

DOCUMENTO DE TRABAJO N°142
NOVIEMBRE DE 2015

SERIE PRIMERA INFANCIA

Diagnóstico de la primera infancia en la Argentina

MALENA ACUÑA

Programa de Protección Social y Programa de Educación.
Este documento fue elaborado bajo la dirección del Dr.
Fabián Repetto, en el marco del proyecto "Primera infancia
en agenda".

<http://cippec.org/primerainfancia>

Índice

Resumen ejecutivo.....	3
Presentación	4
Introducción.....	5
1. Demografía.....	7
2. Pobreza infantil.....	9
3. Salud.....	15
4. Nutrición.....	19
Síntesis del diagnóstico	26
Anexo I.....	28
Bibliografía	30
Acerca de la autora.....	34

Índice de gráficos

Gráfico 1. Población argentina de 0 a 4 años y población total. Total país. 2001 y 2010.....	7
Gráfico 2. Tasa de pobreza infantil y total. Total aglomerados urbanos. 2003-2014	10
Gráfico 3. Tasa de indigencia infantil y total. Total aglomerados urbanos. 2003-2014.....	10
Gráfico 4. Personas que viven en hogares con NBI, infantes y total. Total país. 2001 y 2010.....	11
Gráfico 5. Edad promedio de las mujeres al tener su primer y último hijo y cantidad promedio de hijos, según nivel de ingreso per cápita del hogar. Total aglomerados urbanos. 2012	12
Gráfico 6. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal. Total país. 1990-2013.....	16
Gráfico 7. Tasa de mortalidad infantil, por provincia. 2013.....	16
Gráfico 8. Porcentaje de defunciones infantiles, neonatales y posneonatales reducibles. Total país. 1990-2013.....	17
Gráfico 9. Porcentaje de niños con inicio de la lactancia antes de la primera hora del nacimiento. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010	20
Gráfico 10. Porcentaje de niños de 0 a 6 meses con lactancia materna exclusiva. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010.....	21
Gráfico 11. Consumo semanal de alimentos en niños de 2 a 5 años, por grupo de alimentos. Total aglomerados urbanos relevados. 2014	22
Gráfico 12. Prevalencia de diagnósticos antropométricos nutricionales de niños de 6 a 60 meses (5 años), según condición de pobreza y total. Total país. 2005	24

Resumen ejecutivo

La primera infancia, entendida aquí como la etapa que abarca entre el embarazo y los primeros 4 años de vida, es un período crucial para el desarrollo físico, intelectual y emocional de las personas.

Partiendo de esta convicción, el área de Desarrollo Social de CIPPEC se propuso trabajar en el proyecto “Primera Infancia en Agenda”, con el objetivo de instalar la problemática de la primera infancia como tema fundamental de la agenda pública. Se pretende contribuir con el fortalecimiento de las políticas públicas en la materia desde un enfoque integral, que incorpore a los distintos sectores, niveles de gobierno y diferencias de contexto en un país tan diverso y federal como la Argentina. Es en el marco de este proyecto que se desarrolla el presente documento.

Este trabajo es el segundo de una serie de cinco documentos sobre la primera infancia, un período crucial para el desarrollo físico, intelectual y emocional de las personas. Esta publicación realiza un diagnóstico de la situación de la primera infancia en la Argentina, para enriquecer el debate y aportar datos estadísticos que puedan ser utilizados como referencia para el diseño e implementación de futuras políticas públicas integrales destinadas a este grupo etario.

El documento consta de cuatro apartados. El primero analiza la evolución poblacional de los niños y describe la etapa en la que se encuentra el país en la transición demográfica. El segundo presenta datos de pobreza infantil y muestra que, aunque la pobreza decayó, **está** cada vez más infantilizada. El tercero está dedicado a la situación de la salud infantil y evidencia que todavía se observa un alto porcentaje de muertes infantiles y maternas prevenibles, y que el progreso argentino ha sido menos acelerado que el de la región en los últimos años. El cuarto considera información sobre la nutrición de los niños y las madres gestantes, referida a la lactancia materna, el consumo de alimentos fuente de nutrientes esenciales y la prevalencia de distintos diagnósticos nutricionales, anemia e inseguridad alimentaria. La última sección contiene las reflexiones finales de este estudio.

Así, el diagnóstico realizado evidencia que, más allá de los avances alcanzados, la Argentina tiene todavía importantes desafíos pendientes en la atención de los más pequeños y una gran oportunidad para encararlos exitosamente.

Agradecimientos

La autora agradece especialmente a Fabián Repetto, Cecilia Veleda, Gala Díaz Langou y Carolina Aulicino por su apoyo y orientación durante el proyecto y por sus valiosos comentarios y sugerencias a versiones previas del documento.

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

Presentación

Partiendo de la convicción acerca de la importancia de priorizar e invertir en políticas de primera infancia, el área de Desarrollo Social de CIPPEC se propuso trabajar en el proyecto “Primera infancia en agenda”. El objetivo es instalar la problemática de la primera infancia como tema fundamental de la agenda pública de una nueva etapa político-institucional del país. Se pretende contribuir a fortalecer las políticas públicas desde un enfoque integral, que incorpore a los distintos sectores y niveles de gobierno, y atienda las diferencias de contexto en un país tan diverso y federal como la Argentina. Una política integral para la primera infancia requiere abordar al menos tres dimensiones centrales: salud y nutrición, transferencias y licencias, y desarrollo infantil temprano (educación inicial y servicios de cuidado). Parte de los esfuerzos realizados en este proyecto están plasmados en la página web Primera Infancia en Agenda (<http://cippec.org/primerainfancia>).

En este contexto, el proyecto se propone realizar una serie de cinco documentos en torno a la primera infancia. El primer documento analiza la importancia de las políticas públicas para primera infancia desde un enfoque de derechos, eficiencia y equidad¹. El segundo documento analiza la situación sociodemográfica de la primera infancia en la Argentina y presenta un diagnóstico comprensivo. El tercer documento se propone analizar, desde el mencionado enfoque de derechos, las políticas existentes en el nivel nacional en cuatro dimensiones: salud y nutrición, licencias y transferencias, educación inicial y cuidado e institucionalidad. El cuarto documento presentará un análisis de la inversión actual en primera infancia y un ejercicio de costeo de una serie de recomendaciones de política pública para avanzar hacia una política integral de primera infancia, elaboradas por CIPPEC. Finalmente, el quinto documento presenta las lecciones aprendidas de la experiencia internacional en materia de políticas integrales de primera infancia.

Este documento es el segundo de la serie. Presenta un breve diagnóstico de la situación de la primera infancia en la Argentina² en materia poblacional, de pobreza infantil, de salud y nutrición³. Así, busca enriquecer el debate y aportar datos estadísticos que puedan ser utilizados como referencia para el diseño e implementación de futuras políticas públicas integrales destinadas a la primera infancia.

El primer apartado analiza la evolución poblacional de los niños; el segundo presenta datos de pobreza infantil; el tercero está dedicado a la situación de la salud infantil; el cuarto aborda a la nutrición de los niños y las madres gestantes. La última sección contiene las reflexiones finales de este estudio.

¹ Mientras del segundo al quinto documento los trabajos siguen una numeración consecutiva (Documento de Trabajo N° 142 a 145), al haber sido publicado con anterioridad, el primer documento tiene un número anterior (N° 130).

² Como la información en relación a la primera infancia en la Argentina es dispersa, fragmentada e incompleta, la elaboración de este diagnóstico requirió previamente un trabajo de recopilación y sistematización de datos con el objetivo de presentar un panorama lo más acabado posible de su estado de situación.

³ Existen muchas otras cuestiones que también son importantes para analizar el bienestar de los más pequeños en la Argentina. Esta serie, por ejemplo, contempla el análisis de varios aunque no todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) planteados a nivel internacional. Información acerca del alcance de las políticas destinadas a satisfacer sus derechos puede encontrarse en Aulicino, Gerenni y Acuña (2015); en particular sobre el acceso a servicios de salud, nutrición, educación y cuidado y el acceso por parte de las familias al tiempo y dinero necesarios para cuidar.

Introducción

La primera infancia, entendida como la etapa que abarca entre el embarazo y los primeros 4 años de vida, es un período crucial para el desarrollo físico, intelectual y emocional de las personas. Pocas afirmaciones encuentran una aceptación tan unánime entre educadores, médicos, psicólogos, neurólogos, nutricionistas, economistas e investigadores de las más diversas áreas sociales (Aulicino, 2015). Lentamente ese consenso va permeando a la clase política en diversos lugares del mundo, América Latina en particular.

Priorizar la primera infancia es la mejor decisión que puede tomar un país, ya que permite alcanzar, al mismo tiempo, objetivos de equidad y eficiencia e impacta positivamente en el futuro de los más de 3 millones de niños entre 0 y 4 años que habitan en nuestro país, y en el de toda la sociedad. Varios argumentos respaldan esta afirmación. Sin embargo, el principal argumento sobre la importancia de invertir en políticas integrales de primera infancia proviene del enfoque de derechos: la Declaración de los Derechos del Niño (1959) y su consiguiente Convención (1989) establecen el derecho de todos los niños y niñas al desarrollo pleno de sus potenciales. En la Argentina, la Ley 26.061/2005 y la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño establecieron un nuevo paradigma de protección integral, que implica reconocer a los niños como sujetos de derecho y promueve una nueva institucionalidad, que involucra a un conjunto de organismos, entidades, actores y servicios –de los tres niveles de gobierno- en relación con la infancia.

Siendo este el argumento central, es posible mencionar, también, los aportes realizados por las neurociencias, que han demostrado que en los primeros años de vida el cerebro se desarrolla muy rápidamente y es particularmente sensible a los entornos de crianza ricos y estimulantes. En segundo lugar, las investigaciones económicas muestran que las inversiones en primera infancia tienen tasas elevadas de retorno, en términos de la rentabilidad futura de la sociedad en su conjunto, de hasta US\$ 17 por cada US\$ 1 invertido, según estimaciones de Heckman (UNICEF, 2010; Alegre, 2013). En tercer lugar, existe un argumento demográfico acerca de la importancia de la inversión en primera infancia. La Argentina está atravesando el proceso de transición demográfica y es imprescindible invertir en primera infancia para aprovechar el bono demográfico⁴, que solamente durará unos 30 años más (Filgueira y Aulicino, 2015). En cuarto lugar, la inversión en primera infancia puede contribuir a revertir la desigualdad de género tan presente en materia de cuidado, donde las mujeres continúan siendo las principales proveedoras de cuidado dentro de sus hogares (Aulicino, Cano, Díaz Langou, y Tedeschi, 2013).

Si bien la Argentina evidenció importantes avances en la inclusión social en tiempos recientes, todavía tiene una deuda en materia de primera infancia. Existe una amplia brecha entre las normas que garantizan derechos y su efectivo ejercicio. Los avances realizados no conforman aún una política integral de primera infancia de amplio impacto. El principal desafío a futuro consiste en reducir las inequidades para que los niños puedan ejercer efectivamente sus derechos más allá del nivel económico y la categoría sociolaboral del hogar, y el lugar en que nacen y viven.

Los esfuerzos políticos, técnicos y fiscales que este desafío implica son importantes. La situación actual es compleja: las tasas de pobreza infantil son altas y mayores que las tasas de la población en general. La región de América Latina comparte en gran medida esta situación y ha

⁴ El bono demográfico es el periodo en el que hay muchos trabajadores potenciales por persona dependiente y se denomina también ventana de oportunidades demográfica. Para mayor información acerca de la relación entre la transición demográfica y la importancia de invertir en políticas de primera infancia ver Filgueira y Aulicino (2015).

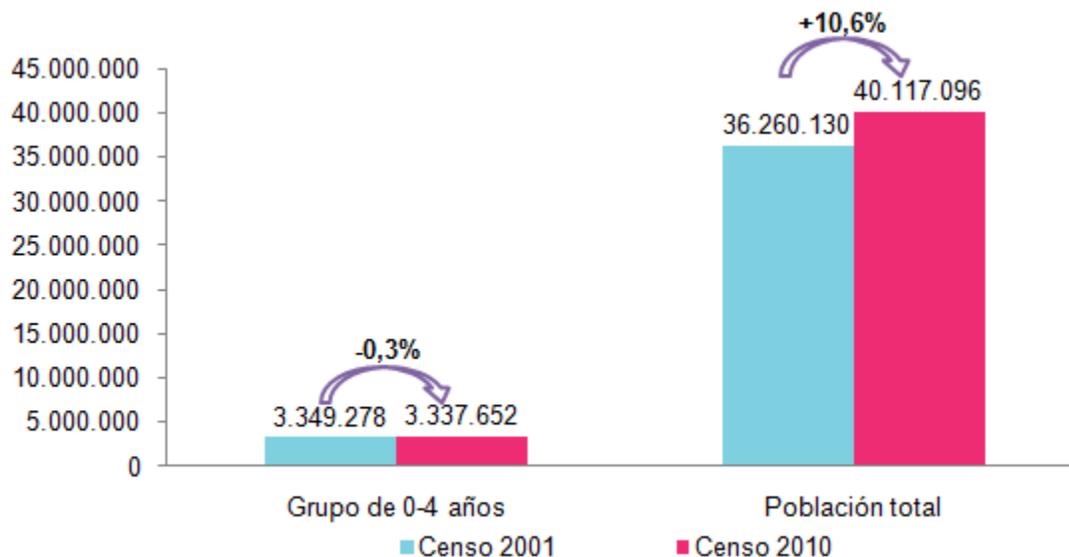
realizado avances hacia abordajes integrales de la primera infancia. La Argentina no puede seguir quedándose atrás.

1. Demografía

Según el último censo realizado en la Argentina en 2010, 3.337.652 niños tienen entre 0 y 4 años, lo que implica que un **8,3% de la población total del país es menor de 5 años** (INDEC, 2010). La concentración de estos niños en el territorio es muy despareja y coincide en gran medida con la distribución de la población general: se destaca la provincia de Buenos Aires, que alberga el 38,8% de este grupo etario y supera cinco veces a Córdoba, que ocupa el segundo lugar con el 7,8%. Por otro lado, 89,6% de los niños vive en ámbitos urbanos y el resto en el ámbito rural (3,4% en el rural agrupado y 7% en el rural disperso)⁵.

Como se observa en el **gráfico 1**, mientras que **la población total aumentó un 10,6% entre los últimos dos censos nacionales, la población de 0 a 4 se estancó** (estrictamente, disminuyó 0,3%, por lo que cayó significativamente su peso relativo en el conjunto de la población pasando de 9,2% al mencionado 8,3%). Según las proyecciones poblacionales del INDEC, mientras la población total aumentó 17% entre 2001 y 2015, el grupo de 0 a 4 años creció apenas 5%⁶.

Gráfico 1. Población argentina de 0 a 4 años y población total. Total país. 2001 y 2010



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

La Argentina está atravesando un proceso demográfico determinado por la disminución sostenida de la fecundidad y la mortalidad. Gracias a que el fenómeno de descenso de la fecundidad ha tenido un mayor efecto que el aumento la longevidad, **la Argentina** (al igual que muchos otros países de la región) **está en una etapa de bono demográfico** caracterizada por una baja tasa de dependencia: menos población inactiva (niños y adultos mayores) en relación a la población activa. El bono demográfico argentino comenzó en 2002 y durará hasta aproximadamente 2043, un período que resulta 10 años más corto que el promedio de América

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

⁶ Incluso se estima que en 13 provincias (principalmente en el norte del país) hubo un decrecimiento de los niños en esta franja etaria entre 2001 y 2015.

Latina, estimado de 2002 a 2053 (CIPPEC, sobre la base de CELADE-CEPAL)⁷. Esta etapa constituye **una gran oportunidad que no debe desperdiciarse**: es un período único en el cual se necesitará un menor esfuerzo de parte de la población en edad de trabajar para aumentar los recursos destinados a la población de menor y mayor edad y, por ende, para mejorar su atención y calidad de vida, así como la productividad futura de la sociedad en su conjunto.

⁷ Aunque no hay definición unánime sobre cómo medir el bono demográfico, se ha optado por usar una de las más usuales: período en que la relación de dependencia se mantiene por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas (por debajo de 66,6%).

2. Pobreza infantil

La Argentina no escapa al fenómeno de **infantilización de la pobreza** que atraviesa a América Latina, caracterizado por niveles de pobreza más elevados en la infancia que en la población general.

Los **gráficos 2 y 3** evidencian que **la tasa de pobreza por ingresos de los niños entre 0 y 4 años es mucho mayor que la referida a la población total**: el segundo semestre de 2014, 21,6% de los infantes eran pobres y 9,2% indigentes, frente a 12,9% y 5,5% respectivamente en la población general (tomando una línea de pobreza de US\$ 4 al día y de indigencia de US\$ 2,5 al día, ajustadas por paridad del poder adquisitivo, PPA⁸) (CEDLAS, 2015)⁹. Este diagnóstico también se verifica al observar otras formas posibles de medir pobreza: el **gráfico 4** muestra que en 2010 un 22,3% de los niños de hasta 4 años vivían en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), frente al 12,5% de la población total (INDEC, 2010).

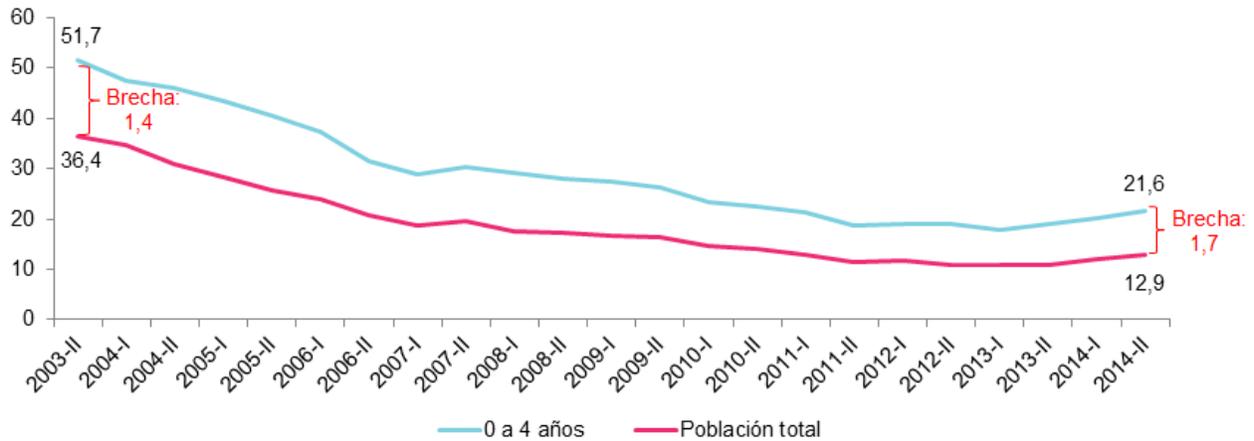
Además, **a pesar de que la pobreza se ha reducido en los últimos años, su infantilización se ha profundizado**. Mientras en 2003 la incidencia de la pobreza por ingresos para la primera infancia era 1,4 veces mayor que para toda la población, en 2014 esta relación aumentó a 1,7 (el análisis de la brecha en la tasa de indigencia por ingresos registra un ascenso de 1,5 a 1,7). Al comparar el porcentaje de niños de 0 a 4 que vivían en hogares con NBI y este mismo porcentaje para la población total, la brecha también se incrementó, de 1,6 a 1,8 entre los censos nacionales de 2001 y 2010¹⁰.

⁸ Una alternativa es definir las líneas de pobreza e indigencia utilizando la canasta básica alimentaria y la canasta básica total, respectivamente. Siguiendo la metodología de INDEC hasta 2007 y luego ajustando por el IPC City (promedio del IPC general e IPC alimentos), la pobreza en el grupo de 0 a 4 años en el segundo semestre de 2013 era 27,3% y la indigencia de 7,2% (CEDLAS, 2015).

⁹ Desde la intervención del INDEC en 2007, la veracidad de sus datos es duramente cuestionada. En este caso, se optó por utilizar la fuente provista por el Centro de Estudios de Distributivos y Laborales (CEDLAS) del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de la Plata y los datos que elaboran en conjunto con el Banco Mundial para la Socio-Economic Database for Latin America and the Caribbean (SEDLAC). Los datos para la población general pueden encontrarse en <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar>

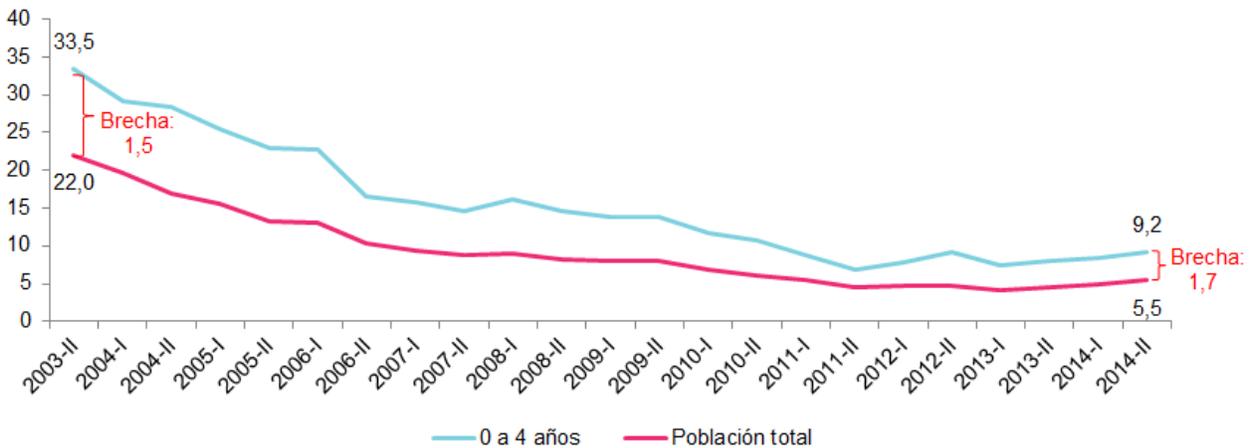
¹⁰ Datos alternativos presentan distintos valores pero permiten llegar a la misma conclusión, por ejemplo los elaborados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina (UCA) a partir de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA). Respecto de la incidencia de la pobreza por ingresos (medida a través de la actualización no oficial de la canasta básica alimentaria), afirman que mientras en 2010 33,2% de los hogares con niños se encontraban en situación de pobreza y 8,3% en situación de indigencia, en los hogares sin niños solo 5,8% y 1,8% se encontraban en la misma situación. En cambio, en 2014 estos porcentajes disminuyeron a 32,4% y 6% para los hogares con niños y a 5,2% y 0,9% para aquellos sin niños. A pesar de esta reducción, mientras en 2010 la incidencia de la pobreza en hogares con niños era 5,7 veces mayor que en hogares sin niños, en 2014 esta relación aumentó a 6,2 y en el caso de la situación de indigencia la brecha aumentó de 4,6 a 6,7 (ODSA, 2015a). En relación a otras formas de medición de la pobreza, los datos elaborados por ODSA indican que en 2010 31% de los niños de 0 a 4 años vivían en hogares con NBI y en 2014 este porcentaje descendió levemente a 30,1%, mientras que para otras poblaciones este porcentaje descendió en mayor medida (de 29,3% a 26,7% para los niños de 5 a 12 años; 27,5% a 21,9% para los jóvenes de 13 a 17 años) (ODSA, 2015b). Sin embargo, al analizar las los hogares con NBI según presencia de niños en el hogar, los hogares con niños se mantuvieron estables entre 2010 y 2014 en 3,9% y los hogares con niños redujeron la incidencia de 22% a 18,7% (ODSA, 2015a), mostrando la mayor incidencia de la pobreza en los hogares con niños pero no necesariamente un aumento del desbalance etario.

Gráfico 2. Tasa de pobreza infantil y total. Total aglomerados urbanos. 2003-2014



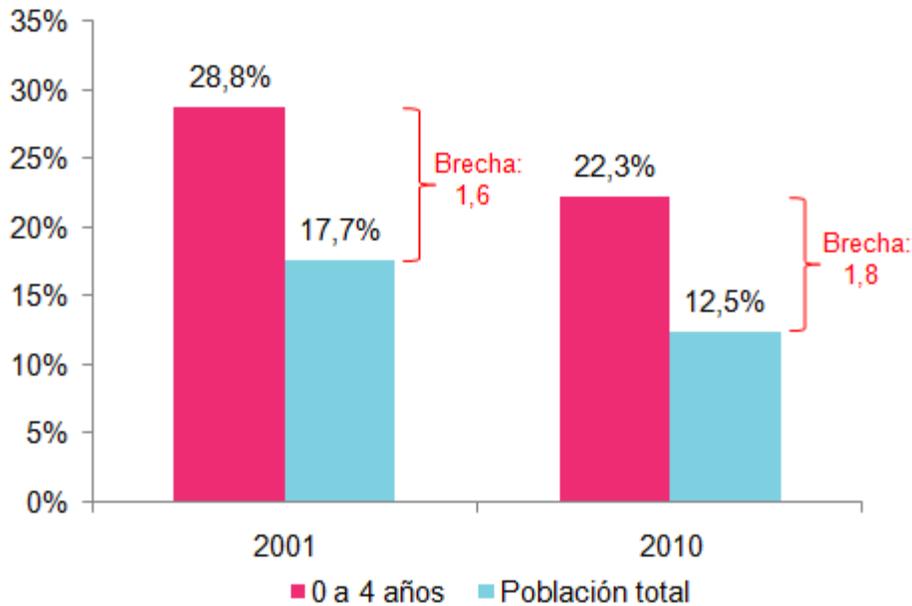
Nota: se toma una línea de pobreza de US\$ 4 al día ajustada por paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2005.
Fuente: CIPPEC, sobre la base de CEDLAS, a su vez basado en EPH-INDEC.

Gráfico 3. Tasa de indigencia infantil y total. Total aglomerados urbanos. 2003-2014



Nota: se toma una línea de indigencia de US\$ 2,5 al día ajustada por paridad del poder adquisitivo (PPA) de 2005.
Fuente: CIPPEC, sobre la base de CEDLAS, a su vez basado en EPH-INDEC.

Gráfico 4. Personas que viven en hogares con NBI, infantes y total. Total país. 2001 y 2010



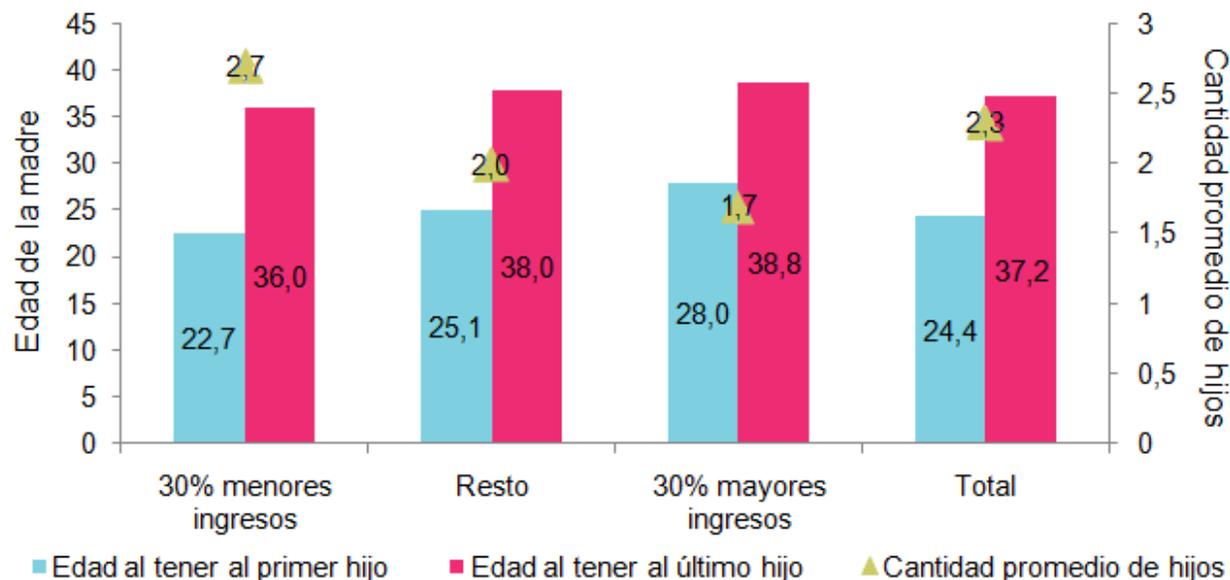
Fuente: CIPPEC, sobre la base de INDEC, Censo Nacional 2001 y 2010.

El fenómeno de infantilización de la pobreza es el reflejo de que **los ingresos son menores para las personas con hijos**: según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2012 procesados por el Observatorio de la Maternidad, 48,6% de las madres y 47,6% de los padres que vivían con sus hijos formaban parte del 30% de los hogares con menores ingresos per cápita familiar, mientras que solo 12,5% de las mujeres y 11,7% de los hombres que no eran padres pertenecían a este grupo. Más aún, esta tendencia se fue acentuando con el tiempo: en 2006 los porcentajes de madres y padres que vivían junto a sus hijos y formaban parte de los hogares de ingresos más bajos eran menores, 44,3% y 42,1% respectivamente¹¹. Por otra parte, los porcentajes también aumentan cuando nos referimos a quienes conviven con sus hijos menores de cuatro años: 52,2% de las madres y 50,8% de los padres en esta situación forman parte del 30% de los hogares con ingresos más bajos (Lupica, 2013).

A su vez, como ilustra el **gráfico 5, en niveles socioeconómicos más bajos encontramos mujeres que han sido madres más tempranamente y con más hijos**: como promedio, en 2012, en el 30% de los hogares con menores ingresos per cápita las mujeres concibieron a su primer hijo a los 22,7 años y tuvieron 2,7 hijos en total, mientras que en el 30% de los hogares con mayores ingresos la edad promedio del primer parto fue 28 años y un total aproximado de 1,7 niños (Lupica, 2013).

¹¹ En la misma línea se observa que en 2012 solo 15,3% de las madres y 15,7% de los padres que convivían con sus hijos formaban parte del 30% de los hogares con mayores ingresos, mientras que en 2006 los porcentajes eran mayores, 17,4% y 17,2%, respectivamente.

Gráfico 5. Edad promedio de las mujeres al tener su primer y último hijo y cantidad promedio de hijos, según nivel de ingreso per cápita del hogar. Total aglomerados urbanos. 2012



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

A diferencia de las tendencias internacionales, en la Argentina **hubo un crecimiento en la tasa de maternidad adolescente**, lo que también contribuye a explicar la situación de vulnerabilidad de los recién nacidos debido a la mayor probabilidad que tienen los jóvenes de tener un escaso desarrollo de capital humano y/o financiero. “Mientras que en 2001 la tasa de fecundidad adolescente total era de 30,5 por cada 1.000 mujeres entre 10 y 19 años, en 2011 este guarismo alcanzó al 35,3 (ECOVNA, 2012). En 2012, 12,3% de las mujeres de entre 15 y 19 años tenían un hijo/a o estaban embarazadas del primer hijo/a (ECOVNA, 2012)” (Repetto y Díaz Langou, 2014). El 15,6% del total de nacimientos en la Argentina en 2013 fueron de madres menores de 20 años¹² y 0,4% de madres menores de 15 años, porcentajes que ascienden a 23% y 1,3%, respectivamente, en provincias como Chaco o Formosa (DEIS, 2014). Estimaciones realizadas por CIPPEC en base a EAHU-INDEC para 2012 indican que, a los 17 años, cerca de un 4% de las mujeres eran madres y a los 21, casi un 20%. Para los sectores de ingreso per cápita familiar bajo, estos porcentajes alcanzan el 6,3% a los 17 años y el 34,6% a los 21 (Filgueira y Aulicino, 2014).

Lo descrito hasta ahora refiere al estado de situación efectivamente observable, pero al analizar las causas detrás de estos acontecimientos se observa que **la relación de causalidad entre tener hijos (cuántos y a qué edad) y el nivel socioeconómico no es clara, ya que no parece haber una dirección única de causa a efecto.**

Por un lado, en la Argentina **tener hijos disminuye el nivel socioeconómico de la familia.** Como los niños consumen más que los ingresos que generan y en nuestro país son las familias quienes cubren la mayor parte de ese déficit¹³, las familias se empobrecen al cubrir el consumo de bienes y servicios de sus hijos. Esto también sucede en otros países de América Latina. Existen, sin

¹² 36,8% de ellas solo había completado hasta el nivel de instrucción primaria y ciclos de educación general básica, porcentaje que crecía a 82,1% si además se agrega a aquellas con secundario o polimodal incompletos (DEIS, 2014).

¹³ Aunque entre 1997 y 2010 la Argentina registró un avance en la materia ya que el Estado pasó de cubrir el 10% al 40% de dicho déficit (Gragnotati, Rofman, Apella y Troiano, 2014).

embargo, otros modelos posibles donde las familias no deben cubrir un porcentaje tan alto de este déficit gracias a que el Estado realiza un mayor esfuerzo de gasto en infancia al implementar políticas que reviertan esta situación¹⁴.

Por otro lado, los **distintos patrones reproductivos según nivel socioeconómico determinan que los hogares con niños también suelen ser los más pobres**. Tanto los hábitos de la maternidad y la paternidad como las pautas sobre cuándo afrontarla y cuántos hijos concebir, varían según estrato sociocultural. En entornos de menor nivel socioeconómico, existen restricciones educativas que pueden llevar: i) a déficits en la educación sexual y reproductiva, provocando una menor planificación familiar, o ii) a que la falta de oportunidades educativas y profesionales presente a la maternidad o paternidad como una forma de afirmación y realización personal, al brindar gratificaciones no encontradas en otros ámbitos¹⁵. Ambos mecanismos pueden generar que haya padres más jóvenes y prolíficos en estos entornos. En línea con esto, en sectores de menor nivel socioeconómico la maternidad temprana es más frecuente y culturalmente aceptada y presenta una alta correlación con el bajo nivel de escolaridad (CEPAL-UNFPA, 2011)¹⁶.

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

Así, **la realidad socioeconómica y los patrones reproductivos suelen estar intervencidos y generar una relación circular entre demografía y desigualdad**. De esta manera, las consecuencias tienden a prolongarse en el tiempo y los fenómenos se refuerzan entre sí alimentando las condiciones que los crearon. Si la situación inicial fue desfavorable, se generan **trampas de pobreza** en las cuales quedan atrapadas familias generación tras generación. La desigualdad se agudiza cada vez más, e impacta regresivamente sobre el nivel de vida de los sectores vulnerables (Lupica, 2013).

En suma, revertir la infantilización de la pobreza y su profundización implica un arduo desafío en el largo plazo, ya que supone abordar causas estructurales que están arraigadas en patrones culturales con incidencia de factores socioeconómicos. Sin embargo, es un desafío que debe ser abordado ya que las condiciones de vida precarias en la primera infancia no solo atentan

¹⁴ Un buen ejemplo son los países nórdicos, que destinan un mayor nivel de inversión pública hacia la infancia, igualando oportunidades al inicio de la vida y permitiendo una “alta participación femenina en el empleo, moderadas tasas de fecundidad que se sostienen levemente por debajo del nivel de reemplazo y los mejores guarismos en materia de pobreza infantil” (Filgueira y Aulicino, 2015).

¹⁵ Marcús (2006) sostiene que entre las mujeres de sectores más vulnerables, “la maternidad funciona otorgando identidad, un proyecto en la vida, y mucha satisfacción a las jóvenes madres”. Sin embargo, se alerta que “tener en cuenta que el proyecto de vida se liga a la maternidad no implica olvidar que ello también funciona como indicador de una situación económica y social desventajosa, donde la falta de oportunidades profesionales y educativas termina imponiéndose y estableciendo que la maternidad se constituya en su principal destino y objetivo en la vida”.

¹⁶ Como posible explicación de esta última correlación, “Algunos autores sostienen que la paternidad joven podría explicar la expulsión de los jóvenes del sistema educativo (en especial las mujeres) (...). Sin embargo, la evidencia sugiere que esto es más la excepción que la regla: la desafiliación del sistema educativo es un predictor del embarazo adolescente.” (Repetto y Díaz Langou, 2014). Los datos (disponibles en el **Anexo 1**) sugieren el siguiente orden en las transiciones: 1) salida del sistema educativo, 2) ingreso al mercado laboral, y 3) convivencia en pareja, la cual es bastante correlativa a la paternidad o maternidad. El orden de secuencia se mantiene en hogares de clima educativo alto y bajo, aunque presentan significativas diferencias en el punto de inicio de dichos eventos y las distancias entre cada uno (Filgueira, Jiménez y Cicciaro, 2014).

contra el buen desarrollo de los más pequeños y el ejercicio de sus derechos, sino que también contribuyen a una reproducción de la desigualdad.

3. Salud

El marco de derechos argentino reconoce (tanto en normativas internacionales con jerarquía constitucional como en normativas locales) el derecho de los niños a la salud y los servicios de salud, así como la obligación del Estado de hacer cumplir este derecho¹⁷. Para alcanzar una salud integral en los primeros años de vida es necesario atender debidamente enfermedades, enfatizar el cuidado de la salud y promover hábitos de cuidado entre los niños y sus familias desde el embarazo (Fundación Arcor, SITEAL, IPE/UNESCO y OEI, 2012).

En la Argentina, hay un extendido acceso a la salud¹⁸ y uno de los mayores niveles de gasto público en salud per cápita de la región¹⁹, pero la calidad de la atención varía según las múltiples ofertas del fragmentado sistema de salud²⁰ (Aulicino, Acuña y Gerenni, 2015). Además, como se verá a continuación, el progreso argentino en materia de salud ha sido menos acelerado que el de sus pares regionales en los últimos años y todavía hay una gran cantidad de muertes infantiles y maternas prevenibles.

Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, en la Argentina en 2013 la **tasa de mortalidad entre niños de 1 a 4 años** era de **0,5** por cada mil niños. Por su parte, como se expone en el **gráfico 6**, la **tasa de mortalidad infantil** (refiere a menores de 1 año) era de **10,8** por cada mil nacidos vivos, compuesta de una tasa de mortalidad neonatal (en los primeros 27 días de vida) de 7,4 y posneonatal (entre los 28 días y el año) de 3,4. La tasa de mortalidad infantil se redujo más de la mitad a nivel nacional entre 1990 y 2013 (-58%), y se redujo también en todas las provincias. Cabe resaltar que, como figura en el **gráfico 7**, **hay grandes disparidades entre jurisdicciones**: la tasa de mortalidad infantil encontrada en Corrientes (14,9) casi duplica al valor de Tierra del Fuego (7,7) (DEIS, 2014).

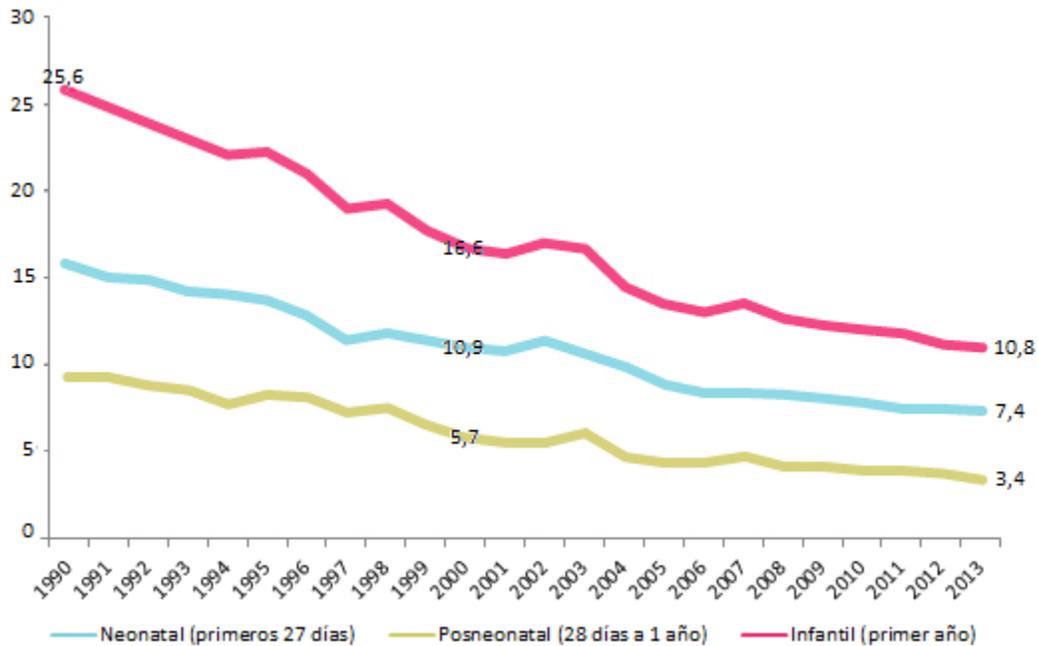
¹⁷ Para más información, ver Aulicino, Gerenni y Acuña (2015).

¹⁸ Según ECOVNA (2012), en 2011/2012 86% de los niños de 0 a 4 realizó un control pediátrico en 6 meses. Según el Censo Nacional, en 2010 55,5% de los niños de este mismo rango etario contaba con obra social, prepaga o plan estatal de salud y el resto con cobertura pública exclusiva (porcentaje que ascendía a 63,9% para la población total).

¹⁹ En América Latina, la Argentina era el país que más gastaba en 2011 al medirlo en dólares internacionales ajustados por PPA (OMS, 2014a).

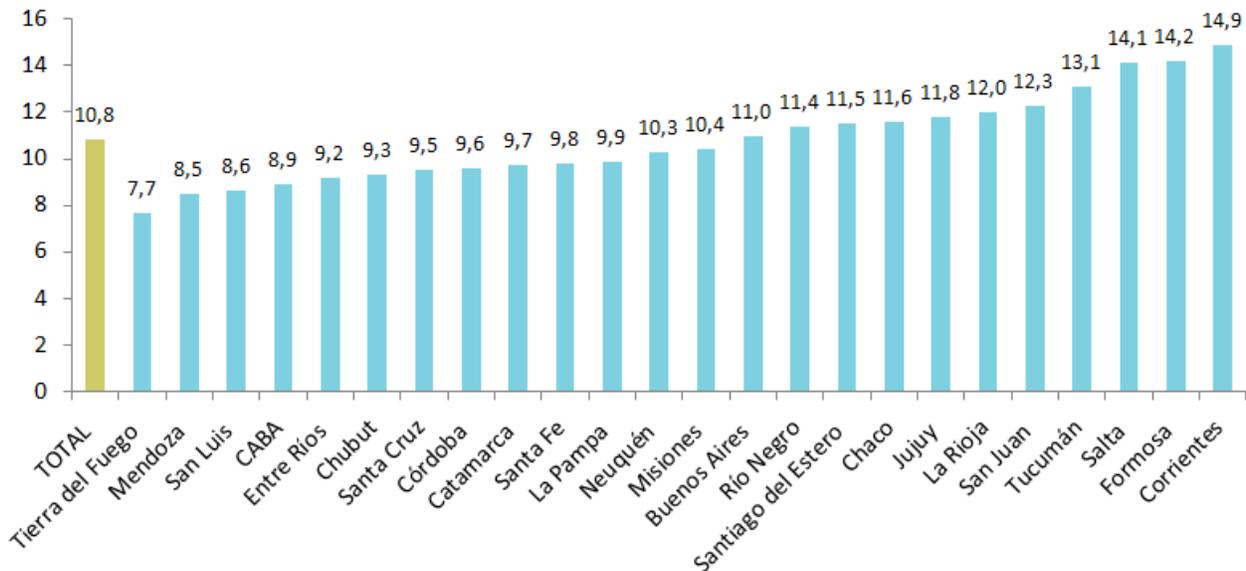
²⁰ Hoy en día no se puede ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población, la disponibilidad de recursos varía por provincia, haciendo que la calidad del servicio ofrecido se relacione con la capacidad de pago (Maceira, 2009).

Gráfico 6. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal. Total país. 1990-2013



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

Gráfico 7. Tasa de mortalidad infantil, por provincia. 2013



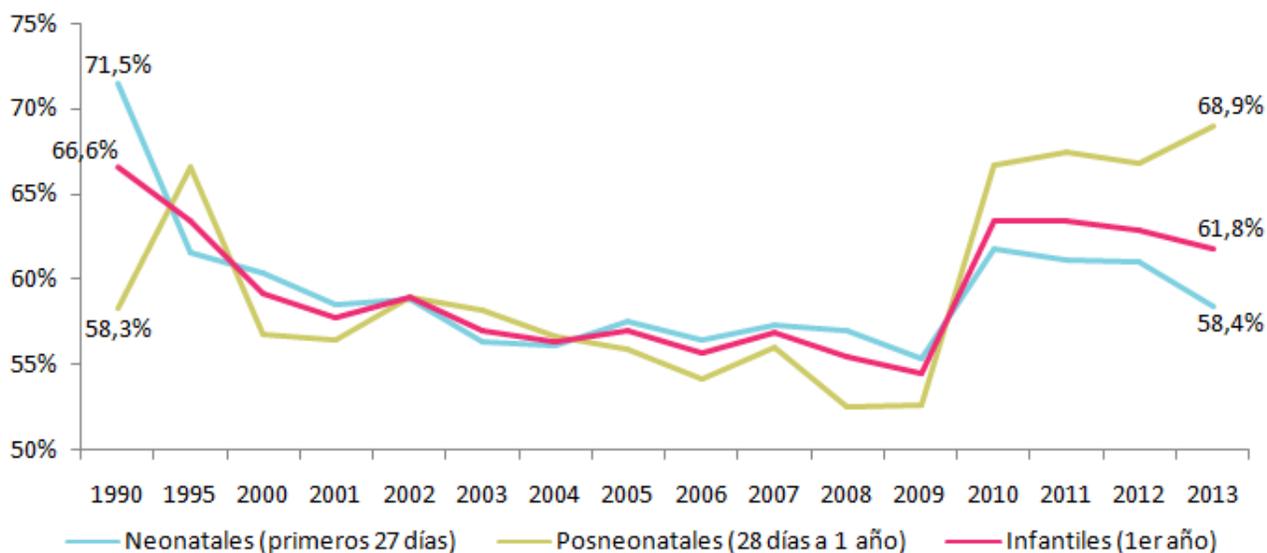
Fuente: CIPPEC, sobre la base de DEIS (2014), Ministerio de Salud de la Nación.

Según datos de la UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, la tasa de mortalidad argentina entre niños menores de 5 años en 2015 (13) y la tasa de mortalidad infantil (11) estaba por debajo del promedio de Latinoamérica y el Caribe (18 y 15, respectivamente), pero su reducción desde 1990 (-54% en ambos casos) fue menos pronunciada que en la región (-66% y -65%, respectivamente) o incluso que en algunos países latinoamericanos que en 1990 tenían tasas

más bajas que la Argentina (como Chile, Cuba o Uruguay). Además, **esta reducción no fue suficiente para alcanzar la tasa de mortalidad para niños hasta 4 años planteada por el Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015** (9). En relación con las muertes neonatales²¹, su participación en el total muertes infantiles y de niños menores de 5 años ha aumentado en la Argentina²² y a nivel mundial. A su vez, en 2015 la Argentina exhibía una tasa de mortalidad neonatal (6) menor a la de Latinoamérica y el Caribe (9) y su reducción entre 1990 y 2015 ha sido similar (-60% y -59%, respectivamente) (UNICEF, OMS, BM, y UN, 2015).

El **gráfico 8** exhibe que, en 2013, **61,8%**²³ de las muertes en el primer año de vida ocurrieron por causas evitables²⁴, porcentaje que aumentó drásticamente en 2010 (sin estar acompañado por una gran reducción de las tasas de mortalidad) y todavía no ha podido recobrar los valores que tenía en la primera década de este milenio. En particular, las muertes neonatales reducibles aumentaron en 2010 (en términos de cantidad de muertes y como porcentaje del total de muertes neonatales) y, a 2013, todavía no alcanzaron el valor que tenían en 2009.

Gráfico 8. Porcentaje de defunciones infantiles, neonatales y posneonatales reducibles. Total país. 1990-2013



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

²¹ Resulta importante su análisis por separado ya que las intervenciones sanitarias necesarias para afrontar las causas de muertes neonatales difieren de aquellas para enfrentar el resto de las muertes de niños menores de 5 años y están estrechamente relacionadas con las intervenciones necesarias para proteger la salud materna (UNICEF, OMS, BM y UN, 2015). Una alta cantidad de muertes neonatales constituye un evento sanitario de alarma ya que, al estar extremadamente influenciadas por la calidad de los servicios de salud, delata fallas en la atención sanitaria del binomio madre-neonato (FCE, UNLP y Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

²² 68,2% de las defunciones infantiles en la Argentina en 2013 fueron muertes neonatales y el resto posneonatales, mientras que en 1990 el porcentaje era de 62,5% (DEIS, 2014).

²³ El porcentaje de defunciones neonatales ocurridas por causas evitables en 2013 fue 58,4% y, en el caso de las posneonatales, ascendió a 68,9% (DEIS, 2014).

²⁴ Cuentan defunciones que podrían haberse evitado con intervenciones preventivas sencillas y de bajo costo (como controles prenatales, vacunación, lactancia materna, medidas básicas de higiene y saneamiento) o podrían haber sido tratadas si se las hubiese detectado a tiempo (con medicamentos poco costosos o tecnologías básicas de un hospital) previniendo los decesos.

Por otro lado, la **tasa de mortalidad materna**²⁵ argentina en 2013 fue de **3,2** madres fallecidas por cada diez mil nacidos vivos según DEIS. **Aunque este fue el valor más bajo que se tuvo en los últimos 15 años, está lejos de alcanzar el valor que cumple con el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir en un 75% la mortalidad materna entre 1990 y 2015**²⁶ (utilizando las estadísticas de DEIS, este objetivo implicaría alcanzar una tasa de 1,3). Esto se debe, en parte, a que la reducción de este indicador no fue sostenida sino que ha sido muy dispar en el tiempo (por ejemplo, alcanzó un pico de 5,5 en 2009, una cifra mayor que la que se tenía en 1990, 5,2) (DEIS, 2014). Estimaciones de la OMS, UNICEF, el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la División de Población de las Naciones Unidas revelan que, entre 1990 y 2013, la Argentina pasó de ocupar el octavo lugar al décimo entre los países de América Latina con mejor desempeño en este indicador y fue **el país de la región con menor mejora porcentual** (mientras que Costa Rica lo mantuvo igual y Guyana, Venezuela y Cuba lo empeoraron) (OMS, 2014b). Además, se evidencia una **gran varianza entre jurisdicciones**: La Rioja es la provincia con la tasa más alta (11,2) con un valor que supera en 3,5 veces el promedio nacional y contrasta con la tasa de 0 en Tierra del Fuego o 0,8 en La Pampa (DEIS, 2014)²⁷. **La mayoría de las muertes se dan entre el tercer trimestre de embarazo y la primera semana post parto** (FCE, UNLP y Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

En síntesis, los datos revelan que todavía existe un acceso diferencial al derecho a la salud durante los primeros años de vida según el lugar y el nivel socioeconómico de la familia en que se nace. Quienes nacen en una situación de desventaja en términos socioeconómicos, tienen mayores probabilidades de enfermarse o morir tempranamente (Fundación Arcor, SITEAL, IPE/UNESCO y OEI, 2012)²⁸.

²⁵ Madres fallecidas por causas maternas durante la gestación, el parto o el puerperio por cada 10.000 nacidos vivos.

²⁶ Objetivo al cual la Argentina adhirió en el 2000 como miembro de las Naciones Unidas.

²⁷ Los datos presentados son oficiales, sin embargo se recomienda tomarlos con cuidado ya que existe un alto grado de subregistro en la construcción de la información sobre muertes maternas. Así, diferencias entre provincias y tendencias en el tiempo pueden responder no sólo a cambios en la realidad sino también a mejoras en la clasificación y registro de las defunciones. Un estudio del Ministerio de Salud de la Nación y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en 2003 detectó este problema, así como también otro realizado por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) en 2008 (Fundación Arcor, SITEAL, IPE/UNESCO y OEI, 2012).

²⁸ Para mayor información sobre la correlación entre la salud de las personas y su nivel socioeconómico ver Gasparini y Panadeiros (2004) y FIEL (2009).

4. Nutrición

Un punto que requiere especial atención en materia de salud es el nutricional, una cuestión tan fundamental que se le dedica esta sección aparte. En este sentido, el marco jurídico argentino establece que los niños tienen derecho a una alimentación y nutrición adecuadas (lo cual está reconocido en instrumentos jurídicos nacionales e internacionales)²⁹. En particular, la nutrición en los primeros 1.000 días (desde el embarazo y hasta los primeros dos años de vida) es clave para el desarrollo y la salud futuros de una persona (Grantham-McGregor *et al.*, 2007).

La salud de los pequeños depende en buena medida de la salud de su madre, especialmente en lo referido a su condición nutricional, ya que puede afectar el crecimiento fetal y el posterior desarrollo de la persona. Ciertas deficiencias dietarias en la madre embarazada o la desnutrición fetal pueden generar discapacidades, enfermedades crónicas (como enfermedades cardíacas coronarias, diabetes o hipertensión), retraso mental o un menor promedio de años de escolaridad en la vida de la persona (Lutter y Lutter, 2012). Por otro lado, la anemia gestacional aumenta la probabilidad de fallecimiento de la madre (por pérdida de sangre durante el parto), lo cual también es un factor de riesgo para la mortalidad infantil (Black *et al.*, 2008). Según los últimos datos disponibles, en la Argentina el **30,5% de las mujeres embarazadas sufría anemia**, estado nutricional que evidenciaba **mayor prevalencia con el avance de la gestación y entre los sectores de menores de ingresos: 9,8%** en el primer trimestre de embarazo frente al 35,2% en el tercero y 36,3% en mujeres bajo la línea de pobreza frente al 25% en el resto de las mujeres (ENNyS, 2005)³⁰.

La lactancia materna es clave para un desarrollo sano, ya que reduce la probabilidad de mortalidad infantil, promueve el crecimiento y el desarrollo cognitivo del niño³¹ y mejora la salud de los niños y sus madres³². Por ende, el Ministerio de Salud de la Nación, la OPS-OMS, la SAP y otras organizaciones que trabajan en la temática (como la Liga de la Leche) recomiendan fuertemente el inicio de la lactancia antes de la primer hora del nacimiento, la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses y luego lactancia materna continuada (agregando alimentos complementarios adecuados para la edad del niño) hasta por lo menos los 2 años. Sin embargo, en la Argentina y a nivel mundial las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria difieren enormemente de las recomendaciones (Lutter y Lutter, 2012). Según la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA, 2012), realizada entre 2011 y 2012 en localidades urbanas por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y UNICEF, en ese momento **solo 52,7% de los niños contaba con iniciación temprana de la lactancia en la primera hora de vida**³³, lo cual está debajo del promedio regional y lejos del ideal, según se observa en el **gráfico 9**. Según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna 2011, en la Argentina

²⁹ Para más información, ver Aulicino, Gerenni y Acuña (2015).

³⁰ La anemia puede combatirse otorgando suplementos a las mujeres embarazadas, pero también es importante buscar reducir el alto porcentaje de mujeres en edad fértil que sufren esta condición ya que una vez embarazadas es más difícil de remediar.

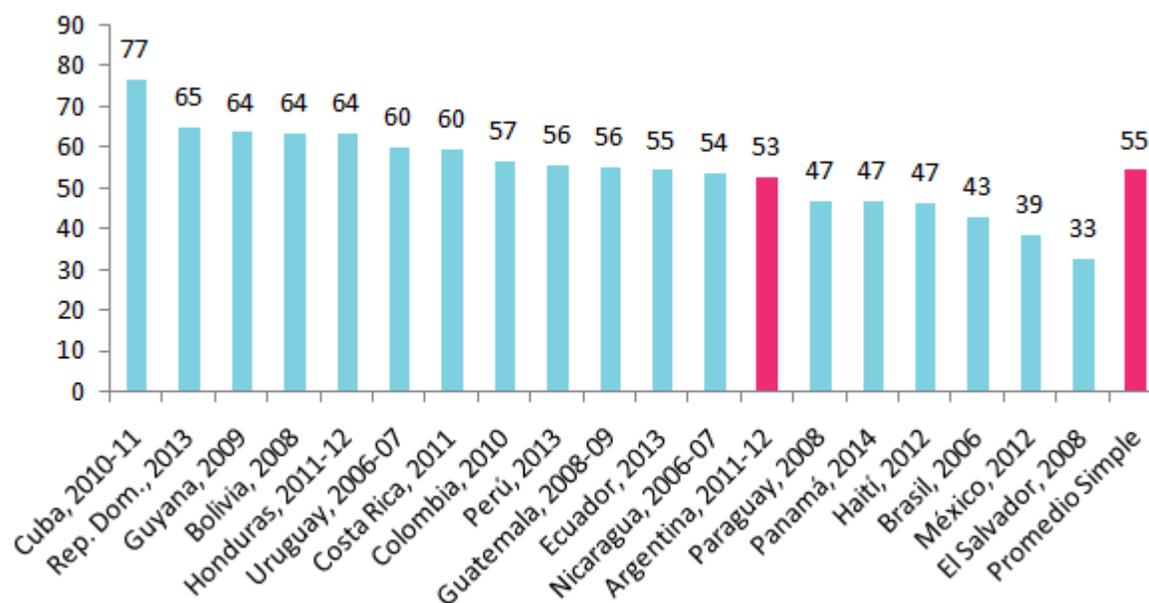
³¹ La lactancia materna aumenta el coeficiente intelectual de los niños entre 1 y 6 puntos (lo cual está comprobado que aumenta los ingresos de por vida) (Lutter y Lutter, 2012).

³² Disminuye el riesgo de enfermedades no contagiosas futuras en madres y niños y, al extender el intervalo entre embarazos, reduce la mortalidad infantil y desnutrición infantil (Lutter y Lutter, 2012). Según la OPS-OMS amamantar beneficia a la madre, por ejemplo, en que ayuda a perder peso después del parto, reduce el riesgo de diabetes tipo 2, cáncer de mama y de ovario y disminuye el riesgo de anemia.

³³ Al analizar este dato según nivel educativo de la madre, los porcentajes eran mayores en aquellas con primario incompleto o menos (62%) y con superior completo o más (59,8%) (ECOVNA, 2012).

solo 54% de los niños menores de 6 meses recibía lactancia materna exclusiva³⁴, porcentaje mayor al promedio regional como muestra el gráfico 10 pero todavía queda mucho camino por recorrer. Este último porcentaje disminuía a medida que el niño crecía: a los 2 meses de edad el 60% recibe lactancia materna exclusiva, a los 4 meses el 45% y a los 6 meses solo el 30% (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2011).

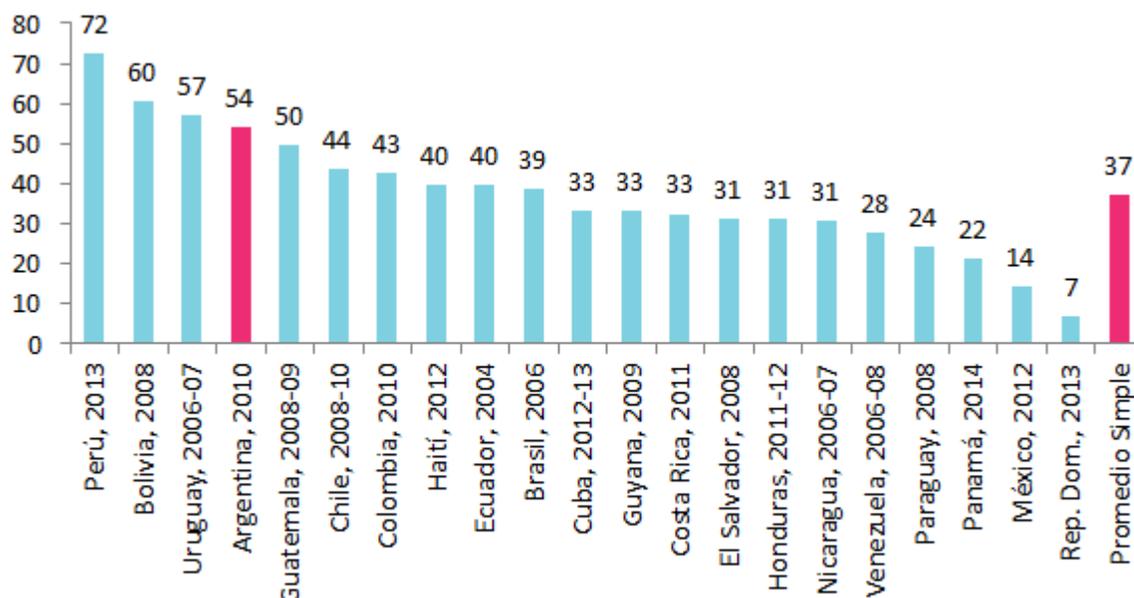
Gráfico 9. Porcentaje de niños con inicio de la lactancia antes de la primera hora del nacimiento. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010



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

³⁴ Este porcentaje se reducía a 32% en la ECOVNA (2012).

Gráfico 10. Porcentaje de niños de 0 a 6 meses con lactancia materna exclusiva. Países seleccionados de América Latina. Circa 2010



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

Con respecto a la alimentación de la primera infancia más allá de leche materna, en 2014 aproximadamente 2,5% de los niños de 2 a 5 años en grandes centros urbanos no desayunaba según la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA). De los que desayunaban, 1,2% lo hacía de manera inadecuada, 15,4% de manera insuficiente, 61,4% de manera aceptable y 22% de manera adecuada³⁵ (ODSA, 2015c). El desayuno es la comida más importante del día para los niños, ya que ofrece la energía y los nutrientes necesarios romper el ayuno de la noche y comenzar el día. Su omisión o baja calidad tiene efectos perjudiciales en la capacidad cognitiva, la predisposición al aprendizaje y el rendimiento físico (ya que provee glucosa necesaria para el funcionamiento del cerebro y nutrientes fundamentales en el proceso cognitivo) (ODSA, 2015c; Britos *et al.*, 2003).

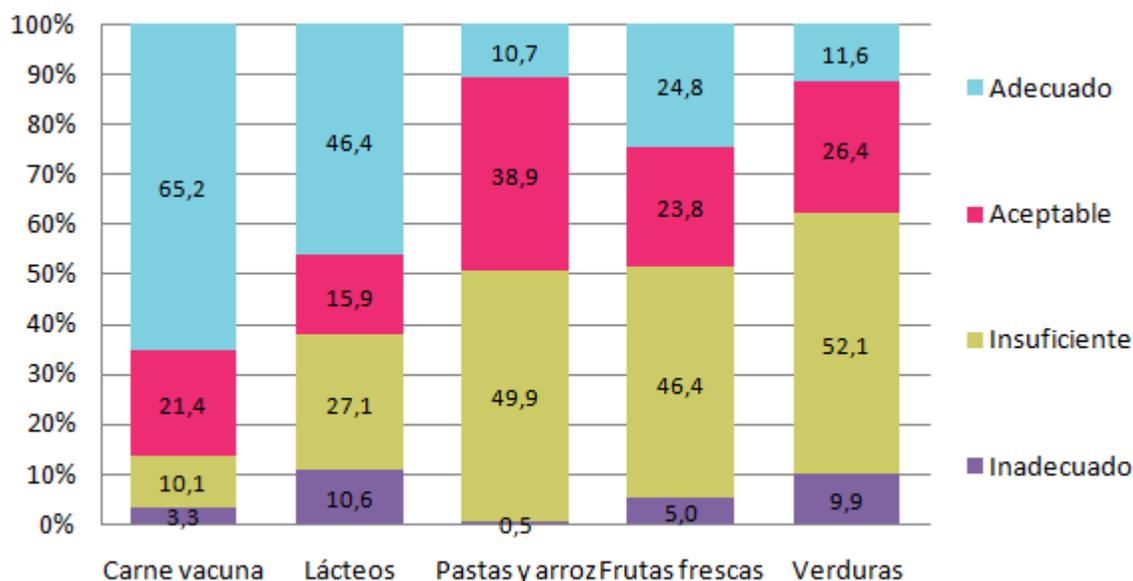
Por otro lado, **10,5% de los niños entre 2 y 5 años tenía un déficit simultáneo en el consumo de los grupos de alimentos fuentes de nutrientes esenciales.** Esto quiere decir que no consumían frutas frescas, ni verduras frescas o cocidas (que no sean papa, batata, choclo o mandioca), ni lácteos en los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

Analizando el consumo de distintos grupos de alimentos en 2014 reflejados en el **gráfico 11**, se observa que 62% de los chicos de 2 a 5 años consumían verduras de forma insuficiente (52,1%) o inadecuada (9,9%). A su vez, en la mitad de los casos la ingesta de frutas frescas y de pastas y arroz era insuficiente (46,4% y 49,9%, respectivamente) o inadecuada (5% y 0,5%). Con respecto a los lácteos, 37,7% de los niños de este grupo etario los consumía de forma insuficiente (27,1%) o

³⁵ La calidad del desayuno se mide según el consumo de: i) lácteos, ii) frutas frescas o jugo de frutas y iii) cereales como pan, galletas o granolas. Se considera que un desayuno es adecuado cuando incluye los tres grupos de alimentos, aceptable cuando incluye dos (siendo uno de ellos lácteos), insuficiente cuando incluye un solo grupo e inadecuado cuando no incluye ninguno de los grupos propuestos.

inadecuada (10,6%) fuera del desayuno. En relación a la carne vacuna, solo 13,4% de ellos ingería la misma de manera insuficiente (10,1%) o inadecuada (3,3%)³⁶ (ODSA, 2015c).

Gráfico 11. Consumo semanal de alimentos en niños de 2 a 5 años, por grupo de alimentos. Total aglomerados urbanos relevados. 2014



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

Existen múltiples **desigualdades entre estratos socioeconómicos** en el consumo de alimentos y nutrientes, ya que las posibilidades de consumo dependen de los hábitos e ingresos de los hogares. Los datos muestran que los porcentajes de consumo semanal deficitario presentados en los tres párrafos anteriores incrementan a medida que desciende el estrato socioeconómico de los hogares (con excepción de los referidos al consumo de pastas y arroz)³⁷. Por ejemplo, mientras 22,4% de los chicos de 2 a 17 años en el estrato más pobre no consumían adecuadamente ninguno de los grupos de alimentos considerados fuentes de nutrientes esenciales, esto sucedía con apenas

³⁶ En todos los grupos de alimentos excepto carne vacuna, se considera un nivel adecuado consumirlos 7 veces a la semana, un nivel aceptable entre 6 y 4 veces, un nivel insuficiente entre 3 y 1 vez y un nivel inadecuado sería menos de una vez por semana. En el caso de la carne vacuna, un consumo adecuado refiere a 3 veces por semana, aceptable a dos, insuficiente a una e inadecuado menos de una.

³⁷ Al observar a niños y jóvenes de 2 a 17 años en los estratos socio-ocupacionales más pobres frente a sus pares en el estrato social medio profesional, observamos que en 2014 éstos tenían: el doble de chances de no desayunar (6,5% contra 2,9%, respectivamente), más del doble de probabilidades de tener un desayuno insuficiente o inadecuado (26,8% contra 12,6%) o de consumir lácteos fuera del desayuno de manera insuficiente o inadecuada (61,3% contra 26,1%), casi el doble de posibilidades de que su ingesta de frutas frescas sea insuficiente o inadecuada (69% contra 39,2%), un tercio más de probabilidades de que su consumo de verduras sea insuficiente o inadecuado (72,5% contra 54,7%) y 10 veces más chances de que su consumo de carne vacuna sea inadecuado o insuficiente (20,3% contra 2,3%). A esto se suma la calidad de los alimentos que consumen los diferentes estratos socioeconómicos, que es disímil y regresiva. Por último, con respecto al grupo de alimentos de pastas y arroz, los niños y jóvenes del estrato social medio profesional superan en un 57% la prevalencia de consumo insuficiente e inadecuado del grupo más vulnerable (41,7% contra 65,4%, respectivamente) (ODSA, 2015c).

un 3% en el estrato medio profesional³⁸. De aquí se desprende que “el origen social es un factor determinante de las elecciones y los comportamientos alimentarios que pueden producir enfermedades relacionadas con la alimentación, tanto desnutrición (por carencia de micronutrientes) como sobrepeso y obesidad (por consumo energético excesivo)” (ODSA, 2015c).

Pasando al estado nutricional de los niños, la falta de datos oficiales actualizados resulta un gran problema. La última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) realizada por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia fue hace una década. Como expone el **gráfico 12**, en 2005 **el 1,3% de los niños entre 6 meses y 5 años presentaba emaciación** (es decir, desnutrición aguda), **el 2,1% tenía bajo peso, el 8% tenía acortamiento** (es decir, baja talla)³⁹, **y un 34,1% de los niños entre 6 meses y 2 años sufría anemia**. Estos problemas son más frecuentes en los hogares de menor nivel socioeconómico: 1,6% de los niños indigentes presentaba emaciación, 3,1% de ellos tenía bajo peso, 12% tenía acortamiento o baja talla y 41% de los niños que vivían en hogares con necesidades básicas insatisfechas sufría anemia (ENNyS, 2005).

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

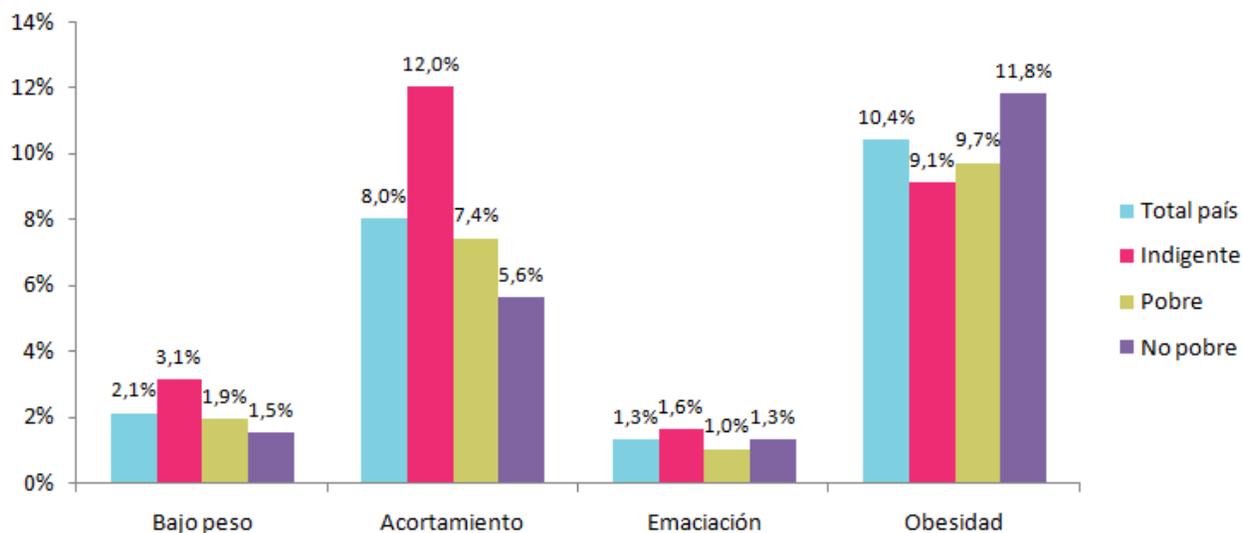
Otra problemática nutricional en aumento es el inicio temprano de la obesidad: **en 2005, el 10,4% de los niños entre 6 meses y 5 años eran obesos**. A diferencia de los indicados previamente, este problema muestra mayor incidencia en los niños no pobres, cuya prevalencia fue de 11,8%, en comparación con aquellos niños en situación de pobreza, donde el porcentaje disminuye a 9,7% (ENNyS, 2005). **No obstante, no debe asociarse mecánicamente pobreza-desnutrición y opulencia-obesidad, ya que la obesidad se relaciona principalmente con la malnutrición** y, por eso, está presente también en los sectores socioeconómicos más bajos, que presentan una monotonía en la alimentación y una composición inadecuada de la dieta (Maceira y Stechina, 2008). Así, los datos revelan que no solo es necesario detectar y revertir los casos de desnutrición, sino también los de malnutrición que tienen gran incidencia en la población.

³⁸ Los estratos a los que se hace referencia expresan “la posición de clase de los hogares a través de la condición, tipo y calificación ocupacional, fuente de ingresos y nivel de protección social logrado por el principal sostén económico del grupo doméstico. El índice se expresa en 4 categorías socio-ocupacionales: (1) Trabajador pobre, (2) Trabajador integrado, (3) Media tradicional, (4) Media profesional.” (ODSA, 2015c).

³⁹ Se utilizaron las referencias internacionales definida por la OMS para calcular los porcentajes presentados:

- Emaciación o desnutrición aguda: niños con peso menor a -2 desviaciones estándar de la media para niños de su misma estatura.
- Bajo peso: niños con peso menor a -2 desviaciones estándar de la media para niños de su mismo sexo y edad.
- Acortamiento o baja talla: niños con estatura menor a -2 desviaciones estándar de la media para niños de su mismo sexo y edad.
- Obesidad: niños con peso mayor a +2 desviaciones estándar de la media para niños de su misma estatura.

Gráfico 12. Prevalencia de diagnósticos antropométricos nutricionales de niños de 6 a 60 meses (5 años), según condición de pobreza y total. Total país. 2005



Fuente: ENNyS 2005, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Al comparar el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años en 2005 con sus pares sudamericanos para los países donde se tiene información alrededor de ese año⁴⁰, encontramos que la prevalencia de la emaciación solo era menor en Chile, Perú y Paraguay y la del acortamiento y bajo peso en Chile y Brasil. Con respecto a la obesidad, ésta solo era mayor en Chile⁴¹.

Ante la carencia de información actualizada sobre el estado nutricional de la primera infancia se rescatan los datos de DEIS (2014) que sostienen que las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales causaron en 2013 el 1,2% (16 muertes) de los fallecimientos de niños de 1 a 4 años y 0,3% (21 muertes) en el caso de niños en el primer año de vida. En particular, **53 niños menores de 5 años fallecieron en 2013 a causa de desnutrición, un dato preocupante pero que revela una mejora en comparación con las 350 muertes registradas en 2003**. Por otro lado, ODSA ha realizado estimaciones de inseguridad alimentaria severa e inseguridad alimentaria total⁴² a partir de la EDSA. Los hogares con niños y adolescentes menores de 18 años evidencian una mayor inseguridad alimentaria que los hogares sin niños: en 2014, 5,8% contra 4,1% en el caso de la severa y 17,9% contra 9,9% en el caso de la total (ODSA, 2015a). Para la población de 0 a 4 años, entre 2010 y 2014, la incidencia de la inseguridad alimentaria se redujo de 9,1% a 7,8% en la severa y de 21,4% a 19,3% en la total. La incidencia de la inseguridad alimentaria en la primera infancia en 2014 fue levemente menor que en el grupo de 5 a 17 años⁴³ (ODSA, 2015b).

En resumen, la condición nutricional de los niños y su posterior desarrollo y salud está relacionado con la correcta alimentación de la madre, la duración del amamantamiento, la

⁴⁰ Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela.

⁴¹ Fuente: http://data.unicef.org/nutrition/malnutrition#access_data

⁴² Inseguridad alimentaria total da cuenta de la reducción involuntaria de la cantidad o calidad de la dieta por problemas económicos. Inseguridad alimentaria severa da cuenta de privaciones graves en el acceso a alimentos, hogares que expresaron haber tenido dificultades para garantizar el acceso a los alimentos por problemas económicos e incluso haber experimentado situaciones de "hambre".

⁴³ Entre los niños de 5 a 12 años, la inseguridad alimentaria severa en 2014 fue de 7,8% y la total de 22,5%, mientras que entre los jóvenes de 13 a 17 años los porcentajes fueron 9,9% y 22%, respectivamente.

cantidad y calidad de los alimentos consumidos por el niño y las condiciones sanitarias en las que vive. Los datos evidencian que todavía queda mucho por hacer ya que, por ejemplo, hay demasiados niños que no reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad, existen déficits en el consumo de alimentos fuentes de nutrientes esenciales entre niños de 2 a 5 años, las mujeres embarazadas sufren deficiencias dietarias que podrían evitarse, se ha vuelto más recurrente la obesidad infantil y siguen existiendo casos de acortamiento, desnutrición aguda y bajo peso en la primera infancia. A todo esto se suman las grandes desigualdades existentes entre estratos socioeconómicos. Se debe asegurar el derecho de todos los niños no solo a la alimentación, sino a una alimentación y nutrición adecuadas a su edad que le permitan crecer y desarrollarse.

Reflexiones finales

Síntesis del diagnóstico

Existe amplio consenso en que la primera infancia, entendida como la etapa que abarca entre el embarazo y los primeros 4 años de vida, es un período crucial para el desarrollo físico, intelectual y emocional de las personas.

La Argentina está viviendo una gran oportunidad: debe aprovechar su **bono demográfico** antes de que termine, ya que es un período único en el cual se necesita menor esfuerzo por parte de la población activa para aumentar los recursos destinados a la población inactiva. En particular, es indispensable destinar esta ventaja relativa a la implementación de políticas integrales destinadas a los niños de 0 a 4 años.

A pesar de haber reducido la pobreza, al igual que otros países de la región, nuestro país presenta el fenómeno de **infantilización de la pobreza** (en 2014, mientras la pobreza medida con la línea de 4US\$ al día era de 21,6% en niños de 0 a 4, la misma era de sólo 12,9% para la población general). Esta infantilización se ha profundizado en los últimos años (mientras que en 2003 la tasa de pobreza en niños de 0 a 4 era 1,4 veces mayor que para toda la población, en 2014 esta relación aumentó a 1,7) por los círculos viciosos que la transmiten de manera intergeneracional, reproduciendo la desigualdad. Para revertir esta situación, el Estado debe realizar un mayor esfuerzo por invertir en políticas destinadas a la primera infancia para asegurar que todos los niños puedan ejercer plenamente sus derechos.

En la Argentina, el progreso en materia de **salud** ha sido menos acelerado que en la región en los últimos años (la reducción argentina de la tasa de mortalidad infantil y materna ha sido menos pronunciada que el promedio regional: alcanzó en 2013 un 10,8 por cada mil nacidos vivos y un 3,2 por cada diez mil nacidos vivos, respectivamente, lo que deja a la Argentina lejos de cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados para 2015). Además, todavía hay una gran cantidad de muertes infantiles y maternas prevenibles (en 2013, 61,8% de las muertes de pequeños en el primer año de vida podrían haberse prevenido) y grandes disparidades regionales (la mortalidad infantil en Corrientes casi duplica el valor de Tierra del Fuego y la mortalidad materna en La Rioja fue 14 veces la que hubo en La Pampa). Esto revela que todavía existe un acceso diferencial al derecho a la salud en los primeros años de vida según el lugar y el nivel socioeconómico de la familia en que se nace.

Con respecto a la **nutrición**, todavía muchos niños no reciben lactancia materna exclusiva en sus primeros 6 meses (46% en 2011) a pesar de estar ampliamente recomendada y de lo costo-efectivas que son las políticas para promoverla y protegerla⁴⁴. Entre los niños de 2 a 5 años, existen déficits en el consumo de alimentos fuentes de nutrientes esenciales (en 2014, 10,5% tenía déficit simultáneo de frutas, verduras y lácteos, y más de la mitad consumía inadecuada o insuficientemente verduras, frutas o pastas y arroz). Sobre el estado nutricional de niños y embarazadas, es indispensable realizar encuestas periódicamente para tener datos actuales (como lo hacen otros países de la región), ya que en la Argentina los últimos datos disponibles son de

⁴⁴ Se estima que políticas y programas destinadas a promover y proteger la lactancia materna exclusiva y complementaria son la primera y la tercera intervenciones preventivas más efectivas para prevenir la mortalidad de menores de 5 años (Jones *et al.*, 2008) (comparables con intervenciones de alto impacto como vacunaciones masivas). A esto se suma su costo muy bajo (en comparación a otras intervenciones de salud pública) y resultados observables en el costo plazo, por lo cual se las considera excepcionalmente costo-efectivas (como evidenció Horton *et al.* en 1996 en América Latina) ya que proveen grandes y duraderos beneficios en términos absolutos.

hace una década. Según estos datos, las madres gestantes sufren deficiencias dietarias reducibles (en 2005, 30,5% sufría anemia), se ha vuelto más usual la obesidad infantil (en 2005, afectaba al 10,4% de los niños entre 6 meses y 5 años) y todavía hay casos de acortamiento, desnutrición aguda o bajo peso en la primera infancia (en 2005, 8%, 1,3% y 2,1% de los niños entre 6 meses y 5 años los presentaban, respectivamente). Además, existen grandes desigualdades socioeconómicas en el consumo de alimentos y nutrientes, y los hogares con niños evidencian mayor inseguridad alimentaria. Los datos muestran la necesidad de replantear las estrategias nutricionales de los distintos programas públicos y de atender no sólo la desnutrición, sino también la malnutrición.

El diagnóstico realizado deja en evidencia que, a pesar de los avances alcanzados, todavía hay mucho por hacer para mejorar la situación de la primera infancia en la Argentina. Invertir en políticas destinadas a este grupo etario ayudará al desarrollo integral de los más pequeños y al ejercicio de sus derechos y contribuirá a reducir la reproducción de la desigualdad y aumentar el potencial desarrollo del país.

A modo de cierre

Este trabajo realizó un breve diagnóstico de la situación de la primera infancia en la Argentina. Además de conocer cuál es la situación de los más pequeños, asegurar el cumplimiento de los derechos de todos los niños en su primera infancia⁴⁵ requiere de una política integral, que avance más allá de la simple sumatoria de acciones y genere sinergias y rutas críticas entre las distintas intervenciones, desde un enfoque que abarque todo el ciclo de vida de los niños desde el embarazo.

En particular, **una política integral para la primera infancia requiere abordar al menos cuatro dimensiones centrales: salud y nutrición, transferencias y licencias, desarrollo temprano** (educación inicial y servicios de cuidado) **y una apropiada institucionalidad** para llevar adelante dicha política. Esto último supone definir un órgano rector con elevada autoridad política, asegurar mecanismos de gestión apropiados que fortalezcan la capacidad técnica y promuevan la transparencia y consensuar un Pacto Federal de Primera Infancia con los respaldos fiscales que las intervenciones integrales requieren⁴⁶.

La atención y el cuidado de la primera infancia están en el centro de la escena: la mayoría de los gobiernos de la región y del mundo priorizaron este tema en su agenda política porque reconocen su importancia, desde un enfoque de derechos y desde una visión de desarrollo de capital humano y retorno de la inversión⁴⁷. La Argentina no puede seguir quedándose atrás: el país aún enfrenta desafíos en término de infantilización de la pobreza y de acceso y calidad de las políticas destinadas a esta población.

Avanzar en este sentido supone recorrer gradualmente un camino de esfuerzos políticos, técnicos y fiscales hacia un sistema integral. Son esfuerzos irrenunciables que nuestro país está en condiciones de afrontar para cambiar el futuro no solo de los más de 3 millones de niños entre 0 y 4 años que habitan en nuestro país, sino el de toda la sociedad.

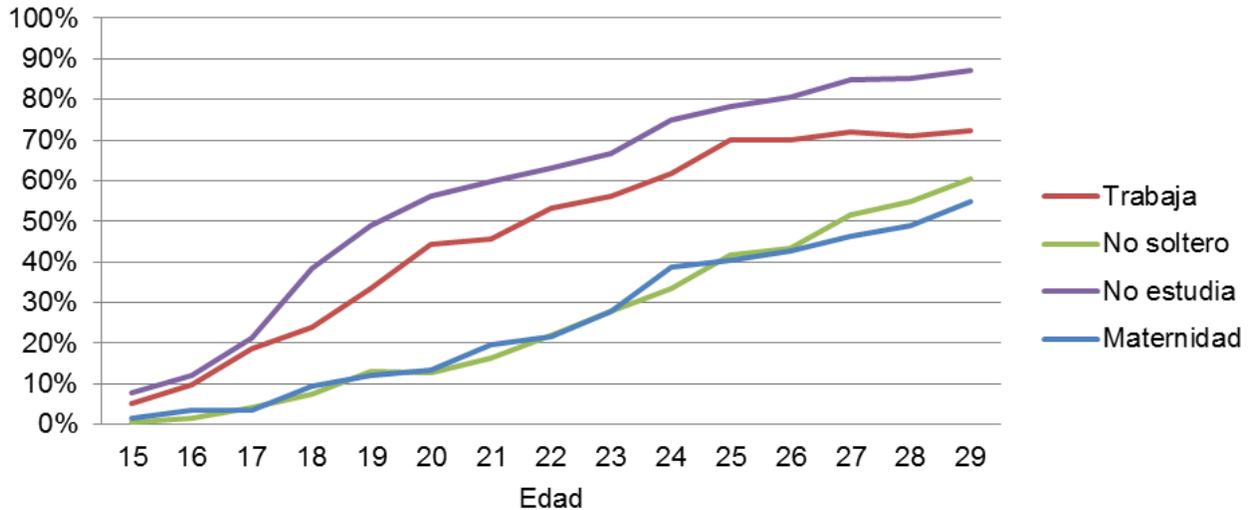
⁴⁵ Para más información sobre el marco de derechos, la creación de un marco institucional adecuado para el desarrollo de políticas de primera infancia y su planeamiento integral, ver Aulicino, Gerenni y Acuña (2015).

⁴⁶ Para mayor información acerca de las propuestas de CIPPEC al respecto ver Repetto, Veleda, Mezzadra, Díaz Langou, Aulicino y Acuña (2015).

⁴⁷ Para mayor información sobre la experiencia internacional ver De Achaval y Aulicino (2015).

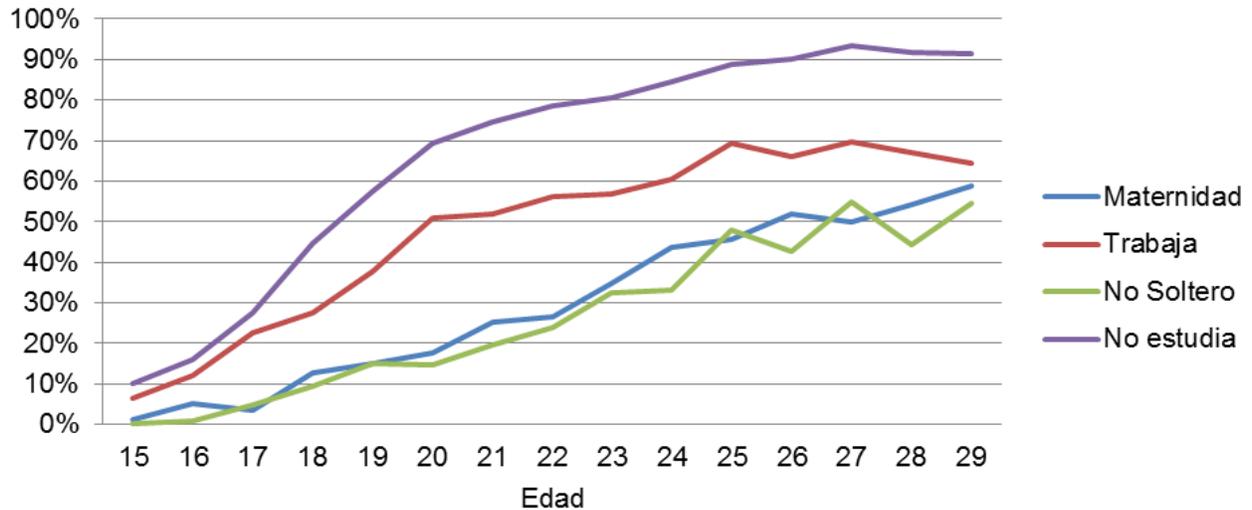
Anexo I

Gráfico A. Porcentaje de jóvenes por edad que trabaja, no es soltero, salió del sistema educativo o tuvo su primer hijo. Total aglomerados urbanos. 2012



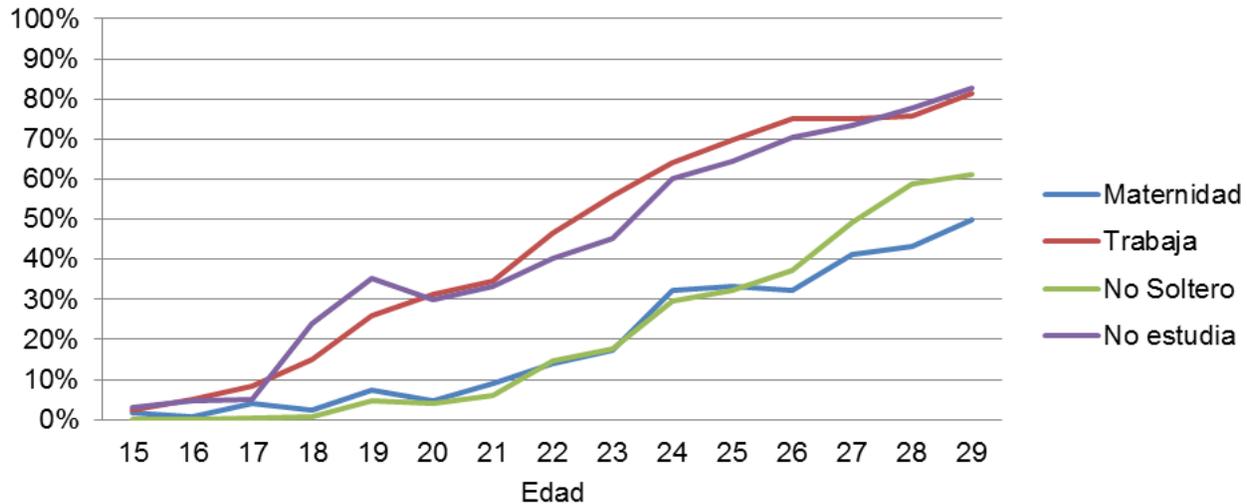
Fuente: Filgueira, Jiménez y Cicciaro (2014), en base a EAHU, INDEC.

Gráfico B. Porcentaje de jóvenes en hogares de clima educativo bajo por edad que trabaja, no es soltero, salió del sistema educativo o tuvo su primer hijo. Total aglomerados urbanos. 2012



Fuente: Filgueira, Jiménez y Cicciaro (2014), en base a EAHU, INDEC (Filgueira, Jiménez y Cicciaro, 2014).

Gráfico C. Porcentaje de jóvenes en hogares de clima educativo alto por edad que trabaja, no es soltero, salió del sistema educativo o tuvo su primer hijo. Total aglomerados urbanos. 2012



Fuente: Filgueira, Jiménez y Cicciaro (2014), en base a EAHU, INDEC (Filgueira, Jiménez y Cicciaro, 2014).

Bibliografía

Alegre, S. (2013). El desarrollo infantil temprano. Entre lo político, lo biológico y lo económico. *Cuaderno N°4 del SIPI (Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina)*.

Aulicino, C. (2015). Desafíos de coordinación en las políticas de primera infancia en Argentina. *Borrador de tesis de maestría*.

Aulicino, C., Cano, E., Díaz Langou, G., y Tedeschi, V. (2013). Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado. *Documento de Trabajo N°106*. Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/documents/10179/51827/DT+106+Licencias+2013.pdf/2c56deb7-d401-47ab-80da-265df796c1cc

Aulicino, C., Gerenni, F. y Acuña, M. (2015). Primera infancia en Argentina: políticas a nivel nacional. *Documento de Trabajo N°143*. Buenos Aires: CIPPEC.

Baker-Henningham, H. y López-Boo, F. (2013). Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: Lo que funciona, por qué y para quién. *Nota Técnica División de la Protección Social y Salud N° 540*. Washington: BID.

Black, R. E, et al (2008). *Lancet* 371, 243.

Blofield, M. y Martínez Franzoni, J. (2014). *Maternalism, co-responsibility and social equity: a typology of work-family policies*. Oxford University Press.

Britos, S.; O'Donnell, A.; Ugalde, V. y Clacheo, R. (2003). *Programas Alimentarios en Argentina*. Buenos Aires: CESNI.

CEDLAS (2015). Base de datos sin título. Mimeo. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

CELADE - División de Población de la CEPAL. *Base de datos Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2013*. Disponible en www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

CEPAL, UNFPA (2011). *Informe Regional de Población en América Latina y El Caribe: Invertir en juventud*.

Cohen, R., Mrtek, M. B. y Mrtek, R. G. (1995). *Methods, Issues, and Results in Evaluation and Research Comparison of Maternal Absenteeism and Infant Illness Rates Among Breast feeding and Formula-feeding Women in Two Corporations*. American Journal of Health Promotion.

Datos Banco Mundial: *Indicadores*. Disponible en <http://datos.bancomundial.org>

De Achaval, O. y Aulicino, C. (2015). Estrategias nacionales para la protección de los derechos de la primera infancia en América Latina. *Documento de trabajo N°144*. Buenos Aires: CIPPEC.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2005). *Encuesta Nación de Nutrición y Salud (ENNyS)*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2011). *Situación de la lactancia materna argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000215cnt-a11a-Situacion-de-la-lactancia-materna-2011.pdf

Dirección de Estadísticas e Información de Salud - DEIS (2014). Estadísticas Vitales. Información básica - Año 2013. *Serie 5, N° 57*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf

FCE, UNLP y Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina: la experiencia conjunta Plan Nacer y Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación y Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Disponible en www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/lecciones-aprendidas-desafios-futuros.pdf

FIEL (2009). *La Desigualdad en la Salud*. Ed. FIEL-Konrad Adenauer Foundation.

Filgueira, F., y Aulicino C. (2015). La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia. *Documento de Trabajo N° 130*. Buenos Aires: CIPPEC.

Filgueira, F., Jiménez, M., y Cicciaro, J., (julio de 2014). Jóvenes y transiciones a la vida adulta. Mimeo. Buenos Aires: CIPPEC.

Fundación Arcor, SITEAL, IPE/UNESCO y OEI (2012). *La situación de la infancia en Argentina. A dos décadas de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Córdoba: Fundación Arcor. Disponible en www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/informe_situacion_infancia_completo.pdf

Fundación Van Leer (2008). *La Educación Infantil. El desafío de la calidad*, Revista Espacio para la infancia, Julio de 2008, N° 29, La haya, Van Leer Foundation.

Gasparini, L. y Panadeiros, M. (2004). *Targeting health and nutrition policies. The case of Argentina*. World Bank's Thematic Group on Health, Nutrition and Population and Poverty.

Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., y Strupp, B. (2007). *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. The Lancet, Volumen 396.

Gragnotati, M., Rofman, R., Apella, I. y Troiano, S. (2014). *Los años no viene solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Buenos Aires: Banco Mundial.

Horton, S., eta al (1996). Health Policy Plan 11, 156.

INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Buenos Aires: INDEC.

INDEC (2013). *Encuesta permanente de hogares (EPH), 2° trimestre de 2013*. Buenos Aires: INDEC.

Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S. (2003). Lancet 362, 65.

Kagan, L. (2013). *¿Qué es calidad en el desarrollo infantil temprano y en la educación? Diálogo Regional de Política. Calidad en los servicios de atención a la primera infancia*. Washington D.C.: BID.

Lupica, C. (2013). Maternidad y desigualdad: Dos fenómenos circulares cuyas consecuencias se prolongan en el tiempo. Newsletter del observatorio N° 67.

Lutter, K. C y Lutter, R (2012). *Fetal and Early Childhood Undernutrition, Mortality and Lifelong Health*. Science Magazine, vol. 337.

Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud la Argentina. *Documento de Políticas Públicas* N° 52. Buenos Aires: CIPPEC.

Martorell, R. y Zongrone, A. (2012). *Paediatric Perinat. Epidemiol.*

Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2015a). *Progresos sociales, pobreza estructurales y desigualdades persistentes. Ilusiones y desilusiones en el desarrollo humano y la integración de lo social al quinto año del Bicentenario (2010-2014)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa. Disponible en www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2015-ODSA-BDSA.pdf

Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2015b). *Situación de la infancia en el quinto año del período del bicentenario. Mayor protección social, privaciones y brechas de desigualdad (2010, 2011, 2012, 2013, 2014)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa. Disponible en www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2015-Obs-Barometro-Infancia.pdf

Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA-UCA) (2015c). *Derecho a una alimentación adecuada en la infancia: Niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años en la Argentina urbana*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa. Disponible en www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2015-Observatorio-Boletin-1-BDSI.pdf

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2009). *Licencias y responsabilidades familiares. Notas OIT sobre Trabajo y Familia N°6*. Oficina Subregional para el Cono Sur y para Centroamérica, Organización Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014a). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014b). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013). *Situación actual y tendencias de la materna lactancia en América Latina y el Caribe: Implicaciones políticas programáticas. En Semana Mundial de la Lactancia Materna 2013. Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno*. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22248&Itemid=270&lang=es

Repetto, F. y Díaz Langou, G. (2014). *Recomendaciones integrales de política pública para las juventudes en la Argentina. Documento de Políticas Públicas N° 137*. Buenos Aires: CIPPEC. Disponible en www.cippec.org/documents/10179/51825/137+DPP+PS,%20Recomendaciones+integrales+de+pol%C3%ADtica+para+las+juventudes+en+la+Argentina,%20Repetto+y+Diaz+Langou,%202014+.pdf/deb901c9-f9ed-470e-886d-7200de5f4829

Repetto, F., Veleza, C., Mezzadra, F., Díaz Langou, G., Aulicino, C., y Acuña, M. (2015). *Argentina Debate: Primera Infancia*. Disponible en <http://argentinadebate.org/wp-content/uploads/2014/11/Primera-Infancia-20151.pdf>

Rossel, C. (2013). *Desbalance etario del bienestar. El lugar de la infancia en la protección social en América Latina. CEPAL Serie Políticas sociales N° 176*. Santiago de Chile: CEPAL.

SEDLAC: *Base de datos socioeconómicos para América Latina y el Caribe*. Disponible en <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar>

Stampini, M. y Tornarolli, L. (2012). *The Growth of Conditional Cash Transfers in Latin America and the Caribbean: did They Go Too Far? Policy Brief, BID*. Disponible en <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1448/The%20growth%20of%20conditional%20cash%20transfers%20in%20Latin%20America%20and%20the%20Caribbean%3a%20did%20they%20go%20too%20far%3f.pdf?sequence=1>

UNICEF (2010). *Inversión en primera infancia*. Montevideo: UNICEF y Presidencia de la República Oriental del Uruguay.

UNICEF (2015). Infant and young child feeding database. Last update March 2015. Disponible en http://data.unicef.org/download.php?file=IYCF%20Online%20Dissemination_65.xlsx&type=topics

UNICEF Data: *Joint Malnutrition dataset from UNICEF, World Bank and WHO*. Disponible en http://data.unicef.org/nutrition/malnutrition#access_data

UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2012). *Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia (ECOVNA)*. Buenos Aires: UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/MICS_CierreJulio2013_BAJAWEB.pdf

UNICEF, OMS, BM y UN (2015). *Levels & trends in child mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Mortality Estimation*. New York: United Nations Children's Fund.

Valdés, V., Schooley, J., Catalán, S. y Aravena, R. (2000). *Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women*. *Journal of Tropical Pediatrics*; 46:149-154.

World Economic Outlook Database: *Data and Statistics*. Disponible en www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/01/weodata/index.aspx (último acceso junio de 2015).

Acerca de la autora

Malena Acuña | Consultora del Programa de Protección Social y del Programa de Educación de CIPPEC

Licenciada en Economía, Universidad de San Andrés. Se desempeña como ayudante en una investigación sobre empleo público en Argentina (UMET). Trabajó como asistente de docencia en cursos relacionados con la gestión en el sector público, el enfoque económico de las políticas sociales y la gestión presupuestaria (UdeSA, UCES y UTDT).

Este documento se realizó en el marco del proyecto Primera infancia en agenda, liderado por Fabián Repetto, director del Programa de Protección Social de CIPPEC.

<http://cippec.org/primerainfancia>

El **Programa de Protección Social** busca contribuir para que, desde un enfoque de derechos, el Estado, en los niveles nacional, provincial y municipal, pueda diseñar, gestionar y evaluar políticas integrales de protección social que mejoren la calidad de vida de los habitantes de la Argentina.

El **Programa de Educación** trabaja para fortalecer al Estado en el diseño y la implementación de políticas que contribuyan a avanzar hacia una mayor justicia educativa en la Argentina.

Para citar este documento: Acuña, M. (noviembre de 2015). Diagnóstico de la primera infancia en Argentina. *Documento de Trabajo N°142*. Buenos Aires: CIPPEC.

Las publicaciones de **CIPPEC** son gratuitas y se pueden descargar en www.cippec.org.

CIPPEC alienta el uso y divulgación de sus producciones sin fines comerciales.

La opinión de la autora no refleja necesariamente la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo brindado por Farmacity, Fundación IRSA, Nutricia Bagó SA y BIND Banco Industrial.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Con los **Documentos de Trabajo**, CIPPEC acerca a expertos, funcionarios, legisladores, periodistas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general investigaciones propias sobre una o varias temáticas específicas de política pública.

Estas piezas de investigación aplicada buscan convertirse en una herramienta capaz de acortar la brecha entre la producción académica y las decisiones de política pública, así como en fuente de consulta de investigadores y especialistas.

Por medio de sus publicaciones, CIPPEC aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de Desarrollo Social, Desarrollo Económico y Estado y Gobierno, a través de los programas de Educación; Protección Social y Salud; Política Fiscal; Integración Global; Justicia y Transparencia; Instituciones Políticas; Gestión Pública; Incidencia, Monitoreo y Evaluación, y Ciudades.