma específica, dado un estado inicial de riesgos para 1. desarrollo (cognitivo y/o motor); 2. temperamento, y 3. estimulación del hogar, siguiendo una serie de pasos en los que se van combinando tales riesgos, se llega a un estado final (solución) que consiste en una indicación para que el niño y los padres o los responsables accedan a un servicio público que satisfaga las necesidades planteadas por tal perfil específico de riesgos.

El ADD está planteado como un sistema que permite analizar al mismo tiempo varios niveles de análisis de riesgo y sugerir una solución específica a nivel clínico (centros de salud), de desarrollo social (centro de desarrollo infantil) o educativo (escuela). En consecuencia, la aplicación del ADD es apta para cualquier efector que desempeñe tareas clínicas, educativas y de inves-

5. Registro de propiedad intelectual, formulario N° 272.378, septiembre de 2014.

tigación; y contempla varias dimensiones del desarrollo infantil en forma simultánea e individualizada, lo cual puede mejorar la toma de decisiones en la búsqueda de soluciones específicas. Dado que el ADD está diseñado en base a una conceptualización multidimensional del desarrollo humano, permite incorporar, en su secuencia de cálculo, diferentes tipos de instrumentos de evaluación del desarrollo. Es decir que el foco del algoritmo no es un instrumento o conjunto de instrumentos de evaluación en particular, sino más bien la combinación de los riesgos que tales instrumentos pueden sugerir.

El ADD ha sido incluido en dos formatos, uno manual (figura 3) y otro informatizado. Desde 2013, la DGSA de Acumar aplica la versión manual en el contexto de las intervenciones Eisar que se desarrollan en catorce municipios del conurbano bonaerense. Estas experiencias permitirían analizar su aplicación concreta, realizar ajustes metodológicos y técnicos, así como también validarlo. Asimismo, investigadores de la UNA han comenzado a aplicarlo a información obtenida en el contexto del proyecto Young Lives (Barnett *et al.*, 2013) con el objetivo de profundizar su desarrollo a partir de la ampliación de niveles de análisis a considerar (por ejemplo, expectativas y recursos comunitarios) y analizar otras posibilidades de aplicación.

## Direcciones futuras

Al tomar en consideración el recorrido conceptual, metodológico y práctico realizado en el área por diferentes grupos de investigación de distintas disciplinas y países, resulta claro que, para la proyección de los potenciales beneficios de las intervenciones orientadas a mejorar el desempeño cognitivo a gran escala (por ejemplo, política pública), es necesario identificar y considerar apropiadamente las dificultades y los requerimientos que ello implica. De manera específica, el diseño de este tipo de intervenciones requiere considerar en principio los siguientes aspectos:

- a. La necesidad de una integración interdisciplinaria genuina conceptual, metodológica y a nivel de implementación respecto de lo que implica el trabajo con poblaciones infantiles con vulnerabilidad social por pobreza (antropología, sociología, economía, ciencias de la salud, ciencias de la educación, psicología, neurociencia).
- b. La innovación en el diseño de las intervenciones y su análisis.
- c. Las implicancias éticas del trabajo con niños y adultos significativos. En tal sentido, son muy importantes esfuerzos como los propuestos por el proyecto Ethical Research Involving Children (ERIC).<sup>6</sup> Además de generar una guía actualizada sobre los procedimientos éticos en investigación con niños y familias en base al consenso de

6. Disponible en: <http://childrenethics.com> (consulta: 15 de mayo de 2015).

investigadores en el área de desarrollo infantil de todo el mundo, el proyecto incluye la posibilidad de la consulta continua por demanda, a través de un sitio web, a expertos.

Los estudios contemporáneos realizados desde la psicología del desarrollo y la neurociencia cognitiva del desarrollo han sido útiles para identificar efectos específicos de la pobreza en el desarrollo cognitivo, asociado a las competencias necesarias para la adquisición de aprendizajes tempranos escolares. Estos estudios sugieren la posibilidad de diseñar actividades que contribuyan a optimizar la dinámica del pensamiento de los niños, de manera de facilitar esos aprendizajes. Ello requiere diseñar y llevar a cabo más estudios básicos y aplicados para ajustar múltiples aspectos conceptuales y metodológicos al trabajo de investigación en contextos comunitarios (Lipina y Colombo, 2009; Shonkoff, 2010; Sheese y Lipina, 2011). En este sentido, es importante promover esfuerzos destinados a generar colaboraciones focalizadas en la integración de diferentes niveles de análisis.

Algunos ejemplos de este tipo de esfuerzos desde una perspectiva neurocientífica en base a estudios de la última década son: a. la modulación de la parentalidad en el desarrollo de las competencias autorregulatorias; b. el análisis de las asociaciones entre estilos de enseñanza y el desarrollo de procesos de control cognitivo (competencias de control cognitivo); c. la integración de la estimulación de tales procesos en el diseño de los currículos escolares, y d. la inclusión del arte (música, danza) en las intervenciones comunitarias, como una herramienta para las transformaciones sociales y de salud.

Por otra parte, dada la naturaleza multidimensional de la pobreza y del desarrollo cognitivo, toda intervención destinada a optimizar las oportunidades de los niños en esta situación requiere el diseño de programas y políticas con acciones sobre diferentes niveles. Establecer una agenda de investigación interdisciplinaria focalizada en el desarrollo infantil y sus determinantes biológicos y sociales implica una conceptualización amplia que permita un acercamiento a las múltiples dimensiones y mecanismos interactivos de complejidad, de un modo sistémico, comprensivo y coherente. De cualquier forma, generar un puente entre la neurociencia y otras disciplinas, como por ejemplo la educación, también requiere conformar un puente entre las comunidades académicas, y mejorar sus comunicaciones y colaboraciones. En este sentido, un desafío importante es identificar preguntas y métodos que se superponen entre disciplinas, para construir agendas de investigación complementarias.

El entrenamiento de procesos cognitivos continúa siendo un área de interés para los investigadores, con potencial de aplicación en el campo de la neurociencia cognitiva del desarrollo y su interfase con educación. No obstante, estudios futuros deberían continuar trabajando para identificar los patrones asociados al impacto de las intervenciones, en función de los esquemas específicos de intensidad y frecuencia apropiados para la edad y las condiciones de salud, con el objetivo de determinar los efectos del impacto. Finalmente, este tipo de estudios requiere también incorporar el análisis de las potenciales

transferencias de las intervenciones, tanto al desempeño académico como a diferentes aspectos de la vida cotidiana en el hogar y otras actividades sociales.

## Bibliografía

- BACALLAO, J., M. PEÑA y A. DÍAZ (2012), “Reducción de la desnutrición crónica en las bases biosociales para la promoción de la salud y el desarrollo”, *Revista Panamericana de salud pública*, N° 32, pp. 145-150.
- BARNETT, I., P. ARIANA, S. PETROU, M.E. PENNY, L.T. DUC *et al.* (2013), “Cohort Profile: The Young Lives Study”, *International Journal of Epidemiology*, N° 42, pp. 701-708.
- BATTRO, A.M., S. DEHAENE y W.J. SINGER (2011), *Human Neuroplasticity and Education*, Vaticano, Pontifical Academy of Science.
- BATTRO, A.M., K.W. FISCHER y P.J. LÉNA (2008), *The Educated Brain. Essays in Neuroeducation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BEACH, S.R.H., G.H. BRODY, M. LEI, S. KIM, J. CUI y R. PHILIBERT. (2014), “Is Serotonin Transporter Genotype Associated with Epigenetic Susceptibility or Vulnerability? Examination of the Impact of Socioeconomic Status Risk on African American Youth”, *Development and Psychopathology*, N° 26, pp. 289-304.
- BELSKY, J. y M. HAAN (2011), “Annual Research Review: Parenting and children’s brain development: the end of the beginning”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, N° 4, pp. 409-428.
- , G.L. SCHLOMER y B.J. ELLIS (2012), “Beyond Cumulative Risk: Distinguishing Harshness and Unpredictability as Determinants of Parenting and Early Life History Strategy”, *Developmental Psychology*, N° 48, pp. 662-673.
- BENARÓS, S., S.J. LIPINA, M.S. SEGRETIN, M.J. HERMIDA y J.A. COLOMBO (2010), “Neurociencia y educación: hacia la construcción de puentes interactivos”, *Revista de neurología*, N° 50, pp. 179-186.
- BENNETT, D.S., M. BENDERSKY y M. LEWIS (2008), “Children’s Cognitive Ability from 4 to 9 Years Old as A Function of Prenatal Cocaine Exposure, Environmental Risk, and Maternal Verbal Intelligence”, *Developmental Psychology*, N° 44, pp. 919-928.
- BERNIER, A., S.M. CARLSON, M. DESCHENES y C. MATTE-GAGNÉ (2012), “Social Factors in the Development of Early Executive Functioning: A Closer Look at the Caregiving Environment”, *Developmental Science*, N° 15, pp. 12-24.
- BLAIR, C., C.C. RAYER y D.J. BERRY, Family Life Project Investigators (2014), “Two Approaches to Estimating the Effect of Parenting on the Development of Executive Function in Early Childhood”, *Development Psychology*, N° 50, pp. 554-565.
- BOOOCK, S.S. (2003), “Lessons from Europe: European preschools revisited in a global age”, en A.J. Reynolds, M.C. Wang y H.J. Walberg (eds.), *Early Childhood Programs for a New Century*, Washington D. C., CWLA Press, pp. 121-138.
- BÖTTCHER, W. y H. ZIEGLER (2008), “Support Systems in Early Childhood and How to Evaluate their Impact”, *Child Development Perspectives*, N° 2, pp. 93-98.

- BRADLEY, R.H. y R.F. CORWYN (2002), "Socioeconomic Status and Child Development", *Annual Review of Psychology*, N° 53, pp. 371-399.
- (2005), "Caring for Children Around the World: A view from HOME", *International Journal of Behavioral Development*, N° 29, pp. 468-478.
- BRITO, N.H. y K.G. NOBLE (2014), "Socioeconomic Status and Structural Brain Development", *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, art. 276.
- BRITTO, P.R., H. YOSHIKAWA y K. BOLLER (2011), "Quality of Early Childhood Development Program in Global Contexts. Rationale for Investment, Conceptual Framework and Implications for Equity", *Social Policy Report*, N° 25, pp. 1-31.
- BROOKS-GUNN, J. y G.J. DUNCAN (1997), "The Effects of Poverty on Children", *The Future of Children*, N° 7, pp. 55-71.
- BROWN, N.J., D.A. MACDONALD, M.P. SAMANTA, H.L. FRIEDMAN y J.C. COYNE (2014), "A Critical Reanalysis of The Relationship Between Genomics and Well-Being", *PNAS*, N° 111, pp. 12.705-12.709.
- BURGER, K. (2010), "How does Early Childhood Care and Education Affect Cognitive Development? An International Review of the Effects of Early Interventions for Children from Different Social Backgrounds", *Early Childhood Research Quarterly*, N° 25, pp. 140-165.
- BUTTERWORTH, B., S. VARMA y D. LADRILLARD (2011), "Dyscalculia: From Brain to Education", *Science*, N° 332, pp. 1.049-1.053.
- CADIMA, J., R.A. MCWILLIAM y T. LEAL (2010), "Environmental Risk Factors and Children's Literacy Skills During the Transition to Elementary School", *International Journal of Behavioral Development*, N° 34, pp. 24-33.
- CAMPBELL, F., G., CONTI, J.J. HECKMAN, S.H. MOON, R. PINTO, E. PUNGELLO *et al.* (2014), "Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health", *Science*, N° 343, pp. 1.478-1.485.
- CARTWRIGHT, K. (2012), "Insights from Cognitive Neuroscience: The Importance of Executive Function for Early Reading Development and Education", *Early Education Development*, N° 23, pp. 24-36.
- CARLSON, S.M. y L.J. MOSES (2001), "Individual Differences in Inhibitory Control and Children's Theory of Mind", *Child Development*, N° 72, pp. 1.032-1.053.
- COLOMBO, J.A. y S.J. LIPINA (2005), *Hacia un programa público de estimulación cognitiva infantil. Fundamentos, métodos y resultados de una experiencia de intervención preescolar controlada*, Buenos Aires, Paidós.
- COLDREN, J.T. (2013), "Cognitive Control Predicts Academic Achievement in Kindergarten Children", *Mind, Brain and Education*, N° 7, pp. 40-49.
- CROOK, S.R. y G.W. EVANS (2014), "The Role of Planning Skills in the Income-Achievement Gap", *Child Development*, N° 85, pp. 405-411.
- CURENTON, S.M. (2003), "Low-Income Preschoolers' False-Belief Performance", *The Journal of Genetic Psychology*, N° 164, pp. 411-424.
- D'ANGIULLI, A., A. HERDMAN, D. STAPPELLS y C. HERTZMAN (2008), "Children's Event Related Potentials of Auditory Selective Attention Vary with their Socioeconomic Status", *Neuropsychology*, N° 22, pp. 293-300.

- DEARING, E. (2008), "Psychological Costs of Growing Up Poor", *Annals of the New York Academy of Sciences*, N° 1136, pp. 324-332.
- DEFUR, P.L., G.W. EVANS, E.A. COHEN HUBAL, A.D. KYLE, R.A. MORELLO-FROSCH y D.R. WILLIAMS (2007), "Vulnerability as a Function of Individual and Group Resources in Cumulative Risk Assessment", *Environmental Health Perspectives*, N° 115, pp. 817-824.
- DIAMOND, A. (2013), "Executive Functions", *Annual Review of Psychology*, N° 64, pp. 135-168.
- y K. LEE (2011), "Interventions Shown to Aid Executive Function Development in Children 4 to 12 Years Old", *Science*, N° 333, pp. 959-964.
- DUNCAN, G.J. y J. BROOKS-GUNN (1997), *Consequences of Growing up Poor*, Nueva York, Russell Sage Foundation.
- ELLIS, B.J., W.T. BOYCE, J. BELSKY, M.J. BAKERMANS-KRANENBURG y M.H. VAN IJZEN-DOORN (2011), "Differential Susceptibility to the Environment: An Evolutionary-Neurodevelopmental Theory", *Development and Psychopathology*, N° 23, pp. 7-28.
- EVANS, G.W. (2004), "The Environment of Childhood Poverty", *American Psychology*, N° 59, pp. 77-92.
- y T.E. FULLER-ROWELL (2013), "Childhood Poverty, Chronic Stress, and Young Adult Working Memory: The Protective Role of Self-Regulatory Capacity", *Developmental Science*, N° 16, pp. 688-696.
- FARAH, M.J., D.M. SHERA, J.H. SAVAGE, L. BETANCOUR, J.M. GIANNETTA, N.L. BRODSKY *et al.* (2006), "Childhood Poverty: Specific Associations with Neurocognitive Development", *Brain Research*, N° 1.110, pp. 166-174.
- GASSMAN-PINES, A. y H. YOSHIKAWA (2006), "The Effects of Antipoverty Programs on Children's Cumulative Level of Poverty-Related Risk", *Developmental Psychology*, N° 42, pp. 981-999.
- GOLDIN, A.P., M.J. HERMIDA, D.E. SHALOM, M.E. COSTA, M. LÓPEZ-ROSENFELD, M.S. SEGRETIN *et al.* (2014), "Far Transfer to Language and Math of a Short Software-Based Gaming Intervention", *PNAS*, N° 111, pp. 6.443-6.448.
- GOLDIN, A.P., M.S. SEGRETIN, M.J. HERMIDA, L. PAZ, S.J. LIPINA y M. SIGMAN (2013), "Training Planning and Working Memory in Third Graders", *Mind, Brain y Education*, N° 7, pp. 132-146.
- GOSWAMI, U. (2008), *Cognitive Development. The Learning Brain*, Nueva York, Psychology Press.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S., Y.B. CHEUNG, S. CUETO, P. GLEWWE, L. RICHTER, B. STRUPP *et al.* (2007), "Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries", *Lancet*, N° 369, pp. 60-70.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S. y C. ANI (2001), "A Review of Studies on the Effect of Iron Deficiency on Cognitive Development in Children", *Journal of Nutrition*, N° 131, pp. 649S-668S.
- HACKMAN, D.A. y M.J. FARAH (2009), "Socioeconomic Status and the Developing Brain", *Trends in Cognitive Sciences*, N° 30, pp. 1-9.
- HACKMAN, D.A., M.J. FARAH, y M.J. MEANEY. (2010), "Socioeconomic Status and the Brain: Mechanistic Insights from Human and Animal Research", *Neuroscience*, N° 11, pp. 651-659.

- HERMIDA, M.J., C. FRACCHIA, L. PRATS, S.J. LIPINA, M.S. SEGRETIN y J.A. COLOMBO (2011), "Especificidad del impacto de la pobreza en procesos cognitivos de control de niños de edad preescolar", artículo presentado en la XIII Reunión Nacional y II Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACC), Entre Ríos, Argentina.
- HERMIDA, M.J., M.S. SEGRETIN, L.M. PRATS; C.S. FRACCHIA, J.A. COLOMBO y S.J. LIPINA (enviado), "Design, Implementation and Results of Interdisciplinary Cognitive Control Training for Preschoolers from Low-SES".
- ISON, M.S., C. KORZENIOWSKI, M. S. SEGRETIN y S.J. LIPINA (enviado), "Evaluación de la eficiencia atencional en niños argentinos con y sin extra edad escolar".
- JENKINS, J.V., D.P. WOOLLEY, S.R. HOOPER y M.D. DE BELLIS (2013), "Direct and Indirect Effects of Brain Volume, Socioeconomic Status and Family Stress on Child IQ", *Journal of Child and Adolescence Behavior*, vol. 107, N° 1 (disponible en: [doi:10.4172/jcalb.1000107](https://doi.org/10.4172/jcalb.1000107), consulta: 17 de mayo de 2015).
- KIM, P., G.W. EVANS, M. ANGSTADT, S.S. HO, C.S. SRIPADA, J.E. SWAIN *et al.* (2013), "Effects of Childhood Poverty and Chronic Stress on Emotion Regulatory Brain Function in Adulthood", *PNAS*, N° 110, pp. 18.442-18.447.
- KISHIYAMA, M.M., W.T. BOYCE, A.M. JIMENEZ, L.M. PERRY y R.T. KNIGHT (2009), "Socioeconomic Disparities Affect Prefrontal Function in Children", *Journal of Cognitive Neuroscience*, N° 10, pp. 1-10.
- KLINGBERG, T., M.D. FERNELL, P.J. OLESEN, M. JOHNSON, P. GUSTAVSSON, K. DAHLSTROM *et al.* (2005), "Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD. A Randomized, Controlled Trial", *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, N° 44, pp. 177-186.
- LANDRY, S.H., C.L. MILLAR-LONCAR, K.E. SMITH, P.R. SWANK (2002), "The Role of Early Parenting in Children's Development of Executive Processes", *Developmental Neuropsychology*, N° 21, pp. 15-41.
- LAWSON, G.M., J.T. DUDA, B.B. AVANTS, J. WU y M.J. FARAH (2013), "Associations Between Children's Socioeconomic Status and Prefrontal Cortical Thickness", *Developmental Science*, N° 16, pp. 641-652.
- LEINONEN, J.A., T.S. SOLANTAUS y R.L. PUNAMÄKI (2002), "The Specific Mediating Paths Between Economic Hardship and the Quality Of Parenting", *International Journal of Behavioral Development*, N° 26, pp. 423-435.
- LIPINA, S.J. (2014a), "Biological and Sociocultural Determinants of Neurocognitive Development: Central Aspects of the Current Scientific Agenda", *Bread and Brain. Education and Poverty*, Vaticano, Pontifical Academy of Sciences, Scripta Varia 125.
- (2014b), "Fostering Child Neurocognitive Development: Proposals for the Private Sector", *The Role of the Private Sector in Inclusive Development. Barriers and Opportunities at the Base of the Pyramid*, Estambul, United Nations Development Program (UNDP).
- , M.I. MARTELLI, B.L. VUELTA, I. INJOQUE RICLE y J.A. COLOMBO (2004), "Pobreza y desempeño ejecutivo en alumnos preescolares de la ciudad de Buenos Aires (Argentina)", *Interdisciplinaria*, N° 21, pp. 153-193.

- , M.I. MARTELLI, B.L. VUELTA y J.A. COLOMBO (2005), “Performance on the Anob Task of Argentinean Infants from Unsatisfied Basic Needs Homes”, *Interamerican Journal of Psychology*, N° 39, pp. 49-60.
- , M.J. HERMIDA, M.S. SEGRETIN, L. PRATS, C. FRACCHIA y J.A. COLOMBO (2012b), “Investigación en pobreza infantil desde perspectivas neurocognitivas”, en S.J. Lipina y M. Sigman (eds.), *La pizarra de Babel. Puentes entre neurociencia, psicología y educación*, Buenos Aires, Del Zorzal.
- , M.S. SEGRETIN, M.J. HERMIDA y J.A. COLOMBO (2012), “Research on Childhood Poverty from a Cognitive Neuroscience Perspective: Examples of Studies in Argentina”, *Handbook of Mental Health in Children and Adolescents*. Londres, SAGE.
- , M.S. SEGRETIN, M.J. HERMIDA, L. PRATS, C. FRACCHIA, J. LOPEZ CAMELO *et al.* (2013), “Linking Childhood Poverty and Cognition: Individual and Environmental Predictors of Non-Verbal Executive Control in an Argentine Sample”, *Developmental Science*, N° 5, pp. 697-707.
- , P. SARLÉ *et al.* (2009), “Repensando los procesos didácticos en diálogo con las Ciencias Cognitivas”, *e- Eccleston. Temas de Educación Infantil*, N° 11.
- y J.A. COLOMBO (2009), *Poverty and Brain Development During Childhood: an Approach from Cognitive Psychology and Neuroscience*, Washington D.C., American Psychological Association.
- y M. SIGMAN (eds.) (2011), *La pizarra de Babel. Puentes entre neurociencia, psicología y educación*, Buenos Aires, Del Zorzal.
- LÓPEZ-ROSENFELD, M., A.P. GOLDIN, S.J. LIPINA, M. SIGMAN y D. FERNÁNDEZ SLEZAK (2013), “Mate Marote: A Flexible Framework for Large-Scale Educational Interventions”, *Computers and Education*, N° 68, pp. 307-313.
- LUBY, J., A. BELDEN, K. BOTTERON, N. MARRUS, C. HARMS BABB *et al.* (2013), “The Effects Of Poverty On Childhood Brain Development: the Mediating Effect of Caregiving and Stressful Life Events”, *JAMA Pediatrics*, N° 167, pp. 1135-1142.
- MARSH, H.L., J. STAVROPOULOS, T. NIENHUIS y M. LEGERSTEE (2010), “Six-and 9-Month-Old Infants Discriminate Between Goals Despite Similar Action Patterns”, *Infancy*, N° 15, pp. 94-106.
- MARTELLI, M.I., B. VUELTA, M. BLANCO, V.A. CRISTIANI, M.S. SEGRETIN, S.J. LIPINA *et al.* (2007), “Programas de intervención temprana en nuestro país. Experiencia de una aplicación individual de estimulación cognitiva”, en J.A. Colombo (ed.), *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*, Buenos Aires, Paidós.
- MCCANDLISS, B.D., I.L. BECK, R. SANDAK y C. PERFETTI (2003), “Focusing Attention on Decoding for Children with Poor Reading Skills: Design and Preliminary Tests of the Word Building Intervention”, *Scientific Studies of Reading*, N° 7, pp. 75-104.
- MCCLELLAND, M.M., C.E. CAMERON, C. McDONALD CONNOR, C.L. FARRIS, A.M. JEWKES *et al.* (2007), “Links Between Behavioral Regulation and Preschooler’s Literacy, Vocabulary, and Math Skills”, *Developmental Psychology*, N° 43, pp. 947-959.
- McLOYD, V.C. (1998), “Socioeconomic Disadvantage and Child Development”, *American Psychologist*, N° 53, pp. 185-204.
- MILLER, G.E., G.H. BRODY, T. YU y E. CHEN (2014), “A Family-Oriented Psychosocial Intervention Reduces Inflammation in Low-SES African American Youth”, *PNAS*, N° 110, pp. 11.287-11.292.

- MITCHELL, C., J. HOBSCRAFT, S.S. McLANAHAN, S.R. SIEGEL, A. BERG, J. BROOKS-GUNN *et al.* (2014), "Social Disadvantage, Genetic Sensitivity and Children's Telomere Length", *PNAS*, N° 111, pp. 5.944-5.949.
- MOFFITT, T.E., L. ARSENEAULT, D. BELSKY, N. DICKSON, R.J. HANCOX, H. HARRINGTON *et al.* (2011), "A Gradient of Childhood Self-Control Predicts Health, Wealth and Public Safety", *PNAS*, N° 108, pp. 2.693-2.698.
- MOHAMMED, A.H., S.W. ZHU, S. DARMOPIL, J. HJERLING-LEFFLER, P. ERNFORS, B. WINBLAD *et al.* (2002), "Environmental Enrichment and The Brain", *Progress in Brain Research*, N° 138, pp. 109-133.
- NAJMAN, J.M., R. MOHAMMAD, M.D. HAYATBAKSH, M.A. HERON, W. BOR, M.J. O'CALLAGHAN *et al.* (2009), "The Impact of Episodic and Chronic Poverty on Child Cognitive Development", *Journal of Pediatrics*, N° 154, pp. 284-289.
- NEVILLE, H.J., C. STEVENS, E. PAKULAK, T.A. BELL, J. FANNING, S. KLEIN *et al.* (2013), "Family-Based Training Program Improves Brain Function, Cognition, and Behavior in Lower Socioeconomic Status Preschoolers", *PNAS*, N° 110, pp. 12.138-12.143.
- NICHD (2005), "Duration and Developmental Timing of Poverty and Children's Cognitive and Social Development from Birth Through Third Grade", *Child Development*, N° 76, pp. 795-810.
- NOBLE, K.G., B.D. MCCANDLISS y M.J. FARAH (2007), "Socioeconomic Gradients Predict Individual Differences in Neurocognitive Abilities", *Developmental Science*, N° 10, pp. 464-480.
- NOBLE, K.G., F.M. NORMAN y M.J. FARAH (2005), "Neurocognitive Correlates of Socioeconomic Status in Kindergarten Children", *Developmental Science*, N° 8, pp. 74-87.
- NOBLE, K.G., M.J. FARAH y B.D. MCCANDLISS (2006a), "Socioeconomic Background Modulates Cognition Achievement Relationships in Reading", *Cognitive Development*, N° 21, pp. 349-368.
- NOBLE, K.G., M. WOLMETZ, L. OCHS, M.J. FARAH y B.D. MCCANDLISS (2006b), "Brain-Behavior Relationships in Reading Acquisition are Modulated by Socioeconomic Factors", *Developmental Science*, N° 9, pp. 642-654.
- NOBLE, K.G., M.S. KORGAONKAR, S.M. GRIEVE y A.M. BRICKMAN (2013), "Higher Education is an Age-Independent Predictor of White Matter Integrity and Cognitive Control in Late Adolescence", *Developmental Science*, N° 16, pp. 653-664.
- OBRADOVIC, J. y W.T. BOYCE (2009), "Individual Differences in Behavioral, Physiological, and Genetic Sensitivities to Contexts: Implications for Development and Adaptation", *Developmental Neuroscience*, N° 31, pp. 300-308.
- OBRADOVIĆ, J., N.R. BUSH, J. STAMPERDAHL, N.E. ADLER y W.T. BOYCE (2010), "Biological Sensitivity to Context: The Interactive Effects of Stress Reactivity and Family Adversity on Socioemotional Behavior and School Readiness", *Child Development*, N° 81, pp. 270-289.
- OECD (2007), *Understanding the Brain. Towards a New Learning Science*, Washington D.C., OECD Publication Service.
- ÖZLEM, E.D. y A.C. KÜNTAY (2014), "Cognitive and Neural Mechanisms Underlying Socioeconomic Gradients in Language Development: New Answers to Old Questions", *Child Development Perspectives*, N° 8, pp. 113-118.

- POSNER, M.I. y M.K. ROTHBART (2007), *Educating the Human Brain*, Washington D.C., American Psychological Association.
- PRATS, L.M., C.S. FRACCHIA, M.S. SEGRETIN, M.J. HERMIDA, J.A. COLOMBO y S.J. LIPINA (2012), “Predictores socioambientales e individuales del desempeño en una tarea atencional con demandas de alerta, orientación y control en niños de edad preescolar”, *RACC*, N° 4, pp. 19-31.
- RADLOWSKI, E.C. y R.W. JOHNSON (2013), “Perinatal Iron Deficiency and Neurocognitive Development”, *Frontiers in Human Neuroscience*, N° 7, art. 585.
- RAIZADA, R.D. y M.M. KISHIYAMA (2010), “Effects of Socioeconomic Status on Brain Development and How Cognitive Neuroscience May Contribute to Leveling the Playing Field”, *Frontiers in Human Neuroscience*, N° 5, pp. 1-26.
- , T.L. RICHARDS, A. MELTZOFF y P. KUHL (2008), “Socioeconomic Status Predicts Hemispheric Specialization of the Left Inferior Frontal Gyrus in Young Children”, *Neuroimage*, N° 40, pp. 1.932-1.401.
- RAMEY, S. y C.T. RAMEY (2003), “Understanding Efficacy of Early Educational Programs: Critical Design, Practice, and Policy Issues”, en A.J. Reynolds, M.C. Wang, y H.J. Walberg (eds.), *Early Childhood Programs for a New Century*, Washington D.C., CWLA Press.
- RAO, H., L. BETANCOURT, J.M. GIANNETTA, N.L. BRODSKY, M. KORCZYKOWSKI, B.B. AVANTS *et al.* (2010), “Early Parental Care is Important for Hippocampal Maturation: Evidence from Brain Morphology in Humans”, *Neuroimage*, N° 49, pp. 1.144-1.150.
- REYNOLDS, A.J., J.A. TEMPLE, B.A.B. WHITE, S.R. OU y D.L. ROBERTSON (2011), “Age 26 Cost-Benefit Análisis of The Child-Parent Center Early Education Program”, *Child Development*, N° 82, pp. 379-404.
- RHOADES, B.L., M.T. GREENBERG, S.T. LANZA y C. BLAIR (2011), “Demographic and Familial Predictors of Early Executive Function Development: Contribution of a Person-Centered Perspective”, *Journal of Experimental Child Psychology*, N° 38, pp. 638-662.
- ROTHBART, M.K., B.E. SHEESEY y M.I. POSNER (2008), “Executive Attention and Effortful Control: Linking Temperament, Brain Networks, and Genes”, *Child Development Perspectives*, N° 1, pp. 2-7.
- RUEDA, M.R., M.K. ROTHBART, B.D. MCCANDLISS, L. SACCOMANNO y M.I. POSNER (2005), “Training, Maturation, and Genetic Influences on the Development of Executive Attention”, *PNAS*, N° 102, pp. 14.931-14.936.
- SARSOUR, K., M. SHERIDAN, D. JUTTE, A. NURU-JETER, S. HINSHAW y W.T. BOYCE (2011), “Family Socioeconomic Status and Child Executive Functions: The Roles of Language, Home Environment, and Single Parenthood”, *Journal of the International Neuropsychological Society*, N° 17, pp. 120-132.
- SEGRETIN, M.S., A. GOLDIN, M.J. HERMIDA, M.E. COSTA, S.J. LIPINA y M. SIGMAN (2012), “Diseño e implementación de un programa computarizado de entrenamiento de procesos cognitivos básicos en niños de edad escolar”, en S.J. Lipina y M. Sigman (eds.), *La pizarra de Babel. Puentes entre neurociencia, psicología y educación*, Buenos Aires, El Zorzal.
- SEGRETIN, M.S., S.J. LIPINA, M.J. HERMIDA, T.D. SHEFFIELD, J.M. NELSON, K.A. ESPY *et al.* (2014), “Predictors of Cognitive Enhancement After Training in Preschoolers from Diverse Socioeconomic Backgrounds”, *Frontiers in Psychology*, N° 3, art. 205.

- SEGRETIN, M.S., M.I. MARTELLI, V.A. CRISTIANI, M. BLANCO, B. VUELTA, S.J. LIPINA *et al.* (2007), "Programas de intervención temprana en nuestro país. Experiencia de aplicaciones grupales de estimulación cognitiva", en J.A. Colombo (ed.), *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*, Buenos Aires, Paidós.
- SHAYWITZ, B.A., S.E. SHAYWITZ, B.A. BLACHMAN, K.R. PUGH, R.K. FULLBRIGHT, SKUDLARSKI *et al.* (2004), "Developments of Left Occipitotemporal Systems for Skilled Reading in Children Alter a Phonologically-Based Intervention", *Biologic Psychiatry*, N° 55, pp. 926-933.
- SHEESE, B. y S.J. LIPINA (2011), "Funciones ejecutivas: Consideraciones sobre su evaluación y diseño de intervenciones orientadas a optimizarlas", *La pizarra de Babel. Puentes entre neurociencia, psicología y educación*, Buenos Aires, Del Zorzal.
- SHERIDAN, M.A., J. HOW, M. ARAUJO, M.A. SCHAMBERG y C.A. NELSON (2013), "What are the Links Between Maternal Social Status, Hippocampal Function and HPA Axis Function in Children?", *Developmental Science*, N° 16, pp. 665-675.
- SHONKOFF, J.P. (2010), "Building a New Biodevelopmental Framework to Guide the Future of Early Childhood Policy", *Child Development*, N° 81, pp. 357-367.
- SIEGLER, R., J. DELOACHE y N. EISENBERG (2006), *How Children Develop*, Nueva York, Worth.
- SIGMAN, M., M. PEÑA, A.P. GOLDIN y S. RIBEIRO (2014), "Neuroscience and Education: Prime Time to Build the Bridge", *Nature Neuroscience*, N° 17, pp. 497-502.
- SPENCER, J.P., S. PERONE y A.T. BUSS (2011), "Twenty Years and Going Strong: A Dynamic Systems Revolution in Motor and Cognitive Development", *Child Development Perspectives*, N° 5, pp. 260-266.
- STEVENS, C., J. FANNING, D. COCH, L. SANDERS y H. NEVILLE (2008), "Neural Mechanisms of Selective Auditory Attention are Enhanced by Computerized Training: Electrophysiological Evidence from Language-Impaired and Typically Developing Children", *Brain Research*, N° 1.205, pp. 55-69.
- STEVENS, C., B. LAUINGER y H. NEVILLE (2009), "Differences in the Neural Mechanisms of Selective Attention in Children from Different Socioeconomic Backgrounds: an Event-Related Brain Potential Study", *Developmental Science*, N° 12, pp. 634-646.
- TEMPLE, E., G.K. DEUTSCH, R.A. POLDRACK, S.L. MILLER, P. TALLAL, M.M. MERZENICH *et al.* (2003), "Neural Deficits in Children with Dyslexia Ameliorated by Behavioral Remediation: Evidence from Functional MRI", *PNAS*, N° 100, pp. 2.860-2.865.
- THOMAS, M.S.; N.A. FORRESTER, y A. RONALD (2013), "Modeling Socioeconomic Status Effects on Language Development", *Developmental Psychology*, 49, 2325-2343.
- TOMALSKI, P., D.G. MOORE, H. RIBEIRO, E.L. AXELSSON, E. MURPHY, A. KARMILOFF-SMITH *et al.* (2013), "Socioeconomic Status and Functional Brain Development. Associations in Early Infancy", *Developmental Science*, N° 16, pp. 676-687.
- URSACHE, A., C. BLAIR, C. STIFTER, K. VOEGTLINE, Family Life Project Investigators (2013), "Emotional Reactivity and Regulation in Infancy Interact to Predict Executive Functioning in Early Childhood", *Developmental Psychology*, N° 49, pp. 127-137.
- WALKER, S.P., T.D. WACHS, S. GRANTHAM-MCGREGOR, M.M. BLACK, C.A. NELSON, S.L. HUFFMAN *et al.* (2011), "Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development", *Lancet*, N° 378, pp. 1.325-1.338.

- WHITTLE, S., J.G. SIMMONS, M. DENNISON, N. VIJAYAKUMAR, O. SCHWARTZ, M.B.H. YAP *et al.* (2014), "Positive Parenting Predicts the Development of Adolescent Brain Structure: A Longitudinal Study", *Developmental Social and Affective Neuroscience*, N° 8, pp. 7-17.
- WIEBE, S.A., K.A. ESPY, C. STOPP, J. RESPASS, P. STEWART *et al.* (2009), "Gene-Environment Interactions Across Development: Exploring DRD2 Genotype and Prenatal Smoking Effects on Self-Regulation", *Developmental Psychology*, N° 45, pp. 31-44
- WILSON, A.J., S. DEHAENE, O. DUBOIS y M. FAROL (2009), "Effects of an Adaptive Game Intervention on Accessing Number Sense in Low-Socioeconomic-Status Kindergarten Children", *Mind, Brain and Education*, N° 3, pp. 224-234.
- WILSON, A.J., S. DEHAENE, P. PINEL, S.K. REVKIN, L. COHEN y D. COHEN (2006), "Principles Underlying the Design of «The Number Race», an Adaptive Computer Game for Remediation of Dyscalculia", *Behavioral and Brain Functions*, N° 2, pp. 1-14.

# **Derechos y sistemas de cuidados en la infancia\***

## **Contextos y circunstancias que pueden comprometer el desarrollo y el bienestar infantil**

*Alicia Canetti,\*\* Ana Cerutti\*\*\* y Alejandra Girona\*\*\*\**

### **Introducción**

El término “cuidado”, como categoría analítica, ha tenido diferentes enfoques y desarrollos investigativos, dependiendo del campo científico que se considere, en especial el de las ciencias sociales, de la salud, del comportamiento y de la educación. En el primero de los casos, su delimitación ha adquirido fuerza desde los años 60, muy vinculado a los movimientos feministas, al despliegue del enfoque de género, y a la revisión y la ampliación del concepto de trabajo, poniendo énfasis en el oferente del proceso, el cuidador; en particular, la mujer. En el caso de las ciencias del comportamiento y la educación, y específicamente en el campo de la infancia, la perspectiva se ha centrado más en el análisis de las necesidades y las condiciones requeridas por quienes son receptores de los cuidados, es decir, los niños; el cuidador aparece como el vehículo imprescindible para satisfacer o facilitar la satisfacción de aquellas. Sin duda, la complementación de ambas perspectivas resulta imprescindible para analizar el tema del cuidado infantil. Como señala un documento de Cepal-Unicef (2011), para abordar el análisis de la temática y sus rutas de soluciones, es indispensable un enfoque que haga dialogar perspectivas com-

\* Con la colaboración de Oscar Roba, licenciado en Sociología. Profesor adjunto del Banco de Datos (Facultad de Ciencias Sociales-Udelar). Integrante del Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza (CIIP).

\*\* Médica psiquiatra. Profesora Agdo salud mental en comunidad (Facultad de Medicina, Udelar). Responsable del CIIP, Espacio Interdisciplinario, Universidad de la República, Uruguay

\*\*\* Licenciada en Psicomotricidad y maestra. Profesora adjunta del Espacio Interdisciplinario de la Udelar. Integrante del CIIP.

\*\*\*\* Licenciada en Nutrición. Profesora adjunta del Departamento de Nutrición Básica-Escuela de Nutrición (Udelar). Integrante del CIIP.

plementarias, contemplando simultáneamente las necesidades y los derechos de los niños, la igualdad de género y la política social inclusiva.

### **Algunas consideraciones sobre la noción de cuidado**

De las múltiples definiciones sobre cuidados, identificamos aquellas que han servido para delimitar este campo de análisis.

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, “cuidado” es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). Implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. Esta noción incluye diferentes componentes: por un lado, la existencia de *una demanda*, que implica el requerimiento de una atención especial; por otro, *la actitud* del cuidador, que supone el interés, el esmero y la atención para hacer algo bien y que salga lo mejor posible, y finalmente, *la finalidad* de preservar el bienestar de alguien.

Por su parte, la revisión de la literatura científica permite reconocer un vasto espectro de conceptos. Por un lado, se encuentran las definiciones amplias y generales, que lo conciben como aquellas “actividades de la especie que incluyen todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar el mundo en el que vivimos, haciéndolo lo mejor posible” (Marco Navarro, 2007; Tronto, 1993: 103). En esta línea se inscriben también las definiciones que se mencionan a continuación:

- Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permite la sostenibilidad de la vida.
- El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona. (Izquierdo, 2003, citado por Covas, Maravall y Bonino, 2009: 20)

En el otro extremo, se encuentran nociones más acotadas, que comprenden como cuidados “las actividades y relaciones orientadas a alcanzar los requerimientos físicos y emocionales de niños y adultos dependientes, así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales éstas son asignadas y llevadas a cabo” (Daly y Lewis, 2000: 285). Es esta última definición la que en el Uruguay ha guiado, tal como se expone más adelante, el debate, la producción de documentos y la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados.

## El cuidado desde el enfoque social

Dos grandes corrientes han predominado en el campo de las ciencias sociales al delimitar el cuidado como objeto de estudio. Por un lado, la necesidad de concebirlo como un trabajo, ampliando las connotaciones atribuidas convencionalmente al trabajo desde la perspectiva económica, ligada a la producción de bienes y servicios; y, por otro, la necesidad de visualizar las acciones de cuidado como problema social y no individual. En ambos casos, el enfoque de género atraviesa sustancialmente el análisis.

En relación con la delimitación del cuidado como trabajo, destacamos la idea de que el trabajo de cuidado se define “poniendo el foco en el proceso de trabajo, en la tarea en sí misma, más que en el lugar de la producción (hogares versus mercado)” (Folbre, 2006: 186). De esta manera, el foco de atención se desplaza desde la relación exclusiva con las personas dependientes, a entenderse como un trabajo imprescindible para lograr cubrir las necesidades que todas las personas requieren para el mantenimiento y la sostenibilidad de su vida (Izquierdo, 2003; Himmelweit, 2008; Lewis, 2008, citados en Covas, Maravall y Bonino, 2009).

Podría concebirse el cuidado como un trabajo sostenido en una relación entre dos o más seres humanos, en que uno/s se hace/n responsable/s por el bienestar “global” del otro. Las características de esa relación difieren según los objetivos y las funciones del cuidado, lo que permitiría asumir que existen diferentes cuidados para diferentes etapas de la vida. Implica no sólo aspectos materiales (actividades de producción de bienes y servicios, y el tiempo para realizarlas), sino también aspectos morales (responsabilidad, socialización basada en lo justo y lo adecuado) y afectivos (la preocupación por el otro, el amor, las tensiones y los conflictos) (Aguirre y Ferrari, 2014).

Al respecto, Batthianny, citando a Hochschild, destaca que uno de los rasgos que diferencia el cuidado de otros trabajos

Es el vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Por lo tanto cuidar a una persona es hacerse cargo de ella [...].

El cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes, que no se puede considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo [...]. Así nosotras [*teniendo en cuenta que los cuidadores son generalmente mujeres. N.A.*] ponemos mucho más que naturaleza en el cuidado, ponemos sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo. (Russell Hochschild, 1989, citado por Batthianny, 2004)

Sin duda, la calidad de las emociones puestas en juego en ese vínculo no siempre son adecuadas ni favorecen dicha tarea; muchas veces, la relación de

cuidado puede transformarse en un vínculo de ejercicio de dominio por parte del cuidador hacia quien es cuidado o viceversa.

En relación con la visibilidad de las actividades de cuidado como problema social, diversos autores sostienen que éste debe concebirse como una actividad necesaria para el sostenimiento de las personas y de las sociedades, generalmente depositada en manos de las mujeres. En consecuencia, se pone énfasis en la necesidad de dejar de tratar el tema como un problema individual, de puertas adentro y de responsabilidad familiar, que debe ser resuelto individualmente, para comenzar a tratarlo como un problema colectivo, social y que, por ello, requiere respuestas colectivas.

### **El cuidado infantil temprano desde la perspectiva psicosocial**

Resulta interesante, para analizar el cuidado en la infancia temprana desde la perspectiva psicosocial, retomar las interrogantes planteadas por autores como Esquivel Faul y Jelin (2012): ¿En qué consiste el “buen” cuidado? ¿Quién define y aplica los criterios y estándares?

Es indudable que cada cultura construye estándares o creencias compartidas de lo que es esperable, y en esa construcción cultural inciden también los hallazgos procedentes de la investigación científica. Desde la perspectiva de las ciencias del comportamiento, el cuidado infantil ha sido tema de interés científico, muy ligado al estudio de las condiciones o los requerimientos para el crecimiento, el desarrollo, la salud y el bienestar infantil. Los aportes más recientes de las neurociencias, entre otros, produjeron un particular impulso por desentrañar las particularidades y las influencias del proceso de cuidado, estrechamente relacionado con lo que se conoce como prácticas de crianza infantil, en las etapas más precoces de la vida, incluso en el período prenatal. Desde las ciencias neurobiológicas, conductuales y sociales, se ha contribuido a la comprensión de las condiciones que influyen en el hecho de que los niños tengan un comienzo prometedor o preocupante en la vida, destacando la importancia de las experiencias tempranas y la influencia interactiva entre genética y medio ambiente en el desarrollo del cerebro y la conducta humana, así como el papel central de las relaciones tempranas, que podrían considerarse el aspecto sustancial del cuidado infantil (Shonkoff y Phillips, 2000).

Si bien su estudio tiene larga data, durante los últimos treinta años ha habido una revolución importante en nuestra comprensión de las capacidades de los niños, especialmente de los más pequeños (Gopnik, 2010a, 2010b, 2011). Entre las capacidades que se desarrollan tempranamente, se encuentra la *empatía*, es decir, la habilidad de tomar la perspectiva de otra persona, que está en la base de gran parte de nuestra vida social y sentido moral. Junto con el desarrollo de la capacidad empática, otra de las tareas centrales del ser humano es adquirir la capacidad de autorregulación, la cual constituye un pilar básico para la adaptación humana.

La vida y el aprendizaje requieren que las personas reaccionen a los eventos cambiantes y posteriormente regulen su reacción, lo que depende de la capacidad de recuperarse de las reacciones [...] el desarrollo consiste, de alguna forma, en aumentar la capacidad de autorregulación fisiológica, emocional y cognitivo-atencional, que permita la autonomización. En el proceso de cuidado infantil los adultos actúan, en particular en las etapas más tempranas de la vida, como extensión de los sistemas de regulación de los niños que progresivamente se irán consolidando si la interacción genético-ambiental lo permite. (Shonkoff y Phillips, 2000)

De manera gradual, el niño adquirirá niveles cada vez más complejos de pensamiento, resolución de problemas, y planificación y ejecución de actos (control ejecutivo), como base de su autonomía.

Las habilidades que hemos descripto no se desarrollan con el niño aislado, sino que se requieren otros en interacción con él. Es precisamente éste el marco en el que se concibe el cuidado infantil temprano. Si bien cada sociedad es portadora de una concepción de la infancia (o las infancias), existe una tendencia compartida, por parte de los adultos, a juzgar a los niños en función de un conjunto de suposiciones, significados y representaciones preestablecidas, que influyen en las formas como se los ha de tratar y en cuáles han de ser las competencias que se los creará capaces de alcanzar. Las prácticas o estilos de crianza pueden concebirse como bases y mediadores de estas concepciones sociales predominantes en determinado contexto sociocultural e histórico acerca de la infancia, de su posición social, sus competencias y responsabilidades.

Siguiendo los planteos de Evans y Myers (1994), las prácticas de crianza se refieren a aquellas conductas o actividades que las familias o los cuidadores ponen en juego para satisfacer las necesidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales de los niños, y ayudarlos a sobrevivir, crecer y desarrollarse. De este modo, categorías como las de “prácticas de crianza” y “cuidados” se vinculan estrechamente. Diversos estudios han destacado la importancia específica de las prácticas de crianza y de las relaciones regulares de cuidado de los hijos para su desarrollo y bienestar. En un primer momento, en el primer año de vida, la interacción con los padres –o cuidadores sustitutos– constituye la fuente principal de estimulación, lo que jerarquiza la importancia de las licencias parentales; transcurrido este período, las fuentes de estimulación cerebral también provienen de las interacciones sociales con otros niños y adultos, sin que se pierda el rol de los padres o cuidadores principales (Mustard 1999, 2006; Carnegie Corporation, 1994; Brazelton y Greenspan, 2000).

Mientras que las prácticas de crianza pueden ser diferentes según las culturas, el conocimiento científico sugiere que existen medidas adoptadas por los cuidadores, que apoyan el crecimiento y el desarrollo físico, emocional, cognitivo y social del niño, en tanto cierto tipo de acciones son perjudiciales.

Al mismo tiempo, el enfoque de derechos es una guía para identificar cuáles prácticas promueven y cuáles amenazan o vulneran el ejercicio de los derechos por parte del niño. Más allá de la variabilidad cultural, hay algunos ingredientes que han sido asociados a un buen cuidado, es decir, que promueven crecimiento, desarrollo y salud.

- Shonkoff (Shonkoff y Phillips, 2000) destaca *el cuidado estable, sensible y lingüísticamente rico*. De acuerdo con este autor, los niños crecen y se desarrollan en el contexto de las *relaciones cercanas y confiables que dan amor y crianza, seguridad, interacción receptiva, y estímulo para la exploración*. Sin al menos una relación de este tipo, el desarrollo se interrumpe o afecta, y las consecuencias pueden ser graves y duraderas. Si se proporciona o restaura lo antes que se pueda una relación de cuidado sensible, sin embargo, se puede fomentar una notable recuperación.
- Myers (2004), por su parte, resume las tareas centrales del cuidado infantil, además de una buena alimentación y la atención a la salud física: *afecto, interacción social, seguridad emocional, consistencia, comunicación y acceso a las oportunidades para la exploración y el descubrimiento*. Las primeras cuatro características coinciden con lo que otros autores denominan cuidados estables y sensibles. Las últimas incluyen la cualidad de la riqueza lingüística.
- Finalmente, Brazelton y Greenspan (2000) describen siete necesidades irreductibles de los niños en cualquier contexto social: *relaciones nutricias; protección física, seguridad y regulación; experiencias adaptadas a las diferencias individuales; experiencias apropiadas al desarrollo; entornos con límites, estructura y expectativas; comunidades que apoyen y sean estables, y continuidad cultural*.

### **Los servicios de cuidado extrafamiliar de cero a tres años**

Toda política de cuidados debería garantizar opciones viables a los padres sobre cómo asumir la responsabilidad por el cuidado de los niños durante los primeros años de su vida, logrando un mejor equilibrio entre aquellas que apoyen a los padres para cuidar a sus hijos en el hogar y las que proporcionan cuidado infantil de calidad y asequible fuera del contexto de las familias, permitiendo a la vez que los padres o los cuidadores trabajen, estudien o realicen otras actividades. El diseño de políticas y programas para la infancia temprana ha sido objeto de debates a nivel mundial, estrechamente vinculado a concepciones sociales sobre cómo, quién y cuándo se debe proporcionar el cuidado de los niños más pequeños, y sobre la participación femenina en el mercado laboral. Una de las preguntas centrales que es necesario plantear, cuando se piensa en servicios de cuidado enmarcados en una política pública

de cuidados hacia la infancia temprana, es cuál es la función que deberían cumplir los servicios de educación temprana (cero a tres años) o, dicho en otros términos, ¿por qué enviar a los niños a estos servicios? Bellei y Brallic (2001) señalan al respecto que estas preguntas deberían unificarse en una sola: ¿cuáles son los conocimientos o las capacidades más relevantes que se quiere incorporar a los niños, y qué derechos se están satisfaciendo con los servicios de enseñanza preescolar y, más en general, con los jardines infantiles? Coincidimos con estos autores cuando afirman:

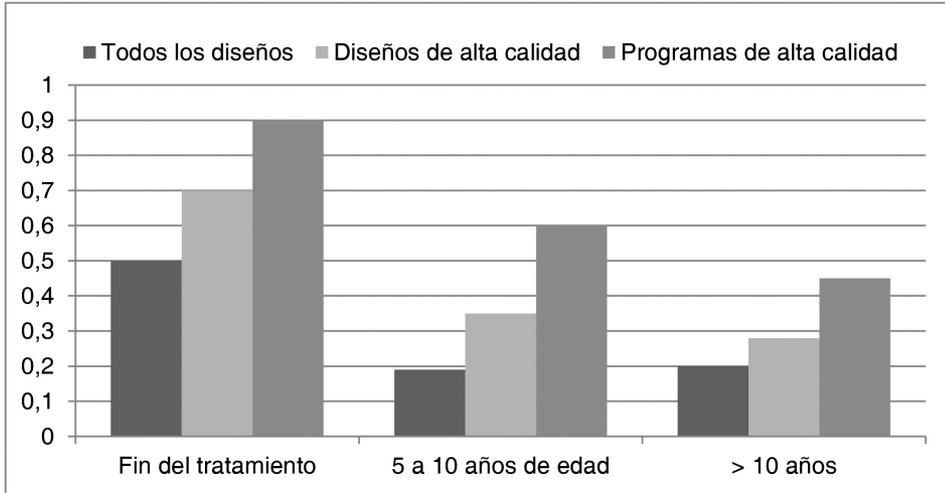
El discurso político y académico, así como la opinión de sentido común, parecen transitar ambigualmente entre dos discursos: el que pone énfasis en el derecho de la mujer a incorporarse al mercado laboral y la necesidad consiguiente de apoyarla en el cuidado de los hijos, y el que enfatiza el derecho de los niños a desarrollarse al máximo de sus potencialidades y la necesidad consiguiente de brindarles servicios de estimulación y educación a temprana edad.

Como bien advierten los autores, esta confusión original puede conducir a una relativa indiferencia por la calidad del servicio que se presta a los niños, en la medida en que

Si lo que se quiere es sólo posibilitar el acceso de las madres al trabajo, las demandas formativas para los servicios de cuidado extrafamiliares son menores. Es preciso relevar y consolidar un discurso y una propuesta, que se exprese en las acciones que los jardines hacen, que pongan claramente la prioridad en el derecho del niño a desarrollarse, sin desconocer los derechos de los cuidadores. (Bellei y Brallic, 2001)

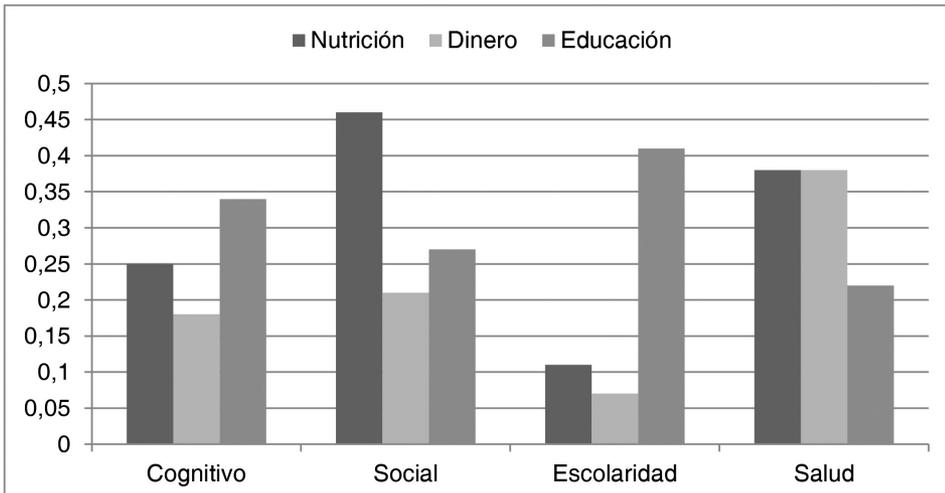
En los últimos veinte o treinta años, múltiples investigaciones han estudiado las oportunidades para el cuidado y la educación de niños pequeños fuera del contexto familiar inmediato, y sus consecuencias para los intereses de los padres, los niños y la sociedad. Estas oportunidades son muy variadas y van desde cuidado informal en casa de un familiar a la inscripción de manera formal en un programa de corte educativo, y abarcan el rango de edades desde el nacimiento hasta jardín de infantes. Diferentes estudios han mostrado que la educación temprana y las oportunidades de cuidado extrafamiliares tienen efectos positivos que se extienden hasta los primeros años escolares e incluso más allá, sólo en la medida en que se garantice la calidad de los servicios (Barnett y Masse, 2007; Barnett, 2010, 2011a, b, 2012; Reynolds *et al.*, 2011; Ramey *et al.*, 2000, 2004, 2005, 2008; Pianta *et al.*, 2009; Bennett, 2010; GIEP-ODM-IMM, 2009; Camilli *et al.*, 2010; Engle *et al.*, 2006, 2011; US-DHHS, 2010). Estos efectos han sido medidos como desvíos estándar en indicadores, en relación no sólo con el niño sino también con su entorno familiar: ingresos, educación parental, etc. (Barnett, 2012) (gráficos 1 y 2).

**Gráfico 1. Ganancias a largo plazo producidas por los programas de educación y cuidado infantil en Estados Unidos (resultados de 123 estudios desde 1960).**



Fuente: Nores y Barnett (2010).

**Gráfico 2. Efecto de las inversiones de la primera infancia para cuatro resultados por tipo de Programa: investigación global.**



Fuente: Barnett (2012).

El rol del hogar es importante para mediar estos efectos, ya sean negativos o positivos (Philips y Adams, 2001). Se ha encontrado que, a pesar del tiempo que los niños pasan en los jardines, los padres y el ambiente familiar siguen teniendo un rol predominante en su desarrollo y bienestar (NICHD, 2002a, 2002b).

En relación con la *integralidad de los programas*, se ha afirmado que los programas integrales (que abordan aspectos de educación temprana, estimulación infantil, salud, nutrición, desarrollo comunitario, educación parental, sociología, antropología, desarrollo infantil y economía) obtienen mejores logros. No obstante, algunos estudios advierten que, a veces, los servicios demasiado integrales, sin la articulación intersectorial y las disciplinas necesarias, pueden producir efectos menores que los que ponen énfasis en aspectos educativos (Camilli *et al.*, 2010), pero es posible que ello refleje esfuerzos por hacer demasiado con muy poco (Barnett y Nores, 2012).

Otro aspecto controvertido se relaciona con la *cobertura*. Se ha señalado que, para aumentar su impacto, es importante que los programas sean lo más extensivos posible, abarcando a la mayor cantidad de niños y familias. Ello es así siempre que no se descuide la calidad de los servicios. En un estudio sobre el impacto de la ampliación de fondos estatales dirigidos a aumentar el acceso a servicios de infancia temprana, Cascio (2009) encuentra que los efectos son mucho menores que cuando se analizan los programas de calidad de pequeña escala, señalando que la diseminación puede afectar la calidad de los programas y su impacto (Cascio, 2009; Cascio y Whitmore, 2013).

Por otro lado, la mayoría de los estudios concuerda en que *las familias con necesidades socioeconómicas deficitarias se ven mayormente beneficiados* con estos programas, habiendo evidencia de que pueden reducir la brecha existente en habilidades prelectoras entre niños de escasos recursos y la población en general, en casi 50% (Vegas *et al.*, 2006). En general, a largo plazo, los efectos positivos parecen ser fortalecidos por una mayor calidad de los servicios y ser mayores para los niños de familias de bajos ingresos y, en algunos estudios, para los varones (Huston *et al.*, 2008; Peisner-Feinberg *et al.*, 2001.; Sylva *et al.*, 2008, 2011; Barnett, 2012; Ladd *et al.*, 2010; GIEP-ODM-IMM, 2009).

Igualmente, la literatura pone énfasis en que *la inversión en alta calidad hace una diferencia* (Love *et al.*, 2002, 2003). En términos generales, existe consenso de que, a mayor calidad de las intervenciones, mejores y más positivos son los efectos que se aprecian en el niño, en las distintas áreas del desarrollo social y cognitivo, y en su familia. Algunos estudios han mostrado que la asistencia a centros preescolares puede tener algún efecto socioemocional negativo (agresividad y problemas de ajuste social) (Baker *et al.*, 2008: 713); pero esto es observable cuanto mayor es el tiempo, y peor la calidad (Lamb, 1996; Baker *et al.*, 2008; Magnuson *et al.*, 2007; NICHD, 2003). Howes (Howes y Rubenstein, 1985; Howes y Ollenick, 1986) encontró que niños que habían ido a centros infantiles demasiado temprano estaban agresivos y se negaban a obedecer a las demandas de los adultos; pero, al mismo tiempo, señaló que

se trataba de centros de mala calidad. En contraste, quienes habían asistido a un centro de calidad modulaban mejor sus reacciones que aquellos niños que nunca habían asistido a ningún centro o que concurrían a centros sin calidad. Otros estudios han establecido una asociación entre la permanencia en un jardín por largas horas del día y efectos negativos en el niño y en su relación con la madre (Belsky, 2003).

Como señala Lieberman (1997), “un buen centro mejora el bienestar del niño, mientras uno malo es la noche”. La calidad del centro cuenta mucho, así como los cuidados que ponen los padres a la hora de elegir uno. Howes subraya al respecto que la evidencia no sugiere que el cuidado infantil fuera del hogar sea, por sí mismo, perjudicial para el desarrollo social y emocional del niño, sino que advierte sobre aquellos niños que experimentan cuidados poco sensibles, tanto en el hogar como fuera de él.

Estos hallazgos nos conducen al análisis de la calidad de los servicios, concepto controvertido y complejo. Recogiendo la definición de la Real Academia, podemos decir que la calidad es un conjunto de propiedades inherentes a algo, que nos permite juzgar su valor. Blanco (2011) subraya que se trata de un constructo integral y multidimensional que expresa aquellas cualidades que pretenden garantizar lo inherente y esencial de un adecuado proceso educativo. “La búsqueda de la calidad será, por lo tanto, dialogal, dinámica, a veces conflictiva, no necesariamente de consenso, pero siempre ubicada, concreta y propia de cada grupo social” (Didonet, 2008; citado en Blanco, 2011). Esta autora destaca, como criterios centrales para medir la calidad de los servicios educativos tempranos, *actividad del niño, integralidad, participación del niño y las familias, pertinencia cultural, relevancia de los aprendizajes, y apoyos y capacitación de los agentes educativos*.

Alicia Lieberman (1997) afirma:

Sea que el niño quede en la casa con alguien que lo cuide, con una educadora o vaya a un centro, hay tres aspectos a tener en cuenta para tener éxito en un sistema de cuidados no parentales: *los momentos de transición cotidiana de separación y reencuentro con los padres, la calidad de la experiencia afectiva vivida por el niño en el transcurso de la jornada y la calidad de la relación establecida entre los padres y los educadores/ cuidador*.

Lieberman destaca como principales criterios de calidad de un centro de cuidado infantil los siguientes.

1. *La estabilidad del personal*. La continuidad de los cuidados es una condición imprescindible si no se quiere que las relaciones afectivas se afecten por partidas y reemplazos (movilidad del personal). Esto es válido y central, tanto para los niños cuidados solos como en un centro. Quienes asumen un compromiso con el trabajo aseguran relaciones más ricas y estimulantes con los niños y mejores resultados

que aquellos que lo consideran un trabajo temporario. Esto implica un fuerte compromiso emocional de los equipos de trabajo. Los niños requieren permanencia, constancia de las figuras de apego, por lo que la permanencia de los equipos de trabajo en los centros es un aporte esencial a este desarrollo (Lieberman, 1997, GIEP-ODM-IMM, 2009).

2. *La formación del personal.* La calidad de recursos humanos no solamente se puede analizar en términos de la formación técnica y profesional, y el adecuado entrenamiento, sino también tomando en cuenta la capacitación continua y la formación permanente. Se ha demostrado que los programas que invierten en recursos humanos de alta calidad y que se preocupan por ofrecer espacios para el intercambio y la contención emocional (cuidar al cuidador) son más exitosos. Las personas que se ocupan de los niños tienen que tener formación específica sobre el desarrollo infantil, para realizar un trabajo de calidad; pueden comprender mejor la conducta de los niños y, por lo tanto, responder a ellas de manera adecuada y sensible. “El negativismo, la cólera, los berrinches serán tratados más inteligentemente por alguien que tiene conciencia de las necesidades de autonomía y emociones intensas frecuentes a estas edades”. Si no se tiene formación suficiente, se reposará en las experiencias personales, lo que no siempre prepara para estar a la altura del rol ni reconocer los signos de problemas del desarrollo, y comunicárselo a los padres (Lieberman, 1997).
3. *El número de niños por adulto.* Cualquier educador puede tener contactos frecuentes y armoniosos con un número limitado de niños; la numerosidad es una de las fuentes principales de estrés en su trabajo. El estrés empobrece los intercambios espontáneos e individualizados, y rutiniza las actividades. Una relación entre 3 a 5 niños por adulto (especialmente, en los primeros dos años) permite sostener una cierta espontaneidad, así como prestar atención al malestar, a la angustia del niño, antes que devenga inmanejable.
4. *El tamaño del grupo.* Aun si la relación niño-adulto es conveniente, muchos niños pequeños juntos pueden fácilmente hacer que la tarea sea agotadora e inmanejable; son recomendable grupos no mayores de 8 a 10 niños por sala, lo que permite una mayor disponibilidad afectiva y una gestión más flexible (Lieberman, 1997).
5. *La presencia de un segundo adulto.* “Esto permite a las personas que se ocupan de un grupo de niños sentirse sostenidas tanto en la tarea concreta como afectivamente... La presencia de un segundo adulto evita también los riesgos de maltrato, en la medida en que hay siempre un testigo potencial y que cada adulto corre menos riesgos de sentirse sobrepasado si puede delegar su responsabilidad antes de sentirse sobrecargado, que no puede más” (Lieberman, 1997).

## Desnutrición, alimentación y sistema de cuidados

Las intervenciones realizadas para la reducción de la desnutrición crónica (n.a. principal problema nutricional en las pasadas décadas para América Latina) se han implementado teniendo como referencia el modelo causal del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) instaurado por Urban Johnson. Este modelo, si bien lista múltiples variables atribuibles al problema de la desnutrición, tiene como desventaja que se limita al análisis de causa-efecto, condicionando la comprensión real del problema, minimizando su complejidad y dejando de lado el sistema de cuidado que va surgiendo según el contexto de cada familia. (Moreno-Zavaleta y Granada-Echeverri, 2014: 122)

En contraste, Unicef propone otro modelo que considera la desnutrición infantil un fenómeno multifactorial, incluyendo el cuidado infantil inadecuado como una de las tres causas subyacentes, al igual que la inseguridad alimentaria familiar y servicios de salud insuficientes o inaccesibles (Brazelton y Greenspan, 2000; Greenough *et al.*, 2001).

El modelo transaccional de cuidado propuesto por Engle, Lhotska y Armstrong (1997), por su parte, plantea que las características de los niños resultan de una larga serie de interacciones mutuas, o transferencias, entre el niño y el cuidador, y que estas interacciones siguen cambiando constantemente con los cambios ocurridos en el niño. La relación afectiva niño-cuidador y las conductas de cuidado resultantes pueden influir en el consumo de alimentos, en el crecimiento, en el desarrollo cognitivo y psicosocial; en definitiva, en el estado de salud, entre otros.

En relación con la desnutrición, Pollitt (2002) afirma que, si los niños desnutridos continúan expuestos a condiciones ambientales desfavorables, que no aseguran satisfacer necesidades básicas, el daño continuará durante la época escolar. Sin embargo, si estos niños desnutridos durante sus dos o tres primeros años de vida reciben cuidados que satisfagan sus necesidades básicas, entonces su desarrollo y su crecimiento pueden rehabilitarse significativamente.

Fink y Rockers (2014) vincularon el crecimiento en la primera infancia con los resultados cognitivos en la etapa escolar, en los países en desarrollo. Aunque la evidencia existente sugiere que la capacidad de los niños para recuperar el retraso de crecimiento o desnutrición crónica en la infancia tardía es limitada, estudios longitudinales sobre la persistencia de la falla del crecimiento más allá de los cinco años siguen siendo escasos. Utilizando datos longitudinales actuales de cuatro países en desarrollo, como parte del estudio Niños del Milenio, se determinó la recuperación del crecimiento en niños entre las edades de ocho y quince, y los efectos del crecimiento durante este período tardío de la niñez y la adolescencia temprana en la escolarización y el desarrollo. El estudio arrojó dos resultados principales. En primer lugar, el 36% de los niños con retraso del crecimiento a los ocho años logró normalizar-

se con sus compañeros a la edad de quince, con menores déficits en puntajes cognitivos que los niños que mantuvieron su retraso. En segundo lugar, los trastornos del crecimiento físico no se limitan a la primera infancia, sino que afectan a una parte importante de los niños en el rango de edad de ocho a quince, con grandes consecuencias negativas para los resultados cognitivos y escolares. Los resultados de este estudio sugieren que el desarrollo infantil en los países en desarrollo es un proceso dinámico que ofrece continuas oportunidades para que los niños alcancen la adolescencia y que, más allá de los primeros años de vida, los riesgos permanecen, y aumentan las probabilidades de que los niños se atrasen en su desarrollo.

Uruguay enfrenta una situación paradójica en términos de salud de su población, y en especial de sus niños. Por un lado, el retraso de crecimiento (desnutrición crónica) instalado en los veinticuatro primeros meses de vida alcanzó cifras de 11% en usuarios del sector público y privado de salud,<sup>1</sup> casi cuadruplicando las cifras esperadas en una población, mientras que el 9,5% de los niños menores de dos años evidenció algún grado de sobrepeso u obesidad. A estos problemas, debe agregarse la deficiencia de micronutrientes entre los niños de seis a veinticuatro meses, que afecta al 31,5%, alcanzando cifras de 41% entre los seis y los once meses, según datos del Sistema Informático Perinatal de 2012.<sup>2</sup> La prevalencia presenta diferencias significativas según niveles de ingresos del hogar, siendo de un 39% en los niños pertenecientes a hogares de menores ingresos. Según datos del Programa Uruguay Crece Contigo,<sup>3</sup> en el momento de su instalación en 2012, el 32,4% de los niños entre cuatro meses y tres años y once meses, de sectores de muy alta vulnerabilidad social, presentaban anemia. A diez meses de su intervención, estas cifras descendieron al 8%.

La literatura ha enfatizado en las consecuencias que la malnutrición por déficit provoca en el desarrollo, en el desempeño escolar y, por ende, en el desarrollo de capacidades para su inserción en el mundo laboral; pero también hay que destacar que la malnutrición por exceso provoca daños irreversibles en la salud presente y futura de los niños, y que las prácticas de cuidado nutricional han colaborado con la instalación de este nuevo problema de salud. Por lo tanto, la vigilancia, la detección y el tratamiento de la malnutrición deben realizarse durante toda la infancia, dentro y fuera del hogar.

La asistencia a centros de educación desde edades tempranas parecería ser un factor que opera fomentando estilos de alimentación saludable y una

1. Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP-Mides-Ruandi-Unicef, Montevideo, noviembre de 2011.

2. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/programas/ciclosdevida/programa-nacional-de-nutricion>, consulta: 15 de mayo de 2015.

3. Uruguay Crece Contigo (disponible en: <http://www.crececontigo.opp.gub.uy>, consulta: 15 de mayo de 2015).

mejora del estado nutricional. Al menos, así lo demuestran datos aportados por los centros del Plan Centros de Atención a la Infancia y familia (CAIF), los cuales operan mediante la reducción de la frecuencia de consumo de alimentos con escaso aporte nutricional. El Plan remarca, además, la importancia del trabajo con los niños y las familias en materia de educación alimentario-nutricional. En cuanto al estado nutricional, la desnutrición en estos niños alcanzó el 8% en 2010, mientras que estas cifras ascienden a un 13,6% en niños no asistentes al programa (control). Sin embargo, en los niños que asisten a los centros CAIF entre los cero y cuarenta y siete meses, la malnutrición por exceso alcanza al 16,5%, superando incluso las cifras de aquellos que no asisten a estos centros. Este mismo informe resalta un listado de factores de riesgo encontrados, que asocian con la desnutrición (tabla 1).

**Tabla 1. Factores de riesgo asociados al retraso en el crecimiento.**

% de retraso de talla (t/e <-2de)	CAIF	Control
Total	7,7%	13,6%
Varón	9,7%	14,9%
Bajo peso al nacer	18,4%	40,8%
Prematuro	13,4%	21,2%
No fue amamantado	13,2%	17,4%
Déficit de peso	45,0%	63,6%
Madre adolescente	12,5%	15,1%
Bajo nivel educativo de la madre (primaria)	11,6%	14,4%
Hogar con 2 o más NBI	11,3%	15,0%
No disponibilidad de agua potable	11,0%	15,5%
Hacinamiento	9,9%	18,2%
Sistema de eliminación de excretas con carencias	9,4%	14,7%
Hogar numeroso (6 o más personas)	10,7%	16,4%
Hogar de alto riesgo psicosocial (7 o + indicadores de riesgo)	10,0%	14,6%

Fuente: Equipos MORI-Plan CAIF 2011.

Todo proyecto dirigido a mejorar la alimentación, enmarcado en un sistema de cuidado de determinados grupos poblaciones, y en especial en la infancia, demanda un marco conceptual que oriente y delimite esta intervención, de manera que sus resultados sean eficaces y sostenibles. Alcanzar estos resultados es posible sólo si el marco conceptual seleccionado es lo suficientemente claro para identificar la esencia del problema alimentario-nutricional, su cadena causal, y la jerarquía de alternativas posibles para la solución del problema. De lo contrario, todo proyecto terminará con escasos resultados, será de bajo impacto, ineficiente, o solucionará el problema sólo para un corto plazo.

## **El sistema nacional integrado de los cuidados en Uruguay**

### ***Antecedentes y situación actual del debate***

Uruguay se encuentra hoy ante el desafío de la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados, en fase de diseño, que incluye específicamente a la población en situación de dependencia: primera infancia, vejez y discapacidad. Entre los fundamentos, se señala:

Una sociedad que se propone garantizar el bienestar de sus integrantes más vulnerables, garantizando a la vez la igualdad de derechos de todas las personas, no puede obviar la situación instalada en torno al cuidado. Se propone entonces la socialización de la provisión y los costos de los cuidados, tanto monetarios como no monetarios. La transformación es de tal envergadura que podemos hablar de un nuevo pacto social: del modelo familista a un modelo de corresponsabilidad social. (Grupo de Trabajo Interinstitucional, Consejo Nacional de Política Social, Gabinete Social, 2012)

De acuerdo con documentos elaborados por quienes han estado involucrados en el proceso, la construcción de:

Una política pública de cuidados responde a las transformaciones económicas, sociales y culturales que experimentó el país en las últimas décadas y su entrada a la agenda pública se facilitó por la existencia de un contexto favorable del punto de vista económico y político en el marco de la reforma de la matriz de protección social. Las políticas de cuidados se ubican dentro de una redefinición o refundación de la matriz de protección e inversión social que incorpora dos principios normativos nuevos en materia de políticas públicas: la corresponsabilidad social entre Estado, familias y sector privado y la búsqueda de un nuevo contrato de género y generaciones (entrevista centro de estudio y especialistas). (Aguirre y Ferrari, 2014: 71)

Se parte de un análisis de la llamada “crisis del cuidado”, que hace alusión a una reorganización del trabajo salarial remunerado y el doméstico no remunerado, en el que subyace una persistente división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral, con su consecuente impacto en la continuidad y el equilibrio de los tradicionales arreglos de cuidado en nuestras sociedades. Ello limita las posibilidades de las mujeres para insertarse en el mercado laboral y alcanzar mayores niveles de autonomía económica y bienestar. Los cambios asociados a la transición demográfica, con aumento de la esperanza de vida, y a las reconfiguraciones de las estructuras familiares, generan demandas crecientes de cuidado, en tanto se reducen los recursos humanos para asumirlo (tradicionalmente mujeres)

(Grupo de Trabajo Interinstitucional, Gabinete Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2012: 11).

En el debate sobre el Sistema, se conceptualiza el cuidado como función social central para la formación de capacidades y reproducción. Implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y la asistencia a las personas dependientes, ya sea definitiva o transitoriamente, y relacionada o no con el ciclo vital de las personas. Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal, y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria (Cepal, 2009).

En cuanto al Sistema Nacional de Cuidados en sí mismo, éste es concebido como el “conjunto de acciones públicas y privadas que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y a las familias en el cuidado de su hogar y de sus miembros” (Salvador, 2010: 17), aun cuando explícitamente se dejan de lado los aspectos relacionados con el cuidado del hogar y el cuidado de los enfermos.

En el diseño propuesto para la primera infancia, el Estado se posiciona en un rol garantista del cuidado de todos los niños de temprana edad, frente a una tarea que aún está fuertemente familiarizada y feminizada en nuestro país (Etchebehere, 2011). Desde el discurso, se aspira a mejorar las posibilidades de acceso de muchas mujeres al empleo y al estudio, así como a avanzar en los niveles de equidad: de ingreso y entre géneros. Los criterios propuestos para priorizar a las familias beneficiarias son: déficit de tiempo para la dedicación al cuidado, niveles de ingreso, tipo de hogar y condición de empleo de quien está a cargo del cuidado; aunque se entiende que los criterios mencionados no pueden ser excluyentes sino combinables. Por lo tanto, se propone la consideración conjunta, de forma tal de adecuar el tipo de acción a las características de las familias y sus necesidades.

---

#### Criterios para priorización de personas beneficiarias del Sistema

1. Composición del hogar y la familia de las personas a ser cuidadas
  - Número de niños en el hogar y personas dependientes.
  - Edad de los niños en el hogar.
2. Criterios en base a las personas que son cuidadas
  - Grado de dependencia (en el caso de personas con discapacidad y personas adultas mayores).
3. Criterios en base a la persona que cuida
  - Condición de empleo de las personas que cuidan en la familia (esto determina el tipo de apoyo diferenciado y el aporte que la familia puede hacer para su contratación).
  - Nivel educativo de las personas a cargo del cuidado.

Las características a tener en cuenta para el tipo de servicio tienen que ver, en primer lugar, con las condiciones habitacionales (que determinan posibilidades de cuidado en el hogar o fuera del hogar), así como con la realidad local (ruralidad, servicios de cercanía existentes).

---

La población correspondiente a la infancia temprana (cero a tres años) se aproxima a los 195.000 niños, según datos del Censo 2011. De acuerdo con estimaciones de la Encuesta Continua de Hogares-INE de 2010, cerca del 40% de ellos proceden de hogares del primer quintil de ingresos per cápita, mientras el 9% pertenece al quintil más rico de la población (tabla 2: Grupo de Trabajo Interinstitucional, Consejo Nacional de Política Social, 2012). Estos niños se ubican en cerca del 11% de los hogares, en su mayoría biparentales (Montti, 2013).

**Tabla 2. Distribución de frecuencias de niños de cero a tres años según edad en años por quintiles.**

Edad	Quintil					Total
	1	2	3	4	5	
0	19.954	11.261	7.059	5.508	4.082	47.864
1	18.681	10.238	8.049	6.445	4.435	47.848
2	12.895	11.414	8.058	6.212	3.799	47.878
3	17.620	11.964	7.946	6.049	4.379	47.957
Total	74.650	44.877	31.112	24.213	16.695	191.547

Fuente: Grupo de Trabajo Interinstitucional Consejo Nacional de Política Social (CNPS) 2012, en base a ECH 2010, ajustado por proyecciones de población INE.

Las acciones propuestas en los documentos publicados hasta el momento para el cuidado en esta etapa de la vida son (cuadro 1): a. políticas de fortalecimiento a las familias en el cuidado de sus hijos, durante el primer año de vida, a través de la asignación de licencias maternales y paternales; b. para la franja etaria de uno a tres años, política de fortalecimiento a las familias en el cuidado de sus hijos desde una apuesta a la atención en centros infantiles de calidad, ya sean públicos o privados; en los primeros, ampliar la cobertura con calidad de los servicios existentes (Plan CAIF, Centros infantiles del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Jardines Públicos –universalización de tres años–), y en los segundos, a través de subsidios estatales transferidos a las familias (bonos), avanzando hacia la universalización de la atención educativa de los niños a partir del año, y c. para familias en condiciones de vulnerabilidad extrema, se propone, en forma complementaria, una política de proximidad que las apoye en lo relativo a pautas de crianza, desarrollo infantil, crecimiento y derivaciones oportunas, la formación de agentes comunitarios y la extensión del beneficio de la Tarjeta Uruguay Social (tarjeta fundamentalmente para compra de alimentos y artículos de higiene y limpieza).

El modelo se basa en la constitución de un fondo único que financiará los servicios adicionales del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) (Grupo de Trabajo, 2012). Para la gestión del SNC, se prevé la creación de una Junta Nacional de Cuidados, integrada por el Ministerio de Desarrollo Social, que la

presidirá, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Banco de Previsión Social y el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay. El grupo que elaboró la propuesta entendió que la institucionalización del SNC requiere una ley marco que ponga las bases institucionales y jurídicas para la construcción de esta nueva política pública sectorial, con horizontes de corto, mediano y largo plazo.

**Cuadro 1. Principales lineamientos propuestos para el Sistema Nacional de Cuidados hacia la infancia temprana.**

Población/eje	Sistema nacional de cuidados para la infancia
	Diseño e implementación: Programa nacional de cuidados domiciliarios Diseño e implementación: Extensión licencia paterna y materna (lactancia y cuidado) Estudio Licencia paterna de 1 mes: luego del nacimiento Medio horario paterno entre los dos y los seis meses Licencias parentales por enfermedades de niños Diseño e implementación: subsidio (bonos) para asistencia a centros privados Diseño e implementación: subsidio (centros en empresas) medidas de promoción para su apertura Estudio: ampliación de centros públicos de atención diaria para uno a tres años para toda la población
Población/eje	Sistema nacional de cuidados para la infancia
Pobres y vulnerables a la pobreza (250 mil hogares)	Diseño e implementación: Programa nacional de cuidados domiciliarios
	Implementación: ampliación de CAIF de atención diaria para dos y tres años
	Implementación: ampliación de CAIF de atención diaria para un año
	Implementación: Fortalecimiento y aumento de cobertura de centros públicos de atención de niños de cero y un año; por ejemplo, Centros de Día
Población/eje	Sistema Nacional de Cuidados para la infancia
Indigentes y vulnerables a la indigencia (30 mil hogares)	Diseño e implementación: Programa nacional de cuidados domiciliarios
	Diseño e implementación: cupos de inclusión en centros de cuidado de empresas; promoción para su apertura
	Implementación: salas de encuentro (ampliación de cobertura) para la preparación del parto

Fuente: Grupo de Trabajo Interinstitucional CNPS, Gabinete Social, 2012.

### ***Principales avances alcanzados en primera infancia***

*Bonos de cuidado.* La prestación consiste en la inclusión de niños de cero a tres años, de hogares beneficiarios de los programas sociales prioritarios (Jóvenes en Red, Uruguay Crece Contigo y Cercanías), que vivan en los barrios enmarcados dentro del Plan 7 Zonas, en Centros de Educación Infantil Privados (CEIP) autorizados por el MEC. Se han superado las primeras 100 inclusiones de un total de 200 cupos en CEIP. Los cupos aumentaron en 2014.

Participan del proyecto: Dirección Nacional de Político Social (DNPS), Coordinación Interdireccional, Programas Prioritarios y MEC. Actualmente se está discutiendo la transformación de los bonos en cupos en las instituciones, financiados por el Sistema.

*CAIF inclusivos.* Proyecto piloto de inclusión de niños de dos y tres años con discapacidad en los Centros CAIF. Se implementan veinte experiencias en Artigas, las siete zonas prioritarias de Montevideo y Canelones, y la ciudad de Treinta y Tres. El proyecto incluyó la capacitación de treinta asistentes, tanto en Montevideo como en Artigas. Participan del proyecto: Inmujeres, Pronadis, DNPS, Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (Dinem), Coordinación Interdireccional y CAIF. Por otro lado, se trató de brindar una respuesta de calidad e integral a las necesidades de cuidado de las familias de niños con discapacidad. Se realizó una capacitación a cincuenta y dos asistentes personales con un currículo de 96 horas teóricas y prácticas, de las que se seleccionaron para trabajar a veinte asistentes personales para acompañar al niño en su proceso de integración a la institución. Ya los niños de cero a dos años con discapacidad están incluidos en los talleres de Experiencias Oportunas del Plan.

*Licencias parentales.* En noviembre de 2013, se aprobó la ley N° 19.161 de extensión de licencias maternales y paternales, y del medio horario paternal. De acuerdo con ésta, las mujeres beneficiarias deberán cesar todo trabajo seis semanas antes de la fecha presunta del parto y no podrán reiniciarlo sino hasta ocho semanas después. Para los padres, se prevé un máximo de tres días continuos, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, en 2014; un máximo de siete días continuos, a partir del 1 de enero de 2015 y un máximo de diez días continuos, a partir del 1 de enero de 2016. Las trabajadoras y los trabajadores serán beneficiarios de un subsidio para el cuidado del recién nacido, que podrán usar indistintamente y en forma alternada el padre y la madre, una vez finalizado el período de subsidio por maternidad, hasta que el referido hijo de los beneficiarios cumpla cuatro meses de edad; se extenderá, a partir del 1 de enero de 2015, hasta los cinco meses de edad del hijo, y a partir del 1 de enero de 2016, hasta sus seis meses. Durante el período de subsidio para cuidados, la actividad laboral de los beneficiarios del subsidio no excederá la mitad del horario habitual ni podrá superar las cuatro horas diarias. (Informes de Avance, 2013, 2014, SNC).

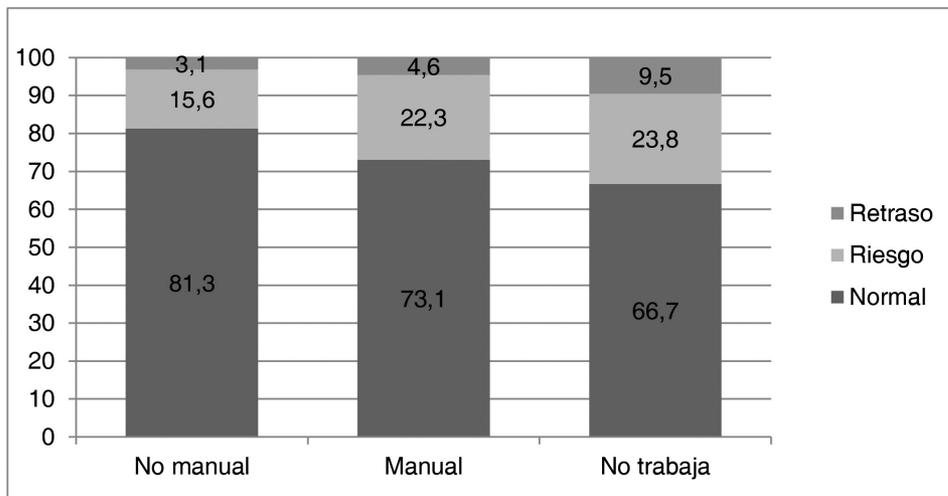
Más allá de estos logros, en 2013 se reconoce el escaso ritmo con que se ha avanzado hacia la formalización de este sistema y en 2014 se establecen un conjunto de medidas para impulsar la construcción del sistema.

## Reflexiones y aportes al debate

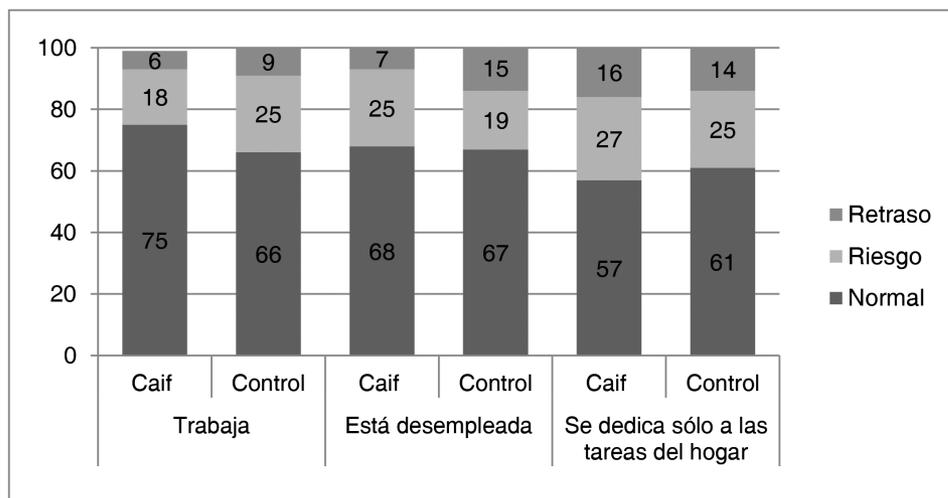
### *El trabajo y el cuidado: impacto del trabajo femenino con desgaste físico en el cuidado infantil*

La condición de inserción en el mercado laboral por parte de la mujer no necesariamente impacta favorablemente en el cuidado de sus hijos. Uno de los hallazgos que el GIEP (1996) realizara en Uruguay indicaba que, en condiciones de pobreza, los niños cuyas madres trabajaban se encontraban en peores condiciones de desarrollo que aquellos cuyas madres permanecían en sus casas, siendo el trabajo predominante el del empleo doméstico. Paradójicamente, quienes se ocupaban del cuidado de niños de sectores más favorecidos mientras sus cuidadores principales trabajan, o destinan sus tiempos a otras tareas, no estaban en condiciones de asumir un cuidado de calidad de los hijos propios. Al desglosar los datos de dicho estudio, se observaba que, en general, se trataba de trabajos poco gratificantes, de tipo manual, con muchas horas, en general relacionado con situaciones personales de separación conyugal y familias monoparentales, lo que se asociaba a una disminución de la disponibilidad física y emocional de la madre. En un estudio más reciente, realizado en una muestra representativa de niños que asisten a centros socioeducativos de la ciudad de Montevideo, se observó que, en aquellas familias pertenecientes a sectores de pobreza, los peores resultados en las pruebas de desarrollo psicomotriz se encontraban en los hijos de mujeres que sólo tenían trabajo no remunerado en el hogar o realizaban trabajos remunerados de tipo manual fuera del hogar, generalmente de limpieza (y cuidado de “otros no familiares”), además del trabajo en el hogar (GIEP-ODM-IMM, 2008) (gráfico 3). Los últimos datos disponibles sobre estos aspectos, que proceden de la evaluación del Plan CAIF en 2010, ubican los peores resultados de los niños en los hogares en los que las mujeres desempeñan sólo trabajo no remunerado en el hogar. En este estudio, sin embargo, no es posible establecer la relación entre desarrollo infantil y el tipo de trabajo remunerado (manual o no manual). No obstante, dicho estudio destaca como factores asociados al riesgo y el retraso en el desarrollo infantil “madres sin trabajo” (por baja capacitación para el mercado laboral) o con trabajos extenuantes y precarios. (Equipos MORI, 2011: 70) (gráficos 3a y 3b).

**Gráficos 3a y 3b. Relación entre desarrollo infantil y tipo de trabajo dentro y fuera del hogar en dos programas socioeducativos de Uruguay.**



Fuente: GIEP-ODM-IMM, 2008.



Fuente: Evaluación CAIF, Equipos MORI, 2011.

En suma, los datos disponibles de la última década muestran que ser pobre, dedicarse exclusivamente al trabajo no remunerado dentro del hogar o tener trabajos extenuantes y poco gratificantes se asocian a problemas en el desarrollo infantil. No disponemos de datos sobre el impacto de estas mismas condiciones en el crecimiento de los hijos.

Posicionados desde la perspectiva de las necesidades de cuidado por parte del niño, los datos sugieren que el hecho de trabajar, si bien puede potencialmente contribuir a la generación de ingreso y a la inserción social (Berlinsky, 2007), no es una condición suficiente para mejorar las circunstancias de cuidado infantil en el propio ámbito familiar y sus efectos sobre el niño, sino que, por el contrario, puede transformarse en un factor que adicione dificultades. No basta con estar inserto en el mercado laboral, sino que deben existir condiciones afectivas y físicas que generen un sentido de gratificación que redunde en las disponibilidades para la crianza y el cuidado. Esto se vincula estrechamente con uno de los lineamientos del SNC, que es la necesidad de empleos de calidad para las personas trabajadoras en el sector de los cuidados (mejores horarios, salarios dignos, capacitación), particularmente las mujeres; no sólo para mejorar sus condiciones de trabajo sino incluso para favorecer el impacto que el trabajo pueda tener en su función como cuidadoras de sus propios hijos. Igualmente se vincula con la necesidad de concebir al cuidado familiar como una responsabilidad que trasciende a la mujer y a la propia familia, y que requiere otros apoyos y participantes. Como contraparte, hay que agregar que, si bien hay estudios a nivel internacional que muestran el impacto en la equidad de género que puede tener el acceso a cuidados extrafamiliares de los niños, con aumento de los ingresos económicos de las madres en el largo plazo, o incluso de escolarización de hermanas mayores que antes se ocupaban del cuidado de sus hermanos menores (Barnett y Masse, 2007), otros estudios advierten que la respuesta de la fuerza laboral materna a las ofertas de servicios públicos accesibles son variables. Un estudio realizado en Noruega sobre el impacto de la universalización del cuidado infantil mostró efectos positivos en la educación de los niños y reducción de la dependencia de los programas de ayuda social, desplazando a los cuidados informales, sin cambios en el empleo materno y en el ingreso familiar (Havnes y Mogstad, 2009). Los costos de los servicios públicos pueden exceder, a veces, el valor del incremento en los ingresos maternos (Clavet y Duclos, 2011).

### **La cuestión de la edad de ingreso a los centros educativos en etapas tempranas: ¿cómo mejorar la decisión informada de las familias?**

De acuerdo con los datos del Censo 2011, la asistencia a centros educativos de infancia temprana públicos y privados va aumentando con la edad, alcanzando en total el 36% de la población de cero a tres años (Montti, 2013) (tabla 3). En las edades más tempranas (antes de los dos años), la asistencia es baja, y predomina la concurrencia al sector privado (gráfico 4, tabla 4), especialmente de niños de los quintiles más altos; es muy escasa la oferta de los servicios privados, y casi nula la de los públicos. A partir de los tres años,

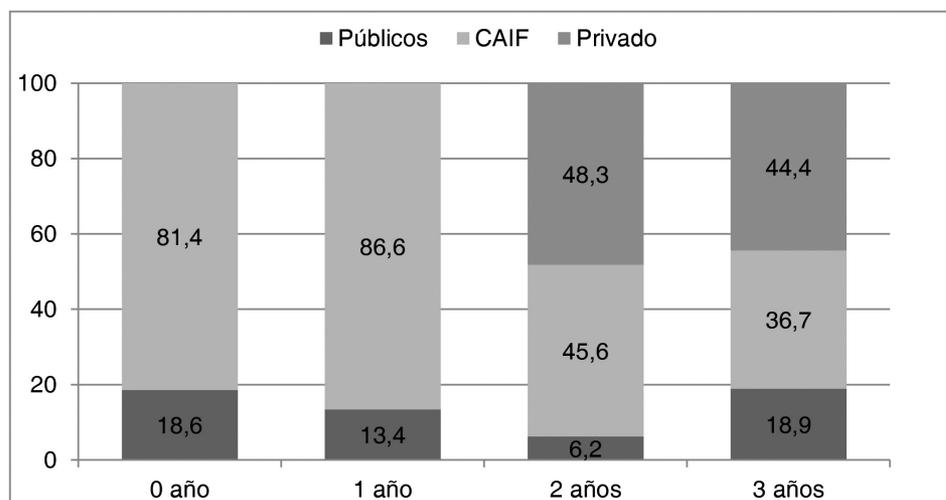
en cambio, más de la mitad de los niños concurren a centros públicos (públicos + CAIF). Según Anep, a los tres años asisten cerca del 60%, con grandes desigualdades según el nivel socioeconómico y las zonas.<sup>4</sup> Cabe recordar que la universalización y la obligatoriedad de la educación a partir de los cuatro años rigen en nuestro país desde 2008 (ley N° 18.437).

**Tabla 3. Porcentaje de niños y niñas que educativos asisten por tramo de edad.**

Edad asistencia	%
Cero a tres años	35,81
Cuatro a cinco años	90,3

Fuente: extraído de Montti (2013) en base al Censo 2011.

**Grafico 4. Asistencia a centros según tipo y edad.**



Fuente: extraído de Montti (2013) en base al Censo 2011.

4. Diario *El Observador*, 3 de julio de 2013. Primaria quiere atraer al sistema educativo a los niños de tres años. Entrevista a Elizabeth Ivaldi, inspectora y representante del CEIP en el programa “Uruguay Crece Contigo”.

**Tabla 4. Distribución de asistencia a centros de cero a tres años según edades.**

Edad	No asiste	Asiste tiempo parcial público	Asiste tiempo parcial privado	Asiste tiempo completo publico	Asiste tiempo completo privado	Total
0	97,67	0,46	0,51	0,21	1,14	100
1	87,74	2,13	5,27	0,76	4,10	100
2	64,67	13,04	13,03	3,00	6,26	100
3	40,27	28,35	19,4	4,95	7,03	100
Total	71,23	11,64	10,01	2,35	4,77	100

Fuente: extraído de Grupo Interinstitucional CMPS, Gabinete Social 2012.

Llama la atención, en primer lugar, que en estas estimaciones presentadas en los documentos del SNC (Montti, 2013: 7) se señale la necesidad de no tomar en cuenta la modalidad de estimulación oportuna ofrecida por los centros CAIF para niños de cero y un año, a los que asisten cerca de 17.000 niños; se indica que el Grupo de Trabajo Interinstitucional excluyó este servicio de la definición de “cuidados”, con el argumento de que el niño asiste durante 3 horas con un adulto referente y, por lo tanto, no puede concebirse como tal, en cuyo caso el porcentaje de asistencia en menores de cuatro años baja al 30%. Esta consideración entra en contradicción con una de las líneas de orientación del Sistema, que es la de desarrollar políticas de fortalecimiento a las familias y trabajos de proximidad en familias vulnerables. Considerar el concepto de “proximidad” en función del ámbito en el que se trabaja, y restringirlo sólo al domicilio de las familias, contribuye a limitar sus alcances; tal vez, es más apropiado relacionarlo con la finalidad de la tarea que se despliega, independientemente del ámbito en donde ésta se produzca. En el caso de la infancia temprana, la idea de “proximidad” debería vincularse con la de “acompañamiento, apoyo o fortalecimiento de las familias”, tratando de contribuir a la relación de crianza y cuidado que las familias proporcionan al niño, trabajando de manera directa con ellas. Este tipo de observaciones (si el padre o el cuidador permanece con el niño dentro del servicio, éste último pierde su condición de componente del “sistema de cuidados”) desdibuja de alguna manera el concepto de cuidados y el valor de los servicios de cuidado que se ubican fuera del ámbito doméstico, otorgándoles o acentuando una visión instrumentalista de los componentes del sistema (dejar al niño para que las familias dispongan de mayor tiempo para otras actividades).

Otro aspecto a destacar en este punto tiene que ver con el diseño de las políticas educativas para la infancia temprana y su universalización. La construcción de diseños curriculares oficiales nacionales, para el ciclo comprendido desde el nacimiento hasta los seis años, constituye una medida relativamente reciente en el campo de las políticas educacionales a nivel mundial y va en consonancia con el paradigma de la educación a lo largo del ciclo de vida. Es en este marco donde se inscriben los sistemas de cuidados extrafamiliares antes de los cuatro años. Un trabajo de Benett (2010), referido a los países de

la OCDE, señala que, bajo los gobiernos que perciben el cuidado temprano como una responsabilidad privada de los padres, y no como una tarea pública, se puede apreciar una fragmentación mayor de los servicios para niños de cero a tres (denominados en algunos países jardines infantiles). A menudo, éste ha sido el enfoque de países como Australia, Canadá, Irlanda, Corea, Holanda, Reino Unido y los Estados Unidos.

Estos países generalmente reconocen la responsabilidad gubernamental de la educación preescolar entre los tres y los cinco años (dependiendo del país), en particular para los niños con antecedentes desventajados o de riesgo. Por el contrario, los cuidados para niños menores de tres años se consideran como responsabilidad parental y (dependiendo del sueldo y/o la necesidad de estimular la participación de las mujeres en el mercado laboral) tienden a ser menos desarrollados en términos de cobertura. En algunos países, el campo de estos programas es un mosaico de proveedores privados y de familias individuales que proporcionan servicios de cuidado. Los padres no siempre pueden costear estos servicios; por ello, los grupos de bajos ingresos a menudo están excluidos del acceso al jardín infantil, a menos que haya disponibilidad de servicios de calidad financiados por el gobierno. (Bennett, 2010)

Según reporta Bennett (2010):

En estos países, el sector de jardines infantiles (antes de los 3 años) muestra regulaciones débiles y un enfoque de escuela primaria para la educación temprana, con ambientes de aprendizaje a menudo de baja calidad, debido a la débil orientación del Estado y la falta de capacitación del personal, al igual que las precarias condiciones laborales.

Uruguay ha encarado los procesos de educación inicial como cuestión de política pública. El Ministerio de Educación y Cultura (MEC) ha liderado un proceso de regulación de los Centros de Educación Infantil Privados (CEIP), a través del Área de Primera Infancia, en tanto los denominados maternales o jardines de infantes que pertenecen a los colegios privados son autorizados y supervisados por la Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP). El Plan CAIF y los Centros Infantiles oficiales de INAU son controlados por INAU. Según los datos del Primer Censo Nacional de Centros de Educación Inicial, de 2007, 55,8% de los responsables de los CEIP relevados afirmaban que la mayoría de las familias que les confían sus niños son de nivel medio; 14,6% pertenecían al nivel medio alto, y 22,7% al medio bajo (MEC, 2008; Salvador, 2010, citada en Montti, 2013: 8). La Ley General de Educación N° 18.437, aprobada en diciembre de 2008, crea el Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia-CCEPI (art. 98), dependiente de la Dirección de Educación del MEC, que la preside, e integrada también por el Consejo de Educación Inicial y Primaria de la Anep, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU),

el Ministerio de Salud Pública (MSP) y representantes de los educadores en primera infancia y de los CEIP (art. 99). Sus cometidos (art. 100) se refieren a la promoción de una educación de calidad en la primera infancia, la profesionalización de sus educadores, el asesoramiento al MEC en la supervisión y la orientación de los CEIP, y la coordinación y la articulación de proyectos y políticas educativas nacionales y para la primera infancia, en estrecha interacción con la Comisión Coordinadora del Sistema Nacional de Educación Pública (CCSNEP) y la CNE. La ley establece estándares básicos de calidad; existen decretos y reglamentaciones específicas al respecto, algunos con entrada en vigencia en este momento (decreto 268/014 del 22 de septiembre de 2014).<sup>5</sup>

En este marco, debe señalarse que Uruguay se encuentra dentro del grupo de países latinoamericanos que ha elaborado diseños curriculares separados para el período de cero a seis; uno de cero a tres años, y otro de cuatro a seis años. Como señala un reciente informe (Peralta, 2014), este proceso de elaboración dividido ha hecho que tengan características de forma –y a veces de fondo– distintas, por haberse elaborado en períodos y con equipos distintos. En la actualidad, y como parte de su objetivo de mejorar las políticas públicas hacia la infancia temprana, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto a través del Programa Uruguay Crece Contigo (UCC), junto con el CCEPI, vienen desarrollando un trabajo de diseño del Marco Curricular de educación en primera infancia de cero a seis años, en nuestro país, procurando superar la anterior separación.

Más allá de este marco curricular, debe señalarse que la oferta pública de servicios para los niños de cero a tres años es muy escasa y constituye un punto crítico. La mayor cobertura pública de servicios de cuidado infantil la constituyen los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), con fuerte orientación a sectores pobres y vulnerables a la pobreza (más del 80% de la cobertura pública total del país). A él se agregan los jardines públicos de ANEP (Administración Nacional de Educación Primaria), con un poco más del 10% de la cobertura total, y en menor escala, los centros infantiles del INAU, para niños de cero a cuatro años, y el programa Nuestros Niños, de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) (Salvador, 2010: 32). En este momento, se está discutiendo en el país la universalización de la educación para niños de tres años.

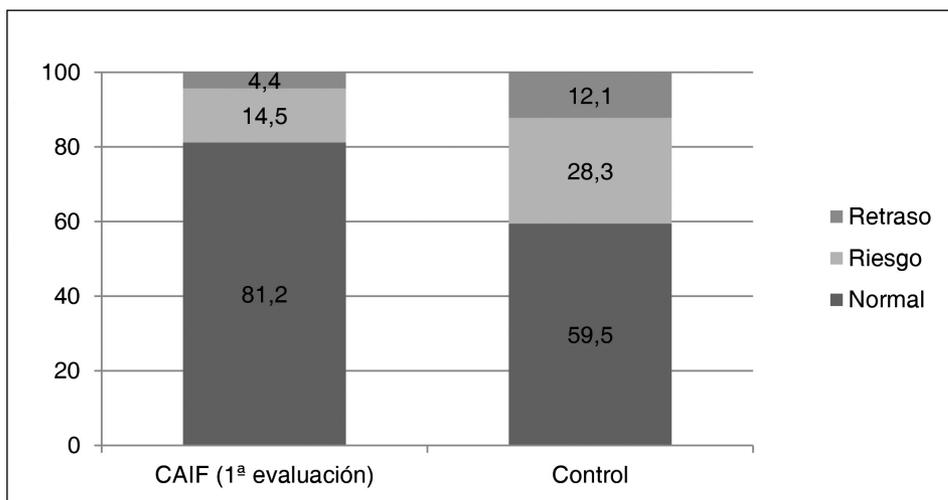
Una de las preguntas planteadas en el debate en torno a la construcción de un SNC es la edad en la que es necesario disponer de ofertas de cuidado fuera del hogar, con carácter público y universal, y cuáles deben ser sus características. Como se analizó en un apartado anterior, no hay evidencias concluyentes al respecto, aunque algunos estudios internacionales coinciden en que los beneficios del ingreso a edades tempranas son mayores en las familias de

5. Disponible en: [http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/59019/1/presentacion\\_conferencia\\_de\\_prensa\\_6-10-14\\_1.pdf](http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/59019/1/presentacion_conferencia_de_prensa_6-10-14_1.pdf), 15 de mayo de 2015.

mayor vulnerabilidad social y económica, siempre que se aseguren criterios fundamentales de calidad. La mayor parte de los estudios rigurosos disponibles se refieren al impacto en la etapa de educación inicial (tres a cinco años).

En nuestro país, durante 2010, se realizó una evaluación externa de resultados del Plan CAIF (Equipos MORI/INAU/Plan CAIF, 2011) que puede ser de utilidad para analizar el impacto de los programas a muy temprana edad y que, en general, confirman el beneficio del ingreso precoz en niños y familias de sectores de alta vulnerabilidad social. De ésta, y de los análisis del monitoreo interno (Plan CAIF, 2010), se desprende que el Plan logra una “buena focalización en los sectores pobres, aquellos que presentan carencias estructurales y bajo niveles de ingresos. Pero, al mismo tiempo, los datos del grupo control indican que sus vecinos que no acceden al CAIF se encuentran en situaciones aun más vulnerables y con características similares a los hogares del primer decil de ingresos”, con una diferencia de 22 puntos porcentuales en la categoría de “normalidad” en los tests de desarrollo (gráfico 5, Equipos MORI, 2011).

**Gráfico 5. Evaluación psicomotriz de niños menores de veinticuatro meses: comparación 1ª evaluación CAIF versus grupo control.**



Fuente: Equipos MORI, 2011.

Al mismo tiempo, los datos de evaluación de la efectividad del Plan en menores de dos años (Programa de Experiencias Oportunas) ponen en evidencia que los mayores avances se registran en los niños menores de un año; y, a medida que aumenta la edad con la que ingresan a dicho programa (talleres dirigidos a padres e hijos, y trabajo en el hogar), descende su efectividad. Asimismo, a pesar de que, en todos los tramos de edad, se logran reducir los niveles de retraso, entre quienes ingresan luego de los dieciocho meses de

edad el riesgo aumenta en 7 puntos porcentuales (tabla 5). No se dispone de datos de la influencia de las características del hogar en estos resultados.

**Tabla 5. Desarrollo psicomotriz de niños participantes del Programa de Experiencias Oportunas según edad en el momento de la 1ª evaluación.**

	Edad en el momento 1ª evaluación							
	0 a 5 meses		6 a 1 meses		12 a 17 meses		18 a 23 meses	
	1 eval	2 eval	1 eval	2 eval	1 eval	2 eval	1 eval	2 eval
Normal	82	91	84	87	86	84	79	76
Riesgo	15	9	15	13	11	15	14	21
Retraso	3	0	1	1	3	1	8	3

Fuente: Equipos MORI-Plan CAIF, 2011.

También se constata que los niños que ingresan a partir de los dos años obtienen mejores resultados que los niños del grupo control, sin llegar a las cifras esperadas para la población de referencia. Mejoran el lenguaje (74% llega a la categoría de normalidad *versus* un 61% del grupo control). El descenso de los resultados del desarrollo global se da a expensa de las áreas de coordinación y motricidad; si bien alcanzan mejores resultados que el grupo control, aún no se logran los niveles esperados, fundamentalmente en los ítems que evalúan aspectos visuoespaciales, praxia constructiva y representación de la figura humana. Las niñas logran mejores resultados que los varones, como ya lo habían demostrado las investigaciones del GIEP. Con relación al estado nutricional, si bien se encuentra una mejoría, aún persisten niños con sobrepeso, riesgo de sobrepeso y retraso en la talla, cuyos valores están por encima de lo esperado para la curva poblacional y siguen la misma tendencia observada a nivel nacional. También se prueba que los Centros CAIF potencian factores protectores en las familias para el desarrollo integral, y que se han constituido en referentes positivos y soporte social para la población. Sin embargo, los Centros tienen dificultades para captar a las familias en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica, principalmente antes del segundo año de vida. Por un lado, muchas de estas familias consideran que los niños “son muy chiquitos para asistir a algún tipo de actividad” y, por otro lado, cuando ingresan, su asistencia no es continua.

Ampliando estos datos, los estudios del GIEP (GIEP, ODM-PNUD-IMM, 2008), realizados en una muestra representativa de los niños y las familias que asistían al programa Nuestros Niños, de la Intendencia de Montevideo, mostraron que la concurrencia al Centro tenía un efecto positivo en el desarrollo infantil, independientemente de la procedencia socioeconómica, aunque la relación alcanzó la significación estadística sólo en los niños de hogares pobres. Aquellos niños con mayor discontinuidad en la asistencia, en general procedentes de los hogares más pobres, son los que tienen los peores resultados en pruebas psicomotrices (tabla 6).

**Tabla 6. Relación entre desarrollo psicomotor y asistencia a los centros Nuestros Niños según tipo de hogar (LP del INE).**

Hogares según LP	categorías test	frecuencia	ASISTENCIA AL CENTRO			Total
			falta 1-4 días al mes	falta 5-10 días al mes	falta > 10 días al mes	
No pobre*	Normal	N	31	12	1	44
		%	83,8%	92,%	50%	84,6%
	Riesgo + retraso	N	6	1	1	8
		%	16,2%	7,7%	50%	15,4%
	Total	N	37	13	2	52
		%	100%	100%	100%	100%
Pobre**	Normal	N	87	30	5	122
		%	71,3%	69,8%	33,3%	67,8%
	Riesgo + retraso	N	35	13	10	58
		%	28,7%	30,2%	66,7%	32,2%
	Total	N	122	43	15	180
		%	100%	100%	100%	100%

\*  $p = NS$

\*\*  $p < 0,05$

Fuente: GIEP-ODM-IMM, 2008.

En un artículo de revisión dirigido específicamente al cuidado infantil en 0 a dos años, Belsky (2003) señala las dificultades para aplicar estudios aleatorizados a estas edades y sintetiza los hallazgos más importantes de un estudio longitudinal sobre experiencias de cuidado no maternas (Estudio de Cuidado Infantil Temprano del Instituto Nacional de Salud y Desarrollo Humano –NICHD–), aplicado a 130.000 niños de menos de un mes al inicio del estudio. La probabilidad de presentar problemas en el apego, en la conducta (conductas externalizantes) o en la interacción madre-hijo se relacionaron estrechamente con la experiencia de cuidados no maternos (o no familiares) en horarios muy extensos (por ejemplo, más de 10 horas semanales en el primer año de vida) y cuidados de baja calidad, especialmente si se asocian a cuidados familiares poco sensibles. No obstante, los hallazgos señalan que, si el cuidado es de calidad, los niños menores de dos años muestran niveles más altos de funcionamiento cognitivo-lingüístico a los dos, tres, cuatro y cinco años.

Greenspan (Brazelton y Greenspan, 2005), coincidiendo con Belsky, indica que, si las parejas pueden y son capaces de aportar los cuidados a sus hijos, es mejor que hasta los dos años no se los deje en centros de tiempo completo entre 30 a 40 horas semanales.

En las investigaciones y las observaciones clínicas, he comprobado que, en la mayor parte de los centros, y con frecuencia, la relación entre el bebé y la cuidadora es peor de lo deseable. El ratio 4 adultos, o 6 después del año, unido a constantes cambios de personal, sus bajos salarios, con una preparación insuficiente y cambios de cuidador año a

año, dificultan el desarrollo de relaciones afectivas estables y de calidad durante esos primeros años. Por otra parte, si un niño menor de 2 años asiste 40 horas a la semana o más, ¿cómo desarrolla el bebé las relaciones en esa situación? (Brazelton y Greenspan, 2005: 49)

En esta línea de análisis, interesa destacar los datos aportados por la evaluación del Plan CAIF en relación con los recursos humanos, que encontró también cierta inestabilidad en la permanencia de los integrantes del equipo (inasistencias frecuentes, movilidad). Las inasistencias y las licencias prolongadas ocurren también en otros programas, como Nuestros Niños/IM, y Centros Diurnos/INAU. Esto se podría vincular con la falta de expectativas ante posibilidades de ascenso y promoción que se presentan en quienes trabajan en cero a tres años, así como la imposibilidad del retiro jubilatorio antes de los sesenta años, en un trabajo que exige mucha disponibilidad psicofísica. Lo anterior se transforma en un obstáculo para incidir en un buen proceso de desarrollo y crecimiento, si se tienen en cuenta las necesidades de estabilidad y continuidad de los cuidadores por parte de los niños pequeños. Al mismo tiempo, cabe destacar que, en el Plan CAIF, se han creado instancias de formación permanente y se ha fomentado el trabajo en equipo a través de un tiempo y un espacio dentro del horario laboral, en los cuales se constata que la formación de base de los recursos humanos, incluidos los profesionales universitarios, no proporciona hoy todas las herramientas requeridas para intervenir en esta realidad tan compleja.

A este conjunto de datos nacionales y de otros países, Brazelton agrega:

El niño pequeño que asiste a un centro infantil debe pasar la mayor parte de su tiempo en actividades facilitadoras o en interacciones con un adulto. Sin embargo, en las observaciones realizadas en los Centros infantiles y en otros entornos no hemos visto que se produzcan largas secuencias de interacción entre el adulto y el niño. Hasta los 2 años la escuela infantil a tiempo completo constituye un contexto que dificulta el establecimiento de relaciones afectivas con uno o más adultos. La escuela infantil a tiempo parcial puede ser de gran ayuda. Pero también hay muchas madres (jefas de hogar) que no les queda otra opción que dejar al hijo al cuidado 40 horas semanales, lo que exige procurar servicios óptimos y formar un equipo con la o las personas que cuidan al niño hasta los tres años. Existen también familias en las que el estrés emocional de alguno de sus miembros hace recomendable la asistencia de su Centro hasta 30 horas. Cada situación familiar se debe analizar. (Brazelton y Greenspan, 2005: 49)

En función del cúmulo de evidencias, autores como Hopper y Zigler (1988; citado en Brazelton y Greenspan, 2005) recomiendan las licencias parentales en el primer año de vida (ya sea a uno de los padres o combinadas). Estas licencias deberían ser flexibles, y los padres o los cuidadores deberían poder

elegir cómo distribuir el tiempo. El Estado tendría que asumir una corresponsabilidad en el financiamiento de los ingresos familiares, para evitar la reducción salarial, la que podría transformarse en un obstáculo al ejercicio de este derecho.

Para los cuidados fuera del hogar, en instituciones, se recomiendan los horarios parciales, con un ratio de no más de tres bebés por adulto en el primer año de vida, y no más de seis niños entre uno y dos años, junto a la presencia de un segundo adulto de apoyo a la tarea que realiza el adulto referente del grupo. A ello se suma la recomendación, por parte de diferentes investigadores, de la continuidad con el mismo adulto referente para el niño dentro de la institución, hasta los tres años. Esto último plantea algunas interrogantes como, por ejemplo, ¿qué ocurre cuando la familia no se vincula bien con ese referente?

### **Desafíos en el cuidado alimentario nutricional de los niños**

A pesar de los avances en esta materia, y en especial en Uruguay, el estado nutricional deficitario de la primera infancia sigue siendo alto, afectando a un número importante de niños entre cero y cincuenta y nueve meses. En Uruguay, las cifras de desnutrición infantil crónica alcanzan el 15%, mientras que en Brasil afectan al 7%, y en la Argentina, al 8% (Unicef, 2013). Al mismo tiempo, surgen nuevos temas de preocupación social, destacándose el sobrepeso y la obesidad. Sin lugar a dudas, cabe aquí la pregunta acerca del grado en que el sistema está preparado para dar respuesta a los problemas nutricionales actuales, en especial a aquellos relacionados con la malnutrición por exceso. Igualmente es oportuna la interrogante sobre la relación de este flagelo con la monotonía en la alimentación y una composición inadecuada de la dieta en los sectores de menores recursos y, si es así, cómo revertir esta situación cuando el acceso a los alimentos de calidad es costoso.

Las políticas han desarrollado modelos conceptuales y programas para la desnutrición y la anemia, pero los datos indican que es necesario profundizar en problemas cuya prevalencia supera a la desnutrición, como el sobrepeso y la obesidad. Este dato empírico introduce la necesidad de formar a los cuidadores para ayudar a derribar mitos y creencias sobre la alimentación en relación con la calidad de los alimentos ofrecidos, e identificar y evitar los entornos obesogénicos relacionados con el sedentarismo, la siesta, las prácticas alimentarias rápidas o la falta de un ritual alimentario y su sustitución por hábitos rutinarios. Igualmente es necesario disponer de tiempos y espacios suficientes para encarar el encuentro con las familias y abordar aspectos educativos con objetivos a corto, mediano y largo plazo, alcanzados a través de procesos de alto impacto que no se logran con encuentros puntuales. Estos procesos deberían encararse no sólo desde la perspectiva biológica sino también tomando en cuenta las prácticas de crianza en las que confluyen aspectos culturales, sociales y económicos, incorporando y enriqueciendo intereses

sentidos de las comunidades involucradas y rescatando el fenómeno alimentario como un acto social y no solamente biológico.

Para ello, uno de los desafíos centrales es profundizar la formación de los recursos, así como los espacios de análisis que permitan jerarquizar y valorizar los aspectos alimentario-nutricionales, integrándolos a los procesos de desarrollo y aprendizaje, y garantizar el acompañamiento, supervisión y control de las prácticas técnico-profesionales.

Por otra parte, surge la interrogante sobre el grado en que los programas de atención integral, que incluyen alimentación para el niño y otros subsidios directos, implican una ayuda efectiva al ingreso familiar, mejorando así su estado nutricional. Más allá de la inclusión o no de estos aspectos como parte del sistema de cuidados, es posible afirmar que, en la actualidad, no existen en el país mecanismos de evaluación del impacto de las transferencias sobre el estado nutricional de los niños.

En lo que refiere a la alimentación en centros educativos, el desafío está puesto en cómo el Estado otorgará recursos nuevos para ayudar a las escuelas a brindar comidas y meriendas saludables.

Finalmente, resulta pertinente discutir acerca de cuál debe ser el órgano estatal que asuma la referencia de los aspectos alimentarios nutricionales con una mirada integral. El Instituto Nacional de la Alimentación (INDA) es una institución creada para contribuir a mejorar la situación alimentario-nutricional, proteger y hacer efectivo el derecho a la alimentación consagrado en la Constitución uruguaya. Desde esa responsabilidad, consideramos que su papel como integrante de una comisión articuladora de las políticas de cuidado y protección infantil debe ser jerarquizado.

### ***El cuidado y los derechos en la infancia temprana. Interdependencia, intersectorialidad e interinstitucionalidad***

Estar protegido es contar desde el inicio de la vida con un piso mínimo de derechos garantizados, para poder desarrollarse como persona y construir una sociedad de semejantes en el sentido de Castell (Giorgi, 2012). La condición de equidad debe buscarse, desde la primera infancia, como condición de derechos (al desarrollo pleno, al crecimiento, a la supervivencia), como condición de eficacia, y también de eficiencia. La mayoría de los niños nacen con un potencial, pero la exposición a contextos adversos hace que lo vayan perdiendo (GIEP, 1996). En los documentos que sustentan el Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay, se señala:

El Estado se enfrenta al desafío de asumir un nuevo enfoque de las políticas sociales de nueva generación, consistente en reconocer al cuidado como derecho universal, de forma que, los tres pilares clásicos del bienestar vinculados a la salud, la educación y la seguridad social, es-

tán siendo complementados con el denominado “cuarto pilar”, que reconoce el derecho a recibir atención en situaciones de dependencia (Montano, 2010). Esto, no ya de forma residual (como excepción cuando no hay familia que pueda asumirlo) sino como obligación del Estado.

De acuerdo con la revisión realizada en los párrafos anteriores, en el caso del niño, este cuarto pilar resulta un aspecto implícito en los demás pilares, en tanto el concepto de cuidado del niño (en inglés, *childcare*) va estrechamente ligado al concepto de protección integral, lo cual implica que es precisamente ese proceso relacional, sostenido en una corresponsabilidad entre Estado, instituciones, sociedad y familias, el que debe asegurar las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos. En otras palabras, el concepto de cuidados, en este caso, está estrechamente relacionado con el contexto o el ambiente humano que posibilita el desarrollo y el bienestar. Sin él, no hay desarrollo ni aprendizaje; sin él, no hay salud posible; sin él, no hay persona.

En un sentido amplio, en un país de 3 millones de habitantes, no se puede pensar en abrir más estructuras, de modo que se necesita gestar un organismo rector que articule las responsabilidades que cada una de las instituciones debe asumir. Ese organismo rector es el que debería unificar el diseño, la implementación y la evaluación del sistema.

Un Sistema Nacional de Cuidados de Infancia debe estar necesariamente conectado con los distintos esfuerzos políticos programáticos realizados hasta el momento en el país. De hecho, desde el diseño del SINC, se ha previsto la articulación con otras políticas y sectores del Estado, como educación, salud, trabajo y vivienda.

Pero esta articulación supone dos grandes desafíos: vencer el problema del poder de los territorios institucionales, por una parte, y adecuar las prácticas institucionales a las necesidades y las demandas reales de la población, por otra.

Propuestas del SNC y experiencias desarrolladas	Problemas, tensiones y desafíos identificados
Construcción institucional de política pública. Del modelo familista al de corresponsabilidad social. Nuevo pacto de género. Nueva política pública que va más allá de la atención a los sectores vulnerables, no exclusivamente socioeconómicos.	Sistema planificado para el periodo de gobierno 2010-2015. Escaso ritmo de avance. Problemas de financiamiento para el conjunto del SNC. Falta de definición de la rectoría.
Beneficiar el trabajo femenino con programas de 8 horas para niños de dos y tres años.	La oferta de servicios de cuidado fuera del hogar no garantiza la movilidad de la fuerza laboral femenina. Importa no sólo el ingreso al mercado laboral sino también condiciones de trabajo que aumenten los ingresos y no afecten la disponibilidad física y emocional para la crianza
Oportunidad para avanzar en equidad y generar fuentes de empleo de calidad.	Impacto negativo del trabajo femenino, con desgaste físico en el cuidado infantil

<p>Universalizar el acceso de niños de dos y tres años a las instituciones de educación (para cuatro a cinco años, rige obligatoriedad). Avanzar hacia la universalización del Plan CAIF. Se propone disponer servicios públicos universales: para dos años (CAIF) y para tres años (educación inicial Anep). Avanzar hacia la universalización de la atención diaria fuera del hogar a partir del año.</p>	<p>Algunos servicios no han alcanzado la universalidad y persiste focalización. Mercado actual fragmentado, con un componente informal y no institucional que no asegura calidad y homogeneidad en la provisión de servicios; el acceso a servicios de calidad no debería estar condicionado por la capacidad de pago y el lugar de residencia. Necesidades de inversión en infraestructura</p>
<p>Asegurar la calidad.</p>	<p>Más allá de un diseño curricular básico común, la universalización debe ir de la mano del cuidado de la calidad. La atención en centros socioeducativos será positiva si los servicios son de calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la estabilidad del personal</li> <li>• limitar la cantidad de niños por adulto</li> <li>• Grupos de tamaño reducido</li> <li>• Presencia de un segundo adulto</li> <li>• Incorporar los problemas nutricionales prevalentes, evitar ambientes obesogénicos</li> <li>• Asegurar la formación técnico profesional de base y permanente para la franja de 0 a 3</li> <li>• Buen sistema de supervisión, monitoreo y cuidado de los equipos y control</li> </ul> <p>Evaluación de procesos y resultados con indicadores multidimensionales.</p>
<p>Propuestas del SNC y experiencias desarrolladas</p>	<p>Problemas, tensiones y desafíos identificados</p>
<p>Mejorar la integralidad de los programas.</p>	<p>El hogar sigue siendo el centro emocional de la vida de los niños. Importa trabajar con los niños y las familias. Es fundamental la articulación entre sectores e instituciones (social, salud, vivienda, educación, trabajo, INAU, INDA).</p>
<p>Priorizar a las familias más vulnerables para la atención diaria de los niños de 1 año. Las personas que residen en zonas en donde se ha desarrollado la modalidad semanal con talleres (EO) tienen un mayor nivel de demanda de servicios diarios de CAIF. Priorización del abordaje familiar integral a las familias vulnerables, como forma de llegar a los núcleos más duros de la pobreza.</p>	<p>Jerarquizar el papel del Plan CAIF y los Centros infantiles de INAU en articulación con UCC y Salud. Alta frecuencia de rechazo a la institucionalización de los niños pequeños en la población de mayor vulnerabilidad.</p>
<p>Aumentar las licencias parentales.</p>	<p>Asegurar el cumplimiento de la ley de licencias parentales; procurar su gradual ampliación hasta los 12 meses.</p>
<p>Equidad de género en el reparto corresponsable del cuidado en el hogar entre hombres y mujeres.</p>	<p>Estimular la participación y la implicación del hombre y la mujer en el cuidado infantil; valorar el rol del hombre y la función paterna en la crianza.</p>
<p>¿Regulado por el sector educacional o asistencial o por una red mixta?</p>	<p>Mantener una red mixta de regulación. Vencer las luchas territoriales de poder en beneficio de los objetivos comunes de cuidado y educación .</p>

Fuente: Elaboración propia.

## Bibliografía

- AGUIRRE, R. (2005), “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas”, Reunión de Expertos “Políticas hacia Las Familias, Protección e Inclusión Sociales”, Cepal, 28 y 29 de junio.
- y F. FERRARI (2014), “La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria”. *Serie Políticas Sociales*, 192, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, abril, p. 71.
- BAKER, M., J. GRUBER y K. MILLIGAN (2008). “Universal Child Care, Maternal Labor Supply, and Family Well-Being”. *Journal of Political Economy*, 116, 709-745.
- BARNETT, W.S. (2010). “Universal and Targeted Approaches to Preschool Education in the United States”. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 4 (1), 1-12.
- (2011a). “Effectiveness of Early Educational Intervention”. *Science*, 333, 975-978.
- (2011b). “Four Reasons the United States Should Offer Every Child a Preschool Education”, en E. ZIGLER; W. GILLIAM, y W.S. BARNETT (eds.), *The Pre-K Debates: Current Controversies and Issues*, Baltimore, Brookes Publishing, pp. 34-39.
- (2012), “Investing in Early Childhood Education: A Global Perspective”, International Conference on “Early Childhood: Secure Childhood. Promising Future” en Princess Nora University, Riyadh, Saudi Arabia, noviembre (disponible en: <http://www.nieer.org/publications/presentations/investing-early-childhood-education-and-care>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- y L.N. MASSE (2007), “Early Childhood Program Design and Economic Returns: Comparative Benefit-Cost Analysis of the Abecedarian Program and Policy Implications”. *Economics of Education Review*, 26, 113-125.
- y M. NORES (2012a), *Investing in Early Childhood Education: A Global Perspective National Institute for Early Education Research*, noviembre (disponible en: <http://nieer.org/publications/nieer-working-papers/investing-early-childhood-education-global-perspective>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- BATHIANY, K. (2004). *Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social*. Montevideo, Cinterfor-Oit.
- BELLEÍ, C. y S. BRALLIC (2001), *Ciclo de debates: Desafíos de la política educacional “Impacto Educativo de la Enseñanza Preescolar: resultados, causas y desafíos”*. Unicef, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina de Área para la Argentina, Chile y Uruguay.
- BELSKY, J. (2003). “Child Care and Its Impact on Young Children (0-2)”, publicado online el 19 de noviembre de 2003; revisado el 6 de octubre de 2005), *Encyclopedia on Early Childhood Development* ©2003-2005, Centre of Excellence for Early Childhood Development (disponible en: [http://www.child-encyclopedia.com/documents/BelskyANGxp\\_rev-Child\\_care.pdf](http://www.child-encyclopedia.com/documents/BelskyANGxp_rev-Child_care.pdf); consulta: 21 de agosto de 2014).
- BENNETT, J. (2010), “Educación en la infancia temprana y sistemas de cuidados en los países de la OCDE (OECD): el tema de la tradición y la gobernanza”. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* ©2010, Centre of Excellence for Early Childhood Development, publicado online, en inglés, el 8 de julio de 2008, y en español, el 26 de enero de 2010.

- BERLINSKI, S. y S. GALIANI (2007), "The Effect of a Large Expansion of Pre-Primary School Facilities on Preschool Attendance and Maternal Employment", *Labour Economics*, 14 (3), pp. 665-680.
- BLANCO, C. (2011), "Evaluación de la calidad en la educación inicial: una experiencia en centros educativos urbanos", *Revista de Investigación*, vol. 35, N° 72, Caracas, abril.
- BRAZELTON, T. y S. GREENSPAN (2000). *The Irreducible Needs of Children: What Every Child Must Have to Grow, Learn, and Flourish*, Cambridge, Perseus.
- (2005), *Las necesidades básicas de la infancia*, Barcelona, Grao.
- CAMILLI, G., S. VARGAS, S. RYAN y W.S. BARNETT (2010), "Metaanalysis of the Effects Of Early Education Interventions on Cognitive and Social Development", *Teachers College Record*, 112 (3), art. 15.440 (disponible en: <http://www.tcrecord.org/content.asp?contentid/415440>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- CARNEGIE TASK FORCE ON MEETING THE NEEDS OF YOUNG CHILDREN (1994), *Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children*, Nueva York, abril, Carnegie Corporation of New York.
- CASCIO, E. (2009), "Do Investments in Universal Early Education Pay Off? Long-Term Effects of Introducing Kindergartens into Public Schools", National Bureau of Economic Research, paper de trabajo 14.951, Cambridge, National Bureau of Economic Research.
- y D. WHITMORE (2013), "The Impacts of Expanding Access to High-Quality Preschool Education", *Brookings Papers on Economic Activity*, otoño.
- CEPAL (2009), *Panorama social de América Latina*, Santiago de Chile.
- CEPAL-UNICEF (2011), "Licencias para el cuidado infantil: una deuda pendiente. Cuidado infantil y licencias parentales", *Desafíos. Boletín de la Infancia y Adolescencia sobre el Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, N° 12, p. 2.
- CLAVET, N.J. y J.Y. DUCLOS (2011), *Impact of Child Care Support on Female Labor Supply, Family Income and Public Finance*, Quebec, Université Laval-Cirpee.
- COVAS, S.; J. MARAVALL, y L. BONINO (2009), *Los hombres y el cuidado de la salud*, Informe elaborado para el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), del Ministerio de Sanidad y Política Social, por: Esecé servicios integrales España, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- DALY, M. y J. LEWIS (2000), "The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States", *British Journal of Sociology*, vol. 51, N° 2, pp. 281-298.
- ENGLE, P., L. FERNALD L. *et al.* (2011), "Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low-Income and Middle-Income Countries", *The Lancet*, 8 de octubre, vol. 378, N° 9.799, pp. 1.339-1.353.
- ENGLE, P.L., L. LHOTSKA y H. ARMSTRONG (1997), "The Care Initiative: Care for Nutrition. Guidelines for Assessment, Analyses and Action to Improve Care for Nutrition" (disponible en: <http://www.ifpri.cgiar.org/divs/fcnd/dp/papers/dp28.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- ENGLE, P., M. BLACK, J. BEHRMAN, M. CABRAL DE MELLO, P. GERTLER, L. KAPIRINI, R. MARTORELL y M. YOUNG (2006), "Strategies to Avoid the Loss of Developmental Potential among 242 Million Children in the Developing World", *The Lancet*, N° 369, pp. 229-242.

- EQUIPOS MORI (2011), *Evaluación de resultados e impactos del plan CAIF en relación al desarrollo infantil y el estado nutricional de los beneficiarios*, informe final, borrador, mayo, Montevideo, Plan CAIF-Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF-INAU-Programa de Naciones Unidas para El Desarrollo-PNUD.
- ESQUIVEL, V., E. FAUR y E. JELIN (2012), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*, Buenos Aires, IDES.
- ETCHEBEHERE, G. (consultora responsable) (2011), *Infancia con énfasis en 0 a 3 años. Documento de trabajo para el debate*, Montevideo, Grupo de Trabajo de Sistema Nacional de Cuidados, documentos base.
- EVANS J.L. y R.G. MYERS (1994), "Childrearing Practices: Creating Programs Where Traditions and Modern Practices Meet", *Coordinators' Notebook* N° 15, The Consultative Group on Early Childhood Care and Development.
- FINK, G. y P.C. ROCKERS (2014), "Childhood Growth, Schooling, and Cognitive Development: Further Evidence from the Young Lives Study", *Am. J. Clin. Nutr.*, N° 100, pp. 182-188.
- FOLBRE, N. (2006), "Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy", *Journal of Human Development*, vol. 7, N° 2, pp. 186.
- GIEP (Bernardi, R., L. Schwartzmann, A. Canetti, A. Cerutti, O. Roba, y B. Zubillaga) (1996), *Cuidando el potencial del futuro. El desarrollo de los niños preescolares en familias pobres del Uruguay*, Montevideo, Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales, Departamento. de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- GIEP-ODM-IMM (2009), *Estudio descriptivo y de impacto del Programa Nuestros Niños en los niños y sus familias. 2ª fase*, informe elaborado por el GIEP-ODM-Montevideo-IMM-Programa Nuestros Niños Montevideo.
- GIORGI, V. (2012), "Cuando la seguridad deviene amenaza", en L.E. Moras (comp.), *Ellos y nosotros en tiempos de exclusión y encierro*, Montevideo, Facultad de Derecho.
- GOPNIK, A. (2010a), *El bebe filosófico*, Mexico, Planeta.
- (2010b), "How Babies Think", *Scientific American*, julio, vol. 303, N° 1, pp. 8-88.
- (2011), ¿Qué piensan los bebés?, filmado en octubre, TEDGlobal (disponible en: [http://www.ted.com/talks/alison\\_gopnik\\_what\\_do\\_babies\\_think?language=en](http://www.ted.com/talks/alison_gopnik_what_do_babies_think?language=en), consulta: 15 de mayo de 2015).
- GREENOUGH, W., R.N. EMDE, M. GUNNAR, R. MASSINGA y J.P. SHONKOFF (2001), "The Impact of the Caregiving Environment on Young Children's Development", *Zero to Three*, vol. 21, N° 5, pp. 16-23.
- GRUPO DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL, CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, GABINETE SOCIAL (2012), *Hacia un modelo solidario de cuidados. Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados*, aprobado por el Gabinete Social el 20 de septiembre de 2012, Montevideo.
- HAVNES, T. y M. MOGSTAD (2009), "No Child Left Behind Universal Child Care and Children's Long-Run Outcomes", *Discussion Papers*, N° 582, Statistics Norway, mayo, Research Department.
- HIMMELWEIT, S. (2008), "Rethinking Care, Gender Inequality and Policies", *Expert Group Meeting on "Equal sharing of responsibilities"*, Ginebra, DAW-ONU, 2008.

- Howes, C. y J.L. Rubenstein (1985), "Determinants of Toddlers Experience in Day-Care: Age of Entry and Quality of Setting", *Childcare Quarterly*, N° 14, pp. 140-151.
- HOWES, C. y M. OLLENICK (1986), "Family and Child Care Influences on Toddlers Compliance", *Child Development*, N° 57, pp. 202-216.
- HUSTON, A.C., J.T. WALKER, C.J. DOWSETT, A.E. IMES y A. WARE (2008), *Long-Term Effects of New Hope on Children's Academic Achievement and Achievement Motivation*, Nueva York, Manpower Demonstration Research Corporation, paper de trabajo.
- IZQUIERDO, M.J. (2003), "Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado", Congreso internacional SARE 2003, Emakunde, Vitoria-Gasteiz, 2004.
- LADD, H.F., C.G. MUSCHKIN y K.A. DODGE (2010), *From Birth to School: Early Childhood Initiatives and Third-Grade Outcomes in North Carolina*, Durham, Duke University (disponible en: <http://research.sanford.duke.edu/papers/SAN12-01.pdf>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- LAGARDE, M. (2003), "Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción (la enajenación cuidadora)", Congreso internacional SARE 2003, Emakunde, Vitoria-Gasteiz, 2004.
- LAMB, M. (1996), "Effects of Nonparental Child Care on Child Development: an Update", *Canadian Journal Psychiatry*, vol. 14, agosto.
- LEWIS, L. (2008), "Toward a New Ontology of Caring", *Expert Group Meeting on "Equal sharing of responsibilities"*, Ginebra, DAW-ONU.
- LIEBERMAN, A. (1997), *La vie emotionnelle du tout-petit*, París, Odile Jacob.
- LOVE, J. et al. (2002), *Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and their Families: the Impacts of Early Head Start*, U.S. Department of Health and Human Services.
- , L. HARRISON, A. SAGI-SCHWARTZ, M.H. VAN IJZENDOORN, C. ROSS, J.A. UNGERER et al. (2003), "Child Care Quality Matters: How Conclusions May Vary With Context", *Child Development*, N° 74, pp. 1.021-1.033.
- MAGNUSON, K.A., C. RUHM y J. WALDFOGEL (2007), "Does Prekindergarten Improve School Preparation and Performance?", *Economics of Education Review*, vol. 26, N° 1, pp. 33-51.
- MARCO NAVARRO, F. (2007), *El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas*, Santiago de Chile, Cepal-Agencia Española de Cooperación Internacional, unidad Mujer y Desarrollo, serie Mujer y Desarrollo.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA (MEC) (2008), Censo Nacional 2007 de Centros de Educación en la Primera Infancia: informe de resultados (P. Petingi y D. Hernández), Montevideo.
- MONTTI, O. (2013), *Cuidados en primera infancia Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*, Montevideo, Departamento de Investigación y Propuestas, Área de Protección Social, Asesoría Marco en Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social.
- MORENO-ZAVALETA, M.T. y P. GRANADA-ECHEVERRI (2014), "Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil", *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, vol. 12, N° 1, pp. 121-139.

- MONTANO, S. (2010), *El cuidado en acción*, Cuadernos de la Cepal, N° 94, Santiago de Chile, Cepal-Unifem.
- MUSTARD, J.F. (1999), "Early Years Study Reversing the Real Brain Drain. Final Report", *Publications Ontario*, abril, Ontario.
- (2006), *Early Child Development and Experience-based Brain Development. The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World*, febrero, Brookings Institution.
- MYERS, R. (2004), *In Search of Quality Programmes of Early Childhood Care and Education (ECCE)*, paper preparado para el 2005 EFA Global Monitoring Report.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CHILD AND HUMAN DEVELOPMENT (NICHD), Early Child Care Research Network (2002a), "Child-Care Structure>Process>Outcome: Direct and Indirect Effects of Child-Care Quality on Young Children' development", *Psychological Science*, N° 13, pp. 199-206.
- (2002b), *Child-Care Structure>Process>Outcome*: 368, Baltimore, Paul H. Brookes.
- (2002c), "Study of Early Child Care", *American Educational Research Journal*, vol. 39, N° 1, pp. 133-164.
- (2003), "Does Amount of Time Spent in Child Care Predict Socioemotional Adjustment During the Transition to Kindergarten?", *Child Development*, N° 74, pp. 976-1.005.
- NORES, M. y W.S. BARNETT (2010), "Benefits of Early Childhood Interventions Across the World: (Under) Investing in the Very Young", *Econ. Educ. Rev.*, N° 29, pp. 271.
- PEISNER-FEINBERG, E.S., M.R. BURCHINAL, R.M. CLIFFORD, M. L. CULKIN, C. HOWES, S.L. KAGAN y N. YAZEJIAN (2001), "The Relation of Preschool Child-Care Quality to Children's Cognitive and Social Developmental Trajectories Through Second Grade", *Child Dev.*, septiembre-octubre, vol. 72, N° 5, pp. 1.534-1.553.
- PERALTA, V. (2014), *Informe final del proceso de identificación de líneas de continuidad de los diseños curriculares para el ciclo de edad de 0 a 6 años en la República del Uruguay*, abril, Montevideo, Uruguay Crece Contigo.
- PHILLIPS, D. y G. ADAMS (2001), "Child Care and Our Youngest Children", en "Caring for Infants and Toddlers", *Future of Children*, vol. 11, N° 1, primavera.
- PIANTA, R.C., W.S. BARNETT, M. BURCHINAL y K.R. THORNBURG (2009), "The Effects of Preschool Education: What We Know, How Public Policy Is or Is Not Aligned With the Evidence Base, and What We Need to Know", *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 10, N° 2, pp. 49-88.
- PIANTA, R.C., W.S. Barnett, L. Justice y S. Sheridan (eds.) (2012), *Handbook of Early Childhood Education*, Nueva York, Guilford.
- POLLITT, E. (2002), *Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano*, Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- RAMEY, C.T., F.A. CAMPBELL, E. PUNGELLO, J. SPARLING y S. MILLER-JOHNSON (2002), "Early Childhood Education: Young Adult Outcomes from the Abecedarian Project", *Applied Developmental Science*, N° 6, pp. 42-57.
- RAMEY, C.T., F.A. CAMPBELL, M. BURCHINAL, M.L. SKINNER, D.M. GARDNER y S.L. RAMEY (2000), "Persistent Effects of Early Intervention on High-Risk Children and Their Mothers", *Applied Developmental Science*, N° 4, pp. 2-14.

- RAMEY, C.T. y S.L. RAMEY (2004), "Early Learning and School Readiness: Can Early Intervention Make a Difference?", *Merrill-Palmer Quarterly*, N° 50, pp. 471-491.
- Ramey, S.L. y C.T. Ramey (2005), "Creating and Sustaining a High Quality Workforce in Child Care, Early Intervention, and School Readiness Programs", en M. Zaslowy y I. Martinez-Beck (eds.), *Critical Issues in Early Childhood Professional Development*, Baltimore, Paul H. Brookes, pp. 355- 368.
- (2008), *The Effects of Curriculum and Coaching Supports on Classrooms and Literacy Skills of Prekindergarten/Head Start Students in Montgomery County Public Schools*, Washington D.C., Georgetown University Center on Health and Education, inédito.
- REYNOLDS, J., J.A. TEMPLE, S.-R. OU, I.A. ARTEAGA y B.A.B. WHITE (2011), "School-Based Early Childhood Education And Age-28 Well-Being: Effects By Timing, Dose, And Subgroups", *Science*, N° 333, pp. 360.
- SALVADOR, S. (2010), "Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay", seminario *Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay*, Cepal.
- (2011), "Criar, trabajar, cuidar". *Algunas consideraciones sobre políticas de cuidado, tiempo, acceso y trabajo*, PNUD-Proyecto Desarrolla-Coperazione Italiana.
- SHONKOFF, J.P. y D. PHILLIPS (eds.) (2000), *From Neurons to Neighborhoods*, Washington D.C., National Academies Press.
- SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS (2013), *Informe de avances*, N° 1, 27 de noviembre.
- (2014), *Cuidados en el territorio. Informe de avances*, N° 2, 1 de abril.
- SYLVA, K., E. MELHUSH, P. SAMMONS, I. SIRAJ-BLATCHFORD, B. TAGGART, S. HUNT *et al.* (2008), "Effective Pre-School and Primary Education 3-11 Project. Final Report from the Primary Phase: Pre-School, School and Family Influences on Children's Development During Key Stage 2 (Age 7-11)", *Research Brief*, N° 61, Nottingham.
- SYLVA, K., E. MELHUSH, P. SAMMONS, I. SIRAJ-BLATCHFORD y B. TAGGART (2011), "Pre-school Quality and Educational Outcomes at Age 11: Low Quality has Little Benefit", *Journal of Early Childhood Research*, N° 9, pp. 109-124.
- TRONTO, J.C. (1993), *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, Nueva York, Routledge.
- UNICEF (2013), *Improving Child Nutrition. The Achievable Imperative for Global Progress*, Nueva York.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (US-DHHS), Administration for Children and Families (2010), *Head Start Impact Study. Final Report*, Washington D.C., enero.
- VEGAS E., P. CERDÁN-INFANTES, E. MOLINA y E. DUNKELBERG (2006), "Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina", documento de trabajo 01/06, mayo, producido por la Oficina del Banco Mundial para la Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

# La experiencia de evaluación en el Sistema de Protección a la Infancia “Chile Crece Contigo”

## Resultados e implicancias

*Paula Bedregal\* y Andrea Torres\*\**

### Introducción

Chile ha venido adoptando diversas medidas para concentrar esfuerzos de inversión social en la infancia temprana, las que se han traducido en iniciativas importantes, como el Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (en adelante, CHCC), la promulgación de la ley que extiende el período posnatal a seis meses, y la instauración de la obligatoriedad del kínder.<sup>1</sup>

De acuerdo con los antecedentes mostrados por la evidencia, las intervenciones de apoyo integral a la trayectoria de los niños, desde la gestación y sus primeros años, muestran efectos positivos sobre el desarrollo infantil sólo si el acompañamiento a los niños y sus familias se produce efectivamente, si esos apoyos se mantienen en el tiempo, y si las intervenciones en salud y educación inicial son de calidad. Por esta razón, iniciativas tan relevantes como el acceso a servicios de cuidado infantil para hijos e hijas de mujeres trabaja-

\* Médica, pediatra, especialista en salud pública y doctora en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente, es jefa del Departamento de Salud Pública, de la Escuela de Medicina de dicha Universidad. Su área de investigación y desarrollo es políticas públicas en el área de la salud mental infanto-juvenil. En 2006, formó parte del Consejo Presidencial para las Políticas de Primera Infancia, que fundamentó la implementación del Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”.

\*\* Trabajadora social de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Ha trabajado más de quince años en el sector público de Chile, en el diseño y la implementación de políticas públicas dirigidas a población vulnerable. Desde 2008 a 2012, trabajó en el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”, en el Ministerio de Desarrollo Social. A partir de abril de este año, se ha hecho cargo de la coordinación nacional de este Subsistema.

1. Disponible en: [http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/educacion-parvularia-\(kinder\)](http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/educacion-parvularia-(kinder)) (consulta: 15 de mayo de 2015).

doras, el funcionamiento del sistema CHCC, y la extensión y la calidad de la oferta de educación inicial enfrentan importantes retos en orden a satisfacer esos requisitos para Chile.

En este sentido, hay medidas importantes que tomar para la atención de los niños de cero a cuatro años, ya cubiertos por CHCC; en particular, incrementar los esfuerzos por conciliar cobertura, oportunidad y calidad de servicios para todos los niños y las niñas, y mejorar las intervenciones específicas para los que se encuentran en situación de mayor riesgo. Así, por ejemplo, a pesar de que el control del embarazo es prácticamente universal (99,4% con al menos un control prenatal), también lo es la atención profesional del parto (99,8%);<sup>2</sup> es una tarea prioritaria mejorar el ingreso precoz al control del embarazo. Y, con ello, generar condiciones para que sea posible acompañar a los niños y sus familias hasta el primer ciclo básico, no sólo hasta los cuatro años, como ocurre en la actualidad.

Junto con esto, es imperativo trabajar en una agenda de expansión de servicios con calidad, relacionados con la educación preescolar, incluyendo la ampliación del esfuerzo fiscal involucrado en la provisión de servicios, ya que, si bien durante los últimos años se han incrementado los recursos dirigidos a la primera infancia, este nivel sigue siendo el menos importante desde el punto de vista presupuestario. Del gasto presupuestado para educación en el 2014, sólo el 13% será destinado a la educación preescolar, en contraste con el 15% que se destinará a educación superior y el 73% a educación básica y media.<sup>3</sup> Los recursos destinados al nivel preescolar van dirigidos principalmente a mejorar el acceso, de tal forma de ir avanzando hacia una cobertura universal de prekínder y kínder a 2014, y aumentar la cobertura en salas cuna y jardines infantiles, especialmente para los niños y las niñas de las familias más vulnerables.

Sobre este último punto, es importante considerar que, aunque la asistencia a educación preescolar ha ido aumentando sostenidamente a través del tiempo, hay al menos tres grandes desafíos pendientes: por un lado, dar mayor coherencia y racionalidad a la institucionalidad de las políticas de desarrollo infantil, incluyendo las de educación preescolar; por otro lado, contar con un sistema que defina y vele por el cumplimiento de estándares educativos para el nivel preescolar, en relación con el número de educadoras por niño, registros de asistencia, infraestructura básica y currículo. La cobertura actual de la educación preescolar es de 15% en el nivel de salas cuna, 39% en jardines infantiles y 83% en prekínder y kínder.<sup>4</sup> Finalmente, existe una

2. Departamento de Estadísticas en Salud, DEIS, Ministerio de Salud, 2013

3. Ley de Presupuesto 2014 (disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/1594/articles-109104\\_Ley\\_de\\_Presupuestos\\_2014.pdf](http://www.dipres.gob.cl/1594/articles-109104_Ley_de_Presupuestos_2014.pdf), consulta: 15 de mayo de 2015).

4. Según Casen 2011, entre 2009 y 2011, la asistencia a sala cuna ha aumentado en casi todos los quintiles, menos en el segundo, que bajó de 8,3% a 8%. Especialmente significativo es el

gran heterogeneidad para la provisión del servicio, lo que a su vez repercute en que existan distintos instrumentos para su financiamiento.

El avance logrado por CHCC, y consagrado posteriormente en la ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social (ley N° 20.379), consiste principalmente en que define dos características que debe tener el sistema de protección social para los niños y las niñas: primero, que las prestaciones universales de salud, cuidado infantil y educación no sólo sean de amplia cobertura, generando condiciones de acceso efectivo a toda la población, sino que además incorporen estándares de calidad. Y, segundo, que el acompañamiento longitudinal a la trayectoria de desarrollo considere otras prestaciones complementarias, que se otorgan de acuerdo con situaciones específicas de riesgo o vulnerabilidad. De esta manera, en la medida en que se implementan las prestaciones universales, se despliegan otros servicios específicos que provienen de la oferta de apoyos diferenciados. Ese modelo hasta ahora ha funcionado para primera infancia y con salud como servicio que estructura la atención de los niños y las niñas desde los cero años hasta su entrada al prekínder. La discusión actual es la ampliación de cobertura de servicios de cuidado infantil y de educación inicial, para dar mayor protagonismo a estos centros –jardines infantiles y preescolares–, en el acompañamiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y las niñas hasta su entrada al sistema escolar. Y lo que está definitivamente pendiente es la estructuración del sistema de apoyos nucleados en torno al proceso educativo de los niños y las niñas de primero a cuarto básico.

Dado que se está avanzando significativamente en el afianzamiento de la educación preescolar, procurando cobertura universal, mejoramiento curricular, introducción de estándares y sistemas de aseguramiento de la calidad, está todavía pendiente poner en marcha la medida que quedó anunciada en la primera fase de CHCC, de extender el sistema de protección integral hacia el sistema escolar; esto genera, por una parte, un modelo de salud infantil pertinente a las características del desarrollo de niños y niñas de cinco a diez años, y por otra parte, revisa el sistema de aseguramiento de la calidad de la gestión escolar para el primer ciclo básico, impulsando medidas de fortalecimiento de la gestión educativa, centradas especialmente en el mejoramiento de velocidad y la comprensión lectora. Las dos grandes tareas que cabe enfrentar en el corto plazo son, por un lado, la identificación de las necesidades de mejora del actual sistema, fortaleciendo las acciones que permitan dar cobertura integral a los niños de cero a cuatro años; y, por otro lado, la identificación de las estrategias a través de las cuales podría expandirse el

---

aumento en el primer y el tercer quintil, que pasa de 6,6% a 11,1%, y de 7,2% a 11% respectivamente. No obstante, sigue habiendo brechas según quintil de ingresos, al revisar la asistencia a jardín infantil: por ejemplo, en 2011 el porcentaje de asistencia del primer quintil alcanzó un 39,9%, mientras que en el quinto quintil asciende a un 52,4%.

sistema de protección integral a la infancia, hasta el final del primer ciclo de enseñanza básica, así como las condiciones que es necesario generar para que esto sea posible.

### **“Chile Crece Contigo”, sus características**

CHCC se institucionalizó, como subsistema de protección integral a la infancia a partir de la ley N° 20.379 (2009), que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social. Inició su implementación durante el segundo semestre de 2007, en 159 comunas, con un costo de \$1.969 millones,<sup>5</sup> bajo el liderazgo del entonces Ministerio de Planificación (actual Ministerio de Desarrollo Social), en coordinación con el Ministerio de Salud y de Educación.

CHCC se estructura como una red comunal integrada de servicios, los cuales operan de preferencia a nivel local, para dar cuenta de las necesidades de la población objetivo. El propósito del subsistema es contribuir al desarrollo de niños y niñas a través del acompañamiento de su trayectoria de desarrollo desde la etapa gestacional hasta que ingresan al sistema escolar. Tiene como misión:

Acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: “a cada quien según sus necesidades”.<sup>6</sup>

El modelo de gestión de CHCC presupone que en el centro están los niños y las niñas, considerando su entorno familiar y comunitario. Este modelo se sustenta en la integración de la oferta pública desde el municipio y en el acceso a las garantías que establece la ley N° 20.379.<sup>7</sup> Este modelo busca articular, en el nivel local, ofertas programáticas de distintas instituciones públicas, asignando responsabilidades y tareas a cada nivel territorial (comunal, regional y nacional), con el fin de lograr el objetivo principal de CHCC. Desde ahí, se articulan el apoyo y la asistencia técnica de los niveles provincial, regional y nacional, con una perspectiva de trabajo intersectorial que establece, para cada uno de los actores involucrados (salud, educación y municipalidad, como mínimo), un conjunto de acciones a desarrollar.

5. Equipo Nacional Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”. Cuatro años creciendo juntos (2010). Memoria de instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” 2006-2010. Puerto Madero, Santiago.

6. Disponible en: <http://www.crececontigo.cl> (consulta: 15 de mayo de 2015).

7. Ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza “Chile Crece Contigo”.

El modelo de gestión se basa en el trabajo intersectorial y en red, que se afirma o sostiene en una red básica CHCC (comunal) coordinada por el Municipio y en la que participan, como mínimo, los actores de salud y educación del nivel local. Adicionalmente, existe una Red Ampliada (comunal), integrada por los mismos actores de la Red Básica, más los actores de otros departamentos municipales y servicios que realizan acciones dirigidas a la infancia en el ámbito comunal. Estas redes locales cuentan con un soporte a nivel regional y nacional que debe entregar asistencia técnica, capacitación y acompañamiento. La Red Local es dirigida, generalmente, por algún profesional del municipio, habitualmente alguien de la Dirección de Desarrollo Comunitario (Dideco), de la Dirección de Desarrollo Social o del área de salud municipal. Por otra parte, el sector salud, ejecutor del programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial –que corresponde al programa eje de CHCC y puerta de entrada al sistema–, ha establecido, a nivel de Servicio de Salud, un equipo técnico de acompañamiento al nivel local a través de la figura de la Gerencia CHCC, que apoya el cumplimiento de las metas establecidas para cada comuna.

Además de la asistencia técnica y el acompañamiento que el nivel central y regional entrega a los municipios, existen otros programas e instrumentos de soporte como, por ejemplo, el Fondo de Fortalecimiento Municipal y el Sistema de Registro (SRDM), que constituyen herramientas de apoyo a la gestión local.

El Modelo de Gestión también establece que existe un ministerio coordinador (el Ministerio de Desarrollo Social), que se relaciona con los otros ministerios a través de distintos instrumentos administrativos y programáticos; uno de los principales son los Convenios de Transferencia de Recursos. Dichos Convenios establecen el marco de operación, las metas y las acciones a desarrollar, los recursos a transferir y otras materias asociadas. Esta herramienta, especialmente con salud, ha permitido el trabajo conjunto entre el ministerio coordinador y el ministerio ejecutor. Además de lo anterior, la existencia del Protocolo de Prestaciones del PADB ha facilitado monitorear el cumplimiento de las metas. Durante 2007 a 2011, funcionó una Secretaría Ejecutiva de CHCC, encargada de coordinar la implementación de la política y de informar al comité técnico de CHCC (integrado por distintas instituciones) y al Comité de Ministros. A su vez, en el Ministerio de Salud, por resolución ministerial, funcionó la figura de la Secretaría Técnica del componente de salud de CHCC; no hubo un símil en educación, sino que la relación fue directa con la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji), y Fundación Integra, en educación inicial. En 2011, se eliminó la Secretaría Ejecutiva de CHCC del MDS y, en el sector salud, se reestructuró el equipo de la Secretaría Técnica, reduciéndose en número y trasladándose desde la subsecretaría de Salud Pública hacia la de Redes Asistenciales. En este sentido, el modelo de interlocutores técnicos fortalecidos, con estos cambios, se perdió en los úl-

timos años. La existencia de contrapartes claramente identificables en cada uno de los sectores, con poder de decisión y capacidad de resolución, es un factor que, en el modelo, debió favorecer la articulación intersectorial y promover que se alcanzaran resultados, en función de objetivos claros, de tareas concretas y de indicadores de cumplimiento posibles de lograr. No obstante, a partir de las modificaciones y la carencia de instrumentos de gestión que favorecieran lo anterior, la efectividad del modelo de gestión se redujo.

En la actualidad, CHCC se encuentra operando en prácticamente todas las comunas mediante convenios. Funciona en tres niveles: a nivel ejecutivo, a través del Consejo de Ministros de Desarrollo Social (Salud, Desarrollo Social y Educación); a nivel regional y provincial, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Desarrollo Social, Educación, además de los Servicios de Salud, a través de la figura del gerente de CHCC, un encargado regional de Junji e Integra, y el coordinador provincial de Protección Social. A nivel comunal, se coordinan el área social de los municipios, centros de salud y educación.

El subsistema se organiza en un Programa Educativo, dirigido a toda la población nacional objeto de la política. Tiene como objetivo sensibilizar, promocionar, informar y educar sobre el cuidado y la estimulación oportuna de niños y niñas, de manera de generar un ambiente social con entornos familiares y comunitarios favorables al desarrollo en esta etapa de la vida. Las prestaciones de este programa son:

- a. Programa semanal de radio *Creciendo juntos*, cuyo objetivo es difundir temas relevantes en materia de desarrollo infantil temprano (detalle en anexo).
- b. *Crece Contigo TV*, programa de continuidad que se emite en salas de espera de centros de salud (detalles en anexo).
- c. Fono Infancia 800200818, que es atención telefónica a adultos para resolución de preguntas relativas a primera infancia. Es una prestación de cobertura nacional, gratuita, y es atendida por especialistas. Está a cargo de Integra.
- d. Sitio web de CHCC, que ofrece material de consulta a diversos públicos: general, especialistas, niños y niñas.
- e. Interacción a través de redes sociales –Facebook y Twitter–, sobre contenidos específicos y participación en encuestas.
- f. Colección de cartillas educativas para difusión nacional.
- g. Colección de música para apoyo (prenatal, estimulación del lenguaje, juegos musicales y cuentos).
- h. Colección de cuentos infantiles de apoyo al lenguaje y lectura en la primera infancia.

CHCC provee atención para usuarios de la red pública de salud chilena a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB). Éste es el programa eje del subsistema. Se ejecuta con responsabilidad directa del Ministerio de Salud, a través de los veintinueve servicios de salud. La atención del sector público alcanza al 84% de los niños y las niñas, del país, en los tramos de edad del programa, por lo que se considera prácticamente universal.<sup>8</sup> Para los usuarios de la red pública, constituye la puerta de entrada al subsistema. Las prestaciones que se realizan en el programa están contenidas y actualizadas año a año en el catálogo de prestaciones del PADB. Estas prestaciones son complementarias a las otorgadas por los programas de la mujer y del niño, sea como acciones nuevas o asegurando incremento en la cobertura (población que asiste al sector público de salud). Las áreas que cubre el PADB son:<sup>9</sup>

#### *Fortalecimiento del desarrollo prenatal:*

1. Fortalecimiento de los cuidados prenatales
  - a. Ingreso a control prenatal, establecimiento de una relación de ayuda y detección de factores de riesgo mediante aplicación de Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA).
  - b. Entrega de *Guía de Gestación y Nacimiento “Empezando a crecer”* y de la agenda de la mujer.
2. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad (detección por EPSA).
  - a. Plan de salud personalizado para la gestante y su familia, dada su vulnerabilidad.
  - b. Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con vulnerabilidad.
  - c. Activación de la red comunal CHCC según vulnerabilidad.
3. Educación a la gestante y el adulto significativo, y educación Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).
  - a. Sesiones educativas en atención primaria (4) y 1-2 sesiones en la maternidad.

#### *Atención personalizada del proceso de nacimientos*

1. Atención personalizada del parto.
  - a. Atención personalizada e integral del parto.
2. Atención integral del puerperio y programa PARN.
  - a. Atención personalizada e integral a la mujer puerpera y al recién nacido.
  - b. Contrarreferencia personalizada de familias con vulnerabilidad.
  - c. Coordinación oportuna con el equipo de atención primaria.

8. Casen, 2011, Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

9. Con base en el catálogo de prestaciones del PADB, 2013.

*Atención integral al niño y la niña hospitalizados, que enfatiza los cuidados para el desarrollo*

1. Atención integral en hospitalización en neonatología.
2. Atención integral al niño y la niña hospitalizados en pediatría.

*Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña*

1. Fortalecimiento del control de salud del niño y la niña para el desarrollo integral.
  - a. Primer control de salud familia-hijo al ingreso a atención primaria.
  - b. Ingreso al control de salud del niño y la niña.
  - c. Control de evaluación y seguimiento de desarrollo integral del niño y la niña. En este punto, es importante señalar que se aplica en los controles de salud la Pauta Breve de Evaluación del Desarrollo, EEDP, a los ocho y dieciocho meses; y Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) a los treinta y seis meses.
2. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza.
  - a. Intervención psicoeducativa grupal o individual para desarrollo de habilidades parentales.

*Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad*

1. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral.
  - a. Atención de salud del niño y la niña en situación de vulnerabilidad y/o rezago.
  - b. Atención de salud al niño y la niña con déficit en su desarrollo integral.
  - c. Visita Domiciliaria Integral (VDI) para familias con niños y niñas menores de cuatro años en situación de vulnerabilidad.
  - d. Modalidades de apoyo al desarrollo en centros de salud.

Complementando el PADB, CHCC cuenta con el Programa de Apoyo al Recién Nacido, cuyo objetivo es proveer de elementos prácticos y educativos a las familias que hayan tenido su parto en establecimientos públicos del país. Esto implica la entrega de tres paquetes de implementos: paquete de apego; paquete de cuidados básicos y estimulación; paquete de cuna corral.

CHCC también provee un conjunto de *prestaciones diferenciadas*, que son aquellas que se otorgan sólo a la población que presenta vulnerabilidad. Estas prestaciones se articulan y coordinan a través de la red comunal CHCC y son garantizadas o bien de acceso preferente. Las prestaciones garantizadas son: acceso a ayudas técnicas para niños y niñas con alguna discapaci-

dad (hasta el 60% más vulnerable); acceso gratuito a sala cuna o modalidad equivalente (60% más vulnerable); acceso gratuito a jardín infantil extendido o modalidad equivalente (60% más vulnerable); acceso a jardín infantil de jornada parcial o modalidad equivalente (para niños y niñas cuyos padres no trabajan fueran del hogar); acceso garantizado a Chile Solidario para familias con niños y niñas en gestación, y que cumplen con el requisito de acceso. Las prestaciones de acceso preferente son para el 40% más vulnerable y corresponden a: Subsidio Único Familiar (SUF), garantizado a contar del quinto mes de gestación y hasta los 18 años cumplidos; acceso preferente a nivelación de estudios, inserción laboral, mejoramiento habitabilidad y vivienda; atención en salud mental; atención en dinámica familiar; asistencia judicial; prevención y atención de violencia intrafamiliar.

Al 2014, CHCC cuenta con un financiamiento que, de acuerdo con la Ley de Presupuestos vigente, asciende a \$ 41.262.933. El subsistema cuenta, básicamente, con tres instrumentos presupuestarios: el presupuesto regular, ejecutado por el Ministerio de Desarrollo Social bajo las normativas de la administración pública; los Fondos de Transferencia Municipal, que operan bajo la modalidad de proyectos presentados por el nivel local, y las Transferencias Presupuestarias, a través de las cuales el Ministerio incrementa líneas presupuestarias ejecutadas por otro sector. Las transferencias se regulan a través de convenios entre partes (MDS y ejecutor). Esta herramienta de gestión es la que permite establecer estándares de cumplimiento y su obligatoriedad, además de su rendición; es uno de los cuales permite establecer una acción intersectorial a través de la explicitación de objetivos y estándares de cumplimiento.

### **El plan de evaluación de la política y sus resultados principales**

A diferencia de varias experiencias internacionales, el interés por la evaluación del CHCC surge inmediatamente con su implementación. A mediados de 2007, desde los ministerios, con apoyo de expertos internacionales y con el respaldo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, se estableció un equipo técnico-político que elaboró algunas propuestas, con la idea de generar un plan general de evaluación e identificar un sistema de monitoreo de la implementación. De este modo, es posible distinguir tres tipos de líneas evaluativas para CHCC, como se observa en la tabla siguiente.

Dado que CHCC se implementó rápidamente y mediante un sistema de convenios, no fue posible diseñar una evaluación experimental. La evaluación experimental en el contexto de la política pública y del estudio de la efectividad en la actualidad se considera el estándar dorado para identificar causalidad. Dado que CHCC es un sistema con un conjunto de programas complejos, y la necesidad política de llevar a cabo la implementación inmediata, se resol-

vió apostar por evaluaciones prospectivas que apuntan a efectividad, pero con diseños observacionales; de este modo, se efectuaron dos estudios de efectividad. Uno, cuya contraparte fue Dipres, comparó cohortes de niños y niñas que reciben las prestaciones de CHCC pero que estaban en establecimientos con buena o mala implementación del PADB, y que ingresaron al inicio (2007) o bien después (2008-2009).<sup>10</sup> El total de niños y niñas entre cero y cuatro años evaluado fue de 713, lo que redujo la sensibilidad del estudio. Sin embargo, se encontró un mejor desempeño en el Inventario de Desarrollo Battelle, en aquellos que asistían a centros con mejor calidad de la implementación. El otro estudio, cuya contraparte fue MDS, evaluó dos cohortes de niños y niñas de entre treinta y cuarenta y ocho meses de edad; un grupo ingresó durante el período prenatal a control antes de la instalación de CHCC (grupo control), y el otro grupo ingresó a control prenatal un año después de instalado el sistema. Este estudio mostró un efecto pequeño del PADB sobre el desarrollo de los niños y las niñas, medido con Battelle (7,3% de reducción de la tasa de desarrollo alterado); sus efectos mejores fueron en el área socioemocional. No hubo efectos en lenguaje ni cognición. Ese estudio también mostró que el efecto dependía del tiempo de instalación del programa (más tiempo, mejor resultados).<sup>11</sup> Son mediadores importantes del desarrollo las características de las familias, en particular las creencias respecto de la crianza, la disponibilidad de recursos para la estimulación y la salud mental del cuidador principal. El nivel socioeconómico es un determinante muy importante en este estudio.

La otra línea de estudios de efectividad se relaciona con las modalidades de apoyo al desarrollo (ludoteca, sala de estimulación, atención domiciliaria y servicio itinerante); las evaluaciones de la calidad y de costo-efectividad mostraron que, según la calidad, es la probabilidad de encontrar resultados positivos; de este modo, aquella modalidad más estructurada y con protocolos claros tiene mayores efectos sobre el desarrollo de los niños y las niñas. En este caso, fue la sala de estimulación. Los estudios apuntaron a la necesidad de establecer mejor resultados esperados de dichas intervenciones (ludoteca,

10. Evaluación de Impacto del Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo), Informe Final, Asesorías para el Desarrollo, Dipres, Ministerio de Hacienda, 2011 (disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119336\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119336_doc_pdf.pdf), consulta: 15 de mayo de 2015).

11. Estudio "Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/as pertenecientes al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, en el contexto del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo", Informe N° 3, Final. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile, noviembre de 2013, Santiago, Chile (disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento>, consulta: 15 de mayo de 2015).

atención domiciliaria y servicio itinerante) y protocolos comunes de atención, dada la gran variabilidad observada.<sup>12</sup>

En el área de la implementación, se han realizado varios estudios, apuntando a verificar, en un inicio, el grado de avance de algunos aspectos básicos, como son: infraestructura, personal, equipo e insumos, además de instalación de dispositivos de coordinación. Esta información permitió hacer correcciones en todos los niveles de atención (hospitales, maternidades, unidades de neonatología y atención primaria). Sucesivas evaluaciones mostraron avances importantes;<sup>13</sup> el más importante fue en el nivel primario de atención. Ha sido más lenta la instalación en hospitales. La encuesta de implementación de 2013 mostró que las áreas de implementación y recursos humanos son las mejor valoradas por los equipos. Por el contrario, planta física e insumos están dentro de las peor evaluadas, especialmente en regiones. Las principales carencias se agrupan principalmente en un déficit respecto de espacios adecuados, deficiencias en insumos y equipamientos, y ausencia de los recursos humanos y materiales apropiados para la correcta atención de la población indígena.

Las otras áreas puntuales de evaluación de la implementación han arrojado, como elementos comunes, la necesidad de contar con protocolos claros y conocidos por los profesionales para implementar y llevar adelante los programas. El sistema de información ha sido un aspecto poco logrado en estos años. Si bien la información que permite monitorizar el PADB se lleva en el Ministerio de Salud, en el Departamento de Estadísticas de Salud (DEIS), ha logrado avances importantes y pertinencia y calidad de indicadores y registro. En el caso del sistema que lleva el MDS, la cobertura y la calidad no han sido suficientes, en parte atribuible a la falta de interés de las personas a cargo en las unidades prestadoras, ya que compite con otros sistemas de registro que llevan aparejados incentivos financieros, y en parte a que el sistema provee de información de alertas y derivaciones que no necesariamente se condicen con las realidades locales.

Las evaluaciones más puntuales de aspectos de implementación, y de la calidad de ésta, han permitido realizar mejoras en protocolos, normas técnicas y capacitaciones a los equipos que laboran en CHCC. Del mismo modo,

12. Informe Final “Evaluación Costo-Efectividad de Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil del Sistema de Protección a la infancia”, MEDWAVE Estudios Limitada y CIGES (UFRO), diciembre de 2013, Santiago, Chile; y “Estudio para el mejoramiento continuo de la calidad de las modalidades de apoyo financiadas por el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo del Ministerio de Desarrollo Social”, 2012, Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Ambos documentos, disponibles en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento>, consulta: 15 de mayo de 2015).

13. Encuestas de Implementación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (2008-2013) (disponible en: <http://blog.chccsalud.cl/p/encuesta-nacional-de-implementacion.html>, consulta: 15 de mayo de 2015).

han permitido levantar brechas (como el caso de las ayudas técnicas, por ejemplo), en que se evidencia falencias importantes del sistema.

Relevante es mencionar que la satisfacción de las usuarias del sistema ha sido óptima y valorada. En todos los estudios que abordan esta temática, los resultados han sido favorables.<sup>14</sup> Sin embargo, el punto de inflexión relatado por usuarios es la relación y la comunicación que se establece con los profesionales. Este punto es fundamental, por lo que el entrenamiento de los equipos en esta línea es clave para el éxito.

### **El futuro de las evaluaciones**

Hasta la fecha, los resultados muestran que CCC se encuentra en una fase inicial de implementación, y que la gestión y la calidad de la provisión de servicios son heterogéneas. Si bien es posible mostrar efectos positivos en desarrollo infantil, por ejemplo, de algunos tipos de modalidades de apoyo al desarrollo, y del PADB (en aquellos que han recibido mayor intensidad de prestaciones), también se evidencian áreas claves para mejorar, como: introducción de monitoreo de la calidad de las prestaciones a través de la generación de estándares de calidad de operación; mejoras en los instrumentos de planificación que incluya mecanismos participativos de rendición de cuentas asociados a objetivos y metas, en los diversos niveles; modificación de financiamiento de programas locales (de anuales a trianuales, por ejemplo). Un aspecto central de las evaluaciones es el seguimiento de la trayectoria de los niños y las niñas: hasta la fecha, el sistema de registro no está instalado totalmente en uso, y la resolución de problemas/vulnerabilidades de los niños y las niñas no está claramente garantizada. Por ejemplo, en el interior del sector salud, no está garantizada la resolución de los problemas de desarrollo, en base a un modelo de atención de salud que incluya el tratamiento y la rehabilitación con tecnologías modernas.

Es fundamental que los resultados de los estudios y las evaluaciones efectivamente informen y retroalimenten la política pública, en este caso a “Chile Crece Contigo”. Debe retomarse con fuerza el modelo de evaluación de este subsistema que apunta a mirar la implementación, el impacto y el costo-efectividad de las prestaciones, entre otras materias. Por ejemplo, el seguimiento a la trayectoria del desarrollo en los controles de salud se realiza con instrumentos que presentan algunos problemas documentados de baja sensibilidad, lo que podría estar generando brechas en la detección precoz de alteraciones

14. Estudio de Satisfacción Usuarias Sistema “Chile Crece Contigo”, ICCOM, Investigación de Mercado, octubre de 2010, Santiago, Chile; Informe de Estudio de Satisfacción de Usuarias Programa de Apoyo al Recién Nacido, ICCOM, Investigación de Mercado, julio de 2011, Santiago, Chile. Disponibles en: [http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-  
implementacion-y-funcionamiento](http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento), consulta: 15 de mayo de 2015).

del desarrollo. Pero también hay que explorar las condiciones mínimas de implementación que se requieren para que estos instrumentos puedan funcionar adecuadamente. Por otra parte, el acceso efectivo, pertinente y oportuno de gestantes, niños y niñas a las prestaciones intersectoriales de CHCC depende fuertemente de las condiciones de funcionamiento y gestión de las redes comunales, por lo que es importante consolidar el modelo de gestión actual, identificando las debilidades que impactan en el desempeño de estos dispositivos locales.

El modelo de evaluación, sus resultados y la incorporación de sus aprendizajes en la implementación del subsistema debieran permitir no sólo fortalecer lo que todavía está en fase de consolidación, sino también sentar las bases para el desafío de la extensión de CHCC hasta los ocho años.

### Anexo

**Tabla 1. Evaluaciones realizadas a “Chile Crece Contigo” (2008-2013).**

Tipo de evaluación	Componente evaluado	Diseño	Mandante	Año
Ex post	Efectividad PADB	Observacional: cohortes históricas no concurrentes	MDS	2010-2013
	Satisfacción usuarias con CHCC	Observacional: transversal	MDS	2010
	Efectividad CHCC	Observacional: cohortes históricas concurrentes	Dipres	2012
	Calidad de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo	Mixto: eficacia: cohortes de niños y niñas; proceso: transversal; estructura: transversal	MDS	2012
	Costo-efectividad de modalidades de apoyo al desarrollo	Transversal	MDS	2012
Ex dure	Implementación PADB (3 ocasiones)	Observacional: transversales	MDS-MINSAL	2008-2009-2011
	Funcionamiento redes CHCC	Transversal, mixto	MDS	2009
	Implementación de modalidades de apoyo	Transversal, cualitativo	MDS	2009
	Participación de padres hombres en prestaciones de salud	Observacional mixto	MINSAL	2012
	Uso del sistema por usuarias	Cohorte	MDS	2012
	Implementación sistema de registro, derivación y monitoreo	Transversal, mixto	MDS	2013
	Implementación talleres grupales de parentalidad “Nadie es perfecto”	Transversal, cualitativo	MDS	2013
	Acceso y uso a tratamiento por depresión post-parto	Observacional, cohorte, con componente cualitativo	MINSAL	2013
Ex dure	Implementación, acceso y cobertura ayudas técnicas	Observacional transversal, con componente cualitativo	MDS	2013
	Implementación de visitas domiciliarias	Cualitativa	MDS	2013
Apoyo gestión	Visita domiciliaria	Revisión sistemática sobre efectividad	MDS	2012
	Instrumentos de evaluación del desarrollo	Revisión con técnica sistemática	MDS	2009
	Condiciones de salud priorizadas en el PARN, pertinencia	Cualitativa	MDS	2013

Fuente: elaboración propia con base en registros MDS, 2014.

## Bibliografía

- CASEN (2011), *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional*, Gobierno de Chile (disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/pobreza\\_casen\\_2011.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/pobreza_casen_2011.pdf); consulta: 18 de mayo de 2015).
- CHILE CRECE CONTIGO (CHCC) (2010), *Equipo nacional sistema de protección integral a la infancia: cuatro años creciendo juntos*, Memoria de instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” 2006-2010, Puerto Madero, Santiago (disponible en: <http://www.crececontigo.cl>; consulta: 18 de mayo de 2015).
- (2011), *Evaluación de impacto del sistema de protección integral a la infancia (Chile Crece Contigo)*, informe final, Asesorías para el Desarrollo, Dipres, Ministerio de Hacienda (disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119336\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119336_doc_pdf.pdf); consulta: 18 de mayo de 2015).
- ENCUESTAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL (2008-2013), disponible en: <http://blog.chccsalud.cl/p/encuesta-nacional-de-implementacion.html> (consulta: 18 de mayo de 2015).
- ICCOM (2010), *Estudio de satisfacción usuarias sistema “Chile Crece Contigo”*, investigación de mercado, Santiago (disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento>; consulta: 18 de mayo de 2015).
- (2011), *Informe de estudio de satisfacción de usuarias programa de apoyo al recién nacido*, investigación de mercado, Santiago (disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento>; consulta: 18 de mayo de 2015).
- LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO (2014), disponible en: [http://www.dipres.gob.cl/594/articles-109104\\_Ley\\_de\\_Presupuestos\\_2014.pdf](http://www.dipres.gob.cl/594/articles-109104_Ley_de_Presupuestos_2014.pdf) (consulta: 18 de mayo de 2015).
- MEDWAVE ESTUDIOS LIMITADA Y CIGES-UFRO (2013), *Evaluación costo-efectividad de modalidades de apoyo al desarrollo infantil del sistema de protección a la infancia*, informe final, Santiago (disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento>; consulta: 18 de mayo de 2015).
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (2012), *Estudio para el mejoramiento continuo de la calidad de las modalidades de apoyo financiadas por el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo del Ministerio de Desarrollo Social*, Departamento de Salud Pública, Santiago (disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento>; consulta: 18 de mayo de 2015).
- (2013), *Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/las pertenecientes al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, en el contexto del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo*, informe final N° 3, Departamento de Salud Pública, Santiago (disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/biblioteca/estudios/evaluaciones-de-implementacion-y-funcionamiento>; consulta: 18 de mayo de 2015).



# **Persistentes desigualdades sociales en el derecho al cuidado, la crianza y la socialización en la primera infancia\***

*Ianina Tuñón y Lidia de la Torre\*\**

## **Introducción**

Sin duda, el contexto social, político e institucional de los últimos años es clave para comprender los progresos, los estancamientos y los retrocesos observados en diversas dimensiones del desarrollo humano y la integración social de las infancias. Los sujetos de este grupo poblacional participan de modo indirecto y directo en los procesos socioeconómicos y ocupacionales que estructuran los recursos de sus hogares y que coadyuvan a construir estructuras de oportunidades en la sociedad.

En particular, se reconoce que la infancia es una de las poblaciones más vulnerables a los ciclos económicos recesivos, dado que éstos no sólo afectan las estrategias de sobrevivencia de los hogares donde se concentra la infancia de modo mayoritario, sino que adicionalmente se ven empobrecidas las estructuras de oportunidades como consecuencia de una menor inversión de los Estados en educación, salud e infraestructura, entre otros servicios de gestión pública imprescindibles para el efectivo ejercicio de derechos en la niñez.

En el contexto de un escenario signado por la crisis mundial, la economía argentina retomó la senda del crecimiento durante 2013, a partir de la expansión del consumo privado, la inversión y el gasto público. Durante el período 2010-2013, se registró un aumento ligero pero sostenido en la recepción total de transferencias de ingresos a los hogares. Aun así, a fines de 2013, la población de niños, niñas y adolescentes con Necesidades Básicas Insatisfechas

\* Se agradece la colaboración de Agustina Coll en el procesamiento de datos y la construcción de tablas.

\*\* Doctora en Sociología. Investigadora del Instituto de Comunicación Social, Periodismo y Publicidad de la UCA. Miembro del grupo responsable del Proyecto Foncyt PICT 2195 (ODSA-UCA). Correo electrónico: [ldelatorre@uca.edu.ar](mailto:ldelatorre@uca.edu.ar).

(NBI) alcanzó el 24,4%, no obstante haber experimentado, respecto de 2004, una caída en su incidencia de 9,4 puntos porcentuales de modo escalonado y sostenido. En el grupo de niños y niñas entre cero y cuatro años, la situación de NBI en 2013 fue de 27,5% (Tuñón, 2014).

Dada esta realidad, cabe preguntarse en qué medida este progreso y, específicamente, la implementación de una política expansiva de ingresos, que incluyó el progresivo incremento de la Asignación Universal por Hijo (AUH),<sup>1</sup> y las evidencias de un crecimiento sostenido del gasto público total y social desde 2003 hasta la actualidad,<sup>2</sup> produjeron cambios en las estrategias familiares en aspectos esenciales del desarrollo humano y social de los niños y las niñas. Más concretamente, ¿en qué medida se han modificado comportamientos y actividades que desarrollan las familias en relación con los estilos de crianza, cuidado y socialización de los niños y las niñas de entre cero y cuatro años? ¿Cuáles son los principales factores de tipo estructurales, socioeconómicos, familiares o sociodemográficos asociados a dichos estilos de crianza?

Los estilos de crianza, socialización y formación refieren, como es fácil advertir, a los comportamientos y las actividades que realizan las familias de los niños y las niñas, o sus miembros, bajo el influjo de factores condicionantes internos o externos a la propia familia, utilizando ciertos recursos (tangibles o intangibles, privados o públicos) para obtener ciertos productos (bienes o servicios, por ejemplo atención médica) que contribuyen a obtener ciertos resultados (por ejemplo, la buena salud).

Al mismo tiempo, en la Argentina también se avanzó en el reconocimiento del niño y la niña como sujeto de derechos. Y, en particular en materia de cuidado infantil, se avanzó en la construcción de un sistema de protección integral desde un enfoque de derecho, como por ejemplo la sanción de la Ley de Centros de Desarrollo Infantil (2007) y los programas como “Primeros Años” (2005), que han coadyuvado a comenzar a instalar cuestiones prioritarias del desarrollo humano de los niños y las niñas en los primeros años de vida. Sin embargo, los desafíos continúan siendo significativos en términos de cobertura, calidad de los servicios de cuidado, y eficacia de las intervenciones en relación con las familias en su rol de primer agente de socialización.

1. El sistema de Asignación Universal por Hijo (AUH) alcanzó una cobertura de 3,5 millones de niños y niñas a comienzos del Bicentenario y tuvo un rol fundamental en la crisis internacional (2008-2009), papel que continúa cumpliendo en la actual coyuntura a nivel de los hogares con niños y niñas más vulnerables.

2. La participación del gasto público social se estima en alrededor del 65% del gasto público total, lo cual responde a las acciones del Estado nacional en materia de protección social (tanto de carácter contributivo como no contributivo). Asimismo, se reconocen progresos importantes en educación y en salud. Sin ser exhaustivos, y en relación con la primera infancia, se destacan en salud: el Programa REMEDIAR + REDES; el Plan Nacer –que ahora se denomina Plan Sumar–; y, en particular, los avances en la incorporación de vacunas al Calendario Nacional de Vacunación y en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (Repetto y Tedeschi, 2013).

Es claro que, en el marco de estas iniciativas, se comienzan a reconocer aspectos claves del desarrollo infantil –menos visibles en otros instrumentos legales preexistentes–, como son los aspectos psicosociales que se encuentran asociados a las estructuras de oportunidades de las infancias en los procesos de formación en centros educativos. Sin embargo, lo cierto es que la mayoría de las infancias en estos primeros años permanece de modo prioritario en el espacio privado de sus hogares y al cuidado de su madre u otros adultos de referencia de la familia. En tal sentido, los aspectos psicosociales del desarrollo infantil también deben promoverse en el interior de los hogares, y en relación con los centros de cuidado y de educación.

Al mismo tiempo, es interesante advertir que las estadísticas nacionales más vinculadas a la infancia en estos primeros años de vida se encuentran básicamente en el campo de las estadísticas de salud y en la dimensión biológica (tasa de mortalidad, estado nutricional, enfermedades más frecuentes, entre otras). Mientras que las estadísticas vinculadas a aspectos de estimulación emocional y social esenciales al desarrollo del niño y la niña son prácticamente inexistentes.

Probablemente, ello se deba a que se trata de una población que tiene un contacto más frecuente con el sistema de salud a propósito de la obligatoriedad de los esquemas de vacunación, los controles periódicos durante el primer año de vida y los programas de salud preventiva, mientras que recién forma parte de las estadísticas educativas cuando se produce el ingreso obligatorio al sistema educativo, que en el caso de la Argentina es a los cuatro años de edad.<sup>3</sup>

En tal sentido, existe un amplio consenso en torno a un conjunto de aspectos sociales y culturales asociados a los procesos de cuidado, crianza y socialización de los niños y las niñas, que son menos claros en términos de derechos y sobre los que poco se conoce, en la medida en que pertenecen, de modo prioritario, a la órbita privada de los hogares. Sin embargo, se registran un amplio conocimiento científico y consenso en torno a la importancia que tiene esta etapa de la vida humana en términos del desarrollo. En esta etapa de la vida, los seres humanos desarrollan capacidades físicas, cognitivas, y competencias intelectuales, emocionales y sociales, que son básicas para los procesos formativos y de socialización posteriores. En este sentido, garantizar condiciones de habitabilidad, alimentación y atención de la salud son claves, pero no menos importantes son las interacciones afectivas con adultos significativos, el juego, y la calidez de los vínculos, entre otros estímulos.

En sociedades como la Argentina, el cuidado de los niños y las niñas en los primeros años (cero a cuatro) se encuentra de modo prioritario bajo la responsabilidad de las familias. Sin embargo, poco se conoce sobre las características que adoptan estos procesos de cuidado, crianza y socialización en las

3. A partir de 2015, la obligatoriedad de la educación inicial es extensiva a los niños y las niñas de cuatro años.

diferentes infancias. Se conjetura que las estrategias de cuidado de los niños y las niñas difieren según atributos estructurales de los hogares, entre otros factores. Sin embargo, también se parte del supuesto de que las formas de crianza y socialización de los niños y las niñas se encuentran condicionadas por aspectos esenciales del desarrollo.

A partir de estos supuestos, se considera importante realizar una aproximación a los procesos de cuidado, crianza y socialización, desde una perspectiva integral que tome en cuenta tanto los factores estructurales de los hogares, como otros aspectos ambientales que también ejercen su impronta en las aptitudes cognitivas, sociales y emocionales del desarrollo del niño y la niña. Aspectos, estos últimos, que pueden ser observados a través de indicadores específicos relativos a la salud psíquica de los adultos de referencia de los hogares.

Se propone, entonces, analizar las estrategias de cuidado de los niños y las niñas en el marco de las múltiples combinaciones: familiares y no familiares institucionalizadas a través de centros educativos de gestión pública o privada. Es decir, las diferentes interacciones que se producen entre los recursos de las familias, la sociedad, el Estado y el mercado. En el marco de estas estrategias, se desarrolla el cuidado en tanto conjunto de acciones integrales y sinérgicas que procuran garantizar el desarrollo del niño y la niña en aspectos como la nutrición, la salud física y psíquica, y el desarrollo de capacidades cognitivas, motrices y sociales (Evans, Myers e Ilfeld, 2000).

Los procesos de crianza y socialización los ubicamos en el escenario natural de la vida cotidiana, y son abordados a través de indicadores de estimulación emocional, social e intelectual, que entendemos permiten reconocer el “clima emocional y social” de prácticas y hábitos en ámbitos primarios de socialización como el de la familia. Distinguimos los siguientes indicadores: a. el festejo del cumpleaños; b. el compartir cama o colchón para dormir, y c. los relatos orales y la narración de cuentos. Estos indicadores representan una aproximación a los contextos en el que los niños y las niñas desarrollan su singularidad, su identidad y su autoestima.

Por otra parte, se propone explorar en los estilos de crianza o los estilos educativos a través de los cuales los padres regulan la conducta de sus hijos, mediante un indicador de vulnerabilidad al maltrato (niños y niñas en hogares en los que los adultos de referencia expresaron utilizar el castigo físico o verbal como forma de disciplinar a sus hijos).

Se consideran, también, otros dos indicadores de cuidado infantil vinculados con el sostenimiento de la vida, como es el acceso a la alimentación y a la atención primaria de la salud. Para el primero de ellos, se utiliza la evaluación de déficit alimentario severo, que es la situación en la que los adultos de referencia expresan que los niños y las niñas han experimentado “hambre” en el último año por problemas económicos. Mientras que, en el caso del indicador de déficit en la atención de la salud, se tiene en cuenta a los niños y las

niñas que no han asistido a una consulta médica en el último año o que no tienen el calendario de vacunas completo.

Con el particular objetivo de evaluar desigualdades sociales, se propone analizar los indicadores de cuidado, crianza y socialización de referencia a través de factores ambientales objetivos y subjetivos. Entre los primeros, se incluyen factores de tipo estructurales, como son el estrato socioeconómico de los hogares, las características del espacio sociorresidencial y el contexto macro a través de la inclusión de los años de medición de la EDSA. Se registran, también, aspectos particulares del medio ambiente más próximo, como son las características de la vivienda (hacinamiento y vivienda precaria). Por otra parte, se consideran características sociodemográficas de la madre o principal adulto de referencia del niño y la niña, tales como el grupo de edad, el máximo nivel educativo alcanzado, y la situación socioocupacional. A nivel de los atributos del hogar de pertenencia del niño y la niña, se tuvieron en cuenta el tipo de configuración familiar y la cantidad de niños y niñas menores de catorce años residentes. También se consideraron factores subjetivos, que permiten una aproximación a vulnerabilidades psicológicas y sociales presentes en los hogares: afrontamiento negativo; malestar psicológico; déficit de apoyo social estructural, y déficit de apoyo social afectivo. Por último, cabe mencionar que se registran atributos sociodemográficos de los niños y las niñas, como el sexo y la asistencia a un centro educativo o servicio de cuidado.

La construcción de variables complejas y el análisis empírico a través de tablas bivariadas y modelos de regresión logística se desarrollaron a partir del procesamiento de las bases de datos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA),<sup>4</sup> que reúnen las mediciones 2010, 2011, 2012 y 2013. Los datos que se presentan fueron construidos con base en una muestra de niños y niñas entre cero y cuatro años en grandes ciudades de la Argentina.

## **Antecedentes de la cuestión**

Existe consenso entre los especialistas respecto de que la familia ejerce un papel decisivo en el desarrollo de los niños y las niñas. Se suele afirmar que la familia es el contexto más deseable de crianza, ya que es el ámbito en el que mejor se suele promover el desarrollo personal, social e intelectual del

4. La Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) es una encuesta de hogares multipropósito que se realiza en el marco del Programa del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Dicha encuesta se realiza una vez al año, todos los cuartos trimestres, a nivel de una muestra probabilística representativa de aglomerados urbanos de la Argentina de 80.000 habitantes y más. En dicha encuesta, se aplica un módulo específico que releva indicadores a nivel de los niños menores de dieciocho años que residen en los 5.700 hogares urbanos considerados en el marco muestral de la EDSA Serie del Bicentenario (2010-2016). Ver <http://www.uca.edu.ar/observatorio>.

niño y la niña. En dicho entorno, adquieren especial importancia los padres, los cuidadores primarios, otros familiares y no familiares próximos, que interactúan con el niño y la niña en un marco especial de protección, nutrición y afecto (Silva, 2005; Lezcano, 1999).

Para los niños y las niñas en los primeros años de vida, el vínculo emocional más importante es el que establece con una o varias personas del entorno familiar. La relación de apego que construyen el niño y la niña con los adultos de referencia les permite desarrollar un sentimiento básico de confianza en sí mismos que facilita el proceso de exploración del entorno externo al mundo familiar y afrontar situaciones difíciles, como la separación circunstancial de sus padres (López y Ortiz, 1999; Ortiz, Fuentes y López, 1999).

Además de cuidar del bienestar físico y emocional del niño y la niña, los padres suelen participar activamente en el proceso de socialización de sus hijos, orientando y modelando sus conductas y sus actitudes con base en lo que se considera mejor para su desarrollo, en el marco de un proceso de adaptación del niño y la niña a las normas y los valores del entorno social y cultural más próximo. Esta tarea suele comenzar una vez que se ha establecido el vínculo de apego entre los padres y los hijos, e implica la adopción, por parte de los padres, de comportamientos que buscan modelar y restringir la conducta infantil, lo que provoca tensiones en un proceso de socialización que no es unidireccional sino de coproducción (Palacios y Moreno, 1994; Rodrigo y Palacios, 1998; Soribes y García, 1996).

En estos procesos de crianza y socialización, se conjetura que inciden diferentes factores. Sin duda, factores de tipo estructural de los hogares, como la situación socioeconómica (clima socioeducativo y de inserción en el mercado de trabajo), las características del espacio sociorresidencial y del hábitat de vida, son condicionantes claves en la construcción de estructuras de oportunidades para el desarrollo de aptitudes cognitivas, emocionales y sociales desde edades tempranas.

En particular, la situación socioocupacional de la madre interviene de modo prioritario en las estrategias de cuidado. Si bien no es un fenómeno nuevo el de la creciente inclusión laboral de la mujer en el mercado, la importancia que adquiere dicha inserción en la vida de las madres, y en su doble rol laboral dentro y fuera del hogar, constituye un factor de tensión en tanto aún prevalece en el imaginario social un “ideal de madre” más vinculado al cuidado directo de los hijos. Sin dudas, compatibilizar ambos roles, el de esa imagen social y la necesidad de desarrollar una vida personal propia en el espacio público, genera tensión en el vínculo madre-hijo (Solé y Parella, 2004). Ello adquiere características particulares en contextos de pobreza, en los que el acceso a servicios de cuidado es por demás restringido, al menos en el caso de la Argentina.

Es fácil advertir que los procesos de desfamiliarización del cuidado infantil están asociados a procesos de creciente mercantilización en sectores socia-

les acotados, como los medios profesionales, mientras que el cuidado en otros sectores sociales es provisto de modo prioritario por las madres en relaciones de cooperación con organizaciones comunitarias, programas sociales, y redes familiares y comunitarias de cooperación (Faur, 2014). En tal sentido, son conocidas las profundas desigualdades sociales en la calidad del cuidado de la infancia temprana en los servicios de atención (Unicef, 2011), y las diferencias entre educación inicial y servicios de cuidado (Faur, 2014).

Probablemente, también son factores condicionantes la cantidad de niños y niñas menores de 14 años en el hogar; y el ejercicio de la jefatura del hogar en el contexto de configuraciones familiares monoparentales. Los hogares monoparentales con jefas mujeres e hijos han sido objeto de investigaciones en el campo de los problemas de género y pobreza (Buvinic, 1997; Berheide, Segal y Kossoudji y Mueller, en Buvinic y Gupta, 1997). Estas mujeres jefas de hogar, que en muchos casos han experimentado una maternidad temprana e inestabilidad en la configuración de sus familias, registran mayores dificultades para conseguir empleos plenos, por su condición de únicas responsables del cuidado de sus hijos, y por no contar con alternativas de cuidado estables, o porque son discriminadas a causa de su condición de mujeres solas con hijos. Todas situaciones que, probablemente, sean estresantes para la madre, disminuyan su disponibilidad para atender las necesidades del niño y la niña, y su habilidad y su sensibilidad para involucrarse y proteger a sus hijos durante la etapa de crianza (Mayer, 1997).

Y, en este marco, no parece menor considerar algunos factores psicológicos presentes en los hogares, que probablemente ejercen su impronta en el desarrollo de los niños y las niñas. Los hogares con adultos de referencia con tendencia a estados emocionales negativos, como depresión, irritabilidad, ira, desprecio, rechazo, culpa, insatisfacción y tristeza, suelen comportarse de una forma menos sensible, menos receptiva, o con más hostilidad con los niños y las niñas, que los hogares con adultos que experimentan con mayor frecuencia estados emocionales positivos. Los estilos de crianza entre estos últimos suelen ser sensibles, receptivos y estimulantes, mientras que, entre los primeros, los estilos de crianza suelen basarse en un control más negativo (Belsky e Isabella, 1988; Belsky, 2010). Entonces los atributos psicológicos presentes en los adultos de referencia de los niños y las niñas en el interior de los hogares son decisivos en la construcción del vínculo afectivo que les tanto seguridad física como psicológica (Spieker y Booth, 1988; Martínez Fuentes *et al.*, 2000; Lamb, 2002; Gema Fernández Seron, 2009).

Se conjetura, entonces, que todos estos factores que intervienen en los procesos de cuidado, crianza y socialización de los niños y las niñas adquieren una particular impronta en su desarrollo del potencial, en aspectos claves de los primeros años de vida, como son el desarrollo neuronal, cognitivo y afectivo.

## Los indicadores de cuidado, crianza y socialización

Las estrategias de cuidado de los niños y las niñas en la sociedad argentina se organizan con recursos familiares, no familiares, o bien en colaboración con servicios de cuidado o educativos de gestión pública, comunitaria o privada. En este artículo, se propone una aproximación a las infancias de entre cero y cuatro años de edad que reciben cuidado familiar de modo prioritario o único, aquellas que reciben cuidado familiar con la ayuda de los servicios de una empleada doméstica o niñera, y aquellas que asisten a centros educativos o de cuidado de gestión pública y de gestión privada.

Tal como se adelantó en el apartado introductorio, hemos considerado importante representar la estructura de oportunidades de cuidado, crianza y socialización de la niñez en sus primeros años de vida (cero a cuatro años), en aspectos que hacen, por un lado, a los estímulos sociales, emocionales y cognitivos a través de cuatro indicadores: a. el festejo del cumpleaños entre uno y cuatro años; b. el compartir cama o colchón para dormir entre cero y cuatro años; c. la recepción de historias orales y cuentos entre cero y cuatro años, y d. la vulnerabilidad al maltrato físico y verbal (cero a cuatro años). Por otra parte, se evalúa igualmente importante el acceso a la alimentación y la atención de la salud.

Los indicadores a, b y c se encuentran más asociados a las oportunidades de asimilación de las estructuras cognitivas, las habilidades lingüísticas, la posibilidad de comunicarse, construir autoestima y autonomía. Mientras que el indicador d busca representar la vulnerabilidad del niño y la niña a la intolerancia parental, que suele asociarse a trastornos de la conducta y perturbaciones emocionales.

Asimismo, se consideraron otros dos indicadores de cuidado, como son el déficit alimentario y el déficit en la atención preventiva de la salud. El primero de los indicadores permite una aproximación a la situación extrema en hogares en donde han sido los niños y las niñas los que han experimentado hambre, por no contar con suficientes alimentos en el último año. En tanto que el segundo de los indicadores mide el déficit de atención de la salud, considerando a aquellos niños y niñas que no tienen las vacunas correspondientes a su edad según el calendario obligatorio o que no han realizado una consulta al pediatra en el último año.

El déficit alimentario en los primeros años de vida puede tener efectos negativos en el desarrollo físico, motor y cognitivo del niño y la niña, y como consecuencia de ello, problemas posteriores en los procesos de integración social y formación escolar. Es fácil advertir, que niños y niñas que no son vacunados, y que no suelen realizar consultas preventivas en edades tempranas, carecen de la posibilidad de una adecuada prevención y atención de la enfermedad.

Tanto las estrategias como las formas de cuidado, crianza y socialización que desarrollan los hogares con los niños y las niñas se encuentran condicio-

nadas por factores de tipo estructurales, características de la vivienda, atributos de los hogares en términos de su configuración, pero también por aspectos psicológicos; y por las características sociodemográficas de los adultos de referencia del niño y la niña y de estos mismos.

Más específicamente, los factores que conjeturamos se asocian a las estrategias de organización del cuidado de los hogares, y a las desiguales estructuras de oportunidades en los procesos de crianza y socialización, son, por un lado, ciertos atributos de los hogares, como el estrato socioeconómico (que considera aspectos educativos y ocupacionales del principal sostén del hogar, y el acceso a bienes y servicios del hogar), las características del espacio socio-residencial del hábitat de vida, el tipo de configuración familiar, la cantidad de niños y niñas menores de 14 años en el hogar y algunas características de las madres (o principal adulto de referencia), como su edad, su nivel educativo y su situación socioocupacional. Por otro lado, se consideran un conjunto de indicadores que hacen a la percepción de salud psíquica del hogar que –conjeturamos– se asocian a desigualdades en las oportunidades de crianza y socialización, y a la tolerancia parental.

El bienestar psicológico del hogar es abordado a través de un conjunto de indicadores que buscan aproximarse a las *características psicológicas* de los adultos de referencia del niño y la niña, como percepción de malestar psicológico, disconformidad con las propias capacidades para afrontar la vida, así como también las *características psicosociales externas*: percepción de falta de apoyo social estructural y afectivo.

En particular, cuando la percepción de un bajo grado de “conformidad con sus capacidades para afrontar la vida” suele afectar su posibilidad para lograr objetivos, y aumenta la vulnerabilidad a la depresión (Bandura, 1995, 1997). A través de la percepción de “malestar psicológico”, se busca medir las capacidades emocionales y cognitivas de los adultos de referencia, que permiten responder a las demandas de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente, tomar decisiones y tener relaciones satisfactorias con los otros. Justamente, uno de los componentes esenciales de esta noción son las relaciones sociales y familiares con las que cuenta una persona (Doyal y Gough, 1994).<sup>5</sup> Por último, la percepción de “apoyo social afectivo y estructural” constituye esencialmente una expresión acerca de la calidad de las relaciones interpersonales. Asimismo, es un concepto relacionado con la salud en general, ya que regula el impacto del estrés sobre el bienestar personal; por lo tanto, puede entenderse como un recurso psicosocial para el afrontar situaciones de estrés (Thoits, 1995).

5. Para estudiar este concepto, se utilizó la escala de Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Ésta mide el malestar psicológico no específico e indaga un conjunto de síntomas vinculados a la depresión y la ansiedad, tales como inquietud, agitación, desesperanza, tristeza, cansancio, nerviosismo y estrés. Esta escala brinda información acerca del malestar psicológico, pero no discrimina si se trata de uno u otro trastorno (depresión o ansiedad) (Brenlla, 2009).

Estos componentes los consideramos relevantes para estudiar el bienestar del grupo familiar. Aun así, se trata de evaluaciones que de ninguna manera pueden considerarse exhaustivas ni exactas, sino tan sólo indicativas de una tendencia u orientación respecto del atributo medido.

A continuación, se presenta la estructura de resultados con base en un análisis de asociaciones bivariadas inicial de tipo descriptivo. Utilizamos también, de modo complementario, modelos de regresión logística como técnica de estandarización que nos permite analizar con mayor claridad la asociación de ciertos factores con los indicadores de déficit, manteniendo constante el efecto de otras características. A través de los modelos de regresión, se buscó determinar los factores que se asocian a la propensión a experimentar una situación de déficit en los procesos de cuidado, crianza y socialización. La variable dependiente de los modelos considera la situación de déficit en cada uno de los indicadores mencionados.

### **Principales resultados. La organización del cuidado en la primera infancia**

No obstante el incremento en la creación de instituciones que desempeñan funciones vinculadas a la crianza, la educación y la estimulación del niño y la niña (centros de educación inicial y servicios de cuidado infantil), la mayoría de ellos, en los primeros años de vida, está al cuidado de sus padres o familiares cercanos. Es decir que la familia continúa siendo la primera agencia de socialización del niño y la niña, y se constituye así en el fundamento en la construcción de la identidad. Por esto, el tipo de configuración familiar y el desempeño del rol de la madre dentro de ella son variables a tener en cuenta cuando se trata de observar las estrategias de cuidado de los niños y las niñas.

Tradicionalmente, el cuidado de los niños y las niñas se encuentra en la órbita de la familia y, dentro de ella, la principal responsabilidad la tienen las madres. En este marco, conocer las formas en que las familias organizan el cuidado de los niños y las niñas más pequeños, la disponibilidad parental y los cambios que ocurren en contextos de mayor inclusión laboral, resulta un insumo fundamental para orientar la política pública destinada a la ampliación de ofertas de centros de desarrollo infantil para los menores de cinco años. En este sentido, se observa que siete de cada diez niños y niñas de la población infantil estudiada no asiste a ningún establecimiento público, y su cuidado cotidiano está a cargo de madres o familiares, ya que viven en hogares que no cuentan con los servicios de una empleada doméstica ni una niñera (70,5%). La mitad de estas madres son mujeres que no trabajan, pero del resto un 32% trabaja, lo que implica que los niños y las niñas quedan a cargo de algún familiar o conocido. Un 27% de los niños y las niñas de cero a cuatro años asiste a instituciones que se ocupan de su cuidado, educación y estimulación (17% de gestión pública y 10% de gestión privada), y sólo un 2% permanece en

su hogar al cuidado de su familia, con la ayuda de una empleada doméstica. Entre 2010 y 2013, se observa una disminución de la población de niños y niñas bajo el cuidado de empleadas domésticas y un incremento de la niñez que queda al cuidado exclusivo de su propia familia (ver tabla 2).

Hay características de la madre que aumentan la probabilidad de que un niño o una niña de cero a cuatro años estén exclusivamente a su cuidado, y dependan de ella la educación y la estimulación en esta etapa de la infancia. Se ubican en este grupo el 81,6% de las madres menores de veinticinco años y el 77,3% de aquellas que no terminaron la escuela secundaria. Y, si bien juventud no es sinónimo de inmadurez, puede suponerse que, por lo menos, implica menor experiencia de vida para hacerse cargo de la crianza de un niño o una niña. A esta situación se suma el bajo nivel de educación materna, que supone la existencia de menos recursos para afrontar la tarea de crianza y socialización de niños y niñas en la primera infancia.

Si bien la familia de configuración biparental es la que prevalece (85%), el 15% de los niños y las niñas de cero a cuatro años viven en hogares monoparentales, por lo general con jefatura femenina, que tienen una mayor prevalencia en contextos de pobreza económica y se asocian a situaciones de mayor déficit en los procesos de crianza y socialización. Esto probablemente sea consecuencia de la menor disponibilidad de recursos humanos adultos para el cuidado y la asunción del doble rol de proveedor y cuidado en una sola persona. Sin duda, las políticas de cuidado orientadas a la infancia deben poner especial atención a la situación de estas familias, y por ello es de suma importancia conocer su incidencia y los principales factores asociados. En este sentido, otra de las variables que inciden en el desarrollo de las capacidades del niño y la niña, y que potencian las consecuencias derivadas del tipo de familia, es el hecho de que uno de cada cinco de estos niños y niñas forma parte de hogares en situación de hacinamiento, y una proporción similar (21%) habita en una vivienda de construcción precaria (ver tabla 1).

### **Incidencia del déficit en aspectos del cuidado, crianza y socialización y principales factores asociados**

En el proceso de desarrollo humano desde la gestación y durante la primera infancia, debe reconocerse el rol primordial de la familia como proveedora, no sólo de la nutrición alimenticia, sino también de la contención afectiva y emocional. Es decir que el derecho a vivir una niñez plena requiere un conjunto integrado de recursos materiales, sociales y culturales que debe proveer la familia en virtud de su rol de primer agente socializador. En el contexto de esta definición de desarrollo humano para esta etapa de la vida, distinguimos tres dimensiones de análisis que nos permiten observar el grado de florecimiento de esa población en la Argentina: a. estimulación emocional e intelectual; b. estilo de crianza, y c. alimentación y salud.

Las tres dimensiones enunciadas serán analizadas observando en qué medida las carencias psicosociales y socioeconómicas de la familia se relacionan con su disponibilidad para satisfacer las necesidades de estimulación emocional e intelectual del niño y la niña. En el caso de los factores psicosociales, se tendrán en cuenta los siguientes:

- *Afrontamiento negativo*: predominio de conductas evasivas frente a situaciones problemáticas, que impiden realizar acciones tendientes a resolver o afrontar la situación. Afecta al 32% de los niños y las niñas de entre cero y cuatro años (ver tabla 1).
- *Malestar psicológico*: ansiedad o depresión que dificulta la respuesta a las demandas de la vida cotidiana, el desenvolvimiento social y la capacidad de relación con los otros. Afecta al 25% de los niños y las niñas de entre cero y cuatro años.
- *Déficit social estructural*: percepción de no contar con una red de apoyo, por considerarse sin amigos y en ausencia de alguien a quien recurrir frente a una necesidad. Afecta al 28% de los niños y las niñas de entre cero y cuatro años.
- *Déficit de apoyo social afectivo*: percepción de no contar con alguien que les demuestre amor y cariño. Afecta al 10% de los niños y las niñas de entre cero y cuatro años.

Los factores socioeconómicos considerados para el análisis de las dimensiones vinculadas a la crianza y socialización son: la situación ocupacional y el nivel de educación de la madre, la configuración familiar, el tipo de cuidado, la cantidad de niños en el hogar, la precariedad de la vivienda, el hacinamiento, la condición residencial y el nivel socioeconómico del hogar.

Si bien las dimensiones vinculadas a la crianza y la socialización de los niños y las niñas de cero a cuatro años serán analizadas a la luz de las variables mencionadas, cabe señalar la influencia de factores socioeconómicos en situaciones de déficits psicológico o social. En este sentido, se observa que, cuanto más bajo es el nivel económico social, mayor es la percepción de ausencia de amigos o familiares a quienes recurrir frente a una necesidad (39% y 9% en el nivel medio alto), más frecuentes son los estados de ansiedad o depresión (32% y 12% en el nivel medio alto) y mayor es el déficit de apoyo social afectivo (19% y 6% en el medio alto).

### ***Estimulación emocional e intelectual***

La dimensión estimulación emocional e intelectual, que evalúa aspectos vinculados con el desarrollo del lenguaje, las habilidades cognitivas y el desarrollo de conductas adaptativas, se observa a través de dos indicadores: la habitualidad en la lectura de cuentos y el festejo del cumpleaños. La lectura

de cuentos es una práctica que les ofrece a los niños la posibilidad de acceder a otros mundos reales o de fantasía, conocer otras costumbres y aprender diferentes roles sociales. El festejo de cumpleaños es un acontecimiento que genera uno de los posibles espacios en el que se lleva a cabo el proceso de construcción de la identidad del niño y la niña, espacio en el que el niño no sólo reconoce su singularidad, sino también un ámbito de socialización con sus pares y, además, una circunstancia de transmisión cultural.

### *Lectura y contada de cuentos e historias orales*

La lectura de cuentos en el hogar es una práctica que le resulta extraña al 34,2% de los niños y las niñas menores de cinco años. El déficit en esta actividad registra una tendencia a crecer en el período 2010-2013 (29,6% en 2010) y se ve afectada tanto por factores psicosociales como por factores socioeconómicos. Entre los primeros, se observa que el hábito de lectura de cuentos a los niños y las niñas de cero a cuatro años es sensiblemente menor cuando forman parte de familias que no cuentan con apoyo social afectivo (el 52% no les lee cuentos a los niños y las niñas) o de familias que no cuentan con alguien a quien recurrir frente a una necesidad (en el 40% de estos casos, no se les lee cuentos a los niños y las niñas) (ver tabla 3).

La práctica de esta actividad se vincula también con la situación socioeconómica familiar, y desde esta perspectiva puede observarse que, cuanto más precarios son los medios y los contextos, menor es el hábito de leerles cuentos a los niños y las niñas en el hogar. Así, cuanto más bajo es el nivel económico social de la familia, mayor es el déficit en la lectura de cuentos a los niños y las niñas de entre cero y cuatro años (46% no les lee en el nivel bajo, 21% en el medio alto); el déficit también es mayor en los niños y las niñas que residen en urbanizaciones informales (42% en villas de emergencia y barrios precarios), en hogares con más de cuatro niños y niñas (43%) y que viven en situación de hacinamiento (40%). En cuanto a los factores sociodemográficos propios de la madre, el que tiene una incidencia significativa es el nivel de educación, de modo tal que las madres con menor educación son las que menos les leen cuentos a sus hijos menores de cinco años (40%).

### *El festejo del cumpleaños*

El festejo de cumpleaños es otro de los indicadores de estimulación emocional y social de los niños y las niñas en la primera infancia. Contrariamente con lo observado respecto de la lectura de cuentos, el hábito en el festejo de cumpleaños de los niños y las niñas de cero a cuatro años muestra un leve crecimiento entre 2010 y 2013. En la primera de las fechas, un 22,7% no les festejaba el cumpleaños a sus hijos en el segmento de edad estudiado, mien-

tras que en 2013 la cifra baja al 17,6%. Sin embargo, esta actividad se relaciona, también, tanto con factores psicosociales como socioeconómicos. Las familias en las que se registra déficit social afectivo (27%), y con carencia de apoyo social estructural (22%), son las que, en menor medida, les festejan el cumpleaños a los niños (ver tabla 3).

En este caso, es importante señalar que, en una medida similar, inciden las variables económicas tales como la situación ocupacional de la madre (festejan menos el cumpleaños aquellas que están subocupadas (28%) o desempleadas (25%), la cantidad de niños en el hogar (no lo festeja el 25% de los hogares con 4 o más niños) y la calidad de la vivienda (24% de los que habitan con niños en construcciones precarias). En concordancia con esta tendencia, el hábito del festejarles el cumpleaños a los niños y las niñas de cero a cuatro años disminuye cuando más bajo es el nivel socioeconómico de la familia (no lo festeja el 25% de la población de nivel más bajo y el 10% de los de nivel medio alto) y cuando menos formal es la condición residencia (al 24% de los niños y las niñas de este segmento etario que habitan en urbanizaciones del tipo villa de emergencia o precarias, no les festejan el cumpleaños).

Tal como se ha observado, los dos indicadores de estimulación emocional e intelectual son afectados por la mismas variables psicosociales y socioeconómicas. Sin embargo, es importante señalar que, mientras los factores económicos parecen explicar mejor el festejo de cumpleaños, el nivel educativo de la madre es una variable relevante cuando se analiza la lectura de cuentos. Sin embargo, no debe perderse de vista que la lectura de cuentos a niños de cero a cuatro años parece ser una actividad relativamente poco frecuente, incluso para aquellas madres con mejor nivel de educación, ya que una de cada cuatro no les leyó cuentos a sus hijos en 2013 (25%). Como se vio anteriormente, festejar el cumpleaños es más habitual que leer cuentos a los chicos, pero también en este caso un segmento de los hogares de mejor nivel socioeconómico con más posibilidades de organizar este tipo de festejo no lo hizo (10%).

### *Compartir cama o colchón para dormir*

Otro indicador del estilo de crianza y socialización es la práctica de compartir la cama o el colchón con los niños y las niñas. Respecto de este hábito, se registran numerosos estudios que hacen foco, principalmente, en el colecho del bebé con su mamá o con ambos padres. Si bien muchos de ellos puntualizan la ventaja de la proximidad materna, lo cierto es que el hecho de no tener una cama propia implica serias consecuencias para la salud y el desarrollo psicosocial del niño y la niña. Cabe señalar que no necesariamente la cama se comparte con la madre o el padre; en muchos casos, se comparte con hermanos u otros familiares. Investigaciones llevadas a cabo por Unicef (2006) muestran que el hecho de no tener una cama propia genera las siguientes consecuencias:

- Persistente mal dormir y falta de descanso apropiado.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Problemas en la movilidad durante la noche.
- Dolores físicos producto de la falta de un buen descanso.
- Problemas para despertar al día siguiente.
- Falta de concentración en la escuela.
- Falta de privacidad.
- Falta de un espacio propio en el cual poder jugar, descansar, entre otros.
- Postergación de un buen descanso en función del buen descanso de sus padres o de la persona con la cual comparte cama.

Este estudio concluye en que “tener una cama propia conlleva, según expresiones de los niños, un mejor descanso, privacidad, dignidad como persona, presencia de sentimientos de libertad y felicidad, y una visión de futuro más optimista”. Nuestros datos muestran que tres de cada diez niños y niñas (28%) de entre cero y cuatro años comparte la cama o el colchón con algún familiar, y este dato se ha mantenido relativamente estable entre 2010 y 2013. Esto significa que, según el Censo Nacional de 2010, alrededor de 900.000 niños y niñas de ese segmento etario carece de cama o colchón propio para dormir.

Si bien, en los últimos tiempos, el colecho del bebé con su mamá ha sido promovido por algunas corrientes psicológicas, en la mayor parte de los casos se observa que la tendencia a compartir la cama con algún familiar se vincula más con carencias socioeconómicas que con decisiones voluntarias de los adultos, orientadas por dichas corrientes. En este sentido, nuestros datos muestran que el colecho se incrementa cuando más carenciada es la familia (45% en el nivel socioeconómico muy bajo y 14% en el medio alto), en las villas de emergencia o barrios informales (46%) y, naturalmente, en situación de hacinamiento y cuando en la familia hay 4 niños o más (46% de los niños de cero a cuatro años comparte la cama/colchón). Esta situación se relaciona, también, con atributos propios de la madre: se observa que el colecho tiende a ser más frecuente en madres de menor nivel de educación (36%), entre aquellas que están subempleadas (39%) o desocupadas (36%), y cuando la familia es monoparental (42%) (ver tabla 3).

### ***Estilos de crianza***

La segunda dimensión de análisis relacionada con la crianza y la socialización es la que describe la vinculación afectiva del niño y la niña en la primera infancia con quienes cuidan de ellos. Uno de los indicadores de esta dimensión es el que mide la manera de disciplinar que habitualmente se utiliza en el seno familiar, dado que los estilos de crianza y la forma de disciplinar al

niño y la niña es un tema que, por su gravedad, ha generado normativas tanto a nivel internacional como nacional. Los marcos normativos vigentes en la Argentina, mediante la Convención sobre los Derechos del Niño y la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, obligan a que la familia, el Estado y la sociedad reconozcan a los niños, las niñas y adolescentes como sujetos de derecho, y a que se promueva la participación, la comunicación y la educación, y se desestimen las prácticas autoritarias y coercitivas.

Aun cuando esa normativa está vigente, muchas formas de maltrato emocional y físico a la niñez suelen tener lugar en el espacio privado de las familias y formar parte de los estilos de crianza y formas en que los padres y los adultos de referencia ponen límites, enseñan normas y valores, y se relacionan con los niños y las niñas. Las huellas que deja la experiencia del maltrato sostenido pueden ser irreversibles, por cuanto afectan la autoestima del niño y la niña, su salud psíquica y física, y a menudo traen como consecuencia perjuicios a su capacidad de aprendizaje y su sociabilidad.

En 2013, un 33% de los niños y las niñas vivían en hogares donde se suele utilizar la agresión física (chirlos, bofetadas, o golpes mediante algún objeto) o psicológica (decirle a un niño que es tonto, inútil, torpe u otras calificaciones), como forma de enseñar lo que está mal o como recurso para orientar la conducta y disciplinar. La situación de vulnerabilidad de los niños y las niñas al maltrato físico y verbal presenta diferencias significativas según la situación socioeconómica y psicosocial de las familias. En efecto, se estima que los niños y las niñas que pertenecen al estrato socioeconómico muy bajo (45%) tienen casi el doble de probabilidad de verse expuestos a maltratos que sus pares del medio alto (25%). Asimismo, el hacinamiento (42%) y la cantidad de niños y niñas en el hogar (46%) –vinculados a los recursos económicos de la familia– son variables que favorecen el desarrollo de situaciones de maltrato (ver tabla 3).

Las carencias psicosociales de los hogares generan climas proclives para el desarrollo de conductas agresivas: las situaciones de ansiedad y de depresión de los adultos les dificulta enfrentar el día a día (42%), y la falta de una red de apoyo social (40%), incrementan la probabilidad de que en esos hogares se utilice el maltrato como modo de fijar conductas o correctivos. En una medida similar, hijos e hijas de madres con bajo nivel de educación (39%) y en situación de inestabilidad ocupacional (38%) recurren al maltrato como correctivo.

Si bien es cierto que, tal como se describe más arriba, hay situaciones económicas, sociales y psicológicas de los hogares que tienden a generar climas de maltrato, es importante destacar que el maltrato como estrategia para la enseñanza de normas y valores en la primera infancia es una conducta que se registra en más del 25% de los hogares (25% en los de nivel medio alto, 30% en los hogares sin déficit psicológico y sin déficit de apoyo social estructural, 32% en hogares sin déficit de proyectos), y es una conducta habitual en hogares con madres con niveles de educación superiores al secundario (27%) y a las que tienen un empleo pleno (23%).

## ***Salud y alimentación***

Los hábitos de crianza vinculados con la salud constituyen otra de las dimensiones de análisis que se relaciona con el tipo de crianza y socialización que se desarrolla en los hogares de los niños y las niñas de cero a cuatro años. En este punto, se trata de observar tanto el cumplimiento de los controles médicos periódicos exigidos como medidas preventivas de la salud clínica de la primera infancia, como que reciban una alimentación adecuada. En este sentido, es importante señalar que la experiencia de hambre en la niñez deja huellas de difícil reversión. Una nutrición inadecuada en los primeros años de vida tiene consecuencias muchas veces irreversibles en el desarrollo cognitivo y en la capacidad de aprendizaje.

Para la medición de la vulnerabilidad alimentaria o riesgo en el acceso de alimentos en hogares con niños y niñas, se utiliza un índice que en la situación extrema indica que la experiencia de restricción alimentaria por problemas económicos afecta a los niños y las niñas del hogar. Es decir que el indicador mide la particular exposición de los niños, las niñas y los adolescentes a la experiencia del hambre (Salvia, Tuñón y Musante, 2012).

En este trabajo, examinamos la incidencia de la situación de déficit alimentario severo en hogares con niños y niñas de cero a cuatro años y observamos que un 9,2% de éstos han pasado hambre durante el 2013 y, además, esta situación de inseguridad alimentaria severa es relativamente estable desde 2010 (8,5%). Según el Censo Nacional de 2010, esta cifra estaría evidenciando que alrededor de 300.000 niños y niñas de 0 a cuatro años son parte de hogares que han pasado hambre en el año indicado. Este déficit se vincula de manera significativa con la situación socioeconómica del hogar, pero también con situaciones psicosociales adversas de la familia.

Es fácil advertir que la propensión a experimentar situaciones de vulnerabilidad en el acceso a los alimentos es significativamente superior a medida que desciende el estrato socioeconómico de los hogares (20% en los estratos muy bajos) y empeora la condición sociorresidencial (19% en las urbanizaciones informales). Factores vinculados con la precariedad económica del hogar, tales como el hacinamiento (19% de hogares con déficit alimentario severo), la precariedad de la vivienda (19%) y la cantidad de menores en el hogar (21%), se asocian claramente con déficit alimentario severo. En este sentido, situaciones laborales negativas, tales como el subempleo o la desocupación, y los bajos niveles de educación de la madre, crean ambientes favorables a condiciones de precariedad en el acceso a los alimentos (ver tabla 3).

Las dificultades económicas estructurales descritas son el contexto necesario para que las familias que las padecen desarrollen, además, serios problemas psicosociales que contribuyen a consolidar las carencias materiales. Esto se hace evidente cuando se observa que, en aquellas familias en las que los integrantes manifiestan estados depresivos o ansiosos, es mayor la probabilidad de que esos hogares hayan pasado hambre (20%). En una medida

similar, inciden tanto la incapacidad para plantearse metas o proyectos tendientes a superar la situación de carencia como la de contar con una red de apoyo afectivo (el 18% de estas familias pasó hambre en el último año).

El acceso a la atención de la salud es un derecho presente en la normativa actual e incluye prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud (ley N° 26.061, art. 14, inciso d). En este trabajo, se analiza uno de los aspectos de la ley, el que evalúa la periodicidad de los controles preventivos pediátricos y odontológicos de niños y niñas de cero a cuatro años. Este indicador surge de las recomendaciones internacionales que coinciden en señalar que los niños y las niñas, en sus primeros días y meses de vida, requieren controles pediátricos preventivos periódicos mensuales hasta el primer año de vida, trimestrales durante el segundo año de vida y semestrales hasta los cuatro años. Teniendo en cuenta estas recomendaciones, resulta importante señalar que uno de cada diez niños y niñas de ese segmento llevaba más de un año sin consultar a un médico y, más grave aun, este déficit persiste desde 2010.

Los niños y las niñas más vulnerables en el campo de la prevención son aquellos que no asisten a una guardería o jardín de infantes (16%), aunque el déficit es también relativamente alto entre los que concurren a un establecimiento público (12%) (ver tabla 2).

### **Múltiples factores asociados al déficit en las oportunidades de cuidado, crianza y socialización**

A continuación, se presentan seis modelos de regresión logística, a partir de los cuales se realiza un análisis multivariado de los factores asociados al déficit en cada uno de los indicadores considerados como modo de aproximación a la estructura de oportunidades de cuidado, crianza y socialización de los niños y las niñas en los primeros años de vida.<sup>6</sup> A partir de este análisis, se advierte con claridad que la propensión a experimentar déficit en todos los indicadores analizados es significativamente mayor a medida que baja el estrato socioeconómico de los hogares.<sup>7</sup> Sin embargo, ello es particularmente

6. Aquí consideramos conveniente introducir en el análisis un modelo de regresión logística como técnica de estandarización que nos permite analizar con mayor claridad la asociación de ciertos factores con las oportunidades de cuidado, crianza y socialización de los niños y las niñas, manteniendo constante el efecto de otros atributos, en tanto el análisis bivariado realizado hasta el momento encuentra límites en la interpretación del problema.

7. A partir del examen del signo positivo o negativo, y del valor numérico del coeficiente de regresión, coeficiente beta estandarizado (B), se pueden evaluar la fuerza y el sentido de la categoría en la explicación del déficit en los procesos de crianza y socialización. Un coeficiente positivo y de alto valor indica que la categoría en cuestión es un atributo mejor que la categoría de referencia, para explicar la situación de déficit en los procesos de socialización. Mientras que el valor negativo indica lo contrario.

relevante en el caso del déficit alimentario. Un niño o una niña en el estrato social muy bajo registra 8 veces más chance de experimentar riesgo alimentario que un par en el estrato medio alto (ver tabla 4).<sup>8</sup>

La situación de segregación socioresidencial es un factor determinante del déficit en la atención de la salud y en la propensión a compartir cama o colchón para dormir. Es decir que, controlando el resto de los factores considerados en el modelo, el vivir en una villa o asentamiento urbano incrementa la propensión al déficit en la atención de la salud de los niños y las niñas entre cero y cuatro años en un 47%, y la propensión a compartir cama o colchón en un 40%.

La situación de hacinamiento, controlando el resto de los factores, es un determinante del déficit alimentario, del compartir cama o colchón para dormir, y del clima de maltrato. En efecto, los niños y las niñas en situación de hacinamiento tienen 58% más de probabilidad de experimentar riesgo alimentario, 70% más de probabilidad de compartir cama o colchón para dormir, y 19% más de probabilidad de pertenecer a hogares con estilos de crianza nocivos, respecto de pares en una vivienda sin hacinamiento.

La precariedad en la construcción de la vivienda es un factor que incrementa la propensión al déficit alimentario y a compartir cama o colchón, pero también aumenta las chances de déficit en el espacio de la estimulación a través de cuentos e historias orales y al no festejo del cumpleaños (60%, 20%, 20% y 52%, respectivamente).

Cuando se analizan las características de los hogares en términos de su configuración familiar, se advierte que los hogares monoparentales duplican la propensión al déficit alimentario en los niños y las niñas, y aumentan la probabilidad de compartir cama o colchón en un 69%, respecto de pares en hogares biparentales.

Asimismo, se advierte que los hogares con 4 o más miembros niños y niñas menores de catorce años, controlando el resto de los factores, duplica la probabilidad de déficit alimentario e incrementa la probabilidad de riesgo de maltrato, y el déficit de los indicadores de estimulación, como compartir cama o colchón para dormir, lectura de cuentos y festejo de cumpleaños (46%, 51%, 37% y 60%, respectivamente), respecto de hogares menos numerosos en componentes menores de catorce años.

Los problemas psicológicos presentes en los hogares también son factores determinantes, aun controlando otros factores. El malestar psicológico y el déficit de apoyo social estructural aumentan la probabilidad de déficit alimentario y la propensión a los estilos de crianza nocivos.

8. Esta afirmación podemos realizarla a través de la lectura del  $\text{Exp}(b)$  en la tabla 4. La función del  $\text{Exp}(b)$  es la de describir el comportamiento de cada variable indicando la probabilidad de que un suceso ocurra, dado un atributo determinado y manteniendo constante el resto de las variables (respecto siempre de la categoría de referencia).

El déficit de apoyo social afectivo es un factor determinante del riesgo en la atención de la salud del niño y la niña. En efecto, este factor incrementa la probabilidad de no atención de la salud del niño y la niña en un 49% respecto de hogares que no presentan este déficit de apoyo social.

El malestar psicológico y el déficit de apoyo social estructural son dos factores claves en la propensión a que los niños y las niñas compartan cama o colchón para dormir. Estos problemas psicológicos incrementan la probabilidad de compartir cama o colchón para dormir (30%).

El déficit de apoyo social estructural y de apoyo social afectivo afecta de modo particular las chances de que los niños y las niñas sean estimulados a través de cuentos e historias orales, o que se les festeje el cumpleaños.

El déficit en alimentación, la propensión a compartir cama o colchón y la estimulación a través de historias orales o lectura de cuentos es mayor cuando la madre del niño o la niña tiene nivel educativo secundario incompleto o menos respecto de pares con madre con nivel educativo superior (la probabilidad de déficit se incrementa en 50%, 29% y 32%, respectivamente). Mientras que las madres más jóvenes representan una situación de mayor vulnerabilidad en la propensión a compartir cama (28%), pero tienen menos probabilidad de ejercer maltrato físico o verbal que madres de mediana edad (23% menos de probabilidad).

La situación ocupacional de la madre del niño y la niña, controlando el resto de los factores, aparece como un determinante negativo en el caso del subempleo, la desocupación y la inactividad, para garantizar la alimentación del niño y la niña, respecto de las madres con empleos plenos de derechos. En particular, la situación de inactividad parece ser un factor que aumenta la propensión a los estilos de crianza nocivos en términos de uso del maltrato físico o verbal. Asimismo, las situaciones de inserción precaria, la desocupación y el subempleo también aumentan las chances de que los niños y las niñas compartan cama o colchón para dormir o no se les festeje su cumpleaños. Al mismo tiempo que los niños y las niñas cuyas madres son desocupadas o inactivas tienen menos chances de déficit en la atención de su salud que pares hijos o hijas de madres con empleo pleno.<sup>9</sup>

La no asistencia a un centro educativo es un factor que aumenta la probabilidad de déficit alimentario (35%), y el déficit en la estimulación a través de historias orales o lectura de cuentos (65%), así como incrementa las chances de que no le festejen el cumpleaños (67%). En tal sentido, la inclusión en centros de cuidado o de educación inicial parece ser positivo en términos de garantizar el acceso a los alimentos y en la estimulación emocional e intelectual.

9. Probablemente, ello se deba a la condicionalidad de la atención de la salud que supone el cobro de la AUH en la Argentina, que es un programa de transferencia de ingresos orientado a los hijos de trabajadores informales, desocupados e inactivos.

En el contexto los últimos cuatro años (2010-2013), se advierte que 2011 fue claramente un momento de mayor vulnerabilidad social, y en particular para la infancia. La probabilidad de experimentar déficit en el acceso a los alimentos se estima fue 35% superior al 2010, y el déficit en la atención de la salud 43% superior, controlando el resto de los factores. Por otra parte, se advierte que la probabilidad de que los niños y las niñas no sean estimulados a través de la contada de cuentos e historias orales parece seguir una tendencia regresiva a partir de 2012.

La *estratificación social* de los hogares (como proxy del clima social, educativo y económico de los hogares) es un factor de tipo estructural que aumenta la probabilidad de déficit en todos los indicadores de cuidado, crianza y socialización considerados. Otro factor clave es el *déficit de apoyo estructural* (no contar con red de apoyo social) que, controlando el resto de los factores, aparece como determinante de las oportunidades de cuidado y estimulación en los primeros años de vida. Aun cuando no surge como un factor unánime de vulnerabilidad, también se advierte con claridad que los hogares con 4 o más menores de 14 años se encuentran en situación de desventaja como proveedores de cuidado.

## Reflexiones finales

En la Argentina urbana, la mayoría de la infancia entre cero y cuatro años, de modo cotidiano, es cuidada por su madre, o en su defecto por su padre, no asiste a ningún centro de cuidado o educación, y no accede a estrategias de cuidado en el mercado, como una empleada doméstica o servicio similar (70%). Esta situación guarda correlato con la situación de actividad respecto del mercado de las madres. En efecto, se estima que el 60% de los niños y las niñas en este grupo de edad vive en hogares en que su madre no tiene un empleo remunerado en el mercado, o se encuentra desocupada o en situaciones de empleos inestables.

Desde la perspectiva de los derechos del niño y la niña, y su potencial de desarrollo, esta situación a priori no puede ser considerada nociva. Es decir, no existe ningún elemento de juicio que permita afirmar que, para el niño y la niña, es perjudicial permanecer al cuidado de su madre la mayor parte del tiempo cotidiano. No obstante, los resultados de investigación aquí presentados y analizados permiten reconocer situaciones de vulnerabilidad en términos del potencial de desarrollo del niño y la niña, que no son menguados por la disponibilidad parental en el cuidado cotidiano.

En efecto, existen factores de tipo estructural que vulneran aspectos esenciales de la estimulación emocional, intelectual y social del niño y la niña, y también del cuidado en cuestiones básicas del sostenimiento de la vida, como son el acceso a los alimentos y la atención preventiva de la salud. En los análisis realizados, se advierte con claridad que las situaciones de inac-

tividad e inserción precaria o de subsistencia en el mercado de trabajo de las madres; la situación de pobreza en términos de la estratificación social del hogar, y la presencia de cuatro o más niños y niñas en el hogar se constituyen en aspectos determinantes de la vulnerabilidad del niño y la niña en la alimentación, la atención de la salud, y aspectos de la estimulación emocional, social y cognitiva.

Asimismo, es interesante advertir que, en iguales condiciones, el déficit de apoyo estructural —es decir, la percepción de no contar con una red de apoyo por considerarse sin amigos y en ausencia de alguien a quien recurrir frente a una necesidad— aparece como un factor clave en cuanto situación de vulnerabilidad para el desarrollo de capacidades en el espacio de cuidado, crianza y socialización.

Por último, parece muy relevante señalar que, a iguales condiciones de tipo estructurales y otros factores considerados, como no asistir a un centro educativo o de cuidado infantil, aumenta la vulnerabilidad del niño y la niña a que no le cuenten cuentos e historias orales, no le festejen su cumpleaños, y a la inseguridad alimentaria. Sin dudas, éstos son datos muy significativos, en la medida en que permiten conjeturar que la inclusión educativa promueve la estimulación cognitiva y social del niño y la niña en el ámbito familiar, y garantiza un acceso mínimo a la alimentación. Cuestiones que son esenciales en términos del desarrollo integral del niño y la niña.

Aun siendo claramente no exhaustivos en el análisis, se entiende que los datos construidos permiten reconocer algunos aspectos que son útiles en términos del diseño de políticas públicas y otras acciones de la sociedad civil. Por un lado, la importancia de trabajar sobre factores estructurales de las condiciones de vida de las familias, como son la inserción plena en el mercado de trabajo y del hábitat de vida; pero también aparecen en una situación de paridad, en términos de su relevancia, el poder contar con apoyo estructural a la hora de organizar el cuidado y la crianza de los niños y las niñas en la primera infancia. En este sentido, las políticas de acompañamiento de las familias en estos procesos parecen necesarias.

Al mismo tiempo, la inclusión temprana en centros de cuidado o centros de educación inicial también parece una estrategia virtuosa en relación con las dinámicas de crianza y socialización de los hogares. Probablemente, los adultos de referencia del niño y la niña encuentran en el espacio escolar un espacio de referencia en aspectos de la educación del niño y la niña, y también de acompañamiento en términos del cuidado.

Todo parece indicar que es necesario construir estructuras de oportunidades más integrales para las familias con niños y niñas, y que el acompañamiento de los procesos de crianza y socialización de los niños y las niñas pequeños sigue siendo una tarea prioritaria de las familias, pero en la que los Estados y la sociedad civil tienen posibilidad de contribuir fortaleciendo los recursos de apoyo estructural y acompañando en tareas de cuidado y esti-

mulación que, de modo indirecto, contribuyen a la formación de los referentes adultos en torno a prácticas de crianza esenciales para el desarrollo integral del niño y la niña.

A nivel internacional, y en distintos países de la región, los estudios de impacto y evaluación de programas de inclusión temprana de niños y niñas en centros educativos coinciden en señalar los efectos positivos en el desarrollo cognitivo y del lenguaje del niño y la niña, y en particular en condiciones de pobreza. Pero también parece interesante señalar que estos estudios no han podido aún diferenciar en los beneficios de una jornada simple o extendida y, en tal sentido, pareciera que la inclusión en una jornada simple sería suficiente en términos de alcanzar efectos positivos.

En esta investigación, no hemos incorporado al análisis el tipo de jornada escolar ni indicadores de calidad de los servicios de cuidado o de educación. No obstante, existe evidencia en torno a la importancia de la calidad de las ofertas educativas y acuerdos básicos que señalan como indicadores de calidad la relación alumnos-educadores, la capacitación de los recursos humanos y su supervisión, entre otros parámetros en los que profundizan otros colegas en el marco de esta misma publicación.<sup>10</sup>

También existen evaluaciones en torno a los programas de acompañamiento o educación para padres, que reconocen efectos positivos en los procesos de crianza y en la conformación de una red de apoyo social positiva, y en particular en el caso de familias en situación de pobreza (Bedregal, 2006).

En la Argentina, los avances han sido menores a los realizados en otros países de la región, y lo cierto es que conviven sistemas de cuidado infantil dependientes del Ministerio de Desarrollo Social con centros de educación inicial dependientes del Ministerio de Educación. La magnitud de las ofertas de gestión pública de unos y otros servicios de cuidado y educación todavía son muy delimitadas y fragmentadas en términos de la calidad (Unicef, 2009).

La evidencia aquí construida permite definir mejor las inequidades en el inicio de la vida, en términos de los recursos físicos, humanos y sociales de los hogares, pero también en términos de las desiguales estructuras de oportunidades en el espacio urbano de las grandes ciudades de la Argentina. Se requieren transformaciones estructurales en el hábitat, en las oportunidades de empleo pleno de los adultos, pero también en la construcción de acciones específicas de educación y acompañamiento, orientadas a los procesos de cuidado y crianza de los niños y las niñas en sus primeros años de vida, y servicios de educación temprana que, en su diseño e implementación, consideren las experiencias y las evaluaciones realizadas en la región.

10. Ver, en este mismo volumen, los artículos de Canetti *et al.* y Bedregal *et al.*

## Tablas

**Tabla 1. Características de los hogares con niños y niñas.  
En porcentaje de niños de cero a cuatro años.  
Evolución de 2010 a 2013.**

			2010	2011	2012	2013	Promedio	Sig. dif. 2013-2010
Características de la madre	Edad de la madre	Hasta 25 años	31,5	31,1	29,3	26,4	29,6	***
		26 años o más	68,5	68,9	70,7	73,6	70,4	
	Máximo nivel educativo de la madre	Secundario incompleto	49,0	49,8	44,2	40,8	45,9	***
		Secundario completo y más	51,0	50,2	55,8	59,2	54,1	
	Situación ocupacional de la madre	Empleo pleno	18,2	24,2	19,9	22,3	21,1	***
		Empleo precario	12,3	15,9	14,6	19,6	15,6	***
		Subempleo	5,0	6,7	7,9	6,8	6,6	**
Desocupado		11,6	10,1	12,5	8,0	10,6	***	
	Inactivo	52,8	43,1	45,0	43,3	46,1	***	
Características del hogar	Tipo de configuración familiar	Familia monoparental	12,1	11,6	14,1	14,9	13,2	**
		Familia biparental	87,9	88,4	85,9	85,1	86,8	
	Hogares con menores de 14 años	Hasta 3 niños	85,8	85,9	85,6	87,0	86,1	
		4 o más	14,2	14,1	14,4	13,0	13,9	
	Afrontamiento negativo	22,7	19,9	31,5	32,2	26,6	***	
	Malestar psicológico	21,2	21,4	20,4	24,7	21,9	**	
	Déficit de apoyo social estructural	25,1	24,5	24,4	27,6	25,4		
Déficit de apoyo social afectivo	15,0	10,5	6,6	9,7	10,4	***		
Características de la vivienda	Hacinamiento	22,6	21,7	23,7	21,1	22,3		
	Vivienda precaria	20,0	21,2	20,9	21,0	20,8		
Características estructurales	Condición residencial	Urbanización informal	8,3	11,7	10,3	10,0	10,1	
		Urbanización formal	91,7	88,3	89,7	90,0	89,9	
	Estrato social	Muy bajo	24,3	27,8	27,6	27,8	26,9	**
		Bajo	28,3	24,7	25,4	25,7	26,0	
		Medio	23,3	24,4	23,9	21,5	23,2	
	Medio alto	24,2	23,1	23,2	25,0	23,9		

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Nota: p-valor<0,1\* / p-valor<0,05\*\* / p-valor<0,01\*\*\*.

**Tabla 2. Cobertura de servicios de cuidado infantil.  
En porcentaje de niños de cero a cuatro años.  
Promedio de 2010 a 2013.**

			Asiste a un establecimiento público	Asiste a un establecimiento privado	No asiste y no tiene empleada doméstica	No asiste y tiene empleada doméstica
Total			17,9	10,4	68,4	3,3
Características de la madre	Edad de la madre	Hasta 25 años	13,0 ***	4,5 ***	81,6 ***	0,9 ***
		26 años o más ©	19,9	12,8	62,9	4,4
	Máximo nivel educativo de la madre	Secundario incompleto	17,9	4,0 ***	77,3 ***	0,8 ***
		Secundario completo y más ©	17,9	15,8	60,8	5,5
	Situación ocupacional de la madre	Empleo pleno ©	14,5	21,8	54,6	9,1
		Empleo precario	24,0 ***	7,2 ***	65,2 ***	3,6 ***
		Subempleo	20,6 ***	4,8 ***	73,3 ***	1,3 ***
		Desocupado	21,7 ***	7,4 ***	69,8 ***	1,1 ***
		Inactivo	16,1	7,6 ***	74,8 ***	1,4 ***
Características del hogar	Tipo de configuración familiar	Familia monoparental	22,7 ***	7,0 ***	69,1	1,2 ***
		Familia biparental ©	17,2	10,9	68,3	3,7
	Hogares con menores de 14 años	Hasta 3 niños ©	18,0	11,5	66,8	3,7
		4 o más	17,3	3,3 ***	78,3 ***	1,1 ***
	Afrontamiento negativo	Sin déficit ©	17,2	11,7	67,2	3,9
		Déficit	19,8 **	6,6 ***	71,8 ***	1,8 ***
	Malestar psicológico	Sin déficit ©	17,2	11,5	67,5	3,8
		Déficit	20,5 ***	6,4 ***	71,5 ***	1,6 ***
	Déficit de apoyo social estructural	Sin déficit ©	17,1	12,2	66,4	4,3
		Déficit	19,5 **	5,1 ***	74,9 ***	0,5 ***
Déficit de apoyo social afectivo	Sin déficit ©	17,5	10,7	68,2	3,6	
	Déficit	19,8	7,5 ***	71,4 *	1,3 ***	
Características de la vivienda	Hacinamiento	Sin déficit ©	17,6	12,1	66,3	4,1
		Hacinamiento	19,1	4,3 ***	75,8 ***	0,8 ***
	Vivienda precaria	Sin déficit ©	17,9	12,1	66,1	3,9
		Vivienda precaria	18,0	3,5 ***	77,2 ***	1,2 ***

			Asiste a un establecimiento público		Asiste a un establecimiento privado		No asiste y no tiene empleada doméstica		No asiste y tiene empleada doméstica	
Características estructurales	Condición residencial	Urbanización informal	22,9	***	2,0	***	74,1	***	1,1	***
		Urbanización formal ©	17,3		11,3		67,8		3,6	
	Estrato social	Muy bajo	17,6	*	2,0	***	79,7	***	0,7	***
		Bajo	17,6		4,8	***	77,2	***	0,4	***
		Medio	21,1	***	10,8	***	67,0	***	1,1	***
		Medio alto ©	15,5		25,4		47,4		11,7	
	Año de medición	2010	18,9		9,4		67,7		4,0	***
		2011	18,2		11,7		65,9	***	4,2	***
		2012	17,2		10,1		69,6		3,1	*
		2013 ©	17,3		10,2		70,5		2,0	
Cuidador principal	Madre o padre ©		16,7		10,2		70,1		2,9	
	Otros familiares		21,9	***	9,8		66,2	***	2,0	**
	Otros no familiares o solo		14,9		16,5	***	48,0	***	20,6	***

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

© Categoría de comparación.

Nota: p-valor<0,1\* / p-valor<0,05\*\* / p-valor<0,01\*\*\*.

**Tabla 3. Indicadores de déficit en los procesos de crianza y socialización. En porcentaje de niños y niñas de cero a cuatro años. Promedio de 2010 a 2013.**

			Déficit alimentario		Déficit de salud		Clima de maltrato		Comparte cama o colchón		No le cuentan cuentos		No le festejan el cumpleaños (1)	
Total			9,0		10,3		32,7		27,9		31,6		13,4	
Características de la madre	Edad de la madre	Hasta 25 años	11,3	***	11,3	*	31,4		64,7	***	36,5	***	16,3	***
		26 años o más ©	8,1		9,8		33,2		75,3		29,6		12,2	
	Máximo nivel educativo de la madre	Secundario incompleto	15,2	***	12,3	***	38,8	***	37,5	***	39,5	***	17,9	***
		Secundario completo y más ©	3,8		8,5		27,4		19,6		25,0		9,4	
	Situación ocupacional de la madre	Empleo pleno ©	2,1		8,8		22,6		16,4		23,8		6,2	
		Empleo precario	8,4	***	16,5	***	32,6	***	32,8	***	33,7	***	12,1	***
		Subempleo	16,5	***	15,9	***	38,0	***	39,2	***	36,2	***	25,2	***
		Desocupado	17,7	***	7,4		35,7	***	35,6	***	34,9	***	20,9	***
		Inactivo	9,4	***	8,7		35,8	***	28,0	***	33,1	***	13,4	***

			Déficit alimentario		Déficit de salud		Clima de maltrato		Comparte cama o colchón		No le cuentan cuentos		No le festejan el cumpleaños (1)		
Características del niño	Sexo	Varón ©	8,6		11,1		31,6		28,3		31,4		13,1		
		Mujer	9,6		9,3	**	33,9	*	27,3		31,9		13,6		
	Asistencia a guardería/jardín	Asiste ©	6,2		9,6		30,9		24,6		22,6		8,3		
		No asiste	10,2	***	10,5		33,4	*	29,1	***	35,2	***	15,9	***	
Características del hogar	Tipo de configuración familiar	Familia monoparental	19,5	***	13,0	***	33,7		57,6	***	36,2	***	18,1	***	
		Familia biparental ©	7,4		9,8		32,5		74,4		30,9		12,6		
	Hogares con menores de 14 años	Hasta 3 niños ©	7,0		9,9		30,5		25,1		29,8		11,8		
		4 o más	21,4	***	12,5	**	46,2	***	44,7	***	42,9	***	22,6	***	
	Afrontamiento negativo	Sin déficit ©	7,6		9,5		30,8		26,0		31,2		12,7		
		Déficit	13,0	***	12,3	***	37,9	***	33,0	***	33,0		15,0	**	
	Malestar psicológico	Sin déficit ©	5,9		9,5		29,9		25,1		30,3		12,1		
		Déficit	20,0	***	13,1	***	42,3	***	37,7	***	36,5	***	17,5	***	
	Déficit de apoyo social estructural	Sin déficit ©	5,9		9,3		30,0		24,5		29,0		11,4		
		Déficit	18,2	***	13,2	***	40,2	***	38,3	***	39,8	***	19,0	***	
	Déficit de apoyo social afectivo	Sin déficit ©	8,2		9,6		32,0		27,0		29,3		12,0		
		Déficit	16,8	***	16,2	***	38,3	***	36,8	***	52,0	***	24,1	***	
	Características de la vivienda	Hacinamiento	Sin déficit ©	6,2		9,4		30,0		22,8		29,3		11,7	
			Hacinamiento	19,1	***	13,3	***	41,8	***	45,5	***	40,0	***	19,1	***
Vivienda precaria		Sin déficit ©	6,5		9,6		31,0		24,5		29,1		11,1		
		Vivienda precaria	18,7	***	12,6	***	39,1	***	40,8	***	41,3	***	21,8	***	
Características estructurales	Condición residencial	Urbanización informal	19,3	***	15,9	***	32,2	**	54,3	***	41,5	***	21,8	***	
		Urbanización formal ©	7,9		9,6		36,4		74,1		30,5		12,3		
	Estrato social	Muy bajo	20,1	***	13,5	***	44,8	***	44,8	***	46,1	***	21,7	***	
		Bajo	10,4	***	10,7	***	33,4	***	30,0	***	30,3	***	14,3	***	
		Medio	3,4	***	10,2	***	26,1		20,4	***	27,9	***	10,2	***	
		Medio alto ©	0,6		6,2		24,6		13,7		20,6		5,7		
	Año de medición	2010	8,5		8,5		33,5		26,6		29,8	***	13,1		
		2011	10,7		12,5	***	29,9		29,4		30,9	*	13,2		
		2012	7,7		10,7		34,7		27,6		31,7		13,1		
		2013 ©	9,2		9,4		32,5		27,9		34,2		14,1		

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

© Categoría de comparación.

(1) Niños y niñas de 1 a 4 años

Nota: p-valor<0,1\* / p-valor<0,05\*\* / p-valor<0,01\*\*\*.

**Tabla 4. Modelos de regresión múltiples.**  
**Factor de razón de momio (Exp. [B]). Población de niños y niñas de cero a cuatro años (2010-2013).**

			Inseguridad alimentaria		Déficit de salud		Clima de maltrato		Comparte cama o colchón para dormir		No le cuentan cuentos o historias		No le festejan el cumpleaños (1)	
			Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Características de la madre	Edad de la madre	Hasta 25 años	0,934		1,044		0,770	***	1,288	***	1,072		1,030	
		26 años o más©												
	Máximo nivel educativo de la madre	Secundario incompleto	1,505	***	1,065		1,106		1,292	***	1,322	***	1,167	
		Secundario completo y más ©												
	Situación ocupacional de la madre	Empleo pleno©												
		Empleo precario	1,336		1,444	***	1,233	**	1,439	***	1,077		1,349	*
		Subempleo	2,194	***	1,151		1,303	**	1,430	**	0,966		2,739	***
		Desocupado	3,076	***	0,498	***	1,319	**	1,351	**	1,046		2,402	***
		Inactivo	1,775	**	0,692	***	1,365	***	1,116		1,036		1,509	***
	Características del niño	Sexo	Varón©											
Mujer			1,114		0,821	**	1,080		,946		1,040		1,020	
Asistencia a guardería/jardín		Asiste©												
	No asiste	1,356	**	1,048		0,987		,977		1,650	***	1,677	***	
Características del hogar	Tipo de configuración familiar	Familia monoparental	2,320	***	1,018		0,866	*	1,691	***	0,990		1,232	*
		Familia biparental©												
	Hogares con menores de 14 años	Hasta 3 niños©												
		4 o más	2,012	***	1,052		1,465	***	1,517	***	1,376	***	1,604	***
	Afrontamiento negativo		1,017		1,177	*	1,102		1,107		0,871	**	0,882	
	Malestar psicológico		2,590	***	1,207	*	1,409	***	1,317	***	1,022		1,087	
	Déficit de apoyo social estructural		1,964	***	1,200	*	1,221	***	1,307	***	1,238	***	1,325	***
	Déficit de apoyo social afectivo		1,083		1,499	***	1,024		1,014		2,235	***	1,785	***

		Inseguridad alimentaria		Déficit de salud		Clima de maltrato		Comparte cama o colchón para dormir		No le cuentan cuentos o historias		No le festejan el cumpleaños (1)		
		Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	
Características de la vivienda	Hacinamiento	1,580	***	1,226	*	1,190	**	1,702	***	1,060		1,027		
	Vivienda precaria	1,598	***	1,064		1,026		1,208	**	1,206	**	1,523	***	
Características estructurales	Condicción residencial	Urbani- zación informal	1,270	*	1,477	***	0,863		1,399	***	1,054		1,179	
		Urbani- zación formal©												
	Estrato social	Muy bajo	7,982	***	1,633	***	1,769	***	1,974	***	1,817	***	1,758	***
		Bajo	5,443	***	1,432	**	1,138		1,395	***	1,096		1,346	*
		Medio	2,776	***	1,550	***	,887		1,146		1,245	**	1,300	
		Medio alto©												
	Año de medición	2010©												
		2011	1,352	**	1,431	***	,865	*	1,112		1,095		1,054	
		2012	0,786		1,229		1,068		0,978		1,203	**	1,061	
		2013	1,063		1,003		0,951		1,023		1,343	***	1,212	
R cuadrado de Cox y Snell		0,135		0,027		0,053		0,111		0,074		0,064		
Porcentaje global de aciertos que explica el modelo		91,5		89,7		69,1		74,1		69,9		86,8		

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

© Categoría de comparación.

(1) Niños y niñas de 1 a 4 años

Nota: p-valor<0,1\* / p-valor<0,05\*\* / p-valor<0,01\*\*\*

## Bibliografía

- BANDURA, A. (1986), *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- (1992), “Social Cognitive Theory and Social Referencing”, en S. Feinman (ed.), *Social Referencing and the Social Construction of Reality in Infancy*, Nueva York, Plenum Press, pp. 175- 208.
- (1995), *Self-Efficacy in Changing Societies*, Nueva York, Cambridge University Press.
- (1997), *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, Nueva York, Freeman.
- BEDREGAL, P. (2006), “Eficacia y efectividad en la atención de niños entre 0 y 4 años”, *Documento en Foco* 79.
- BELSKY, J. (2010), “Determinantes socio-contextuales de los estilos de crianza”, *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*, Gran Bretaña, Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- BELSKY, J. y R. ISABELLA (1988), “Maternal, Infant and Social-Contextual Determinants of Attachment Security”, en J. Belsky y T. Nezworski (eds.), *Clinical Implications of Attachment*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, pp. 41-94.

- BERGER, P. y Th. LUCKMAN (1989), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- BOWLBY, J. (1989), *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*, Buenos Aires, Paidós.
- BRENLLA, M.E. para Observatorio de la Deuda Social Argentina, Departamento de Investigación Institucional UCA (2009), “Barómetro de la deuda social argentina”, N° 5, *El Desarrollo Humano y Social en la Argentina en los umbrales del bicentenario*, Buenos Aires, Educa, pp. 85-102.
- BUVINIC, M. (1997), *Women in Poverty: A New Global Underclass*, Washington D.C., Carnegie Endowment for International Peace Stable (disponible en: <http://www.jstor.org/stable/1149088>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- BUVINIC, M. y G.R. GUPTA (1997), *Female-Headed Households and Female-Maintained Families: Are they Worth Targeting to Reduce Poverty in Developing Countries?* Universidad de Chicago (disponible en: <http://www.jstor.org/stable/1154535>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- DI BÁRTOLO, I. (2009), “Apego y maltrato infantil”, *Derechos vulnerados en la infancia: abandono, maltrato y pobreza*, Buenos Aires, Educa.
- DEIS-DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN EN SALUD (2008), <http://www.deis.gov.ar>.
- DOYAL, L. y I. GOUGH (1994), *Teoría de las necesidades humanas*, Barcelona, Icaria-FUHEM.
- EVANS, J.L., R.G. MYERS, E.M. ILFELD (2000), *Early Childhood Counts: a Programming Guide on Early Childhood Care for Development*, Washington, The World Bank (disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2000/05/437071/early-childhood-counts-programming-guide-early-childhood-care-development>, consulta: 15 de mayo de 2015).
- FAUR, E. (2014), *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- GARCÍA, B. y O. OLIVEIRA (2005), “Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar”, *Papeles de Población*, N° 43, enero-marzo, México D.F., Universidad Autónoma del Estado de Toluca, pp. 29-51.
- GEMA FERNÁNDEZ SERON, C. (2009), “La familia”, *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, N° 21, Granada.
- LACHMAN, M. y S. WEAVER (1998), “The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being”, *Journal of Personality and Social Psychology*, N° 74, pp. 763-773.
- LAHIRE, B. (2008), “Pensar la acción: entre la pluralidad disposicional y la pluralidad de contextos”, en G. Tiramonti y N. Montes, (comps.), *La escuela media en debate. Problemas actuales y perspectivas de la investigación*, Buenos Aires, Manantial-Flacso.
- LAMB, M.E. (2002) “Infant-Father Attachments and their Impact on Child Development”, en C.S. Tamis-LeMonda y N. Cabrera (eds.), *Handbook of Father Involvement: Multidisciplinary Perspectives*, Mahwah, Lawrence Erlbaum.
- LEFCOURT, H.M. (1984), *Research with the Locus of Control Construct: Extensions and Limitations*, vol. 3, Orlando, Academic Press.

- (1966), “Internal Versus External Control of Reinforcement: A Review”, *Psychological Bulletin*, N° 65, pp. 206-220.
- LEZCANO, A. (1999), “Las miradas sociológicas sobre los procesos de socialización”, en S. Carli, *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*, Buenos Aires, Santillana.
- LITTLE, B. (1989), “Personal Projects Analysis: Trivial Pursuits, Magnificent Obsessions, and The Search For Coherence”, *Personality Psychology: Recent Trends and Emerging Directions*, Nueva York, Springer, pp. 15-31.
- LÓPEZ, F. y M.J. ORTIZ (1999), “El desarrollo del apego durante la infancia”, en F. López, I. Etxebarria, M.J. Fuentes y M.J. Ortiz (coords.), *Desarrollo afectivo y social*, Madrid, Pirámide, pp. 41-65.
- MARTÍNEZ FUENTES, M.T. et al. (2000), “Temperamento del niño y personalidad de la madre como antecedentes de la seguridad del apego”, *Anuario de Psicología*, vol. 31, N° 1, Universidad de Barcelona, pp. 25-42.
- MAYER, E.S. (1997), *What Money Can't Buy. Family Income and Children's Life Chances*, Cambridge y Londres, Harvard University Press.
- MYERS, R. (1995), “The Convention on the Rights of the Child: Moving Promises to Action”, *The Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Coordinators' Notebook*, N° 17.
- (2001), “In Search of Early Childhood Indicators”, *The Consultative Group on Early Childhood Care and Development, Coordinators' Notebook*, N° 25.
- OATES, J. (ed.) (2007), “Relaciones de apego”, *La primera infancia en perspectiva*, N° 1, Milton Keynes, Open University.
- OMS (2008), *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, WHO-IER-CSDH (disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants), consulta: 10 de noviembre de 2008).
- ORTIZ, M.J., M.J. FUENTES y F. LÓPEZ (1999), “Desarrollo socioafectivo en la primera infancia”, en J. Palacios; A. Marchesi, y C. Coll (eds.), *Desarrollo psicológico y educación*, vol. 1, Psicología evolutiva, Madrid, Alianza, pp. 151-176.
- PALACIOS, J. y M.C. MORENO (1994), “Contexto familiar y desarrollo social”, en M.J. Rodrigo (ed.), *Contexto y desarrollo social*, Madrid, Síntesis, pp. 157-188.
- PERVIN, L.A. (1989), *Goal Concepts and Social Psychology*, Hillsdale, Erlbaum.
- RODRIGO, M.J. y J. PALACIOS (1998), “Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia”, en M.J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano*, Madrid, Alianza, pp. 45-70.
- SALVIA, A., I. TUÑÓN y B. MUSANTE (2012), *La inseguridad alimentaria en la Argentina. Hogares Urbanos. Año 2011*, documento de trabajo, Observatorio de la Deuda Social Argentina (disponible en: [http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Informe\\_Inseguridad\\_Alimentaria\\_doc\\_de\\_trabajo\\_.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Informe_Inseguridad_Alimentaria_doc_de_trabajo_.pdf), consulta: 15 de mayo de 2015).
- SAMANIEGO, C. (2009), “La interacción padres-niños y sus consecuencias en la salud psíquica de los niños”, en ODSA-ARCOR, *Argentina 2004-2008: condiciones de vida de la niñez y adolescencia*, Buenos Aires, Fundación UCA-Arcor.

- SCHULTZ, D.P. y S.E. SCHULTZ (2005), *Theories of Personality*, Wadsworth, Thomson, 8° ed.
- SILVA, A. (2005), “La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social”, *Portularia: Revista de Trabajo Social*, vol. 5, N° 2, pp. 147-163.
- SOLÉ, C. y S. PARELLA (2004), *Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales exitosas*, Universidad Autónoma de Barcelona, RES N° 4, pp. 67-92.
- SORIBES, S. y F.J. GARCÍA (1996), “Los estilos disciplinarios paternos”, en R.A. Clemente y C. Hernández (eds.), *Contextos de desarrollo psicológico y educación*, Granada, Aljibe, pp. 151-170.
- SPIEKER, S.J. y C.L. BOOTLI (1988), “Maternal Antecedents of Attachment Quality”, en J. Belsky y T. Nezworski (eds.), *Clinical Implications of Attachment*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, pp. 95- 135.
- THOITS, P. (1995), “Stress, Coping and Social Support Processes: Where are We? What Next?”, *Journal of Health and Social Behavioral*, pp. 53-79.
- TUÑÓN, I. (2010), “Determinantes de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y adolescencia”, *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, vol. 8, N° 2 (artículo con referato académico, en proceso de evaluación).
- (2014), *Evolución del desarrollo humano y social de la infancia desde un enfoque de derechos. Avances y metas pendientes en los primeros cuatro años del Bicentenario (2010-2011-2012-2013)*.
- y M.S. GONZÁLEZ (2011), “Factores ambientales que vulneran los procesos de crianza y socialización en los primeros años de vida”, en A. SALVIA (comp.), *Deudas sociales en la Argentina posreformas*, Buenos Aires, Biblos.
- UNICEF (2006), “*Un niño, una cama*”. *Percepciones y valoraciones desde el mundo infantil*, Time Research.
- (2011), *Servicios de atención de niños y niñas de 45 días a 36 meses*, Buenos Aires.

# **Consonancias y disparidades en las formas en que los niños y las niñas son cuidados, criados y socializados en sus primeros años de vida**

*Helga Fourcade\* y Ianina Tuñón*

## **Introducción**

Para el desarrollo del presente artículo, se partió de un conjunto básico de premisas en torno a las desigualdades familiares en términos de sus portafolios de activos y capacidades de transmisión de activos a sus hijos (Kaztman y Filgueira, 2001), según el tipo de configuración y el estrato socioeducativo y residencial. En particular, nos preguntamos sobre las capacidades familiares para el ejercicio de funciones socializadoras, sobre los roles que desempeñan los diferentes miembros de la familia en el proceso de socialización de los niños y las niñas, y sobre el capital humano y social que los hogares utilizan en el ejercicio de estas funciones.

Así, se describen las diferentes funciones que ejercen las familias para garantizar el bienestar y la socialización de sus hijos e hijas. Las familias practican diferentes funciones de cuidado de los niños y las niñas, desde las básicas, como la alimentación física, la preservación de su salud, pasando por la estimulación emocional, motora, intelectual, y los procesos de socialización. En estos últimos, los padres participan activamente a través de modelos de rol, formas de disciplinar, pero también en las decisiones en torno a los procesos de socialización secundarios (la escuela a la que concurren, las amistades que se promueven, las actividades extraescolares, entre otros).

Es fácil advertir que, en el desempeño de estas funciones, se ponen en juego diferentes tipos de recursos (físicos, humanos y sociales), en relación con disímiles estructuras de oportunidades (laborales, educativas, sanitarias, comunitarias); y, en tal sentido, es esperable que los resultados sean también dispares en el desarrollo del niño y la niña. Si bien existe mucha evidencia en

\* Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Magíster en Antropología Social (Flacso). Becaria doctoral Foncyt para el PICT 2195/2010 (ODSA-UCA).

torno a los determinantes familiares y sociales en el desarrollo infantil, menos se conoce sobre las formas en que se vehiculizan los activos de los hogares en relación con las estructuras de oportunidades existentes en contextos sociales y residenciales específicos.

En particular, cabe preguntarse: ¿qué sucede con las funciones de cuidado infantil cuando las familias carecen de recursos educativos y materiales, pero de modo adicional han visto empobrecido su capital social porque uno de los adultos referentes del niño y la niña ya no es conviviente o nunca lo ha sido? ¿Cuáles son los recursos que motorizan los hogares para lograr el bienestar de los niños y las niñas en aspectos básicos como la alimentación y la salud, y en aspectos igualmente importantes para el desarrollo, como la estimulación emocional, motora e intelectual del niño y la niña?

En igual sentido, ¿qué sucede con la capacidad de las familias para transmitir activos a sus hijos en condiciones de monoparentalidad, pero en estratos altos donde los recursos educativos, físicos, e incluso sociales, son satisfactorios? Las infancias en hogares con alto clima educativo, y en espacios residenciales de alto nivel, disponen de un conjunto amplio de estructuras de oportunidades con las que las familias, los niños y las niñas coproducen los procesos de socialización. En el marco de estas estructuras de oportunidades, ¿cómo son cuidadas y criadas las infancias, qué características particulares presentan los procesos de socialización? ¿Qué diferencias se advierten en términos del rol de la familia y en relación con otras agencias con iguales configuraciones familiares en términos de las características de su núcleo conyugal incompleto, pero en situaciones de disparidad en términos de los recursos educativos y sociales? Cabe realizar las mismas preguntas en el marco de hogares con núcleo completo e hijos y situaciones socioeducativas y residenciales extremas en términos de desigualdad.

A partir de estas premisas generales, se avanzó sobre el desarrollo de un ejercicio de investigación exploratorio y descriptivo de las formas en que las familias cuidan, crían y socializan a sus hijos e hijas en los primeros años de vida (entre cero y ocho años),<sup>1</sup> según criterios que evaluamos relevantes en términos teóricos, como el tipo de configuración familiar y características del entorno socioeducativo y residenciales de los hogares.

1. Se tomó como referencia, para definir el grupo de edad de la primera infancia, el propuesto por el Comité de Derechos del Niño, en el que se definió incluir a los niños y las niñas desde “el nacimiento y primer año de vida, pasando por el período preescolar hasta la transición al período escolar [...] hasta los ocho años de edad” (Instituto Interamericano del Niño, 2007: 138). Si bien en la Argentina la escolarización obligatoria comienza a los cinco años de edad, se reconocen distintas transiciones. Ya sea en los sistemas de escolarización ciclados vigentes en algunas jurisdicciones o en la normativa nacional que establece que los niños y las niñas no pueden repetir el primer grado de la educación básica (Resolución CFE N° 154/11), parten de registrar una tercera transición entre los cinco y ocho años, período en que transitan por un proceso de construcción de una alfabetización inicial.

Las dimensiones de análisis sobre las que se trabaja en el presente artículo son: a. las oportunidades de estimulación en el ámbito de la familia y en relación con su medio ambiente de vida; b. la alimentación del niño y la niña, y la atención preventiva de su salud; c. las estrategias de cuidado de los hogares en las que se reconocen la cantidad y tipo de vínculos que establecen el niño y la niña en su vida cotidiana, y d. las formas en que los niños y las niñas se socializan a través de agencias primarias y secundarias. En cada una de estas dimensiones, se construyeron categorías y propiedades que son analizadas en clave de desigualdad social (socioeducativa y residencial), y tipo de configuración familiar.

Sin duda, se trata de una aproximación parcial a las formas en que transcurre la vida de los niños y las niñas, pero en aspectos que se evalúan esenciales al desarrollo integral del niño y la niña. En momentos en que en muchos países de la región se están llevando adelante ambiciosos programas sociales orientados a la primera infancia, que justamente procuran acompañar a las familias en aspectos claves de la salud biopsicosocial del niño y la niña, parece relevante conocer qué características asumen ciertos procesos de cuidado, crianza y socialización en familias argentinas con acceso a determinados recursos materiales, humanos y sociales, y en el marco de ciertas estructuras de oportunidades.

Por lo tanto, consideramos que avanzar en el conocimiento de estos procesos en relación con los recursos de los hogares y las estructuras de oportunidades que se construyen en espacios sociorresidenciales disímiles en el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires, Argentina, permite lograr una aproximación a las formas en que se estructura la vida cotidiana de diferentes infancias y, en tal sentido, poder definir mejor los aspectos sobre los que los Estados y otras agencias de la sociedad civil pueden intervenir con acciones específicas en procura de construir mejores estructuras de oportunidades para el desarrollo integral del niño y la niña en los primeros años de vida.

Se espera que este artículo represente una contribución a la mejor comprensión de las formas en que las familias organizan sus recursos (activos) en relación con las estructuras de oportunidades existentes, pero también en concordancia con las capacidades que despliegan según ciertos sistemas de valores y expectativas de integración social. Comprender mejor estos procesos complejos en aspectos comunes, pero también singulares, probablemente permite lograr una mejor comprensión de las desigualdades sociales que se advierten en etapas posteriores del desarrollo del niño y la niña en los procesos de formación escolar, en el desarrollo cognitivo y del lenguaje, en el desarrollo de capacidades sociales, entre otros.

## Metodología

El trabajo fue realizado desde un diseño metodológico de tipo cualitativo, orientado a explorar y describir las formas de cuidado, crianza y socialización que se desarrollan durante la primera infancia (niños y niñas entre cero y ocho años), en hogares en situaciones socioeducativas y residenciales disimiles, y en tipos de configuraciones familiares también dispares, en el marco del Área Metropolitana del Gran Buenos Aires. Estos criterios de estratificación socioeducativa, residencial, y por tipo de hogar, se conjetura que permiten una aproximación a las desigualdades sociales en el acceso a recursos humanos y sociales, y el desarrollo de capacidades para la apropiación de estructuras de oportunidades que coadyuvan a la configuración de formas de cuidado, estilos de crianza y procesos de socialización en la primera infancia.

En el marco de un diseño de investigación cualitativo, se realizaron veinticuatro entrevistas en profundidad a madres y observaciones participantes<sup>2</sup> (Taylor y Bogdan, 2010), en el contexto de la vivienda familiar y con presencia del niño y la niña en el lugar. Los niños y las niñas entre los tres y ocho años también fueron entrevistados.<sup>3</sup> Los criterios de selección de los hogares estuvieron orientados por la “relevancia teórica” de un conjunto de atributos estructurales de los hogares y las etapas del desarrollo del niño y la niña.

Se consideró un hogar de tipo biparental cuando el núcleo conyugal estaba completo, y monoparental cuando el núcleo estaba incompleto. Cabe señalar que, en todos los casos, los núcleos biparentales estuvieron constituidos por los dos progenitores del niño y la niña, y en el caso de los monoparentales por la madre del niño y la niña, jefa de hogar. Por otra parte, los criterios de segmentación socioeducativo y residencial fueron coincidentes en dos grupos de casos: 1. hogares en los que la madre del niño y la niña tenía estudios universitarios o superiores y cuya vivienda se localizaba en barrios de trazado urbano formal de nivel medio alto<sup>4</sup> (en adelante, estrato alto), y 2. hogares en los que la madre del niño y la niña tenía estudios secundarios incompletos y cuya vivienda se localizaba en villas o asentamientos urbanos<sup>5</sup> (en adelante, estrato bajo). Asimismo, se consideraron hogares con presencia de niños y niñas en tres grupos de edad: cero a dos años; tres a cinco años, y seis a ocho años.

2. Se agradece la colaboración de María Laura Raffo y María Rosa Cicciari en la realización de las entrevistas y las observaciones.

3. Con los niños y las niñas se construyó un diálogo a partir de una situación lúdica. Se utilizaron diferentes recursos, como juegos de mesa, y actividades, como dibujar o jugar con plastilina, según la edad.

4. Estas entrevistas fueron realizadas en barrios privados de la zona norte de la provincia de Buenos Aires.

5. Estas entrevistas fueron realizadas en villas y asentamientos urbanos de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires.

A continuación, se presenta un esquema con la conformación final de la muestra con la que se trabajó en el presente artículo.

**Tabla 1. Muestra de casos según el grupo de edad del niño y la niña, tipo de configuración familiar, y estrato socioeducativo y residencial.**

Tipo de hogar	Hogares biparentales		Hogares monoparentales	
	Estrato bajo	Estrato alto	Estrato bajo	Estrato alto
Edad del niño y la niña				
Cero a dos años	2	2	2	2
Tres a cinco años	2	2	2	2
Seis a ocho años	2	2	2	2

Fuente: Elaboración con base en trabajo de campo realizado en 2014.

Se desarrollaron 3 instrumentos de entrevistas en profundidad (semiestructurados), que incluyeron ejercicios de observación etnográfica del medio ambiente de vida de las familias.<sup>6</sup> Los instrumentos se diferenciaron según el grupo de edad del niño y la niña, que orientó la selección del hogar, en tanto los casos fueron seleccionados tomando como referencia a uno de los niños y las niñas de la familia.

Junto con el proceso de recolección, se desarrolló el de codificación y organización de los datos, en un sistema de categorías y propiedades. La mayoría de los aspectos considerados en las entrevistas fueron categorías de análisis y otras propiedades, al mismo tiempo que emergieron nuevas propiedades. Es fácil advertir que se utilizó el “método de comparación constante” como principal recurso para el análisis (Glaser y Strauss, 1967).

En efecto, a través de este recurso, se realizó un examen minucioso de los relatos a través de la escucha atenta de éstos, y reiteradas lecturas de las desgrabaciones y las descripciones etnográficas, a partir de lo cual se fueron encontrando uniformidades y diferencias entre los casos en torno a los procesos de cuidado, crianza y socialización. Este trabajo permitió generar nuevas categorías y propiedades, e incluso establecer relaciones entre ellas que son presentadas a modo de conjeturas.

Seguidamente, se expone un esquema de las categorías y las propiedades consideradas en el análisis realizado.

6. Se agradecen muy especialmente los comentarios y las sugerencias realizados por Lea Waldman a las guías de entrevista y los indicadores de observación utilizados en el trabajo de campo.

Tabla 2. Categorías y propiedades de análisis.

Dimensión	Categoría	Propiedades
Estimulación	Expresiones de afecto.	Intercambio de miradas; contacto corporal; diálogo, expresiones verbales de afecto.
	Juegos de crianza.	Juegos de sostenimiento, juegos en el piso. Comunicación verbal y corporal.
	Estimulación del sueño.	Alimentación, ambientación, televisión, lectura, oración, colecho.
	Estimulación ambiental	Color y forma de los juguetes, características del espacio de juego, presencia de dibujos y fotografías de los niños y las niñas.
Alimentación y salud	Alimentos	Lactancia materna; uso de mamadera; cantidad y diversidad de alimentos.
	Comensalidad	Contexto; compañía; autonomía del niño; alimentación escolar.
	Controles de salud	Calendario de vacunación; controles de salud; contraprestación pensiones no contributivas.
Estrategias de cuidado	Arreglos de cuidado	Cuidado familiar, cuidado extrafamiliar (amigos y vecinos). Contratación de servicios de cuidado en el mercado.
	Asistencia a centros de cuidado	Asistencia a guarderías; centros maternos; jardines; preescolar, escuela primaria según grupo de edad del niño y la niña.
	Apoyo familiar	Recursos familiares de convivientes y de otros familiares no convivientes. Disponibilidad parental.
Socialización	Primaria	Momentos que comparte el niño con la madre; momentos que comparte con el padre. Principal responsable del cuidado Escenarios de juego, compañía, tipo de juego con pares familiares.
	Secundaria	Escenarios de juego, compañía, tipo de juego con pares. Tipo de juegos con pares en el espacio escolar; y con pares en espacios no escolares.

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas y las observaciones realizadas.

## Estimulación en la primera infancia

El desarrollo infantil en los primeros años de vida es un tema en permanente estudio, por ser uno de los períodos más críticos del ser humano, que marca las bases para las siguientes etapas y está influenciado por aspectos biológicos y ambientales (Osorio *et al.*, 2010), los cuales, junto con las emociones, constituyen aspectos de gran importancia debido al desarrollo que producen en la expresión, la comprensión y la regulación de esas emociones en los niños y las niñas, y por lo tanto, es fundamental su estimulación en esta etapa.

Para analizar la estimulación que reciben los niños y las niñas en sus hogares, fueron tomadas en cuenta diferentes categorías vinculadas a las *expresiones de afecto que comparten con sus padres* y la *estimulación ambiental*, entendiendo que las formas de estimulación que los padres construyen con el niño y la niña en el hogar son esenciales en el desarrollo mental y motor de

éstos, y en particular durante los primeros años de vida. La motricidad se favorece cuando se incrementa la interacción de la madre con el niño y la niña, se combina la estancia de éstos tanto en casa y en centros de cuidado infantil, se les da la oportunidad de socializar con personas que no pertenecen a la familia, se les otorgan espacios suficientes para moverse libremente sin que el adulto los mantenga cargado o permanezcan en la cuna, y se les proporcionan juguetes adecuados a su edad, que promuevan el desarrollo de sus habilidades (De Barros *et al.*, 2003).

En el análisis de esta dimensión, fueron muy relevantes las observaciones etnográficas del medio ambiente y registros observacionales semiestructurados. Cabe señalar que fue clave, para el análisis de las expresiones de afecto entre la madre, el niño y la niña, así como en la descripción de la disponibilidad parental, el haber realizado las entrevistas y las observaciones en un ambiente con la presencia del niño y la niña.

A continuación se analizan las siguientes categorías: a. expresiones de afecto; b. juegos de crianza, y c. estimulación del sueño.

### ***Expresiones de afecto***

El análisis de comparación constante de los casos permitió reconocer un conjunto de propiedades comunes en las formas de expresión del afecto entre madre e hijo, como, por ejemplo, el cruce de miradas y el contacto piel a piel en la lactancia, o a través de cargarlo en brazos. A medida que los niños y las niñas son más grandes, se advierten uniformidades en los cruces de miradas aprobatorios o desaprobatorios de su conducta, el dispensarse abrazos y expresiones verbales de afecto.

No obstante estas uniformidades, se advirtió que, en el contexto de hogares de estrato alto y en el grupo de niños y niñas de cero a dos años, el vínculo madre-hijo a través del contacto físico y las expresiones verbales de afecto eran más frecuentes que en los hogares de estrato bajo.

### ***Los juegos de crianza***

Los juegos entre padres e hijos son generadores de una modalidad vincular, motriz y lúdica que está presente en los juegos que el niño y la niña comparten con otros niños y niñas, y con otros adultos. Los *juegos de crianza* tienen una extensa variedad de formas y de nombres, variaciones del tema con contenidos similares, tratándose de juegos corporales desarrollados durante los primeros años de vida, que constituyen la matriz desde la cual se organizan los juegos de la niñez, la adolescencia y la vida adulta (Calmels, 2007: 14). El autor nombra los juegos elementales de la crianza como juegos de: sostén, ocultamiento y persecución. Estos juegos tienen la característica de desarro-

llarse a lo largo del crecimiento, manteniendo el contenido primario que les ha dado origen, pero transformándose a través de la mediación con objetos o de la sustitución del cuerpo propio y del otro por objetos y espacios.

En este contexto, los registros de observación permitieron identificar como propiedades comunes la prevalencia de los juegos de sostenimiento en el grupo de edad de cero a dos años y juegos en el piso (entre ellos, ocultamiento y persecución), que se extienden a los niños y las niñas de tres a cinco años. Asimismo, las formas maternas de relacionarse con los niños y las niñas se advierten uniformes, en una comunicación fluida entre las madres y los niños y las niñas. En este marco, y junto con el proceso de desarrollo de cada uno de los niños y las niñas, para los más pequeños, el vínculo que se registró está basado en comunicación a través de balbuceos, miradas y expresiones con los ojos, principalmente. A medida que aumentan la edad y la autonomía del niño, esta comunicación va incorporando palabras y atención a través del contacto visual; en algunos casos, se registraron reprendimientos a través de la mirada de la madre.

En los grupos de edad de tres a cinco años y de seis a ocho años (en la mayoría de los casos, escolarizados), se observaron, en la relación con los adultos de referencia, diferencias entre los hogares según el estrato social. En efecto, las preguntas realizadas por los niños y las niñas a sus padres u otros adultos de referencia presentes durante la entrevista fueron más habituales en el caso de los hogares de estrato alto que en el bajo. Los niños y las niñas en estos hogares demandaban mayor atención de los adultos de referencia, que aquellos en hogares de estrato bajo. Se trata de una retroalimentación, una relación circular entre los padres y los hijos, en la que los hijos demandan mayor atención, y los padres responden a la demanda de información y atención con mayor esmero, estimulando el aprendizaje del niño e incentivando la realización de nuevas preguntas.<sup>7</sup>

### ***La estimulación del sueño***

El sueño suele ser una preocupación para la madre durante el primer año de la vida del niño y la niña, hasta el momento en que el control de esfínteres lo reemplaza como el principal tema de conversación doméstica (Newson y Newson, 2008: 74). En este marco, las madres relataron en las entrevistas las diferentes estrategias que fueron desarrollando para estimular el sueño de los niños y las niñas, las cuales van desde la alimentación, la ambientación, el rol de la televisión, la lectura de cuentos y las canciones hasta la oración.

7. Un ejemplo de este tipo de situaciones puede observarse en el siguiente fragmento de la entrevista de un niño del grupo tres a cinco años (hogar biparental, estrato alto). “Niño: Yo quiero los brillitos. Mamá: No, los brillitos no se puede, porque si no se le van a pegotear todas las carpetas después, ¿sabés?”.

A partir de estas propiedades, fue posible reconocer formas de estimulación que operan como “transmisoras de cultura”, siendo algunas especialmente valoradas para el desarrollo de capacidades.

Así, se fue evidenciando, en los grupos de edad más pequeños, un conjunto de propiedades comunes a los hogares, como el apelar a la alimentación (a través de la lactancia o la mamadera), y una ambientación especial para que el niño y la niña duerman (como bajar la luz, poner música, cantar). No obstante, si bien las formas en que se suele estimular el sueño desde la perspectiva de las madres son similares en los primeros años de vida, los recursos habitacionales y humanos no son los mismos.<sup>8</sup> Una propiedad emergente en esta categoría fue el uso del baño como parte de la estimulación del sueño, más que como un momento de higiene personal del niño: al inicio de la secuencia, antes de la alimentación y la ambientación.<sup>9</sup>

A partir de los tres años, las formas de estimular el sueño se diversifican, y comienzan a observarse diferencias de acuerdo con el estrato social del hogar: en los hogares de estrato bajo, los niños y las niñas suelen dormirse con la televisión prendida; en algunos casos, también se identificaron situaciones de colecho en las que la madre comparte la cama con los niños y las niñas, y la televisión también.<sup>10</sup> Mientras que, en los hogares de estrato alto, si bien se utiliza la televisión como forma de estimular el sueño, también es frecuente la lectura de cuentos, y en los casos de niños más grandes, leen solos.<sup>11</sup>

El compartir cama para dormir parece ser una práctica habitual en el caso de los niños y las niñas en hogares monoparentales. Sin embargo, esta práctica presenta diferencias según el estrato social de los hogares. En el estrato alto los niños y las niñas se duermen con su madre en un momento inicial y luego son llevados a su cama, o duermen con su madre cuando no se sienten bien por problemas de salud o están tristes; o se acuestan juntos a ver televisión y se quedan dormidos; o se duermen inicialmente en su propia cama,

8. La madre de un niño de dieciocho meses relata que prenden una luz con forma de estrella que él tiene en su cuarto, toma una “mimi” y se duerme en la cama al lado de la madre (hogar monoparental, estrato alto).

9. La madre de una niña de tres meses (hogar biparental, estrato alto) relata que la baña alrededor de las 20.30 junto con el padre (lo presenta como un momento que comparten en familia), luego bajan las luces de la habitación, y recién ahí le da de comer la madre, hamacándola mientras se alimenta. De esta forma, el proceso, en palabras de la madre, “se va dando naturalmente”.

10. Una de las madres entrevistadas, por ejemplo, expresó que los chicos miran dibujitos hasta el momento de su novela, y luego, todos miran la novela juntos (hogar biparental, estrato bajo).

11. Una madre en un hogar biparental de estrato alto, por ejemplo, relata que todas las noches le lee a su hijo de cuatro años un libro de animales marinos o de dinosaurios. Todos los días, el niño elige un capítulo del libro (o una especie de dinosaurio). El proceso de lectura dura aproximadamente 20 minutos, y el niño escucha atento la lectura, hasta que su madre le señala que “hay que dormir”; la madre cuenta que, por más cansado que esté el niño, se queda despierto para escuchar el cuento.

pero luego se mudan a la de su madre. Estos hábitos parecen trasladarse a la casa de sus padres también en los días de visita.<sup>12</sup>

Existe un caso particular de un hogar biparental de estrato alto que tiene una rutina de dormir junto con sus hijos tres veces por semana cuando el padre viaja por trabajo. Es decir que esta rutina se produce en una situación similar a la de los hogares monoparentales.

En el caso de los hogares monoparentales de estrato bajo, los niños y las niñas duermen con sus madres, pero de modo más recurrente; en estos casos, las condiciones del hábitat pueden ser condicionantes de la libre elección del modo en que los niños y las niñas pueden dormir, porque no suelen tener habitaciones separadas, y tampoco hay una cama o un colchón para cada uno de los miembros de la familia.

En este marco, las rutinas de sueño mostraron significativas diferencias de acuerdo con el estrato socioeconómico. Mientras los niños en estratos más altos mostraron rigurosos horarios de sueño y esquemas organizativos en función de dichos espacios, los niños de estrato más bajo mostraron una flexibilidad más amplia respecto de los horarios de sueño.

### ***La estimulación ambiental***

Por otro lado, se ha verificado recientemente que la estimulación sensorial –desde instancias prenatales– afecta la estructura y la organización de las vías neuronales durante el período de formación. El cerebro humano no está definitivamente formado en el momento del nacimiento; su crecimiento más intenso ocurre en el período de la infancia. Se nace con más neuronas de las que el cerebro adulto retendrá; se pierden aquellas conexiones sinápticas que se usan menos, y se refuerzan aquellas que se usan con más frecuencia.

12. Algunos casos de la muestra representan esta situación. A continuación, se presentan algunos fragmentos: “Duerme toda la noche, no, no se despierta, duerme toda la noche seguida. Generalmente se queda dormida, no la acostamos a dormir a determinada hora, si no se queda dormida upa de cada uno, pero viendo generalmente o viendo tele, o estamos haciendo algo cotidiano y ya cuando tiene sueño se quedó dormida” (cero a dos años, hogar monoparental, estrato alto). “Y... tarde, tarde porque recién ella se va a dormir después que yo me fui a dormir, salvo que un día en particular se duerma sola viendo tele, yo termino de ver tele y me voy a dormir, me voy a la cama, a la tele y a ver tele, y ahí es cuando ella por ahí viene a mi cama a eso de las 10.30, apaga ella acá la tele porque tenemos divididos los sectores, su sector y el mío en la habitación [...] y ella yo la llamo, le digo como que vaya terminando, entonces tipo 10.30-11, como mucho, ella apaga todo, se viene a mi cama, palma, perdón duerme instantáneamente, entonces la paso a su cama y ella duerme toda la noche” (tres a cinco años, hogar monoparental, estrato alto). “Mientras que está acostada, con el libro, porque antes miraba mucha tele. Pero no se queda mirando tele, que le quita el sueño. La verdad que ella misma se da vuelta, pero quiere el televisor prendido como ayuda, y se duerme. Porque sí [...] de bebé, chiquitita, siempre durmió en su cama. Pero después de la separación, que fue cuando nos separamos al año y medio, tuvo dificultades para dormir en su cama” (seis a ocho años, hogar monoparental, estrato alto).

Es decir, durante el período particular del desarrollo temprano, la existencia de determinadas experiencias que surgen de la interacción del niño con su medio ambiente es fundamental para el desarrollo de estructuras orgánicas del cerebro. La primera infancia es, sin lugar a dudas, el momento óptimo para el desarrollo de los sistemas sensoriales. Ambientes propicios y que respondan a las necesidades de cada etapa del desarrollo infantil facilitarán estos procesos; de lo contrario, lo dificultarán. La intensidad, la calidad y la oportunidad de estos estímulos varían de cultura en cultura, y dentro de una misma población adquiere características diferentes de acuerdo con el nivel social y económico (Torrvalva *et al.*, 1999). Cuando el ambiente del niño es estéril y carente de oportunidades para experiencias sensoriales, o sobreestimulante y caótico, su compromiso con el medio puede atrasarse. Si un niño no descubre objetos y sucesos importantes en el ambiente, no puede aprender cómo ver y atender a ellos; o bien, si está confundido o sobrepasado por una sobreestimulación y caos, puede encontrar difícil focalizarse y explorar (Richaud de Minzi, 2007).

En este marco de ideas, se realizó una aproximación a ciertas propiedades de la estimulación ambiental de los niños y las niñas, tales como el color y la forma de los juguetes, las características del espacio de juego, y la presencia de dibujos y fotografías de los niños y las niñas, expuestos visiblemente en los hogares. Fueron considerados a partir de los resultados de una investigación realizada por un equipo médico (Farah *et al.*, 2008), en la que se revela una doble disociación entre dos aspectos diferentes de la experiencia infantil y sus efectos en el desarrollo de dos sistemas cognitivos diferentes: las capacidades lingüísticas y la memoria. El mayor efecto sobre el lenguaje fue de la estimulación ambiental, y sobre la memoria, el cuidado parental.

La vista es uno de los primeros sentidos que permite tomar conocimiento de nuestro entorno. Los bebés, poco a poco, comienzan a identificar personas, objetos, formas, colores. En un principio, la percepción de los objetos es global, y muchos detalles se escapan. Desde los dos meses, aproximadamente, los niños y las niñas siguen con la mirada el movimiento de lo que se ubique ante su vista, y progresivamente distinguirán más cualidades de los objetos, dibujos, líneas y posiciones. Asimismo, las sensaciones táctiles se manifiestan durante la llamada etapa oral, que se desarrolla desde el comienzo de la vida y se prolonga durante algunos meses. El tacto es para el bebé un medio de relación perceptiva de su entorno. En el comienzo, su boca, en busca del seno materno que lo alimenta, se convierte en la zona de contacto con el mundo exterior. Luego, los objetos que pueden prender con su mano también son llevados a la boca, para explorar las cualidades y las posibilidades de accionar con dichos objetos. Poco a poco, las manos van a ocupar un lugar preponderantes: todo lo quiere tocar y agarrar (Glanzer, 2000: 46).

A partir de este conocimiento construido, se prestó particular importancia a la observación de los juguetes de los niños y las niñas, que son analizados en términos de sus características y el uso que los mismos niños les dan.

El espacio de juego del niño es otro de los aspectos de la estimulación a los que se prestó particular atención. No sólo su existencia o no marca la diferencia, sino las características propias de espacio de juego de los niños y las niñas. Si los colores son alegres, por ejemplo, propiciarán un marco adecuado para lugares frecuentados por los niños y las niñas, como las salas de jardín, y colores pálidos o apagados darán una atmósfera más entristecida que no alentará la animación (Glanzer, 2000). En este contexto, puede decirse que el niño y la niña crecen jugando, dado que las características de sus juegos irán evolucionando y consolidándose progresivamente, siguiendo un ritmo que es individual y que les posibilita ir logrando nuevas destrezas y competencias. Al mismo tiempo, la evolución mental determina que las niñas y los niños se sientan atraídos por su entorno, mientras aparecen nuevas curiosidades e intereses. De este modo, surgen las motivaciones ligadas a su constante progreso intelectual. Por tratarse de una actividad compleja, el juego libre siempre estará condicionado por las posibilidades que les permita el grado alcanzado en su desarrollo evolutivo, y por los estímulos que el medio les ofrezca para ampliar sus intereses (Glanzer, 2000: 44).

Así, al analizar ambas propiedades de las categorías juguetes-espacio de juego, se evidenciaron desigualdades según el estrato social de los hogares.

En los diferentes segmentos de edad, se observaron diferencias cualitativas según el estrato social de los hogares. En los hogares de estrato bajo, se observaron situaciones de hacinamiento, falta de espacio, y especialmente de un espacio destinado al juego de los chicos. Asimismo, si bien en todos los casos se hicieron presentes los juguetes, las condiciones y el uso que se les da varía de un estrato a otro. En los hogares de estrato bajo, la autonomía de los niños y las niñas es más limitada, y suelen permanecer más tiempo en sillas de comer o en andadores;<sup>13</sup> mientras que, en el estrato alto, las actividades con los niños más pequeños se desplazan al piso, facilitando autonomía y posibilidad de selección de los juguetes.<sup>14</sup>

Esta diferencia podría asociarse a aspectos educativos de los padres, los cuales, en algunos casos, teorizaron sobre la importancia de la exploración para la estimulación en el desarrollo de los niños y las niñas, así como también sobre las deficiencias del medio ambiente de vida. Los espacios reducidos,

13. En uno de los casos, por ejemplo, el niño de un año de edad (hogar biparental, estrato bajo) transcurre todo el tiempo en una sillita a la que los adultos y la hermanita mayor se acercan para interactuar con él, pero no cuenta con autonomía. Al niño se le acercan los juguetes y los elementos con los que puede interactuar, limitando su posibilidad de elegir y de desplazarse para adquirirlos. El objeto con el que el niño jugó durante toda la entrevista fue un sobrecito de jugo.

14. En uno de los casos de hogar biparental, estrato alto, una niña de un año de edad, cuenta con un espacio destinado especialmente para el juego, en el que su madre despliega múltiples juguetes (adecuados para su edad), para que queden al alcance de la niña. Asimismo, otro niño de la muestra, de cuatro meses, pasa las tardes en un gimnasio para bebés, en el que su madre lo coloca para que pueda observar cosas de diferentes colores (hogar biparental, estrato alto).

y la alta densidad de objetos y muebles presentes en ellos, dificultan el juego en el piso de los niños, por el tipo de material con el que está construido, o la falta de espacio para los juguetes y para que los niños jueguen.<sup>15</sup>

Dentro del amplio universo de objetos con los que juegan los niños y las niñas más pequeños, se observaron también diversos objetos de cocina, utilizados con fines lúdicos, y una serie de juguetes no adquiridos en el mercado como tales, que los más pequeños fueron eligiendo para tomar con la mano y llevar a la boca, como *tuppers*, cucharas, mamaderas, entre otros.

En el siguiente grupo de edad (tres a cinco años), los niños y las niñas ya pueden desplazarse solos por los diferentes espacios de la vivienda. En este marco, las desigualdades sociales se observan principalmente en los espacios de juego para el niño y la niña, y en la disponibilidad de los juguetes. Los niños y las niñas en hogares de estrato bajo, si bien mostraron disponer de multiplicidad de juguetes, éstos no se encontraban visibles y con fácil acceso, mientras que los niños y las niñas en hogares de estrato alto mostraron contar con espacios destinados exclusivamente al juego, en los que los juguetes podían estar desplegados, sin afectar la dinámica de los otros espacios de la vivienda.

Para el último grupo de edad (seis a ocho años), la propiedad de la autonomía del niño y la niña fue un tópico relevante de las entrevistas. Su autonomía para seleccionar las actividades lúdicas que realizan, sea en el interior de la vivienda, sea en el exterior, presentaron diferencias según el estrato social. Para los niños y las niñas de estratos más bajos, los juegos están más concentrados en actividades fuera de la vivienda y, cuando están dentro, vinculadas a las TIC, mientras que los chicos de estratos más altos mostraron actividades recreativas más asociadas al consumo, como espacios de juego, *shoppings*, etcétera.<sup>16</sup>

Por último, como propiedad característica de la estimulación ambiental, pero ya no vinculada al espacio específico de juego del niño, sino al resto de la vivienda en general, se registraron la presencia y la exposición de fotos y dibujos realizados por el niño y la niña, en las paredes de los hogares, así como también la presencia de libros infantiles. Y, en esta propiedad, se pudo observar algunas diferencias. Si bien en los hogares de los niños y las niñas más pequeños (de cero a dos años) fue común observar fotos expuestas en las paredes, la exposición de los dibujos realizados por los más grandes (de tres a

15. El caso de un niño de la muestra, por ejemplo, de dos años (hogar biparental, estrato bajo), muestra que no juega con juguetes o, cuando lo hace, es en la cama, debido a la falta de espacio de la vivienda. Su madre en la entrevista sostuvo que no les da mucho los juguetes a los niños, porque hacen mucho lío.

16. Una niña de seis años (hogar biparental, estrato bajo) cuenta que elige jugar a los jueguitos del celular en su casa o afuera con sus amigas del barrio, mientras que otra niña de la misma edad, de un hogar biparental de estrato alto, cuenta cómo le gusta planear actividades en Neverland.

ocho) fue más frecuente en los hogares que contaban con un espacio especialmente destinado al juego de estrato alto. Esta misma situación se reflejó al observar la presencia de libros infantiles en los hogares: aquellos niños y niñas que contaban con un espacio destinado para el juego mostraron disponibilidad y fácil acceso a libros infantiles. Los niños y las niñas (principalmente, en el segmento de edad más grande) de hogares de estrato alto mostraron tener más acceso a libros infantiles, sea en sus habitaciones, sea en el resto del hogar, respecto de aquellos en hogares de estrato bajo.

Asimismo, es importante analizar en esta dimensión la disponibilidad parental a la lectura o la narración oral, en la cual se observan diferencias de acuerdo con el estrato social de los hogares. La lectura y el relato de cuentos, en la mayoría de los casos, fueron mencionados como forma de estimular el sueño, ya sea realizado por el mismo niño, o por el padre de referencia, aunque la disponibilidad de los padres a la narración varía de acuerdo con el estrato social.<sup>17</sup>

En este marco, al observar las desigualdades sociales entre los hogares, se evidencia que los niños y las niñas en sectores más aventajados se desarrollan en un contexto de mayor estimulación a través de la lectura, respecto de aquellos sectores más desfavorecidos, debido a que, en muchos casos, la disponibilidad de espacio es mayor, así como también lo es el acceso a bienes y el conocimiento de la importancia de la práctica de la lectura como estimulación del lenguaje.

En los hogares de estrato bajo, las características del espacio habitacional son una limitación relevante para el desarrollo del niño y la niña. En uno de los casos de análisis, por ejemplo, la vivienda en la que reside la niña de cinco meses se limita a una habitación en la que viven su madre, sus dos tíos, su abuelo, y los fines de semana, también su abuela.<sup>18</sup> La estimulación ambiental que recibe esta niña es mucho menos propensa a un desarrollo saludable respecto de cualquier niño que disponga de una habitación propia, un espacio destinado al juego, etcétera.

17. En el caso de un niño de cinco años de nuestra muestra (hogar biparental, estrato alto), la lectura de cuentos antes de ir a dormir es una actividad que realiza el padre exclusivamente con los niños. Es un momento que comparte el padre con sus hijos por la noche. Mientras que, en otro caso de un niño de cinco años (hogar biparental, estrato alto), también le solicita a la madre la lectura de cuentos antes de ir a dormir, pero ella cuenta cómo muchas veces debe explicarle que está cansada y no puede hacerlo. Un tercer caso que representa esta disponibilidad parental a la lectura y el relato de cuentos es el caso de un niño de seis años, en un hogar biparental de estrato bajo, que es estimulado por su madre (aconsejada por la escuela) a tomar los libros y realizar la lectura de los cuentos de forma autónoma antes de dormirse.

18. Es importante destacar que la vivienda no cuenta con heladera (una vecina les guarda las cosas en la suya). Esta situación se observó también en otros hogares de estrato bajo, los cuales se encontraban en obra, por ejemplo, por lo que el piso no era un lugar seguro para el niño.

## Alimentación y salud

La leche materna es la mejor manera de alimentar a los neonatos y los lactantes hasta los seis meses, tiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intraútero y extraútero. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año.<sup>19</sup> Por otro lado, la FAO (2014) sostiene que los niños y las niñas que siguen dietas pobres y no consumen las cantidades adecuadas de alimentos y nutrientes ricos en energía son a menudo enfermos y corren riesgo de desnutrición. El tipo de desnutrición que ocurre depende de que los nutrientes y la cantidad de la energía alimentaria requerida faltan (o están en exceso) y por cuánto tiempo, y la edad del niño y la niña. Los niños y las niñas y los adultos pueden comer muy poca comida y convertirse en desnutridos porque no tienen suficiente comida o tienen poco apetito. También puede serlo al comer dietas desequilibradas que proporcionan muy poca cantidad de un nutriente en particular. Por ejemplo: si hay una falta de hierro, el desarrollo mental y físico de los niños se puede retrasar. Y, por último, se puede comer más alimentos (especialmente, los alimentos ricos en energía, con un montón de grasa o aceite) de los que necesitan. Al tomar demasiada energía, se vuelven con demasiada grasa (sobrepeso u obesidad). De ese modo, los niños tienen un mayor riesgo de enfermedades crónicas, tales como enfermedades del corazón, presión arterial alta y diabetes.

De la misma manera, así como es importante la calidad de los alimentos que los niños y las niñas ingieren, cobra relevancia también el contexto en el que la alimentación se realiza. Patricia Aguirre (2007) sostiene que la importancia de analizar la *comensalidad* radica en que el mapa gustativo de las posiciones sociales es reforzado, primero, durante la lactancia (ya que hay un sutil cambio de sabor de la leche materna, acorde a los consumos de la madre), y se completa con la introducción del niño en la alimentación familiar, cuando el gusto por la comida conocida (en nuestra familia, en nuestra escuela, en nuestro barrio, en nuestro club, es decir, en nuestro sector de ingresos, educación, ocupación) se utiliza como distinción entre “ellos” y “nosotros”, cristalizando en una identidad culinaria que, en las sociedades de mercado, responde y sostiene el acceso diferencial a los alimentos que tienen los distintos estratos de ingreso. Las familias ejercen sobre los niños una presión indirecta que tiene efectos sobre lo que aprenden a gustar. Esta presión se ejerce principalmente a través de un sistema de reglas y representaciones que no

19. Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno, y a 32,5% a los doce meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación al sexto mes (Delgado-Becerra *et al.*, 2006).

sólo restringen de hecho el abanico de los alimentos que puede probar el niño, sino que también ellos aprenden a nominar los fundamentos que hacen de esta comida parte de la identidad, la construcción del “nosotros” de pertenencia donde esas reglas y representaciones tienen valor.

Esta transmisión hogareña protege al niño y la niña, que aprenden a gustar lo que sus padres, sus amigos y todo su entorno encuentran tanto aceptable como posible. A partir de allí, como sujetos, construyen su identidad alimentaria, como parte de su identidad (Aguirre, 2007).

En este contexto, si bien la alimentación es un aspecto fundamental del desarrollo de la primera infancia para garantizar una vida saludable, es importante tomar en consideración la importancia de la realización de controles de salud de los niños y las niñas. En este marco, el sistema de salud de nuestro país, establece un calendario oficial nacional que estipula un esquema obligatorio de vacunación (acompañado de vacunas alternativas) y un esquema de controles de salud que disminuye en frecuencia a medida que aumenta la edad del niño. El cumplimiento de estos esquemas también refleja algunas desigualdades de acuerdo con los diferentes estratos socioeconómicos y el tipo de hogar.

En este marco, las categorías seleccionadas para el análisis fueron: a. los alimentos que consumen los niños y las niñas regularmente; b. la comensalidad, y c. los controles de salud que realizan el niño y la niña.

## **Alimentación**

La leche materna es el primer alimento natural de los niños y las niñas, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida, y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida (OMS, 2014). En este contexto, para el primer grupo de edad, se observa una presencia muy importante de la lactancia. En algunos casos, se trata de lactancia exclusiva; en otros, de lactancias combinadas con mamadera y otros alimentos, y en algunos, sólo mamadera. Uno de los niños de la muestra, de cuatro meses, recibe leche materna de forma exclusiva, y su madre se refiere a sí misma como la principal fuente de alimento del niño,<sup>20</sup> mientras que otra de las niñas de la muestra, de tres meses,

20. Su madre lo expresa de la siguiente manera: “En general, trato de estar tranquila. A veces, me doy cuenta de que estoy adelante de la tele y eso, y si bien a veces lo hago, porque también es como un momento que yo tengo de descanso, trato de respetar ese espacio también de comunicación, que muchas veces –ahora ya no tanto, pero cuando era más chiquito– estaba mirando la tele, lo miraba, y me daba cuenta de que me estaba mirando. Y es un momento que a lo mejor no sólo que lo perdiste, sino que es un espacio de interacción. Entonces, trato de disponer siempre de un lugar cómodo, tranquila. Nos acurrucamos en cualquier lado; en general, no tengo una

recibe mamadera exclusivamente. Su madre relata con bastante angustia que la niña eligió abandonar la teta, no está segura de los motivos, preferiría continuar con la lactancia, pero no le fue posible porque la niña comenzó a rechazarla. Sobre estas decisiones en particular, no se observaron diferencias según el estrato social del hogar.

Para el siguiente grupo de edad, de tres a cinco años, se observa que la mayoría de los niños y las niñas, hasta los tres años, toma mamadera, en momentos específicos del día y combinada con los alimentos sólidos, casi homogéneamente, sin importar el estrato. En este marco, tampoco se observan grandes diferencias de acuerdo con el estrato social de los hogares; en relación con la transición de “la teta” a la mamadera, que relatan las madres, varía significativamente de un caso a otro. Algunos niños y niñas pasaron de la teta al vaso sin tomar la mamadera (algunos incluyen la bombillita en el proceso); otros dejaron de tomar leche directamente, y otros la mantienen como un hábito vinculado al sueño (la toman antes de irse a dormir, como estimulador de sueño, o al levantarse, como desayuno).

Sin embargo, desde los seis meses de vida, sí se presenta una combinación de leche con alimentos, que van variando de acuerdo con el desarrollo del niño y la niña. Y en esta propiedad en particular comienzan a observarse las diferencias entre estratos sociales. Por ejemplo, un aspecto que lo refleja es el contacto que se les permite tener a los niños y las niñas con la comida en el momento de comer (como parte del proceso de estimulación). Si bien la mayoría de los niños y las niñas (en los segmentos de edad más pequeños) tienen la posibilidad de hacerlo, sólo algunas madres son conscientes de la importancia de ello.<sup>21</sup>

Al observar la diversidad de los alimentos que consumen los niños y niñas estudiados, también emergen diferencias de acuerdo con el estrato social de los hogares. En este marco, si bien los grupos de edad más pequeños reflejan cierta homogeneidad en el consumo de mamadera o teta, los niños y las niñas de tres a ocho muestran diferencias importantes en los alimentos que consumen diariamente, así como también en la cantidad de comidas que realizan al día.

Los niños y las niñas en hogares de estrato alto, y en particular en el marco de configuraciones monoparentales, parecen tener hábitos alimentarios más saludables. Durante las entrevistas, se observó que los niños y las niñas consumen frutas (tales como peras, manzanas, bananas) y galletas de

---

postura: me tiro ahí o allá, en la habitación de él, que tengo esos almohadones grandotes de piso. Me tiro ahí o en la cama, pero siempre trato de que sea un espacio tranquilo” (hogar biparental, estrato alto).

21. La madre de una niña de dieciocho meses de nuestra muestra (hogar biparental, estrato alto) expresa lo siguiente: “Ella tiene que tocar la comida en verdad. Yo trato de que conozca su comida, que la toque, la investigue. Obvio que a veces hace un enchastre que, pobrecita, es demasiado. Pero, en algunas cosas, el pollo, que ella puede interactuar con el tomate, el pollo, lo va comiendo ella”.

cereales o panes especiales. Se advierte un especial cuidado en lo que consumen, pero también en cómo lo hacen. Asimismo, varias de las entrevistas realizadas en estos sectores sociales se realizaron en el horario de retorno de los niños y las niñas de la escuela, lo que permitió observar algunas de las rutinas no escolares. Así fue como se observó que los niños y las niñas suelen merendar en compañía de sus madres o hermanos, bajo ciertas reglas de comensalidad (toman su merienda en una mesa, con mantel, taza, entre otros utensilios). Mientras que, al observar a los niños y las niñas en estratos más bajos, se evidenció un menor control sobre la calidad de los alimentos que las familias consumen.

Los niños y las niñas de este estrato social en configuraciones monoparentales sólo realizan con su madre la comida de la cena. Si bien la merienda es una comida que todos los niños y las niñas realizan, en la que suelen estar acompañada por su madre o sus hermanos, se realiza de modo más autónomo y, en muchos casos, viendo la televisión. De manera que el momento de la cena es cuando existe una reunión familiar, aunque en muchos casos es entre el niño y la niña, y su madre. En los hogares de estrato alto, este encuentro es estimado por las madres como significativo en términos de la calidad de los alimentos, el compromiso en su elaboración, que a veces es en conjunto con el niño y la niña, y en lo sustantivo de los diálogos que se construyen. También se destacan las rutinas en torno a los horarios de la cena y el momento de dormir.

Podríamos destacar cómo, en el estrato alto, y en particular en los hogares monoparentales, la comida es considerada una forma particular de transmisión de afecto por parte de las madres. Esto probablemente está relacionado con la temprana escolarización de los niños y las niñas, y su extenso tiempo de escolarización diario. De alguna manera, la vianda que los niños y las niñas llevan al colegio marca una presencia de las madres en la jornada, como se desarrolla en el siguiente apartado.

### ***Comensalidad***

La *comensalidad* es definida por Patricia Aguirre (2007) como la forma en que los alimentos se comparten. La mesa familiar o la comida institucional en un comedor pueden estar compuestas por el mismo menú, pero la situación social y su significación para la vida de las personas cambian el evento alimentario. Con respecto a las comidas que realizan al día, se observa que los hogares estrato bajo concentran la alimentación de los niños y las niñas en tres momentos del día, mientras que, en los hogares de estrato alto, se suelen realizar las cuatro comidas diarias (y, en algunos casos, acompañadas de colaciones en el medio). Si bien esta desigualdad es muy importante, se observan diferencias, también, en la diversidad de los alimentos y la posibilidad de las madres de poder elegir los alimentos que los niños consumen. Esto se asocia principalmente a los hogares del estrato bajo, que dependen de ali-

mentación gratuita que proveen Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y comedores comunitarios, por ejemplo, en las que los niños realizan una parte importante de su consumo diario de alimentos.<sup>22</sup> En contraste, las madres de hogares de estrato alto muestran una planificación del esquema de alimentos que los niños y las niñas deben consumir, y una variación de las recetas, con el objetivo de estimular la ingesta.<sup>23</sup>

Un informe de Cippec (2014) sostiene que más de 4,5 millones de niños y niñas, la mayoría de sectores vulnerables, se alimentan en la escuela: allí desayunan, almuerzan o meriendan. Por su función nutricional, el comedor escolar es un factor de atracción y retención de los alumnos. Además, es un espacio educativo, donde se complementa la alimentación del hogar y se transmiten hábitos de comensalidad, higiene y nutrición (Cippec, 2014: 5).

Asimismo, señala que, desde sus orígenes, la gestión de los servicios alimentarios se fue institucionalizando, aunque aún restan importantes esfuerzos a fin de garantizar las condiciones para ofrecer comidas de calidad en todas las escuelas del país. Al igual que en otros países de América Latina, aún son infrecuentes las leyes específicas o las partidas presupuestarias para ciertas dimensiones, como el personal a cargo de preparar y servir las comidas en las escuelas, la infraestructura, la educación nutricional o el monitoreo y la evaluación (FAO, 2013).

Frente a esta situación en particular, se observaron diferencias según el estrato social de los hogares, dado que, en los niños y las niñas escolarizados en jornada extendida o completa, la alimentación escolar ocupa una de las comidas más importantes del día, sin importar la edad que tengan.<sup>24</sup> Mientras los niños y las niñas en hogares de estrato bajo comen la comida que provee la escuela (los de la escuela pública la reciben de forma gratuita: desayuno, refrigerio y almuerzo), en los aquellos hogares de estrato alto las madres eligen regular la alimentación a través del armado de viandas saludables y, en algunos casos, la planificación de estrategias más complejas.<sup>25</sup>

22. Éste es el caso de uno de los niños de nuestra muestra (hogar monoparental, estrato bajo). Las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra el hogar en el que viven (que no cuenta con heladera, por ejemplo) conlleva que la totalidad de las comidas que realiza la familia está determinada por lo que ofrezca el comedor comunitario. La madre del niño trabaja de forma voluntaria en el comedor, y toda la familia almuerza en el lugar. Al finalizar la jornada, la madre se lleva un tupper con los alimentos sobrantes, que constituyen la cena del hogar.

23. Una de las madres de estrato alto que entrevistamos (hogar biparental) relata que planifica las viandas de sus hijos para garantizar su alimentación saludable, y comenta “Santino me dijo «La comida que vos me mandás es un asco»”, porque le había mandado una tarta de atún; pero no le preocupa, porque ellos están acostumbrados a comer saludable.

24. Un niño de la muestra, de dos años, asiste al jardín de tipo de jornada completa; por lo tanto, la madre se esmera en prepararle viandas para que el niño pueda comer bien en el contexto escolar (hogar monoparental, estrato alto).

25. Una madre de la muestra (hogar biparental, estrato alto) relató una estrategia diseñada por un grupo de madres de la misma escuela, que denominan “pool de almuerzo”. Plantean que, por

### ***Controles de salud***

En relación con la salud de los niños y las niñas de la muestra, se observa un acceso casi completo al calendario de vacunación obligatorio de acuerdo con la edad correspondiente,<sup>26</sup> por lo que no se observan diferencias según el estrato social ni por tipo de hogar. Sin embargo, una diferencia que sí pudo observarse es el motivo de la realización de los controles de salud. La asistencia al médico de los niños y las niñas en hogares de estrato bajo es más frecuente desde que forma parte de una contraprestación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en el primer año de vida; mientras que, en los hogares del estrato alto, los controles se realizan en el marco de un seguimiento rutinario y completo del niño y la niña.

Otra diferenciación que se observa de acuerdo con el estrato de hogares, es la medicalización de los niños y las niñas. En los sectores más bajos, hay un uso de la medicina para solucionar problemas concretos y una pragmática utilización de las consultas médicas, que demandan de tiempo (principalmente, en los hogares de tipo monoparental), mientras que, en los niños y las niñas de hogares de estrato alto, se observa un uso preventivo de la medicina.<sup>27</sup>

Asimismo, en aspectos relacionados con la salud del niño y la niña, pero que pertenecen a la órbita de los hábitos y los recursos humanos y sociales de los hogares, se advierten desigualdades sociales en términos de las rutinas de higiene, y en particular en la limpieza de dientes. En este sentido, se observa que los hogares biparentales de estrato alto muestran un esquema organizativo de cepillado de dientes y control de su realización más rígido que aquellas madres en hogares monoparentales de igual estrato social, aunque todas las madres entrevistadas, con hijos de tres a ocho años, expresaron que sus hijos y sus hijas con mayor o menor dificultad, higienizan sus dientes regularmente.

---

más que le mandaban la comida a sus hijas en termos (que conserven el calor) y alimentos para calentar, las niñas terminaban comiendo sus alimentos tibios y recalentados. Por ese motivo, un grupo de cuatro madres se organizaron para ir retirando, en un esquema planificado de días, a las cuatro niñas de la escuela, para llevarlas a almorzar a su casa, y luego volver a llevarlas a la escuela para la jornada de la tarde.

26. En un bebé de la muestra, las reiteradas enfermedades que fue teniendo en el último tiempo previo a la entrevista hicieron que no lo vacunaran para preservar su salud (hogar biparental, estrato bajo).

27. La madre de una niña (siete años, hogar monoparental, estrato bajo) por ejemplo, relata que no realiza regularmente los controles médicos de sus hijos porque ello implica un día de ausencia en el trabajo, y por lo tanto un día no pagado. Por este motivo, lleva a la niña al centro de salud, sólo cuando presenta cuadros de enfermedad. Mientras que, la madre de otra niña (siete años, monoparental, estrato alto), tiene organizados los controles médicos de su hija, tanto de medicina alopática (cada seis meses) y homeopática (cada tres meses).

## **Estrategias de cuidado**

La tercera dimensión tomada en consideración para el análisis de las desigualdades en la primera infancia son las estrategias de cuidado; fueron tomadas en cuenta las siguientes categorías: a. los diferentes arreglos que llevan a cabo las familias para organizar el cuidado; b. la asistencia a centros educativos y de cuidado, y c. el apoyo familiar en los procesos de cuidado. Esta última categoría fue incluida tomando en consideración la importancia de la educación en la primera infancia (OIT, 2012); principalmente por su efecto nivelador de las desigualdades, fueron consideradas las categorías relacionadas con la asistencia escolar y el tipo de escolarización de la primera infancia, y el apoyo familiar que reciben en dicho proceso. La educación se presenta, por un lado, como una forma de estimulación de los niños y las niñas, una forma de organizar disponibilidad de las agendas parentales, para aquellos que trabajan, y de fomentar la socialización secundaria a partir de la diversificación de vínculos y la posibilidad de expandir los espacios de juego, más allá del familiar.

## **Arreglos de cuidado**

Si bien el cuidado de los niños y las niñas es una ocupación predominantemente femenina, y en la mayoría de las familias la madre es necesariamente la figura central en la vida temprana del niño y la niña (principalmente, en lo que refiere a la lactancia), hay una gran cantidad de evidencia que sugiere que el modelo tradicional de la vida familiar está cambiando. El matrimonio de hoy está concebido como un *partnertship* en el que marido y mujer comparten intereses y se enfrentan a todas las decisiones importantes de manera conjunta (Newson y Newson, 2008: 139).

La presencia del padre y su rol activo a la hora de compartir responsabilidades con las madres, en los hogares de estrato alto, se mostraron con mucha más fuerza que en los hogares del estrato bajo, y principalmente en el grupo de niños de cero a dos años. También se observaron diferencias según el tipo de configuración familiar en los hogares de estrato alto, en tanto en estos hogares, y en el contexto de la monoparentalidad, los varones colaboran con el cuidado y la crianza de sus hijos pequeños. Esta situación no se observó con igual tipo de configuración familiar en el estrato bajo.<sup>28</sup>

28. Por ejemplo, en un hogar monoparental de estrato alto, se observa una división de tareas que se mantiene equitativa. Se trata de una pareja de profesionales independientes con sólo una hija de un año y medio, que pasa la misma cantidad de tiempo con la madre que con el padre, compartiendo los diferentes momentos importantes en la cotidianidad, tales como llevarla y retirarla del jardín, alimentación, higiene, etc. La madre lo expresa de la siguiente forma: "Los dos por igual, siempre eso".

Al contrastarlo con el caso de un niño de la misma edad en un hogar monoparental de estrato bajo, se observa una gran diferencia, dado que la mayor parte del tiempo él la pasa con la madre, compartiendo sólo algunas noches con el padre, quien cumple deficitariamente con sus responsabilidades (desde la perspectiva de la madre): el padre de este niño se levanta muy tarde y, de tanto no llevar al niño al jardín, se quedó libre. Sin embargo, se trata de un hogar monoparental en el que ambos padres se encuentran involucrados en la vida del niño y la niña. La situación de vulnerabilidad cambia cuando la figura paterna no está presente y no existe tal articulación (recayendo toda la responsabilidad en el cuidado de la madre).<sup>29</sup>

Otros hogares monoparentales, pero en el que el cónyuge varón es mayor en edad, o en los que los niños y las niñas son más grandes y, por ende, los cónyuges pertenecen a otra generación, también está presente la disponibilidad del papá en tareas de cuidado, pero acotada a algunos días de la semana y de fines de semana.<sup>30</sup>

Aun en el marco de estas diferencias, que parecen generacionales en el interior de los estratos medios altos profesionales y en configuraciones monoparentales, se advierte con claridad un comportamiento diferente según el estrato social. En tanto, esta mayor disponibilidad de los varones padres para el cuidado de sus hijos y sus hijas tiende a desaparecer en el estrato bajo, donde los niños y las niñas tienen contadas oportunidades de compartir con sus padres escenas de la vida cotidiana.<sup>31</sup>

Se destacan la importancia de los abuelos maternos en el cuidado de los niños y las niñas en hogares monoparentales de estrato bajo y la sensación de desprotección que expresan las mamás de este estrato, en el sentido de no tener red de contención. Mientras que los niños y las niñas del estrato alto sólo se quedan con sus padres, sus abuelos (maternos preferentemente), y even-

29. Algunos casos de la muestra reflejaron la mayor vulnerabilidad de los niños, como por ejemplo el de una niña de seis meses, cuya madre, de diecinueve años, se encuentra estudiando por las noches, por lo que delega su cuidado en su padre (abuelo de la niña) y, cuando él no está disponible, en alguna vecina del barrio (hogar monoparental, estrato bajo).

30. Un niño de cero a dos años, en un hogar monoparental de estrato alto, muestra una asimétrica distribución de las tareas de cuidado entre la madre y el padre. Se trata de una pareja con una importante brecha de edad entre el padre y la madre, que conlleva una madre que articula con servicio doméstico para cuidar al niño, y un padre con quien pasa algunas horas durante la semana y algunos fines de semana. Asimismo, la madre otra niña de siete años, en un hogar monoparental (también de estrato alto), expresa la poca confianza que tiene en que el padre de la niña efectivamente cumpla con sus responsabilidades de cuidado, debido a las reiteradas cancelaciones de último minuto que realiza. En este caso, también se observa una importante asimetría en la distribución de las tareas de cuidado.

31. Una niña de meses (hogar monoparental, estrato bajo) nunca conoció a su padre, dado que su madre migró embarazada hacia Buenos Aires; y también pudo observarse el caso de otra niña, de siete años (hogar monoparental, estrato bajo), quien tampoco tiene relación alguna con su padre (ni ella ni sus hermanitos), y su madre tampoco cuenta siquiera con un apoyo económico paterno.

tualmente con la familia de amigos del colegio, en el estrato bajo los niños y las niñas suelen quedarse con una familia más extensa, que incluye a vecinos.

Estos dos casos representan un poco las diferencias del rol del padre en los hogares de tipo monoparental. Sin embargo, la figura del padre interviene de distinta manera en diferentes etapas, también en los hogares biparentales. Comparte con la madre los cuidados iniciales y es reconocido tempranamente (aunque no tanto como la madre) por el niño. Progresivamente, el rol paterno pasa a diferenciarse del materno; esto ocurre ya a partir de las primeras experiencias, en la medida en que se ha comprobado la existencia de diversas modalidades de interacción corporal (por ejemplo, la predominancia de los movimientos *fásicos* en el padre, frente a los elementos *tónicos* en la madre) (GIEP, 1996).<sup>32</sup>

Un estudio publicado por Unicef (2012) sostiene que “madre” y “padre” son funciones, más allá de los seres humanos que las encarnen, y el buen desarrollo de un niño dependerá de la complementariedad de estas funciones. En este marco, presenta una clara diferenciación de ambas, estableciendo que la función materna:

- Aporta la lengua con la que se comunicará el bebé. Todos los niños nacen con la capacidad de hablar cualquier idioma, pero sólo adquieren la lengua del cuidador que los cría.
- Es un continente afectivo y efectivo de las sensaciones del bebé.
- Transforma el hambre en satisfacción, el dolor en placer, el desamparo característico de los humanos en tranquilidad.
- Estimula la energía psíquica del bebé.
- Le da sostén al niño o la niña y les va presentando el mundo que los rodeará y en el que viven, a través de los objetos.
- Ayuda al bebé a diferenciar entre su mundo interno y su mundo externo (Unicef, 2012).

La función paterna, por su parte:

- Permite que el bebé aprenda a vivir sin tanta dependencia y comience su camino de autonomía, interviniendo en la intensa relación del bebé con su madre o con quien cumpla esa función.

32. Sobre el contraste en la forma de vincularse con el niño y la niña de los padres y las madres, podemos retomar dos casos de la muestra que lo evidencian. En uno de los casos, del primer grupo de edad (un bebe de cuatro meses), los registros de observación muestran que el niño se relaciona con la madre a través de miradas. La mamá lo acaricia, y se miran mientras toma la teta, y comenta que es el único alimento que come el bebé desde que nació, así que es toda su responsabilidad (hogar biparental, estrato alto). Mientras que, en otro caso, se consignó en los registros de observación que el padre llenó una mamadera con Coca Cola y se la dio al niño de once meses para que tomara, y la agarraba con sus propias manos (hogar biparental, estrato bajo).

- Pone reglas y organiza el funcionamiento del niño o la niña para que establezca su modo vincular, incluido en relaciones más amplias.
- Como función normativa, es portadora de las pautas culturales del medio social del cuidador primario. Esto permite que el niño termine por incorporarse al medio social al que pertenece. Señala lo prohibido, lo seguro y lo inseguro, lo saludable y lo tóxico, lo obligatorio y lo electivo (Unicef, 2012).

La seguridad afectiva que implica la presencia de estas dos funciones permite al niño ir logrando progresivamente pautas de diferenciación y autonomía; por ejemplo, el momento del destete, la adquisición de la marcha, el lenguaje, el control de esfínteres o el comienzo del jardín de infantes. Cada vez más, a medida que crece, el niño se va viendo influido y estimulado por el mundo extrafamiliar (Unicef, 2012).

Las entrevistas reflejaron que todos los niños y las niñas, sin importar el grupo de edad, el tipo de configuración familiar y el estrato social de los hogares, pasan más tiempo con la madre que con el padre. En algunos casos, esta situación está asociada al tiempo que insume el trabajo de los padres, por lo que éstos pasan la mayor parte del tiempo fuera del hogar. En otros casos, los motivos no fueron explicitados en las entrevistas, se observa una presencia del padre en el hogar, pero el tiempo que comparten efectivamente es menor al que comparten los niños y las niñas con sus madres.<sup>33</sup>

En este marco, si bien la madre es identificada como la principal responsable del cuidado del niño y la niña en la mayoría de los casos (en los otros, se expresa como responsabilidad compartida, pero siempre la madre está involucrada), en los hogares monoparentales y en los biparentales, sin importar el estrato social, el padre es señalado como el que transmite las normas (entendidas como las diferentes formas de transmitir pautas y regular la conducta) a los niños y las niñas. Es decir, el padre es visualizado como la imagen de autoridad que efectiviza el cumplimiento de las normas (coherente con lo que desarrolla el informe de Unicef). Sin embargo, casi paradójicamente, los datos también fueron reflejando que el tiempo que esos padres pasan con los niños se encuentra mucho más vinculado al juego y las actividades lúdicas, respecto de los principales momentos que comparten con las madres, que suelen estar más vinculados a la alimentación, el baño, etc. Esto también se confirma en el contexto de hogares biparentales de estrato alto, en los que la madre relata que las actividades deportivas son las actividades que los niños comparten exclusivamente con el padre. Si bien los niños pasan la mayor parte del tiempo con su madre, el padre, cuando llega del trabajo y los fines de semana, dedica tiempo a compartir actividades deportivas con sus hijos.

33. En el caso de un hogar biparental de estrato bajo, el padre y la madre trabajan de modo informal en la vivienda. Si bien ambos están comprometidos en el trabajo de subsistencia, la mayor parte de las tareas de cuidado del niño están a cargo de la madre.

Asimismo, frente a la demanda de tiempo que le insume el trabajo durante la semana, el padre comparte un cuento todas las noches con sus hijos, antes de que se vayan a dormir.

En este sentido, pudo observarse que, si bien los padres se ocupan de establecer reglas y normas de comportamentales, también son quienes acompañar y promueven las actividades de ocio y la recreación.

Las relaciones de cuidados implican una atención personal sostenida o intensiva, que se prodiga para el bienestar de quien recibe esta atención. Varían según la duración, la extensión y el tipo de atenciones. Se superponen con algunas clases de relaciones de pareja y, a menudo, representan uno de los componentes de las relaciones dentro del hogar (Zelizer, 2009). En este marco, en relación con los arreglos de cuidado, el recurso más frecuente observado, frente a situaciones extraordinarias, son los abuelos. Las familias de estrato alto recurren también a ayuda rentada (como empleadas domésticas y niñeras), mientras que los hogares de estrato bajo recurren a los vínculos de amistad y a los vecinos. La concentración en la familia de los servicios de cuidados reafirma la suposición de una neta división entre el difuso, sentimental y no comercial mundo de la familia y el mundo especializado, impersonal y comercializado de los bienes y los servicios fuera de la familia. Las relaciones de cuidado, a menudo, también cruzan los límites del hogar, y también con frecuencia crean vínculos que implican transacciones económicas bien definidas entre los que proveen y los que reciben el cuidado (Zelizer, 2009).

Esta situación podría enmarcarse en la teoría del enfoque de Activos Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades (AVEO), en la que se analiza el ajuste/desajuste entre los activos de los que disponen los hogares y su posible uso de acuerdo con las estructuras de oportunidades (determinadas por el mercado, el Estado y la comunidad).

Este modelo integrado permite analizar las desigualdades a la luz del capital de los hogares y su capacidad de transmisión a los niños y las niñas. Todos los bienes que controla un hogar, tangibles o intangibles, se consideran recursos (Kaztman y Filgueira, 2001). Esto supone examinar la forma en que los hogares enfrentan su cotidianidad para garantizar el cuidado de sus hijos, haciendo uso de recursos materiales, educativos y de trabajo, de redes, protección, apoyos comunitarios y familiares, dependiendo de la estructura de oportunidades que el Estado, el mercado y la comunidad definen en condiciones de acceso.

Así, los hogares que disponen de mayores recursos se dirigen al mercado para garantizar el cuidado de sus hijos, mientras que aquellos que disponen de menores recursos apelan a la comunidad (a través del intercambio de favores entre amigos y vecinos), como esferas de provisión de bienestar.<sup>34</sup>

34. Uno de los casos estudiados, por ejemplo, un hogar monoparental de estrato bajo, articula el cuidado de los niños y las niñas del hogar con la abuela conviviente, quien se encarga, mientras la madre trabaja, de llevar a los niños a la escuela e ir a retirarlos, alimentarlos, etc. La precaria

### ***Asistencia a centros de cuidado***

En este marco, al analizar los casos, puede advertirse que la asistencia a guarderías, jardines maternos o centros de cuidado de niños y niñas de cero a dos años está vinculada a la inserción o el deseo de inserción laboral de la madre en los hogares monoparentales. Dentro del grupo de niños y niñas más pequeños, sólo las madres que trabajan (o desean hacerlo en el corto plazo) delegan el cuidado de sus hijos en una de estas instituciones, mientras que, dentro del mismo grupo, las madres en hogares biparentales, sin importar el estrato o la participación en el mercado laboral, eligen que el cuidado de su hijo o su hija se realice en el espacio doméstico, ya sea bajo su cuidado o a través de la contratación de personal de cuidado.

Estos casos de hogares monoparentales delegan las funciones de cuidado en centros de cuidado infantil, pero no siempre sus opiniones están de acuerdo con ello y, si tuvieran la posibilidad de elegirlo, probablemente no lo harían.<sup>35</sup> Otro fenómeno observado es que, en estos casos, aquellos de estrato alto que acceden a escolarización de gestión privada acceden a jornadas más extendidas.<sup>36</sup>

---

inserción laboral de la madre no le permite afrontar el costo de ayuda externa, y la demanda de tiempo no le permite cumplir con esas responsabilidades. Por este motivo, el arreglo de cuidado diseñado en función de los recursos del hogar fue la convivencia con la abuela y la transferencia de responsabilidades. Al contrastarlo con otro hogar, también de tipo monoparental de estrato alto, evidencia otra disposición de recursos. La familia de la madre vive lejos, por lo que la articulación con la esfera familiar no es una alternativa. En este marco, la madre debe pagarle a una persona que colabore con las tareas de cuidado en el hogar (cuyas funciones son principalmente domésticas, y ocasionalmente de cuidado de la niña), y planificar las actividades de la niña en función de sus actividades laborales. Por lo tanto, la niña asiste a una escuela de jornada completa que se encuentra ubicada muy cerca del trabajo de la madre, para que ella pueda llevarla, retirarla, participar de reuniones de padres y actos escolares.

35. La mamá de una niña de dieciocho meses (monoparental, estrato alto) expresa las siguientes ideas sobre los centros de cuidado infantil: “Para los nenes más grandes, digamos, estaba bueno porque podían jugar e interactuar con ellos, para los bebés me parece pésimo, osea la verdad que, si yo no hubiese tenido la mamá de Ezequiel que la cuidara, hubiese contratado una chica para que la cuide acá [...] el bebé necesita una atención muy personalizada, ya sea por alimentación, cambiarle los pañales, pero hasta el tipo de juego, la atención que tenés que tener es como muy particular. Además es como todo muy individual con el bebé, lo ponés en el gimnasio, la mantita y no sé qué, lo sentás en el cochecito con los juguetes y no sé qué. O sea, la verdad que meterlo en una salita con nenes más grandes que tienen moco, que le pueden agarrar el chupete o que le meten, y la maestra, me parece que no, como no tiene una atención dedicada al nene, me parece que el cuidado está más en, en cómo mantenerlo ahí. Pero no, no me termino de convencer”. Mientras la mamá de otra niña, de siete meses (monoparental, estrato bajo) expresa lo siguiente: “No es que me guste, tengo que dejarla para poder ir a trabajar”.

36. Otra mirada sobre los centros de cuidado infantil es la de la madre de un niño de dieciocho meses (monoparental, estrato alto), que asiste a un jardín de jornada completa, de gestión privada. Ella cuenta: “Él lleva sus sábanas y su almohada [...] ahí les ponen unas colchonetas y se acuesta a dormir, les dan mamadera, así que cada uno con cada uno que se duerma y duermes

Sin embargo, esta situación cambia cuando observamos al siguiente grupo de edad. Los niños y las niñas de tres a cinco años que entrevistamos asisten a centros educativos en casi todos los casos: el único que no lo hace es un caso excepcional, dado que ha quedado libre por la gran cantidad de inasistencias que registró en el año, como fue mencionado anteriormente, debido al deficiente cuidado que recibe de su padre.<sup>37</sup>

La asistencia a instituciones educativas para el siguiente grupo de edad es plena, principalmente dado que se trata de un grupo poblacional afectado por la obligatoriedad de la asistencia, por la Ley Nacional de Educación. Sin embargo, frente a este panorama de niños y niñas insertos en el sistema educativo y de cuidado, observamos diferentes propiedades de la categoría. Entre ellas, quién es el responsable de llevar al niño o la niña, y de ir a retirarlo de dichas instituciones. En este marco, se observó que la madre es la principal responsable de llevar a cabo esta tarea, aunque se observan diferencias principalmente vinculadas al estrato social del hogar, en la forma en la que se organiza la tarea frente a circunstancias extraordinarias (fuera de la rutina diaria planificada). En este sentido, se observa que, en los hogares pobres, la madre tiende a delegar la tarea de llevar al hijo a la escuela en parientes (generalmente, la abuela del niño), o en amigas/vecinas del barrio, o a través del uso de remises para el desplazamiento;<sup>38</sup> mientras que los hogares de estrato alto articulan más con personal doméstico contratado o a través de la organización de sistemas complejos, como un esquema de “pool” entre varias madres, en los que un día le toca a una madre retirar a todos los niños y llevarlos a cada uno a su hogar, y el día siguiente a otra, y así.

Asimismo, se observan algunas diferencias por estrato y tipo de hogar en la actitud de las madres respecto de la escolaridad de los niños y las niñas. En el caso de los hogares de estrato alto, y en particular de tipo monoparentales, existen varias evidencias de la preocupación de sus madres en torno a la educación de sus hijos, demostradas a través del establecimiento de rutinas para revisar sus cuadernos y su cuaderno de comunicaciones, así como también la participación activa en reuniones de padres y actos escolares.

---

un ratito que me lo escriben en el cuaderno todos los días como comió, cómo durmió, todo desde la hora que durmió hasta que se despertó”.

37. Se trata de un niño en un hogar monoparental de estrato bajo que, cuando pasa la noche con su padre, duerme hasta el mediodía, y su padre no lo lleva al jardín, por lo que las reiteradas inasistencias hicieron que se quedara libre, según relata su madre.

38. En el marco de un hogar monoparental de estrato bajo, una niña de siete años que asiste a la educación primaria es trasladada todos los días por un remis de la escuela a su casa, porque su madre tiene que ir a buscar a su hermano a otra escuela en el mismo horario. Parte del dinero que recibe este hogar en concepto de AUH es destinado al pago de este servicio de remis.

### ***Apoyo familiar en el proceso***

Retomando el enfoque de activos y estructura de oportunidades, pueden observarse las diferentes estrategias que los hogares fueron desarrollando en función de los recursos de los que disponen. Nuevamente puede verse la articulación con la esfera familiar para aquellos hogares de estrato bajo, mientras que aquellos de estrato alto articulan entre otras madres o recurren al mercado (a través del personal doméstico contratado).

Asimismo, en el marco de esta diferenciación por estrato social, se observó que la participación de las madres en actos escolares y reuniones es más compartida con los padres (coherentemente con la presencia señalada anteriormente) en los sectores más aventajados, mientras que en los de menores recursos es menos compartida y está más concentrada en la madre.

En relación con la realización y el control de tareas en el hogar, el grupo de niños y niñas más grandes refleja cierto grado de autonomía en algunos niños y niñas que realizan las tareas solos, y la función de la madre es la de controlar su realización; en otros casos, les resulta más dificultoso, y los hogares deben recurrir al apoyo extrafamiliar a través de la contratación de maestros particulares. Sin embargo, estas propiedades de la categoría no muestran diferencias por tipo de hogar ni por estrato social.

En este sentido, al analizar la escolarización de los niños y las niñas de cero a dos años, se observa que la desigualdad, a diferencia de muchos de los indicadores considerados en este trabajo, está basada principalmente en el tipo de hogar y la inserción laboral de la madre. Esta situación se revierte y universaliza para los siguientes grupos de edad aunque, a pesar de las pruebas y los estudios que muestran los beneficios de la escolarización temprana de niños y niñas, al focalizar en el grupo de edad más chico, se presenta sólo como una solución para las madres que trabajan, mientras que quienes tienen la posibilidad de elegir prefieren no hacerlo.

### **Los procesos de socialización en la primera infancia**

El término *socialización* puede significar dos cosas muy distintas. Por un lado, la “transmisión de la cultura”, la cultura particular de la sociedad de un individuo que entra en el nacimiento; y, por otro, se utiliza el término para referirse al proceso de convertirse en humano, “de la adquisición de atributos exclusivamente humanos de la interacción con los demás”. Todos los hombres son socializados en este último sentido, pero esto no quiere decir que han sido completamente moldeados por las normas y los valores particulares de su cultura (Wrong, 1961; citado en Jenks, 2005).

La infancia es un tiempo marcado por socializaciones múltiples, y a menudo complejas, en las cuales se hace sentir la influencia conjunta, y en ocasiones contradictoria, de la familia —y en ésta de los padres, de la fratría, e

incluso de los miembros de la familia extensa–, del grupo de pares –unido a menudo a las industrias culturales y los medios masivos audiovisuales específicamente orientados hacia la juventud– y de la institución escolar. Por lo tanto, pensar sociológicamente a los niños y las niñas implica comprender su lugar en el seno de las diferentes configuraciones de relaciones de interdependencia entre los actores que componen el universo familiar, el grupo de pares, la institución escolar, en vez de intentar definirlos exclusivamente a partir de las prácticas mediante las que procuran distinguirse los adultos; padres y profesores especialmente (Lahire, 2007).

En este marco, para considerar la dimensión socialización, fueron tomadas como categorías: a. la socialización primaria (centralizada en la familia y más vinculada con las primeras categorías que analizamos), y b. la socialización secundaria (en las relaciones con pares).

### ***Socialización primaria***

Osorio *et al.* (2010) sostienen que la composición de la familia juega un papel importante en el desarrollo del niño; aquellas familias compuestas por mamá, papá, hijos e hijas, abuelos, tíos y primos otorgan mayor variedad en los juegos y permiten una libre exploración, aunque también pueden llegar a ser desfavorables por la poca organización temporal y física del ambiente (Osorio *et al.*, 2010).

Observando la composición del hogar, una primera aproximación a los datos refleja que los hermanos, sean mayores o menores, son la principal agencia de socialización de la primera infancia, atravesando transversalmente todos los grupos de edad. Los hermanos son los miembros familiares que más tiempo de juego comparten cotidianamente. En los casos de los hijos únicos, comparten el espacio de juego doméstico más con las madres y los padres (quienes se ven mucho más involucrados en las actividades lúdicas, respecto de aquellos que tienen más de un hijo). En este marco, el juego doméstico, sin importar el tipo de hogar ni el estrato social, es principalmente llevado a cabo con los hermanos, en los espacios de juego que la vivienda les brinde.

Para el grupo de niños de cero a dos años, los principales vínculos sociales están integrados por familiares (padres, hermanos, primos), en aquellos casos que viven en hogares de estrato bajo, mientras que aquellos niños que viven en hogares de estrato alto diversifican sus vínculos a través de los “hijos de los amigos de los padres”, con quienes comparten juego no familiar. En este sentido, si se observa la diversificación de los vínculos con pares en este primer segmento de edad, los niños en hogares de estrato bajo se relacionan más con primos, convivientes o no, mientras que los de hogares de estrato alto lo hacen con los hijos de los amigos de los padres.

No obstante, las primeras formas lúdicas infantiles son descritas por Piaget (1954) como *juego motor o de ejercicio*, y se caracterizan por la puesta en

acción de un conjunto de conductas que provocan un inmenso placer funcional. Al jugar, el niño ejercita sus esquemas motores, como chupar, aprehender, lanzar, entre otros, sin reparar necesariamente en las características específicas de los objetos que utiliza; las interacciones lúdicas posibilitan la consolidación y la coordinación de los esquemas de acción, y su progresiva organización interna (Aizencang, 2012).

Este tipo de formas lúdicas caracteriza al primer segmento de edad de los casos que analizamos. Una de las niñas de la muestra, perteneciente a un hogar de estrato alto, por ejemplo, tiene tres meses, y sus actividades de juego son las que caracteriza Piaget como juego motor o de ejercicio. Su madre la coloca en el “gimnasio” para bebés, en el cual puede reptar, observar los colores de los juguetes, tocarlos, e incluso llevarlos a la boca. Mientras que una niña de la misma edad, pero en un hogar de estrato bajo, juega sobre la cama con su madre, a quedarse sentada y con algunos cubos de juguete que observa. En este marco, se observa desigualdad social en el acceso a los juegos que estimulen estas primeras funciones motoras que Piaget describe en esta etapa.

En un segundo momento, Piaget refiere al juego simbólico y plantea como novedad el surgimiento del símbolo lúdico. La consolidación de una nueva estructura mental explica la posibilidad de ficción en las actividades infantiles y con la ficción, la evocación y la representación de objetos y situaciones ausentes (Aizencang, 2012).

Este juego simbólico es más característico del segundo segmento de edad que tomamos como referencia (tres a cinco años), en el que los disfraces, por ejemplo, comienzan a cobrar relevancia entre los juguetes de los niños y en la descripción de los juegos que hacen. Una niña de la muestra, según relata su madre, juega a juegos de rol, en los cuales representa a la madre en sus tareas. En esta etapa particular del juego simbólico, dado que los juegos que realizan los niños y las niñas son producto de la imaginación, principalmente, no se observan diferencias de acuerdo con el estrato social. Los disfraces que los niños tienen varían en cantidad y calidad, pero el uso que hacen de ellos no refleja desigualdades.<sup>39</sup>

### ***Socialización secundaria***

El contexto de juego, en el que se establecen las relaciones sociales en la infancia, en el siguiente grupo de edad, se amplía hacia otros dos espacios: el barrial (dado que ganan más autonomía) y el escolar, al que comienzan a asis-

39. Estas descripciones pueden observarse en algunas notas de campo: “en el cuarto de juegos tiene una serie de juguetes de colores, desde muñecos de peluche con personajes de Disney (Minnie, el Pato Donald, entre otros), osos, cocina de plástico de color rosa y violeta, bebotes, cochecitos para llevar a los bebotes, libros, cubo con colores, disfraces de princesas, de Blancanieves” (niña cero a dos años, hogar monoparental, estrato alto).

tir obligatoriamente a los cinco años, pero al que (en la mayoría de nuestros casos) comienzan a hacerlo desde los tres años.

Al desplazar la atención del espacio doméstico al espacio barrial, la división social se vio alterada, y pudieron identificarse dos tipos diferentes de pertenencia con el barrio: los niños y las niñas que viven en villas o en barrio cerrados se mueven con más autonomía dentro del barrio, que aquellos que viven en espacios más urbanizados, sean residenciales o edificios. Si bien parecería verse reducida la brecha social en esta propiedad en particular del análisis, los motivos por los que esto sucede son muy diferentes. Si bien los niños y las niñas que residen en barrios privados gozan de autonomía, dado que la circunscripción barrial se encuentra resguardada de seguridad en sus límites y controles de velocidad en las calles, en las villas y los barrios con urbanización informal la situación cambia rotundamente. Sin embargo, como en algunos de los barrios que visitamos en el marco de las entrevistas, los pasillos entre las viviendas no permiten la circulación de vehículos, por ejemplo, por lo que los niños pueden correr libremente sin riesgo de ser atropellados.<sup>40</sup> La libertad con la que se mueven en el interior del espacio barrial estos niños da origen a una agencia de socialización que no está presente en los casos de los niños y las niñas de los dos segmentos de edad (de tres a ocho) que viven en edificios o en barrios residenciales, y son los amigos del barrio.<sup>41</sup>

Sin duda, la socialización secundaria tiene lugar también el juego con otros y en los juegos de reglas, que implican necesariamente una representación simultánea y compartida de los objetos y las acciones por parte de todos los participantes. Estos juegos se ven regulados por reglas que deben ser necesariamente acordadas, o al menos aceptadas, por todos los jugadores. En un primer momento, son entendidas como naturales, indiscutibles e inmutables, en estrecha relación con la autoridad adulta. Esto evidencia un nuevo progreso cognitivo, un pensamiento más flexible y heterónimo, que posibilita una nueva forma de jugar entendida por Piaget como actividad propia del ser socializado (Aizencang, 2012).

Esta actividad propia del “ser socializado” caracteriza al tercer grupo de niños y niñas analizados, de seis a ocho años de edad, que ya son autónomos y asisten regularmente a la escuela, donde establecen vínculos con pares y

40. No obstante, el vínculo entre el hacinamiento y el desplazamiento de los miembros de los hogares a la calle es un fenómeno que fue observado y reflejado en los relatos de las madres entrevistadas. En estas viviendas, fue usual observar que la puerta permanecía abierta, y los pasillos se constituían en parte de la casa. En estos pasillos, se suele ver a los niños y las niñas, aun cuando son pequeños, jugando o simplemente sentados mirando. En este sentido, se conjetura que la falta de espacio precipita la salida de los niños y las niñas pequeños al espacio público de los pasillos de las villas.

41. La madre de una niña de seis años (hogar monoparental, estrato bajo), con quien reside en una villa de la ciudad de Buenos Aires, expresó que los principales amigos de la niña son del barrio. Se trata de niñas de la misma edad, con las que se conocen desde chiquitas, quienes viven muy cerca y se visitan mutuamente con absoluta autonomía.

comparten actividades lúdicas. En este contexto, se diversifican las actividades que los niños realizan, y se evidencia también que el juego organizado y las actividades deportivas (en equipos, por ejemplo) son más comunes en los chicos de hogares del estrato alto, mientras que, entre los de estrato bajo, es más corriente el juego al aire libre (principalmente, andar en bicicleta). En uno de los casos de la muestra, una niña de siete años en un hogar de estrato alto presenta una compleja agenda, en la que participa de actividades deportivas y artísticas, como teatro, folclore y natación. Mientras que una niña de la misma edad, en un hogar de estrato bajo, participa en un club barrial de una actividad de tae-kwon-do, con sus amigas del barrio. En este aspecto en particular, se observan las desigualdades sociales en las oportunidades de socialización, de diversificación de los espacios y de las posibilidades de juego grupal.

## Conclusiones

Este breve recorrido realizado sobre las diferentes formas familiares de garantizar el bienestar y la socialización de los niños y las niñas nos permite arribar a las siguientes conclusiones. Por un lado, en relación con la *estimulación*, observamos que los consensos en el campo científico en torno a la importancia de la estimulación emocional, motora e intelectual en el desarrollo del niño y la niña, tal como hemos visto a lo largo del artículo, son amplios y de larga data. Sin embargo, las formas en que los niños y las niñas son estimulados se muestran diversas y responden a múltiples factores sociales, culturales, humanos y físicos.

Entre las propiedades emergentes de esta investigación, se destaca la estimulación del sueño, que presenta uniformidades, como el uso de la función de amantar o alimentar con biberón, la situación de colecho, el baño y el uso de ambientaciones que incluyen nanas o cuentos.

Sin embargo, es de interés señalar que la situación de colecho se produce en los hogares en situación de pobreza con relativa independencia del tipo de configuración familiar, por falta de espacio o falta de colchón para cada uno de los miembros del hogar. Asimismo, este fenómeno es particularmente habitual en estos hogares en condición de monoparentalidad, en los que las condiciones de precariedad en las condiciones habitacionales se profundizan. Mientras que, en el caso de hogares de estrato alto, en el que cada miembro del hogar tiene su cama, su colchón y su habitación, también se registraron situaciones de colecho, pero sobre todo en el interior de hogares monoparentales. En estos hogares, aparece como una forma de estimular el sueño de los niños y las niñas, con relativa autonomía de la edad de éstos.

La estimulación del sueño a través del baño o una ambientación espacial apareció como una propiedad en los hogares de estratos altos. En estas prác-

ticas, las madres reconocen un saber sobre la importancia de la estimulación emocional del niño y la niña, que se extiende a la situación de amantar. Cuando los niños y las niñas son más grandes, la estimulación del sueño en estos hogares se realiza a través del baño, como elemento organizador de una rutina previa al momento del descanso, y con el fomento de hábitos particulares, como la lectura o momentos controlados de exposición a pantallas. Mientras que, en los hogares de estrato bajo, se advierte una carencia de funciones organizadoras del tiempo de los niños y las niñas. Más específicamente, se observó con regularidad que los horarios de sueño nocturno de los niños y las niñas no están establecidos y que, además, suelen ser tardíos. Al mismo tiempo, se advierte que, en este estrato social, el amantar al niño y la niña es una función que ejercen las madres a demanda durante más tiempo que en el estrato alto, y asociada a una función de alimentación y control de estados emocionales del niño y la niña. No se reconoce en esta función una intencionalidad asociada a la estimulación del niño y la niña, aun cuando en la práctica puede serlo.

En el campo de la estimulación motriz e intelectual a través del juego y otros estímulos ambientales, se observaron importantes desigualdades sociales. Es fácil advertir que las desigualdades se encuentran en los recursos físicos de los hogares, como por ejemplo la falta de espacio y las características de la vivienda, que de alguna manera limitan las oportunidades de juego y la exploración de la motricidad de los niños y las niñas en la etapa de deambular. Por un lado, se observó que los niños y las niñas no suelen estar en el piso y, por otro lado, que no tienen acceso autónomo a juguetes u otros objetos con los que jugar. Estas restricciones parecen estar asociadas a los límites del espacio y sus condiciones deficitarias, que pueden representar riesgos para los niños y las niñas desde la perspectiva de sus madres. Asimismo, se advierten límites relacionados con el bajo clima educativo de los hogares y que se evidencia en un intercambio acotado y poco diversificado desde la palabra, la gestualidad, y en los juegos compartidos.

Asimismo, pudo observarse que, en los hogares con recursos educativos elevados, no sólo existe una estimulación ambiental que podría calificarse hasta excedida en términos de las necesidades del niño y la niña, sino que es acompañada por una estimulación de la motricidad, el intelecto y las capacidades sociales a través del juego. En este contexto social, no existen límites para explorar a través del juego y, además, hacerlo con otros adultos y pares. Al mismo tiempo, existe, por parte de los adultos de referencia, una clara intencionalidad en los estímulos elegidos y construidos para sus hijos, y en la orientación al desarrollo de capacidades emocionales, intelectuales, motrices y sociales. Es decir que existen los recursos, pero también la capacidad de transformarlos en activos para sus hijos.

Otro aspecto importante para destacar es que los hogares de estrato alto, y en particular en los monoparentales, apareció con centralidad la provisión

de *cuidado a través de los alimentos*. Es conocido que, en la cultura occidental, las pautas alimentarias son transmitidas de modo prioritario por las madres. Sin embargo, parece revelador la carga de sentido puesta en los alimentos y su preparación. A través de la preparación personal de las comidas, las madres no sólo buscan garantizar la calidad de los alimentos que ingieren sus hijos en una especial valoración de lo natural, lo casero, lo saludable, sino también como demostración de afecto. Se conjetura que esta especial dedicación a la preparación de los alimentos, que los niños y las niñas luego llevan a la escuela, busca suplir la ausencia de la comensalidad, que en estos hogares suele restringirse al momento de la cena. También cabe considerar que las madres, en el marco de estos hogares ricos en estructuras de oportunidades, tienen bastante acotadas sus funciones de socialización, en la medida en que sus hijos pasan en promedio 8 horas en el espacio escolar, y varios días de la semana 1 ó 2 horas más en actividades extraescolares en el campo de la formación deportiva o cultural.

Esta disposición y este goce en relación con la preparación de los alimentos de los niños y las niñas adquieren otra forma en el marco de los hogares en situación de pobreza. En estos hogares, el acceso a los alimentos es una preocupación, y conseguirlos, una ocupación. No se advirtió en las madres una especial preocupación por la calidad de los alimentos ni capacidades para su elaboración. El acceso a los alimentos es la cuestión. Este recurso esencial para el sostenimiento de la vida de los niños y las niñas, en muchos casos, no es provisto por las familias, sino que es conseguido en la comunidad o en servicios sociales del Estado (comedores comunitarios o escolares). En tal sentido, los servicios alimentarios comunitarios y escolares son una clara oportunidad para las infancias en situación de vulnerabilidad social, pero también un riesgo en la medida en que estos espacios no están adecuadamente supervisados por sanidad y provistos de una dieta integral. En este contexto, los niños y las niñas también tienen restringidas sus oportunidades para la comensalidad familiar.

Por otro lado, también se observó que la *atención de la salud* del niño y la niña es de carácter preventiva en las familias de estrato alto. Los hábitos preventivos se observan no sólo en los controles periódicos y la vacunación, sino también en las consultas a especialistas en diferentes disciplinas. Asimismo, se establecen pautas de cuidado y crianza que se vinculan con la salud del niño y la niña, como la alimentaria, antes referenciada, pero también la bucal y la psicológica. Mientras que, en los hogares de estrato bajo, la atención de la salud del niño y la niña es de carácter preventiva en el primer año de vida, y luego parece restringirse a la atención de la enfermedad o síntomas. Aunque en el marco de las contraprestaciones de la AUH los niños y las niñas concurren de modo más frecuente al pediatra, para controles.

Es claro que las familias en el estrato bajo tienen déficit de recursos físicos, humanos y sociales para desarrollar y sostener una estrategia de cuidado de la salud del niño y la niña en el tiempo. Las ofertas de servicios de salud a

los que tienen acceso estos sectores sociales suponen una inversión de tiempo relevante en la medida en que deben tomar turnos de modo presencial, haciendo colas en servicios hospitalarios y salitas barriales. La gestión de los turnos y la asistencia con los niños y las niñas a los centros de salud aparecen como una tarea sustancial en la vida de las madres, y en particular en las madres en hogares monoparentales. Para estas últimas, no sólo implican organización de una rutina, sino que además suponen la movilización de recursos sociales escasos que las suplan en otras tareas de cuidado, como la atención de otros niños y niñas, su retiro de la escuela, entre otras tareas de reproducción domésticas.

No obstante, cabe señalar que la escolarización temprana de los niños y las niñas en centros educativos de gestión pública cumple un rol importante de salud preventiva, que parece producir un círculo virtuoso con los hogares, en términos de concientización y formación de padres en hábitos saludables.

Los niños y las niñas en el marco de hogares monoparentales tienen inhibido el contacto fluido y a demanda con sus dos principales adultos de referencia. En tal sentido, se advierte que los niños y las niñas en hogares biparentales tienen un vínculo más practicable, y del que participan directamente, demandando cuidado, protección, apoyo y acompañamiento. No obstante, esta situación de relativa desventaja en condiciones de pobreza socioeducativa y residencial se convierte en un obstáculo que profundiza la vulnerabilidad de las familias en la trasmisión de activos a sus hijos y sus hijas. En estos contextos sociales, las familias monoparentales (en los casos observados, siempre mamá e hijos) suelen desarrollar sus vidas en el marco de hogares extensos, con abuelos y otros familiares. Esta situación de familia extensa puede ser favorable en tanto los niños y las niñas disponen de más adultos proveedores de activos (cuidado, estimulación, entre otros).

Mientras que, en el caso de los hogares monoparentales, pero con alto clima educativo, el núcleo suele permanecer acotado a la madre y sus hijos. Los niños y las niñas experimentan límites en la disponibilidad de recursos humanos de apoyo emocional, pero éstos suelen ser reemplazados por personal de cuidado doméstico contratado y otros familiares que los niños y las niñas visitan o por los que son visitados. Es decir que la familia extensa de los sectores populares es construida en los sectores medios altos a través de recursos humanos contratados en el mercado y algunos recursos humanos familiares disponibles de modo eventual.

En los hogares con bajo clima educativo y en contextos de espacios residenciales de villas o asentamientos urbanos, se advirtió la prevalencia de un patrón familiar más tradicional en el que los hombres son proveedores en los primeros años de vida del niño y la niña, y las madres, las principales responsables del cuidado infantil. Mientras que, en los mismos contextos pero en condiciones de monoparentalidad, se profundiza de modo superlativo la vulnerabilidad social, en la medida en que los hombres tienden a abandonar

las responsabilidades de manutención, y las mujeres asumen el doble rol de sustento y cuidado.

En los hogares de clima educativo alto y en contextos de espacios residenciales formales de nivel medio alto, se advierte que las mujeres mantienen inserciones socioocupacionales de medio tiempo, compatibles con tareas de cuidado que al mismo tiempo son compartidas con servicios personales de cuidado privado, como empleadas domésticas, y servicios de cuidado o educativos de mercado. Además, existe disponibilidad paterna para el ejercicio de tareas de cuidado, y en particular a medida que los niños y las niñas crecen.

Por último, puede destacarse que, en estos hogares, pero en condiciones de monoparentalidad, se reconoce un fenómeno incipiente, que es el de la distribución equitativa de funciones de cuidado en el marco de una situación de equidad en la generación del sustento familiar. Es decir que, en aquellas situaciones en que tanto la madre como el padre tienen inserciones ocupacionales de tiempo completo, el cuidado de los niños y las niñas es compartido con el mercado, otros familiares (abuelos) y los padres, en una situación de equilibrio en la distribución de responsabilidades, tiempos, entre otros. Sin embargo, ésta no parece ser una situación muy extendida en la medida en que, en el caso de hogares donde el padre tiene más edad que su cónyuge, o los niños y las niñas son más grandes, el patrón es más tradicional, y las responsabilidades de cuidado son eventuales para los padres e invariables para las madres.

En los hogares de estrato alto, a diferencia de lo observado en los hogares de estrato bajo, también se advierte una participación activa de los niños y las niñas demandando/reclamando la disponibilidad parental, y en un vínculo más directo con la figura paterna no conviviente.

La socialización secundaria de los niños y las niñas en el estrato alto, y más tempranamente en los hogares monoparentales, se desarrolla en espacios educativos formales y estructurados, por lo general, en la órbita del mercado. Los padres de estos niños y estas niñas seden tempranamente al mercado funciones de socialización y formación. Lo hacen bajo una impronta de fuerte control social que se reconoce en el hábito de revisar cuadernos, asistir a reuniones y actos, interacción con sus hijos y sus hijas en torno a cuestiones escolares y con otros padres, entre otros. Los procesos de socialización y formación se extienden más allá del espacio escolar, en actividades deportivas y culturales, estructuradas en ofertas de mercado de alta calidad. En estos espacios restringidos, los niños y las niñas construyen sus círculos de relaciones sociales con pares que, por lo general, cumplen los roles de compañero de escuela, miembro de equipo, competidor, cumpleaños, amigo, entre otros.

En los hogares de estrato bajo, en el espacio de las villas o asentamientos urbanos, tienen mayor acceso que en otros espacios residenciales a ofertas de centros de cuidado infantil en la órbita de la gestión pública y de los Ministerios de Desarrollo Social. También existe una mayor oferta que en otros es-

pacios residenciales de escuelas con nivel de educación inicial y primario con jornada extendida. Si bien los niños y las niñas comienzan a asistir a estos centros de cuidado o educativos más tardíamente que pares en el estrato alto, salvo en el caso de hogares monoparentales en los que las madres tienen un empleo, su inclusión en ellos es temprana. Otra diferencia cualitativa es que estos niños y estas niñas asisten, en una primera etapa, a centros de cuidado infantil bajo la órbita de acción social, y no de educación; mientras que los niños y las niñas en el estrato alto suelen ser incluidos en centros de educación inicial. Estos centros de cuidado infantil cumplen funciones básicas de atención del niño y la niña, y de provisión de alimentos. Esta segunda función es altamente valorada por las madres.

Los niños y las niñas de este estrato social encuentran en la educación inicial y primaria una de las primeras oportunidades de socialización, con roles diferentes de los familiares en un sentido extenso (que incluye tíos y primos). El espacio barrial es una extensión de lo familiar, y el espacio escolar es el emergente de nuevos roles en la vida del niño y la niña, en adultos y en pares. Se conjetura que las relaciones de los niños y las niñas en estos espacios socioresidenciales se encuentran más restringidas a los compañeros de la escuela y a los amigos del barrio (que son los del pasillo, la cuadra), es decir que no son necesariamente los mismos.

## Bibliografía

- AGUIRRE, P. (2007), "Qué puede decirnos una antropóloga sobre alimentación", 5° Congreso Internacional de Cardiología por Internet.
- AIZENCANG, N. (2012), *Jugar, aprender y enseñar*, Buenos Aires, Manantial.
- CALMELS, D. (2007), *Juegos de crianza. El juego corporal en los primeros años de vida*, Buenos Aires, Biblos.
- CIPPEC (2014), "Los modelos de gestión de los servicios de comedores escolares en la Argentina", documento de trabajo, N° 121, pp. 1-39.
- DE BARROS, K., A. FRAGOSO, A. DE OLIVEIRA, J. CABRAL FILHO y R. DE CASTRO (2003), "Do Environmental Influences Alter Motor Abilities Acquisition? A Comparison Among Children from Day-Care Centers and Private Schools", *Arq. Neuropsiquiatr.*
- DE GIALDINO VASILACHIS, I. (2003), *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*, Barcelona, Gedisa.
- DELGADO-BECERRA, A., L. ARROYO-CABRALES, M. DÍAZ-GARCÍA y C. QUEZADA-SALAZAR (2006), "Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 63, N° 1.
- DUEK, C. (2014), *Juegos, juguetes y nuevas tecnologías*, Buenos Aires, Capital Intelectual.

- FARAH, M., L. BETANCOURT, D. SHERA, J. SAVAGE, J. GIANNETTA, N. BRODSKY *et al.* (2008), "Environmental Stimulation, Parental Nurturance and Cognitive Development in Humans", *Developmental Science*, vol. 11, N° 5, pp. 793-801.
- FAO (2014), *The State of Food and Agriculture Innovation in family farming*, Roma, Food and agriculture organization of the United Nations.
- GIEP (1996), *Cuidando el potencial del futuro. El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay*, Montevideo.
- GLANZER, M. (2000), *El juego en la niñez. Un estudio de la cultura lúdica infantil*, Buenos Aires, Aique.
- GLASER, B. y A. STRAUSS (1967), *The Discovery of Grounded Theory*, Londres, Weidenfeld and Nicholson.
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO (2007), *Políticas públicas y Derechos Humanos del niño. Observaciones generales*, Montevideo, OEA.
- JENKS, C. (2005), *Childhood*, Oxon, Routledge.
- JONES, D., H. MANZELLI y M. PECHENY (2007), "La teoría fundamentada, su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C", en A.L. Kornblit, *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis*, Buenos Aires, Biblos, pp. 47-76.
- KAZTMAN, R. y F. FILGUEIRA (2001), *Panorama de la infancia en Uruguay*, Montevideo, Universidad Católica del Uruguay.
- LAHIRE, B. (2007), "Infancia y adolescencia, de los tiempos de sometidos a constricciones múltiples", *Revista de Antropología Social*, N° 16, pp. 21-38.
- MARZONETTO, G. y L. MARTELOTTE (2014), "¿Cómo se organiza el cuidado en la Argentina? Algunas respuestas a partir del análisis de cinco centros urbanos", *Cuestión de derechos*, pp. 29-50.
- NEWSON, E. y J. NEWSON (2008), *Infant Care and Motherhood in Urban Community*, Nueva Jersey, Transaction Publishers.
- OIT (2012), *Un buen comienzo. La educación y los educadores de la primera infancia*, Ginebra.
- OMS (2014), *Estadísticas Santitarias Mundiales. Una mina de información sobre salud pública mundial*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OSORIO, E., L. TORRES-SÁNCHEZ, M.D. HERNÁNDEZ, L. LÓPEZ CARRILLO y L. SCHNAAS (2010), "Stimulation at Home and Motor Development Among 36-Month-Old Mexican Children", *Salud pública México*, pp. 14-22.
- PIAGET, J. (1954), *The Construction of Reality in the Child* (1937), traducción, Nueva York, Basic Books.
- PRENSKY, M. (2010), *Nativos e inmigrantes digitales*, Buenos Aires, Eco Sek.
- RICHAUD DE MINZI, M. (2007), "Fortalecimiento de recursos cognitivos, afectivos, sociales y lingüísticos en niñez en riesgo social ambiental por pobreza, un programa de intervención", en M. Richaud De Minzi y M. Ison, *Avances en investigación en ciencias del comportamiento en Argentina*, Mendoza, Universidad del Aconcagua.
- RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. y L. PAUTASSI (2014), *La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de cuidados en Argentina*, Buenos Aires, ELA.

- SONEIRA, A. (2006), “La «teoría fundamentada en los datos» (*grounded theory*) de Glaser y Strauss”, en I. Vasilachis, *Estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa, pp. 153-174.
- TAYLOR, J. y R. BOGDAN (2010), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- TORRALVA, T., I. CUGNASCO, M. MANSO, F. SAUTON, M. FERRERO, A. O'DONNELL *et al.* (1999), “Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida, su relación con la estimulación ambiental y el nivel socioeconómico”, *Archivo Argentino de Pediatría*, vol. 97, N° 5, pp. 306-316.
- UNICEF (2012), *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*, Buenos Aires, Unicef- Kaleidos.
- ZELIZER, V. (2009), *La negociación de la intimidad*, Buenos Aires, FCE.