

Formación Equipos Territoriales del Plan 1000 Días

Módulo 1

Atención y Cuidado Integral de
la Salud durante el Embarazo y la
Primera Infancia

- Ley N° 27.611 / 2020 -

Marco normativo, enfoques y ejes
programáticos

Formación Equipos Territoriales del Plan 1000 Días

Módulo 1

Atención y Cuidado Integral de
la Salud durante el Embarazo y la
Primera Infancia

- Ley N° 27.611 / 2020 -

Marco normativo, enfoques y
ejes programáticos

REALIZACIÓN:

El presente material, que integra el Curso “Formación de Equipos Territoriales 1000 días”, es producto del trabajo de intercambio realizado entre las distintas áreas, organismos y ministerios que forman parte de la Unidad Coordinadora de la Ley N° 27.611, a saber:

Ministerio de Salud de la Nación;

Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación;

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación;

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF);

Ministerio de Educación de la Nación;

Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES);

Registro Nacional de las Personas (RENAPER);

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Ministerio de Cultura de la Nación

Agencia Nacional de Seguridad Vial.

MINISTERIO DE CULTURA**Secretaría de Gestión Cultural:**

Dirección Nacional de Diversidad y Cultura Comunitaria - Programa de artes en la vía pública - Programa relatos y recreos.
Dirección de Programas Socioculturales. - Programa de Cultura Sostenible y Buen Vivir.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL**Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia:**

Dirección Nacional de Sistemas de Protección - Programa Nacional de Derecho al Juego (JUGAR). Programa Nacional Primeros Años.

Subsecretaría de Primera Infancia.**Subsecretaría de Desarrollo Humano.****MINISTERIO DE EDUCACIÓN****Secretaría de Educación:****Subsecretaría de Educación Social y Cultural:**

Dirección de Educación para los DD.HH, Género y Educación Sexual Integral.
Dirección de Experiencias de Educación Cooperativa y comunitaria - Línea Desde la Cuna.

Subsecretaría de Gestión Educativa y Calidad:

Dirección Nacional de Educación Inicial.
Coordinación de Educación Especial.

MINISTERIO DE LAS MUJERES, GÉNEROS Y DIVERSIDAD**Secretaría de Políticas contra la Violencia por Razones de Género:****Subsecretaría de Programas Especiales contra la Violencia por Razones de Género.**

Dirección de Programas Especiales.

Secretaría de Políticas de Igualdad y Diversidad:**Subsecretaría de Políticas de Igualdad.**

Dirección Nacional de Políticas de Cuidado.
Dirección de Articulación Integral de Políticas de Cuidado.

Subsecretaría de Formación, Investigación y Políticas Culturales para la Igualdad:

Dirección de Capacitación del Sector Público en Género y Diversidad.

MINISTERIO DE SALUD**Unidad de Gabinete de Asesores:**

Dirección de Géneros y Diversidad.

Secretaría de Acceso a la Salud:

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Subsecretaría de Estrategias Sanitarias.

Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida.

Dirección de Salud Perinatal y Niñez.

Dirección de Adolescencias y Juventudes.

Subsecretaría de Medicamentos e**Información Estratégica.**

Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Secretaría de Equidad en Salud:**Subsecretaría de Integridad de Los Sistemas de Salud y Atención Primaria.**

Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria.

Coordinación de Atención Primaria.

Dirección de Municipios y Comunidades Saludables.

Subsecretaría de Articulación Federal.

Dirección Nacional de Fortalecimiento de Sistemas Provinciales.

Dirección de transferencias financieras a Provincias

Coordinación de SUMAR.

Secretaría de Calidad en Salud:**Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos.**

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización.

Dirección de Enfermería.

ANSES

Dirección General de Infancias, Juventudes, Géneros y Diversidad.

CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES

Dirección Nacional del Consejo Consultivo Nacional de Políticas Sociales.

Subsecretaría de Políticas Sociales.

Dirección de Proyectos y Cuidado Infantil Temprano. Programa Accionar Infancia.

RENAPER

Coordinación de seguimiento estratégico y enlace de transparencia.

Aportes, estructuración del trabajo, diseño y compaginación:

Ministerio de Salud de la Nación

Equipo de Gestión Territorial. Unidad Coordinadora 1000 Días:

Victoria Alvarez Gorenstein, Romina Camilot, M. Florencia Goldstein, Corina Rojas Occhipinti, Margarita Ussher, María Victoria Sverdlick.

Elaboración y edición de contenidos: Johanna Merep, Virginia Zanardi

Coordinación: Patricia Rosemberg

NOTA

Los materiales desarrollados en el marco de esta capacitación fueron elaborados en un lenguaje claro, accesible y no sexista. Si bien se utiliza en mayor medida la terminología de “mujeres y otras personas gestantes” y de “niños y niñas” de la misma forma en que es utilizada por la Ley N° 27.611, se procura también dejar asentado que se podrá ir encontrando en el desarrollo de los materiales las múltiples formas que el lenguaje inclusivo y no binario propone, así como diferentes modos de nombrar a las infancias, niñeces y adolescencias, atendiendo al momento de transición que atraviesa el lenguaje y que nos encontramos trabajando con paradigmas en transformación, en el que conviven distintas alternativas de nombrar tendientes a promover una comunicación con perspectiva de género y diversidad desde diferentes miradas.

Noviembre de 2023

CONTENIDOS

1. Introducción.....	7
Contexto de sanción de la Ley N° 27.611/2020	7
2. Estado de situación	10
3. Marco normativo	34
4. Enfoque de derechos	38
4.1. Derechos Humanos	38
4.2 Derechos de niños, niñas y adolescentes	38
4.3 Derechos de las mujeres y LGBTI+	43
4.4 Derecho al cuidado integral de la salud y la vida	44
5. Perspectivas	47
5.1 Perspectiva de género y diversidad	47
5.2 Perspectiva de discapacidad.....	49
5.3 Perspectiva intercultural	49
5.4 Interseccionalidad	50
5.5 Perspectiva de cuidados	51
5.6 Enfoque por curso de vida.....	53
5.7 Enfoque integral: articulación intersectorial, federal y comunitaria	54
5.8 Entornos de crianza: criar, cuidar, educar, proteger.....	55
6. Ejes, políticas y estrategias de la Ley N° 27.611	57
6. 1. Derecho a la Salud Integral	57
6.2. Derecho a la Seguridad Social.....	59
6. 3. Derecho a la Identidad	64
6.4. Derecho a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad.....	68
6. 5. Derecho a la información y capacitación	73
7. Autoridad de aplicación y Unidad Coordinadora	75
8. Desafíos del “Plan 1000 días”	76

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el marco normativo, los enfoques y principios rectores de la Ley N° 27.611.
- Presentar un diagnóstico general de situación en Argentina referido a las situaciones que aborda la ley.
- Analizar los principales ejes y estrategias que plantea la Ley N° 27.611, sus aportes y desafíos.

CONCEPTOS CLAVE

Enfoque de derechos:

- Derechos de los bebés, los niños y las niñas.
- Derechos de las mujeres y otras personas gestantes.
- Derecho a la salud y al cuidado integral.

Perspectivas:

- Perspectiva de derechos.
- Perspectiva de género.
- Perspectiva intercultural.
- Perspectiva de cuidados.
- Curso de vida.
- Interseccionalidad.
- Integralidad.
- Entornos de crianza.

Ejes, políticas y estrategias:

- Derecho a la Salud y Cuidado Integral.
- Derecho a la Identidad.
- Derecho a la Seguridad Social.
- Derecho a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad.
- Acceso a la información y capacitación.

1. Introducción

Contexto de sanción de la Ley N° 27.611/2020

En la República Argentina, al calor de un gobierno que se propone revalorizar el rol del Estado y dar lugar a varias de las demandas que el movimiento de mujeres y lesbianas, gays, bisexuales, *trans*, *travestis*, *intersex* y otras identidades de género y orientaciones sexuales (LGBTI+) propone, se sancionaron un conjunto de leyes que buscan fortalecer el sistema de protección social y el acceso a derechos, en particular para aquellos grupos de mayor vulnerabilidad: niños, niñas y adolescentes (NNyA), mujeres en contextos de violencia por motivos de género, personas del colectivo LGBTI+, personas mayores o con discapacidades, etc.

“La Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia 27.611 tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes y de los niños y las niñas durante los primeros tres (3) años de vida” (artículo 1).

En los últimos años, nuestro país ha sido testigo del retroceso ocurrido en las condiciones de vida de las familias a partir del crecimiento del desempleo, de la pobreza y de la indigencia. Todos ellos, factores reconocidos mundialmente como determinantes sociales de la salud (OMS, 2009). Adicionalmente, la pandemia ocasionada por el COVID-19 ha agravado la situación, dando lugar a un escenario con consecuencias sanitarias, sociales y económicas que nos exige redoblar los esfuerzos políticos y programáticos.

Resulta urgente e indispensable, en este contexto, desarrollar acciones de cuidado integral de la vida y la salud de las mujeres y otras personas gestantes y de los/as recién nacidos/as, niñas y niños, mediante políticas integrales e intersectoriales orientadas a reducir las brechas de inequidad. En efecto, hacia fines del año 2020, se sancionó la Ley Nacional N° 27.611/2020 de Atención y Cuidado Integral De La Salud Durante El Embarazo y La Primera Infancia, producto de un pormenorizado trabajo intersectorial destinado al cuidado y a la atención integral durante el proceso de gestación y el cuidado de la salud, y la vida de los niños y las niñas hasta los 3 años (primera infancia). En la misma línea, se sancionó también la Ley N° 27.610, para acompañar en la decisión de las mujeres y otras personas gestantes garantizando la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

En el artículo 1 de la Ley N° 27.611 se expresa que:

...“en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas,” esta norma tiene como objetivo “reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional y la salud de manera integral, y prevenir la violencia”.

Por otra parte, en el Decreto Reglamentario 515/2021 de la Ley N° 27.611¹ se expresan las consideraciones que justifican su sanción y que se enumeran a continuación:

- El embarazo y los primeros *1000 días* de vida constituyen en sí mismos momentos críticos para el desarrollo de las personas.
- El modelo de atención integral se basa en el valor de los vínculos y en la corresponsabilidad de quienes ejercen los cuidados.
- Contar con políticas públicas, integrales e intersectoriales, que incluyan a todos los niveles del Estado y la sociedad civil en esta materia, beneficiando el presente de las personas gestantes, los/as recién nacidos/as, niñas, niños y el desarrollo de las nuevas generaciones.
- Los procesos de gestación y el cuidado de las infancias son una responsabilidad de todo el entorno familiar y de la comunidad, así como un deber del Estado.
- Los entornos de crianza comprenden los distintos espacios donde se desarrolla la vida de los niños y las niñas, tal como el hogar, las instituciones educativas y de salud, como así también espacios comunitarios y de esparcimiento, todos ellos ámbitos protectores de derechos.
- El derecho a la salud integral de las mujeres y otras personas gestantes, sin distinción de género, orientación sexual, clase social, etnia y nacionalidad, y de los niños y las niñas durante los primeros años de vida, implica también el derecho a una vida libre de violencias.
- La diversidad es inherente a la existencia humana.

Además, en virtud de su implementación, se considera necesario y oportuno proponer la constitución de mesas de trabajo jurisdiccionales del “Plan 1000 días”, a los efectos de brindar apoyo y asesoramiento a las comunidades, personal de salud y otros agentes territoriales vinculados al acompañamiento perinatal y a la primera infancia -que desarrollen acciones de promoción y protección de derechos-, en lo relativo a la gestión, registro, acceso y cumplimiento de la ley. Para tal fin, se considera fundamental la incorporación de los equipos comunitarios de cada jurisdicción, y la creación de espacios de formación para los diferentes organismos del Estado que intervengan en su implementación, y fomente la participación y acceso a la información de las mujeres y otras personas gestantes y sus familiares.

En este sentido, esta ley nos propone el desafío de redoblar nuestros esfuerzos para trabajar de forma intersectorial y así desarrollar, de manera integral en nuestros territorios, las políticas públicas diseñadas para el acceso a derechos.

¹ Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/248190/20210814>

Para el éxito de esta política es necesario, en primer lugar, responder a preguntas concretas que orienten sobre el número de niñas y niños involucrados, sobre el perfil de sus necesidades y sobre la diversidad de los factores facilitadores y obstaculizadores en juego. Esto permitirá continuar con la definición de las situaciones que requieran un acompañamiento más específico, con el establecimiento de las prioridades y objetivos, con la explicitación de las metas y con la planificación de las estrategias para, finalmente, desembocar en una ejecución sostenida, monitoreada, auditada, y con rendición de cuentas y de resultados.



MATERIALES PARA DESCARGAR

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2021): *Plan de los 1000 días en lectura fácil*. Disponible en: <https://bit.ly/3wsmazL>

2. Estado de situación

La Ley N° 27.611 tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes y de los niños y las niñas durante los primeros tres (3) años de vida.

De acuerdo a las estimaciones realizadas para el año 2020 la población objetivo de esta ley alcanza un total aproximado de 3.014.959 de niñas y niños entre 0 y 3 años de edad y 570.000 personas gestantes². Los indicadores que nos muestran la situación de la primera infancia y de mujeres y otras personas gestantes en nuestro país, dan cuenta de importantes brechas en términos socio-económicos, territoriales y de acceso a servicios en general.

En este sentido, comenzaremos haciendo un breve punteo de los rasgos más salientes en los que se ponen de manifiesto tales diferencias, intentando caracterizar el punto de partida y considerando como fuentes principales los datos oficiales producidos por distintos organismos públicos, como el Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO), la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la Dirección de Información y Estadística Educativa (DIEE), el Sistema de Información Perinatal (SIP), así como estudios de otras organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Sistema de Información y Monitoreo de la Primera Infancia (SIM-PI) publicación conjunta entre el Plan 1000 Días y la Dirección Nacional del Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (CNCPS), entre otras.

Tomaremos como dimensiones:

- a. **Condiciones de vida**
- b. **Salud**
- c. **Identidad**
- d. **Educación y cuidados para el desarrollo infantil**
- e. **Violencias, situaciones de riesgo y/o vulneración.**

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Un factor relevante a la hora de elaborar un diagnóstico de situación en este contexto actual es considerar y estimar el impacto de la pandemia sobre los indicadores integrales de salud entre otros (como educación, violencias intrafamiliares y de géneros, pérdida de trabajo, etc.) y el tiempo que llevará la recuperación a los indicadores pre pandemia. En ese sentido, se requiere prestar atención no sólo a las dificultades en el acceso a servicios de salud y cuidados esenciales que puede repercutir sobre la cantidad de controles a la salud durante el embarazo, sino también al efecto negativo que se evidencia sobre los determinantes sociales, como es el aumento de las condiciones de vulnerabilidad

² Para acceder a información actualizada de la población de 0 a 3 años: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sistema-de-informacion-y-monitoreo-de-la-primera-infancia-poblacion-de-0-hasta-3-anos>

La estimación de la población gestante se realiza tomando el número de nacidos de vivos y las defunciones fetales de las últimas publicaciones de las Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (MSAL) y los embarazos terminados en IVE-ILE de las bases de Egresos Hospitalarios de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

social.

Los datos disponibles son aún parciales, pero se pueden señalar algunos que resultan sobresalientes.

Por una parte, se registró un significativo aumento de la pobreza. Tal como se desarrollará en este apartado, según datos publicados por el INDEC³, en la República Argentina, a finales de 2020, el 42% de las personas vivía por debajo de la línea de pobreza (lo que representaba el 31,6% de los hogares). Dentro de ese conjunto, el 10,5% de las personas se encontraba por debajo de la línea de indigencia (7,8% de hogares)⁴. Ahora bien, si se observa el impacto de la pobreza por grupos de edad, se destaca que más de la mitad (57,7%) de niños, niñas y adolescentes de 0 a 14 años son pobres.

Además de la crisis económica que atraviesa el país, la pandemia y las restricciones requeridas para su mitigación generan mayor sobrecarga en las tareas de cuidado, las que recaen principalmente en las mujeres, debilitando las redes de cuidado y contención, y exponiéndolas a situaciones de violencia de género, tal como se registra a través de las líneas nacionales de atención gratuita: #137 (violencia familiar y sexual) y #144 (violencia de género).

Adicionalmente, las medidas de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio (DISPO) para la prevención y mitigación del SARS-CoV-2, sumadas a las exigencias que la atención de la pandemia impone sobre los equipos de salud, han tenido como efecto secundario una disminución en los controles de la salud.

Entre los impactos de la pandemia, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/OPS) prevé un aumento de la tasa de fertilidad por la reducción de la cobertura en anticoncepción, un incremento de los nacimientos por fuera de los servicios de salud, una reducción de la lactancia, una menor cobertura de vacunación y un aumento de la Razón de Mortalidad Materna (MM) y Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)⁵. Mismas observaciones se identificaron acerca de las interrupciones de servicios y cuidados esenciales de las personas recién nacidas prematuras y enfermas en el mundo⁶. Así mismo, puede pensarse en consecuencias psíquicas, emocionales y sociales que pueden afectar un desarrollo saludable, principalmente en bebés, niños y niñas que vivieron el ASPO en su Primera Infancia o han nacido en ese período.

Por cuanto a los efectos directos de la infección por SARS-CoV-2, se identificó que el curso de esta enfermedad en personas gestantes aumenta las probabilidades de un parto pretérmino.

³ Para acceder a los datos actualizados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC): *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos*. Buenos Aires: INDEC. Disponible en: <https://tinyurl.com/7v5x2k7b>

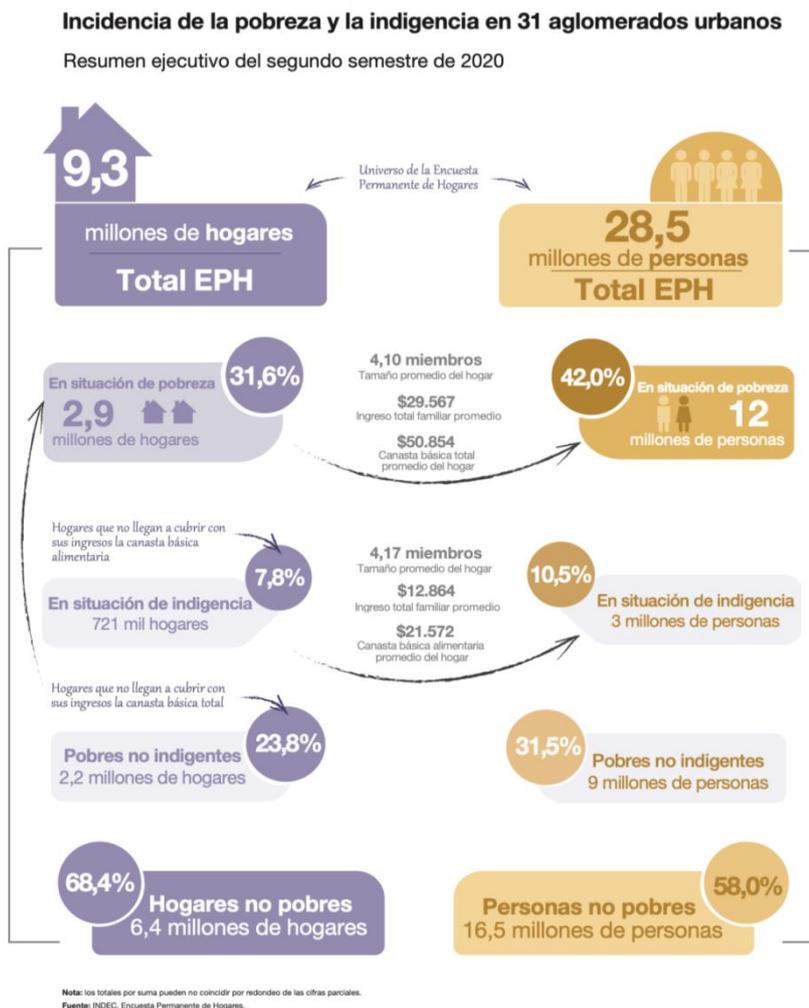
⁴ Ídem

⁵ Información presentada en el marco de la *Conferencia Virtual del Comité de Neonatología de ALAPE: Experiencia del CLAP/OPS en la situación actual de los recién nacidos*, a cargo del Dr. Pablo Durán, Mayo 2021.

⁶ BMJ Global Health Mar 2021, 6 (3) e004347; DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004347.

a. CONDICIONES DE VIDA

De acuerdo a las estimaciones realizadas en el año 2020, en el que se sanciona la Ley n° 27.611, la población objetivo comprendía a 2.100.000 niñas y niños menores de 3 años y a 690.000 mujeres y otras personas gestantes, según Registros de la Dirección de Estadísticas Vitales (Ministerio de Salud de la Nación) y del SIEMPRO, en base al Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares 2010 (CNPVH 2010) (INDEC). De acuerdo con datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2020 INDEC, y tal como se explicitó en el apartado anterior sobre el Impacto de la pandemia COVID-19 sobre los determinantes sociales, alrededor del 42% de las personas vive en situación de pobreza⁷, y el 10.5% se encuentra por debajo de la línea de indigencia.^{8,9}



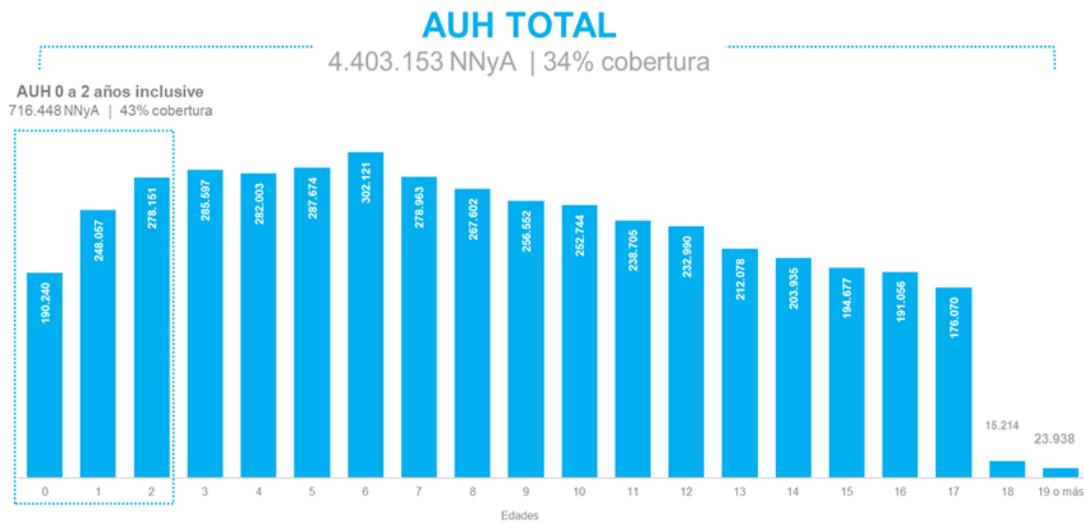
⁷ La medición de la pobreza con el método de la línea de pobreza (LP) consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si estos tienen capacidad de satisfacer –por medio de la compra de bienes y servicios– un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales.

⁸ El concepto de “línea de indigencia” (LI) procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De esta manera, los hogares que no superan ese umbral o línea son considerados indigentes.

⁹ Para acceder a los datos actualizados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC): *Incidence de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos*. Buenos Aires: INDEC. Disponible en: <https://tinyurl.com/7v5x2k7b>

Algunas encuestas reportan hasta 20% de inseguridad alimentaria en la niñez. (EDSA, UCA, 2020)¹⁰.

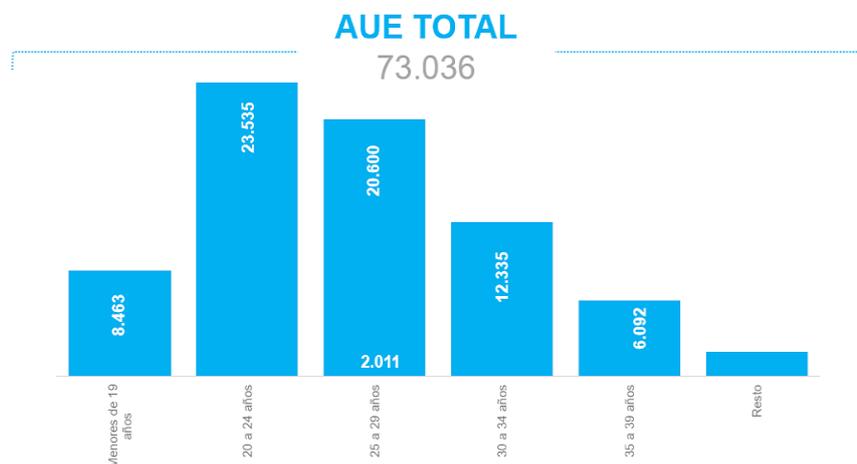
Una de las variables que intervienen en el nivel de vida de las niñas, los niños y sus familias, se asocia a la disposición de ingresos que permitan su crianza y ésto se vincula, a su vez, a la política de transferencias monetarias **De los 13 millones de niñas y niños menores de 18 años, el 34 % reciben Asignación Universal por Hijo (AUH) y el 33 % Asignaciones Familiares por Hijo (AFH)**



Fuente: ANSES. Liquidación Julio 2021, puesta al pago en septiembre 2021

Fuente: ANSES - Documento de Trabajo Interno (2020)¹¹

Personas gestantes con acceso a AUE por edad (agosto 2021)



Fuente: ANSES. Liquidación agosto 2021, puesta al pago en septiembre 2021

¹⁰ Tuñón, I.; Poy, S. y Salvia, A. (2021): *La tarjeta ALIMENTAR a un año de su implementación. Una caracterización sociodemográfica, socio alimentaria y socioeconómica de los hogares destinatarios. Documento de investigación- Barómetro de la Deuda Social Argentina - 1ª ed.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa. Disponible en <https://bit.ly/3hTXeLu>

¹¹ Para acceder a datos actualizados del Sistema de Información y Monitoreo de la Primera Infancia (página 17): <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sistema-de-informacion-y-monitoreo-de-la-primera-infancia-poblacion-de-0-hasta-3-anos>

Asignación Universal por Embarazo



En relación a las mujeres y personas gestantes, a partir de la sanción de la Ley N° 27.611, se ha extendido de 6 a 9 mensualidades la Asignación por Embarazo para Protección Social. A partir de la presente ley, la prestación cubre desde el inicio del embarazo hasta 9 mensualidades, su interrupción o el nacimiento del hijo o de la hija, siempre que no exceda de 9 mensualidades. De esta forma, se subsana una histórica asimetría entre las personas gestantes que accedían a su derecho a la seguridad social por desempeñarse en el mercado laboral formal y aquellas que se encuentran atravesando un periodo de desempleo.

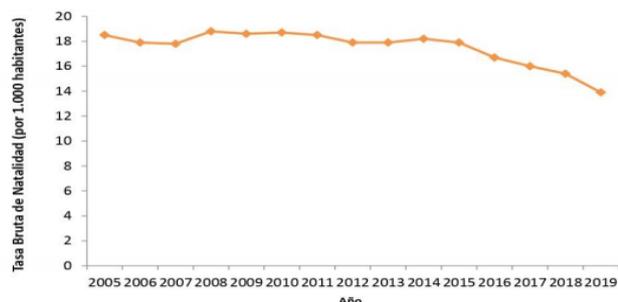
b. SALUD

NACIMIENTOS - INEQUIDADES

Durante 2019 nacieron 625.441 niños y niñas, un 10% menos que en 2018. Del total de personas nacidas vivas, se registran un 9% de nacimientos antes de término (prematuros/as).¹²

Año 2019: 625.441 nacidos vivos (9,0% prematuros)

Tasa Bruta de Natalidad



Fuente: DEIS.MSAL. Año 2019

¹² Para acceder a los datos actualizados al 2023. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (MSal).

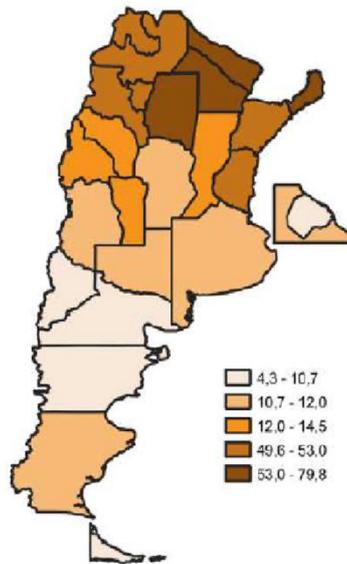
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf

Para consultar próximas actualizaciones <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>

EMBARAZOS TEMPRANOS

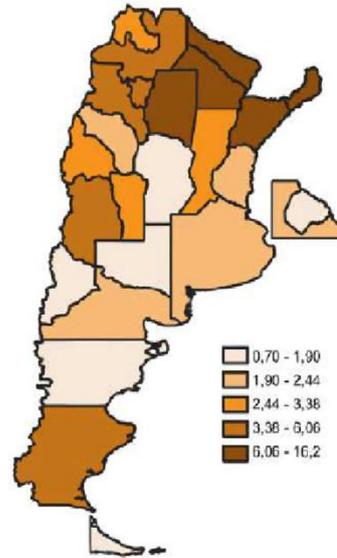
Para 2019 el 13% de los nacimientos en Argentina son de niñas/es y adolescentes, dato que se mantiene estable desde los últimos 25 años. La situación empeora, en términos de brechas y desigualdades, si se analiza la información a nivel provincial: en jurisdicciones como Chaco, Formosa y Misiones, 1 de cada 4 nacimientos es de niñas/es y adolescentes.

% Madres adolescentes



4.3 % - 21.9 %

% Madres adolescentes c/primaria incompleta



0.7 % - 16 %

Fuente: DEIS 2019

Al leer los datos sobre embarazos en niñas menores de 14 años, debemos tener en cuenta que:

“Muchos embarazos que ocurren en adolescentes menores de 15 años, y en particular antes de los 13, son producto de violencia sexual ejercida por integrantes de la familia o del entorno cercano bajo distintas formas de coerción que abarcan desde la imposición forzada hasta las amenazas, abuso de poder y otras formas de presión”.¹³

La continuidad de este tipo de embarazo Chiarotti y cols. lo definen 'embarazo infantil forzado' como “el que ocurre cuando una niña (menor de 14) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. El embarazo puede ser producto de una violación sexual o provenir de una relación sexual consensuada, en la que la niña no conocía las consecuencias o conociéndolas, no pudo prevenirlas”¹⁴.

¹³ Ministerio de Salud de la Nación (2017): *Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Informe de resultados de investigación*. (p. 6). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3AND64m>

¹⁴ Ministerio de Salud de la Nación (2018): *Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Disponible en: <https://bit.ly/3BVfufG>

“El embarazo forzado es uno de los efectos posibles de los abusos sexuales. En este caso, a los riesgos propios del embarazo en edades tempranas, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo que se manifiesta cuando ese abuso no fue detectado. El embarazo es así una continuidad de la situación del abuso que le dio origen. Si no pudo ser contado, o si fue silenciado por el entorno, el embarazo también estará rodeado de ocultamiento y estigma.”¹⁵

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho, sin distinción de ninguna condición, permitiendo una concepción de integralidad, no-discriminación e igualdad social. Se debe valorar el capital humano de las niñeces y adolescencias y apoyarlas en la toma de decisiones sobre su vida, incluida su salud sexual y reproductiva. Igualmente, se les debe empoderar ofreciéndoles oportunidades reales para que puedan ver que la maternidad no es su único destino.

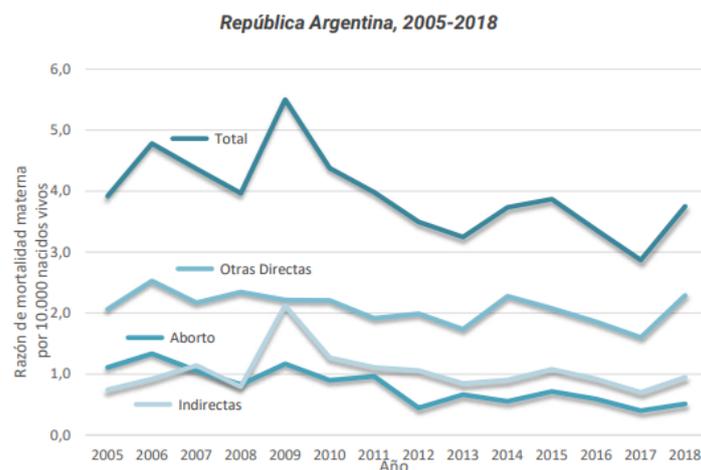
La gran mayoría de los embarazos en las niñeces y adolescencias no responden a una decisión de las mismas, y no eran buscados o deseados en ese momento. Cabe destacar asimismo que mantener a las niñeces y adolescencias en la escuela se considera como un factor protector frente a los embarazos tempranos.

Para el año 2021, si bien la natalidad fue similar a la de 2020, se registró un nuevo descenso en la tasa de fecundidad adolescente, que pasó de 15,4 por mil mujeres de 10 a 19 años en 2020, a 13,7 por mil en 2021. Esto representa una disminución de 1,7 puntos en un año.¹⁶

MORTALIDAD MATERNA – INEQUIDADES

Año 2018: Razón Mortalidad Materna 3,7 x 10.000 personas recién nacidas vivas (Fallecieron 257 personas entre 15 y 49 años) 61% causas directas: HTA . Sepsis. Hemorragia. 13% por aborto. 25% causas indirectas

Razón de mortalidad materna total y por grupo de causas por 10.000 nacidos vivos.



Fuente: En Esquema de Implementación “Plan 1000 días” (2020). Documento de Trabajo MSAL.

¹⁵ Ministerio de Salud de la Nación (2021): Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/AbusoSexual_lineamientos2021.pdf

¹⁶ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2023). Natalidad y Mortalidad Infantil Año 2021. Página 6: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf

La mortalidad materna¹⁷ constituye un importante problema para la salud pública tanto en lo referente a las causas, como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria de la persona gestante, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socioeconómicas generales.

En 2017, la tasa de mortalidad materna fue de 2,9 madres fallecidas por cada diez mil nacidos vivos.

Durante el año 2018 fallecieron en Argentina 257 personas gestantes entre 15 y 49 años y en 2019 el número de defunciones se redujo a 188 personas gestantes.

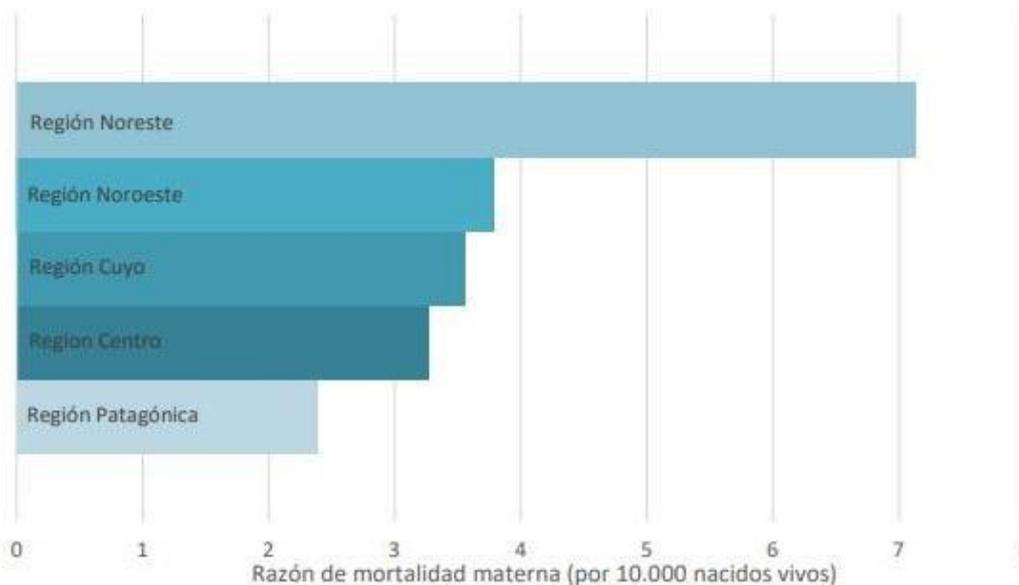
La razón de mortalidad materna -que refleja el riesgo de morir durante la gestación, el parto y el puerperio- fue de 3,0 por 10.000 personas nacidas vivas. Durante los últimos diez años se observa un descenso de la tasa, y se ha cumplido con las metas en cuanto reducción de la misma (ODS 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos)¹⁸. Si bien la evolución de la mortalidad materna ha sido fluctuante, la preocupación para Argentina son las inequidades intra país.

¹⁷ La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de morir de las mujeres y otras personas gestantes durante la gestación, el parto y el puerperio. Comprende la mortalidad de mujeres y otras personas gestantes durante el embarazo, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La muerte materna tardía es aquella que se produce luego del día 42 y hasta un año después de haberse producido el evento obstétrico. Según las causas, pueden subdividirse en dos grupos: -Defunciones obstétricas: directas son las 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. Incluye las defunciones producidas por aborto como causa.- Defunciones obstétricas indirectas: - son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el is o no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

¹⁸ En el 2021 a nivel nacional la razón de mortalidad materna -que expresa la relación entre las muertes por causas maternas y la cantidad de nacidos vivos en un período- aumentó de 4,1 por cada 10 mil nacidos vivos en 2020, a 7,4 en 2021. Este incremento se explica por las causas obstétricas indirectas, entre las que se remarca principalmente la irrupción de la pandemia provocada por la COVID-19. De las 393 muertes maternas registradas en 2021, 220 corresponden a personas gestantes que fallecieron debido a COVID-19 durante el embarazo, parto o puerperio.

Para acceder a los datos actualizados al 2023. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (MSal) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/estadisticas-vitales-informacion-basica-argentina-ano-2021>

Para acceder a próximas actualizaciones: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/publicaciones>

Razón de mortalidad materna (cada 10.000 nacidos vivos) por región.**República Argentina, 2018**

Fuente: DEIS, MSAL (2020)

Si observamos la comparación interprovincial, la misma arroja valores muy disímiles para este indicador. Al analizar las brechas entre las distintas jurisdicciones, se debe considerar además del nivel de resolución y la calidad de los servicios, la estructura demográfica de las jurisdicciones y la cobertura y calidad del registro de defunciones.

Para el año 2021 a nivel nacional la razón de mortalidad materna –que expresa la relación entre las muertes por causas maternas y la cantidad de nacidos vivos en un período– aumentó de 4,1 por cada 10 mil nacidos vivos en 2020, a 7,4 en 2021. Este incremento se explica por las causas obstétricas indirectas, entre las que se remarca principalmente la irrupción de la pandemia provocada por la COVID-19.

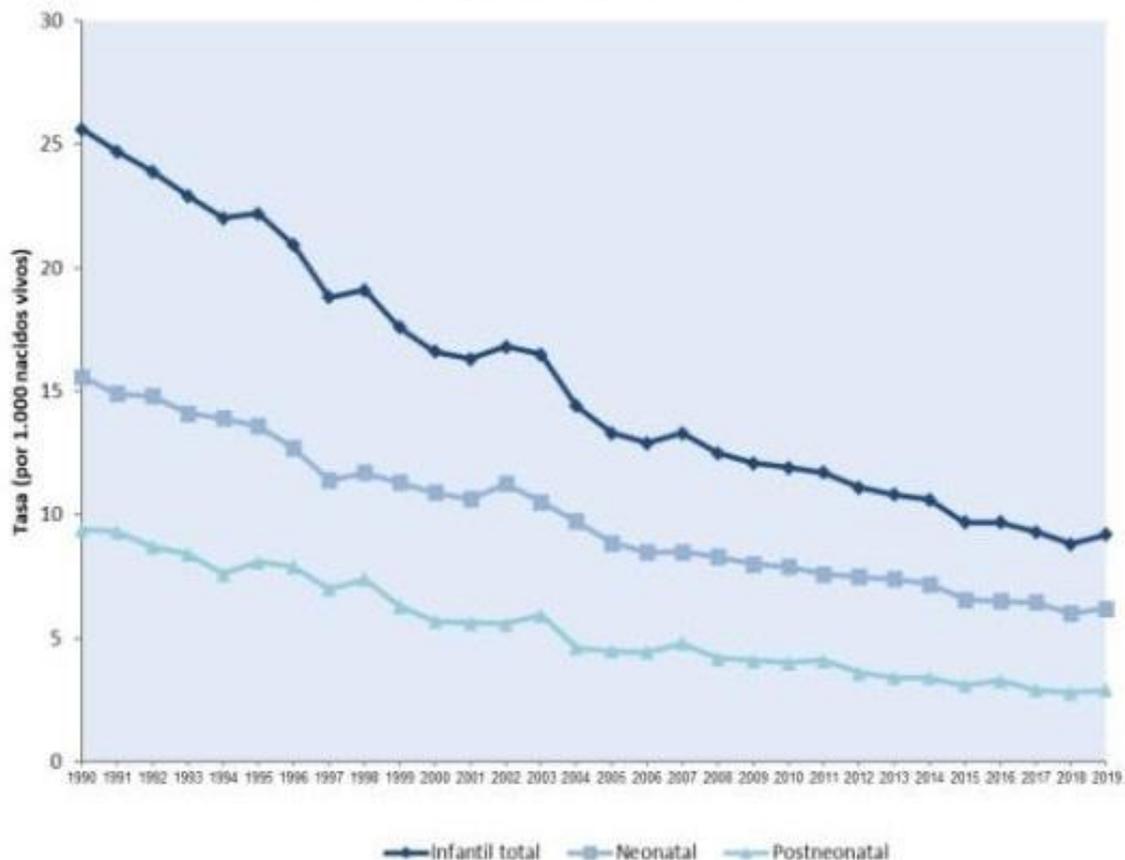
De las 393 muertes maternas registradas en 2021, 220 corresponden a personas gestantes que fallecieron debido a COVID-19 durante el embarazo, parto o puerperio. El 56% de las muertes maternas totales registradas en 2021 (80% de muertes maternas de causa indirecta) se debieron a COVID-19. En 2020 se identificaron 37 muertes por esta enfermedad, mientras que en 2021 se registraron 220. Esto coincide con la evolución de la pandemia en el país, siendo el grupo de personas gestantes uno de los grupos prioritarios para vacunación.

MORTALIDAD INFANTIL - INEQUIDADES

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año.

Está compuesta por la mortalidad neonatal y la postneonatal. Se llama “mortalidad neonatal” a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión “mortalidad postneonatal” designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año.

Figura 8. Tasa de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal cada 1.000 nacidos vivos. República Argentina. Años 1990-2019



Existen un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos. La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos vinculados con las condiciones congénitas como con la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño y la niña durante los primeros días de vida). En la mortalidad post neonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socioeconómicas sobre la salud de las niñas.

De acuerdo con información publicada para 2019, la tasa de mortalidad infantil era de 9.2 por cada mil personas nacidas vivas, lo que muestra un aumento respecto del año anterior (8.8 por mil en 2018).¹⁹

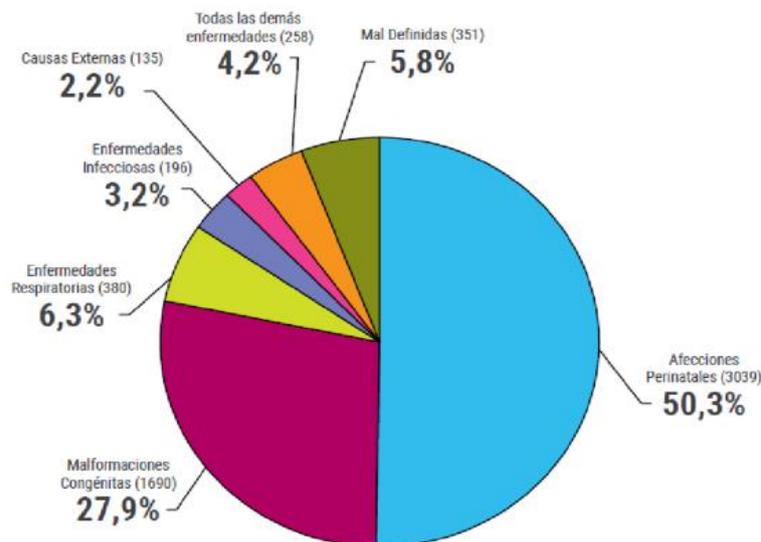
¹⁹ La tasa de mortalidad infantil registró a nivel nacional un nuevo descenso, alcanzando en 2021 un valor de 8 por mil nacidos vivos, siendo el menor valor histórico. Para acceder a los datos (DEIS, 2023): https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf (Página 6)

La mortalidad neonatal se ubicaba en 6.2 por mil nacidos vivos, y la tasa de mortalidad postneonatal en 2.9 por cada mil nacidos vivos (DEIS).

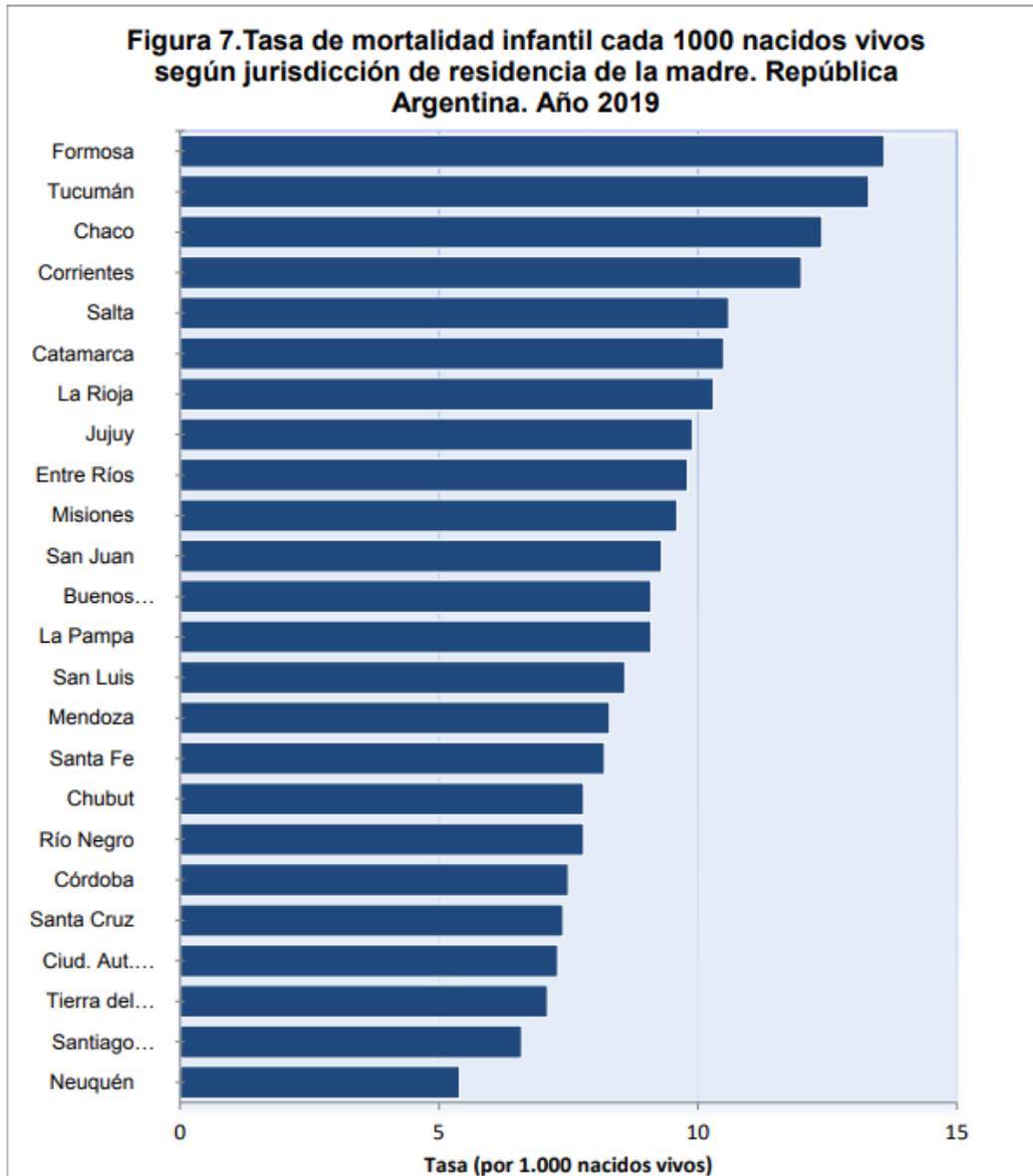
MENORES DE 1 AÑO			
SUBTOTAL	NEONATALES		POSTNEONATALES
	PRECOCES	TARDÍAS	
5.745	2.769	1.136	1.840

La mayoría de las causas de muerte postneonatal se deben a problemas provenientes del medio ambiente, las condiciones de vida y la dificultad de un acceso oportuno al tratamiento adecuado. Ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.).

Mortalidad Infantil - Causas



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2018



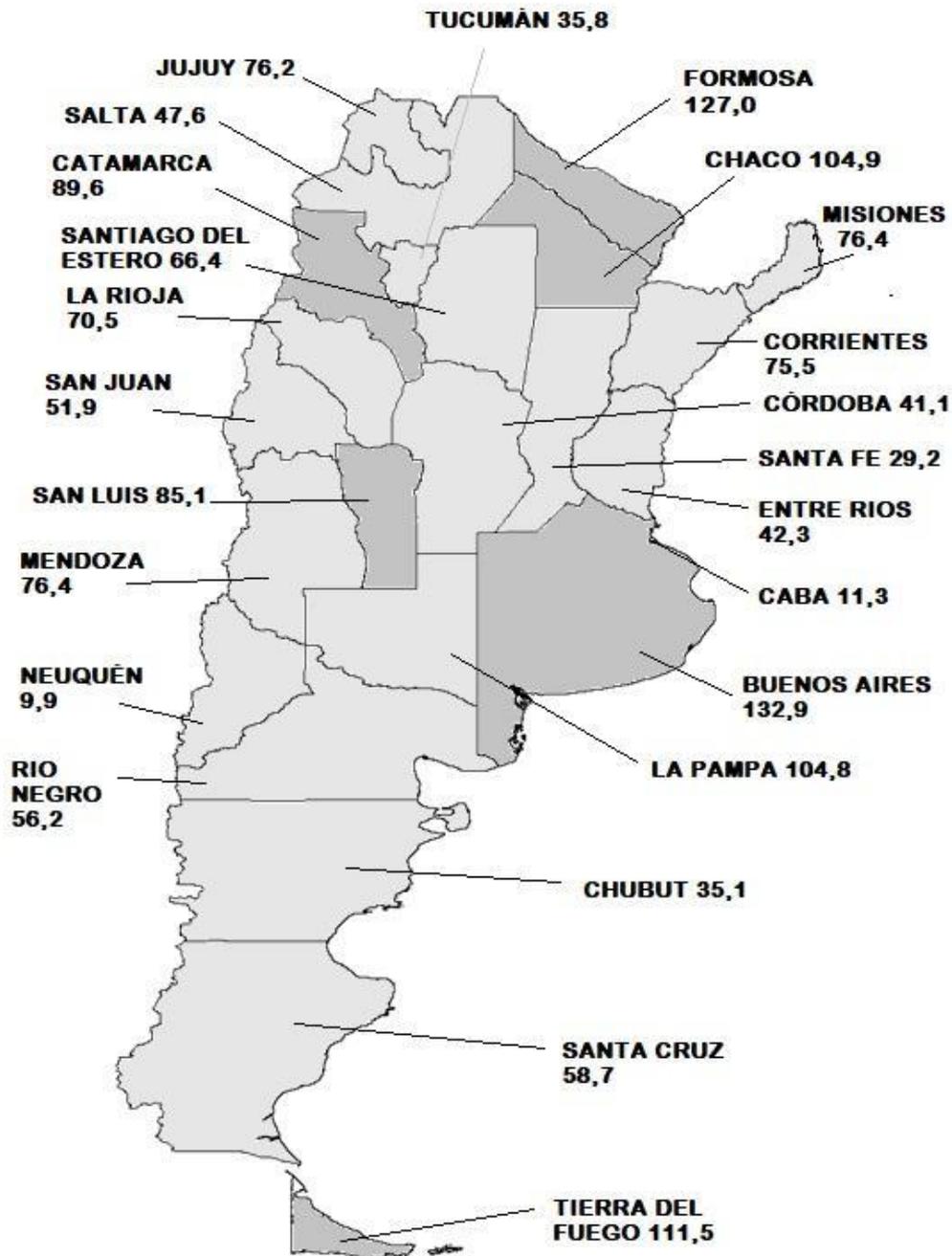
Si se analiza la situación entre jurisdicciones, se observan grandes disparidades. Fuente: DEIS, Ministerio de Salud. Año 2019

Alrededor del 66,1% de las defunciones postneonatales se consideran reducibles con intervenciones preventivas y de tratamiento. Invertir en estos períodos puede contribuir significativamente a disminuir las brechas de desigualdad.²⁰

²⁰ Ministerio de Salud de la Nación (2021): *Estadísticas vitales. Información Básica. Argentina año 2021*. (Serie 5, número 65). Ciudad de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: [Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | Estadísticas Vitales - Información Básica - Argentina - Año 2021](#)

MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA (MID)**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DOMICILIARIA. TOTAL PAÍS. REPÚBLICA ARGENTINA Y SEGÚN JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE.**

Defunciones infantiles domiciliarias expresadas en tasa por 100.000 nacidos vivos



De un estudio realizado por la Dirección Nacional de Salud Perinatal y Niñez que analizó las MID en Argentina del período junio 2018 - mayo 2019, en el cual se entrevistaron a 347 familias (73% de las muertes ocurridas)²¹, se desprende que el 24.5 % de las muertes post neonatales ocurrieron en el domicilio de las familias (con una variación de entre el 9–40% según jurisdicción).

Del análisis de casos se resalta que

- El 73 % de las personas entrevistadas tenía necesidades básicas insatisfechas (Hacinamiento 71%, Vivienda precaria 61%, Condiciones Sanitarias deficientes 60%, Capacidad de subsistencia 25 %).
- El 25 % de las madres tenía menos de 20 años.
- El consumo de tabaco era alto en el hogar, 45% y en las madres de un 22%.
- La práctica de colecho fue frecuente: 61% y solo en el 15% de los casos la muerte ocurrió en la cuna.
- Estacionalidad: las muertes ocurrieron con mayor frecuencia en invierno.
- Edad: mayor frecuencia en menores de 2 meses.

Fuente: Estudio sobre MID en Argentina 2018-2019. Dirección Nacional de Salud Perinatal y Niñez, 2020.

Lugar habitual de sueño en una serie de 347 niños con MID



Fuente: Elaboración propia MD- Argentina DCSAPE/MSAL. Año 2020.



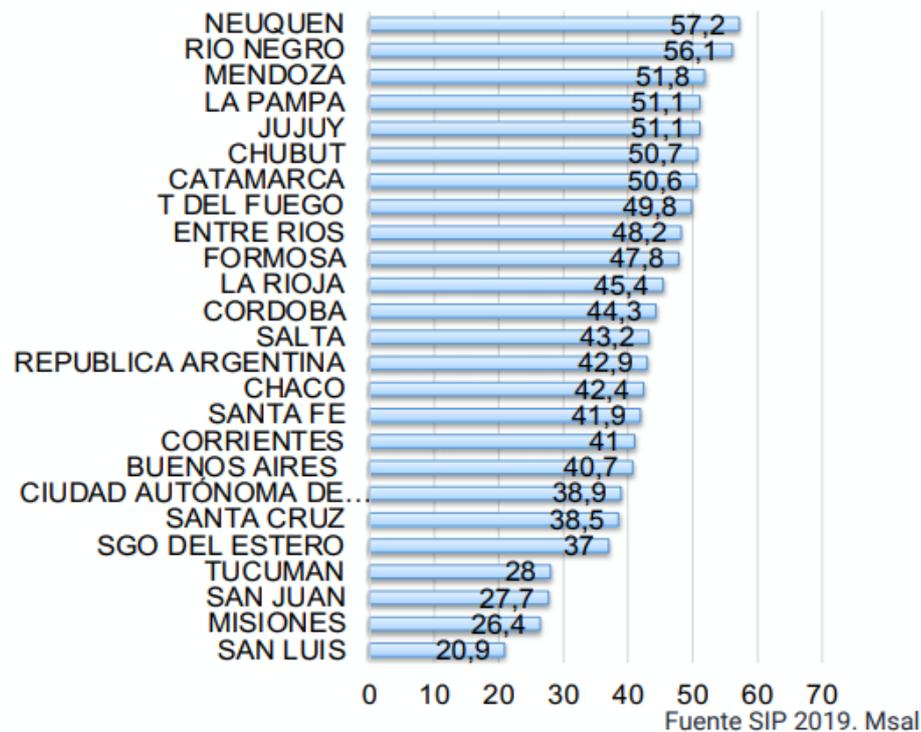
²¹ Ministerio de Salud de la Nación (2020): *Estudio sobre Mortalidad Infantil Domiciliar en Argentina 2018-2019*. Datos no publicados.

ACCESO A LA SALUD DE LAS MUJERES Y OTRAS PERSONAS GESTANTES

Tomando algunos indicadores de acceso a la salud durante el embarazo, sólo el 43% de las mujeres y otras personas gestantes atendidas en el sector público inicia el control del embarazo antes de la semana 13. El 28,8% realiza menos de cinco consultas prenatales (control prenatal insuficiente), El 3,6% llega al parto sin controles prenatales.

En el 55,7% de los casos se cumple el derecho de acompañamiento durante el parto (SIP 2019). La prevalencia estimada de anemia en el embarazo es de 30.5%, mayor aún en mujeres y otras personas gestantes que viven bajo la línea de pobreza con respecto a las que no: 36 vs 25% (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 2005).

Porcentaje de personas atendidas en el sector público con control de embarazo antes de la 13 semana



NUTRICIÓN Y ACCESO A LA LACTANCIA

De acuerdo con los datos de la 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), el 97% de las personas recién nacidas iniciaron la lactancia al nacer. Más de la mitad (56,5%) fue puesta al pecho por primera vez en la primera hora de nacidas. Sin embargo, sólo el 44% reportó haber sostenido la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, tal como indica la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Secretaría de Gobierno de Salud; 2019).

Al abordar la **lactancia inicial**, la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia ECOVNA II muestra los porcentajes de los últimos niños/as nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta (2019-2020) que fueron: amamantados alguna vez, amamantados durante la primera hora del nacimiento y durante el primer día del nacimiento. Los resultados respecto a niños y

niñas que fueron amamantados por primera vez indican que el 57.7% lo hicieron dentro de la primera hora y el 88,3 % en el primer día del nacimiento.²²

En cuanto al **contacto piel con piel**²³, conducta que regula la temperatura corporal del/la recién nacido/a en las primeras horas de vida, disminuye el estrés de los mismos, favorece al establecimiento del vínculo afectivo entre la persona gestante e hijo/a y al inicio de una lactancia exitosa entre otras cosas. La misma encuesta refiere que de un total de 1366 mujeres o personas gestantes de 15 a 49 años con un/a hijo/a nacido/a vivo/a en los últimos 2 años, solo **el 16,7 %** recibió contacto piel con piel con su hijo/a.²⁴

MALNUTRICIÓN EN LA NIÑEZ

Malnutrición en %	Menores de 5 años
Bajo peso (peso/edad)	1,7
Emaciación (peso/talla)	1,6
Baja talla	7.9
Sobrepeso	10
Obesidad	3.6

Fuente: ENNyS 2018-2019

Entre niños y niñas de 0 a 5 años, la proporción de bajo peso y emaciación es de 1,7% y 1,6% respectivamente. Por su parte, la proporción de baja talla a nivel nacional es de 7,9%, con diferencias significativas por nivel de ingreso (11,5% en el primer quintil y 4% en el quinto quintil).

Encontramos escasa información sobre comunidades rurales, pueblos originarios o indígenas y/o poblaciones dispersas donde puede haber escasez de alimentos y agua segura, y donde además existen mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

Estudios regionales reportan desnutrición aguda en 2,5 a 5% en niños y niñas menores de 5 años.

El relevamiento de la 2da ENNyS (2019)²⁵ deja en evidencia que la proporción de sobrepeso en la población de menores de 5 años resultó de 10%.

Se trata de una cifra elevada si se tiene en cuenta que el exceso de peso esperado para esta edad es de 2,3%. La obesidad alcanza el 3,6% y el exceso de peso se registró en el 13,6% de la población en ese rango de edad (ENNyS 2018-2019).

²² Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) 2019-2020. Página 142 Tabla TC.7.1: Lactancia inicial. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/12071/file/MICS%202019-2020.pdf>

²³ Consenso "Primera Hora de Vida" (2022). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consenso-la-primera-hora-de-vida>

²⁴ Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) "2019-2020. Página 98 Tabla TM.8.4: Cuidados térmicos para recién nacidos. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/12071/file/MICS%202019-2020.pdf>

²⁵ Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019): 2.º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNyS 2. Resumen ejecutivo. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: <https://bit.ly/3DEIjse>

PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD

Para el año 2022 la población de 0 a 3 años que posee Certificado Único de Discapacidad (CUD) es de 9.538, un 0,6% del universo total de personas con CUD. La mayor proporción reside en la provincia de Buenos Aires, sin embargo, las provincias que presentan mayores porcentajes de población con CUD sobre la población total de 0 a 3 años son Jujuy y Río Negro.²⁶

DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL

Los primeros mil días son un período crítico para el desarrollo. Los determinantes del ambiente influyen en las distintas etapas de la vida de las niñas y los niños, tanto en su niñez, como en su edad adulta.

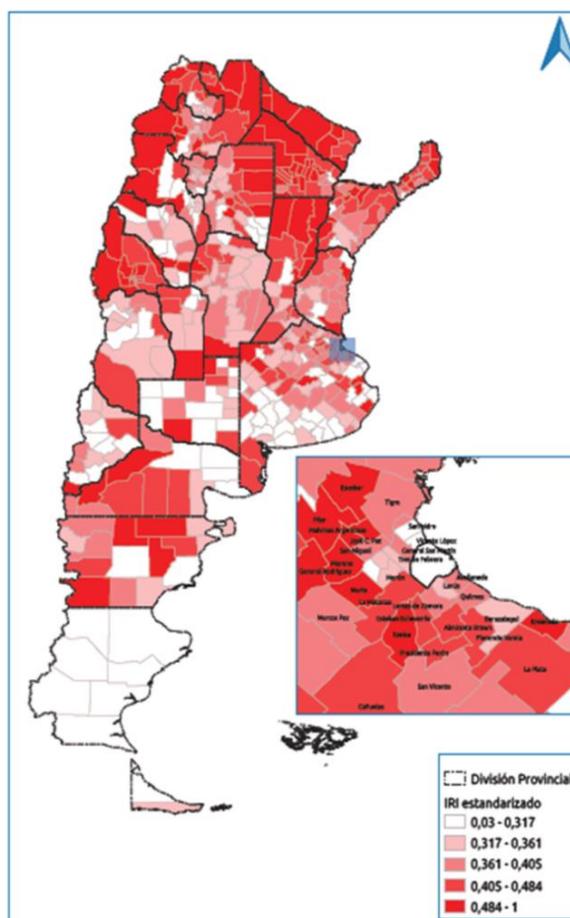
Los principales determinantes se asocian a la pobreza, la indigencia, el bajo nivel de educación de las personas gestantes y co-gestantes, el bajo y muy bajo peso de nacimiento, el nacimiento pretérmino, condiciones crónicas y violencias.

Índice de Riesgo Infantil (IRI). SIEMPRO - CNCPS

El IRI es un instrumento que fue construido con el objetivo de facilitar la detección, especialmente en la consulta pediátrica de acompañamiento del niño y la niña durante los primeros 18 meses de vida, de riesgo para su desarrollo psíquico.

El diseño del mapa estuvo a cargo del Consejo de Coordinación de Políticas Sociales que tomó un Índice de Riesgo Infantil (IRI) -en base a la incidencia de la AUH en los hogares, al porcentaje de personas nacidas vivas con menos 2,5 kilos y a la tasa de mortalidad infantil- para localizar los municipios con niños y niñas en peores condiciones de vulnerabilidad a los que se los dividió en 3 rangos desde el valor más alto (coloreado en rojo fuerte)

Fuente: SIEMPRO, en base a CNPVH 2010 (INDEC)



²⁶ Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales junto al Ministerio de Salud de la Nación (2023) Sistema de Información y Monitoreo de la Primera Infancia. Población de 0 hasta 3 años (SIM-PI) (p.8). Buenos Aires. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sistema-de-informacion-y-monitoreo-de-la-primera-infancia-poblacion-de-0-hasta-3-anos>

c) IDENTIDAD

REGISTRO

El 99,5% de niñas y niños menores de 5 años residentes en zonas urbanas cuentan con algún tipo de documentación que implica estar registrados (tenencia o tramitación del documento, o de la inscripción del nacimiento) (UNICEF – MDS, 2013). Según un informe del Registro Nacional de las Personas (2021), en Argentina la omisión del registro de nacimientos varía entre el 0.5 y el 2%. Esto significa que un importante número de niñas y niños no cuentan con su inscripción. Esta situación varía según la provincia.

El 3,8 % (30 mil) es la tasa de omisión de registro de nacidos vivos, dentro de los primeros 4 años de vida. El dato surge de comparar la estimación de nacidos vivos, con los nacidos vivos registrados por el Subsistema de Estadísticas Vitales. (2017) UNICEF-OMS Documento: Registro de nacimientos en Argentina. Un estudio sobre la cobertura legal y estadística. Fuentes: (Estimación de nacidos vivos) Datos obtenidos a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 del INDEC./ (Nacidos vivos registrados) Datos obtenidos a partir del Subsistema de Estadísticas Vitales.

d) EDUCACIÓN Y CUIDADO PARA EL DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL

ACCESO A CENTROS DE CUIDADO

En Argentina hay numerosas instituciones con funciones de cuidado, educación y crianza (CEC) para los primeros años, con formatos y contenidos muy diversos.²⁷

En relación a la tasa de asistencia al nivel inicial, aún queda mucho por construir, ya que según el mapa, solo el 40% de los niños y las niñas de 3 años asisten a un establecimiento educativo y de cuidado a nivel nacional (sean jardines maternas y de infantes que dependen de los ministerios provinciales de Educación o Centros de Desarrollo Infantil –CDI– o Espacios de Primera Infancia –EPI– gestionados por los Ministerios de Desarrollo Social, los consejos de infancia y adolescencia provinciales u organizaciones comunitarias).

**A partir de los datos aportados
Por el Mapa Federal
de Cuidados 2021, se han
Identificado 22.980
Establecimientos educativos y
De cuidado para niños y niñas
De hasta 5 años en todo el país.**



4 de cada 10
niñas, niños y niñas de 3 años
asisten a algún establecimiento
educativo o de cuidados.

También en este caso, se observan marcadas diferencias entre grupos sociales según quintil de ingresos y la jurisdicción de referencia.

Los niños y las niñas más pequeños/as, de territorios

más alejados de las grandes ciudades y de entornos de crianza con menor nivel de ingresos son quienes tienen menos probabilidad de acceder a una escuela de nivel inicial u otro espacio de cuidado y educación. En el territorio, las disparidades se combinan creando un escenario heterogéneo y desigual. Éstas se manifiestan en diferencias interprovinciales, municipales y por ámbito geográfico.

Si se considera, por ejemplo, la sala de 3, lo primero que se observan son las diferencias entre las provincias. Mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires la cobertura del nivel para los niños y las niñas de 3 años es del 68% y el 63% respectivamente, en otras jurisdicciones apenas supera el 10%.

Asimismo, existen todavía algunos 60 departamentos del país sin ninguna sala de 3. Los desafíos también se manifiestan en las zonas rurales. Estas disparidades impiden garantizar el acceso de los niños y las niñas de entornos de crianza de menores ingresos. La oferta para los niños y las niñas de menos de 3 años enfrenta importantes déficits en los territorios donde residen en situación de mayor vulnerabilidad social. Sumado a lo anterior, la expansión de la cobertura del nivel depende críticamente de la expansión de la oferta de gestión estatal que ofrezca a los sectores más vulnerables la posibilidad de acceder a estos servicios. La oferta y la cobertura para los niños y las niñas de 45 días a 3 años son mayormente de gestión privada.

Las inequidades de género, vinculadas con la insuficiente oferta y acceso a los jardines maternos, de infantes, EPI o CDI, impactan principalmente en el tiempo de las madres y/o mujeres cuidadoras de los niños y las niñas.

El análisis realizado muestra que la falta de oferta en el territorio y el costo económico son una clara barrera de acceso al nivel, siendo necesario atenderlas con provisión de nueva infraestructura del cuidado.²⁸

e) VIOLENCIAS

La violencia hacia niñas, niños y adolescentes es significativa. A pesar de que el 96,3% de las personas adultas responsables a su cargo creen que el castigo físico no debe ser utilizado como método de disciplina infantil, en 7 de cada 10 hogares se ejercen prácticas de crianza que incluyen violencia física y/o verbal, y en el 40% de los hogares se recurre a la violencia física como parte de la crianza de niñas y niños (UNICEF, 2016).

El 98% de las personas en situación de violencia que se comunicaron con la línea 144 son mujeres.

El 64% tiene entre 15 y 44 años.

El 2% (473) se encontraban embarazadas y 565 eran personas con discapacidad.

Del total de 5151 víctimas de violencia sexual atendidas entre 2019 y 2020, el 63,1% son niñas, niños y adolescentes. Sin importar la edad, el mayor porcentaje de víctimas es de género

²⁸ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) (2021): *Mapa de la Educación Inicial en la Argentina: Puntos de partida de una agenda de equidad para la primera infancia*. (1era edición). Buenos Aires: UNICEF. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Mapa-Educacion-Inicial-Argentina>

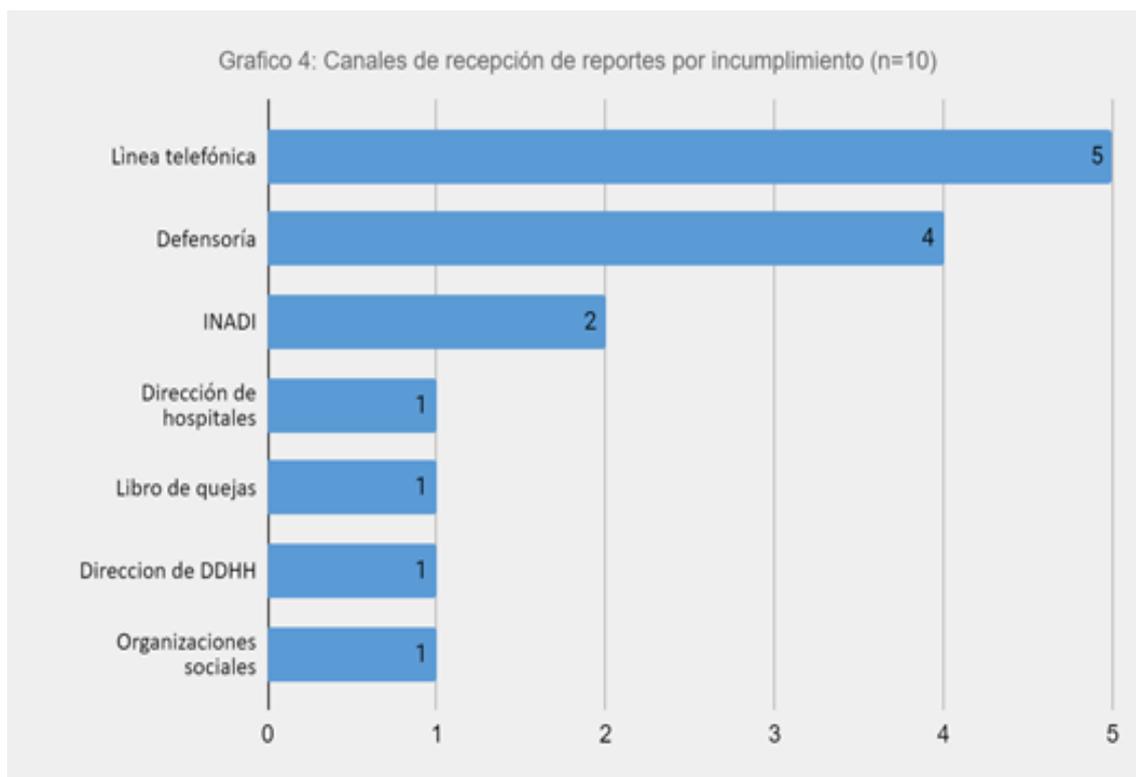
femenino (80,2%), habiendo mayor diferencia por género a medida que aumenta la edad (UNICEF, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2020).²⁹

Respecto a la violencia por motivos de género, en el año 2021, se recibieron 113.340 comunicaciones a las tres sedes de la *Línea 144* (que brinda atención, contención y asesoramiento en situaciones de violencia de género).³⁰

Según las circunstancias de las violencias de género que motivaron³¹ la comunicación con la *Línea 144*: el 92% corresponde a la modalidad violencia doméstica, mientras que el 2% corresponde a violencia institucional, y un 1% a violencia laboral. Un 4% del total corresponde a otras modalidades como violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica, violencia mediática, violencia política, violencia en el espacio público, entre otras.

En relación con los tipos de violencias de género registrados, el 95% manifestó haber atravesado violencia psicológica, mientras que el 67% refirió el ejercicio de violencia física y el 14% violencia sexual.

En el marco de la Ley N° 26.485/2009 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, se define como “violencia obstétrica” “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley N° 25.929”.



²⁹ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2020): *Análisis desde un enfoque de género de la situación de las niñas, niños y adolescentes en Argentina*. (1era edición). Buenos Aires: UNICEF. Disponible en: <https://cutt.ly/tEk6tI9>

³⁰ <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144>

³¹ Sitio web del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad: Datos públicos de la Línea 144 - enero - junio 2021. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/datos-publicos-de-la-linea-144-enero-diciembre-2021> Para acceder a información actualizada de la Línea 144: <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>

Los motivos más relevantes que aparecen en los datos aportados por los organismos receptores de las denuncias (Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, Defensorías, oficinas provinciales y municipales de Protección de Derechos de la Niñez, entre otros) refieren a situaciones de malos tratos, falta de información, prohibición de acompañamiento, entre otros.

Estos datos, nos permiten no sólo dimensionar la magnitud de la problemática que implican las violencias por motivos de género, sino también advertir la incidencia y prevalencia que la misma tiene en la vida de mujeres, personas gestantes, y niñas y niños.

El Observatorio de Violencia Obstétrica de la agrupación feminista Las Casildas realizó la “Encuesta de atención al parto/cesárea” en los años 2015-2016 para dimensionar los números de la violencia obstétrica a la luz de la Ley de Protección Integral de las Mujeres y Ley de Parto Respetado. La investigación realizada sobre 4939 nacimientos reveló que:

- A 3.3 de cada 10 mujeres y otras personas gestantes les hicieron sentir que elles o sus bebés corrían peligro.
- 7 de cada 10 no tuvieron libertad de movimiento durante el parto.
- 4 de cada 10 mujeres y otras personas gestantes no pudieron estar acompañadas durante el parto/cesárea.
- A 7 de cada 10 mujeres y otras personas gestantes les rompieron artificialmente la bolsa.
- 7 de cada 10 mujeres y otras personas gestantes no saben qué prácticas realizaron sobre sus hijos ni fue requerido su consentimiento.³²



MATERIALES PARA DESCARGAR

- UNICEF (2016): *La violencia contra niños, niñas y adolescentes en el ámbito del hogar. Análisis de la encuesta de condiciones de vida*. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/5156/file/La>³³
- Prevención de la violencia de género en la adolescencia: herramientas para trabajar en territorio; 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2021. Libro digital, PDF - (Colección Promoción de Derechos N° 2/1; 1). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/dgdi-2021-promocionderechos-prevencion-violencia-genero.pdf>

³² Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad(2021): *Violencias por motivos de género*(1a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Editorial MinGéneros. Disponible en: <https://cutt.ly/REk6E7a>

³³ Para actualizar estos datos se cuenta con la Encuesta sobre condiciones de vida de Niñez y Adolescencia 2019 - 2020. Presentada en octubre del 2021, disponible en [MICS 2019-2020.pdf \(unicef.org\)](#)

EMBARAZO Y CONSUMO:

Un estudio multicéntrico cuali-cuantitativo y transversal llevado a cabo entre mayo 2018 y junio 2019 se planteó entre sus objetivos describir los patrones y representaciones del consumo de sustancias psicoactivas, en mujeres embarazadas y puérperas. Sus resultados fueron obtenidos a partir de una muestra conformada por 62 mujeres que asistían a hospitales generales de Bariloche, Concordia y La Matanza, que participaron de entrevistas semiestructuradas. “Entre los resultados se destaca el tabú asociado a los consumos de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y lactantes, la discriminación que estas mujeres experimentan en los servicios de salud y la falta de apoyo material que enfrentan las mujeres a la hora de realizar las tareas de cuidado, lo cual limita para ellas la posibilidad de cuidar de sí mismas”³⁴

Por otra parte, en la encuesta sobre condiciones de vida de Niñez y Adolescencia 2019-2020³⁵, se presenta información desagregada por regiones del país sobre las mujeres embarazadas o las madres de niños o niñas menores de 2 años que han consumido alcohol durante el embarazo. Del mismo se desprende que el 9.2% de las mujeres entrevistadas consumió alcohol durante el embarazo sin importar qué cantidad, en algún momento del mismo. El número asciende al 18.1% en el NEA, visualizándose nuevamente la disparidad según región.

Tabla SR.12.6: Conocimiento y consumo de alcohol durante el embarazo				
Porcentaje de mujeres embarazadas o madres de niños/as menores de 2 años que han consumido alcohol sin importar qué cantidad durante todo el embarazo, que consideran que puede consumir algún tipo de bebida con alcohol durante el embarazo sin importar qué cantidad, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes: Argentina, 2019-2020				
	Porcentaje de mujeres embarazadas o madres de niños/as menores de 2 años que han consumido alcohol durante el embarazo sin importar qué cantidad en algún momento del embarazo	Porcentaje de mujeres embarazadas o madres niños/as menores de 2 años que han consumido alcohol durante el embarazo sin importar qué cantidad durante todo el embarazo	Porcentaje de mujeres embarazadas o madres de niños/as menores de 2 años que consideran que puede consumir algún tipo de bebida con alcohol durante el embarazo sin importar qué cantidad	Mujeres embarazadas o madres de niños/as de 2 años
Total	9,2	1,7	2,2	1671
Región				
AMBA	7,3	2,8	1,5	514
Cuyo	12,4	1,8	3,6	123
NEA	18,1	1,5	5,0	180
NOA	8,3	0,0	1,2	197
Pampeana	8,1	1,6	2,2	576
Patagonia	5,9	0,0	1,4	81

³⁴ Diez, Manuelita; Pawlowicz, María Pía; Vissicchi, Florencia; Amendolaro, Roxana; Barla, Julia Carina; Muñiz, Analía; Arrúa, Leonardo (2021): “Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina”, en *Salud Colectiva*. (VOL.16) Disponible en: <https://cutt.ly/2Ek6Iz8>

³⁵ [MICS 2019-2020.pdf \(unicef.org\)](https://mics2019-2020.pdf) pág. 66 Tabla SR.12.6: Conocimiento y consumo de alcohol durante el embarazo.

DESAFÍOS PROPUESTOS POR LA LEY EN CUANTO A INDICADORES

El diagnóstico al que podemos arribar luego de los intercambios realizados con cada uno de los ministerios y organismos partícipes de esta ley, es que desde cada uno se fueron desarrollando e implementando diferentes políticas y estrategias que persiguen en parte, los mismos objetivos planteados en la ley. Y éstas se desarrollan de diferentes maneras en el territorio nacional.

En este sentido, consideramos importante señalar que el desafío propuesto por esta ley es realizar abordajes integrales e intersectoriales. Para ello, será necesario la construcción de indicadores positivos e integrales, que permitan la planificación y monitoreo de las prácticas. En estos indicadores se podrán ver reflejadas nuestras prácticas, y también se dará cuenta de la diversidad de los contextos y vivencias de las mujeres y otras personas gestantes, niños y niñas de 0 a 3 años en nuestros territorios. De este modo, cobra centralidad la necesidad de democratizar los datos que dan cuenta de las realidades vividas, y generar los canales de comunicación que nos permitan comunicar los datos relevados, así como acceder a los resultados obtenidos a partir de los mismos, desde los organismos que los centralicen.

Para seguir profundizando sobre este tema les compartimos un documento propuesto para el seguimiento del Plan 1000 días, elaborado intersectorialmente y tomando como referencia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la Estrategia Global para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030. Disponible en:

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1UnpedcorRsKgRmj1_LUYHUJ3hP_pcrzx



SITIOS DONDE ACCEDER A INFORMACIÓN ACTUALIZADA

- Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS, Min. Salud): <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis>
- Sistema de Información y Monitoreo de la Primera Infancia. Población de 0 hasta 3 años (CNCPS y Min. Salud): <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sistema-de-informacion-y-monitoreo-de-la-primera-infancia-poblacion-de-0-hasta-3-anos>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC): Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Buenos Aires: INDEC: <https://tinyurl.com/7v5x2k7b>
- Información estadística Línea 144 (MMGyD): <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>
- Materiales para equipos de Salud. Banco de Recursos. Plan 1000 Días (Min. Salud): https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field_problematica_target_id=894&field_soporte_target_id=All&title=

**ACTIVIDAD**

Para reflexionar y trabajar en grupos:

- ¿Con qué información estratégica contamos en nuestras jurisdicciones para la toma de decisiones en relación a la Ley N° 27.611?
- ¿Cuáles son las herramientas con las cuales registran esta información?
- ¿Consideran que los indicadores con los que contamos en nuestras jurisdicciones dan cuenta de la situación en la que hoy se atraviesa un embarazo, y la crianza de los bebés, niños y niñas de 0 a 3 años?
- ¿Qué otros datos tendrían en cuenta para el abordaje integral de las mujeres y otras personas gestantes, bebés, niños y niñas de 0 a 3 años?

Estas reflexiones servirán de insumo para el Módulo 5

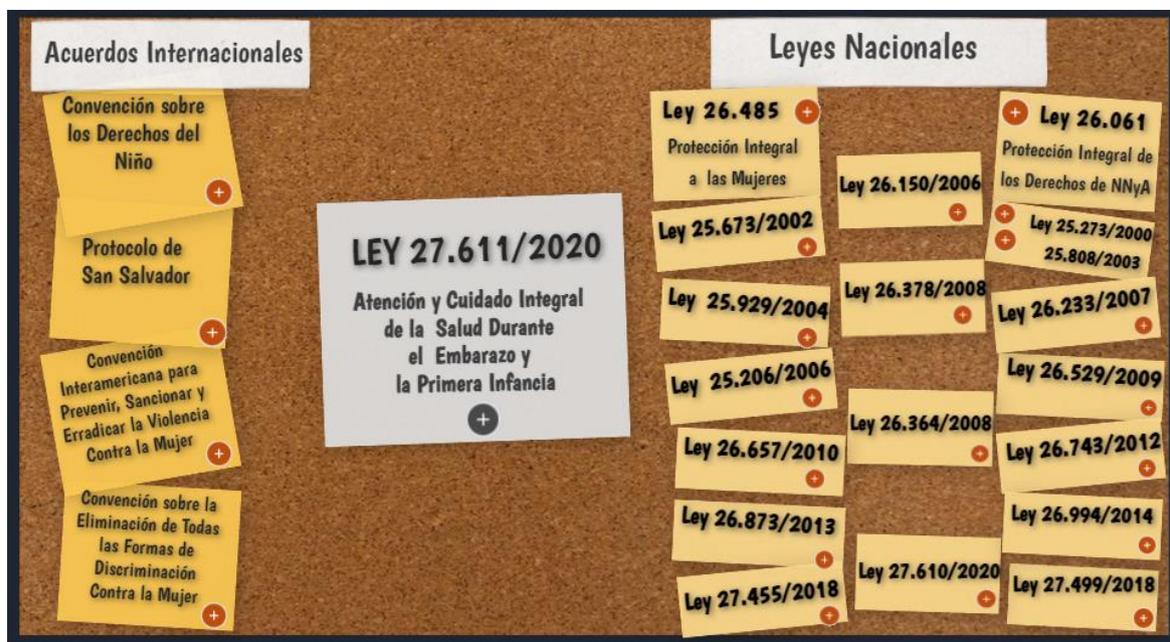
3. Marco normativo

El artículo 2 de la Ley N° 27.611 describe el marco de leyes nacionales y acuerdos internacionales que fundamentan esta norma. Entre ellos destacamos:

- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará).
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), en virtud de la protección que se otorga al derecho a la identidad, la salud integral, la alimentación saludable, a una vida digna y libre de violencias, a la seguridad social y al cuidado en los primeros años de la niñez.

Por otra parte, los principios rectores (artículo 3) se basan en las disposiciones y políticas públicas que son complementarias, y se enmarcan en lo establecido en las siguientes leyes y en los sistemas de protección y promoción de derechos allí definidos.

- Ley N° 26.061/2005 Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley N° 26.485/2009 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales.



Al dar click en la imagen, se accede a un sitio con el cuadro interactivo, para conocer más sobre cada una de las leyes.

En el artículo 3 de la Ley N° 27.611 se expresa:

En virtud de que las personas gestantes y la primera infancia son las destinatarias de la presente ley, se establecen como principios rectores³⁶, que se suman a los establecidos en las leyes mencionadas, los siguientes:

- | | |
|--|--|
| <p>a. Atención integral de la salud de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y niñas hasta los tres (3) años de edad;</p> <p>b. Articulación y coordinación de los distintos organismos competentes en las políticas públicas dirigidas a la primera infancia hasta los tres (3) años de edad;</p> <p>c. Simplificación de los trámites necesarios para el acceso a los derechos de la seguridad social;</p> <p>d. Diseño de políticas públicas que brinden la asistencia y el acompañamiento adecuado para que los entornos de crianza puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud;</p> | <p>e. Respeto irrestricto del interés superior del niño y de la niña y del principio de autonomía progresiva;</p> <p>f. Respeto a la autonomía de las mujeres y otras personas gestantes;</p> <p>g. Respeto a la identidad de género de las personas;</p> <p>h. Acceso a la información y a la capacitación para el ejercicio de derechos;</p> <p>i. Atención especializada de acuerdo con la interseccionalidad de los derechos y vulneraciones de éstos.</p> |
|--|--|



ACTIVIDAD

Para reflexionar y trabajar en grupos:

- ¿Qué leyes conocen que se relacionan con la ampliación de derechos de las niñas, las mujeres y otras personas gestantes?
- ¿Utilizan alguna de ellas como marco en su trabajo?

Este abordaje se nutre, además, de un amplio marco legal que fue sancionado en la República Argentina con el objetivo de ampliar y consolidar el derecho a la salud y la vida y el derecho a recibir los cuidados necesarios para una vida digna y plena.

Reconocemos que no hay salud integral sin salud mental, por eso hacemos una mención especial a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2012, Decreto Reglamentario 603/2013 que fue reconocida por la OPS/OMS, como la más avanzada de la región y ejemplo a seguir en todo el mundo en materia de salud mental. La misma brinda un marco para que las políticas en la materia, en todo el territorio de la Nación, se desarrollen cumpliendo todos los compromisos que

³⁶ Valores que fundamentan y orientan las acciones en la política pública.

el país ha suscripto en materia de Derechos Humanos y para el cumplimiento de los estándares internacionalmente establecidos.

El Ministerio de Salud de la Nación cuenta en su organigrama con la Dirección Nacional de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, perteneciente a la Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos de la Secretaría de Calidad, que enmarca sus acciones en la mencionada Ley (N° 26.657), que establece a través de sus 46 artículos que las personas con padecimiento mental son sujetos de derechos. Insta al Estado a generar políticas públicas centradas en las personas en sus contextos, promueve el desarrollo de un sistema de atención en salud mental con base comunitaria en base al trabajo intersectorial y el fortalecimiento del primer nivel de atención acompañado de la transformación de las prácticas centradas en los servicios, para pasar a prácticas comunitarias que favorezcan la participación social y garanticen la plena inclusión social.

Dicha norma, de cumplimiento obligatorio en todo el país, asegura el derecho de todas las personas que habitan el suelo argentino a la protección de su salud mental, y establece puntualmente los derechos que le asisten a aquellas personas con padecimientos mentales en relación al sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado.

La Ley N° 26.657, reconoce como uno de los derechos de las personas con padecimiento mental: “el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria” (capítulo IV, artículo 7, inciso d.). Es por todo ello que resulta prioritario contar con acciones intersectoriales de intervención que establezcan mecanismos que activen eficaz y eficientemente un sistema de abordaje con criterio de integralidad, brindando una respuesta oportuna y coherente a la población con padecimiento mental en situación de vulnerabilidad. En el capítulo II, artículo 3, la “salud mental” es definida como un “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. La articulación entre los diversos organismos intervinientes en las situaciones de vulnerabilidad psicosocial debe ser el eje rector en la totalidad de las intervenciones.

La pandemia de SARS-Cov-2 ha modificado la vida de las comunidades, las familias y las personas a nivel global. Las pérdidas de seres queridos, la experiencia de transitar la enfermedad, la alteración de los espacios de pertenencia y de los vínculos, así como también las consecuencias socioeconómicas de esta situación inédita de emergencia sanitaria, han tenido un profundo impacto en la sociedad. Se puso en evidencia la importancia que la primacía de los cuidados individuales y colectivos y la construcción de consensos tienen para el bienestar psicosocial, la promoción de la salud y la capacidad de dar respuesta en red ante la ocurrencia de cualquier tipo de emergencia.

En este contexto el cuidado de la salud mental desde una perspectiva de derechos, con base comunitaria, libre de violencias y desde el respeto de las diversidades, resulta una prioridad en el marco del complejo proceso de recuperación del bienestar psicosocial y del fortalecimiento de los lazos comunitarios. Es preciso que todos los servicios y efectores que conforman el sistema sanitario trabajen de manera integrada para lograr la efectiva inclusión de acciones de promoción, prevención y atención de la Salud Mental.

Para ello se pone en marcha desde el Gobierno Nacional una ESTRATEGIA DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL con Perspectiva Federal a fin de Implementar y articular

políticas públicas destinadas al cuidado y atención de la salud mental de la población para todas las etapas de la vida, con rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y en conjunto con otros organismos del Estado.

Presentación de ESTRATEGIA FEDERAL DE ABORDAJE INTEGRAL DE SALUD MENTAL. ABRIL 2022.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/presentacion-de-la-estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>.

La Ley Nacional de Salud Mental forma parte de una serie de leyes de ampliación de derechos que se sancionan y promulgan en este siglo. Son las llamadas leyes “veintiséis mil”, que vienen a formar parte de un [marco normativo](#) de ampliación y restitución de derechos (aparecen nombradas en el cuadro del apartado anterior). La ley Nacional de Salud Mental es subsidiaria de esas leyes y ellas subsidiarias de la Ley Nacional de Salud Mental.

Por otra parte, siendo Argentina un país federal, este encuadre legal se complementa con las leyes que se sancionan en cada una de las jurisdicciones. Estas normas pueden implicar tanto adhesiones a las leyes nacionales como legislaciones particulares. Por ello, es importante relevarlas y conocer lo que cada jurisdicción regula.



ACTIVIDAD

Teniendo en consideración el [cuadro con el marco normativo](#) a nivel nacional, completen la siguiente matriz con las leyes jurisdiccionales que les permitirá ir pensando el marco normativo provincial.

Se proponen algunas temáticas a modo de ejemplo.

Temática	Título de la ley / decreto / Resolución a nivel provincial	Año de sanción
Protección Integral de Derechos de niños, niñas y adolescentes		
Protección Integral hacia las mujeres		
Otras Normas que inciden en la tarea que están realizando con la población objetivo de la Ley 27.611		

4. Enfoque de derechos

A continuación se desarrollará el enfoque centrado en los derechos, que surge de los tratados internacionales y las leyes vigentes que orientan las estrategias en la búsqueda de los objetivos.

4.1. Derechos Humanos

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales, que protegen a las personas y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con sus libertades y su dignidad. Se hallan consignados en los tratados internacionales y en las normas nacionales, constituyendo un corpus de política y jurisprudencia de enorme valor para la garantía y exigibilidad de los derechos de las personas –especialmente aquellas que pertenecen a los grupos sociales históricamente discriminados– bajo el principio de igualdad y no-discriminación.

Son universales e inalienables (es decir, todas las personas tienen derecho a ellos, nadie puede renunciar voluntariamente a sus derechos, así como tampoco ser privada de éstos). Asimismo, son indivisibles: los derechos civiles, políticos, económicos, sociales o culturales son inherentes a la dignidad de todas las personas. Por ello, tienen también la propiedad de ser interdependientes e interrelacionados, dado que el cumplimiento de un derecho a menudo depende, total o parcialmente, del cumplimiento de otros derechos.

El derecho a la información, la participación activa y la inclusión de todas las personas, la atención focalizada en los grupos vulnerables, y los principios de igualdad y no-discriminación son componentes insoslayables en cualquier política que pretenda hacer eje en el enfoque de derechos humanos.

Así como mencionamos anteriormente, los derechos están interconectados y son complementarios. Del mismo modo, las diversas formas de vulneración a derechos y de violencia no pueden ser consideradas desde una perspectiva independiente y aislada. Las intervenciones en este terreno deben ser siempre integrales, dado que aquellas que se circunscriben a un solo ámbito, a una determinada manifestación de violencia o a la vulneración de un derecho, tienen una efectividad limitada.

4.2 Derechos de niños, niñas y adolescentes³⁷

El enfoque en derechos de la niñez y la Doctrina de Protección Integral –que se desprenden de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Ley Nacional N° 26.061 – establece que todas las personas menores de 18 años son sujetos plenos de derecho y la corresponsabilidad de los cuidados y la protección diferenciada considerando las necesidades particulares de cada niña o niño. Se tiene en cuenta al entorno de crianza, cualquiera sea la forma que adquiere, como sujeto colectivo de derechos y red primaria de relaciones imprescindibles para el desarrollo de los niños y las niñas. Al mismo tiempo, la Doctrina de Protección Integral, determina deberes y responsabilidades para los organismos del Estado en lo que respecta a la generación de las

³⁷ Como fue mencionado en la nota de inicio del presente cuadernillo, se procura dejar asentado que se podrá ir encontrando en el desarrollo de los materiales diferentes modos de nombrar a las infancias, niñeces y adolescencias, atendiendo al momento de transición que atraviesa el lenguaje y a que nos encontramos trabajando con paradigmas en transformación, en el que conviven distintas formas de nombrar tendientes a promover una comunicación con perspectiva de género y diversidad desde diferentes miradas.

condiciones que favorezcan el ejercicio pleno de derechos, su promoción, protección y restitución.

El enfoque en Derechos Humanos debe incluir necesariamente la perspectiva de género, de diversidad sexual, diversidad cultural y de curso de vida. Asumir esta perspectiva en la política pública implica reconocer como sujetos destinatarios a toda persona sin distinción de género, orientación sexual, clase social, etnia y nacionalidad; adoptando un enfoque intersectorial de los derechos a la salud integral y el derecho a la protección social y a una vida libre de violencia como vía de garantizar esos derechos a lo largo de todo el curso de vida.

La “niñez” no es un hecho natural, sino una categoría socialmente construida que comprende el conjunto de derechos, deberes y responsabilidades que definen la forma de ser de niños, niñas y adolescentes (NNyA) y que se construye a través de la socialización, a lo largo de la vida. Cabe destacar la diversidad en las infancias y adolescencias existentes, en función de los momentos vitales, de las condiciones y de las situaciones en las que cada niña, niño o adolescente se encuentra, así como la diversidad de modalidades que pueden adquirir los entornos de crianza.

La Ley N° 26.061, sancionada en el año 2005, adaptó la normativa nacional al marco de la Convención y sentó las bases para el diseño de sistemas integrados de protección y promoción que, de manera federal, garanticen y promuevan los derechos de NNyA. De esta manera, se dio inicio a la transformación de un paradigma de tutela y control, hacia otro basado en la consideración de las niñeces como sujetos de derecho.

Esta es una responsabilidad en la que intervienen muchos actores: el Estado, a través de los organismos de protección de niñez y adolescencia, la justicia, las instituciones educativas, los servicios de salud (como los hospitales y los centros de atención primaria), entre otros. También interviene el entorno de crianza, la comunidad y las organizaciones sociales (clubes, comedores, centros culturales, movimientos sociales, etc).

La ley, a su vez, en su artículo 43 crea la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia como organismo de aplicación de la misma a nivel nacional. Está encargada de diseñar, elaborar e implementar políticas públicas de carácter federal e inclusivas destinadas a promover y proteger los derechos de niñas, niños, adolescentes y personas mayores. Su creación implicó cambios institucionales y políticos importantes, otorgando un lugar y dando visibilidad a la temática en la agenda pública, contando además con asignación específica de recursos. Asimismo crea, artículo 45 de la Ley, el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, integrado por quien ejerce la titularidad de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, quien lo preside y por los representantes de los Órganos de Protección de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia existentes en cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El mismo tiene a su cargo, entre otras funciones, la tarea de concertar y efectivizar políticas de protección integral de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y sus familias.

Te pueden informar y asesorar:

Línea 102

Es un servicio gratuito y confidencial, de atención especializada sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes. Se puede llamar ante una situación de amenaza o vulneración de derechos o si se necesita asesoramiento.



La integralidad en las intervenciones y la corresponsabilidad exigen una perspectiva territorial para garantizar derechos ya que, aunque “el Estado tiene un rol indelegable, es necesario articular tanto con las familias, cualquiera sea su forma, como con toda la comunidad, compartiendo responsabilidades y obligaciones”.³⁸

El marco legislativo, las políticas y organismos específicos, proporcionan un recurso adecuado para el abordaje de las situaciones de violencias, discriminaciones o faltas de cuidado y para desplegar acciones de prevención y promoción de derechos. No obstante, sólo el compromiso de todos los actores sociales comprometidos con las niñeces podrá garantizar una vida libre de violencias.

Es menester tener en cuenta el reconocimiento jurídico de que las infancias pueden ejercer por sí mismas determinados derechos, conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo.

“La autonomía progresiva constituye una clara limitación-delimitación sobre el rol de los progenitores en lo relativo a los derechos de sus hijos/as, siendo que cuando éstos tienen mayor edad y grado de madurez, disminuye -incluso se evapora- la noción de representación como sinónimo de sustitución, y toma mayor protagonismo los términos asistencia y autonomía propiamente dicha, es decir, el reconocimiento de que el/la hijo/a puede ejercer por sí determinados

³⁸ Falcone, N. (2020): “Avances y desafíos de la primera infancia. Hacia un abordaje integral”. En SENAF: *Miradas diversas sobre los derechos de las infancias. Análisis y reflexiones a 15 años de la ley 26.061*. (pp. 131) Buenos Aires: SENAF. Disponible en: <https://bit.ly/3hTKWmw>

derechos sin injerencia -la cual sería considerada ilícita- por parte de uno o ambos progenitores”.³⁹

Por ello, el rol que tienen quienes acompañan a las niñas, los niños y adolescentes tiene que orientarse hacia el fortalecimiento de sus capacidades individuales, para que lleven adelante las decisiones que tomen sobre sus propios asuntos con la información adecuada, oportuna, veraz, científicamente comprobada y expresada en un lenguaje comprensible⁴⁰ desde una perspectiva de derecho y con una mirada comunitaria.

Como dijimos anteriormente, los derechos son resultado de procesos históricos, y por tanto se van modificando a lo largo del tiempo.

“A partir de las luchas de la comunidad trans por el derecho a la identidad y el reconocimiento de sus propias biografías, se ha comenzado a avanzar en la apertura a la autonomía progresiva y la voz de las niñas permitiéndoles que su identidad autopercibida sea legitimada mediante documentos oficiales sin mediar un victimizante proceso diagnóstico.”⁴¹

Para ayudar en la determinación del grado de consolidación de la autonomía de NNyA, las normas establecen edades en las que no se requiere acompañamiento: se trata de indicaciones y no de límites rígidos para el acceso a derechos. El Código Civil y Comercial de la Nación establece, en su artículo 26, que el/la adolescente es apto/a para decidir por sí mismo/a en cuestiones relacionadas al cuidado de su propio cuerpo, en todas las prácticas sanitarias, ejerciendo la autonomía de acuerdo a su grado de madurez”.⁴²

Otro de los principios que debe guiarnos es el **“interés superior del niño”** al planificar o implementar estrategias para nuestros territorios. La Ley Nacional 26.061, en su artículo 3 define el “interés superior del niño, niña y adolescente” (de las infancias) como la “máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley”.

Al respecto, se debe respetar: a) Su condición de sujeto de derecho; b) El derecho de las niñas, los niños y adolescentes a ser oídos, y que su opinión sea tenida en cuenta; c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su entorno de crianza, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común; f) Su centro de vida.

Fernando Ulloa nos interpela en relación a la ternura como instancia fundante de la condición humana:

³⁹ Herrera, M. (2020) *15 años no es nada. ¿No es nada?* En SENAF: *Miradas diversas sobre los derechos de las infancias. Análisis y reflexiones a 15 años de la ley 26.061.* (p.70) Buenos Aires: SENAF. Disponible en: <https://bit.ly/3hTKWmw>

⁴⁰ Ministerio de Salud de la Nación (2021): *Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas : hoja de ruta : herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud* (3a ed.), (p. 11.) Ciudad de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3j3MT0c>

⁴¹ Llobet, V. (2020) *Infancia(s) y género(s): desafíos a quince años de la ley 26.061*; En SENAF: *Miradas diversas sobre los derechos de las infancias. Análisis y reflexiones a 15 años de la ley 26.061.* (p. 81). Buenos Aires: SENAF. Disponible en: <https://bit.ly/3hTKWmw>

⁴² Ministerio de Salud de la Nación (2021): Op. cit

La ternura genera dos condiciones, dos habilidades propias, la empatía, que garantizará el suministro adecuado (calor, alimento, arrullo-palabras) y como segundo y fundamental componente, el miramiento. Tener miramiento es mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno /una misma. El miramiento es germen inicial y garantía de autonomía futura del infante. Una eficaz relación con el proceso de la ternura es que su mediación crea en la niñez el sentimiento confiado de que el mundo consiente en satisfacer sus demandas. Es así como va adquiriendo convicción en la existencia y bondad de un suministro ajeno a él, a la par que confía en sus propias posibilidades de demandarlo y obtenerlo. Es a partir de este sentimiento de confianza que en el sujeto se estructurará una relación de contrariedad con lo que daña, con el sufrimiento.⁴³

Cabe resaltar que “cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros” (Ley N° 26.061, artículo 3).

Consideraremos en particular la situación de niños y niñas con discapacidad. La Convención sobre derechos de personas con discapacidad (artículo 23: Hogar y la familia) expresa que el Estado debe asegurar:

“..que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad”.

Se debe asegurar que los niños y las niñas:

“...no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos”.⁴⁴



PARA AMPLIAR

Sitio web: Agencia Nacional de Discapacidad: *Cartilla de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://bit.ly/3EYjYy>

Videos:

- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia [SENAF Argentina] (4/11/20): *¿Por qué es importante la Ley 26.061?* YouTube. <https://youtu.be/OSFi3YISgAM>
- Canal de Youtube de la SENAF: <https://www.youtube.com/c/SENAFArgentina>
- Ministerio de Justicia y DDHH (16/10/2020): *Convención sobre los Derechos del Niño*. Youtube. <https://youtu.be/AnwzMUelH4g>

⁴³ Ulloa, F. (2011) *La ternura como fundamento de los Derechos Humanos*. En: *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. (P.118-127)

⁴⁴ Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ley 26.378. Texto de la norma.

4.3 Derechos de las mujeres y LGBTI+⁴⁵

Los tratados internacionales que nombramos anteriormente afirman que la discriminación contra las mujeres y lesbianas, gays, bisexuales, trans, travestis, intersex y otras identidades de género y orientaciones sexuales (LGBTI+):

“...viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país, que constituye un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia y que entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de la mujer para prestar servicio a su país y a la humanidad”.⁴⁶

Además, el derecho de las mujeres y LGBTI+ a tener una vida libre de violencias se ha desarrollado de forma prolífica en las últimas décadas, tanto en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos como en el orden jurídico nacional, compuesto por una robusta legislación protectora en esta materia.⁴⁷

De acuerdo con los principios y estándares del derecho internacional, el derecho a recibir asistencia y protección frente a todas las formas de violencias de género establece la obligación de los Estados de actuar con debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar tales hechos, así como para garantizar a las víctimas el acceso efectivo a la justicia y a una reparación integral.

La Ley 27.611 destaca, en particular, la relevancia de la prevención y asistencia en materia de violencias por motivos de género durante el embarazo y la primera infancia, en tanto incorpora a las disposiciones de la Ley 26.485 como uno de sus principios rectores, e indica que en aquellos casos donde se observen indicios o sospechas de posibles situaciones de violencia por motivos de género en el marco de la atención sanitaria, los equipos profesionales y el personal interviniente tienen el deber de informar sobre los derechos allí establecidos y sobre los recursos de atención y denuncia existentes.



PARA AMPLIAR

Videos del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad:

- ¿Cuáles son las violencias por motivos de género?: <https://youtu.be/Ek7OUJ--iPU>
- #ArgentinaSinViolencias: hablemos de violencias de género: <https://youtu.be/q5Eh3Ey0zCY>

⁴⁵ La sigla LGBTI+ caracteriza al colectivo de la diversidad sexual nombrando a algunas de las identidades que lo integran (Lesbianas, Gays, Travesti, Trans, Bisexual, Intersex). El signo “+” busca no cerrar la sigla y contemplar la existencia de otras múltiples posibles identidades autopercebidas y orientaciones sexuales.

⁴⁶ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CEDAW (Por sus siglas en inglés).

⁴⁷ Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2020): *Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022, Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Disponible en: <https://bit.ly/3EH6QTH>

Recursos del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad para el abordaje de las violencias por motivos de género

- Línea 144: está disponible las 24hs los 365 días del año.
- WhatsApp 1127716463 y aplicación (APP) de la línea
- En caso de emergencias, comunicarse con el 911.
- Programa Acercar Derechos⁴⁸
- Red de asistencia y el Programa Acompañar.
- Video: [Línea 144 y otros recursos](#)



4.4 Derecho al cuidado integral de la salud y la vida

En el marco de los Derechos Humanos, se inscribe el derecho al cuidado integral de la salud⁴⁹. Su garantía y efectivo goce están estrechamente relacionados con el de otros derechos humanos, tales como los derechos a la identidad, la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no-discriminación, el acceso a los bienes culturales y recreativos, a la información y la participación. Al mismo tiempo, implica también el derecho a una vida libre de violencias y la protección en caso de que tales derechos se encuentren vulnerados.

En efecto, el derecho a la salud integral y a una vida digna libre de violencias sólo es posible si se abordan las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones.

Debemos considerar, además, que las personas con padecimiento mental fueron históricamente estigmatizadas y discriminadas, al punto de ser reclusas en instituciones cerradas, negándoseles sus derechos como ciudadanos y excluyéndose de la comunidad. La Ley N° 26.657 de Salud Mental supone un punto de inflexión para terminar con este viejo paradigma e instituye uno nuevo, que reconoce a las personas con padecimiento mental en tanto sujetos de derecho que deben ser reconocidos como miembros de la sociedad en su calidad de ciudadanos e incluidos plenamente en ella.

⁴⁸ El *Programa Acercar Derechos* (PAD) es una política para fortalecer el acceso a derechos y al sistema de justicia de mujeres y LGBTI+ en situación de violencia de género a través de acompañamiento integral e intercultural en todo el país. Es un programa integral porque implica trabajar de manera coordinada en los distintos niveles del Estado y con organizaciones sociales y comunitarias, reconociendo las particularidades y dinámicas que adquieren las violencias de género en los distintos territorios. Consiste en equipos integrados por profesionales de la abogacía, la psicología y el trabajo social que están distribuidos en todo el territorio nacional.

⁴⁹ La Declaración Universal de Derechos Humanos constituye el principal marco ético que guía la práctica de la salud pública. Organización Panamericana de la Salud, “Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción”, 2020.



PARA AMPLIAR

- Video de Encuentro virtual: “La salud mental desde una perspectiva de derechos humanos”. Diciembre 2021.
Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=eqXZ3LYqg6g&t=186s>
- Campaña de difusión: 10 de octubre | Día Nacional y Mundial de la Salud Mental. Todas las personas tienen derecho a recibir asistencia integral por salud mental y a ser escuchadas y acompañadas en un ambiente de privacidad.
Disponible en: <https://www.instagram.com/p/Cjh9w4wAJLI/?hl=es>

El reconocimiento del derecho a la salud, en nuestro país, fue posible inicialmente por la acción del Dr. Ramón Carrillo, quien instaló la idea del Estado presente y garante de la salud de todos los argentinos y las argentinas, de todas las edades. Creó la Secretaría de Salud Pública de la Nación con rango de ministerio, en 1946. Más adelante, con la Reforma de la Constitución de 1994, se garantiza el derecho a la salud en la Constitución Nacional.

De acuerdo al decreto 515/2021, que reglamenta la Ley N° 27.611 (artículo 1.a), se entiende por “salud y vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en su primera infancia” al estado de bienestar proveniente de la interacción de múltiples dimensiones, incluidas el acceso a la prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos de enfermedades, a la promoción de la salud, al entorno de crianza amoroso por parte de las familias, comunidades y distintos actores que acompañan el desarrollo de niños y niñas en su Primera Infancia, así como el acceso al agua potable, a la alimentación, a la seguridad social, a la protección de los derechos, al aprendizaje temprano, a los medicamentos, a las tecnologías, a los bienes culturales y a los servicios de protección ante la vulneración de derechos.



PARA AMPLIAR

“El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno” (Ramón Carrillo).

- **Sitio web:** del Ministerio de Cultura:
<https://www.cultura.gob.ar/ramon-carillo-el-primer-ministro-de-salud-de-la-argentina-10215/>

El cuidado integral de la salud y la vida debe ser resultado de acciones coordinadas de sectores sociales y gubernamentales para instrumentar políticas integrales de salud, prestaciones equitativas, y financiamiento suficiente de los sistemas de salud, de la educación, de la seguridad social y del desarrollo social. La definición incluye también la conformación de una masa crítica de personal sanitario, educativo y comunitario adecuadamente capacitado. Asimismo, se define “primera infancia” a la etapa de la niñez que abarca desde el nacimiento de la persona hasta el momento de cumplir los tres (3) años de vida, (curso de vida reconocido como “primeros mil días”) Durante este período, ocurre la mayor aceleración de crecimiento de las estructuras corporales, la mayor maduración del sistema nervioso central, la más intensa adquisición de funciones progresivas e integradas que en cualquier otro curso de la vida. Es también el curso

donde se expresa en su mayor magnitud la plasticidad de los sistemas para adaptarse a eventuales lesiones o daños y se establecen las bases para el desarrollo de la autonomía.

En la primera infancia es relevante tener en cuenta el *desarrollo infantil integral*, considerado como un proceso en el cual, a partir de las determinaciones bio-psico-sociales y de la relación con los otros, se alcanzan niveles cada vez más complejos en las conductas. Es un proceso de cambios que sucede durante la niñez, diferente al crecimiento del cuerpo, y su tiempo puede variar de persona a persona. Se sostiene a partir de las relaciones afectivas tempranas, propias de la socialización primaria, que adquieren características particulares en cada cultura y en cada momento histórico. Decimos que es integral porque se producen importantes cambios en diferentes aspectos de la vida de las niñas y los niños: físicos, psíquicos, sociales y cognitivos que hacen al modo de ser de cada persona. Retomaremos este tema con mayor profundidad en el módulo 4.

El *derecho a la salud y la vida* está relacionado con el acceso al resto de los derechos humanos, al logro de la inclusión social y la equidad.

“La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país”.⁵⁰



ACTIVIDAD PARA REFLEXIONAR

En la práctica, los derechos humanos no son categorías absolutas que se logran de una vez y para siempre, sino producto de construcciones sociales e históricas que están en constante re-definición, mediados por las intervenciones de los distintos actores, las demandas y luchas colectivas por su ampliación en términos de reconocimiento de la dignidad, posibilidad de participación social y redistribución de los recursos.

En este sentido, les invitamos a reflexionar y trabajar en grupo:

- Primero, identifiquen y describan una situación cotidiana, de su trabajo o su comunidad, que consideren relevante y/o significativa. No es necesario que elijan un ejemplo que consideren positivo; puede ser tanto transformadora o conservadora.
- A partir de esa situación, consideren cómo ven materializados estos derechos. ¿Qué tensiones, obstáculos y fortalezas observan? ¿Qué desafíos nos interpelan para seguir trabajando en pos de la garantía de derechos?

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud (2008): *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: OMS Disponible en: <https://bit.ly/3lR1Q67>

5. Perspectivas

5.1 Perspectiva de género y diversidad

En el decreto reglamentario de la Ley N° 27.611, se expresa:

- Que la perspectiva de género permite visibilizar y analizar las relaciones de poder que existen entre las personas en base al género. Entender a los géneros como una construcción socio-cultural y no como algo natural o biológico que deriva de la anatomía.
- Que históricamente las relaciones entre los géneros producen desigualdades y violencias que ponen en desventaja a las mujeres y a LGBTI+.
- Que la diversidad es inherente a la existencia humana.
- Que hay sistemas que imponen una concepción binaria, biologicista y esencialista como formas de vivir, entre ellos las que suponen la relación lineal y única entre genitalidad, género y orientación sexual; el sistema *capacitista* que valora unas capacidades por sobre otras; los que valoran la etapa adulta por sobre las otras edades/etapas de la vida, como así también el racismo o etnocentrismo que considera a una cultura/grupo étnico superior a otro a partir de argumentos de superioridad racial.
- Que el enfoque de la diversidad propone cuestionar las relaciones de poder que devienen de la jerarquización de unas formas de existencia por sobre otras.

La incorporación de la **“perspectiva de género”** en el desarrollo de políticas públicas implica, sin dudas, *cambiar la mirada*. Se trata de pensar las acciones del Estado poniendo el foco en el impacto diferenciado que éstas tienen sobre la vida de las personas conforme sus realidades, y en cómo buscar soluciones efectivas que tengan en cuenta estas diferencias en el modo de transitar la vida (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2020). Todas las acciones de los gobiernos, de las comunidades, de las organizaciones de mujeres y de las familias tienen una manera diferenciada de influir en la vida de las personas. El desafío consiste en introducir esta variable en el diseño de las políticas para garantizar respuestas estatales acordes a las necesidades, de modo tal que se traduzcan en la garantía del ejercicio de los derechos de todas, todos y todes.

La perspectiva de género permite visibilizar y analizar las relaciones de poder que se expresan en la sociedad en base al género. Estas relaciones de poder se estructuran a partir del patriarcado, que ordena la supremacía de los varones sobre las mujeres y otras identidades, genera injusticias y desigualdades que están en la base de las diferentes formas de violencia por motivos de género. El orden instituido por el patriarcado está invisibilizado, naturalizado y legitimado en la vida cotidiana y pone en desventaja a las mujeres y LGBTI+⁵¹. Entendemos a los géneros como una construcción socio-cultural y no como algo natural o biológico que deriva de la anatomía.

En plena articulación con este enfoque, la **“perspectiva de diversidad”** implica el cuestionamiento del sistema *cisheteronormativo*, es decir, la concepción binaria, biologicista y

⁵¹ Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) *Cuadernos de participación y formación*. Buenos Aires: Editorial MinGéneros. Disponible en: <https://bit.ly/3AyoTZO>

esencialista. Esta perspectiva está plasmada en la Ley N° 26.743, y promueve un abordaje que visibiliza las diversas identidades y orientaciones sexuales, y demanda la necesidad de una atención respetuosa de las mismas en el sistema de salud.

Un modelo de atención con perspectiva de género y diversidad implica reconocer e incluir las diversas subjetividades y respetar las distintas maneras de vivir, considerando la diversidad sexual, corporal y cultural, con atención de calidad para todas las personas, sin discriminación ni violencia, centrada en la autonomía, en la escucha y respeto de las trayectorias singulares de las personas.

Asimismo, se incorpora una perspectiva adicional que refiere a las autonomías de las mujeres y LGBTI+ y su relación con las violencias por motivos de género, que se propone desde el Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022, del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación.⁵²

Uno de los factores fundamentales para la transformación social, económica y cultural que permitirá reducir los índices de violencias por motivos de género y fortalecer la igualdad entre varones, mujeres y LGBTI+ es el trabajo pensado, planificado, diseñado y ejecutado desde este enfoque imprescindible: las tres dimensiones de la autonomía de las mujeres y LGBTI+. A saber:

- La *autonomía física* (capacidad de mujeres y LGBTI+ para decidir libremente sobre sus derechos sexuales y reproductivos y para vivir una vida libre de violencias por motivos de género);
- la *autonomía económica* (capacidad de las mujeres y LGBTI+ de generar ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones. Esta dimensión considera, además, el uso del tiempo y la contribución de las mujeres y LGBTI+ a la economía, la cual se encuentra profundamente condicionada por la división sexual del trabajo, las brechas de género (segregación horizontal, vertical, brecha salarial y escasa representación y participación sindical) y la inequitativa distribución de las tareas y trabajos de cuidado que sobrecargan el tiempo y disponibilidad de las mujeres);
- y la *autonomía en la toma de decisiones* (refiere a la presencia de las mujeres y LGBTI+ en los distintos niveles de los poderes del Estado y organizaciones e instituciones de la sociedad civil, y a las medidas orientadas a promover su participación plena y en igualdad de condiciones).

En este sentido, retomamos del Plan Nacional de Acción Contra las Violencias, la idea de la “autonomía” como “la capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, de manera de poder ser y hacer en función de sus propias aspiraciones y deseos en el contexto histórico que las hace posibles”.⁵³

⁵² Se trata de un enfoque basado en las tres dimensiones de la autonomía de las mujeres y diversidades propuesta por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), integrado por la autonomía económica, física y sobre la toma de decisiones. Más información en Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2020): *Plan Nacional de Acción Contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022*, (p.39) Buenos Aires: Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación.

⁵³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (2011): *Informe anual 2011. El salto de la autonomía. De los márgenes al centro*. (p. 9) Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <https://bit.ly/3mYKFJG>

5.2 Perspectiva de discapacidad

La **“perspectiva de la discapacidad”** postula que la discapacidad no se ubica en la persona sino que surge de la interacción de las personas con discapacidad y las barreras del entorno y actitudinales que limitan, obstaculizan o niegan la participación de éstas.

En relación a las mujeres y personas con capacidad de gestar con discapacidad es central remarcar:

- Que sus derechos sexuales y reproductivos son los mismos que los de todas las personas.
- Que tienen derecho, además, a que en los procesos de atención se realicen los ajustes razonables para que puedan acceder a sus derechos en condiciones de calidad, privacidad y confidencialidad.
- Que tienen derecho a preservar su fertilidad, procrear, criar, formar una familia, y recibir los apoyos necesarios para hacerlo en igualdad de condiciones que todas las personas.

En este mismo sentido, la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, expresa que se debe asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en su entorno de crianza, los cuidados y el acceso a la atención que requieran.

5.3 Perspectiva intercultural

La concepción de los pueblos originarios o indígenas respecto a la salud, está ligada a una perspectiva integral del mundo. Se entiende como el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad. Es decir que desde la perspectiva de los pueblos originarios o indígenas, la salud se concibe como un bienestar integral que incluye no sólo la dimensión física, psicológica y social, sino también la espiritual.

Vista así, la salud de estas poblaciones es una resultante de la integración de elementos fundamentales como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional, y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en cuanto a alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación, salud y otros aspectos que forman parte de su identidad.

Una práctica intercultural en salud debería tener especial cuidado en tomar en consideración que todas las actividades estén diseñadas de modo de asegurarse que sean apropiadas en términos interculturales, incluyendo la recolección de datos pertinentes y apropiados sobre las prácticas existentes en las comunidades. La idea de que las visiones (formas de pensar y actuar) que sostienen diferentes culturas son opuestas y compiten entre sí por su valor de verdad o, una actitud que tienda a demostrar que hay un solo modo de comprender y explicar los fenómenos de la realidad y que todos deben someterse a él, obstaculiza la comunicación intercultural. En tanto que, una actitud que contribuye a facilitar la comunicación intercultural consiste en garantizar la posibilidad de un diálogo abierto al cambio y a los múltiples puntos de vista.

Es importante destacar que existen prácticas que se encuentran arraigadas en algunos territorios, que representan una grave vulneración de derechos y deben ser erradicadas, como el chineo o la explotación infantil.



PARA AMPLIAR:

Y seguir pensando sobre las violencias por motivos de género en situaciones especiales de vulnerabilidad:

Protección de territorios indígenas: política clave en la lucha contra el chineo y la violencia hacia mujeres indígenas. En: Revista Inclusive. Revista del INADI. Año 2. Nº1.

5.4 Interseccionalidad

De acuerdo con el Consejo de Derechos de la ONU, “el concepto de interseccionalidad refleja las consecuencias de dos o más sistemas combinados de discriminación, y se refiere a la manera en que estos contribuyen a crear capas de desigualdad”⁵⁴. Este enfoque permite observar de manera integrada los diferentes factores que confluyen en una persona, agravando su situación de vulnerabilidad o el riesgo de vulneración de sus derechos en un contexto determinado, así como también atender a particularidades sociales y culturales de individuos y colectivos.

La *perspectiva de la interseccionalidad* parte de considerar la superposición de identidades relativas a una persona que en función de las estructuras de poder vigentes devienen en situaciones de discriminación y vulnerabilidad, tales como la edad, el género, el origen nacional o étnico, la condición migratoria, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la ideología, el nivel educativo, el oficio o la situación laboral, la situación habitacional, socioeconómica, la residencia o ubicación geográfica, entre otras.

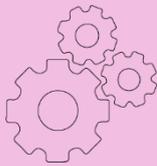
La inclusión de esta perspectiva en la elaboración e implementación de las políticas públicas resulta central para el desarrollo de acciones afirmativas y diversas en la búsqueda de equidad y la promoción y garantía de los derechos de todas las personas, en particular de las personas gestantes (mujeres y diversidades) y de los bebés, los niños y las niñas.

⁵⁴ Consejo de Derechos Humanos: 350 período de sesiones 6 a 23 de junio de 2017 Temas 2 y 3 de la agenda Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.

5.5 Perspectiva de cuidados

El “cuidado” se relaciona con las “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad”⁵⁵. Llamamos “tareas de cuidado” a todas aquellas actividades que hacemos a diario para nuestra subsistencia y la de las demás personas: cocinar, limpiar, ordenar, hacer las compras o estar al cuidado de bebés, niños y niñas, personas mayores o con discapacidad que requieran apoyos de algún tipo, son tareas relacionadas con la reproducción, el bienestar y el sostenimiento de la vida.

Los “cuidados” se definen como una necesidad, un derecho y un trabajo. Todas y todos en algún momento de nuestra vida requerimos cuidados. Tenemos necesidades básicas, humanas, que debemos satisfacer de alguna manera.



ACTIVIDAD PARA REFLEXIONAR

Para reflexionar y trabajar en grupos, en relación a su trabajo cotidiano:

- ¿Cómo tienen en cuenta las múltiples dimensiones en los procesos que generan desigualdad? ¿Cuáles son las dimensiones que se suman y multiplican la vulnerabilidad? Recuperen la situación analizada en la actividad anterior o bien seleccionen una nueva escena o ejemplo en el que se observan estos diferentes factores que confluyen consolidando situaciones de mayor discriminación y vulnerabilidad.
- ¿Qué grupos identifican como aquellos más vulnerados? ¿Cómo podemos trabajar para desarrollar acciones propositivas y diferenciales para lograr mayor equidad y garantía de derechos?

Hay personas que requieren del cuidado de otras para asegurar su subsistencia: bebés, niños y niñas, personas mayores, o personas con discapacidad que necesitan apoyo. La demanda de asistencia en el cuidado también la tienen personas que son responsables de otras, y a su vez dependen de alguien que les ayude en estas tareas para poder trabajar o realizar otras actividades.

Los cuidados son un derecho. Sin cuidados no podríamos desarrollarnos. Por lo tanto, el Estado tiene el deber de garantizarlos. En la Constitución Nacional se le otorga jerarquía constitucional a una serie de tratados internacionales sobre derechos humanos que reconocen a las distintas poblaciones que definimos como objetivo de la política de cuidados (niños y niñas, personas mayores o personas con discapacidad que necesitan apoyo). A estos compromisos internacionales debemos sumar las normas nacionales que regulan los derechos vinculados al cuidado, como el Código Civil y Comercial de la Nación que refiere a la “responsabilidad parental” y la define como el “conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral mientras sea menor de edad y no se haya emancipado” (Artículo 638).

⁵⁵ Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020): *Hablemos de cuidados. Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros*. Disponible en: <https://bit.ly/3zHVmf7>

Los cuidados son un trabajo. Se hagan en forma remunerada o no, decimos que siempre hacer tareas domésticas y de cuidado es un trabajo en sí mismo. ¿Por qué? Porque llevarlas adelante implica energía, tiempo y recursos.

Históricamente, debido a una división sexual del trabajo que relaciona a las mujeres -e identidades LGBTI+- con las tareas reproductivas, lo doméstico y los afectos, la mayoría de los trabajos de cuidado recayeron sobre este colectivo. Es decir, ese universo de tareas que hay que hacer para estar en condiciones de acceder a un trabajo pago, se hizo históricamente en forma no remunerada por las mujeres. Esta organización social de los cuidados tuvo y tiene consecuencias para la autonomía de las mujeres y sus posibilidades de desarrollo. De este modo, cuando hablamos de “cuidados” nos referimos al núcleo duro de la desigualdad de género, desde donde se acentúan otras inequidades y las violencias.⁵⁶

En este marco, desde el Estado se ha identificado la necesidad de:

“...debatir y planificar políticas que aporten a una organización social del cuidado más justa, que impulsen una mejor distribución familiar y social de la tarea, así como un reparto más equitativo entre los géneros, y que contribuyan a reconocer el cuidado como una necesidad, un derecho y un trabajo ”.^{57 58}



PARA AMPLIAR

- **Sitio web** del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad: Campaña Nacional: "Cuidar en Igualdad". <https://bit.ly/3kedY1m>
- **Sitio web** de la SENAF: [Plan Nacional de Primera Infancia](#)
- **Editorial Mingéneros** del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. *Cuidar en igualdad*. <https://bit.ly/3BPxMOU>
- **Podcast** del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad: "Nosotras movemos el mundo con nuestros cuidados". <https://bit.ly/3c7hVkl>
- **Video:** Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad: ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuidados?: Youtube:<https://youtu.be/M-HJTZR476M>

⁵⁶ Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2021): *Igualdad en los cuidados*. Buenos Aires: MinGéneros. Disponible en: <https://cutt.ly/NEI8EtY>

⁵⁷ Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020): *100 acciones en materia de cuidados*. Disponible en: <https://cutt.ly/5EI89G3>

⁵⁸ Está en funcionamiento el Mapa Federal de Cuidados, un portal web interactivo que permite localizar la oferta de espacios y servicios de cuidado para primeras infancias, personas mayores y personas con discapacidad. Disponible en: <https://bit.ly/3hXpywC>

5.6 Enfoque por curso de vida

El *enfoque del curso de vida* (ECV) incorpora la dimensión temporal de la vida, la historia, la memoria, la continuidad a pesar de las modificaciones del cuerpo. Permite reconocer períodos más sensibles y etapas de mayor estabilidad, momentos que se recorren con cambios rápidos, distintos ritmos. Este enfoque permite además reflexionar sobre la influencia que los factores sociales, ambientales y las condiciones de vida tienen en ese trayecto.

Integra las nociones de los patrones de desarrollo, los factores biológicos y sociales, y sus interrelaciones a lo largo de la vida de las personas y las poblaciones. En la comprensión de que el desarrollo tiene un papel en la salud- al igual que lo tiene la salud en el desarrollo- es necesario incorporar, en las intervenciones y prácticas, un enfoque que interprete la salud individual, familiar y comunitaria como el resultado de las influencias biológicas, psicológicas, físicas, sociales y ambientales que operan desde la concepción hasta la muerte, y que tienen sus mayores repercusiones en períodos críticos del curso de vida.⁵⁹

Se procura integrar la salud y el bienestar en el concepto de desarrollo. Las políticas de salud basadas en el curso de vida son esencialmente políticas de promoción y prevención con un horizonte temporal ampliado: desde la concepción hasta la muerte y con una visión intergeneracional⁶⁰. Este enfoque constituye una ampliación del enfoque de desarrollo humano, y encuentra en el modelo de determinantes sociales un espacio de acción importante para comprender el impacto de las inequidades sociales y problematizarlas.

Reconocemos que el embarazo y los primeros años son un período crítico, sensible, que puede tener efectos en el resto de la vida:

“Durante este período ocurre la mayor aceleración de crecimiento de las estructuras corporales, la mayor maduración del sistema nervioso central, la más intensa adquisición de funciones progresivas e integradas que en cualquier otro curso de la vida. Es también el curso donde se expresa en su mayor magnitud la plasticidad de los sistemas para adaptarse a eventuales lesiones o daños y se establecen las bases para el desarrollo de la autonomía”. (Ley N° 27.611, decreto reglamentario, artículo 1.b)



PARA AMPLIAR

Video: Organización Panamericana de la Salud [PAHO TV]: *El abordaje de curso de vida para la salud pública*. Youtube: <https://youtu.be/VQI4BlslORk>

⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud (2021): *Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública*, Washington D.C.. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁶⁰ Bacallao J, Alerm A, Ferrer M. (2016): *Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública*. La Habana: Medical Sciences Editorial.

5.7 Enfoque integral: articulación intersectorial, federal y comunitaria

La integralidad en las políticas públicas y en las intervenciones particulares representa un cambio de paradigma que intenta superar la fragmentación, impulsando políticas públicas que permitan crear las condiciones para privilegiar la perspectiva y necesidades de las poblaciones y garantizar el cuidado integral de la salud y la vida, en este caso particular, de las mujeres y otras personas gestantes durante el embarazo y puerperio y de las niñas en los primeros años. Se busca generar sinergias, complementariedad entre los diferentes sectores, proponiendo articulaciones verticales (entre los diferentes niveles del Estado) y horizontales (entre las organizaciones territoriales), poder definir los nudos críticos y prioridades que permitan planificar acciones en forma conjunta, incorporando los entornos de crianza y la comunidad.

Este enfoque parte de considerar la vida cotidiana de las personas, implica integrar sistemas y redes para lograr la coordinación y articulación de acciones entre diferentes niveles (nación, provincias, municipios), entre los distintos sectores (como salud, educación, desarrollo social, protección social, protección de derechos, etc.), así como también al interior de los mismos (como los subsectores de salud y educación), y con la comunidad, en general, y los entornos de crianza, en particular. Por eso implica un esfuerzo de articulación intersectorial, federal y comunitaria.

Teniendo en consideración lo planteado hasta el momento, la Ley N° 27.611 propone la consolidación de un *modelo de atención integral* que no se concentre únicamente en la emergencia o atención inmediata, sino en la prevención, protección y acompañamiento durante el curso de vida en todas las dimensiones que involucran este proceso: salud, alimentación, vivienda, inclusión social, educativa, recreativa y cultural, entre otras.

Es muy importante en este aspecto recuperar la experiencia de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) que a través del Decreto 426/2021, ha sido restituida a la Jefatura de Gabinete de Ministros, tal como indica el artículo 2 del decreto reglamentario de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Esta comisión trabaja el principio de corresponsabilidad con perspectiva de derechos humanos y enfoque de género, tendrá como objetivo la coordinación de la planificación interministerial y las relaciones institucionales en materia de políticas de salud mental y adicciones. Estará conformada por representantes del Ministerio de Salud de la Nación; de Educación; de Desarrollo Social; de Trabajo; de Desarrollo Territorial y Hábitat; y de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación.

De acuerdo a la Ley N° 26.657, el Estado tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Por eso, el objetivo de esta comisión será coordinar la planificación interministerial en materia de políticas de salud mental y adicciones, a través del desarrollo de planes y programas de prevención, además de favorecer la plena inclusión social, habitacional, educativa y laboral para las personas con padecimiento mental. El trabajo deberá tener una mirada con perspectiva de derechos humanos y enfoque de género. La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones se reunirá como mínimo una vez al mes, donde se registrarán las decisiones adoptadas y los compromisos asumidos por cada ministerio.

A lo largo de este curso de formación, se presentan un conjunto de principios, enfoques y estrategias que buscan fortalecerse y enriquecerse a partir de las propias experiencias territoriales y comunitarias. Estas experiencias son resultado de acciones coordinadas entre distintos sectores del Estado y niveles de gobierno, así como también de la participación activa de los entornos de crianza y la comunidad a lo largo de todo el curso de vida, influido también por los determinantes sociales y ambientales que impactan en forma diferenciada sobre el crecimiento y desarrollo de las personas.

Un enfoque integral y comunitario requiere participación activa de las personas involucradas. Definimos la “participación” como “el proceso a partir del cual los diferentes actores inciden en las decisiones de las instituciones, programas o ambientes que los afectan”. Desde la Declaración de Alma-Ata⁶¹, la participación se incorpora como elemento central de las acciones de atención primaria. En su artículo IV dice: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. La participación permite una presencia activa en el lugar donde se juega la existencia, en la vida cotidiana y visibiliza las tensiones entre los procesos grupales e institucionales y los contextos macro-sociales. Se señala la relación entre participación y poder al resaltar que la participación debe incidir en la toma de decisiones.

Una estrategia prioritaria, en este sentido, es la promoción de mesas de gestión territorial en las que participen todos los actores territoriales involucrados para generar sinergias que potencien los recursos locales y puedan afrontar los determinantes de la salud en las mujeres y otras personas gestantes y de los bebés, las niñas y los niños.

5.8 Entornos de crianza: criar, cuidar, educar, proteger

Como se planteó previamente, abordar de manera integral la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes y de los niños y las niñas es poner en el centro las trayectorias y contextos donde se desarrolla la vida de las personas.

Conforme a estos principios y enfoques, la Ley N° 27.611 pone de relieve el papel central del cuidado y la atención de la salud en los distintos entornos de crianza donde se desarrolla la vida de las personas. Estos entornos comprenden los distintos espacios físicos, sociales y culturales en los que se genera una intensa y continua interacción entre las niñas y los niños y el contexto que les rodea. Incluye tanto el ámbito familiar como el institucional y el comunitario; es decir, el hogar, el espacio comunitario y el espacio público, junto a las instituciones de salud, de educación, de recreación, de desarrollo infantil, de seguridad y protección social, de promoción y de protección de derechos.

En el marco de estos entornos se despliegan las funciones de cuidado, educación, protección, de acuerdo a los roles y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados. La crianza es una función compartida y corresponsable entre los grupos familiares, la comunidad, las entidades

⁶¹ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://bit.ly/3Aw11Ug>

privadas y las distintas instituciones del Estado. La efectiva participación y el involucramiento de los diferentes actores es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas.

En este sentido, se parte de la noción de que la responsabilidad en la crianza y el cuidado de los niños y las niñas, no es competencia individual de las mujeres y otras personas gestantes o quienes ejerzan el rol maternal o paternal, sino un compromiso compartido y colectivo que requiere de la participación e involucramiento de todos los entornos de crianza, deviniendo especialmente en una política pública transversal capaz de involucrar distintas áreas y niveles del Estado, así como también de organizaciones de la sociedad civil. La Ley N° 27.611 se basa en el valor de los vínculos y la corresponsabilidad de quienes ejercen los cuidados.

Criar, cuidar, educar, proteger son procesos relacionados entre sí, interdependientes. Pensar en las infancias y en la interrelación de los conceptos mencionados conlleva a entender que bebés, niños y niñas aprenden en la relación con los referentes afectivos y en la interacción que se da entre ambos y el entorno. Hablar, jugar, cantar son recursos que facilitan esta interrelación y les habilita un vínculo directo con la cultura en la que se están desarrollando, reconociendo el mundo, imaginando mundos posibles, diferentes realidades y constatándolas con sus experiencias en el día a día. Cuando le hablamos a un/a niño/a, cuando jugamos al “veo veo” o a las escondidas, en la vida cotidiana “...se enseña a compartir, a atarse las zapatillas, a lavarse bien las manos, cantar canciones e imaginar, a descubrir el mundo y preguntar”.⁶²



ACTIVIDAD PARA REFLEXIONAR

Esta actividad es un puntapié para ir desarrollando a lo largo de todo el curso y que se retomará en particular en el módulo 5.

A partir del diagrama de actores que integran la Unidad Coordinadora, les invitamos a reconocer:

- ¿Con qué actores (organizaciones, personas, grupos) articulan hoy a nivel territorial?

- ¿Con quiénes deberían comenzar a trabajar o fortalecer las articulaciones a partir de la sanción de la Ley N° 27.611
- ¿Cuáles son los espacios en los que están habitualmente las niñas en su primera infancia? ¿Qué tipo de entornos de crianza son para ellas?

Instrumentos: Mapa de actores nacional y Modelo de mapa de actores a nivel jurisdiccional (para ir trabajando a lo largo de los módulos y recuperar en el módulo 5).

⁶² Ministerio de Educación, (2020): Cuadernillos *Desde la Cuna*, Programa Seguimos Educando. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3EKrNNm>

6. Ejes, políticas y estrategias de la Ley N° 27.611

La presente ley establece una serie de políticas para arribar a los objetivos delineados de cuidado integral de la salud y vida de las mujeres y otras personas gestantes y de los niños y las niñas de hasta tres años, los cuales se enlazan a la estrategia mundial de sobrevivir, prosperar y transformar:

6.1. Derecho a la Salud Integral

¿Qué aporta el “Plan 1000 días”?

Modelo de atención y cuidado integral

La ley establece en el capítulo IV del decreto reglamentario, artículo 16, la necesidad del diseño de un modelo de atención y cuidado Integral específico y adecuado para la etapa del embarazo y hasta los tres años de edad, desde la perspectiva del derecho a la salud integral de las mujeres, otras personas gestantes y niños y niñas, teniendo en cuenta las particularidades territoriales de todo el país.

En este modelo se establecen las prestaciones que el sistema deberá brindar, enfocados en el cuidado de la salud y la vida de las mujeres, otras personas gestantes, bebés, niños y niñas, la protección de los vínculos afectivos tempranos y la prevención de violencias, como facilitadores principales del desarrollo infantil.

Se define su cobertura y/o su inclusión en el Programa Médico Obligatorio (PMO) que deben garantizar los tres subsistemas del sistema de salud -el sistema público, las obras sociales y el sistema privado-; como así también respecto de los insumos fundamentales.

El modelo de atención y cuidado Integral contará con un conjunto de guías y manuales que contendrán las estrategias, procedimientos, protocolos y herramientas de acción eficaz y eficiente que, al complementarse, organizará a los tres subsistemas de salud -público, de la seguridad social y privado- permitiendo la integralidad en los distintos niveles de atención.

El conjunto de estrategias está dirigido a quienes ejercen los cuidados de las mujeres y otras personas gestantes, los bebés, las niñas y los niños en sus tres primeros años de vida en todos los entornos de crianza saludables identificados, y serán desarrollados con un enfoque de diversidad cultural, de género y del derecho a la vida libre de violencias. Es por ello que involucra tanto al entorno de crianza como a los agentes de salud, de educación, de desarrollo social, de organismos de protección social y de derechos, pertenecientes a los distintos niveles y sectores del Estado, de índole pública y privada.

Provisión pública de insumos fundamentales

El Estado Nacional deberá implementar la provisión pública y gratuita de insumos fundamentales para las mujeres y otras personas gestantes durante el embarazo y para los bebés, los niños y las niñas hasta los tres (3) años, en los casos y condiciones que determine el decreto reglamentario (artículo 20).

En especial, se atenderá a la provisión de:

- a. Medicamentos esenciales
- b. Vacunas
- c. Leche
- d. Alimentos para el crecimiento y desarrollo saludable en el embarazo y la niñez.

Estrategias específicas para la salud perinatal y primeros años de vida

El artículo 21 de la ley establece la implementación de políticas específicas de atención, promoción, protección y prevención de la salud integral de las mujeres y otras personas gestantes y de los niños y las niñas hasta los tres años. En particular, se deberá promover en el sistema de salud:

- a. El acceso a la atención de las mujeres y de otras personas gestantes.
- b. Estrategias de protección del sueño seguro.
- c. Estrategias de prevención de lesiones no intencionales durante los primeros años.
- d. Un sistema de referencia y contrareferencia eficiente entre el primer y el segundo nivel de atención en salud.
- e. En caso de internación de los niños y las niñas en centros sanitarios públicos o privados, que los niños y las niñas tengan contacto recíproco con quienes ejerzan la responsabilidad parental, guarda o tutela así como también con aquellos parientes o personas con los cuales tengan un vínculo afectivo.

A lo largo de los módulos 2, 3 y 4 se desarrollarán las estrategias intersectoriales de prevención, promoción, protección y atención organizadas de acuerdo al período del curso de vida: gestacional, parto/ nacimiento/ puerperio, y primeros años.

Capacitación

El artículo 17 de la ley establece capacitación en los contenidos, principios rectores y objetivos establecidos en ésta y en otras disposiciones normativas que regulen la materia, al personal interviniente en la implementación. La autoridad de aplicación dispondrá de un programa de capacitación específico acorde a los distintos niveles de atención de los diferentes organismos del Estado que intervengan en su implementación.

Y el decreto reglamentario agrega que se suscribirán convenios y articulará acciones con otros organismos públicos nacionales, provinciales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y/o municipales, instituciones académico-científicas y/u organizaciones de la sociedad civil con reconocida trayectoria en la perspectiva de derechos establecidos en la ley que se reglamenta, con el fin de desarrollar capacidades en el personal involucrado en la gestión de la Ley N° 27.611.

Equipos comunitarios

De acuerdo a lo establecido en el artículo 18 de la ley, la autoridad de aplicación deberá articular con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del trabajo que ya realizan los equipos de atención de salud comunitaria, a fin de promover el acceso de las mujeres y otras personas gestantes y de las niñas y los niños hasta los tres años de edad, a los servicios de salud pertinentes, a los centros de desarrollo infantil (CDI) o espacios de primera infancia (EPI) y a los jardines maternos y de infantes, a la gestión de trámites y documentación necesaria, a los espacios de atención para casos de violencia por motivos de género, a la asistencia social y a las correspondientes prestaciones de la seguridad social.

Se desarrollará en conjunto con los organismos competentes, guías y protocolos que incluyan los lineamientos básicos de intervención, articulación y coordinación de los dispositivos y equipos de salud comunitarios así como con los organismos administrativos de protección de derechos establecidos en el artículo 42 de la Ley N° 26.061.

Formación y participación de mujeres, otras personas gestantes y corresponsables en la crianza

La ley establece en el artículo 19, para la autoridad de aplicación el deber de articular y coordinar, en ámbitos públicos, a los centros de atención primaria de la salud, a los centros de desarrollo infantil (CDI), o espacios de primera infancia (EPI) y a los jardines maternos y de infantes, los talleres y espacios de formación, participación y acceso a la información para mujeres y otras personas gestantes y su entorno de crianza, sobre cuidados de la salud integral, desarrollo y vínculos tempranos, alimentación saludable, lactancias y prevención de las violencias, entre otros aspectos relevantes desde la perspectiva del derecho a la salud integral.

La autoridad de aplicación aprobará guías y protocolos que versen sobre tales temáticas.

6.2. Derecho a la Seguridad Social

Los acuerdos internacionales y nuestras leyes nos interpelan: “Conformar sistemas integrales y universales de protección social constituye (...) una de las políticas clave para contribuir al logro de mayores niveles de igualdad y bienestar y a la erradicación de la pobreza en la región”.⁶³

Recuperamos algunos párrafos significativos de documento de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL):

“En la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se reconoce que la protección social es un concepto en evolución, pero que está profundamente enraizado en una serie de instrumentos normativos internacionales cuyo objetivo es la plena realización de los derechos económicos,

⁶³ Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (2019): *Protección social universal en América latina y el Caribe*. Disponible en: <https://bit.ly/3zwwlDr>

sociales y culturales de toda la población. La protección social se orienta por lo tanto a abordar los riesgos que enfrenta toda la población a lo largo del ciclo de vida, así como a los problemas estructurales de la pobreza y la desigualdad. (...) La protección social debiera ser universal en su orientación, incluyendo tanto a quienes se encuentran insertos en el mercado formal de trabajo, como a quienes se encuentran fuera de él. Esto no impide aplicar mecanismos de focalización en su implementación, para hacer frente a la escasez de recursos y dar prioridad a quienes se encuentran en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad...”⁶⁴

Se define a la Seguridad Social como un derecho humano fundamental, constituido por un conjunto de prestaciones y servicios a favor de todas las personas para hacer frente a riesgos y contingencias a lo largo de toda su vida. El Estado es el responsable de garantizarla.

La función rectora del Estado en materia de derechos sociales es indelegable y está establecida en el artículo 14 bis y en los pactos internacionales incorporados al artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional. Entre otros, se destaca la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), en sus artículos 22 y 25, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), cuyo artículo 2.1 obliga al Estado a adoptar las medidas necesarias “hasta el máximo de los recursos que disponga”, a fin de lograr progresivamente su plena efectividad.

En consecuencia, la política de seguridad social, debe reconocer y cubrir las necesidades de todas las personas en base a los principios consagrados en este marco legal.

El decreto reglamentario de la de la Ley N° 27.611, el capítulo II establece las normas que regulan la seguridad social para la población objetivo de este marco legal.

En nuestro país, la ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social) es el organismo encargado de la administración de las prestaciones que otorga el derecho a la seguridad social. Desde el mismo, señalan la importancia del cambio de paradigma producido en la protección social al extender con la Asignación Universal por Hijo (AUH) la cobertura de asignaciones más allá del sector formal de la economía. Así como también la relevancia del principio de solidaridad que rige el sistema, a través del cual todas las personas realizan aportes económicos según su capacidad contributiva y reciben prestaciones de acuerdo a sus necesidades. Asimismo, se realiza una transferencia de recursos entre distintos sectores de la sociedad

En relación a la Asignación Universal por Hijo (AUH),

“Su creación en 2009 mediante el Decreto N° 1602/09 significó un cambio de paradigma en la protección social y una de las mayores ampliaciones de derechos de los niños, niñas y adolescentes en la historia del país, al extender la cobertura de asignaciones más allá del sector formal de la economía. Hasta aquel momento, sólo recibían asignaciones familiares los hijos/as con padres/madres que trabajaban como asalariados registrados, englobados en el Régimen de Asignaciones Familiares, instituido por la Ley 24.714/1996, hijos/as de desempleados/as que perciban el seguro por desempleo o posean algún beneficio previsional (jubilación, pensión o pensión no contributiva por invalidez). (...) De acuerdo a la última información disponible (enero 2021), el programa cubría a 4,4

⁶⁴ Ídem

millones de niños/as, adolescentes y personas con discapacidad. Esto representa más de un millón de niños/as adolescentes más que al momento de su implementación, en noviembre de 2009. El 49% son niñas y el 51% niños. El 72% tiene hasta 11 años, un 27% entre 12 y 17 y cerca de un 1% más de 18 -en este caso, se trata de personas con discapacidad mayores de 18 años con discapacidad que reciben la AUH”⁶⁵

Desde ANSES fueron introduciendo distintas modificaciones a la AUH de acuerdo a un único objetivo: avanzar hacia la universalización de la cobertura de las infancias por parte de la seguridad social para contribuir al desarrollo de infancias dignas, plenas y felices. Para lograr este objetivo, es fundamental contar con un Estado presente, que acompañe, subsane desigualdades y permita equiparar las oportunidades de las niñas, independientemente de la situación de las personas responsables de su crianza y cuidado.

En el año 2015, a partir del Decreto N° 1371/2015 del Poder Ejecutivo Nacional que promulga la Ley N° 27.160, se establece que la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo para Protección Social, al igual que el resto de las Asignaciones Familiares dispuestas en la Ley N° 24.714, serán móviles. A partir de este momento, los montos de dichos beneficios comienzan a ajustarse de acuerdo a la fórmula de Movilidad Previsional.

En el año 2020, mediante el Decreto N° 840/2020 del Poder Ejecutivo Nacional se determina dar por cumplida de forma extraordinaria la acreditación de condicionalidades de la AUH a raíz de las restricciones impuestas por la pandemia y, de esta forma, evitar suspensiones del beneficio y, en caso de corresponder, acreditar el pago del 20% acumulado de complemento. Mediante el decreto a su vez se implementan una serie de medidas tendientes a la universalización del acceso al derecho a la Seguridad Social de niñas, niños y adolescentes.



PARA AMPLIAR

- **Sitio web** de ANSES: Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH): hacia un esquema más inclusivo: <https://www.anses.gob.ar/observatorio/auh-hacia-un-esquema-mas-inclusivo>
- **Guía de Derechos. ANSES en cada etapa de tu vida (2023)**. Disponible en Observatorio de la Seguridad Social: https://www.anses.gob.ar/sites/default/files/2023-11/VERSION%20FINAL_ANSES%20En%20Cada%20Etapa%20de%20tu%20Vida%2016-08-23.pdf
- **Manual para promotoras y promotores comunitarios**. Derecho a la Seguridad Social de niñas, niños y adolescentes. Guía de herramientas (2023). ANSES [Derecho a la SS de NNyA - Guia de Herramientas ANSES 2023](#)
- **Derecho a la Seguridad Social de niñas, niños y adolescentes**. Guía de herramientas para municipios 2023. ANSES, MUNA, UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/19676/file/Acceso%20a%20la%20protecci%C3%B3n%20social.pdf>

⁶⁵ Dirección de estudios de la seguridad social (2021): *AUH Hacia un esquema más inclusivo*. Buenos Aires: ANSES. Disponible en: <https://bit.ly/2XHv0fy>

En otro orden de cosas, pueden destacarse también las recientes medidas desde el organismo en torno a la visibilización y reconocimiento del trabajo de cuidado de los niños y las niñas, a través del Programa de Reconocimiento de Aportes por Tareas de Cuidado, que permitirá el acceso a la jubilación para mujeres que no cuentan con la cantidad de años suficientes aportados al sistema de seguridad social, producto de la desigual distribución de tareas.



PARA AMPLIAR

- **Sitio web** de ANSES: [Reconocimiento de aportes por tareas de cuidado.](#)

¿Qué incorpora el “Plan 1000 días” en materia de protección de derechos y seguridad social?

La Ley N° 27.611, en su capítulo II establece una ampliación de las prestaciones destinadas a las mujeres y otras personas gestantes y niños y niñas hasta los 3 años:

- Asignación por Cuidado de la Salud Integral. La ley determina la creación de una asignación específica cuyo beneficio se cobra una vez al año por cada hija o hijo de 0 a 3 años, conforme se acredite el cumplimiento del plan de vacunación y control sanitario.
- Extiende la Asignación por Embarazo para Protección Social. Asignación que anteriormente era por un periodo de 6 meses, pasa a ser por 9 meses. Se tramita a partir de la semana 12 de gestación y se cobra retroactivamente.
- Extiende la Asignación por Nacimiento y la Asignación por Adopción a las personas beneficiarias de la AUH y AUE.⁶⁶
- Modifica algunos de los requisitos que eran necesarios para acceder a las prestaciones. Para la Asignación por Nacimiento y Asignación por Adopción se eliminó el requisito de antigüedad en el puesto de trabajo.

Cabe mencionar que la ley, en su artículo 11, plantea como premisa la simplificación de los trámites necesarios para el acceso a los derechos de la seguridad social: “Articulación interestatal para facilitar la verificación del cumplimiento de los requisitos necesarios para el cobro de las asignaciones”.

Además, resulta importante mencionar que en el marco de la Ley 1000 días, mediante Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 409/2022, comenzó a implementarse una estrategia de complementación alimentaria denominada “Apoyo Alimentario” con el objetivo de garantizar la provisión de alimentos saludables para personas gestantes, personas que amamantan, y niños/as hasta los 3 años de edad. A dicho complemento pueden acceder quienes sean titulares de la Asignación por Embarazo y de la Asignación Universal por Hijo/a sin necesidad de realizar ningún trámite ya que implica el cobro automático de un monto mensual que se recibe en la misma fecha y cuenta en la que se cobra la asignación, el cual se actualiza trimestralmente a través de la Ley de Movilidad.

⁶⁶ Las mismas deben tramitarse. En el caso de nacimiento, la/el niña/o debe tener entre 2 meses y 2 años. En el caso de adopción, debe realizarse dentro de los 2 meses y 2 años de dictada la sentencia.

La intención de esta última estrategia es generar autonomía en la elección de los alimentos por parte de las familias y facilitar el acceso a una alimentación saludable y variada de todas las personas beneficiarias de las asignaciones mencionadas anteriormente. Sobre esto profundizaremos en los próximos módulos.

¿Cómo se amplían los derechos de las mujeres y otras personas gestantes a partir de la Ley de los Mil Días?

	Antes de la Ley N° 27.611	A partir de la Ley N° 27.611
<p>Personas que trabajan informalmente, que se encuentran atravesando un período de desocupación sin percibir la Prestación por Desempleo, trabajadoras de casas particulares y monotributistas sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación por embarazo para Protección Social (6 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la Asignación por Embarazo para Protección Social (9 meses) • Creación de la Asignación por Cuidado de Salud Integral • Ampliación de la Asignación por Nacimiento • Ampliación de la Asignación por Adopción • Apoyo alimentario
<p>Personas que trabajan formalmente en relación de dependencia, aquellas que cobran una Prestación por ART y las que perciben la Prestación por Desempleo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pago por Nacimiento de hijo/a para personas con requisito de antigüedad en el puesto laboral (a excepción de la Prestación por Desempleo en donde no se controla antigüedad) • Pago por Adopción de hijo/a para personas con requisito de antigüedad en el puesto laboral (a excepción de la Prestación por Desempleo en donde no se controla antigüedad) • Prenatal: 9 meses si se acredita el embarazo en ANSES antes del 6to mes / Pago de los meses que restan del embarazo hasta alcanzar los 9 si se acredita con posterioridad. 	<p>Ampliación del pago por nacimiento de hijo/a sin necesidad de antigüedad en el puesto laboral Ampliación del pago por Adopción de hijo/a sin necesidad de antigüedad en el puesto laboral Ampliación de pago íntegro de prenatal si se declara el embarazo en ANSES durante la gestación (9 meses)</p>

Desafíos del “Plan 1000 días”

El trabajo integrado de la Unidad Coordinadora y el avance en la implementación territorial buscarán identificar si la población destinataria de la ley está accediendo a los derechos que se establecen, en qué medida y en qué momentos lo hace. Es necesario profundizar los diagnósticos e identificar acciones que permitan optimizar el grado de cobertura.



ACTIVIDAD

- ¿Qué actores en su territorio desempeñan un rol en torno a la difusión de los derechos a la protección social como herramienta para reducir la brecha de inequidad?

6.3. Derecho a la Identidad

Denominamos “identidad” al conjunto de atributos y características que permiten la individualización de la persona en sociedad y, en tal sentido, comprende otros derechos según el sujeto de que se trate y las circunstancias del caso, entre otros, el derecho a la nacionalidad, al nombre y a las relaciones de familia.

Comprende un conjunto de elementos complejos, una multiplicidad de aspectos esencialmente vinculados entre sí, de los cuales unos son de carácter espiritual, psicológico o biológico mientras que otros son de diversa índole (cultural, ideológica, religiosa o política).

El derecho a la identidad es consustancial a los atributos propios de la persona humana. Es un derecho humano, y como tal es universal, inalienable, indivisible e interdependiente.

Es universal, es decir, el derecho a la identidad es inherente a toda persona humana, con independencia de la nacionalidad, género, origen étnico o nacional, color, religión, idioma o cualquier otra condición.

Es inalienable, es decir, el derecho a la identidad no admite derogación ni suspensión. Ninguna persona puede renunciar a él, ni transferirlo.

Es indivisible e interdependiente, es decir, el derecho a la identidad está vinculado a los demás derechos humanos, y no existe jerarquía entre ellos, de tal modo que negarse a reconocer uno o privar de él, constituye una vulneración a los derechos humanos.

Constituye un derecho autónomo, toda vez que posee valor y contenido propio que, además, es relevante ya que guarda una estrecha interrelación e interdependencia con otros derechos humanos, en tanto, el derecho a la identidad jurídica es la puerta para el acceso a servicios de salud, educación, vivienda, alimentación, transporte público, etc. En conclusión, la imposibilidad de cumplir con la registración o la identificación, implica no solo ser invisible para el Estado, sino que también impide el ejercicio pleno de derechos, constituyendo como tal una vulneración de los derechos humanos.

El derecho a la identidad fue reconocido por primera vez en el artículo 6 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y, específicamente, en el artículo 24, párrafo 2, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), en el que se establece el derecho a ser inscrito al nacer; así como en numerosos tratados internacionales de derechos humanos jurídicamente vinculantes para el Estado Argentino, entre ellos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, o Pacto de San José de Costa Rica (1969) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), todos ellos con jerarquía constitucional, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional.

En la Convención por los Derechos del Niño se plantea:

- El derecho a ser inscripto inmediatamente después de su nacimiento (artículo 7).
- El respeto por el derecho a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares (artículo 8).
- La obligación de los Estados de velar por la aplicación de estos derechos y prestar asistencia y protección si han sido conculcados.

A fin de garantizar el derecho a la identidad y la identificación de las personas, intervienen diferentes organismos: los establecimientos médico-asistenciales, los Registros Civiles y el RENAPER.

El primer paso es la confección de la constancia de parto o certificado de nacimiento por médica/o, obstétrica o agente sanitario interviniente.

El segundo paso es la inscripción del nacimiento ante el registro civil. Los progenitores o la propia persona (si ya es adulta), deberán presentar la constancia de parto o certificado de nacimiento, o el certificado de edad y fecha presunta de nacimiento (si nació fuera de establecimientos médico-asistenciales sin intervención de profesional médico).

Conforme lo expresado por la Ley N° 26.413 de Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, corresponde a los Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas de las provincias, de la Nación y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, inscribir todos los actos o hechos que den origen, alteren o modifiquen el estado civil y la capacidad de las personas: los nacimientos, las defunciones, los matrimonios, los divorcios, las adopciones, y los reconocimientos. Les corresponde también, proporcionar los datos necesarios para que se elaboren las estadísticas vitales.

Las personas recién nacidas deben llevar el primer apellido del progenitor o progenitora, o de los dos, en el orden que elijan. Si no se ponen de acuerdo, el asunto se resuelve por sorteo en el Registro Civil. Todos los recién nacidos/as hijos/as de los mismos progenitor y progenitora tienen que llevar el mismo apellido que se haya decidido para el primero.

Como último paso, una vez inscripta la persona debe tramitar el DNI. El RENAPER es el único organismo del Estado facultado por ley, para expedir los DNI, en tanto su función principal, es garantizar la identificación de las personas comprendidas en el artículo 1 de la Ley N° 17.671 de Identificación, Registro y Clasificación del Potencial Humano Nacional, es decir, de “todas las

personas de existencia visible que se domicilien en territorio argentino o en jurisdicción argentina y a todos los argentinos sea cual fuere el lugar donde se domiciliaren las personas”.

En Argentina, el DNI es el único documento válido para acreditar la identidad de una persona. Adquiere una identificación en la que se le otorga un determinado Número Único e Irrepetible, con el cual podrá realizar determinadas acciones y a su vez se registran sus datos biométricos.

El 20 de julio de 2021, mediante el Decreto 476/2021 del Poder Ejecutivo Nacional, se incorpora el género no binario al DNI y al Pasaporte. La norma incorpora una tercera opción en la categoría “sexo”, con el fin de contemplar el derecho a la identidad de género respecto de aquellas personas que no se reconocen dentro del sistema binario femenino/masculino, admitiéndose a partir de ahora las nomenclaturas “F”, “M” o “X” en los DNI y en los Pasaportes Ordinarios expedidos por el RENAPER.

Profundizaremos en el módulo 4 cómo se obtienen los documentos que garantizan este derecho.

Como hemos expresado anteriormente, la Ley N° 26.743 establece el derecho a la identidad de género.

En su artículo 1 dice:

Toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.



Certificado de nacimiento o constancia de parto

Emisión: MEDICO



Registro / Inscripción de Nacimiento



Acta de Nacimiento

Toma: RRCC
Emisión: RRCC



Identificación Documentación



DNI

Toma: RRCC/RENAPER
Emisión: RENAPER

¿Qué aporta el “Plan 1000 días” en relación al derecho a la identidad?

En el capítulo III del decreto reglamentario de la Ley N° 27.611 se desarrollan las estrategias para garantizar el Derecho a la Identidad:

1. Sistema de alerta temprana de nacimientos – certificado digital de hechos vitales. Se dispone la emisión de certificados digitales, medio por el cual los y las profesionales médicos intervinientes certifican por documento electrónico los nacimientos y defunciones a fin de garantizar la identificación e inscripción inmediata de las personas recién nacidas. (Art. 12).
2. Inscripción tardía del nacimiento. Inscripción administrativa sin límite de edad. (Art. 15) La Ley N° 27.611 toma particular relevancia para el acceso al derecho a la identidad, pues la misma simplifica el régimen de inscripción tardía de nacimiento, en tanto la inscripción pasa a ser administrativa, sin importar la edad de la persona no inscrita. De esta manera, la ley reemplazó el régimen previo en el cual las personas mayores de 18 años, debían iniciar un proceso judicial ante la justicia para ser inscritas, lo cual contribuía a dificultar u obstaculizar el acceso al derecho. (Art. 15).
3. Exención de tasas (Art 13). Gratuidad de trámites sin necesidad de acreditarlo por parte de quien se encuentra en situación de vulnerabilidad social. Interoperabilidad con otros organismos. (Art. 13).
4. Deber inmediato de informar a RENAPER. Una vez inscripto el nacimiento en el registro civil que corresponda, la autoridad registral competente deberá notificar el mismo al RENAPER en un plazo máximo de 7 (siete) días corridos posteriores a su inscripción. (Art. 14).
5. Identidad digital. Colaboración con los Registros Civiles Provinciales para el labrado digital de las Actas de nacimiento. Registro digital de hechos vitales.
6. Certificado de pre-identificación (CPI): El CPI es un instrumento creado por disposición RNP 1056/2020 que emite el RENAPER, que busca garantizar el registro e inclusión de las personas no registradas en el país, como paso previo a la inscripción, identificación y emisión del DNI. La Ley N° 26.611 le brinda reconocimiento legal y es requerido para iniciar el trámite de inscripción tardía de nacimiento.

Desafíos del “Plan 1000 días”

Que todos los niños y niñas accedan, desde el nacimiento, a la documentación que acredite su identidad y filiación. Que todas las mujeres y otras personas gestantes puedan acreditar la filiación de sus hijos de manera rápida y segura.



PARA AMPLIAR

- Para profundizar en las Leyes y estrategias que regulan en nuestro país el derecho a la identidad pueden consultar el material preparado por RENAPER. Disponible en: <https://tinyurl.com/dfjids8>



ACTIVIDAD

- ¿Hay en el territorio niñeces o personas adultas sin documentación?
¿Qué estrategias se pueden generar desde las comunidades para que se puedan identificar y documentar las personas que lo necesiten?

6.4. Derecho a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad

¿Qué aporta el “Plan 1000 días”?

Organización de servicios de salud para niños y niñas con necesidad de cuidados especiales en sus primeros años

Se deberán incorporar paulatinamente en los efectores de salud el equipamiento para procedimientos y técnicas diagnósticas de las condiciones de alto riesgo para la salud de mayor prevalencia en los primeros años, que deberán acompañarse de la capacitación del personal interviniente para la realización de los mismos (artículo 22).

También se incorporará el acceso de las mujeres y otras personas gestantes al estudio de morfología fetal por ecografía, entre las 18 a 22 semanas de gestación, para definir malformaciones congénitas mayores o problemas de la salud fetal, y a otros estudios y prácticas que se establezcan en los protocolos que dicte la autoridad de aplicación.

Personas que cursen embarazos de alto riesgo

Se deberá también impulsar un modelo de atención que priorice las intervenciones comunitarias centradas en el cuidado de la salud integral, para las personas que cursen embarazos de alto riesgo.

Para aquellas personas con sospecha de embarazos de alto riesgo, malformaciones congénitas mayores o problemas de la salud fetal, riesgo de parto prematuro, trombofilia, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, colestasis del embarazo, infecciones perinatales, etc., se deberá procurar el acceso al diagnóstico y a los tratamientos, tanto para las personas con cobertura pública exclusiva como para quienes posean otra cobertura social.

Estos modelos deberán priorizar las intervenciones comunitarias centradas en el cuidado de la salud integral, el acceso equitativo a las redes de servicios de salud perinatal organizados según la complejidad lo requiera para los métodos diagnósticos y los tratamientos indicados, así como también procurar que los nacimientos ocurran en maternidades seguras para la atención, según el riesgo de la persona gestante o la salud fetal.

Mujeres y otras personas gestantes en situación de violencia por motivos de género

De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27.611, en los dispositivos intervinientes en la implementación se debe informar a las mujeres y otras personas gestantes, sobre su derecho a una vida libre de violencias e informar acerca de los dispositivos de atención y denuncia existentes. Será fundamental que el conjunto de los agentes que trabajan con la población destinataria posean la capacitación que posibilite la detección de situaciones de violencias y los conocimientos y herramientas para su abordaje, en articulación con los organismos especializados para un abordaje intersectorial. Para esto se desarrollarán herramientas, tales como protocolos de detección temprana y evaluación de riesgo, guías de abordaje integral ante situaciones de violencia por motivos de género, recomendaciones y/o lineamientos que permitan a los equipos de salud y a todo el personal involucrado identificar indicios o sospechas de posibles situaciones de violencia por motivos de género hacia niñas, niños, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes.

El artículo 24 de la ley establece que deberán elaborarse materiales con perspectiva de género, diversidad, intersectorialidad e interculturalidad. La distribución de los materiales deberá estar acompañada de instancias de capacitación.

Es de resaltar que la atención sanitaria de las mujeres y otras personas gestantes puede constituir un momento oportuno para la identificación de situaciones de violencia por motivos de género y para el acceso a derechos de quienes las atraviesan. En ese sentido, resulta importante que las personas profesionales de la salud, tengan herramientas para su detección temprana, y conozcan los recursos a los que puede acudir alguien que atraviesa o atravesó dicha situación.

Al mismo tiempo, la atención sanitaria puede ser un espacio en el que se manifieste la violencia por motivos de género (en particular, por ejemplo, la violencia obstétrica o la violencia contra la libertad reproductiva). En este sentido, es importante difundir en estos espacios herramientas para la prevención, así como dar a conocer los recursos para su abordaje integral.

También será fundamental que desde los distintos organismos y agentes territoriales puedan contar con herramientas de prevención, detección y abordaje, que posibilite la implicación del conjunto, necesaria para el desafío de reducir los niveles de violencias por motivos de géneros,

que como se verá en mayor detalle a lo largo de los módulos, requiere de un trabajo en corresponsabilidad.

La ley establece que se deberá impulsar acciones transversales con los organismos competentes y las áreas de género y diversidad locales con el fin de fortalecer las redes en salud, los dispositivos en salud mental y de apoyo psicosocial e invitar a los gobiernos provinciales y al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a desarrollar y difundir un protocolo de derivación y denuncia, propio de su jurisdicción.

La elaboración de circuitos de derivación entre quienes se desempeñan en estos espacios y que pueden detectar situaciones de violencia por motivos de género, y los mecanismos y dispositivos institucionales para su abordaje integral es esencial a la hora de llevar adelante acciones que no revictimicen a la persona, que no fragmenten el acompañamiento y que no supongan una sobreintervención de la situación.

Recursos para el abordaje integral de situaciones de violencia por motivos de género

Vías de comunicación

- Línea 144. Disponible las 24hs. los 365 días del año.
- WhatsApp 1127716463
- Aplicación (APP): “144”
- En caso de emergencias, comunicarse con el 911

Programa Acercar Derechos (PAD)

Es una política para fortalecer el acceso a derechos y al sistema de justicia de mujeres y LGBTI+ en situación de violencia de género a través de acompañamiento integral e intercultural en todo el país. Es un programa integral porque implica trabajar de manera coordinada en los distintos niveles del Estado y con organizaciones sociales y comunitarias, reconociendo las particularidades y dinámicas que adquieren las violencias de género en los distintos territorios. Consiste en equipos integrados por profesionales de la abogacía, la psicología y el trabajo social que están distribuidos en todo el territorio nacional.



PARA AMPLIAR

- **Sitio web:** Programa “Acercar Derechos”:

<https://www.argentina.gob.ar/generos/programa-acercar-derechos>

Desde el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación se trazó el **Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de género**. Plan multiagencial en el que se establecen acciones para el corto, mediano y largo plazo, como:

- Creación del Programa Nacional de Prevención de las Violencias por Motivos de Género, con dos Subprogramas 1) Construcción de Otras Masculinidades, 2) Vínculos sexo afectivos responsables y diversos que contemplen todas las modalidades y tipos de violencias por motivos de género. Incluye la realización de Campaña nacional integral para aportar al cambio cultural y social necesario para poner freno a las violencias.
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en la atención integral de las personas gestantes (IVE/ ILE) (en articulación con el Ministerio de Salud de la Nación).
- Capacitaciones sobre el protocolo para la atención integral en la IVE/ILE (en articulación con el Ministerio de Salud de la Nación).
- Creación de Mesa Interministerial (Ministerio de Justicia y DDHH, Ministerio de Seguridad, Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación) de Abordaje Integral de las Violencias Extremas por Motivos de Género. Este programa pondrá en marcha sistema de alertas tempranas, para identificar situaciones de riesgo en violencias de género, evaluarlas a tiempo y prevenir los casos de mayor gravedad.
- Creación del Programa Acompañar: programa de transferencia monetaria y acompañamiento integral. Mecanismo de protección social destinado a contribuir, en el corto y mediano plazo, a la creación de condiciones básicas para la construcción de un proyecto de vida autónomo de las mujeres y LGBTI+ que se encuentran atravesando situaciones de violencias por motivos de género.
- Herramienta de evaluación de riesgo (en el marco de la intervención del Programa Acompañar).
- Sistema Integrado de Casos de Violencia por Motivos de Género (*SICVG*). Es de importancia la implementación por parte de los efectores de salud como herramienta para evitar la sobreintervención, la fragmentación y la revictimización de las personas que atraviesan o atravesaron situaciones de violencia por motivos de género.



MATERIALES PARA DESCARGAR

- Violencias por motivos de género:
<https://editorial.mingeneros.gob.ar:8080/xmlui/handle/123456789/32>
- Guía de herramientas para la detección de señales tempranas:
<https://editorial.mingeneros.gob.ar:8080/xmlui/handle/123456789/22>
- Guía de recursos para organizaciones sociales y comunitarias:
<https://editorial.mingeneros.gob.ar:8080/xmlui/handle/123456789/33>

- Plan Nacional de Acción contra las Violencias: <https://bit.ly/3mVAEVL>
- Plan Nacional de Políticas de Género y Diversidad en Salud Pública: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237325/20201116>

Embarazos en la niñez y adolescencia

El embarazo en la niñez y adolescencia implica mayores riesgos para la salud y la vida de la niña, niño o adolescente así como para la de las personas en gestación. Afecta las oportunidades educativas y laborales y, por tanto, el futuro de los jóvenes, quienes afrontan la transición a la adultez con menores recursos.

En una importante cantidad los embarazos en esta franja etaria no son intencionales. 7 de cada 10 adolescentes gestantes de entre 15 y 19 años reportan en el momento del parto que el embarazo no fue intencional, y la proporción es mayor en las niñas menores de 15 años.

El Plan ENIA (Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia) aborda el tema de manera integral, educando, informando, y acompañando a los adolescentes para que cada uno/a pueda elegir y planificar si desea, cómo y cuándo ser madre o padre y tenga las oportunidades y herramientas para vivir su sexualidad con plenitud, responsabilidad y libertad.

Pilares del Plan ENIA:

- Acceso a la información y a la educación sexual integral (ESI), para que puedan tomar decisiones sobre su sexualidad y sus relaciones, tanto en la escuela como en talleres comunitarios.
- Acceso a la salud y la contención, con consejerías en los Centros de Salud, Salitas y Hospitales.
- Acceso a los métodos anticonceptivos, que son gratuitos.

En relación al embarazo en niñeces y adolescencias, la Ley N° 27.611 establece la atención oportuna para la detección de situaciones de violencia sexual, evitando su revictimización. Se incluirá estrategias que garanticen en todo momento la participación activa de la niña, niño y/o adolescente y la restitución de derechos amenazados y/o vulnerados de manera integral. Se atenderá especialmente al embarazo infantil forzado y las estrategias intersectoriales para su abordaje, que se desarrollarán en los módulos 2 y 3.



PARA AMPLIAR

- **Sitio web:** Plan ENIA (Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia): <https://www.argentina.gob.ar/planenia>

6.5. Derecho a la información y capacitación

Difusión y capacitación periódica para los equipos intervinientes y la comunidad en general para la promoción, protección y ejercicio de los derechos.

La Ley 1000 Días establece como uno de sus principios rectores el acceso a la información y a la capacitación para el ejercicio de derechos (Capítulo 1, artículo 3).

Se plantea la necesidad de capacitar a equipos territoriales intersectoriales para la implementación de estrategias integrales (Capítulo IV artículos 17 y 19): la difusión de información sobre el ejercicio de derechos para la comunidad en general (Capítulo VI artículo 27 y 28); y la coordinación de contenidos de formación y sensibilización en forma conjunta con la Unidad Coordinadora a nivel nacional y los ministerios y organismos que la conforman, así como también las entidades provinciales y municipales y las organizaciones de la sociedad civil (Capítulo IV artículo 18).

“En tal marco, propiciará la constitución de mesas de trabajo jurisdiccionales, a los efectos de brindar apoyo y asesoramiento a las comunidades y personal de salud, en lo relativo a la gestión, registro, acceso y cumplimiento de la ley que se reglamenta, incluyéndose para tal fin a los equipos comunitarios de cada jurisdicción, debiéndose asegurar la creación de espacios de formación, participación y acceso a la información de las personas gestantes y sus familiares”. (Reglamentación Ley N° 27.611, artículo 29).

En cumplimiento de lo establecido se plantean las siguientes estrategias:

- Se diseñó y desarrolla el **Curso para Agentes Territoriales 1000 Días**, elaborado de forma intersectorial entre los organismos integrantes de la Unidad Coordinadora 1000 Días y destinado a los equipos que trabajan con la población destinataria del Plan 1000 Días a nivel federal, siendo el presente cuadernillo uno de sus insumos.

- Se elaboró la **Guía de cuidados integrales** que contiene información propia de cada etapa del curso vital (periodo gestacional, parto, nacimiento y puerperio cuidados durante el primer mes de vida y durante los primeros años), y brinda información a la comunidad sobre el derecho a una vida libre de violencias, difunde los beneficios de las lactancias y estimula la corresponsabilidad en las tareas de cuidado en especial en los vínculos tempranos, el juego y el disfrute. Se promueve su difusión en todos los establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, que cuenten con atención obstétrica y/o pediátrica, dispositivos territoriales de cada organismo con competencia en la materia, y a través de todos los medios posibles.

Se busca una amplia difusión con compromiso de todos los organismos y referentes que integran el Plan 1000 Días, en tanto este material constituye un importante insumo para el trabajo de las mesas jurisdiccionales.

- Se encuentra disponible el **Portal del Plan 1000 Días**, donde se encuentra información clara y accesible a toda la comunidad acerca de las políticas de cuidado integral durante la gestación y los primeros años.

- Línea gratuita de atención: 0800-222-1002 opción 7

Se incorporaron los contenidos del Plan 1000 Días, al 0800-Salud Responde del Ministerio de Salud de la Nación, constituyendo un dispositivo que brinda información adecuada a mujeres, otras personas gestantes y corresponsables en la crianza, de acuerdo a la etapa de gestación o crianza correspondiente.

**MATERIALES PARA DESCARGAR**

- **Guía “Crianza y Cuidados”. Información para familias y comunidad.**
Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/crianza-y-cuidados-informacion-para-familias-y-comunidad>
- **Portal 1000 Días Argentina** Con información clara y accesible a toda la comunidad.
Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias>
- Es de vital importancia el acceso a la información para el ejercicio adecuado de los derechos sexuales y reproductivos y la protección de la salud. Para ampliar se recomienda: Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) 2011: “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos” <https://bit.ly/3BTAen1>

7. Autoridad de aplicación y Unidad Coordinadora

En el artículo 29 de la Ley N° 27.611, decreto reglamentario se establece que el Ministerio de Salud de la Nación, es la autoridad de aplicación y “se encuentra facultado para dictar las normas complementarias y aclaratorias y demás disposiciones que fueren necesarias para su mejor cumplimiento”. Además elaborará y aprobará el Plan Nacional de Implementación y celebrará los acuerdos interjurisdiccionales correspondientes.

En el artículo 30 se establece que La unidad de coordinación administrativa estará integrada representantes de las siguientes áreas:

- a. Del Ministerio de Salud de la Nación;
- b. Del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación;
- c. Del Ministerio de Desarrollo Social;
- d. De la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF);
- e. Del Ministerio de Educación;
- f. De la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES);
- g. Del Registro Nacional de las Personas (RENAPER);
- h. Del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales;
- i. De otros organismos que la autoridad de aplicación considere relevantes para la implementación efectiva de la presente ley.



PARA AMPLIAR

Para profundizar las funciones de la Unidad Coordinadora ver artículo 31 del Decreto Reglamentario de la Ley N° 27.611, se recomienda acceder al texto completo de la ley, disponible en: <https://bit.ly/3mTQ50w>

8. Desafíos del “Plan 1000 días”

El objetivo que se persiguió en el debate para la elaboración de la ley, así como en la reglamentación y en las distintas acciones que de las mismas emanan fue trabajar de forma intersectorial como modo de construir la integralidad necesaria de las políticas para su implementación en los territorios.

Tal como se viene desarrollando en los apartados anteriores, los distintos derechos se encuentran interrelacionados y las condiciones de acceso a los bienes económicos, sociales y culturales representan determinantes para la salud.

De este modo, se ubica la riqueza de visibilizar las distintas estrategias para el cuidado integral a las mujeres, otras personas gestantes, y las niñas hasta los 3 años, que se desarrollan desde cada ministerio y organismo, como elementos fundamentales para aportar a construir abordajes de intervención acordes a la complejidad de las problemáticas. Tales estrategias, requieren de un trabajo articulado que incluya a las organizaciones comunitarias y los entornos de crianza. Estas serán desarrolladas a lo largo de los módulos 2, 3 y 4.

Constituyen importantes desafíos de la ley la construcción de registros y bases de datos unificados, con indicadores relativos a la implementación de las estrategias de cuidado delimitadas a lo largo de la misma. Y la conformación de las Mesas del “Plan 1000 días” como modo de territorialización de las políticas establecidas en la Ley N° 27.611. Mesas conformadas por los distintos agentes de las instituciones y de la comunidad, actores centrales para la cabal implementación de la misma en los distintos territorios a nivel federal. Aspecto que será trabajado en el Módulo 5, donde se trabajarán estrategias para su desarrollo y fortalecimiento de forma situada.

100 días